

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN  
FİNANSMANI AÇISINDAN GENEL SAĞLIK  
SİGORTASI SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİ VE GELECEĞİ**

**Ferdi ÇELİKAY**

**T.C.  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü**

**Maliye Anabilim Dalı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Eskişehir  
2009**



**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN  
FİNANSMANI AÇISINDAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN  
ETKİNLİĞİ VE GELECEĞİ**

**Ferdi ÇELİKAY**

**T.C.  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü**

**Maliye Anabilim Dalı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Eskişehir  
2009**

T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ferdi ÇELİKAY tarafından hazırlanan *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği* başlıklı bu çalışma 05/11/2009 tarihinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddesi uyarınca yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak, Jürimiz tarafından MALİYE Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan .....  
Prof.Dr. Fazıl TEKİN

Üye .....  
Doç.Dr. Erdal GÜMÜŞ  
(Danışman)

Üye .....  
Yrd.Doç.Dr. Murat ASLAN

Üye .....  
Yrd.Doç.Dr. Semih BİLGE

Üye .....  
Yrd.Doç.Dr. Sıtkı ÇORBACIOĞLU

ONAY  
.../ .../ 200...

Prof.Dr. Münevver YILANCI  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

### TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI AÇISINDAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİ VE GELECEĞİ

**ÇELİKAY, Ferdi**

**Yüksek Lisans-2009**

**Maliye Anabilim Dalı**

**Danışman:** Doç.Dr. Erdal GÜMÜŞ

Türk sağlık sistemi çağdaş devlet anlayışı çerçevesinde yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin etkinliği, sistemde uygulayıcı olarak faaliyet gösterenler ile sistemin finansmanını sağlayan tarafların uyumuna bağlıdır. Yeniden yapılandırılan sistemin geleceği ve başarısı ise bireylerin reform sürecini benimsemeleri ve finansmanına yeterli düzeyde katılımları ile sağlanabilir.

Bu çalışmanın amacı, Genel Sağlık Sigortası Sistemi’ni, sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından değerlendirerek, reform sürecinin başarı düzeyini toplumsal bir bakış açısı ile birlikte irdelemek ve buradan elde edilen sonuçlarla sistemin geleceği hakkında bir değerlendirme yapabilmektir. Çalışmada bu amaca ulaşabilmek için, sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından Genel Sağlık Sigortası Sistemi incelenmiş ve vatandaşların yeniden yapılandırılan sisteme ilişkin bakış açıları tespit edilerek istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Elde edilen sonuç, toplumun büyük bir kesiminin yeniden yapılandırılan sağlık sigortası ile sağlık sisteminde nispeten olumlu bir gelişme yaşandığı görüşüne sahip olduğunu göstermektedir.

**ABSTRACT**

**EFFICIENCY AND FUTURE OF  
THE GENERAL HEALTH INSURANCE SYSTEM IN VIEW OF FINANCING  
THE HEALTH SERVICES IN TURKEY**

CELİKAY, Ferdi

Master-2009

Public Finance

**Advisor:** Assoc.Prof.Dr. Erdal GUMUS

The Turkish health system was restructured in line with the necessities of a modern state. Bearing in mind the financing of the health service, the performance of the General Health Insurance System is obviously linked to the cooperation between the performer and the financer of the system. The future and the success of the reformed system can be assured by the adaptation of the individuals to the reform process as well as by their sufficient participation to its financing.

By evaluating the General Health Insurance System in view of the financing of the health insurance, this work aims to understand the success of the reform process with a social perspective and to assess the future of the system. For this aim, ideas and concerns of the individuals regarding the system were tried to be scrutinized. According to the results of the field research, overwhelming majority of the population thinks the recent changes in the health insurance relatively positive.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xiv
EKLER LİSTESİ.....	xv
KISALTMALAR.....	xvi
GİRİŞ.....	1

### 1. BÖLÜM

#### SAĞLIK VE KAMU EKONOMİSİ

1.1. KAMU SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HİZMETİ.....	6
1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Kamu Ekonomisi.....	7
1.1.1.1. Eksik Rekabet Koşulları .....	9
1.1.1.2. Dışsallıkların Varlığı.....	10
1.1.1.3. Satın Alma Gücündeki Dengesizlikler.....	12
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tasnifi.....	13
1.1.2.1. Önleme Amaçlı Sağlık Hizmetleri.....	14
1.1.2.2. Tedavi Amaçlı Sağlık Hizmetleri .....	16
1.1.2.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri .....	17
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı .....	18
1.1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı.....	19
1.1.3.1.1. Cepten Ödeme .....	19
1.1.3.1.2. Özel Sağlık Sigortası.....	22
1.1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı.....	24
1.1.3.2.1. Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman .....	25
1.1.3.2.2 Genel Vergi Gelirleri ile Finansman .....	28
1.1.3.3. Bütünleştirilmiş Finansman Modelleri .....	30

## 2. BÖLÜM

### SAĞLIK SİGORTASI

2.1. SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ.....	33
2.1.1. Değişen Ekonomik Koşulların Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri.....	34
2.1.1.1. Demografik Gelişimlerin Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri.....	35
2.1.1.2. Ülkelerin Gelişmişlik Seviyelerinin Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri.....	36
2.1.1.3. Kamu Mali Durumunun Sağlık Sigorta Sistemine Etkileri.....	38
2.1.1.4. İzlenen İktisadi Politikaların Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri .....	39
2.1.1.5. Kayıt Dışı İstihdamın Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri .....	40
2.1.1.6. Devlet Anlayışının Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri.....	42
2.1.1.7. Uluslararası Mali Kuruluşlarla Olan Etkileşimin Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri .....	43
2.1.2. Sağlık Sigortası Sisteminde Devletin Rolü .....	43
2.1.2.1. Liberal Yaklaşım Göre Sağlık Sigortası Sistemleri.....	44
2.1.2.2. Sosyalist Yaklaşım Göre Sağlık Sigortası Sistemleri.....	45
2.1.2.3. Müdahaleci Yaklaşım Göre (Refah Devleti) Sağlık Sigorta Sistemi .....	46
2.1.3. Farklı Ülkelerde Sağlık Sigortası Sistemi Uygulamaları .....	47
2.1.3.1. Almanya .....	48
2.1.3.2. Birleşik Krallık .....	52
2.1.3.3. Fransa .....	54
2.1.3.4. Kırgızistan .....	57
2.1.3.5. Özbekistan .....	60
2.1.3.6. Bulgaristan.....	61
2.1.3.7. İran.....	65

## 3. BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ

3.1. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Sistemi.....	68
3.1.1. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Genel Yapısı.....	69
3.1.1.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri.....	69
3.1.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi .....	69



3.1.1.1.1.1. 1920-1946 Dönemi .....	70
3.1.1.1.1.2. 1946-1960 Dönemi .....	72
3.1.1.1.1.3. 1960-1980 Dönemi .....	73
3.1.1.1.1.3.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967) .....	75
3.1.1.1.1.3.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972) .....	76
3.1.1.1.1.3.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977) .....	77
3.1.1.1.1.3.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983).....	78
3.1.1.1.1.4. 1980-2007 Dönemi .....	80
3.1.1.1.1.4.1. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989).....	82
3.1.1.1.1.4.2. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994) .....	84
3.1.1.1.1.4.3. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000).....	86
3.1.1.1.1.4.4. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005).....	88
3.1.1.1.1.4.5. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) .....	91
3.1.1.2. Türk Sağlık Sisteminde Reform Süreci .....	93
3.1.1.2.1. Sağlık Bakanlığı'nın Planlayıcı ve Denetleyici Olarak Yeniden Organizasyonu .....	93
3.1.1.2.2. Tüm Toplumunu Kapsayacak Nitelikte Genel Sağlık Sigortasının Hazırlanması.....	94
3.1.1.2.3. Ülke Geneline Yayılmış, Kolay Erişilebilen, Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunun Sağlanması .....	95
3.1.1.2.4. Beşeri Sermaye Birikimi Makul, Yüksek Motivasyona Sahip Sağlık Personeli Kadrosunun Oluşturulması.....	96
3.1.1.2.5. Sistemi Destekleyecek Nitelikte Eğitim ve Bilim Kurumlarının Kurulması.....	97
3.1.1.2.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyonun Sağlanması .....	98
3.1.1.2.7. İlaç ve Malzemelerin Yönetiminde Kurumsal Yapılanma .....	99
3.1.1.2.8. Kurulacak Sağlık Bilgi Sistemi ile Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişimin Sağlanması .....	100
3.1.1.3. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Örgütlenmesi .....	102
3.1.1.3.1. Sistemin İdaresi ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu .....	102
3.1.1.3.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı .....	104

3.1.1.3.2.1. Genel Sağlık Sigortası Öncesi Sağlık Hizmetlerinin	
Finansmanı .....	105
3.1.1.2.3.1.1. Genel Bütçe Gelirlerinden Tahsis Edilen	
Kamu Kaynakları.....	107
3.1.1.2.3.1.2. Sosyal Sigorta Sistemi.....	108
3.1.1.2.3.1.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Özel Kesim	
Kaynakları ile Karşılanması .....	110
3.1.1.3.2.2. Genel Sağlık Sigortası Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin	
Finansmanı .....	112
3.1.1.3.2.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu'nca Sağlanan Kaynaklar.....	115
3.1.1.3.2.2.2. Devlet Bütçesince Sağlanan Kaynaklar .....	116
3.1.1.3.2.2.3. Cepten Yapılan Ödemeler ve Özel Sağlık Sigortası	
Kuruluşlarınca Sağlanan Kaynaklar .....	117

## 4. BÖLÜM

### GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİ VE GELECEĞİ

4.1. Araştırma Planı.....	119
4.1.1. Amaç ve Kapsam .....	119
4.1.2. Araştırmanın Sınırlılığı .....	119
4.1.3. Araştırmanın Metodolojisi .....	120
4.1.3.1. Araştırmanın Evreni .....	120
4.1.3.2. Araştırmanın Örnekleme .....	120
4.1.3.3. Araştırma Bölgesi.....	120
4.1.3.4. Araştırma Sahası.....	121
4.1.4. Araştırmanın Hipotezi .....	122
4.1.5. Anket Formu .....	122
4.1.5.1. Likert Tipi Ölçek .....	123
4.1.6. Verilerin İşlenmesi .....	124
4.1.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	124
4.1.8. Analiz Sürecinde Kullanılan Yöntemler .....	124
4.2. Verilerin Analizi.....	125

4.2.1. Verilerin Güvenilirliği.....	125
4.2.2. Bulguların Değerlendirilmesi.....	126
4.2.2.1. Demografik Özellikler.....	126
4.2.2.2. Genel Sağlık Sigortası Sistemine İlişkin Değerlendirmeler.....	129
4.2.3. Ki-Kare ve Cramer's V Testi .....	145
4.2.3.1. Gelir Düzeyi ve İlk Tercih Edilen Sağlık Kurumu.....	147
4.2.3.2. Cinsiyet ve İlk Tercih Edilen Sağlık Kurumu .....	149
4.2.3.3. Eski Sistemde Tabi Olunan Sosyal Güvence ve İlk Tercih Edilen Sağlık Kurumu .....	149
4.2.3.4. Eğitim Seviyesi ile İlk Tercih Edilen Sağlık Kurumu.....	151
4.2.4. One-way ANOVA ve Scheffe Testi.....	153
4.2.4.1. Yaş Grupları ve Tercihlere İlişkin Yapılan One-way ANOVA Analizi ...	153
4.2.4.2. Eğitim Düzeyi ve Tercihlere İlişkin Yapılan One-way ANOVA Analizi.	166
4.2.4.3. Gelir Seviyesi ve Tercihlere İlişkin Yapılan One-way ANOVA Analizi .	182
4.2.4.4. Eski Sistemde Tabi Olunan Sosyal Güvence ve Tercihlere İlişkin Yapılan One-way ANOVA Analizi .....	194
SONUÇ .....	207
KAYNAKÇA.....	210
EKLER.....	227

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1</b> : OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Yüzde Payı ve Sektörel Dağılımı.....	48
<b>Tablo 2</b> : Alman Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Kullanılan Kaynakların Yüzde Dağılımı 1999-2006.....	49
<b>Tablo 3</b> : 1975-1995 Yılları Arasında İngiltere’de Sağlık Harcamaları Finansal Kaynaklarının Yüzde Dağılımı.....	54
<b>Tablo 4</b> : 1990-2000 Yıllarında Fransız Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynaklarının Yüzde Dağılımı ve Değişimi.....	56
<b>Tablo 5</b> : 1999-2003 Yıllarında Bulgaristan Sağlık Harcamaları Finansman Kaynaklarının Yüzde Dağılımı.....	63
<b>Tablo 6</b> : 1995, 2000 ve 2006 Yıllarında İran Sağlık Sistemi Finansman Kaynaklarının Yüzde Dağılımı.....	66
<b>Tablo 7</b> : Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi ile Oluşan Alt Bileşenler.....	102
<b>Tablo 8</b> : 1999-2006 Yıllarında Sağlık Harcamalarının Kamu Sektörü ile Özel Sektör Arasındaki Yüzde Dağılımı.....	103
<b>Tablo 9</b> : 2000 Yılı Sağlık Harcamaları Finansman Kaynaklarının Dağılımı.....	111
<b>Tablo 10</b> : 2007-2008 Yıllarında Sosyal Sağlık Sigortası Kapsamı.....	112
<b>Tablo 11</b> : Eskişehir İlinin Sosyal Güvenlik Profili.....	121
<b>Tablo 12</b> : İkili Değişkenlere İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları.....	146
<b>Tablo 13</b> : İkili Değişkenlere İlişkin Cramer’s V Testi Sonuçları.....	147
<b>Tablo 14</b> : Farklı Gelir Seviyeleri ile Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumları.....	148
<b>Tablo 15</b> : Eski Sistemde Tabi Oldukları Sosyal Sigorta ve Tercih Edilen Sağlık Kurumları.....	150
<b>Tablo 16</b> : Eğitim Seviyelerine Göre Örneklem Birimlerinin Tercih Ettikleri Sağlık Kurumlarının Dağılımı.....	152

<b>Tablo 17 :</b> Değerlendirmelere Göre Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	154
<b>Tablo 18 :</b> Yaş Gruplarının Tercihlere Göre Ortalama, Örneklem ve Standart Sapma Değerleri.....	156
<b>Tablo 19 :</b> 3 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	157
<b>Tablo 20 :</b> 6 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	158
<b>Tablo 21 :</b> 8 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	159
<b>Tablo 22 :</b> 9 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	160
<b>Tablo 23 :</b> 12 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	160
<b>Tablo 24 :</b> 13 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	161
<b>Tablo 25 :</b> 14 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	162
<b>Tablo 26 :</b> 16 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	163
<b>Tablo 27 :</b> 19 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	163
<b>Tablo 28 :</b> 21 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	164
<b>Tablo 29 :</b> Tercihlere Göre Eğitim Düzeyleri Arasındaki Farklılıklara İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	166
<b>Tablo 30 :</b> Eğitim Düzeylerinin Tercihlere Göre Ortalama, Örneklem ve Standart Sapma Değerleri.....	168
<b>Tablo 31 :</b> 1 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	170

<b>Tablo 32 :</b> 3 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	171
<b>Tablo 33 :</b> 5 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	172
<b>Tablo 34 :</b> 6 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	173
<b>Tablo 35 :</b> 8 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	174
<b>Tablo 36 :</b> 10 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	175
<b>Tablo 37 :</b> 13 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	176
<b>Tablo 38 :</b> 14 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	177
<b>Tablo 39 :</b> 15 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	178
<b>Tablo 40 :</b> 16 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	179
<b>Tablo 41 :</b> 18 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	180
<b>Tablo 42 :</b> Tercihlere Göre Gelir Seviyeleri Arasındaki Farklılıklara İlişkin ANOVA Testi Soniclar.....	183
<b>Tablo 43 :</b> Farklı Gelir Düzeylerinin Tercihlere Göre Ortalama, Örneklem ve Standart Sapma Değerleri.....	185
<b>Tablo 44 :</b> 5 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	186
<b>Tablo 45 :</b> Farklı Gelir Düzeylerine Göre 5 nolu Değerlendirmenin Dağılımı.....	186
<b>Tablo 46 :</b> 10 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Analizi Sonicları.....	187

<b>Tablo 47 :</b> Farklı Gelir Düzeylerine Göre 10 nolu Değerlendirmenin Dağılımı.....	188
<b>Tablo 48 :</b> 12 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	189
<b>Tablo 49 :</b> Farklı Gelir Düzeylerine Göre 12 nolu Değerlendirmenin Dağılımı.....	189
<b>Tablo 50 :</b> 14 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	190
<b>Tablo 51 :</b> 21 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	191
<b>Tablo 52 :</b> Farklı Gelir Düzeylerine Göre 21 nolu Değerlendirmenin Dağılımı.....	191
<b>Tablo 53 :</b> 24 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	192
<b>Tablo 54 :</b> Farklı Gelir Düzeylerine Göre 24 nolu Değerlendirmenin Dağılımı.....	193
<b>Tablo 55 :</b> Tercihlere Göre Eski Sistemde Tabi Olunan Sosyal Güvence Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	194
<b>Tablo 56 :</b> Eski Sistemde Tabi Olunan Sosyal Güvence Sistemi ve Tercihlere Göre Ortalama, Örneklem ve Standart Sapma Değerleri.....	196
<b>Tablo 57 :</b> 1 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	197
<b>Tablo 58 :</b> Sigorta Kurumlarına Göre 1 nolu Tercihin Dağılımı.....	197
<b>Tablo 59 :</b> 3 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	198
<b>Tablo 60 :</b> Sigorta Kurumlarına Göre 3 nolu Tercihin Dağılımı.....	199
<b>Tablo 61 :</b> 5 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	200
<b>Tablo 62 :</b> Sigorta Kurumlarına Göre 5 nolu Tercihin Dağılımı.....	200

<b>Tablo 63</b> : 10 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	201
<b>Tablo 64</b> : Sigorta Kurumlarına Göre 10 nolu Tercihin Dağılımı.....	202
<b>Tablo 65</b> : 18 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	203
<b>Tablo 66</b> : Sigorta Kurumlarına Göre 18 nolu Tercihin Dağılımı.....	203
<b>Tablo 67</b> : 22 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	204
<b>Tablo 68</b> : Sigorta Kurumlarına Göre 22 nolu Tercihin Dağılımı.....	204
<b>Tablo 69</b> : 24 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Analizi Sonuçları.....	205
<b>Tablo 70</b> : Sigorta Kurumlarına Göre 24 nolu Tercihin Dağılımı.....	206



## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1</b>	: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Çerçevesi: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	19
<b>Şekil 2</b>	: Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı; Cepten Ödeme.....	20
<b>Şekil 3</b>	: Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı; Özel Sağlık Sigortası.....	22
<b>Şekil 4</b>	: Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı: Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman.....	27
<b>Şekil 5</b>	: Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı: Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman.....	29
<b>Şekil 6</b>	: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Tamamlayıcı Finansman Modelleri.....	31
<b>Şekil 7</b>	: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Uygulama Süreci.....	101
<b>Şekil 8</b>	: Genel Sağlık Sigortası Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	106
<b>Şekil 9</b>	: Genel Sağlık Sigortası Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	114

## GRAFİKLER LİSTESİ

<b>Grafik 1</b>	: Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Güvencesi.....	129
<b>Grafik 2</b>	: Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması.....	130
<b>Grafik 3</b>	: Sağlık Sisteminde Yapılan Düzenlemeler ve Hizmet Sunumu.....	130
<b>Grafik 4</b>	: Özel Hastanelerin Devlet Hastaneleriyle Rekabet Edebilirliği.....	131
<b>Grafik 5</b>	: Tedavi Kolaylığı ve Hastanelerdeki Yoğunluk.....	132
<b>Grafik 6</b>	: Olumlu Tavrı ve Samimiyetin Vatandaşlar Açısından Önemi.....	132
<b>Grafik 7</b>	: Sağlık Ocaklarının Yeterliliği.....	133
<b>Grafik 8</b>	: Genel Sağlık Sigortası Sonrasında Sağlık Görevlilerin Tavrıları.....	134
<b>Grafik 9</b>	: Sağlık Kurumlarının Yoğunluk Problemi.....	135
<b>Grafik 10</b>	: Eski Sistemde Farklı Sigorta Kurumları.....	135
<b>Grafik 11</b>	: Sigorta Prim Oranları ve Cezaların Caydırıcılığı.....	136
<b>Grafik 12</b>	: Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması ve Sağlık Sorunları.	137
<b>Grafik 13</b>	: Prim Oranlarının Seviyesi ve Denetim Yetersizliği.....	138
<b>Grafik 14</b>	: Sistemin Sağlık Risklerini Kapsamadaki Yeterliliği.....	138
<b>Grafik 15</b>	: Sağlık Sigortası Sistemi ve Sigorta Kapsamının Genişletilmesi.....	139
<b>Grafik 16</b>	: Genel Sağlık Sigortası Sisteminde Sevk Zinciri.....	140
<b>Grafik 17</b>	: Hizmet Sunumu ile Katkı Payı İlişkisi.....	140
<b>Grafik 18</b>	: İlaç Tedariğinde Değişim.....	141
<b>Grafik 19</b>	: Aile Hekimliğince Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi.....	142
<b>Grafik 20</b>	: Özel Hastanelerin Tercihi ve Ek Ücret.....	142
<b>Grafik 21</b>	: Aile Hekimlerinin Birinci Basamak Sağlık Kurumu Olarak Tercihi.	143
<b>Grafik 22</b>	: Sağlık Sisteminin Yakın Gelecekte İşlerliği.....	144
<b>Grafik 23</b>	: Sağlık Reformunun Tanıtımı.....	144
<b>Grafik 24</b>	: Reform Sonrası Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma.....	145

**EKLER LİSTESİ**

<b>EK-1:</b> Anket Formu.....	227
<b>EK-2:</b> Ankete Katılanların Demografik Dağılımları.....	229

**KISALTMALAR****AB:** Avrupa Birliği**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri**DPT:** Devlet Planlama Teşkilatı**GSMH:** Gayri Safi Milli Hâsıla**GSS:** Genel Sağlık Sigortası**GSYİH:** Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla**NHS:** National Health Service**SDP:** Sağlıkta Dönüşüm Programı**SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu**WHO:** World Health Organization

## **GİRİŞ**

Sosyal devlet anlayışının temelinde devletin vatandaşlarına asgari bir yaşam standardı sağlayabilme olgusu da bulunmaktadır. Bu bağlamda devlet, sosyal, ekonomik ve kültürel alanlarda halkın refah düzeyini optimum seviyeye getirebilme güdüsüyle çeşitli düzenlemeler yapmakta ve bu düzenlemelerin uygulanmasında öncül bir görev üstlenmektedir. Günümüz çağdaş devleti, serbest piyasa mekanizmasını bahsedilen temel gaye doğrultusunda yönlendirebilmek, özellikle sosyal refahı azaltması muhtemel çeşitli aksaklıkları önleyebilmek için etkin bir kontrol mekanizması kurarak sistemin toplum yararına işlemlerini sağlamaya çalışmaktadır.

Toplum açısından pozitif dışsallığı yüksek ve muhatabı itibariyle sadece bireyi değil tüm toplumu ilgilendiren hususlarda sosyal devletin kendini hissettirmesi kaçınılmaz bir sonuçtur. Toplumun beşeri sermaye birikimini arttırması yönünden eğitim hizmetleri (Yülek, 1997: 9-10), vatandaşların bugünü ile geleceği arasında bir köprü kurarak, kamusal uzlaşının gelişmesine yardımcı olan sosyal güvenlik hizmetleri (Güvercin, 2004: 94), bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve bu sayede toplum huzurunun sağlanabilmesini amaç edinen genel sağlık hizmetleri (Çakıcı, 2006: 134) devletin etkinliği ile şekillenen alanlara örnek olarak gösterilebilir. Günümüzde, toplumsal refah seviyesinin yükselmesi, devletin müdahale ettiği alanlarda etkin ve verimli politikalar üretebilme yeteneğine bağlıdır.

Gerek ülkemizde, gerekse diğer ülkelerde, genel anlamda kamu sektörünün etkin ve verimli hizmet sunabilmesi, bunu yaparken kaynak israfının önüne geçilebilmesi için sürekli bir değişim süreci yaşanmaktadır. Nitekim son altı yıl içerisinde ülkemizde gerçekleştirilen düzenlemeler ile birlikte sosyal güvenlik sistemi başta olmak üzere sağlık alanında da köklü bir değişim ve dönüşüm sürecinin yaşanıyor olması bu yargıya bir örnek olarak gösterilebilir. Ülkemiz sağlık sisteminde yapılan yeni düzenlemelerin geleceği ve iktisaden etkin olup olmadığı önemli bir sorun olarak görülmektedir.

Bu çalışma ile ülkemiz sosyal güvenlik sisteminde gerçekleştirilen köklü reformun şemsiyesi altında sağlık hizmetlerine getirilmiş olan Genel Sağlık Sigortası

müessesinin kamu ekonomisi açısından değerlendirilmesi yapılmakta, söz konusu müessese sağlık hizmetlerinin finansmanı bağlamında değerlendirilerek reform sürecinin başarı düzeyi toplumsal bir bakış açısı ile birlikte irdelenmektedir.

Çalışmada sağlık hizmetlerinin finansmanı perspektifinde Genel Sağlık Sigortası müessesesinin günümüz ve gelecek açısından ekonomik etkinliği tartışılmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanında değişik yaklaşımlara değinilerek gerek ülkemiz ve gerekse diğer ülkelerde uygulanmakta olan farklı sigorta sistemleri değerlendirilmektedir. Burada gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler şeklinde ikili bir ayrıma gidilmekte, bu şekilde farklı uygulama örneklerine göre sistemler arasındaki ayırt edici özellikler saptanmaktadır. Ayrıca ülkemiz açısından sağlık hizmetlerinin finansmanı dönemsel bir çerçevede değerlendirilerek, Türk Sağlık Sistemi'nin finansal yapısı ve bu yapı içerisinde yapılan değişikliklerin etkileri incelenmektedir. Çalışmanın uygulamalı bölümünde ise Genel Sağlık Sigortası Sistemi'ne ilişkin bir anket çalışması ile örneklem kurulmakta ve sistemin aktörleri olan değişik toplum tabakalarının Genel Sağlık Sigortası müessesesi hakkındaki görüşlerine yer verilmektedir.

İlk olarak belirtmelidir ki sağlık kavramının kamusal açıdan önemi, sadece bireyi değil tüm toplumu ilgilendiren, aynı zamanda ekonomik hayattan sosyal hayata çok geniş alanları etkisi altında toplayan bir olgu olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Phelps, 2003: 8-9). Her şeyden önce sağlıklı bir birey, ulusal üretim sürecinde daha aktif faaliyet gösterebilecek, bu şekilde toplumsal gelişimle de dolaylı yoldan etkileşim içerisinde bulunabilecektir. Bununda ötesinde sağlıklı bir yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli koşulların bireylere sağlanması, toplumu oluşturan fertlerin talep edebilecekleri en tabii hakları olup, bu hakların tahsisi ile birlikte toplum huzuru tam olarak sağlanabilmektedir. İşte bunun içindir ki bireyin sağlığı hem kendi hem de toplum açısından son derece önemlidir. Sağlık olgusuna atfedilen söz konusu önem ise özellikle devletin bu alanda temel belirleyiciler arasında rol almasına sebebiyet vermektedir.

Kamusal açıdan önemi geniş ölçüde kabul gören sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanı hususunda ise farklı yaklaşımların mevcut olduğu görülmektedir. Özellikle daha liberal bir ekonomi politikasını benimsemiş ülkelerde, sağlık

sisteminde devletin rolünün mümkün olduğu kadar minimize edilmesi gerekliliği savunulmaktadır (Mert, 2001: 1459). Örneğin, Amerikan sağlık sisteminin ağırlıklı bir bölümünde özel kurum ve kuruluşlar hizmet sunmakta olup, devletin sistem içerisindeki payı ise daha küçüktür (Çalış, 2006: 157). Şöyle ki 2006 yılı itibarıyla Amerikan sağlık sisteminde hizmet sunumu için gerçekleştirilen harcamaların % 54,2'si özel kaynaklar ile karşılanırken % 45,8'i ise kamusal kaynaklar aracılığıyla karşılanmaktadır (World Health Organization, 2009: 114). Diğer yandan müdahaleci bir ekonomi politikasını benimsemiş ülkelerde ise bir öncekinin tersine devletin her alanda olduğu gibi bireylerin sağlığı başlığında da ön plana çıkması gerektiği düşünülmektedir. Almanya'da devletin tüm vatandaşlarını kucaklayacak şekilde uyguladığı kapsamlı sosyal sigorta ağı aracılığıyla sağlık sisteminin idame ettirilmesi bu hususa örnek teşkil edebilir (Çakıcı, 2006: 65).

1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile yapılan sağlık sistemindeki değişikliklerle, sistem gerek yönetsel ve gerekse temel felsefesi açısından yeniden kurgulanmış olup, sağlık güvencesi kapsamına alınan sosyal taban genişletilerek toplumun neredeyse tümü sisteme dâhil edilmektedir. Bu reform öncesinde sağlık sisteminden sadece sağlık primi ödeyenler ile bakmakla yükümlü buldukları yakınları, tabi oldukları kurumun bünyesinde (T.C. Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) sağlık hizmetlerinden yararlanabilmekteyken, reform ile birlikte sadece prim ödeyenler ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler değil, hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlarda sağlık sistemi kapsamına alınmışlardır. Ayrıca, 18 yaşının altındaki her birey ile sosyal güvenceden yoksun, yoksulluk sınırında yaşamakta olan vatandaşların sağlık masraflarının tamamı devlet tarafından karşılanmaya başlanmıştır.

Sistemin finansmanı büyük ölçüde prim esasına dayanmaktadır (5510 sayılı Kanun-m.79). 5510 sayılı Kanun'un 79. maddesine göre, sisteme tabii olanlarca ödenecek primlerin Genel Sağlık Sigortası bünyesinde tek bir havuzda toplanacağı, kaynağın idaresi ile sağlık harcamaları finansmanının bu tek havuzdan karşılanacağı öngörülmektedir. Bu şekilde bir yandan sağlık hizmeti alıcısı olarak sistemin pazarlık gücü artacak, diğer yandan toplanılan tüm kaynaklar tek elde olduğu için daha etkin ve verimli bir şekilde değerlendirilebilecektir (Yalçın, 2001: 9). Ayrıca 18 yaşının

altında kalan vatandaşlar ile maddi imkânı yetersiz olanların sağlık giderlerinin devlet tarafından merkezi bütçe gelirleri aracılığıyla karşılanacağı öngörülmektedir. Özellikle prim ödemeksizin sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan vatandaşların her türlü muayene ve bakım masraflarının devlet tarafından karşılanması ve söz konusu tabanın geniş bir şekilde tanımlanması, sosyal açıdan reformun en önemli getirilerinden bir tanesini oluşturmaktadır (5510 sayılı Kanun - m.67). Bu bağlamda sistemin genel anlamda iki temel finansman ayağı bulunduğu söylenebilir. Bunlardan ilki çalışanlardan ve çalışanların bağlı bulunduğu işverenlerden alınacak sağlık sigortası primleri, ikincisi ise kamu maliyesince, sistem tarafından görülen sağlık hizmetleri karşılığında transfer edilecek olan kamu kaynaklarıdır.

Çalışmada teorik çerçeve literatür eşliğinde ve kavramsal düzeyde belirlendikten sonra sağlık harcamaları ile ilgili ülkelerarası karşılaştırma yapılmaktadır. Bunun yanında çalışmanın özgün kısmını oluşturan son bölümde anket aracılığıyla oluşturulan örneklem ile hizmet alan bireylerin konu hakkındaki tutumlarına yer verilmektedir.

Çalışma içerisinde yapılan araştırmanın evrenini Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanan kişiler oluşturmaktadır. Yapılan anket aracılığıyla; İşçiler, memurlar, esnaf ve sanatkârlar, üniversite öğrencileri ile devlet hastaneleri ve özel hastanelerden fiilen hizmet almakta olan vatandaşların görüşlerine yer verilmiştir.

Anket formunun içeriği;

- Sosyo-demografik özellikler,
- 5510 sayılı Kanun sonrasında oluşan yeni durumun bireylere getirdiği yenilikler,
- Yeni sistemin uygulanabilirliği,
- Vatandaşların hizmet alımında ortaya çıkan yeni prosedürlerin olumlu ya da olumsuz etkileri,
- Genel Sağlık Sigortası müessesenin akıbeti,



- Genel Sağlık Sigortası uygulaması öncesi ve sonrasıyla ilgili durum değerlendirilmesi,

şeklindeki ana başlıklardan oluşmaktadır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde genel itibarıyla “sağlık hizmeti” kavramına değinilmekte, kamusal açıdan son derece önemli ve ayrıcalıklı bir yere ait olmasının nedenleri üzerinde durulmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansman sorunu çeşitli açılardan değerlendirilmektedir. İzleyen bölümde ise sağlık sigortası sistemi başlığı altında, değişen sosyo-ekonomik koşulların sağlık sigortası sistemini ne yönde etkilediği ve sistemde devletin üstlenmesi gereken rollerin neler olabileceği değişik iktisadi yaklaşımlar ve ülkelerin gelişmişlik düzeyleri temelinde incelenmektedir. Çalışmanın üçüncü bölümünde, 5510 sayılı Kanun ile gerçekleştirilen sağlık sistemindeki değişime ayrıntılı olarak yer verilmekte ve buradan yola çıkarak ülkemizdeki sağlık sisteminin genel yapısı, Genel Sağlık Sigortası Sistemi bir milat kabul edilerek öncesi ve sonrasıyla irdelenmektedir. Bununla birlikte Türk sağlık sisteminin finansmanı açısından yaşanan değişim sürecinin getirdiği çeşitli yeniliklere, olumlu ve olumsuz yönleriyle farklı açılardan yaklaşılmaktadır. Çalışmanın son bölümünde ise Genel Sağlık Sigortası müessesesinin geleceği ve etkinliğini ölçebilmek amacıyla yapılan anket çalışmasının sonuçları baz alınarak, sistem genel hatlarıyla değerlendirilmeye tabi tutulmaktadır.

## 1. BÖLÜM

### SAĞLIK VE KAMU EKONOMİSİ

Birey ve toplum açısından hayati öneme sahip olan “sağlık hizmeti”, niteliği gereği kamusal müdahaleyi gerekli kılmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde, sağlığın birey ve toplum açısından neden önem arz ettiğine değinilmekte, sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu müdahalesini gerekli kılan faktörlere yer verilmektedir. Bölümün son kısmında ise sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri incelenmektedir.

#### 1.1. KAMU SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HİZMETİ

Sosyal bir devlet olmanın tabiatı gereği, vatandaşların yaşam standartlarını yükseltme amacını güden günümüz sosyal devlet anlayışı, düzenleyici, belirleyici ve denetleyici mekanizmalarla piyasa sistemini kontrol etmektedir. Bu bağlamda sağlık sistemi, günümüz devlet anlayışı açısından kamu kesiminin belirgin bir şekilde rol oynayabileceği sahalardan bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Topuz, 2009: 117-120). Gelişmiş ülkelere göre gelişmekte olan ülkelere, toplumsal refah düzeyinin arttırılabilmesi ve sağlıklı yaşam hakkının bireylere tahsis edilebilmesi için gerçekleştirilen kamu harcamaları içerisinde sağlık harcamalarının önemli ve ayrıcalıklı bir yer aldığı görülmektedir (Çelik, 2006: 27-29; Özsemerci, 2004: 86).

Sağlık kavramı hakkında, farklı zamanlarda değişik koşullara göre dar ve geniş tanımlamaların yapıldığı söylenebilir. Dar anlamıyla sağlık, bireyin herhangi bir zihinsel, ruhsal ya da fiziki rahatsızlığı olmaksızın hayatını idame ettirebilmesi iken, geniş anlamda ise bireyin hastalık ya da sakatlık durumunun olmaması yanında, ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir huzur içerisinde bulunması olarak tarif edilmektedir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47; World Health Organization, 1981: 20).

Toplumsal huzurun topyekûn sağlanabilmesinin koşullarından bir tanesi de toplumu oluşturan bireylerin sosyo-ekonomik yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürüyor olmasıdır. Zira sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun sosyal, kültürel

ve ekonomik anlamda kalkınma potansiyelinin daha yüksek olduğu söylenebilmektedir (Taban, 2004: 10; Cırhinoğlu, 2001: 111). Mikro anlamda sağlıklı bir birey, makro anlamda toplumsal huzursuzluğa ve istihdam kaybı nedeniyle ekonomik etkinsizliğe sebebiyet verir.

İşte sosyal devlet, sunulan sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde işlemlerini sağlayarak toplumun sağlık seviyesini yükseltmeyi amaç edinmektedir. Bu açıdan sağlık hizmetleri, gerek bireyin gerekse toplumun çeşitli hastalık ve sakatlıklardan korunabilmesi, özellikle bireylerin ruhsal, iktisadi ve sosyal bağlamda yaşamlarını huzur içerisinde sürdürebilmelerini temin edebilmek amaçlı faaliyetler bütünü olarak tanımlanabilir (Akdur, 2006: 17-20; Tekin, 1987: 264-266). Dolayısıyla “sağlık” daha çok birey temelli bir konu olarak ele alınırken, “sağlık hizmeti” bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için sistemce sağlanan, bireyi ve sistemi birlikte ilgilendiren bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Kamu Ekonomisi**

Sağlık hizmetleri, belirli zamanlarda topluma nazaran bireyi daha fazla ilgilendirir bir nitelikte olsa da bir bütün olarak değerlendirildiğinde ülke ekonomisinin ve sosyal yapısının temel bileşenlerinden biri olarak tanımlanmaktadır (Belek, 2009: 46). Bu nedenle, sağlık sistemi ulusal ekonomiler için sürekli ve artan bir öneme sahiptir. Bireyler arasındaki gelir adaletsizlikleri ve sağlık sisteminde ortaya çıkan piyasa aksaklıkları, her vatandaşın sağlık hizmetlerinden optimum ölçüde yararlanamamasına, bunda ötesinde ekonomide etkinsiz ve verimsiz şekilde işleyen, sosyal açıdan problemler girdabına dönüşen bir yapının oluşmasına ön ayak olmaktadır (Ener ve Demircan, 2008: 65; Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 7). Devletin sisteme müdahale gerekçesini ihtiva eden temel unsurlarda işte bu noktada ortaya çıkmaktadır. Devlet, bir yandan mevcut sistemdeki piyasa aksaklıklarını gidermek, diğer yandan gelir adaletsizliği nedeniyle vatandaşlar arasında adil sunulamayan sağlık hizmetlerini etkinleştirmek amacıyla sistemin finansmanını sağlamak, hizmet üretiminde bulunmak, yapısal kontrol işlevini üstlenmek gibi işlevlerinden bazılarını

ya da tümünü bünyesinde toplayarak müdahalelerde bulunmaktadır (Bulutoğlu, 1977: 250; Eikemo, Bamba, Joyce ve Dahl, 2008: 593).

Sağlık sisteminin kamusal anlamda önem arz etmesi devletin bu alanda kendisine rol biçerek faaliyet göstermesine neden olmaktadır. Piyasa sistemine yapılan kamusal müdahalelerin altında iki temel neden bulunmaktadır. Bunlardan ilki özel piyasaların etkin bir şekilde işlememesi nedeniyle çeşitli aksaklıkların ortaya çıkması, diğeri ise özellikle sistemdeki ekonomik birimlerin çeşitli etkenlerden ötürü fırsat eşitliğine sahip olmamalarıdır (Stiglitz, 2000: 309). Özel piyasaların etkin bir şekilde işlememesine neden olan en önemli belirleyicilerin başında birbirini etkileyecek kadar az sayıda alıcı ya da satıcıların olması gelmektedir. Sağlık sistemi açısından konuya yaklaşıldığında, özellikle hizmet sunucuları sayısının az olması, bununla birlikte hizmet alan bireylerin bilgi eksikliği ve sağlıkla ilgili problemlerin orta ya da uzun vadede toplumun tüm bireylerini etkileyecek nitelikte pozitif ve negatif dışsallıklar içermesi sistemin aksamasına, dolayısıyla da kamu müdahalesine açık bir hale gelmesine neden olmaktadır. Ayrıca bireylerin farklı gelir seviyelerine, dolayısıyla adil olmayan satın alma güçlerine sahip olmaları, her bireyin sağlık ile ilgili masraflarını bizzat kendi imkânları ile karşılamalarına neden olmakta ve arzu edilen ölçüde kamusal faydanın oluşmasını engellemektedir. Söz konusu husus sağlık sistemine kamusal müdahalenin bir diğer nedeni olarak ifade edilebilir (Akalin, 1981: 207). Eksik rekabet koşulları, dışsallıkların varlığı ve satın alma gücündeki dengesizlikler piyasa aksaklıkları olup, sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu müdahalesini gerektirmesi nedeniyle aşağıda ayrı ayrı incelenmektedir.

### 1.1.1.1. Eksik Rekabet Koşulları

Liberal iktisat yaklaşımına göre çok sayıda alıcı ve satıcının faaliyet gösterdiği, söz konusu ekonomik birimlerin sınırsız ve tam bilgiye sahip olduğu, üretilen mal ve hizmetlerin fiyat ve kaliteleri haricinde herhangi bir farklılık içermediği ve piyasalara giriş-çıkışların kısıtlama olmaksızın gerçekleştirilebildiği bir ortamda ekonomide kaynakların etkin ve verimli dağılımı sistem dinamiklerince sağlanabilmekte, hem üretim hem de tüketim yönünden kâr ve fayda maksimizasyonuna ulaşabilmektedir (Yaylalı, 2004: 248). Bu özelliklerin bir ya da bir kaçını tam olarak işlemediği takdirde aksak rekabet koşulları ortaya çıkmaktadır. Piyasa sistemine kamusal araçlarla müdahale edilmesinin en önemli sebeplerinden bir tanesi eksik rekabet koşullarının varlığıdır (Akalin, 2000: 7). Bu durumda kaynakların etkin ve adil dağılımı sağlanamamakta, üretim ve tüketim yönünden ise optimum düzeyden sapmalar oluşmaktadır. İşte bu noktada oluşan etkinsizlikleri giderebilmek maksadıyla kamu maliyesi araçlarınca gerçekleştirilecek müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır (Dinler, 2004: 504).

Sağlık hizmetleri piyasası niteliği gereği eksik rekabet koşullarına sahip bir piyasa mekanizmasından oluşmaktadır. Her ne kadar sağlık hizmetlerini talep eden çok sayıda ekonomik birim bulursa da, arz yönünde sınırlı sayıda hizmet sunan sağlık kuruluşlarının hâkimiyeti vardır. Bu nedenle sağlık sistemi, özellikle hizmet arzının talebi karşılayamaması problemiyle yüz yüze gelmektedir (Stiglitz, 2000: 309-310). Ayrıca sağlık hizmeti talep eden bireyler ile hizmeti sunan birimler arasında sağlık konusunda sahip olunan bilgi birikimi açısından bir dengesizlik mevcuttur. Bu mevcudiyet, hizmeti talep eden birimlerin, arz eden birimler karşısında tam anlamıyla problemlerini anlatarak, pazarlık yapabilme potansiyelini minimize etmektedir. Böylece sistem sağlık hizmetini sunanlara endekslenerek kurgulanmakta, sonuç itibarıyla hizmeti arz eden ile talep edenlerin karşılıklı olarak birbirlerini denetleyebilme olanakları ortadan kalkmaktadır (Arrow, 1963: 147-148). Dolayısıyla, eksik rekabet koşulları altında sunulan sağlık hizmetlerinin daha verimli ve düşük maliyetle sağlanabilmesi ve sistemin sosyal fayda sağlayacak şekilde işleyebilmesi açısından kamusal müdahale gerekmektedir.

### 1.1.1.2. Dışsallıkların Varlığı

Bir ekonomik birimin başka bir ekonomik birim ya da birimleri, yaptığı herhangi bir aktivite neticesinde piyasa dışı yollardan olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemesine dışsallık denilmektedir (Rosen ve Gayer, 2008: 71). Dışsallıkların varlığı, piyasalara kamusal müdahalenin gerekliliğini doğuran bir diğer nedendir. Ekonomik birimler karar alırken kendi bireysel çıkarlarını düşünerek hareket ettiklerinden, faaliyetlerinin diğer birim ya da birimler üzerindeki etkilerini dikkate almazlar. Özellikle sosyal faydası yüksek faaliyetlerin olması gerekenden daha az, sosyal maliyeti yüksek olan faaliyetlerin ise gereğinden fazla gerçekleştirilmesi sonrasında sosyal optimizasyona ulaşılamaz. Bu nedenle devlet yoğun dışsallık olgusuyla karşılaşılan alanlara, sahip olduğu mali araçlar ile müdahale etmekte, toplumsal refahın maksimize edilmesi bağlamında piyasaların yeniden düzenlenmesi ve denetlenmesi için etkin bir rol üstlenmektedir (Dinler, 2004: 512-513).

Sağlık hizmeti açısından da benzer bir çıkarım yapılabilmektedir. Birey ve toplum açısından sağlıklı bir yaşam kamusal huzurun vazgeçilmez belirleyicilerindendir. Bu nedendir ki sağlık hizmetleri toplumsal temelde tüm bireyleri ilgilendiren bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır (Altay, 2007: 36-39). Bir bireyin sağlık ile ilgili problemi kısa vadede kendisini ilgilendirir gibi gözükse de, orta ve uzun vadede, ekonomik ve sosyal anlamda oluşturacağı negatif etkiler ile, çevresini ve tüm toplumu ilgilendirir. Ayrıca olası salgın hastalıkların, kısa bir zaman önlem alınmaması durumunda geniş bir kitleyi olumsuz yönde etkilemesi mümkündür. Bu nedenle sağlık, gerek bireysel ve gerekse toplumsal açıdan bünyesinde dışsallık kavramını fazlasıyla barındıran bir olgudur (Getzen, 1997: 341).

Sağlık sisteminde olumlu ve olumsuz etkiler doğuran dışsallıklarla karşılaşılabilir. Olumsuz dışsallıkların toplum üzerinde oluşturduğu ya da oluşturabileceği yüksek marjinal sosyal maliyet nedeniyle önlenmesi gerekmektedir. Negatif dışsallıklar bir hastalığın salgın hale gelerek daha geniş kitlelere yayılması şeklinde olabileceği gibi, önlenemeyen olumsuz çevresel faktörlerin sağlık problemlerine dönüşerek toplumun yaşam kalitesini düşürmesi biçiminde de ortaya çıkabilir (Akalin, 1981: 207-210). Buradaki belirleyici unsur, sonuçta toplumun sosyal refah seviyesini düşürecek nitelikte bir sosyal maliyetin ortaya çıkmasıdır.

Toplum içerisinde sigara içimi sağlık bakımından negatif dışsallığa örnek olarak gösterilebilir. Sigara içen birey, bir yandan kendi sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, diğer yandan da çevresinde bulunan kişilere zarar vermektedir. Yine çevre kirliliği de önlenmesi gereken negatif dışsallıklardan bir tanesidir. Önlem alınmaksızın gerçekleştirilen faaliyetler çevre kirliliğine neden olmakta, sonuçta insan sağlığını olumsuz yönde etkileyecek bir ortam oluşmaktadır (Santerre ve Neun, 1996: 245-249).

Tüm bunların yanı sıra bireyin karşılaştığı sağlık problemleri öncelikle kendi problemi olarak görünmektedir. Ancak söz konusu problemler ilerlediği takdirde salgın bir hastalığa dönüşerek çevresindekileri negatif dışsallık olarak etkileyebilir (Phelps, 2003: 470). Salgın bir hastalık olmaması durumunda dahi kişinin ekonomik etkinliğinin düşmesi sonrasında topluma sağlayacağı net yarar azalacak ve psikolojik yapısının bozulması nedeniyle kendi huzuru sarsılacak, sonuçta sosyal refah seviyesinde bir kayıp yaşanacaktır (Bulutoğlu, 1977: 252). Bu nedenle negatif dışsallıkların ortaya çıkmasını önleyebilmek için devletin sağlık alanında önleyici bir takım tedbirler alması ve oluşabilecek marjinal sosyal maliyeti en alt seviyede gerçekleştirecek etkin bir sistemi yeniden düzenlemesi gerekmektedir.

Sağlık sistemi bünyesinde gerçekleştirilen araştırma geliştirme faaliyetleri, ortaya çıkması muhtemel kızamık gibi çeşitli bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama programları ve sağlıklı bir neslin yetişmesini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen ana-çocuk sağlığını koruma aktiviteleri gibi hizmetler kısa, orta ve uzun vade de sosyal refah düzeyinin yükselmesini ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun inşasını sağlayacağı için pozitif dışsallıklar oluşturmaktadır. Yani belirtilen faaliyetlerin marjinal sosyal faydası marjinal kişisel faydasından daha büyüktür (Santerre ve Neun, 1996: 245-247). Ancak, bu gibi faaliyetlerin gerçekleştirilme potansiyeli kamusal müdahalenin olmadığı bir ortamda çok zordur. Çünkü, sistemdeki ekonomik birimler aktivitelerini gerçekleştirirken sadece kendi fayda düzeylerini önemseyip sosyal faydadaki değişimi dikkate alma gereksinimi duymayabilirler. Böyle bir durumda, pozitif dışsallığı yüksek faaliyetlerin arzu edilen ölçüde gerçekleştirilebilme ihtimali azalabilir. Bu nedenle, sağlık sisteminde pozitif dışsallıkların yaşandığı faaliyetlerin teşvik edilmesi ve istenilen ölçüde yerine

getirilmesi için kamusal müdahalenin zorunluluğu ortaya çıkmaktadır (Santerre ve Neun, 1996: 254-258).

Özetle sağlık sistemi, bünyesinde pozitif ve negatif dışsallıkları barındıran pek çok faaliyetten oluşmaktadır. Özellikle negatif dışsallıkların ortaya çıktığı durumlarda marjinal sosyal maliyet marjinal kişisel maliyetten daha fazla olacağı için, olumsuzlukların minimize edilerek sosyal refahın artırılması son derece önemlidir. Pozitif dışsallıkların varlığında ise marjinal sosyal fayda marjinal kişisel faydadan daha yüksek olmakta dolayısıyla, bu tür durumların organize bir şekilde düzenlenmesi, teşvik edilmesi ve arzu edilen ölçüde sosyal refahın yükseltilmesi sürecine hizmet etmesi gerekmektedir. Sağlık sisteminde, yapılan aktivitelerin dışsallıklar nedeniyle tüm toplumu ilgilendirir oluşu, sağlık hizmetlerinin kamusal önemini daha da arttırmaktadır. Bu nedenle de kamusal müdahalenin gerekçelerinden birini oluşturmaktadır.

### **1.1.1.3. Satın Alma Gücündeki Dengesizlikler**

Toplum, her biri farklı satın alma gücüne sahip bireylerden oluşan alışılagelmiş bir yapıya sahiptir. Bu yapı içinde, bir grup makul derecede sağlık hizmeti tedarik ederek yaşamını kaliteli bir şekilde sürdürebilme potansiyeline sahipken, diğer bir grup ise satın alma gücündeki yetersizlik nedeniyle asgari ölçüde dahi söz konusu hizmetten yararlanamamaktadır. Sağlıklı yaşam ise toplumun her bir bireyi için istenebilecek en temel haklardandır. Bu hakkın, satın alma gücündeki dengesizlikleri göz ardı edecek şekilde toplumun tüm katmanlarına yayılması, sosyal refahın gelişimi ve toplumsal huzurun sağlanması açısından son derece önemlidir (Şener, 2006: 386).

Sosyal devletin görevleri arasında bireylere asgari yaşam standardı sağlayarak, sağlanan bu standardı zaman içerisinde geliştirebilme olgusu bulunmaktadır. Bu temelde bireylere ödeme güçlerinden bağımsız biçimde sunulacak sağlık hizmetleri, sistem içi fırsat eşitliğini sağlayacak ve böylece toplumun sağlık düzeyi kamu tarafından güvence altına alınabilecektir. Aksine, sağlık hizmetlerinden yararlanma potansiyelinin ödeme gücüne bırakılması halinde, sadece belli alım



gücüne sahip olan vatandaşlar söz konusu hizmetlerden yararlanabilecek, ödeme gücü yetersiz olan vatandaşlar ise sağlık hizmetlerinden yararlanamayacaktır. Bu ise toplumsal huzursuzluğa neden olacak, toplumsal huzursuzluk beraberinde ekonomik etkisizliği getirecektir (Getzen, 1997: 366-370).

Sağlık, temel bir insan hakkı olduğu için bu hakkın toplumun her bir üyesine sağlanması ve bu haktan fiili olarak yararlanılmasının temin edilmesi gerekmektedir. Söz konusu gerekliliği temin etmekle yükümlü unsur ise çağdaş devlettir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireylerin satın alma güçlerinin birbirlerinden farklı olması, anayasal bir hak olarak tanımlanan sağlıklı yaşamın istenebilirliğini riske sokmaktadır. Şöyle ki, bireylerin bir kısmı kendi ödeme güçleri ile sağlık hizmetlerini satın alarak hayatlarını idame ettirebilmekte iken diğer bir kısmı ise satın alma güçlerinin kısıtlı olmasından dolayı bu haktan mahrum kalabilmektedir. Haktan mahrum kalanların haklarını tekrar elde edebilmeleri devlet müdahalesine bağlı olmaktadır. Devletin sahip olduğu araçlar ile yapacağı müdahaleler ve gerçekleştireceği düzenlemeler, toplumun değişik kesimlerinin sağlık hizmetlerinden müşterek bir şekilde yararlanmasını sağlayacaktır (Şenatarlar, 2003: 26). Dolayısıyla satın alma gücündeki dengesizlikler de sağlık hizmetlerinin etkin sunumu için devlet müdahalesini gerekli kılmaktadır.

### **1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tasnifi**

Sunulan sağlık hizmetleri, mevcut yaşam kalitesini arttırarak sağlık ile ilgili problemlerden arınmış, bedeni ve ruhi yönden huzur içerisinde hayatını sürdüren bireylerin oluşturduğu sosyal bir çevrenin kurulabilmesi amacını gütmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri, bireyleri ve bireylerin oluşturduğu toplumu olası sağlık risklerine karşı koruyup kollayarak hastalıkların ortaya çıkmasını önleyebilmek, önlenemeyen veya beklenmedik bir nedenle sonuçlanan rahatsızlıkları giderebilmek, ağır rahatsızlıklar geçiren bireyleri ruhen ve bedenen tekrar sosyo-ekonomik hayata entegre edebilmek gayeleri doğrultusunda özel ya da kamu sektörü aracılığıyla gerçekleştirilmektedir (Yıldırım, 1994: 10-11). Sağlık hizmetleri genel olarak, önleme amaçlı sağlık hizmetleri, tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon

amaçlı sağlık hizmetleri olmak üzere üç ana başlık altında aşağıda incelenmektedir (Sevim, 2006: 6).

### **1.1.2.1. Önleme Amaçlı Sağlık Hizmetleri**

Önleme amaçlı sağlık hizmetleri kısa ve uzun vadede birey ve toplumun karşılaşabileceği çeşitli hastalık risklerini minimum seviyeye indirgeyebilmeyi, bu şekilde sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak hayat standardını geliştirebilmeyi amaç edinen hizmetlerdir (Akdur, 2006: 13). Özellikle yayılma ihtimali olan hastalıkların önlenmesi, bireylerin bağışıklık sistemlerinin bu tür hastalıklara karşı dayanıklı hale getirilmesi ile mümkün olabileceğinden, bireylere yönelik yürütülecek önleme amaçlı sağlık hizmetleri esasta toplumu salgın hastalıklardan korur. Bunun yanında, kamu sağlığını tehdit eden çevresel faktörlerin önlenmesi de orta ve uzun vadede ortaya çıkabilecek olası sosyal riskleri ve maliyetleri en düşük seviyeye çekebilir. Toplumun hayatını ortaklaşa devam ettirdiği bir ortamda bulaşıcı hastalık riskinin azaltılması, toplumu meydana getiren bireylerin birbirleri ile rekabet içerisinde olmaksızın ortak bir sosyal fayda sahasının oluşmasını sağlayacaktır (Aydın, 2008: 18).

Önleme amaçlı sağlık hizmetleri, koruyucu uygulamalar eşliğinde bireylere yönelik kişisel fayda doğurur nitelikte olsa da, uygulama alanı bulunmadığı zaman ortaya çıkabilecek sosyal maliyetler düşünüldüğünde, göreceli bir sosyal fayda birikimine sahiptir (Feachem ve Sachs, 2002: 11). Örneğin, belirli bir yörede, belirli kişilerde rastlanan bir hastalık için önlem alındığı takdirde, sadece söz konusu kişiler bu sağlık hizmetinden faydalanıyor gibi algılanır. Fakat, örnek olayda sözü edilen hastalık önemsenmez ve önleyici nitelikte sağlık hizmeti sunulmazsa, kısa vadede hastalığın ilk görüldüğü kişilerde telafisi nispeten daha zor ve ilerlemiş vakalarla karşılaşılacağı için, kişilerin tekrar sağlıklı yaşamlarına kavuşturulmalarının maliyetinin yükselmesi söz konusu olur. Ayrıca, söz konusu hastalık, çevredeki insanlara yayılacak ve geniş toplum kesimleri bu salgın hastalıktan olumsuz yönde etkilenebilecektir. Koruyucu sağlık hizmetleri kullanılarak bu durumun telafi edilmesi ve halk sağlığının tekrar tesis edilmesi, ancak daha yüksek sosyal

maliyetlerle sağlanabilir. 2009 yılı itibariyle Meksika’da başlayan ve oradan Dünya’ya yayılan “Domuz Gribi (A/H1N1)” vakası bu duruma örnek olarak gösterilebilir. A/H1N1 virüsü ilk etapta Meksika’da bir grup insanı etkisine almışken, günümüzde ülkemiz de dâhil olmak üzere pek çok ülkede bu problemi önleyici nitelikte sağlık tedbirleri alınmaktadır ([tr.wikipedia.org](http://tr.wikipedia.org), -Domuz Gribi, Erişim: 10.07.2009). Söz konusu tedbirlerin milli ekonomi üzerinde bir maliyeti şüphesiz vardır. Bu gibi salgın hastalıklara tedbir alınmadığı takdirde ortaya çıkacak sosyal maliyetler daha yüksek olur. Çünkü hastalık hızla yayılmakta ve nihayetinde yayıldığı çevrelerde can almaktadır. İnsan hayatının ise maddi karşılığını belirlemek imkansızdır.

Önleme amaçlı sağlık hizmetleri doğrudan bireye yönelik sağlık hizmetlerinin yanında, çevreye yönelik kollayıcı ve koruma amaçlı hizmetleri de içermektedir. Çevreye yönelik önleyici sağlık hizmetleri, özellikle sağlıklı yaşamın devamlılığını menfi yönde etkileyebilecek, negatif dışsallık yayan fiziki, kimyevi ve biyolojik unsurların etkisizleştirilmesi ve doğayla uyumlu hale getirilmesini içermektedir (Akdur, 2006: 18). Bu tür hizmetlere, çevre kirliliğinin önlenmesi amacıyla alınan tedbirler (fabrika bacalarına filtre takılmasının teşviki vb.), bataklıkların kurutulması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, besinsel maddelerin tıbbi kontrolden geçirilmesi ve sahip olunan kaynakların daha etkin, daha verimli kullanımını sağlayabilmek için toplumu bilinçlendirme çabaları örnek olarak gösterilebilmektedir (Sargutan, 2005: 401).

Sağladığı faydanın tüm toplumu kuşatması, aynı zamanda finansmanının kamu ekonomisi tarafından karşılanması gibi nedenlerle önleyici sağlık hizmetlerinin “salt sosyal mal” olduğu söylenebilmektedir (Altay, 2007: 36). Önleyici sağlık hizmetlerinin temel özelliği hastalığı ortaya çıkmadan engellemeyi hedeflemesidir. Bu şekilde maliyetlerde göreceli olarak daha az olacaktır. Önleme amaçlı sağlık hizmetleri birincil basamak sağlık kuruluşlarınca görülmektedir. Birincil basamak sağlık kuruluşları ise aile hekimleri (koruyucu hekimler), ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ile verem savaş dispanserleri gibi kuruluşlardır (Sağlık Reformu Çalışma Grubu Raporu, 2004: 170-184).

Koruyucu sađlık hizmetlerinin maliyeti tedavi edici sađlık hizmetleriyle karřılařtırıldıđında nispeten daha dűřűktűr. Bu nedenle, koruyucu sađlık hizmetleri temel niteliklidir. Toplumun her kademesinin bu temel hizmetlerden yararlandırılması amaçlanır. Çünkü bu şekilde, önleyici hizmetlerin tamamlayıcısı niteliđinde ve daha maliyetli tedavi amaçlı sađlık hizmetlerine olan talebin kısılması ve dolayısıyla kamu üzerinde oluşacak fiili mali yükűn azalması sađlanabilir (Hıfzısıhha Mektebi Műdűrlűđű, 2004: 231).

### **1.1.2.2. Tedavi Amaçlı Sağlık Hizmetleri**

Tedavi amaçlı sađlık hizmetleri, bireyin hastalanmasıyla birlikte bir takım tetkik, muayene ve tedavi sürecini içeren hizmetler bűtűnű olarak adlandırılabilir (Yıldırım, 1994: 13).

Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, tamamlayıcısı niteliğinde olduğu önleme amaçlı sağlık hizmetlerine göre daha yüksek maliyet içermekte, aynı zamanda kompleks bir şekilde organize olmuş ekipman ve personele sahip kuruluşlar gerektirmektedir (Altay, 2007: 35). Ayrıca tedavi edici sağlık hizmetleri sonucunda her ne kadar sosyal fayda ortaya çıkıyor olsa da, burada kişisel yarar daha ön plandadır. Çünkü kişi, sağlıklı yaşamının bozulması, bunun sonrasında sosyal ve ekonomik birçok aktivitesini yerine getiremez olması nedeniyle bir an önce eski düzenini tekrar kurmak isteyecektir. Bu istem ise kişinin kendi sağlığına kavuşması durumunda elde edeceği kişisel hazzı arttıran bir unsurdur (Bulutoğlu, 1977: 253-255).

Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde bakım hizmetleri olarak görűlebilmektedir. Tedavi amaçlı sağlık hizmetlerinden ayakta tedavi en az maliyetli ve pratik olan hizmet çeşididir. Bu tedavi çeşidinde, hastalık henűz çok fazla ilerlemediğinden, konulan teşhis ilaç tedavisi ile desteklenerek önlenebilmektedir. Bu nedenle gerek kişisel ve gerekse sosyal maliyetleri diğer tedavi türleri ile mukayese edildiğinde göreceli olarak daha azdır. Yataklı tedavi hizmeti ise tedavi amaçlı hizmetler içerisinde maliyeti en yüksek olanıdır (Akdur, 2006: 13).

Tedavi amaçlı sağlık hizmetlerinin sunumunda basamak sistemi ve bu sistem içinde de sevk zinciri işlemektedir. Söz konusu hizmetlerin görülebilmesi için hastalığın niteliğine göre birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere üç basamak bulunmakta, bu basamaklarda kendi aralarında süzgeç vazifesi görmektedirler (DPT, 2001: 44). Aile hekimleri, veremle savaş dispanserleri, anaçocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri birinci basamağı oluşturmaktadır. Sevk zincirinin ilk kademesini oluşturan bu kuruluşlarda genelde yatak bulunmama ile birlikte hastaların tedavileri ayakta ya da evde yapılmaktadır (Özdemir, Ocaktan ve Akdur, 2003: 208). Birinci basamakla karşılaştırıldığında daha kompleks ekipmana ve personele sahip, genellikle birinci basamak kuruluşlarda giderilemeyen ya da ehemmiyeti olan hastaların, direkt başvurmaları ile uzman hekimlerce özel ya da devlet hastanelerine yatırılarak tetkik, teşhis ve tedavi edildiği kuruluşlar ikinci basamağı oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 46). Üçüncü basamak ise onkoloji hastaneleri, üniversite hastaneleri, akıl-ruh ve sinir hastalıkları merkezleri gibi belirli alanlarda uzmanlaşmış olan kuruluşlardan oluşmakta olup, özellikle ihtisas gerektiren sağlık hizmetine gereksinim duyulduğu durumlarda ikinci basamak sağlık kuruluşlarınca hastaların sevk edildiği zincirin son halkasıdır (Çalış, 2006: 172).

Özetle, tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, bireyi eski sıhhatine kavuşturmayı amaç edinen bir dizi hizmetler bütünü olarak adlandırılabilir. Söz konusu hizmetler bireyin iyileştirilmesi amacıyla yürütülmektedir. Bu nedenle, tedavi edici sağlık hizmetleri sağlık sorunu ortaya çıktıktan sonra gerçekleştirilen çözüm çabalarını ifade etmekten ziyade, koruyucu sağlık hizmetleri sorun henüz ortaya çıkmadan alınan tedbirleri ve bu şekilde sorunun önlenmesini içermektedir (Kılıç, 2009: 21).

### **1.1.2.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri**

Yaşadığı ciddi bir hastalık ya da deprem, yangın gibi doğal afet, trafik veya iş kazası gibi beklenmedik zamanda ortaya çıkan vakalar sonrasında bedeni ya da ruhi yönden sakat kalmış olan bireylerin, fiziki ve sosyal açıdan tekrar sosyo-ekonomik hayata dönmelerini, bu şekilde moral depolamalarını sağlayarak topluma yeniden

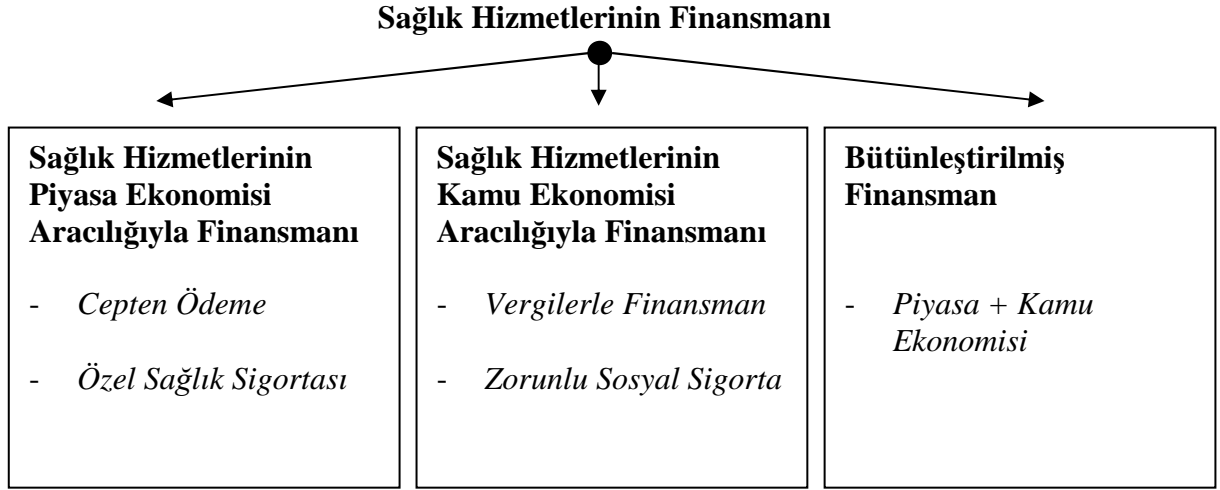
kazandırılmasını sağlamaya çalışan hizmet çeşidi ise rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleridir (Özkara, 2006: 78). Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt bileşenden oluşmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon ile ruhen ya da bedenen iş görebilme yeteneğini tamamen ya da kısmen kaybeden bireylerin bu yeteneklerini ortez, protez, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla mümkün mertebe geri kazandırabilme amaç edinmektedir. Sosyal rehabilitasyon ise sakat kalmış olan kişinin yakın çevresi ve toplumla iç içe geçebilmesini sağlayıp, yeni iş öğrenme yeteneğine kavuşturarak sosyal, kültürel ve ekonomik hayata katılımını sağlamayı ve bu süreci hızlandırmayı amaç edinmektedir (Akdur, 2006: 20).

### **1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**

Uluslararası platformlarda tanımlanmış olan sağlıklı yaşam hakkının fiilen gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin kaliteli ve toplumun tüm fertlerinin yararlanabildiği bir çerçevede sağlanması gerekir. Bunun için sağlık hizmetleri verimli, etkin ve tutarlı bir şekilde finanse edilebilmelidir. Günümüzde, gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi sürekli artan bir önem arz eder hale gelmiştir (Doorslaer ve Wagstaff, 1998: 180-181). Finanse edilen sağlık harcamalarının ekonomide mikro ve makro bazda meydana getirdiği etkiler konunun önemi arttırmaktadır. Özellikle hizmetlerinin finansmanı için gerçekleştirilen harcamaların büyüklüğü ve bu harcamaların karşılanacağı kaynakların tespiti ekonomiyi makro düzeyde etkilemektedir. Tahsis edilen kaynakların hizmet sunucularınca etkin ve verimli alanlarda kullanılarak, arzu edilen ölçüde hizmet sunumunun gerçekleştirilebilirliği ise mikro temelli konular olarak ele alınabilmektedir (Aktan, 2001: 1557).

Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı, bir toplumda gerekli düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için gerekli mali kaynakların piyasa ya da kamu ekonomisi aracılığıyla sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel olarak piyasa ekonomisi ve kamu sektörü kaynaklarıyla birlikte gerçekleştirilmektedir.

**Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Çerçevesi**



#### **1.1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı**

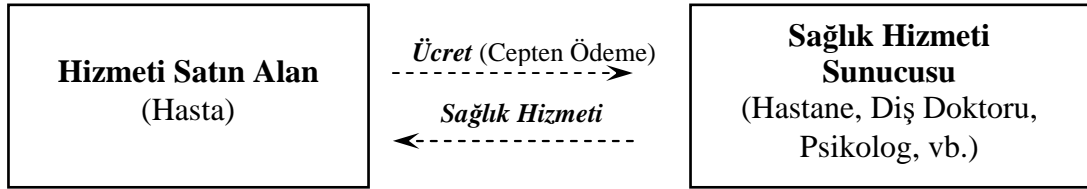
Hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi sürecinde sağlık hizmeti sunucuları ile hizmet talebinde bulunanlar serbest piyasa koşullarında karşı karşıya gelerek oluşan denge fiyatını kabul ederler. Böyle bir ortamda sağlık hizmeti talep eden bireyler söz konusu hizmetin doğuracağı maliyetleri direkt kendileri ödeyebileceği gibi özel sigorta kuruluşları aracılığıyla da karşılayabilirler. Burada önemli olan husus, gerek kişilerin sağlık hizmetlerini doğrudan kendi ödemeleri ile elde etmesinde gerekse finansmanın özel bir sağlık sigortası aracılığıyla sağlanmasında herhangi bir kamu müdahalesinin söz konusu olmamasıdır (McGregor, 2001: 2) . Yani burada sağlık sistemi tamamen özel kişi ya da kuruluşların fon aktarımları ile finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin serbest piyasa koşullarında finansmanı cepten ödeme ve özel sağlık sigortası olmak üzere iki şekilde ortaya çıkabilmektedir (Yenimahalleli, 2007: 16).

##### **1.1.3.1.1. Cepten Ödeme**

Sağlık hizmetlerinin finansmanın piyasa ekonomisi koşullarına göre sağlanması bağlamında ilk yöntem, hizmet alanların hizmetin sunumunu yapan kişi ya da müesseseye doğrudan kendi cebinden ödeme yapmasıdır. Cepten ödeme yönteminde sağlık hizmeti satın alınmaktadır. Nitekim birey hizmet alımını

gerçekleştirirken yaptığı harcamaları daha sonra kamu ya da özel bir takım kaynaklardan iade olarak tahsil etmemekte, hizmetin finansman yükünün tamamını kendi taşımaktadır (Sekhri ve Savedoff, 2006: 357). Şekil 2’de cepten ödeme sistemiyle sağlık hizmetlerinin finanse edilme süreci gösterilmektedir. Bu sistemde herhangi bir aracı kuruluş bulunmamakta, hizmeti satın alan (hasta) ile sağlık hizmeti sunucusu (hastane, diş doktoru, psikolog vb.) karşılıklı sağlık hizmeti alım satımı yapmaktadırlar.

**Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı;  
Cepten Ödeme**



**Kaynak:** “Getzen, T. E. (1997), Health Economics Fundamentals and Flow of Funds, s.4” kaynağı kullanılarak tasarlanmıştır.

Günümüzde giderek artan sağlık harcamalarının hizmetten yararlananlar tarafından finanse edilmesi ile azalabileceği ileri sürülmektedir. Zira bireyler, sağlık hizmeti satın alma maliyetini bizzat kendileri üstleneceklerinden gereksiz yere sağlık müesseselerine gitmeyecekler, bu şekilde sistemden daha az, ama gerekli olduğunu hissettiklerinde yararlanacaklardır (Langenbrunner ve Liu, 2004: 16). Ancak, sağlık ile ilgili problemlerin hangisinin önemli hangisinin önemsiz olduğu, bireylerin bu konu hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları nedeniyle kendilerince saptanamayacaktır. Bu nedenle, son derece önemli olan ve gecikmeksizin müdahale edilmesi gereken bir hastalık maddi kaygılar nedeniyle ötelenebilecek, bu şekilde ortaya çıkacak yeni sağlık problemlerinin maliyetleri katlanarak artabilecektir (Başara ve Şahin, 2008: 321). Böyle bir ortamda sağlık hizmetlerinden sadece ödeme gücü yeterli olan bireyler tam olarak yararlanabileceklerdir. Bu durum sağlıklı yaşama hakkının toplumun her kesimine sağlanması düşüncesine aykırı düşmektedir.

Cepten ödeme yöntemi sağlık hizmetlerinin alımı esnasında maliyetlere doğrudan katlanmayı içerdiğinden, herhangi bir rahatsızlık durumu olmaması halinde



ödeme yapılması söz konusu olmayacaktır. Yani ödemeler sadece sağlık hizmetlerinden yararlanma aşamasında gerçekleştirilir. Oysa bireyin ne zaman ve nerede bir sağlık problemiyle karşılaşacağı belirsizliğini korumaktadır. Aynı zamanda beklenmedik bir anda yüz yüze kalınan muhtemel sağlık probleminin külfeti az olabileceği gibi altından kalkılamayacak derecede hayli fazlada olabilir (Wagstaff, 2005: 10). Böyle bir durumda gelir düzeyi yüksek olanlar için çok önemli bir problem ortaya çıkmasa da özellikle gelirleri kısıtlı bireylerin sağlık hizmetlerini nasıl karşılayabileceği önemli bir sorun olmaktadır. Kısacası, sağlık riski her zaman mevcuttur. Ancak cepten ödeme yöntemi, bu riski toplumun tüm kesimleri itibariyle kavrayamamaktadır (Wagstaff ve Serra, 2007: 1).

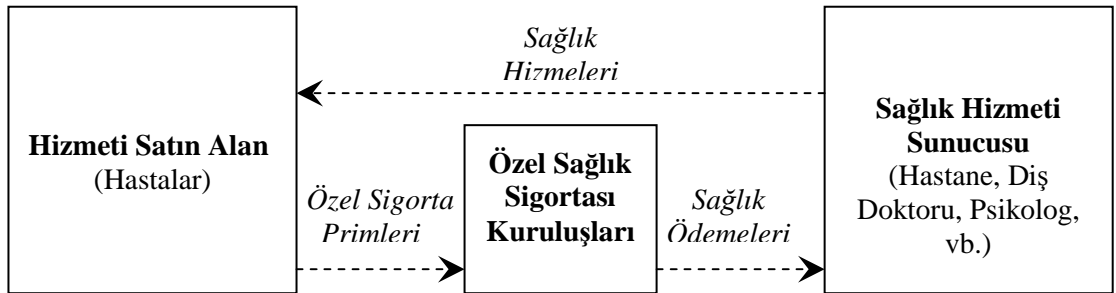
Günümüzde özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinden bireysel faydası sosyal faydasına nazaran daha yüksek olan rahatsızlıkların cepten ödeme yöntemi ile finanse edilmesi gelişmiş ülkelerde mümkün gözükmektedir. Burada asıl belirleyici unsur sağlık hizmetini alacak olanların söz konusu hizmeti finanse edebilecek ödeme gücüne sahip olup olmadığıdır (Wagstaff, Lindelow, Jun, Ling ve Juncheng, 2007: 16-17). Zira ödeme gücü yeterli olan vatandaşlar, kişisel faydalarını düşünerek ihtiyaçları olan hizmet için gerekli kaynağı aktarabilir ve böylece sağlıklı yaşamına tekrardan kavuşabilirler. Buna karşılık, ödeme gücü yetersiz olan vatandaşlar sağlığı için zorunlu olsa da hizmeti finanse edebilecek kaynaktan yoksun oldukları için, en temel haklarından mahrum kalabilirler. Ayrıca önleme amaçlı sağlık hizmetlerinin sosyal faydası çok yüksek olmasına karşılık bireysel faydası düşük bir seviyede hatta ciddiyetine varılmadığından dolayı kişisel maliyet olarak algılanabilmektedir (Gwatkin, 2007: 350). Bu nedenle, bireyler kamu yararını düşünerek önleme amaçlı sağlık hizmetlerine ilişkin ödeme yapıp hizmet satın alma gereksiniminde bulunmayabilirler. Bu sürecin sonunda ise çok yüksek bir sosyal maliyet ile karşılaşılabilir.

Salt cepten ödeme sisteminin sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde etkin bir şekilde uygulanabilmesi için toplumu oluşturan her bireyin adil dağılan dengeli bir gelire ve sağlık hizmetleri temelinde asgari bir bilgi birikimine sahip olması gerekmektedir. Ancak piyasa başarısızlığı nedeni ile bu mümkün olmamakta, kamu sektörünün sisteme müdahalesi gerekmektedir.

### 1.1.3.1.2. Özel Sağlık Sigortası

Sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisi vasıtasıyla finanse edilmesinin bir diğer aracı özel sağlık sigortası müessesesidir. Özel sağlık sigortası sistemi cepten yapılan ödemelerin olumsuz özelliklerini bir ölçüde giderebilen nitelikleri bünyesinde barındırmaktadır. Bu sistemde, hizmeti satın alan ile hizmeti sunan arasında aracı rolünü üstlenen özel sağlık sigortası kuruluşları bulunmaktadır (Sehri ve Savedoff, 2006: 365-366). Özel sağlık sigortası kuruluşları potansiyel hizmet alıcısı pozisyonunda olan bireylerden prim toplamakta, olası bir sağlık problemi çıkması durumunda ise bireyin sağlık hizmeti sunucusundan aldığı hizmetin bedelini ödemektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortası kuruluşlarına “Üçüncü Taraf Ödeyici” denilmektedir. Şekil 3’de özel sağlık sigortası kuruluşlarının yer aldığı bir sistemde sağlık hizmetlerinin sunumu ve alımı yer almaktadır.

**Şekil 3: Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı; Özel Sağlık Sigortası**



**Kaynak:** “Getzen, T. E. (1997), Health Economics Fundamentals and Flow of Funds, s.6” kaynağından yararlanılarak tasarlanmıştır.

Özel sağlık sigortası kuruluşları Şekil 3’de de görüldüğü gibi sağlık hizmetini arz edenler ile hizmeti talep edenler arasında mali aracı niteliğine bürünmektedir. Özel sağlık sigortası kuruluşları bir yandan mevcut müşteri portföyünü hizmet sunucusuna karşı ellerinde bulundurarak avantaj sağlamakta, diğer yandan da havuzda buldukları nakit ile pazarlık gücü sağlamaktadırlar. Bunun yanında, cepten ödeme sisteminde bahsedilen sağlık riski hususu özel sağlık sigortası sistemi ile giderilebilmektedir (Buchmueller ve Couffinhal, 2004: 23-24). Şöyle ki, özel sağlık sigortası ile birey aslında cari dönemde ve gelecekte başına gelebilecek herhangi bir sağlık problemine karşı önceden önlem almakta, daha doğrusu ihtiyat güdüsüyle cari harcamalarından vazgeçerek tasarrufta bulunmaktadır. Böylece,

bireyin tasarrufları zamana yayılarak sağlık hizmetlerinden yararlanamama riski minimize edilmektedir. Ayrıca külfeti son derece yüksek olabilecek, normal şartlarda tek bir bireyin cari ya da yıllar yılı tasarrufları sonrasında birikmiş geliri ile karşılanamayacak muhtemel sağlık problemleri sadece hizmet kullanıcısinca değil, özel sağlık sigortası sistemine tabi tüm sigortalılarca el birliği ile karşılanmaktadır. Bu şekilde muhtemel bir hastalığın yüksek maliyeti, altından kalkılabilir hale gelebilmektedir (Parente, Feldman, Abraham ve Xu, 2008: 1-3). Dâhil

Özel sağlık sigortasınca finanse edilen sağlık hizmeti sisteminde serbest piyasa koşulları geçerli olup, özellikle finansal aracı konumundaki sigorta kuruluşları ve bireyler sırasıyla kâr ve faydaları için çaba sarf etmektedirler. Karşılıklı kâr ve fayda maksimizasyonunun ön plana çıktığı bir ortamda bir takım aksaklıkların da meydana gelmesinin pek muhtemel olduğu rahatlıkla söylenebilmektedir. Bu sistemde sigorta şirketleri kendi ödemelerini minimum düzeyde tutabilmek amacıyla sigortalılarının gelirlerinden ziyade hastalanma risklerini baz alarak sigorta primlerini belirlemektedirler (Jack, 2002: 70-72). Bu durumda hastalanma riski düşük olan bireylerden az miktarda sigorta primi alınırken, sistemden yararlanma potansiyeli daha yüksek olan bireylerden ise daha yüksek sigorta primi talep edilir. Genelde gelir seviyesi yüksek kişilerin hastalanma potansiyellerinin daha düşük, gelir seviyesi nispeten yetersiz olan kişilerin ise hastalanma risklerinin yüksek olduğu söylenebilmektedir. Buna bağlı olarak, özel sağlık sigortası sisteminin uygulandığı bir ortamda hastalanma potansiyeli göreceli olarak daha fazla olan düşük gelirli gruplarının ödeyecekleri sigorta primleri, hayat standardı yüksek olan bireylere göre daha fazla olacaktır (Sehkri ve Savedoff, 2006: 380). Dolayısıyla, özel sağlık sigortası ile finanse edilen sağlık sisteminin gelir dağılımını bozucu etki oluşturacağı söylenebilir.

Günümüzde özel sağlık sigortaları ile finansman, genellikle kamu sağlık sigorta sistemi yerine bir alternatif olarak tercih edilmekte ya da söz konusu sistemi tamamlayıcı bir niteliğe bürünmektedir. Kamu sağlık sigorta sisteminin uygulandığı bir ülkede bireyler bu sistemden memnun değilirse, gelirleri doğrultusunda kamu sağlık sigorta sistemini ikame eder nitelikteki özel sigorta kurumlarından yararlanabilirler. Bu şekilde kamu ile özel sağlık sigorta kuruluşları birbirleri ile

rekabet halinde olur (Dalgın, 2005: 45-47). Bunun yanında yine bir ülkede kamu sağlık sigorta sistemi ile sadece önleme amaçlı sağlık hizmetleri ve gelir düzeyi yetersiz kişilerin tedavi amaçlı sağlık hizmetlerini finanse edilerek toplum geneline hizmet verilirken, özel sağlık sigortası sisteminden de özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin kamuca karşılanmayan kesiminin finansmanını gerçekleştirmesi beklenebilir (Colombo ve Tapay, 2004: 7-9).

Ülke sağlık sisteminde çok sayıda özel sağlık sigorta kuruluşu olması halinde söz konusu kuruluşlar birbirleri ile rekabete girerek, sigorta primlerinin aşağıya doğru çekilmesini sağlayabilir. Bu durumda, sağlık hizmetinden yararlanacak olan bireyler avantajlı konuma geçmekte ve sağlık sisteminden daha fazla yararlanabilmektedirler. Ancak burada önemli olan husus sigorta kuruluşlarının birbirleri ile rekabet içerisinde olma zorunluluğudur (Sehkri ve Savedoff, 2006: 385; Barham, Harker ve Lewis, 2007: 29). Tüm bunların yanı sıra, üçüncü taraf ödeyicilerin sağlık sisteminde etkin bir şekilde faaliyet göstermesi durumunda cepten ödeme sistemine göre sistemden yararlanan birey sayısında bir artış gözlenebilir. Çünkü cepten ödeme sisteminde, hastalığının maliyetini tek başına yüklenen bireyler, özel sağlık sigortası sistemi ile hasta olma durumlarının yüklediği maliyeti diğer sağlık sigortalıları ile paylaşabilmektedir. Böylece bireyin yüklendiği mali yük azalmaktadır.

### **1.1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı**

Birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin finansman ayağının etkinliği, sağlık sisteminin kişisel ve sosyal fayda üreterek arzu edilen seviyede verimli bir şekilde işlemesi açısından son derece önemlidir. Sistemin finansmanının salt serbest piyasa koşullarına bırakılması durumunda, kişisel fayda ön plana çıkmakta, sosyal fayda ve maliyetler ise göz ardı edilebilmektedir. Söz konusu husus ise zaman içerisinde sistemde etkinlik kaybına sebebiyet vermektedir. Ayrıca, piyasa koşullarına göre düzenlenmiş bir sistemde ödeme gücü yetersiz bireyler sağlık hizmetlerinden mahrum kalabilmekte, sonuç itibarıyla sosyal refah seviyesinin azalması ile karşılaşabilmektedir (Helms, Newhouse ve Phelps, 1978: 1-2).

Günümüz çağdaş devleti anlayışında sosyal faydanın göz ardı edilmesi ve vatandaşların en temel haklarından biri olan sağlıklı yaşama hakkından feragat etmesine göz yumulması mümkün değildir. Bu nedenle, kamu sektörü sağlık sistemine garantör olarak katılmakta, söz konusu sistemin toplumsal tabana yayılarak daha etkin kullanılmasını sağlamaya çalışmaktadır (Carrin, 2002: 60).

Kamu sektörünün hizmet sunumunda finansal aracı olarak ya da kendi kaynakları ile hizmet finansmanının bizzat sağlayıcısı şeklinde sağlık sisteminde görev üstlenmesi pek tabidir (Wagstaff, 2009: 2). Bu bağlamda devlet, sağlık hizmetlerinin finansmanına zorunlu sosyal sigorta finansman ve vergilerle finansman olmak üzere iki şekilde müdahale etmektedir.

#### **1.1.3.2.1. Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman**

Devlet oluşturacağı sosyal sigorta ağı ile sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecine müdahale edebilmektedir. Özel sağlık sigortası uygulamasında katılımın arzu edilen ölçüde olmaması, bununda ötesinde özel kuruluşların vatandaşların sağlık haklarından yararlanmalarını sağlamak yerine hasta olma riskini ön plana çıkararak gelir dağılımını tahrip edici yönde davranmaları, sistemin verimsiz şekilde işleminin temel nedenleri olarak gösterilebilmektedir. Bu nedenle, zorunlu sosyal sigorta sistemi, özel sağlık sigortası sisteminin oluşturduğu perspektifle 1883 yılında Otto Van Bismarck tarafından Almanya’da dizayn edilmiştir (Edizdoğan, 2007: 34). Bismarck Sistemi olarak da anılan bu yöntem özellikle çalışanlar ile işverenlerinin kamu sigorta kurumuna prim ödemeleri esasına dayanmaktadır. Sistemin özünü oluşturan sigorta primleri, bireylerin hastalanma riskleri göz önüne alınarak ortak bir havuzda toplanmakta, dayanışma temelinde oluşturulan ortak bir fondan sağlık problemiyle karşılaşan sigortalılara sunulacak sağlık hizmetinin finansmanı sağlanmaktadır (Tiryaki ve Tatar, 2002: 125-126). Bu şekilde bireylere ilişkin sağlık riskleri, sistem içinde diğer üyelerce paylaşılmakta ve toplumsal anlamda bir yardımlaşma ruhu oluşmaktadır.

Zorunlu sağlık sigortası sistemi, uygulandığı ilk dönemlerde toplumun tamamını kapsayan sosyal bir güvence olmaktan ziyade sadece çalışanların

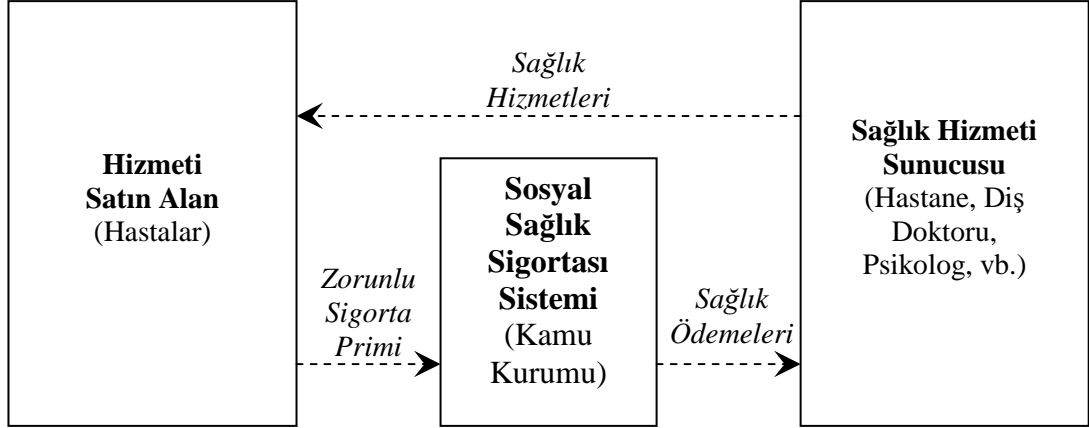
karşılaşabileceği olası sağlık risklerini kapsamaktaydı (Phelps, 2003: 561). Özellikle toplumun tüm kesimlerinin sağlık güvencesinde olma zorunlulukları göz önüne alındığında bu kapsama alanının yeterli olmadığı zaman içinde anlaşılmıştır. Bu nedenle, zorunlu sağlık sigortasının sosyal bir güvenceye dönüştürülerek toplumu oluşturan tüm unsurların sosyal sigorta bünyesine alınması arzulanmıştır. Bu açıdan devlet, çalışanlardan ve işverenlerinden, serbest meslek faaliyeti icra edenlerden ve fiilen çalışmayan ancak sisteme dâhil olmak isteyen kişilerden zorunlu sigorta primi almakta, gelir düzeyi yetersiz ve sosyal güvencesi mevcut bulunmayan bireylerin ise sağlık sigortalarını kendi bütçesinden telafi etmektedir. Bu şekilde zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi ile birlikte tüm vatandaşlar sağlık güvencesine kavuşabilmektedir (Belek, 2009: 174).

Zorunlu sağlık sigortası sisteminde, olası bir sağlık problemiyle karşılaşılması durumunda ortaya çıkan maliyet unsurları sadece birey tarafından karşılanmamakta, sisteme tabi olan üyelerin tümü arasında gelir seviyeleri temel alınarak paylaştırılmaktadır. Bu şekilde sisteme daha fazla katkıda bulunanlardan daha az katkıda bulunanlara ve daha az rahatsızlananlardan daha fazla hastalananlara gelirin yeniden dağılımını sağlandığı söylenebilir. Bu yönüyle devlet müdahaleciliğine dayanan zorunlu sağlık sigortası sistemi, sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde bireysel faydalanmayı ön plana çıkararak özel sağlık sigortası sisteminin aksine sosyal refah düzeyini daha iyi seviyeye getirebilmeyi amaç edinmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 8).

Sosyal sağlık sigortası, nüfusun sadece çalışan kesimine ya da yasa koyucunun belirleyeceği çeşitli kesimlere yönelik uygulanabileceği gibi tüm toplumu kapsayacak nitelikte genel sağlık sigortası şeklinde de uygulanabilir. Burada önemli olan husus, her durumda kamunun finansmanı sağlayan aracı kurum olarak hizmetin üretilip sunumu sürecinde aktif bir aktör olarak yer almasıdır (Sargutan, 2005: 413). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sağlık sigortası uygulaması Şekil 4’de görüldüğü gibi gerçekleşmektedir.

#### Şekil 4: Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı:

##### Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman



**Kaynak:** “Getzen, T. E. (1997), Health Economics Fundamentals and Flow of Funds, s.7” kaynağından yararlanılarak tasarlanmıştır.

Sosyal sağlık sigortası sisteminin sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi sürecinde oynadığı rol ile özel sağlık sigortası sisteminin hizmet finansmanın da oynadığı rol arasında bir takım farklılıklar bulunmaktadır. Öncelikle piyasa koşullarıyla şekillendirilmiş özel sağlık sigortası sisteminde birey için kişisel fayda maksimizasyonu, aracı kuruluş için maliyet minimizasyonu ve karlılığın çoğaltılması temel amaçlar olarak nitelendirilirken, sosyal sağlık sigortası sisteminde ise sosyal refah seviyesinin yükseltilmesi amacına hizmet edilmesi ön plandadır (Tiryaki ve Tatar, 2002: 127-128). Bu nitelik, özellikle kamuya ayrı bir pazarlık gücü sağladığından sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde sosyal refahın artırılabilmesine de hizmet etmektedir.

Sosyal sağlık sigortası sisteminin toplumsal refah seviyesini arttırabilme amacına tam anlamıyla hizmet edebilmesi için öncelikle toplumun her kesimini kapsamaması ve gelir düzeyi ile ilintili bir şekilde sigorta primlerinin tahsil edilmesi gerekmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 8). Ancak bu şekilde bireysel sağlık riski sosyal bir risk olarak algılanarak tüm topluma mal edilebilir. Oysa sadece çalışanları ya da belirli grupları kapsamı altına alan bir sosyal sağlık sigortası sistemi, yalnız söz konusu kitlelerin sağlık risklerini garanti altına alacak, tanım dışında kalan bireyler ise güvenceden yoksun kalacaklardır. Ayrıca sosyal sağlık sigortası sisteminin rasyonel işlemlerini belirleyecek diğer önemli bir faktörde kamu kaynağı niteliğine

bürünen sağlık sigortası primlerinin lüzum gösteren yerlerde ve israftan kaçınılarak etkin, verimli ve tutarlı kullanılmalıdır (Yenimahalleli, 2007: 159).

Sosyal sağlık sigortası sisteminde sağlık hizmetlerinin finansmanı amacıyla toplanan primler özel bir amaç doğrultusunda toplanan kamu geliri niteliğindedir. Özellikle çalışanların söz konusu sisteme kayıtlı olmaları ve primlerini ödemeleri zorunludur. Bu bağlamda sistem sadece çalışanları kapsayabileceği gibi (dar anlamda sosyal sağlık sigortası) vatandaşlarının tümünü kapsamaya da (genel sağlık sigortası) mümkündür. Genel sağlık sigortası şeklinde tasarlanmış bir sistemde, çalışan kesimin zorunlu olarak sisteme tabi olup ödeyeceği primler yanında çalışmayanlar ve gelir düzeyi yetersiz kişilerinde sisteme bilfiil katılmaları zorunlu hale gelmektedir. Burada, çalışmayan ancak maddi durumu yeterli olanlar primlerini kendileri sisteme aktarırken, gelir düzeyi yetersiz kişilerin primleri ise devlet tarafından karşılanmaktadır. Sonuç itibariyle toplanan tüm sigorta primleri ortak bir havuza aktarılmakta ve ödemeler bu havuzdan gerçekleştirilmektedir (Edizdoğan, 2007: 37-38).

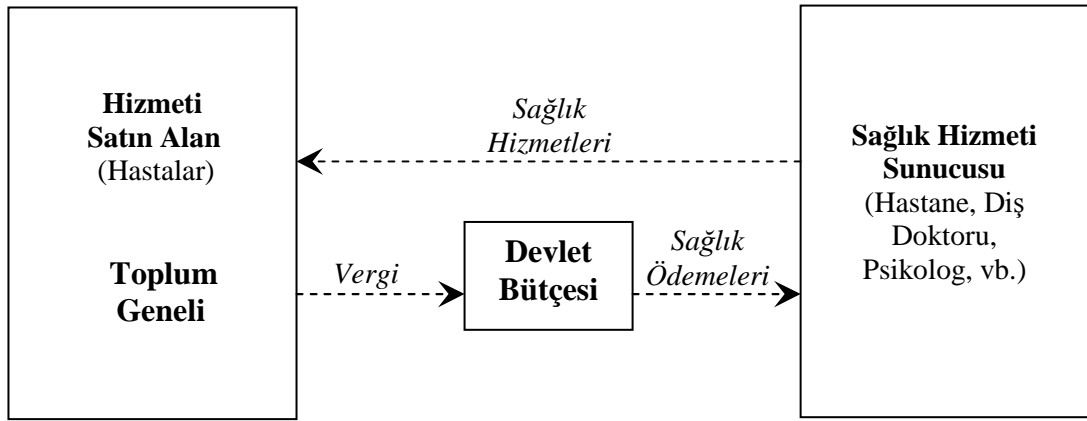
#### **1.1.3.2.2 Genel Vergi Gelirleri ile Finansman**

Tarihsel süreç içerisinde sağlık hizmetlerinin tedarik edilmesinin kamusal bir görev olarak algılanmaya başlaması ile birlikte söz konusu hizmetten tüm toplumun yararlanmasını sağlamak üzere bir takım tedbirler alındığı görülmektedir. Özellikle Bismarck tipi sosyal sigorta sistemi ile başlayan bu süreç, sunulan sağlık hizmetleri finansmanının genel bütçe gelirlerinden sağlandığı Beveridge Sistemi ile devam etmiştir (Belek, 2009: 175). II. Dünya Savaşı'nı takiben Lord Beveridge, İngiltere'de sosyal adaleti ve gelirin toplum içerisinde ahenk ile yeniden dağılımını sağlayabilmek için yeni bir sosyal güvenlik anlayışını gündeme taşımıştır (Edizdoğan, 2007: 33). Beveridge sistemi ile yeniden tanımlanan ve farklı bir önem atfedilen eğitim ve sağlık hizmetlerinin genel bütçe gelirleri aracılığıyla finanse edilmesi öngörülmüştür. Buradaki asıl amaç söz konusu hizmetlerin toplum geneline yayılarak her bireyin bu hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayabilmektir (Svedoff, 2004: 2).



Genel vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi, sağlık hizmetlerinden tüm bireylerin yararlanabilmesi ve sosyal riskin toplum geneline paylaştırılabilmesi için kullanılan önemli bir kolektif araçtır. Beveridge modeli olarak anılan bu araç önleme amaçlı ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin genel bütçe gelirleri ile karşılanıp toplumun her ferdine yeknesak şekilde sunulacak bir ortamın oluşturulmasını öngörür (Marsh, 2005: 6). Bu sistem Şekil 5 ile görsel ifade edilmiştir.

**Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı:  
Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman**



**Kaynak:** “Getzen, T. E. (1997), Health Economics Fundamentals and Flow of Funds, s.6” kaynağından yararlanılarak tasarlanmıştır.

Şekil 5’de görüldüğü üzere sağlık hizmetleri sunumunun vergi gelirleri ile finansmanında genel bütçe gelirlerinden sağlık harcamalarına ilişkin bir ödenek tahsis edilmekte, bu şekilde kamusal kaynaklar sağlık sektörüne aktarılmaktadır.

Vergi gelirleri ile sağlık hizmetleri finansmanının sağlandığı bir sistemde sosyal sağlık riskine ilişkin harcamaların toplum geneline yayılabilmesi için vergi tabanının geniş olması gerekir. Yani kayıt dışı ekonomi ne kadar az ve vergiyi doğuran olay ne kadar kolay saptanabiliyorsa vergilendirme süreci tüm toplum tarafından o derecede hissedilebilecektir. Vergi sisteminin toplumu mümkün mertebe kapsamaması, sosyal riskin paylaşımını arttıracak amaç birliği ruhunu geliştirecektir (Yıldırım, 2006: 3).

Genel vergi gelirleri ile sağlık hizmetleri sunumunun finanse edilmesi sistemi sosyal sağlık sigortası sistemi ve piyasa koşullarının geçerli olduğu diğer sistemlere

nazaran toplumun daha geniş kısmını sosyal sağlık güvencesi şemsiyesinde toplamaktadır. Burada devlet sadece sigorta primlerinden oluşan havuz yerine tüm kamu gelirlerinin özellikle vergilerin toplandığı nispeten daha büyük bir havuzu sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde kullanmaktadır (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 4).

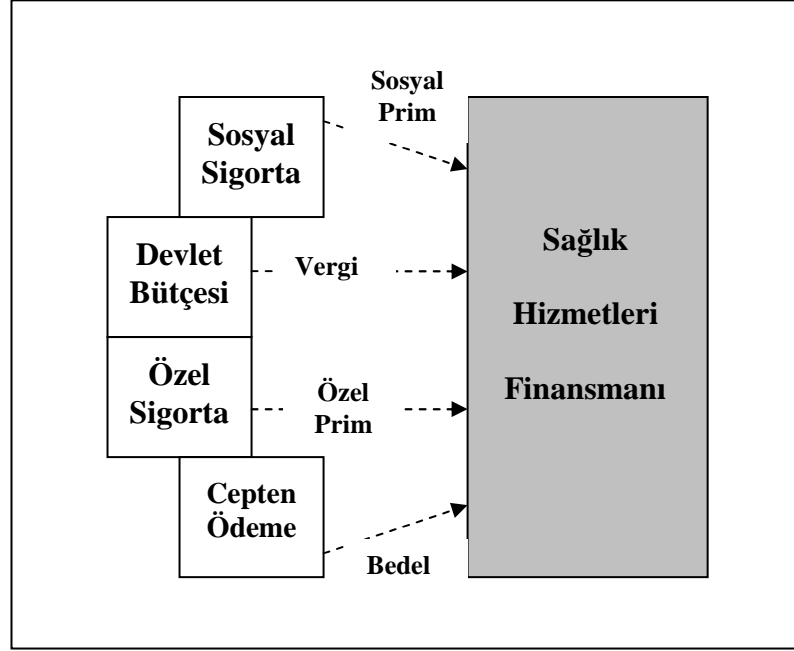
### 1.1.3.3. Bütünleştirilmiş Finansman Modelleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında piyasa koşullarına göre oluşan sistemlerin varlığından söz edildiği gibi, kamu ekonomisi çerçevesinde şekillenmiş ve bireysel faydalanmadan ziyade sosyal refah seviyesini yükseltmeyi amaç edinen finansman sistemlerinin varlığından da söz edilmektedir. Yukarıda bahsedilen dört finansman sistemi kendi içlerinde birbirlerini tamamlayacak şekilde bir arada uygulanabilmektedir. Burada asıl önemli olan sistemlerin birbirlerinin olumsuz yönlerini giderecek şekilde ahenk ile bir arada işlevlerini yerine getirebilmeleridir.

Günümüzde vatandaşların bilgi birikimlerinin artması ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenlerin sayısında artmaktadır. Sonuç itibariyle, hizmet maliyetlerinin sürekli artması finansman sistemlerini zora sokmakta, hizmet sunumunda da zaman zaman hizmet talebinin karşılanmasında yetersizlikler oluşmaktadır. Böyle bir ortamda salt piyasa koşullarına ya da kamu ekonomisi şartlarına göre tasarlanmış sistemler hizmetin etkin bir şekilde finansmanına yetişememektedir. Bu nedenle finansman sistemleri birbirlerini telafi edecek şekilde iş birliği içerisine girmektedirler (World Health Organization, 2000: 7).

Şekil 6, bütünleştirilmiş finansman modelinde sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecine katkı sağlayan temel kaynakları göstermektedir. Görüldüğü gibi bütünleştirilmiş finansman modellerinde kamu ve özel kaynakların tümünden yararlanılabilmektedir. Burada hangi kaynağın finansman sürecinde daha etkin ve belirleyici olacağı ise sağlık sisteminin ve diğer bileşenlerin özelliklerine göre farklılıklar gösterebilecektir.

**Şekil 6: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Bütünleştirilmiş Finansman Modeli**



Sağlıklı yaşamayı istemenin anayasal bir hak olarak algılandığı günümüzde bu hakkı elde etmenin direkt bireyin tercihine bırakılması sosyal refah devletinin temel felsefesi ile bağdaşmamaktadır. Kişinin maddi gücü yeterli ve sağlık hakkında bilinçli olduğu bir durumda kendi sağlığını koruyup kollayacağı aşikârdır. Bu doğrultuda önleme amaçlı sağlık hizmetlerinden ya da tedavi hizmetlerinden kendi rızası ile yararlanabilecektir. Ancak, bireyin gelir düzeyi yetersiz ve sağlığa atfettiği değer düşük olduğu düşünüldüğünde, sağlık problemlerini kendi tercihi doğrultusunda çözemeyeceği ve sistem dışında kalma ihtimalinin olduğu da unutulmamalıdır. İşte bu ihtimalin varlığı devletin, sosyal sigorta aracılığıyla ya da vergi gelirlerinden yararlanarak finansman sürecine katılmasına sebebiyet vermektedir (Carrin, 2003: 26-27). Böylece, bir yandan cepten ödemeler ve özel sigorta kuruluşları aracılığıyla sağlık hizmetlerinin sunumundan yararlanılabilmekteyken, diğer yandan söz konusu sistemlerden yararlanamayanlar için kamusal kaynaklar kullanılmakta, sosyal sağlık sigortası ya da vergilerle sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanmaktadır. Bu şekilde vatandaşların sistem dışında kalması önlenmektedir. Benzer olarak, kamu müdahaleciliğine dayalı olan sosyal

sağlık sigortasının uygulandığı bir ortamda, sistemin sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından yetersiz kalması durumunda sağlık sigortası sistemi genel bütçe gelirlerinden finanse edilmekte, böylece hizmet sunumunda aksamaların önüne geçilmektedir. Özellikle sosyal sağlık sigortası sisteminin toplumun tüm kesimlerini kapsamada yetersiz kaldığı durumlarda devlet, sosyal refah seviyesini arttırabilmek için sistem dışında kalanların sağlık hizmeti sunumlarını genel bütçe gelirlerini kullanarak finanse etmekte, bu şekilde sosyal sağlık sigortası sisteminin aksayan yönünü de telafi etmektedir (Carrin, James ve Evans, 2005: 3-4).

## 2. BÖLÜM

### SAĞLIK SİGORTASI

Bu bölümde sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinden sağlık sigortası sistemine değinilerek, değışen ekonomik koşulların sigorta sistemleri üzerindeki etkinliği incelenmektedir. Ayrıca devletin sağlık sigortası sisteminde üstleneceği rol, liberal, sosyalist ve müdahaleci yaklaşımlara göre irdelenmektedir. Son kısımda ise farklı ülkelerin sağlık finansman sistemlerine yer verilmektedir.

#### 2.1. SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ

Gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde rol alan en önemli finansman yöntemlerinden biri sağlık sigortası sistemidir (Doetinchem, Schramm ve Schmidt, 2006: 28). Sağlık sigortası, özellikle sağlıklı olma durumunun belirsizliği ve söz konusu belirsizliğin bireylere yükleyebileceği maliyetleri makul bir düzeye indirgeyebilmek amacıyla ortaya çıkmıştır. Kişilerin hangi ortamda ve ne zaman hastalanacağı, karşılaştığı hastalığın niteliği ve kişinin normal hayatını ne derecede etkileyeceği belirsizlik ile tanımlanan risk faktörünün temel bileşenleri olarak nitelendirilebilir. Bu nedenle bireyler, hastalık riskini göz önüne alarak sağlık sigortası yaptırmakta, bu şekilde kendilerini güvence altına almaktadırlar (Phelps, 2003: 319-330).

Sağlık sigortasının amacı bireyi, grupları ya da toplumu sağlık problemleri ile çıkabilecek muhtemel zararlara karşı kollayıp, kişilerin taşıdığı mevcut sağlık riskinin diğer sigortalılarca paylaşılmasını sağlayabilmektir. Burada sağlık sigortacılığının kamu sektöründe ya da özel sektörde yapıyor olması, sosyal refah düzeyinin veya ticari motiflerin ön planda olmasının temel belirleyicisidir (Tiryaki ve Tatar, 2002: 125-128).

Günümüzde sağlık sigorta sistemi devlet aracılığıyla yönlendirilebileceği gibi piyasa kuralları doğrultusunda da şekil alabilir. Burada asıl belirleyici unsur, vatandaşların sistemden yararlanabilmek için asgari bir gelir seviyesine sahip olup

olmadığıdır. Devletin müdahalesi ile şekillenen sağlık sigortası sisteminde, sağlık riski sosyal çerçevede ele alınarak kişilerin gelirleri ile orantılı bir şekilde prim tahsilâtı gerçekleştirilmektedir (Dixon, Pfaff ve Hermesse, 2004: 171). Buna karşılık, özel sağlık sigortası sisteminde kişinin hastalanma riski göz önüne alınarak prim tespit edilmektedir. Sonuç olarak, iki sistemde de ortak bir havuz oluşturulmakta ancak havuzun içinde yer alan prim ödemeleri farklı kıstaslara göre belirlenmektedir.

### **2.1.1. Değişen Ekonomik Koşulların Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri**

Zaman içerisinde değişen ihtiyaçlar ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel unsurlardan etkilenmiş, hatta söz konusu unsurlar ekseninde şekillenmiştir. Özellikle kollektif hareket edilen dönemlerde devlet müdahaleciliği gündeme gelmiş, buna karşılık özel faaliyetlerin ön plana çıktığı dönemlerde kişisel girişimcilik ön plana çıkmış ve genel ekonomiyi özüne uygun olarak organize etmiştir (Galbraith, 1990: 37-99; Saltman ve Dubois, 2004: 24).

Ekonomik büyümenin sadece fiziki sermaye birikimine değil, beşeri sermaye birikimine de bağlı olduğuna ilişkin yeni teorilerin geliştirilmesi ile birlikte beşeri sermaye yatırımları ayrı bir önem kazanmıştır. Bu doğrultuda, kamu sektörünün ekonomik büyüme ve kalkınmayı sağlayabilmek için fiziki sermaye birikiminin, teşviki yanında, beşeri sermaye birikiminin arttırılması ve geliştirilmesi noktasında da müdahaleci bir politika izlemesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Beşeri sermaye birikimi, toplumu oluşturan bireylerin bilgi, tecrübe, yetenek ve pratiklik gibi üretim sürecini olumlu yönde etkileyebilecek değerleri içeren, işgücünün daha verimli ve etkin bir şekilde üretim kesiminde rol almasını sağlayan bir nevi fiziki olmayan sermaye niteliğindedir (Karagül, 2003: 81). Bu kapsamda eğitim ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile beşeri sermaye birikiminin artması sağlanabilmekte, böylece ekonomik büyüme ve kalkınma süreci müspet yönde etkilenebilmektedir (Lucas, 1988: 40; Baumol, 1993: 23).

Günümüzde ulusal ekonomileri şekillendiren çok sayıda unsur bulunmakta olup, söz konusu unsurlar sağlık sigortası sistemini de bir şekilde etkilemekte ve sistemin değişen koşullara uygun bir yapıya bürünmesini zorunlu kılmaktadır.

Ülkelerin demografik gelişimleri, gelişmişlik seviyeleri, mali yapıları, izlenen iktisadi politikalar, kayıt dışı aktiviteler, devlete olan bakış açısı, uluslararası mali kuruluşlarla olan etkileşim gibi faktörler, ülkelerin ekonomik yapılarını ve dolayısıyla sağlık sigortası sistemlerini doğrudan ya da dolaylı bir şekilde etkisi altına alan unsurlardandır (Ağartan, 2007: 39-50; Sargutan, 2005: 406-412).

### **2.1.1.1. Demografik Gelişimlerin Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri**

Ülkelerin nüfus yapıları farklı özellikler gösterebilmektedir. Sahip olunan nüfus yapısı, sağlık hizmetlerinin finansmanında sağlık sigortası sisteminin uygulanabilirliği açısından da son derece önemlidir.

Sağlık sigortası sisteminde, sistemin en önemli gelir kaynağını fiili olarak çalışanlardan ve işverenlerden alınan sağlık sigortası primleri oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde fiili olarak çalışabilecek yaştaki insanların yaşlanarak emekli olmaları nedeniyle sisteme sağlanan sigorta primlerinde bir azalış gerçekleşmektedir. Ayrıca insanlar, ilerleyen yaşlarda sağlık problemleri ile daha sık karşılaşmakta, dolayısıyla sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma gereksinimi duymaktadırlar (Ener ve Demircan, 2008: 69). Gelişmiş ülkelerde karşılaşılan bu durum, toplumsal anlamda sağlık hizmetleri talebinin artması, yani sağlık sigortası sisteminde giderlerin yükselmesi ile sonuçlanmaktadır (Mendelson ve Schwartz, 1993: 120; İkegami ve Hasegawa, 1995: 54-55).

Dolayısıyla gelişmiş ülkelerin sağlık sigortası sistemlerinde iki önemli problem ile karşılaşabilmektedir. Bunlardan ilki, yaşlı sayısının artmasına bağlı olarak çalışan nüfusun azalması ile sigorta prim hâsılatının düşmesidir. Bu husus gelişmiş ülkelerde sağlık sigortası sistemini gelir kaynakları açısından zor duruma sokmaktadır. İkinci olarak, nüfusun yaşlanmasıyla sağlık problemleri ile karşılaşan bireyler çoğalmaktadır. Dolayısıyla sağlık sigortası sisteminde sağlık harcamalarına aktarılan fon miktarı yani sağlık harcamaları artmaktadır (Acar ve Kitapçı, 2008: 82-83).

Gelişmekte olan ülkeler açısından, gelişmiş ülkelerde karşılaşılan demografik özelliklerin tersi söz konusudur. Bu ülkeler, hızla artan doğum oranına ve genç bir

nüfusa sahipken, toplumun yaşam standartları gelişmiş ülkelere nazaran daha düşük, buna bağlı olarak bireylerin yaşam süreleri daha kısadır. Gelişmekte olan ülkelerde nüfus hızlı bir şekilde artmakta, kıt kaynaklar ile sınırsız olan ihtiyaçları karşılamak daha da zorlaşmaktadır (Dunlop ve Martins, 1995: 9-10). Bu ülkelerde sağlık hizmetleri talebinin çoğalan nüfusa bağlı olarak artması, özellikle önleme amaçlı sağlık hizmetlerinin tam olarak uygulanamaması nedeniyle çocuk hastalıkları ve salgın hastalıklar gibi tedavisi ihmal edilemeyecek hastalıkların ortaya çıkması sonrasında sağlık harcamaları sürekli artmaktadır (Hsiao, 1995: 15). Sürekli artan sağlık harcamaları, sağlık sigortasından sağlık sistemine yapılan ödemelerin aşırı şekilde yükselmesi ile sonuçlanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde gelir dağılımının nispeten adaletsiz olmasından dolayı toplumun tüm kesimleri sisteme düzenli bir şekilde sigorta primi ödeyememektedir. Ayrıca sosyal yapılarının bir getirisi olarak sigorta sistemlerinde katkı sağlayandan daha çok yararlanan bulunmaktadır. Bu durum, sağlık sigortası sisteminde harcamaların yüksek, gelirlerin ise olması gerekenin altında kalmasına neden olmaktadır (Gümüş, 2004: 5).

Sonuç itibariyle gerek gelişmiş ülkeler, gerekse gelişmekte olan ülkeler, demografik özellikleri nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık sigortası sistemlerinde çeşitli sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Bu sorunların özünü gelişmiş ülkelerde nüfusun hızla yaşlanması oluştururken, gelişmekte olan ülkelerde ise nüfusun hızla artması ve artan nüfusun sistem kapsamına alınamaması oluşturmaktadır (Smith, 1980: 25-30).

### **2.1.1.2. Ülkelerin Gelişmişlik Seviyelerinin Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri**

Ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre de sağlık sigortası sistemleri farklı şekillenebilir. Gelişmişlik seviyeleri bakımından ülkeler, gelişmekte olan ülkeler ve gelişmiş ülkeler olarak iki ana gruba ayrılabilirler. Gelişmiş ülkeler ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel anlamda kalkınma süreçlerini tamamlamışlardır. Gelişmekte olan ülkelerde ise kalkınma süreci halen devam etmekte olup, ulusal ekonomi ve sosyal dokuda sürekli bir gelişim ve değişim söz konusudur (Ataç, 2006: 291-294).



Gelişmiş ülkelerde sosyal güvenlik ağı neredeyse tüm toplumu kucaklayacak şekilde örülmüştür (Sargutan, 2005: 107; Sachs, 2001: 24). Bununda ötesinde, toplumu oluşturan bireylerin bilgi birikimlerinin yüksek olması ve hayat standartlarında gelir elde etmeleri sayesinde, tüm toplumu kapsayan ve toplumsal risk havuzu oluşturan sosyal sigorta sistemini telafi ya da ikame edebilecek özel sigorta sistemlerinden yararlanılabilmektedir (Aktan ve Işık, Erişim: 30 Ocak 2009). Yani gelişmiş ülkelerde sağlık sigortası sistemi, tüm toplumu kapsayan sosyal sağlık sigortası ve bireylerin şahsi tercihleri doğrultusunda tabi oldukları özel sağlık sigortasından oluşabilmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 6).

Gelişmiş ülkelerde genellikle vatandaşlar karşılaşılabilecekleri hastalık riskinin farkındadırlar. Bu nedenle sosyal ya da özel sağlık sigortası sistemine yaptıkları prim ödemelerini kendileri açısından bir maliyet unsuru olarak değil risk yatırımı olarak görmektedirler (World Health Organization, 2000: 97-98). Benzer şekilde düşünemeyecek durumda olan bireyleri ise devlet, şahsi isteklerini gözetmeksizin sosyal sağlık sigortası bünyesine dâhil etmektedir. Bu şekilde gelişmiş ülkelerin sağlık sigortası sistemi toplumun geniş katmanlarını kapsamına alabilmektedir (Yıldırım, 1994: 13).

Gelişmekte olan ülkelerin ekonomik, sosyal ve siyasal sistemlerinde ise yapısal bir takım aksaklıklar mevcuttur. Bu nedenle, gelişmekte olan ülkelerde kalkınma süreci halen işlemekte, iktisadi, siyasi ve sosyal bileşenler yeni bir sistemin yapı taşını oluşturma evresinde rol almaktadırlar (Griffiths, 1980: 61-67; Berman ve Bossert, 2000: 15). Bu ülkelerde her alanda olduğu gibi sağlık sigortası sisteminde de bir takım aksaklıklar bulunmaktadır. Öncelikle gelişmekte olan ülkelerde toplumu oluşturan bireyler ulusal gelirden adil bir şekilde pay alamadıklarından gelir dağılımı adaletsizdir. Yani her birey adil bir alım gücüne sahip değildir. Bu nedenle istekleri doğrultusunda prim ödeyerek özel ya da sosyal sağlık sigortası sistemine dâhil olma imkânları bulunmayabilmektedir (Monekosso, 1980: 43). Dolayısıyla devletin müdahale etmemesi durumunda toplumun önemli bir kısmı sağlık sigortası sisteminin dışında kalarak, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkından mahrum kalabilir.

İlave olarak, gelişmekte olan ÷lkelerde toplumun eğitim durumu dikkate alındığında, vatandaşların sağlıklı yaşam bağlamında yeterince bilgi birikimine sahip olmadıkları ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak ya da hastalık risklerine karşı g÷vence altında olabilmek için yeterince çaba sarf etmedikleri ileri s÷r÷lmektedir (Doetinchem, Schramm ve Schmidt, 2006: 36-37). Yani gelişmekte olan ÷lkelerde bir yandan bireylerin karşı karşıya olduğu gelir yetersizliği, diğer yandan sağlık hizmetleri konusundaki bilgi noksanlığı nedeniyle sağlık sigortası sistemi kamu m÷dahalesi olmaksızın t÷m toplumu kapsamaktan uzak olur (Carrin ve James, 2004: 12).

### **2.1.1.3. Kamu Mali Durumunun Sağlık Sigorta Sistemine Etkileri**

Özel sağlık sigortası ile sosyal sağlık sigortası olmak üzere iki temel sağlık sigortası sistemi, ÷lkelerin demografik özelliklerine ve gelişmişlik seviyelerine göre farklı bir niteliğe bürünebilmektedir. Sağlık sigorta sisteminde özel kesimin mi yoksa kamu kesiminin mi ağırlıklı olarak rol alacağı veya gelecekteki bir süreçte rol değişimi yapılıp yapılmayacağı hususunda ise kamu maliyesinin mevcut yapısı belirleyici olmaktadır.

Sosyal sağlık sigortacılığının yaygın olduğu bir ekonomide finansal aracı olarak nitelendirilen kuruluş kamuya ait olmaktadır (Getzen, 1997: 63). Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin sosyal sağlık sigortası aracılığıyla finanse edilmesi kamusal bir hizmet görünümüne bürünmekte, hizmetin sunumu için toplanan sosyal sigorta primleri ise kamu geliri olarak ifade edilebilmektedir (Edizdoğan ve Giray, 2007: 91; Modigliani, Ceprini ve Muralidhar, 2000). Sosyal sağlık sigortası prim gelirlerinin, sağlık hizmetleri finansmanını karşılamada yetersiz kalması durumunda, sağlık sigortası sistemi açık verir. Bu açık kamu tarafından y÷r÷t÷len sosyal sağlık sigortası m÷essesesince verilmiş olması nedeniyle genel bütçe gelirleri ya da kamu borçlanması aracılığıyla kapatılır. Bu şekilde sosyal sağlık sigortasının gelirlerini aşan giderleri kamu bütçesi üzerinde bir yük oluşturur. Bu yükün büyüklüğü, kamu bütçesi genel dengesi ve açığı kamu bütçesinden kapatmanın alternatif maliyetleri göz önüne alınarak, sosyal sağlık sigortacılığının sonucu belirlenir (Akyel, 2006: 72-

73). Nitekim bir ülke ekonomisinde kamu harcamalarının kamu gelirlerine denk olmasını hedef olarak tanımlayan mali disiplin politikası uygulanıyorsa, sağlık hizmetleri finansman maliyetinin kamu bütçesine yansıtıldığı durumda mali disiplinsizlik ortaya çıkar. Bu durum kısa vadede sosyal sağlık sigortası sistemi içerisinde prim hâsılatının artırılması ya da harcamaların kısılması ile tasarrufa gidilerek aşılabilir. Ancak sağlık sigorta sistemi açığının kronik hale gelmesi durumunda uzun dönemde sosyal sağlık sigortasını ikame eden ya da tamamlayan nitelikte özel sağlık sigortasına ağırlık verilmesi gündeme gelebilir (Stiglitz, 2000: 308-310).

Günümüzde gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin sağlık sigortası sisteminde karşı karşıya kaldıkları en önemli sorunlardan biri, sistemin açık vererek kamu maliyesi üzerinde bir yük oluşturmasıdır. Gelişmiş ülkelerde bu sorunun kaynak yetersizliğinden ziyade daha çok sağlık harcamalarındaki artışa bağlı olduğu görülmektedir (Carrin ve James, 2005: 55). Gelişmekte olan ülkelerde ise bir yandan sağlık harcamalarının finansman yükünün yüksekliği diğer yandan da sağlık sigortası prim gelirlerinin etkin bir şekilde toplanamaması nedeniyle sağlık sigortası sistemi mali disiplini bozucu yönde bir etki oluşturmaktadır (Rosen ve Gayer, 2008: 219).

#### **2.1.1.4. İzlenen İktisadi Politikaların Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri**

Liberal iktisat yaklaşımının benimsendiği ülkelerde özel sektör ön planda olup, sistem serbest piyasa kuralları doğrultusunda işlemektedir. Bu ülkelerde, piyasa sistemine gerçekleştirilecek kamu müdahaleciliği mümkün olduğu kadar düşük seviyede tutulmaya çalışılmaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin sunumu piyasa kurallarına göre oluşmuş özel kuruluşlarca sağlanmakta iken, sunulan hizmetlerin finansmanında özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler ön plandadır (Gülbaş, 2007: 20-21). Sosyal refah düzeyinin mevcut kaynaklarla mümkün olan en üst seviyeye getirilmesinin kamu sektörünün müdahaleciliğine dayandığı devlet anlayışı ise, kamunun her alanda olduğu gibi sağlık sisteminde de öncül bir rol üstlenmesi gerekliliğini savunmaktadır (Kitapçı, 2007: 17-30).

Neo-liberal iktisat politikaların 1980’li yıllardan günümüze kadar giderek önem kazanması ve uygulama sahası bulması ile özellikle ekonomide kamu sektörünün payı azaltılmaya, denetleyen ancak iktisadi faaliyetleri sınırlı, küçük ve denk bir bütçeye sahip kamu yönetimi anlayışı benimsenmeye başlamıştır. Bu doğrultuda, sağlık sektöründe devlet müdahaleciği azaltılmakta, sosyal sağlık sigortası sisteminin gelirleri ile giderlerinin denk olmasına özen gösterilmektedir. Hatta prim gelirlerinde artış, sağlık harcamalarında ise kısıntıya gidilerek sosyal sağlık sigortacılığı finansal açıdan disiplin altına alınmaya çalışılmaktadır. Bununda ötesinde, neo-liberal politikalar eşliğinde sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından özel sağlık sigortacılığının önem ve payını arttıracak düzenlemelere yer verilmektedir (Yıldırım, 2000: 6-7).

#### **2.1.1.5. Kayıt Dışı İstihdamın Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri**

Sağlık sigortası sisteminin en önemli gelir kaynağı sigortalı ve işverenlerden alınan sigorta primleridir. Özel sağlık sigortasında bireylerin ödeyecekleri sigorta primleri iktisadi faaliyetlerine bağlı olarak elde ettikleri gelirlerinden ziyade yaş, cinsiyet, yaşanılan ortam, aile fertlerinin karşılaştığı kronik hastalıklar, çalışma koşulları gibi hastalanma riskini ihtiva eden unsurlar doğrultusunda belirlenmektedir (Sekhri ve Savedoff, 2006: 374). Özel sağlık sigortası uygulamasında bireysel faydalanma ön planda olup, kişinin sistemden yararlanmasında kendi isteği dikkate alındığından kayıt dışı istihdamın çok fazla önemi bulunmamaktadır. Zira kişi kayıt dışı istihdam edildiği halde ödeyeceği sigorta primleri ile özel sağlık sigortasından yararlanabilir (Colombo ve Tapay, 2004: 15).

Sosyal sağlık sigortası uygulamasında ise kişisel yararlanmadan çok bireylerin karşılaştıkları hastalanma riskinin tüm topluma paylaştırılması amacı ön planda olduğundan, sigortanın kapsamını toplumun daha geniş bir kesimi oluşturmaktadır (Doetinchem, Schramm ve Schmidt, 2006: 39). Sosyal sağlık sigortası sisteminin ihtiyaç duyduğu finansman kaynağı, büyük ölçüde bireylerin elde ettikleri kayıt altındaki gelirlerden sağlanmaktadır. Gelirlerin ne kadar büyük bir kısmı kayıt altında tutulabiliyorsa sağlık sigortası sistemi prim gelirleri o kadar fazla

olabilecektir. Böylece, sistem aracılığıyla finanse edilen sağlık hizmetleri, söz konusu gelirler ile tam olarak karşılanabilecek, kamu maliyesinin ve toplumun üzerinde daha ağır bir yük teşkil etmeyecektir (Wagstaff, 2007: 11-12). Bu nedenle, sosyal sağlık sigortası sisteminin etkin bir şekilde işleyebilmesi için kayıt dışı ekonominin, özellikle de kayıt dışı istihdamın minimum seviyeye çekilmesi gerekir.

Sosyal sağlık sigortası sisteminde sigorta primleri kamu geliri niteliğindedir. Bu nedenle özellikle kendi nam ve hesabına çalışanlardan ya da fiilen başkasının yanında çalışanlardan ve işverenlerinden, gelirleri ile orantılı olarak zorunlu sigorta primi tahsil edilmektedir. Bu sigorta primlerinin dayanağını bireylerin devlete beyan ettikleri ve kayıt altında bulunan kişisel gelirleri oluşturmaktadır (Edizdoğan ve Giray, 2007: 36-38). Devlete beyan edilmeyen ve kayıt dışı olarak nitelendirilen gelirler sağlık sigortası priminin kapsamı dışında kalmaktadır. Kayıt dışı ekonominin varlığı ise sosyal sağlık sigortası sistemini finansal açıdan olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık sigortası sisteminde iki türlü kayıt dışı aktivite ile karşılaşmaktadır. Bunlar tam ve kısmi kayıt dışı uygulamalardır. Tam kayıt dışı uygulama başkası ya da kendi nam ve hesabına çalışanların sisteme hiçbir şekilde kayıt olmadan faaliyet göstermelerini ifade etmektedir (Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, 2009: 3; Wagstaff ve Serra, 2007: 6). Günümüzde kayıt altında olunmaksızın gerçekleştirilen ticari, zirai ve serbest meslek faaliyetleri tam kayıt dışı uygulamalara örnek olarak gösterilebilmektedir. Kısmi kayıt dışılık ise, hukuken başkası ya da kendi namına çalıştığı sosyal sağlık sigortası sisteminde bilinmesine rağmen, elde ettiği gelirin olduğundan daha az gösterilmesi ile sigorta priminin olması gerekenden daha az ödenmesini içermektedir (Sıvacı, 2007: 52). Kayıt dışı istihdam ya da sigorta primlerinin kişisel gelirin tamamını kapsayacak şekilde tahsil edilmesini önleyen aktiviteler, sonuç itibarıyla sosyal sigorta sisteminin sağlık hizmetlerini finanse edebilme gücünü azaltmaktadır. Bu nedenle kayıt dışı faaliyetlerin yoğun olduğu bir ekonomide sosyal sağlık sigortası sisteminin etkin olarak işleyebilmesi mümkün olamamaktadır. Sistemin etkin bir şekilde işleyebilmesi ve yaygınlaşması için başta kayıt dışı istihdam olmak üzere kayıt dışı ekonomik aktivitelerin engellenmesi gerekir.

### 2.1.1.6. Devlet Anlayışının Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri

Farklı iktisadi düşünce sistemlerinin devlete yüklediği değişik misyonlar, ekonominin her alanında bir yansıma bulduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı bağlamında da karşılık bulur. Liberal iktisadi anlayış içerisinde devlete, ekonomide sadece salt sosyal malları sunma görevi verilirken, sosyalist devlet anlayışında ekonomideki her türlü aktiviteyi merkezi planlama mekanizması ile yönetme ve yönlendirme fonksiyonu verilmektedir. Dolayısıyla, iki farklı bakış açısının sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına yaklaşımları da değişiklik arz etmektedir (Gürsoy ve Aksu, 2007: 74-75). Liberal iktisadi anlayış kamu müdahaleciliğinin minimum seviyede olması gerekliliğini savunduğu için sağlık sisteminde de devletin sadece tam kamusal mal niteliğindeki sağlık hizmetlerini satın alması ya da finansmanını sağlamasını savunur (Akdur, 2001: 1579; Mert, 2001: 1459-1460). Marksist yaklaşıma göre ise, devlet sağlık sektöründe dominant rol üstlenmelidir. Sağlık hizmetleri bizatihi kamu tarafından sunulmalı, hizmet sunumunda gerçekleştirilen harcamalar ise kamu genel bütçesinden karşılanmalıdır (Belek, 2009: 163-164).

Sosyal refah devleti anlayışında ise devlet, ekonomik ve sosyal hayata sahip olduğu iktisat politikası araçları ile müdahalede bulunur. Burada devletin asli fonksiyonlarından biri, vatandaşlarına asgari yaşam standardı sağlayarak kişisel faydalarını ve sosyal refah seviyelerini mümkün olduğunca yükseltebilmektir (Aktan ve Özkıvrak, 2008: 16). Bu görüş çerçevesinde, devlet sağlık sektörüne müdahale edebilir. Sağlık sisteminde kamusal girişimin yanında özel girişimde olabilir, ancak kamu sektörü burada öncül bir rol üstlenir (Türkal ve Cihangir, 2008: 136-137). Sağlık sigortası sisteminde de yine sosyal sağlık sigortacılığı ön planda olup, özel sağlık sigortacılığı ise kimi zaman ikame edici, kimi zaman tamamlayıcı niteliktedir. Sosyal sağlık sigortacılığına daha fazla ağırlık verilmesinin nedeni bu yöntem ile toplumsal dengenin sağlanarak sosyal refah seviyesinin arttırılabileceğine inanılmasındandır (Sargutan, 2005: 418).

### **2.1.1.7. Uluslararası Mali Kuruluşlarla Olan Etkileşimin Sağlık Sigortası Sistemine Etkileri**

Uluslararası kriz sürecinden ulusal anlamda olumsuz etkilenen ülkeler, krizin etkilerini azaltabilmek amacıyla Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu gibi küresel politikalar geliştiren ve işletilmesi için ortam hazırlayan kuruluşlardan istenilen politikaların izlenmesi koşulu ile kredi almışlardır. Hemen hemen her ülke ekonomik kriz sürecinden bir şekilde etkilendiği ve bu nedenle söz konusu kuruluşlara başvurduğu için dünya ulusları özellikle izlenen iktisadi politikalar açısından birbirlerine bağlı hale gelmişlerdir (Kutbay, 2002: 33; Yıldırım, 2000: 2).

1980'li yılların sonlarından itibaren dünyanın tek kutuplu hale gelmesi ile küreselleşme ve onun paralelinde neo-liberal iktisat politikaları hızla yayılmıştır. Özellikle, OECD, IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası aktörlerin de bir hayli önemli rolü olmuştur. Sağlık sistemi açısından bakıldığında, yaşanan değişim kamu müdahaleciğini azaltmayı amaç edinmiş, devletin, hizmet üreten ve sisteme sürekli müdahale eden bir aktör olmaktan ziyade, sistemi denetleyen ve yönlendiren, yeniden yapılandıran bir çehreye bürünmesini sağlamıştır. Günümüzde, sağlık hizmetlerinin sunumundan finansmanına her aşamasında Dünya Bankası, IMF ya da OECD gibi uluslararası aktörlerin yaptıkları politika önerileri sistemin yeniden dizayn edilmesi sürecine katkı sağlamaktadır (Hayran, 2001: 1110-1112; Ağartan, 2007: 41-43).

### **2.1.2. Sağlık Sigortası Sisteminde Devletin Rolü**

Devletin ekonomide ne gibi roller üstleneceği ve üstlendiği rolleri hangi kaynaklar ile finanse edeceği yıllar yılı tartışıla gelen bir konudur. Devlet olgusunun insan topluluklarının ortaya çıkması ve ortak ihtiyaçların hissedilmesi ile doğduğu söylenebilmektedir. İnsanlık geliştikçe ve medeniyet seviyesi ilerledikçe, bireysel ve toplumsal ihtiyaçları da değişmiş ve çoğalmıştır (Nadaroğlu, 2001: 4-10; Şener, 2006: 4). Sağlık sigortası sistemi de bir yönüyle kamusal müdahalenin gerçekleşip gerçekleşmeyeceğinin devlete olan bakış açısıyla değişebildiği alanlardan biridir. Dolayısıyla, sağlık sigortası sistemleri devletin müdahale derecesine göre bir

sınıflandırmaya tabi tutulabilir. Söz konusu tasnif ile sağlık sigortası sistemleri liberal yaklaşım, sosyalist yaklaşım ve müdahaleci yaklaşıma göre üç başlık eşliğinde incelenebilmektedir.

### **2.1.2.1. Liberal Yaklaşımına Göre Sağlık Sigortası Sistemleri**

Liberal yaklaşıma göre ekonomik sistemin serbest piyasa mekanizması esas alınarak organize edilmesi gerekliliği düşünülmekte, bu şekilde ekonomik etkinliğin sağlanabileceği savunulmaktadır. Piyasa mekanizması ile üretici ve tüketici olarak yer alan aktörler kendi kişisel çıkarları doğrultusunda hareket ederek kârlılık ve faydalarını maksimize edecekler, böylece farkında olmaksızın toplumsal refah seviyesini de yükselteceklerdir (Pınar, 2006: 9). Böyle bir ortamda devletin işleyen sisteme müdahalesi iktisadi etkinliği bozacak ve kamu sektörü verimsiz, hantal yapısıyla kaynak israfına yol açacaktır (Ataç, 2006: 6).

Liberal yaklaşıma göre devlet ekonomide tekel niteliğinde faaliyet göstereceği için, faaliyet gösterilen alana başka üretici giremeyecek bu nedenle rekabet olmayacaktır. Rekabet olmadığı bir ortamda ise verimliliğin artırılarak, kaliteli ve düşük maliyetle mal ve hizmet sunumunu gerektirecek bir dürtü bulunmayacaktır (Türk, 2006: 6). Oysa serbest piyasa koşullarında çok sayıda üretici iktisadi yaşamda faaliyet göstereceğinden birbirleri ile rekabet içerisinde bulunacaklar, bu rekabet sonrasında ayakta kalabilmek için yüksek verimli, kalitesi artırılmış, fiyatları maliyetlerine yakın mal ve hizmet sunumu gerçekleştirilecektir. Bu şekilde mal ve hizmetten yararlananların bireysel faydaları yükselecek, dolayısıyla söz konusu bireylerden oluşan toplumun refah seviyesi de artacaktır (Ulusoy, 2006: 3-4; Andreb ve Heien, 2001: 342).

Liberal görüşe göre devlet, sağlık sigortası sisteminde minimal seviyede rol üstlenmeli, sağlık sigortası piyasasında etkinsizliğe neden olabilecek nitelikteki faaliyetlerden kaçınmalıdır. Dolayısıyla özel sağlık sigortacılığının tercih edilmesi gerekir.

Liberal yaklaşımın öngördüğü şekilde sağlık sigortası sisteminin işleyebilmesi için en önemli koşul özel sağlık sigortası sektöründe çok sayıda sigorta



kuruluşunun olması ve bu kuruluşların kendi aralarında rekabet halinde bulunmalarıdır. Bunun yanında sigorta sisteminden yararlanmak isteyen çok sayıdaki bireyin her birinin sisteme katılabilecek kadar mali güce sahip olması da gerekir (Belek, 2009: 389). Ancak bu şekilde belirli bir alım gücüne sahip bireyler farklı sigorta kurumları arasında tercih yaparken sigorta kuruluşları da sistemden yararlanmak isteyen bireyleri kendilerine çekebilmek için rekabet edeceklerdir.

Liberal görüş doğrultusunda, vücut bulmuş sağlık sigortası sisteminde asıl unsur ve sağlık hizmetlerinin finansörü özel sigorta kuruluşları, sistemin tamamlayıcısı ise cepten ödemeler ve kamu müdahalesi ile oluşmuş sosyal sağlık güvencesidir.

#### **2.1.2.2. Sosyalist Yaklaşımına Göre Sağlık Sigortası Sistemleri**

Sosyalist yaklaşımda, üretim faktörlerinin tümü toplumun ortak mülkiyetindedir. Sağlık sisteminde, 1918 yılında Nikolai Aleksandrovich Semashko tarafından Sovyetler Birliği bünyesinde oluşturulan Sovyet modeli, kurucusuna atfen “Semashko Modeli” olarak da anılmaktadır (en.wikipedia.org-Nikolai Aleksandrovich Semashko, Erişim: 23.07.2009). Sosyalist yaklaşımda sağlık hizmetlerinin üretimi, topluma sunumu ve finansman aktiviteleri kamu sektörünün yapmakla yükümlü olduğu fonksiyonlar arasındadır. Bu nedenle, sağlık sisteminde mutlak bir devlet hâkimiyeti söz konusudur (Sargutan, 2005: 415).

Sosyalist yaklaşımda sağlık hizmetlerinin üretimini ve sunumunu kamusal mal kabul ederek bizzat üstlenen merkezi otorite, vatandaşlarının tamamının bu hizmetlerden kamu hizmeti olarak yararlanmasını öngörür. Söz konusu hizmetlerin finansmanı ise devletin genel bütçe gelirleri aracılığıyla yani vergilerle sağlanır. Sosyalist yaklaşıma göre devlet, toplumu oluşturan herkese sağlık güvencesi vermeli ve her türlü sağlık harcamalarının yönetim tarafından karşılanmasını garanti etmelidir (Wagstaff ve Serra, 2007: 6). Sosyalist yaklaşımda sağlık hizmetlerinin sunumu ve hizmetlerin finansmanı için ayrı bir sigorta sistemine ya da özel yapılanmaya ihtiyaç duyulmamaktadır. Çünkü merkezi otoritenin kendisi bu işlevi yerine getirmektedir. Sosyalist görüşte sağlık sigortası sisteminin dolayısıyla sosyal

sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasının yeri yoktur. Her türlü sağlık hizmeti genel kamu gelirleri aracılığıyla, kamusal hizmet olması esasına göre finanse edilmektedir (Social Security Department, 2008: 68). 1990'lı yılların başında Sovyetler Birliği'nin çöküşü ile bu şekildeki uygulama yavaş yavaş terk edilmeye başlanmıştır. Ancak söz konusu tarihe kadar bu model, özellikle yıkılan Sovyetler Birliği'nin üyeleri arasında önemli bir derecede uygulama sahası bulmuştur.

### **2.1.2.3. Müdahaleci Yaklaşım Göre (Refah Devleti) Sağlık Sigorta Sistemi**

Liberal iktisadi görüşün yaygın olduğu dönemlerde, piyasa mekanizmasının aksamaması nedeniyle oluşan olumsuz koşulların giderilmesi, Birinci Dünya Savaşı, 1929 Ekonomik Buhranı ve İkinci Dünya Savaşı nedeniyle yaşanan refah kaybının telafi edilmesi amacı ile refah devleti ortaya çıkmış, sosyo-ekonomik hayatta hızla önem kazanmaya başlamıştır (Bakırtaş ve Tekinşen, 2004: 90-97; Türk, 2005: 8).

Refah devleti ya da müdahaleci devlet asıl amaç olarak toplumsal refah seviyesini mümkün olan en üst seviyeye çıkarabilmeyi benimsemektedir. Müdahaleci devlet anlayışına göre, toplumda yaşayan her bir birey asgari yaşam standardına kavuşturulmalıdır. Bunun gerçekleştirilebilmesi için sosyal hizmetlerin bir kamu faaliyeti olarak etkin bir şekilde sunulması gerekir (Wedderburn, 1965: 128). Devletin ekonomik sisteme müdahalesi serbest piyasa mekanizmasında yaşanan krizlerin giderilmesi amacını gütmüş, devlet süreç içerisinde ortaya çıkan etkisizlikleri sınırlı hareket alanı ile gidermeye çalışmıştır. Özellikle sosyal güvenlik ve sağlık alanında devlet tarafından yapılan girişimler, piyasanın işleyişini aksatmaksızın gerçekleştirilmeyi amaç edinen kısmi kamu müdahaleciliğine örnek olarak gösterilebilmektedir. 1929 Ekonomik Krizi sonrasında süratle yayılan müdahaleci devlet anlayışı, bir yandan 1970'li yıllarda yaşanan kriz diğer yandan ülke ekonomilerinin birbirlerine her geçen gün daha fazla entegre hale gelmeye başladığı küreselleşme süreci nedeniyle önceliğini yitirmiş ve refah devleti yerini tekrardan sınırlı devlete bırakmaya yüz tutmuştur (Gatti ve Glyn, 2006: 302; Koçak, 2009: 3-4).

Refah devleti anlayışının benimsendiği ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı için kamu müdahaleciliği ile yönlendirilen sağlık sigortası sistemi ön plana çıkmıştır. Ancak 1970’li yıllarda yaşanan petrol krizi ve hızlı küreselleşme süreci sonrasında müdahaleci devlet anlayışı güncelliğini yitirmeye yüz tutmuş, kamu sektörünün hacimce küçültülmesi tartışmaları başlamıştır. Bunu takiben sağlık sigortası sisteminde de reformlar eşliğinde sosyal sağlık sigortacılığını ikame ve tamamlayıcı nitelikte özel sağlık sigortacılığının geliştirilmesi gündemi meşgul eder bir hale gelmiştir (Yıldırım, 2000: 6-7).

Sonuç olarak refah devleti anlayışına göre kamu sektörü sosyal refah seviyesini arttırabilmek için her alana olduğu gibi sağlık sektörüne de müdahale etmelidir. Devletin sisteme müdahalesi sağlık hizmetlerinin finansmanı aşamasında olabileceği gibi hizmetin sunumu açısından da olabilecektir.

### **2.1.3. Farklı Ülkelerde Sağlık Sigortası Sistemi Uygulamaları**

Ülkelerin demografik özellikleri, sosyo-ekonomik durumları, siyasi bakış açıları ve sağlık olgusuna verdikleri değer, kurulmuş ya da kurulacak sağlık sisteminin temel özellikleri üzerinde belirgin bir etki oluşturmaktadır. Özellikle devletin sisteme müdahale edip etmeyeceği ve özel sektörün faaliyet alanı sözü edilen temel değişkenlerin etkisi ile netlik kazanmaktadır (Musgrove, Zeramdini ve Carrin, 2002: 140). Çalışmanın bu kısmında yedi farklı ülkenin sağlık finansman sistemleri incelenmektedir. Seçilen ülkeler, bir önceki bölümde anlatılmış olan farklı finansman sistemlerini yansıtmakta, özellikle finansman sürecinde kamu ve özel sektörün etkileşiminin anlaşılabilmesi açısından örnek teşkil etmektedir. Bu bağlamda hazırlanmış olan Tablo 1, yedi farklı ülkenin ve Türkiye’nin sağlık hizmetleri finansmanında ortaya çıkabilecek olası farklılıklara yer vermektedir.

Tablo 1, ele alınan ülkelerin gayri safi milli hâsıllarının sağlık harcamalarına ayırdıkları oranı, kamu ve özel kesimce gerçekleştirilen sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payını ve kamu sağlık harcamalarının kamu harcamaları toplamı içerisindeki hacmini göstermektedir.

**Tablo 1**  
**OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki**  
**Yüzde Payı ve Sektörel Dağılımı**

Ülkeler	Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla İçerisindeki Yüzdesi		Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Yüzdesi		Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Yüzdesi		Kamu Sağlık Harcamalarının Kamu Harcamaları Toplamı İçerisindeki Yüzdesi	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Almanya	10,3	10,6	79,7	76,9	20,3	23,1	18,2	17,9
Birleşik Krallık	7,1	8,2	80,9	87,3	19,1	12,7	14,7	16,3
Fransa	10,1	11,0	79,4	79,7	20,6	20,3	15,5	16,7
Kırgızistan	4,7	6,4	44,3	43,0	55,7	57,0	8,3	8,7
Özbekistan	5,8	4,7	44,9	50,2	55,1	49,8	6,3	8,0
Bulgaristan	6,2	7,2	58,7	56,7	41,3	43,0	8,6	11,2
İran	5,9	6,8	37,0	50,7	63,0	49,3	9,6	11,5
Türkiye	4,9	4,8	62,9	72,5	37,1	27,5	9,8	10,6

**Kaynak:** World Health Organization, World Health Statistics 2009: 107-117.

Tablo 1’den görüldüğü üzere özellikle Almanya, Birleşik Krallık ve Fransa gibi, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması gerektiği görüşünü benimseyen Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu kamu tarafından karşılanmaktadır. Buna karşılık, Kırgızistan ve Özbekistan’da sağlık harcamalarının büyük kısmının özel kesim tarafından finanse edildiği görülmektedir. İran’da da sağlık harcamalarının çok büyük bir kesimi özel kaynaklar tarafından finanse edilmektedir. 2007 yılında Avrupa Birliği’ne üye olan Bulgaristan’da ise sağlık harcamalarının finansmanı açısından Türkiye ile paralellik görülmektedir. Bulgaristan ve Türkiye’de, sağlık hizmetlerine ilişkin harcamaların finansmanında kamu sektörünün önemli bir rol üstlendiği, ancak özel sektöründe hacim itibarıyla küçümsenmeyecek bir büyüklüğe sahip olduğu görülmektedir. Tablo 1’de yer alan ülkeler sırasıyla aşağıda incelenmektedir.

### 2.1.3.1. Almanya

Almanya’da modern anlamda sağlık sisteminin ortaya çıkışı, 1883 yılında bazı çalışanların zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmasına dayanmaktadır. Söz konusu tarihte Otto Van Bismarck’ın katkılarıyla kurulan sosyal sigorta sistemi,

genel anlamda katılımcıların gönüllülüğü ve finansman yöntemi itibariyle dağıtım esası üzerine inşa edilmiştir (Busse ve Reisberg, 2004: 12).

Almanya'da, vatandaşların karşılaşılabilecekleri sağlık problemleri ve zihinsel hastalıklar, sakatlık ve işsizlik gibi olağanüstü riskli durumları kapsayan sosyal sigorta sistemi bulunmaktadır. Söz konusu hususlara ilişkin sigorta faaliyetlerine ise resmi sigorta kurumlarınca işlev kazandırılmaktadır. Ülkedeki en önemli resmi sigorta kuruluşları kanuni hastalık sigortası, kanuni bakım sigortası, kanuni emeklilik sigortası ve kanuni kaza sigortasıdır. Vatandaşlar kanuni sağlık sigortası sisteminin benimsediği sağlık hizmetlerinden yararlanırlarken, hizmeti sunan birimlere herhangi bir ödeme gerçekleştirmezler. Hizmet sunumunda bulunan birimler sundukları sağlık hizmetinin masraflarını sigorta sisteminden tahsil etmektedirler (Busse ve Reisberg, 2004: 58-59; Gülbaş, 2007: 96).

Devlet, vatandaşların sağlıklı yaşam sürdürme isteklerini temel bir hak olarak nitelendirip, hayat standartlarının iyileştirilmesi ve korunmasını kendi asli görevleri arasında algılamaktadır (Çalış, 2006: 182). Sağlık sigortası sistemi ülkenin federal yapısının sonucu olarak adem-i merkezîyetçi bir nitelikte olup, çok sayıda sandık ve benzeri kuruluşlarca oluşturulmuş hastalık fonlarından meydana gelmektedir. Bu yönüyle Almanya'da sağlık hizmetlerinin karşılanması çoğulcu bir finansman yöntemi ile karakterize edilmiştir. Ayrıca federe devletler ile federal yönetim arasında sağlık hizmetlerinin finansmanı için görev paylaşımı yapılmıştır. Sistemde federal yönetim arka planda kalarak, özellikle denetleme faaliyetlerini gerçekleştirmekte ve eyaletlerdeki uygulama farklılıklarını giderecek şekilde tekdüzeliği sağlama görevini üstlenmektedir. Federe yönetimler ise eyalet düzeyinde kamu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasından sorumludur (Busse ve Reisberg, 2004: 54-55).

Kamuca sağlanan sağlık sigortası sistemi birbirleri ile rakip iki yüzün üzerinde sağlık sigortası fonundan oluşmaktadır. Hastalık fonları olarak da anılan bu müesseseler, kamu tarafından düzenlenmiş sivil toplum kuruluşları niteliğinde olup özerk bir yapıya sahiptirler. Bunların asıl amaçları, yapılan finansal aracılık hizmetleri neticesinde kâr elde etme değil, sosyal sağlık riskini tüm topluma paylaştırabilmektir. Hastalık fonlarının temel gelir kaynağı sigortalıların gelirlerine

göre tahsil edilen primlerden oluşmaktadır (Busse, 2008: 5). Sistemin diğer bileşeni kamuca sağlanan sağlık sigortasının ikamesi niteliğindeki özel sağlık sigortacılığıdır. Sosyal sağlık sigortası uygulamasına tabi olmayan bireyler özel sağlık sigortası kuruluşlarını tercih edebilirler. Özel sağlık sigortacılığında kârlılık ön plandadır. Bu nedenle, kuruluşlar kendilerine tabi olan sigortalıların primlerini hastalanma risklerine göre belirlerler. Demografik özelliklerine göre, hastalanma riski yüksek olanlardan fazla, düşük olanlardan daha az sigorta primi alınması söz konusudur. Özel sigorta kuruluşları bu şekilde maliyetlerini minimum seviyede tutmayı hedeflerler (Busse ve Reisberg, 2004: 73-79).

Almanya'da sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı kamunun ön planda olduğu zorunlu sağlık sigortası sistemi olup, söz konusu sistem 2003 yılı itibariyle nüfusun yaklaşık % 88'ini kapsamaktadır. Bunun yanında, ücretsiz kamu hizmetleri ve tamamlayıcı sigortacılık görevlerini üstlenen özel sağlık sigortası kuruluşları da sağlık sistemi bünyesinde nüfusun hemen hemen % 10'una sağlık güvencesi sağlamaktadır. Toplumun yaklaşık % 1'i ise sosyal yardım, özel bağışlar ya da kendi imkânlarıyla sağlık hizmetlerine erişerek sistemden yararlanmaktadırlar. Nüfusun % 1'den daha az kısmının ise herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır (Busse ve Reisberg, 2004: 57).

2008 yılı itibariyle yıllık geliri 43 bin Avro altında olan tüm çalışanlar kamuca yönlendirilen sağlık sigortası kapsamındadır. Söz konusu tutarın üzerinde gelir elde edenler ise sigorta sistemine dâhil olup olmama hususunda serbesttirler. Bunlar kamuca finanse edilen sağlık sigortasına gönüllülük esasına göre katılmakta, özel sigorta kuruluşlarına dâhil olmakta ya da sigortasız kalarak olası bir sağlık problemiyle karşı karşıya kaldıklarında kendi imkânları ile sağlık hizmetlerini karşılamaktadırlar (Busse, 2008: 5).

Tablo 1'den görüldüğü gibi Alman GSYİH'sının yaklaşık % 10'u sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. 2006 yılı itibariyle sağlık harcamalarının finansmanında kamu sektörünün payı % 76.9'dur. Bu rakam 2000 yılı ile karşılaştırıldığında kamu sağlık harcamalarının toplam içerisindeki payında bir gerileme olduğu ve Alman sağlık sisteminde özel sektörün ön plana çıktığı anlaşılmaktadır. Tüm bunların yanı sıra kamu sağlık harcamalarının kamu

harcamaları toplamı içerisindeki payı 2006 yılı itibariyle % 17.9'dur. Bu sonuca göre Almanya'da her beş birim kamu harcamasından yaklaşık olarak bir biriminin sağlık hizmetlerine tahsis edildiği söylenebilmektedir.

**Tablo 2**  
**Alman Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Kullanılan Kaynakların**  
**Yüzde Dağılımı 1999-2006**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Ortalama
<b>Kamusal Kaynaklar</b>	76,1	76,0	75,6	75,5	74,9	73,1	73,1	73,0	74,7
<b>Kamu Maliyesi</b>	6,5	6,4	6,4	6,3	6,2	6,0	5,7	5,5	6,1
<b>Kanuni Hastalık Sigortası</b>	58,4	58,3	58,2	58,3	58,0	56,3	56,8	57,0	57,7
<b>Kanuni Bakım Sigortası</b>	7,9	7,9	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,4	7,6
<b>Kanuni Emeklilik Sigortası</b>	1,5	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,6
<b>Kanuni Kaza Sigortası</b>	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
<b>Özel Kaynaklar</b>	23,9	24,0	24,4	24,5	25,1	26,9	26,9	27,0	25,3
<b>Özel Sağlık Sigortası</b>	8,2	8,3	8,4	8,5	8,7	9,1	9,2	9,2	8,7
<b>İşverenler</b>	4,1	4,1	4,2	4,1	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2
<b>Hane Halkı - Özel Kuruluşlar</b>	11,6	11,6	11,9	11,9	12,2	13,6	13,5	13,6	12,5

**Kaynak:** Federal Statistical Office (2008), *Statistical Year Book 2008 For the Federal Republic of Germany*, ss. 255.

Tablo 2, 1999 ile 2006 yılları arasındaki dönemde Alman sağlık sisteminin finansmanında kullanılan kaynakların kendi aralarındaki yüzde dağılımlarını göstermektedir. Tablodan görüldüğü gibi ilgili yıllarda sistemin ortalama olarak % 74.7'si kamusal ve % 25.3'ü özel kaynaklar aracılığıyla finanse edilmiştir. Bunun yanında 2006 yılı itibariyle finansmanın % 73'ü kamusal, % 27'si ise özel kaynaklar tarafından sağlanmakta olup, yıllar içerisinde özel kaynakların finansman sürecindeki ağırlığının arttığı anlaşılmaktadır. Kamusal kaynaklar içerisindeki en önemli bileşen kanuni hastalık sigortasıdır. Söz konusu fonların toplam kaynaklar içerisindeki ağırlığı 2006 yılı için % 57'dir. Öte yandan kamu maliyesince sağlık sistemine aktarılan kaynakların toplam içerisindeki payı % 5.5, kanuni bakım sigortasının % 7.4, kanuni emeklilik sigortasının % 1.5 ve kanuni kaza sigortasının % 1.7'dir. 2006 yılı için özel kaynakların % 13.6'sı hane halkı ya da özel kuruluşlarca sağlanan fonlardan, % 9.2'si özel sağlık sigortası sisteminde toplanan fonlardan, % 4.2'si ise işverenlerden elde edilen fonlardan oluşmaktadır.

### 2.1.3.2. Birleşik Krallık

Birleşik Krallık'ta sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük ölçüde kamusal kaynaklar aracılığıyla karşılanmaktadır. Ülkede yaklaşık altmış yılı aşkın bir süredir sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı "Ulusal Sağlık Sistemi" başlığında kurulan genel yapı ile organize edilmektedir (Ettelt, Nolte, Thomson ve Mays, 2008: 21).

Ulusal Sağlık Sistemi, 1946 yılında yürürlüğe giren Ulusal Sağlık Yasası'nı takiben 1948 yılından itibaren faaliyet göstermeye başlamıştır. Bu yeni sistem, özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında, ülkenin sosyo-ekonomik yapısının tekrar oluşturulması ve bireylere sağlık güvencesi sağlamak amacıyla, sağlık hizmetleri finansmanını yeni bir vizyona dayalı olarak yeniden yapılandırmayı öngörmüştür (WHO-European Observatory on Health Care Systems, 1999: 5).

Merkezi yönetim genel vergi gelirleri ile finanse edilen sağlık hizmetleri üç bileşenden oluşmaktadır (Marsh, 2005: 2). Bunlar;

- Hastanelerce sunulan sağlık hizmetleri,
- Aile doktoru, diş hekimi, eczacı ve gözlükçülerce sunulan sağlık hizmetleri,
- Yerel yönetimlerce yürütülen kamu sağlığı hizmetleridir (toplum sağlığı hemşireliği, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, bağışıklama, sağlık taramaları vb.).

Ulusal Sağlık Sistemi'nce sağlık hizmetlerinin finansmanı için toplanan gelirlerin yaklaşık % 60'ı sağlık personeline tahsis edilmektedir. Fonların % 20'sinden fazlası ilaç ve diğer ekipmanlara, geri kalan kısmı ise bina giderleri, eğitim aktiviteleri, temizlik ve yönetim masrafları gibi cari hizmetlere harcanmaktadır. Bunun haricinde toplam sağlık bütçesinin yaklaşık % 80'i sağlık hizmeti önceliklerine göre yerel güçlere dağıtılmaktadır ([www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)-National Health System in the UK, Erişim: 24.07.2009).

Birleşik Krallık'ta uygulanmakta olan Ulusal Sağlık Sistemi her ne kadar merkezi yönetim bütçesi genel vergi gelirleri ile finanse edilse de, Krallığı oluşturan olan İngiltere, Kuzey İrlanda, Galler ve İskoçya, kendilerine özgü bir yönetim yapısı



ile sistemi idame ettirmektedirler. Bununla birlikte özellikle son yıllarda farklı uygulamalar giderilerek tekdüze bir sisteme yaklaşıldığı söylenebilmektedir ([www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)-National Health System in the UK, Erişim: 24.07.2009).

Ulusal Sağlık Sistemi finansal kaynaklarının çok büyük bir kısmının vergi gelirlerinden meydana gelmesi, sağlık sistemi ile vergi sistemi ve gelir dağılımı arasında bir illiyet bağının oluşmasını sağlamaktadır. Ayrıca ülkede sağlık sistemine ayrılan kamu harcamalarında gerçekleştirilecek bir artış doğrudan kamu finansmanı aracılığıyla karşılanacağı için vergilerde de bir artış ile sonuçlanabilecektir (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 33). Ulusal Sağlık Sistemi'nde harcamaların çoğunlukla genel vergilerle ve diğer kamusal kaynaklar ile karşılanmasının yanında, özel sigorta kuruluşları ile şahsi ödemelerinde sağlık hizmetlerinin finansmanına katkı sağladığı görülmektedir. Bu bağlamda Ulusal Sağlık Sistemi'nin dört temel kaynağı olduğu söylenebilmektedir. Bunlar merkezi yönetimce tahsil edilen genel vergiler, vergisel nitelikte olan diğer kamusal kaynaklar, özel sigorta kuruluşlarınca sisteme aktarılan kaynaklar ve bireylerin kendi imkânları doğrultusunda sisteme yaptıkları ödemelerdir (European Observatory on Health Care Systems, 1999: 41).

Tablo 1'e göre 2006 yılı itibariyle Birleşik Krallık GSYİH'nin % 8.23'ü sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının kamu harcamaları toplamı içerisindeki payı % 16.3'tür. Bu payın 2006 yılı için 2000 yılına göre yükseldiği görülmektedir.

Tablo 3'te, 1975 ile 2006 yılları arasında İngiltere'de sağlık hizmetleri finansman kaynaklarının yüzde dağılımları görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında Beveridge sistemini uygulayan İngiltere'de kamusal kaynakların özellikle de vergilerin toplam finansman kaynakları içerisinde ağırlıklı bir paya sahip olduğu görülmektedir. Nitekim toplam kaynakların ortalama % 91.7'si kamusal kaynaklardan oluşurken, % 81.5'i ise vergi gelirlerinden meydana gelmektedir. Özel kaynakların finansman kaynakları içerisindeki ortalama payı ise % 8.3'tür.

**Tablo 3**  
**1975-1995 Yılları Arasında İngiltere’de Sağlık Harcamaları Finansal Kaynaklarının Yüzde Dağılımı**

	1975*	1980*	1985*	1990*	1995*	2000**	2006**	Ortalama
<b>Kamusal Kaynaklar</b>	96,9	96,3	94,2	93,3	93,0	80,9	87,3	91,7
<b>Vergiler</b>	89,0	89,0	86,0	79,0	84,0	69,1	74,5	81,5
<b>Diğer Kamusal Kaynaklar</b>	7,9	7,3	8,2	14,3	9,0	11,8	12,8	10,2
<b>Özel Kaynaklar</b>	3,1	3,7	5,8	6,7	7,0	19,1	12,7	8,3
<b>Cepten Ödemeler</b>	2,2	2,5	3,3	3,4	3,5	13,2	11,6	5,7
<b>Özel Sigorta</b>	0,9	1,2	2,5	3,3	3,5	5,9	1,1	2,6

**Kaynak:** \*European Observatory on Health Care Systems, 1999: 40.

\*\* World Health Organization, World Health Statistics 2009: 107-117.

Ayrıca tabloda, yaklaşık 30 yıllık süreçte kamusal kaynakların payının azaldığı, özel kaynakların payının ise arttığı görülmektedir. Nitekim 1975 yılında hizmet finansmanının % 96.9’u kamusal kaynaklar ile sağlanırken, bu pay 2006 yılında % 87.3’e gerilemiştir. Buna karşılık özel kaynakların payı 1975 yılında % 3.1 iken 2006’ yılında % 12.7’ye çıkmıştır. Özel kaynaklar arasında ise en önemli kalemin cepten gerçekleştirilen ödemeler olduğu görülmektedir. 2006 yılında toplam sağlık harcamalarının % 11.6’sı cepten ödemeler ile karşılanmıştır. Tabloya göre 2000 yılında kamusal kaynaklarda önemli bir gerileme, özel kaynaklarda ise tam tersi şekilde bir yükseliş gözlemlenmektedir. Bunun nedeni İngiltere’de 1990’lı yılların sonlarına doğru gerçekleştirilmeye çalışılan sağlık reformudur. Ancak 2006 yılına kadar geçen süreçte finansman göstergelerinin yine değiştiği saptanmaktadır.

### 2.1.3.3. Fransa

Fransa, günümüzde uyguladığı sosyal güvenlik sistemini, genel sağlık sigortasını da içerir şekilde 4 Ekim 1945 yılında oluşturmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki süreçte, politika önceliğini savaştan yıpranarak çıkan ülkeyi yeniden inşa edebilme şeklinde saptayan Fransa, sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla da önce çalışanlar ile ailelerinin, ilerleyen süreçte ise tüm toplumun sosyo-ekonomik güvencesini sağlayabilmeyi amaç edinmiştir. Bu bağlamda 1945 yılında genel sağlık sigortası sadece işçiler ile ailelerini kapsarken, 1961 yılına gelindiğinde çiftçiler genel sağlık sigortası bünyesine alınmış, 1966 yılında ise tarım dışı serbest meslek

faaliyeti ifa eden bireyler sistem kapsamına dâhil edilmiştir (Sandier, Paris ve Polton, 2004: 5-7).

Günümüzde Fransız sağlık sigortası sistemi toplam nüfusun % 95'ini kapsamakta ve üç ayrı alt daldan oluşmaktadır. Bunlardan ilki, genel düzen olarak tanımlanmakta olup, ticaret ve sanayi dalında çalışan işçiler ile aileleri bu başlık altında sağlık sigortası bünyesine alınmaktadır. İkinci sağlık sigortası uygulaması, tarım sektöründe çalışan bireyleri kapsamakta ve “tarım düzeni” olarak anılmaktadır. Üçüncü ve son sağlık sigortası uygulaması ise tarım dışı sektörlerde çalışan işçiler ile serbest meslek erbaplarını sağlık sigortası kapsamına alan sigorta fonudur (Sandier, Paris ve Polton, 2004: 8; Kaufman, 1999: 5).

Fransa'da sunulan sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak işçi ve işverenlerden elde edilen sigorta primleri ve vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. Devlet ve sağlık sigorta kuruluşları, vatandaşlar adına sağlık hizmetlerini satın almaktadır. Bireylerin sağlık sigortası sistemine katılımları zorunlu olup, hiçbir kimse istemi olmaksızın sistem dışında bırakılamamaktadır (Sagher, 2008: 158).

Fransız sağlık sistemi, işçi ve işverenlerin ödedikleri sigorta primleri, ulusal gelir vergisi, tütün ve alkollü içecekler üzerinden alınan dolaylı vergiler, devletin sağladığı mali destekler ve diğer sosyal güvenlik kollarından gerçekleştirilen transferler ile finanse edilmektedir. Genel sağlık sigortasında biriken fonlar işçi ve işverenlerin eşit bir şekilde temsil edileceği bir kurul tarafından (sendikalar) yönetilmektedir. Her yıl parlamento, gelecek yıl için genel sağlık sigortasına ilişkin harcama artış oranlarının üst sınırını belirlemektedir. Ayrıca Fransa'da bireylerin yaklaşık % 90'ı tamamlayıcı özel sağlık sigortası müessesesine tabidir (Sandier, Paris ve Polton, 2004: 102-103).

Fransız genel sağlık sigortası sisteminin en önemli finansman kaynağı işçi ve işverenlerden alınmakta olan sigorta primleridir. 1990'lı yıllarda sağlık sigortası sisteminde daha önemli bir yeri olan sağlık sigortası primlerinin, 2000'li yıllara gelindiğinde ciddi manada toplam gelir kalemlerindeki payı azalmış olsa da bu dönemde de halen baskın durumdadır. Bunun yanında 1990'lı yıllarda vergi gelirlerinin toplam finansman kaynakları içerisindeki payı çok düşük olmasına

karşılık, 2000’li yıllarda ise sağlık hizmetleri finansmanında son derece önemli bir yere sahip olmuştur. Toplam vergi gelirleri açısından da özellikle genel sosyal katkı payının yüksek olduğu söylenebilmektedir (Sandier, Paris ve Polton, 2004: 108-111).

Sayfa 48’de yer alan Tablo 1’e göre 2006 yılı itibariyle Fransa’da GSYİH’nın % 11’i sağlık harcamalarına tahsis edilmektedir. Sağlık harcamalarına tahsis edilen kaynakların yaklaşık % 80’i kamu maliyesince karşılanmakta iken % 20’si ise özel kaynaklar aracılığıyla karşılanmaktadır. 2006 yılı itibariyle Fransız toplam kamu harcamalarının % 16.7’sini kamu sağlık harcamaları oluşturmaktadır.

**Tablo 4**  
**1990-2000 Yıllarında Fransız Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynaklarının**  
**Yüzde Dağılımı ve Değişimi**

	1990	2000	% Değişim
<b>Çalışanların Katkıları</b>	32,2	3,4	<b>-89,0</b>
<b>İşverenlerin Katkıları</b>	63,1	51,1	<b>-19,0</b>
<b><i>Toplam Katkı</i></b>	<b>95,2</b>	<b>54,5</b>	<b>-42,8</b>
<b>Genel Sosyal Katılım</b>	0,0	34,6	-
<b>Özel Tüketim Vergileri</b>	1,6	3,3	<b>230,0</b>
<b>İlaç Endüstrisi Vergileri</b>	0,0	0,8	-
<b><i>Toplam Vergi</i></b>	<b>1,6</b>	<b>38,7</b>	<b>2318,8</b>
<b>Telafi Edici Devlet Katkısı</b>	0,8	4,9	<b>880,0</b>
<b>Diğer Gelirler</b>	2,6	1,9	<b>-26,9</b>

**Kaynak:** Sandier, Paris ve Polton, 2004: 38.

Tablo 4, 1990 ve 2000 yıllarında sağlık hizmetleri finansman kaynaklarının yüzde dağılımını ve iki ayrı dönemi özetleyen söz konusu yıllarda sistemin mali kalemlerinde gerçekleşen yüzde değişimleri göstermektedir. 1990 yılında finansmanın büyük ölçüde çalışanlar ve işverenlerce gerçekleştirilen katkılar ile sağlandığı görülmektedir. Sisteme yapılan katkıların sağlık finansmanı kaynakları içerisindeki payı % 95.2 iken, bunun % 63.1’i işverenlerin geri kalan % 32.2’si ise çalışanların gerçekleştirdikleri katkılardan oluşmaktadır. 1990 yılında finans kaynakları içerisinde vergilerin payı % 1.6, yapılan devlet katkısının payı % 0.8 ve diğer gelir kaynaklarının payı ise % 2.6’dır. 2000 yılında genel sağlık sigortasına geçilmesi ile Fransız sağlık sisteminin finansman yapısında değişim gerçekleşmiştir. Öncelikle sisteme işçi ve işverenlerce yapılan katkıların payı 1990 yılına göre % 42.8

azalarak % 54.5'e gerilemiştir. Ayrıca çalışanların sisteme gerçekleştirdikleri katkı % 89.0 azalarak % 3.4'e düşerken, işverenlerin katkıları ise % 19.0 azalmış ve % 51.1'e gerilemiştir. Çalışanların ve işverenlerin sisteme gerçekleştirdikleri katkılarda bu derece yüksek bir düşüşün sağlanmasının sebebi ise 2000 yılından itibaren uygulanmaya başlanmış genel sağlık sigortası ile sisteme aktarılan mali fonun oluşturduğu olumlu etkidir. Genel sosyal katılım olarak adlandırılan bu fonun sağlık finansmanı içerisinde 2000 yılı için % 34.6 paya sahip olduğu görülmektedir. Bu sayede özellikle çalışanların sisteme sağladıkları direkt katkılarda önemli derecede bir düşüş gerçekleşmiştir. Bunun yanında özel tüketim vergilerinin de sağlık finansmanı sistemindeki payı 1990 yılına göre % 230 artarak % 3.3'e yükselmiştir. Yine 2000 yılında ilaç endüstrisi vergilerince sisteme aktarılan kaynakların toplamdaki payı % 0.8 olmuştur. 2000 yılında Fransız sağlık sistemi finansmanında vergilerden elde edilen kaynaklar 1990 yılına göre % 2318.8 artmış ve toplam kaynaklar içerisindeki payı % 38.7'ye yükselmiştir. Bunun yanında devletin sağlık sistemine ek kaynak aktarımını içeren telafi edici devlet katkısının toplam finansman kaynakları içerisindeki payı 2000 yılında 1990 yılına göre % 880.0 artarak % 4.9 olmuştur. Diğer gelirlerde ise % 26.9'luk bir azalma yaşanmış ve 2000 yılında toplam finansman kaynakları içerisindeki payı % 1.9 olarak gerçekleşmiştir.

#### **2.1.3.4. Kırgızistan**

Kırgızistan'da, 20. yüzyılın başlangıcında sağlık hizmetlerinin sunumu yetersiz ve hizmetten yararlanabilen toplum kesimi oldukça sınırlı olmuştur. 1913 yılında sadece 6 hastane, dokuz ayakta tedavi tesisi ve beş eczane olduğu görülmektedir (Meimanaliev, Ibraimova, Elebesov ve Rechel, 2005: 12). 1936 yılından itibaren eski Sovyetler Birliği'nin bir üyesi olan Kırgızistan'ın sağlık hizmetleri sistemi sosyalist bir anlayış çerçevesinde Semashko Modeli olarak anılan uygulamaya göre dizayn edilmiş ve geliştirilmiştir (en.wikipedia.org-Kırgızistan, Erişim: 27.07.2009). Söz konusu dönemde, Sovyet sağlık modelinin özü, sağlık hizmetlerinin kamu sorumluluğunda görülmesi, hizmetlerden tüm vatandaşların ücretsiz yararlanması ve hastalıklar açısından koruma amacının ön plana çıkarılması esaslarına dayanmaktadır. Bu temel prensipler üzerinde eski Sovyetler Birliği'ne

dâhil olan her ayrı devlette olduğu gibi Kırgızistan'da da merkezi yönetimden kontrol edilen tekdüze bir sağlık sistemi oluşturulmuştur (Meimanaliev, Ibraimova, Elebesov ve Rechel, 2005: 12).

1990 öncesi dönemde Kırgız sağlık sisteminde finansman, merkezi yönetim tarafından genel kaynaklar aracılığıyla sağlanmıştır (Meimanaliev, Ibraimova, Elebesov ve Rechel, 2005: 14).

1990 sonrasında ise Kırgız sağlık sektörünün finansmanı genel bütçe gelirleri, zorunlu sağlık sigortası sisteminden gerçekleştirilen katkılar, dış kaynak programlarınca sağlanan fonlar ve cepten yapılan ödemeler olmak üzere dört kaynaktan sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları arasında en yüksek katkı genel bütçe gelirlerinden sağlanmaktadır. 2004 yılı itibariyle sağlık hizmetleri finansmanının % 44'ünün genel bütçe gelirleri aracılığıyla gerçekleştirildiği görülmektedir. Söz konusu finansmanın % 32'si merkezi yönetim bütçesinden, % 68'i ise yerel yönetimlerin bütçelerinden sağlanmıştır (Meimanaliev, Ibraimova, Elebesov ve Rechel, 2005: 27).

Sağlık hizmetleri finansmanında bir diğer önemli ve ağırlığı olan kalem zorunlu sağlık sigortasından sisteme aktarılan katkılardır. Kırgızistan'da zorunlu sağlık sigortası 1996 yılında kurulmuş olup, 1 Ocak 1997 tarihinden bu yana sisteme tabi olanlardan prim alınmaktadır. Kırgız sağlık sigortası sistemi, zorunluluk esasına göre yürütülmekte ve üyelerin sistem dışı kalmalarına izin verilmemektedir (Meimanaliev, Ibraimova, Elebesov ve Rechel, 2005: 27). Sigorta sistemine fon sağlayan işçiler, memurlar ve kamu işletmelerinde çalışanlar, serbest meslek mensupları, özel çiftçiler, ordu mensupları, çocuklar, engelliler, emekliler ve kayıtlı işsizler olmak üzere birbirinden farklı toplum kesimleri bulunmaktadır. Zorunlu sağlık sigortasının primleri, tanımlanan kategorilerdeki sigortalılardan ve sigortasını ödeyemeyecek durumda olanlar için ise merkezi yönetim bütçesinden tahsil edilmektedir. Bu bağlamda özellikle çalışanlar ile çiftçiler primlerini kendileri ödemekte, çocuklar, sosyal yönden muhtaç olanlar, emekliler ve ordu mensuplarının primleri ise merkezi yönetimce karşılanmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası sistemine aktarılan değerler tek bir havuzda toplanmakta ve sağlık hizmetlerine yapılan ödemeler bu tek havuzdan "tek ödeyici" şeklinde gerçekleştirilmektedir. 2004 yılına

kadar tüm ülke nüfusu bu sisteme dâhil edilmiştir (Meimanaliev, Ibraimova, Elebesov ve Rechel, 2005: 28).

Sağlık sisteminin dış finansman kaynaklarından sağlanan ve süreklilik arz etmeyen fonlar özellikle insani ve teknik yardım verilmesi ile sunulan kredilerden oluşmaktadır. Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kalkınma için Amerika Birleşik Devletleri Ajansı gibi uluslararası arenada faaliyet gösteren örgütlerin sağlık hizmetleri bağlamında yatırımların geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen yardımlar söz konusu fonlara birer örnek niteliğindedir (Meimanaliev, Ibraimova, Elebesov ve Rechel, 2005: 33-34).

Kırgız sağlık hizmetleri finansmanı sisteminde cepten ödemelerin seviyesi de önem arz etmeye başlayarak, finansman sisteminin temel kaynaklarından biri haline gelmiştir. Özellikle gerek ayakta yapılan tedavilerde gerek hastanelerde sunulan hizmetlerde cepten yapılan ödemelerin arttığı söylenebilmektedir. Cepten yapılan ödemeler şu hallerde ortaya çıkmaktadır:

- Rüşvet benzeri yasadışı bir ödeme şeklinde olabilmekte,
- Özel piyasa koşullarına göre faaliyet gösteren hastanelerden, eczanelerden ya da muhtelif mahallerden özel sağlık hizmeti alınabilmekte,
- Resmi kullanım ücretleri şeklinde verilebilmekte ya da
- Tek ödeyici sisteminde hastalar tarafından sağlık müesseselerine kamu ile ortak yasal olarak belirlenmiş bir pay olarak ödeme yapılabilmektedir (Meimanaliev, Ibraimova, Elebesov ve Rechel, 2005: 32).

Tablo 1'e göre, 2006 yılı itibariyle Kırgızistan GSYİH'sının % 6.4 sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Bu rakam Avrupa ülkeleri ile mukayese edildiğinde son derece yetersizdir. Kırgızistan'da sağlık harcamalarının % 43'ü kamu kaynakları ile karşılanırken, % 57'si ise özel kaynaklarla karşılanmaktadır. Özellikle cepten ödemelerin özel kesim kaynaklarının çok büyük bir kısmını oluşturduğu söylenebilmektedir. Kamuca gerçekleştirilen sağlık harcamalarının kamu harcamaları toplamı içerisindeki payı da % 8.7'dir.

### 2.1.3.5. Özbekistan

Sovyetler Birliği'nin dağılışını takiben 1991 yılında bağımsızlığını ilan eden Özbekistan'da sağlık sistemi Sovyet Semashko modelinin izlerini taşımaktadır (en.wikipedia.org-Özbekistan, Erişim: 27.07.2009; Ahmedov, Azimov, Alimova ve Rechel, 2007: 19). Özellikle sağlık sistemi içerisinde kamu sektörü önemini ve belirleyiciliğini korumaktadır.

Özbekistan'ın 1991'de bağımsızlığını ilan etmesiyle başlayan yeni dönemde, bir yandan kamu sektöründe gerçekleştirilen reform çalışmaları, diğer yandan özel sektör müesseselerinin kurulması ile birlikte, sağlık hizmetlerinin kamu kaynakları ile karşılanması yanında cepten ödemelerde sistemin sürekli gelir kaynakları arasına girmiştir. Ayrıca gönüllü sağlık sigortası sisteminin uygulanmaya başlanması, sağlık hizmetlerinin finansman ayağını oluşturan diğer bir bileşendir (Ahmedov, Azimov, Alimova ve Rechel, 2007: 37). Dolayısıyla Özbek sağlık sistemi, zorunlu kaynaklar, gönüllü sağlık sigortaları, cepten ödemeler, dış kaynaklardan sağlanan fonlar ve diğer kaynaklar olmak üzere beş kalem aracılığıyla finanse edilmektedir (Ahmedov, Azimov, Alimova ve Rechel, 2007: 50).

Tablo 1'e göre 2006 yılı itibariyle Özbekistan GSYİH'sının % 4.7'sini sağlık sistemine gerçekleştirilen harcamalar oluşturmaktadır. 2000 yılı ile birlikte değerlendirildiğinde milli gelirden sağlık sistemine ayrılan payda bir gerileme olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık sistemine tahsis edilen kaynakların % 50.2'si kamu kaynaklarınca sağlanırken, % 49.8'i ise özel kaynaklar ile karşılanmaktadır. Bu ülkede de özellikle cepten ödemelerin özel kesim kaynaklarının çok büyük bir kısmını oluşturduğu söylenebilir. Kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki payı ise % 8'dir.

Sonuç olarak Özbekistan sağlık sistemi ile Kırgızistan sağlık sistemi arasında önemli derecede benzerlik olduğu görülebilmektedir. Bunun nedeni ise her iki ülkenin de aynı tarihi, siyasi ve ekonomik süreci yaşayarak neredeyse aynı dönemlerde bağımsızlığını kazanmaları ve sistemlerini benzer koşullar altında tekrar kurmaya çalışmalarıdır.



### 2.1.3.6. Bulgaristan

Bulgaristan, 1990'lı yılların başından itibaren sosyo-ekonomik yapısında köklü bir değişim süreci yaşamış ve 2007 yılında Romanya ile birlikte Avrupa Birliği'nin üyesi olmuştur. Bu dönüşüm süreci, ülkenin her alanında olduğu gibi sağlık sisteminde de etkilerini yakından göstermiştir (Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova ve Avdeeva, 2007: 6).

1990'lı yıllarda gerçekleştirilen yapısal reformlar öncesi Bulgaristan'da sağlık hizmetlerinin sunumu, karar mekanizmasının işleyişi ve hizmetlerin finansmanı itibariyle merkeziyetçi bir sistem söz konusuydu. Reformlar ile birlikte, Bulgar sağlık sistemi, adem-i merkeziyetçi bir anlayışta yeniden organize edilerek bölgesel sağlık merkezleri kurulmuş ve kapsamlı bir ulusal sağlık politikası izlenmesi amaç olarak belirlenmiştir. Ayrıca, özelleştirme hamleleri de Bulgar sağlık sisteminin yapısında belirleyici bir unsur haline gelmiştir (Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova ve Avdeeva, 2007: 24).

Bulgaristan, sağlık hizmetlerinin finansmanında karma bir sistem uygulamaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanı zorunlu ve gönüllü sağlık sigortası müesseseleri, vergiler ve cepten gerçekleştirilen ödemeler ile sağlanmaktadır (Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova ve Avdeeva, 2007: 35).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında yararlanılan araçlardan biri zorunlu sağlık sigortası katkılarıdır. Zorunlu sağlık sigortası katkıları, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na ortak bir havuzda toplanmakta ve finansman sürecine katılmaktadır. 1999 yılında Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun kurulmasından 2003 yılına kadar geçen süreçte zorunlu sağlık sigortasında bir artış gözlenmiş ve sağlık sistemine kamuca sağlanan kaynaklar toplamı içerisinde 2003 yılı itibariyle ağırlıklı pay aldığı saptanmıştır. Sağlık sigortası katkıları sigortalıların gelirlerine göre alınmakta ve bir yıl temelinde düzenlenmektedir. İstihdam üzerindeki zorunlu sağlık sigortası prim düzeyi % 6 olup işçi ve işveren arasında paylaşılarak sisteme ödenmektedir. İlk uygulandığı zaman içerisinde zorunlu sağlık sigortası primini işçi % 1.2 işveren ise % 4.8 oranında ödemekteyken, bu paylaşımın 2009 yılı itibariyle her iki kesim içinde

% 3 olarak ayarlanması öngörülmektedir (Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova ve Avdeeva, 2007: 52).

Bulgaristan sağlık sisteminde, zorunlu sağlık sigortasının yanında gönüllü sağlık sigortası sistemi de bulunmaktadır. Sağlık sisteminin özüne göre gönüllü sağlık sigortası kuruluşları zorunlu sağlık sigortasına ilaveten her bir bireye sigorta uygulayabilmektedir. Gönüllü sağlık sigortacılığı sistemi kişilerin gelirlerinden ziyade sağlık sisteminden faydalanma potansiyellerini baz alarak hizmet maliyetlerini karşılamayı taahhüt etmektedir. Gönüllü sağlık sigortacılığı gönüllü sağlık sigortası kuruluşlarınca sunulmaktadır. Söz konusu kuruluşların sayıları 2001 yılında 2, 2003 yılında 3 ve 2006 yılında ise 10'a yükselmiştir. Ayrıca Bulgaristan'da özel sağlık sigortası kuruluşları da sağlık sigortacılığı hizmeti sunmaktadır. Ancak özel sağlık sigorta kuruluşuna yapılacak katkılar kişilerin yaş, cinsiyet ve sağlık durumlarına göre değişiklikler arz edebilmektedir (Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova ve Avdeeva, 2007: 53).

Bulgar sağlık sisteminin en önemli finansman kaynağı cepten yapılan ödemelerdir. 2004 yılı için toplam sağlık harcamalarının % 43.5'i cepten ödemelerle karşılanmıştır. Cepten ödemeler direkt ödemeler, maliyet paylaşımı ve yasadışı ödemeler olmak üzere üç temel üzerinde incelenebilmektedir. Direkt ödemeler sağlık sigortasının kapsamı dışında kalan mal ve hizmetlerin alımı için kullanılmaktadır. Özel servislerden yararlanılması durumunda ya da doktorların hastalara sağlık sigortası kapsamı dışında kalan tetkik ve araştırmaları yapmaları sonucunda ortaya çıkan maliyetler direkt cepten ödemeler ile karşılanacaktır (Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova ve Avdeeva, 2007: 54).

Cepten ödemelerin diğer bir çeşidi müşterek ödeme niteliğindeki maliyet paylaşımıdır. Müşterek ödeme hastaların doktor ve dişçilere muayenesi ile yatarak alacağı sağlık hizmetlerinde tanımlanmaktadır. Maliyet paylaşımı sistemi çocuklar, işsizler, kronik hastalık sahipleri ve geliri yetersiz bireyler dışında tüm hastalara uygulanmaktadır. Buradaki asıl amaç sağlık hizmetlerinden gereksiz yere yararlanmanın önüne geçebilmektir (Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova ve Avdeeva, 2007: 56).

Cepten ödemelerin son şekli ise yasadışı ödemeler olup, hastaların kendi isteği ile hizmetten yararlanabilmek için hizmeti sunan tarafa olması gerekenin dışında ödeme yapması ya da hizmeti sunan kişinin bilgi üstünlüğünü kullanarak hastadan olması gerekenin üzerinde ödeme yapmasını istemesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova ve Avdeeva, 2007: 57).

Bulgaristan sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması sürecinde hizmetlerinin finansmanı açısından dışsal kaynak olarak nitelendirilebilecek en önemli unsurlar ise Dünya Bankası ve Avrupa Birliği programlarınca sisteme aktarılan fonlardır. Dünya Bankası'nca sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması bağlamında geliştirilen projelerin gerçekleştirilmesi için finansman sağlanmıştır. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı'nın izlenecek sağlık politikalarında yerel kapasiteyi arttırabilmesi ve yönetimini sağlayabilmesi, birincil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve acil yardım hizmetlerinin yeniden yapılandırılması doğrultusunda Avrupa Birliği Sosyal Fonu'ndan finansman sağlanmıştır (Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova ve Avdeeva, 2007: 58).

Tablo 1'den görüldüğü üzere 2006 yılı itibariyle Bulgaristan GSYİH'sının % 7.2'si sağlık harcamalarına tahsis edilmiştir. Tahsis edilen bu kaynakların % 56.7'si kamusal kaynaklardan oluşmaktayken, % 43'ü ise özel kaynaklardan oluşmaktadır. Son olarak yapılan kamu sağlık harcamalarının kamu harcamaları toplamı içerisindeki payı ise % 11.5'tir.

**Tablo 5**  
**1999-2003 Yıllarında Bulgaristan Sağlık Harcamaları Finansman Kaynaklarının Yüzde Dağılımı**

	1999	2000	2001	2002	2003	Ortalama
<b>Kamusal Kaynaklar</b>	65,4	59,2	56,1	56,6	54,5	58,36
Zorunlu Sağlık Sigortası	6,5	7,7	20,1	23	28,1	17,08
Genel Vergiler	58,9	51,5	36	33,6	26,4	41,28
<b>Özel Kaynaklar</b>	34,6	40,8	43,9	43,4	45,5	41,64
Cepten Ödemeler	34,3	40,4	43,5	42,7	44,8	41,14
İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası	0,3	0,4	0,4	0,7	0,7	0,5
<b>Dış Kaynaklar</b>	0,5	2	1,5	1,3	1	1,26

**Kaynak:** Georgieva, Salchev, Dimitrova, Dimova ve Avdeeva, 2007: 51.

Tablo 5, 1999 ile 2003 yılları arasında Bulgaristan sağlık sisteminin finansal kaynakları itibariyle genel görünümünü sunmaktadır. Bulgaristan'da finansmanın ağırlıklı olarak kamusal kaynaklar aracılığıyla gerçekleştirildiği söylenebilir. Ortalama değerler açısından hizmet finansmanının % 58.36'sı kamusal kaynaklar, % 41.64'ü özel kaynaklar ve % 1.26'sı ise dış kaynaklarca sağlanmaktadır. Kamusal kaynakların % 41.28'ini genel vergiler, geri kalan % 17.08'ini zorunlu sağlık sigortası aracılığıyla elde edilen kaynaklar oluşturmaktadır. Özel kaynakların tamamına yakını yani % 41.14'ü cepten ödemelerden meydana gelmektedir. İsteğe bağlı sağlık sigortasının sağlık finansmanı içerisindeki payı ise ortalama % 0.5'tir. Tablo 5'te Bulgaristan sağlık finansmanı sisteminde mali kaynakların yıllar içerisindeki gelişim seyri de görülebilmektedir. Özellikle 1999 yılından 2003 yılına, kamusal kaynakların sağlık finansmanındaki payı gerilerken özel kaynakların payında ise artış gerçekleşmiştir. 1999 yılında kamusal kaynakların payı % 65.4 iken 2003 yılında bu pay % 54.5'e düşmüş, özel kaynakların payı ise aynı yıllarda % 34.6'dan % 45.5'e yükselmiştir. Kamusal kaynakların alt bileşenlerinde de benzer bir değişim gözlenmiştir. Yıllar içerince genel vergilerin sağlık finansmanındaki payı gerilerken, zorunlu sağlık sigortasının payı ise artmıştır. 1999 yılında zorunlu sağlık sigortasının finansman kaynakları içindeki payı % 6.5 iken 2003 yılında % 28.1'e yükselmiştir. Buna karşılık genel vergilerin finansman sistemindeki payı aynı yıllarda % 58.9'dan % 26.4'e gerilemiştir. Bu bağlamda özellikle 2003 yılı itibariyle zorunlu sağlık sigortasından elde edilen fonların kamu kaynakları içerisindeki öneminin arttığı görülmektedir. Özel kaynakların bileşiminde ise önemli bir değişiklik olmamıştır. 1999 yılından 2003 yılına cepten ödemeler özel kaynakların daima en önemli payını oluşturmuştur. 1999 yılında finansman kaynaklarının % 34.3 oluşturan cepten ödemeler 2003 yılına % 44.8'e yükselmiştir. Özel sağlık sigortalarından elde edilen kaynaklar ise 1999 yılında % 0.3'lük bir paya sahipken 2003 yılında bu pay % 0.7'ye yükselmiştir.

### 2.1.3.7. İran

İran sağlık hizmetleri sistemi son yarım yüzyıl içerisinde birçok önemli değişim evresi geçirmiş olup günümüzde de aynı dinamizmini korumaktadır. İran'da sağlık hizmetleri kamusal, genel ve özel sağlık hizmetleri olmak üzere üç ana koldan sunulmaktadır (WHO-Regional Health Systems Observatory, 2006: 18).

İran sağlık sisteminin bir diğer bileşeni sunulan özel sağlık hizmetleridir. Özel sağlık hizmetleri genel anlamda modern ve geleneksel olmak üzere ikili bir ayırma tabi tutulur. Modern özel sağlık hizmetleri çağdaş tıbbi teknoloji çerçevesinde sunulmaktadır. Kâr amaçlı olabileceği gibi kâr amacı güdülmeksizin de vatandaşların yararlanması sağlanabilmektedir. Kâr amaçlı sunulan sağlık hizmetlerinde hizmetin fiyatı piyasa koşulları çerçevesinde belirlenerek ticari kazanç sağlamaya çalışırken, hizmet alan ise fayda seviyesini arttırmayı ya da eski seviyesine getirebilmeyi amaç edinmektedir. Kâr amacı güdülmeksizin sunulan özel sağlık hizmetlerinde ise asıl amaç sosyal refah seviyesini arttırabilmek, toplumun sağlıklı bir yapıda olmasına hizmet edebilmektir. İran'da çok sayıda kâr amacı gütmeksizin sağlık hizmeti sunan kuruluş olduğu görülmektedir. Geleneksel sağlık hizmeti sunumu ise bitkilerden yararlanılarak doğal yollardan hastaların iyileştirilmesini içerir (WHO-Regional Health Systems Observatory, 2006: 20-22).

Son olarak genel sağlık hizmetleri ise özellikle kamusal sağlık hizmetlerinin sunumunun gerçekleştirildiği hastaneler arasında ağ kurulacak şekilde oluşturulmuş bir yapılanmayı içerir. Özellikle sağlık ocakları gibi öncül sağlık merkezlerinde koruyucu sağlık hizmetleri tüm topluma sunulabilecektir. Aile planlaması, aşılama ve sağlık eğitimi gibi pek çok hizmet, genel sağlık hizmeti sunumunun etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi sayesinde ülkenin ücra köşelerine götürülebilmektedir (WHO-Regional Health Systems Observatory, 2006: 23-24).

İran'da birincil basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu Tıbbi Eğitim ve Sağlık Bakanlığı'na yerine getirilmektedir. Bununla birlikte ikincil ve üçüncül basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı ise sigorta sistemi aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Genel anlamda sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları çeşitlilik arz eden cepten ödemeler, petrol ve gazdan gelen kamu geliri, genel

vergiler, sağlık sigortası ve kişisel bağışlardır (WHO-Regional Health Systems Observatory, 2006: 34).

İran'da sağlık hizmetlerinin finansmanında en yüksek pay cepten yapılan ödemelerden oluşmaktadır (WHO-Regional Health Systems Observatory, 2006: 7). Ülkede özel hastane ve özel doktorlara sundukları hizmetler karşılığında doğrudan ödeme yapıldığı gibi, eğer ilgili kurum ya da doktorların sağlık sigorta kuruluşları ile anlaşmaları varsa sigorta kuruluşunun eksik bıraktığı ödeme sigortalı tarafından tamamlanmaktadır (WHO-Regional Health Systems Observatory, 2006: 42).

Tablo 1'e göre 2006 yılı itibariyle İran'da GSYİH'nın % 6.8'i sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Ayrılan bu finansal büyüklüğün % 50.7'sini kamu kaynakları, % 49.3'ünü ise özel kaynaklar oluşturmaktadır. 2000 yılı verilerine göre İran'da sağlık finansmanı açısından kamunun payının arttığı görülmektedir. Bu görünüm kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki payı itibariyle de anlaşılmaktadır. Nitekim 2006 yılı için % 11.5 olan bu pay 2000 yılına göre yaklaşık % 1'lik bir artış göstermiştir. Tablo 1'den elde edilen veriler aşağıda yer alan Tablo 6'daki veriler ile birlikte değerlendirildiğinde özellikle 2002 yılından 2006 yılına sağlık harcamalarının finansmanında kamu kaynaklarının payının arttığı gözlenmektedir.

**Tablo 6**  
**1995, 2000 ve 2006 Yıllarında İran Sağlık Sistemi Finansman Kaynaklarının Yüzde Dağılımı**

	1995	2000	2002	Ortalama
<i>Kamusal Kaynaklar</i>	45,4	44,7	45,8	45,3
<i>Özel Kaynaklar</i>	54,6	55,3	54,2	54,7
Özel Sigorta	2,2	3	1,1	2,1
Cepten Ödemeler	52,3	52,2	53	52,5
<i>Dış Kaynaklar</i>	0,1	0,1	0,1	0,1

**Kaynak:** European Observatory on Health Care Systems, 1999: 40.

Tablo 6, 1995, 2000 ve 2002 yılları için İran sağlık sistemi finansman kaynaklarının yüzde dağılımını göstermektedir. Söz konusu yıllarda finansman

kaynaklarının yüzde dağılımlarında ciddi manada bir değişiklik gözlenmemektedir. Tablo 6'dan İran sağlık sisteminin ağırlıklı olarak özel kaynaklar aracılığıyla finanse edildiği görölmektedir. Nitekim finansman kalemleri içerisinde özel kaynakların ortalama payı % 54.7 iken kamusal kaynakların payı ise % 45.3'tür. Kamusal kaynaklar ve özel kaynaklar açısından 1995, 2000 ve 2002 yıllarında ortalama değerlerden belirgin bir şekilde sapma gerçekleşmediği söylenebilir. Özel kaynakların büyük bir kısmını cepten ödemelerden sağlanan fonlar oluşturmaktadır. 2002 yılı için hizmet finansmanının % 53'ü cepten ödemelerle gerçekleştirilirken, aynı yıl içerisinde özel kaynakların toplam finansman kalemleri içerisindeki payı ise % 54.2'dir. Ayrıca Tablo 6'dan anlaşılan bir diğer husus İran sağlık sisteminde özel sigortaların 1995'ten 2002 yılına finansman payını yarı yarıya kaybederek % 1.1'e gerilediğidir. Son olarak sağlık hizmetleri finansmanının % 0.1'i dış kaynaklardan elde edilen fonlardan oluşturmaktadır.

### 3. BÖLÜM

#### TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ

Çalışmanın bu bölümünde genel sağlık sigortası milat kabul edilerek Türk sağlık sistemi ve tarihsel bir süreç içerisinde sağlık hizmetlerinin finansmanı değerlendirilmekte, genel sağlık sigortası müessesesinin getirdiği yenilikler tartışılmaktadır.

##### 3.1. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Sistemi

1970'li yıllarda yaşanan ekonomik krizler, 1980'li yılların sonunda Sovyetler Birliği'nin çöküşü ve teknolojik alanda yaşanan ilerlemeler, ülkelerin izledikleri ekonomik ve siyasal politikaları neo-liberal anlayış temelinde tekrar belirlemelerine ön ayak olmuştur. Bu süreç içerisinde IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşların belirleyiciliği daha da artmıştır. Bu kuruluşlar özellikle gelişmekte olan ülkelerin piyasa ekonomisine geçişleri açısından bir baskı unsuru konumuna gelmişlerdir (Yıldırım, 2000: 4). Bu bağlamda 1980'lerden günümüze kadar geçen zaman dilimi, iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı değişim sürecinin ülkeleri sosyal, kültürel, politik ve ekonomik anlamda birbirlerine yakınlaştırdığı ve neredeyse tekdüze stratejilerin geliştirilmesine neden olduğu bir süreç olarak tanımlanabilmektedir (Ortaç, 2004: 5).

Günümüzde gelişmekte olan ülkelere uzanan geniş yelpazede bir politika benzerliği ve ekonomik duruş ahengi görülmektedir. Şüphesiz ki bu benzerlik sağlık alanında da mevcuttur. Her ülkenin sağlık hizmetlerinin sunumundan yönetimine, denetiminden finansmanına çeşitli alanlarda bir takım problemleri olup, bu problemlere çözüm arayışları ise çoğu zaman aynı düzlemde kesişmektedir. Neo-liberal yaklaşım çerçevesinde vücut bulan söz konusu çözüm arayışları, sağlık sistemi içerisinde devlete mümkün olduğunca daha az görev vermekte, sistemi yöneten, yönlendiren ve denetleyen bir rol eşliğinde tanımlanmaktadır (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008: 223-225).



Son yirmi beş yıl içerisinde tıbbi teknolojinin gelişmesi, insanların sağlık hakkında bilgi birikimlerinin artması, ulaşım imkânlarının nispeten daha kolay bir hale gelmesi sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmuş, bu durum sistemin finansmanında problemlere yol açmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde, hızlı nüfus artışı ve yetersiz sağlık hizmetlerinin etkinlik seviyesini yükseltme çabaları, gelişmiş ülkelerde ise yaşlı nüfusun artması ve sağlık sistemlerini finanse edenlerin sayısının giderek azalması, sağlık harcamalarının artmasına neden olan demografik unsurlar arasında anılabilmektedir. İşte tüm bunlar, gerek gelişmiş ve gerekse gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumu ve özellikle finansmanında ciddi tedbirlerin alınmasını gündeme getirmiştir (Hayran, 2008: 73-75).

2008 yılının Ekim ayında uygulanmaya başlanan Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile hizmetin sunumu ve finansmanı bağlamında reform niteliğinde değişiklikler gerçekleştirilmiştir. GSS ile sağlık sisteminde hizmetlerin finansmanı temelindeki farklı uygulamalar giderilerek, öncekine göre toplumun daha geniş kesimini sağlık güvencesine alacak şekilde sistem tekrardan kurulmuştur (Özsuca, 2009: 23).

### **3.1.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Genel Yapısı**

Yapısal olarak bir sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve hizmet sunumunun finansmanı olmak üzere iki temel bileşenden oluşmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde, Türk sağlık sisteminin yapısı, öncelikle sağlık hizmetlerinin sunumu itibariyle irdelenecek, daha sonra ise hizmetlerin finansmanı açısından değerlendirilecektir.

#### **3.1.1.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**

##### **3.1.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi**

Sağlık hizmetlerinin ne tür bir organizasyon aracılığıyla, hangi şekilde sunulacağı toplumların kültürel dokuları ile doğrudan ilintilidir. Ülkemizde de

tarihsel bir perspektifte gerek Selçuklu Medeniyetinde gerekse Osmanlı Uygarlığında sağlık hizmetlerinin sunulduğu ve organize bir şekilde toplumu oluşturan bireylerin yararlanmasını sağlamak bağlamında çeşitli faaliyetlerin gerçekleştirildiği görülmektedir. Selçuklu ve Osmanlı Medeniyetlerinde daha çok gönüllü sağlık kuruluşlarınca sunulan sağlık hizmetlerine rastlanmaktadır (Baran, 2005: 9-12).

Cumhuriyetin ilanı ile sağlık hizmetlerinin kamusal bir temelde tanımlanmaya başlaması üzerine bir kamu politikası eşliğinde devletin sağlık sistemine dâhil olduğu görülmektedir. Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne değin geçen süreçte sağlık sisteminin ve kamuca izlenen sağlık politikalarının farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Bu nedenle dönemler itibariyle bir inceleme yapılacak olursa süreç; 1920-1946 arasındaki yılları kapsayan ve sağlık sisteminin kurulması ve önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi dönemi, 1946-1960 yıllarını kapsayan ulusal sağlık politikası dönemi, 1960-1982 yıllarını kapsayan sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu dönemi, 1982-2008 yıllarını içeren neo-liberal politikalar eşliğinde sağlık stratejisi dönemi ve 2008'den günümüze kadar uzanan genel sağlık sigortası uygulaması dönemi olmak üzere beş alt başlık altında incelenebilir (Özkara, 2006: 51-54; Şener, 2005: 14-26; Kitapçı, 2007: 81-82; Çakıcı, 2006: 88-97; Sevim, 2006: 23-40; Baran, 2005: 13-15; Akdur, 2006: 23-31).

### **3.1.1.1.1. 1920-1946 Dönemi**

Cumhuriyetin kuruluş dönemi olarak nitelendirilebilecek 1920'li yıllarda izlenen sağlık politikaları daha çok yeni bir sağlık sisteminin ve organizasyon yapısının kurulabilmesine odaklanmıştır. Savaş sonrasında sosyo-iktisadi yapının olumsuzlukları, sağlık hizmetlerine tahsis edilecek kaynakları sınırlayan bir faktör olmuştur. Bu nedenle, özellikle 1920'li yılların sonlarına kadar, sisteme ciddi anlamda sermaye yatırımının yapılamadığı söylenebilir. Buna karşılık, özellikle sosyal bir sağlık sisteminin temelini teşkil edecek hukuki düzenlemeler gerçekleştirilmiş ve idari yapılanma sağlanmaya başlanmıştır. Ayrıca bu dönem içerisinde, bakanlığın merkezde ve taşrada örgütlenme stratejisi gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (Baran, 2005: 13).

1921 yılında ise sağlık bakanlığı görevine Dr. Refik Saydam gelmiştir. Refik Saydam yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin de ilk sağlık bakanı olmuş ve 1946 yılına kadar değişik hükümetlerde sağlık bakanlığı görevini yerine getirmiştir. Sağlık sistemi içerisinde önleme amaçlı sağlık hizmetlerinin merkezi yönetim aracılığıyla, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise yerel yönetimlerce yerine getirilmesi gerekliliğini öne sürmüştür (Akdur, 2006: 29-30).

Bu dönemde gerçekleştirilen yasal düzenlemeler ile olası bir hastalık durumunu önlemeyi amaç edinen koruyucu sağlık hizmetleri hukuki bir zemine kavuşturularak, devletin asli görevleri içerisinde yer almıştır. Bunun yanında tedavi edici sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlerce geliştirilebilmesi için idarelerin hastane açmalarına destek olunmuştur. Bu bağlamda ihtiyaçlar dâhilinde 5 farklı şehre Numune Hastanesi kurulmuş ve tedavi edici sağlık hizmetleri teşvik edilmek istenmiştir (Çakıcı, 2006: 89). 1925 yılında ise hastanelerdeki sağlık görevlisi ihtiyacını giderebilmek ve hizmet sunumunda etkinliği arttırabilmek için tıp fakültesi mezunlarına zorunlu hizmet uygulaması başlatılmıştır. Ayrıca 11 Nisan 1928 tarihinde yürürlüğe giren “Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” ile sağlık görevlilerinin yetki, görev ve sorumlulukları belirlenmiş, bu şekilde hizmet sunumunun hukuki standartları saptanmıştır. 24 Nisan 1930 tarihinde ise “Umumi Hıfzısıhha Kanunu” yürürlüğe girmiş, bu kanunla ülkenin sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve toplumun sağlığına zarar verebilecek her türlü hastalık ve durum ile mücadele edilmesi genel devlet hizmeti olarak belirlenmiştir. 1936 yılında yürürlüğe giren “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu” ile sağlık bakanlığının merkez ve taşra örgütü oluşumu tamamlanmıştır (Şener, 2005: 16).

1940'lı yıllarda da koruyucu sağlık hizmetleri sağlık alanında devletin öncelikli olarak önem verdiği uygulamalar arasında yer almıştır. Özellikle İkinci Dünya Savaşı'nın da etkileri ile sıtma, tifüs ve çiçek gibi salgın hastalıkların yaşanması “Olağanüstü Sıtma Savaş Yasası”nın çıkarılmasına yol açmıştır (Çakıcı, 2006: 90). 1945 yılında işçilerin sağlık risklerine karşı sigortalı olmasını sağlayacak olan Sosyal Sigortalar Kurumu'nun nüvesi niteliğindeki İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. Bu kuruma kuruluş kanunu ile sigortalı işçilere sağlık hizmeti

sunabilmek için sağlık kurumu kurabilme, işletme ve sağlık personeli yetiştirme yetkileri sağlanmıştır (Çakıcı, 2006: 91).

1920 ile 1946 yılları arasında, sağlık sisteminde daha çok sistemin oluşturulması ve organize bir şekilde işlemesi amacıyla çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Özellikle sağlık sisteminin hukuki çerçevesini oluşturan bu düzenlemeler merkezi yönetimin sağlık alanında üstleneceği rolleri tanımlamıştır. Bu dönemde, yapılan düzenlemelere göre, merkezi yönetim daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini üstlenmiş, tedavi edici sağlık hizmetlerini ise yerel yönetimlerin görevleri arasında saymıştır. Bu şekildeki bir davranışın asıl nedenleri arasında söz konusu dönemde salgın hastalıklarla mücadele edilme gerekliliği ve koruyucu sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın daha fazla hissediliyor olması bulunmaktadır (OECD ve World Bank, 2008: 32).

### **3.1.1.1.2. 1946-1960 Dönemi**

1946 yılında sağlık sisteminde planlı bir döneme girilmesi arzu edilmiştir. Ancak sağlıkta planlı gelişim süreci yaşanmamıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri gibi tedavi edici sağlık hizmetlerinin de merkezi yönetim tarafından sağlanması düşünülmüştür (Akdur, 2006: 30). 1949 yılında, karşılaşılan verem vakalarını minimize edebilmek ve toplumu bu hastalıktan koruyabilmek için “Verem Savaş Dispanserleri” önleyici sağlık müesseseleri olarak kurulmuştur. Bu kuruluşlar ile orta vadede özellikle kentlerde önemli kazanımlar elde edilmiştir (Çakıcı, 2006: 90).

1946-1960 dönemine asıl özelliğini katan unsur ise Demokrat Parti'nin izlediği sağlık politikalarıdır. Bu dönemde, özellikle hastanelerin geliştirilmesi ve sayılarının artırılması için çok büyük çaba sarf edilmiştir. Ayrıca, işçilerin oluşturduğu İşçi Sigortalıları Kurumu, 1952 yılında sağlık alanında elde ettiği yetkilerini fiili olarak uygulamaya başlamıştır (Öztek, 2001: 62). Yine 1950'li yıllarda Demokrat Parti'nin iktidara gelmesi ile birlikte esaslarını Dr. Refik Saydam'ın çizdiği sağlık sistemi modelinde önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Yerel idarelere bağlı hastaneler merkezi idareye devredilmiş ve hastane masrafları ile hizmet maliyetlerinin merkezi yönetim genel bütçesinden karşılanmasına karar

verilmiştir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı illerde ve ilçelerde çok sayıda hastane ve sağlık ocağı açarak hizmet sunumuna başlamıştır (Akdur, 2006: 31; Çakıcı, 2006: 91).

17 Haziran 1949 tarihinde yürürlüğe giren Emekli Sandığı Kanunu ile Maliye Bakanlığı'na bağlı olarak kurulan Emekli Sandığı, devlet memurlarının sosyal güvencesini sağlamayı taahhüt etmiş, bu şekilde sosyal güvenlik kapsamı biraz daha genişletilmiştir (Yenimahalleli, 2007: 59).

Bu gelişmelere paralel olarak Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF gibi uluslararası kuruluşlara üye olunmuş, bu şekilde farklı ülkelerde izlenen sağlık politikaları daha yakından takip edilerek, sistemdeki yeni gelişmelerin yurt içine uygulanması konusunda fikir alış-verişi sağlanabilmiştir (Sevim, 2006: 25-26).

### **3.1.1.1.1.3. 1960-1980 Dönemi**

27 Mayıs 1960 tarihinde gerçekleştirilen ihtilal ile ordunun yönetime el koyması sonrasında Türkiye'nin ekonomik, siyasal ve sosyal hayatında yeni bir dönem başlamıştır. Bu dönemin temel belirleyicileri ise 1961 Anayasası ve yeni kurulan Devlet Planlama Teşkilatı'dır. 1961 Anayasası ile devletin ekonomik ve sosyal hayatta üstleneceği roller yeniden tanımlanmıştır. Devletin dâhil olduğu ve olacağı aktivitelere ilişkin gerçekleştirilen düzenlemelerde sosyal devlet olgusu temel alınmıştır (Boratov, 2008: 118). Sağlık sistemi de sosyal devlet anlayışı çerçevesinde kamu sektörünün etkin ve aktif bir şekilde rol üstleneceği düşünülen alanlardan bir tanesi olmuştur (Akdur, 2006: 32-33). 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde;

*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir (1961 Anayasası: Madde-49)*

denilmekte, sağlık hizmetleri sunumunun devletin görevleri arasında olduğu belirtilmektedir.

5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile sağlık hizmetlerinden yararlanılması hususunda İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si'ne atıfta bulunulmuş, sağlık

hizmetlerinin sosyal adalete uygun bir şekilde tahsisi için sosyalleştirileceği belirtilmiştir (224 sayılı Kanun: Madde-1). Bu doğrultuda 1963 yılı itibariyle uygulanmaya başlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu Kanunu kapsamında her türlü sağlık hizmetinin yaygınlaştırılmasına, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülkenin dört bir yanına serpilmesine ilişkin çalışmalar başlatılmıştır. Ayrıca bu kanun ile tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu, bu nedenle sistemde devletin etkin bir şekilde rol oynaması gerektiği belirtilmiştir (Sayan, 2008: 123-124).

224 sayılı Kanun'a göre sosyalleştirme, vatandaşların her türlü sağlık hizmetlerinden sağlık sigortası bağlamında ödedikleri primler ile kamu bütçesinden tahsis edilen kaynaklara bağlı olarak ücretsiz ya da sağlık masraflarının bir kısmına katılması suretiyle faydalanmasıdır (224 sayılı Kanun: Madde-2: Öztekin, 2008: 119). Yani 1961 yılında yapılan düzenlemeye göre her türlü sağlık hizmetinin sunumu tek elden yürütülmek üzere devlete bırakılmış, finansmanın ise ödenen sigorta primleri, bütçeden ayrılacak kaynaklar ve vatandaşların ödeyecekleri katkı payları ile karşılanacağı düşünülmüştür. Bunun yanında basit tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunan sağlık ocaklarının her bir köye kurulması, bu şekilde hizmet sunumunun yaygınlaştırılması öngörülmüştür (Orhaner, 2006: 6).

Sosyalleştirme çalışmalarının pilot uygulaması 1963 yılında Muş'ta gerçekleştirilmiştir. Daha sonra beş yıl içerisinde sistemin tüm ülke geneline uygulanması öngörülmüştür. Özellikle uygulanmaya başlanmasından itibaren iki yıl kadar sosyalleştirme çalışmaları başarı ile yürütülmüştür (Eren, 1985: 116-117). Ancak 1966 yılından itibaren bazı sağlık bakanlığı yetkililerinin sistemin uygulanabilmesine ihtimal vermemeleri güvensizliğe neden olmuş, bu nedenle sosyalleştirme faaliyetlerinden ülke genelinde istenen sonuçlar alınamamaya başlamıştır (Fişek, 1985: 166).

1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanları sosyal güvenlik kapsamına alacak şekilde Bağ-Kur kurulmuştur. Bu şekilde sosyal güvenlik ve sağlık sigortası sisteminde İşçi Sigortalıları Kurumu ve Emekli Sandığı'ndan sonra üçüncü ayrı bir ana kuruluş faaliyet göstermeye başlamış, sistemin çok başlılığı artmıştır (Yenimahalleli, 2007: 59).

1960 ile 1980 arasındaki yılları kapsayan dönemin bir diğer önemli belirleyicisi Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulması ve bu sayede planlı kalkınma sürecine adım atılmış olmasıdır. Türkiye'de 1960 yılından itibaren sosyal, kültürel ve ekonomik kalkınma sürecinin etkin olarak işleyebilmesi ve iktisadi yaşama kamu müdahalesinin planlı bir sistem içinde gerçekleştirilerek toplumsal refahın arttırılabilmesi için kalkınma planlarının hazırlanması ve uygulanması benimsenmiştir. Bu bağlamda 1960 yılında Başbakanlığa bağlı şekilde kurulan Devlet Planlama Teşkilatı, hazırladığı beşer yıllık planlar ile sosyal ve ekonomik yapıya yön vermeye başlamıştır ([www.dpt.gov.tr](http://www.dpt.gov.tr)-Tarihçe, Erişim: 29.07.2009). Teşkilatça hazırlanan çok yıllık planlar her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumu ve genel anlamda sistemin özü üzerinde de etkin ve belirleyici olmuştur. Bu dönemde üç adet beşer yıllık kalkınma planı uygulanmıştır. Söz konusu planların her birinde, sağlık alanında atılacak adımlar ayrıntılı şekilde belirlenmiştir (Özbay, Erişti, Öncül, Arı, Çelepçikay, Gökçimen ve Mollahaliloğlu, 2007: 100).

### **3.1.1.1.3.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)<sup>1</sup>**

Devlet Planlama Teşkilatı'nın ve planlı ekonomiye geçen Türkiye'nin ilk beş yıllık kalkınma planı niteliğindeki çalışmada, sağlık sistemi açısından da bir program belirlenmiş ve bu programda ana ilke olarak vatandaşların sağlık seviyelerinin yükseltilmesi benimsenmiştir. Bu ilke doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verileceği belirtilmiş, çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, vatandaşların sağlık hususunda eğitilmesi, beslenme şartlarının geliştirilmesi, rasyonel nüfus planlamasının yapılması ve bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmesi gibi

<sup>1</sup> Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerinin sunumunda dört dereceli bir örgüt zinciri kurulması hususuna değinilmiştir. Bu zincirin ilk basamağını sağlık ocakları oluşturmaktadır. Bu basamakta düzenlenecek koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile ortalama 7 bin nüfusa sahip yerleşim yerlerinde halka direkt olarak hizmet sunulması amaçlanmıştır. İkinci basamak ise nüfusu 50 bine erişen yerleşim mevkileri kapsamında hastaneler, dispanserler ve koruyucu hekimlik ünitelerini içerir şekilde kurulacak olan Sağlık Merkezi Bölgeleridir. Üçüncü basamakta idari görev üstlenen İl Sağlık Müdürlükleri bulunmaktadır. Dördüncü basamakta ise Türkiye 16 bölgeye ayrılmakta ve bu bölgelerde bölge hastaneleri, sağlık okulları, bölge laboratuvarları, depo ve tamirhanelerin kurulması öngörülmektedir. Plana göre bu dört basamak arasındaki eşgüdüm ve koordinasyonu ise Sağlık Bakanlığı yürütecektir (DPT, 1963: 409).

hizmetlerin zorunluluğu saptanmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise koruyucu sağlık hizmetlerini tamamlayacak bir şekilde tekrardan düzenleneceğine değinilmiştir. Ayrıca yaklaşık 15 yıl sürecek bir proje dâhilinde yetersiz sağlık personeli sayısının telafi edilerek ülke düzeyinde dengeli bir şekilde hizmet sunumuna seferber edileceği öngörülmüştür (DPT, 1963: 406).<sup>2</sup>

### 3.1.1.1.3.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, toplumun bedenlen ve ruhen sağlıklı bir şekilde yaşamasının kalkınma süreci bağlamında asli amaçlar arasında yer aldığı, bu doğrultuda tıpkı Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda bahsedildiği gibi sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için önlemler alınacağı belirtilmiştir (DPT, 1968: 215).

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da koruyucu sağlık hizmetlerinin önemine değinilmiş, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma potansiyelinin artırılmasının ancak sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme programına devam edilmesi durumunda gerçekleştirilebileceği saptanmıştır. Bu planda da karma ekonomik model çerçevesinde kalkınma sürecinde her alanda olduğu gibi sağlık sistemi bünyesinde de devlete ağırlıklı rol verilmiş ve sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak devlet tarafınca yürütülmesi gerekliliği belirtilmiştir (DPT, 1968: 219-220).

Sunulan sağlık hizmetlerinin ülke geneline dengeli bir şekilde dağılımının sağlanabilmesi için, sağlık çalışanlarının her bölgede hizmet sunumunda bulunması gerekliliği bir kez daha belirtilmiştir. Ayrıca vatandaşların, sağlık ile ilgili konularda bilgi seviyesini arttıracak önlemlerin alınması gündeme gelmiştir. İkinci Beş Yıllık

<sup>2</sup> Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık sisteminde alınması gereken tedbirler şu şekilde belirlenmiştir;

- Kamu sektörüne ait sağlık hizmetleri tek elden yürütülecektir.
- Hizmetin görülmesinde yetki ve sorumluluk en alt basamaklara kadar yayılacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili kanunun uygulanması için gereken her türlü tedbir alınacaktır.
- Koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılacaktır.
- Yerli ilaç sanayinin özendirilmesi ve gelişimi için tedbirler alınacaktır.
- Kapsamlı bir Genel Sağlık Sigortası müessesesinin kurulabilmesi için gereken araştırmalar ve çalışmalar yapılacaktır.
- Özel sektörün hastane kurabilmesini teşvik edici tedbirler alınmasının, bu şekilde kamunun halk sağlığı (koruyucu sağlık hizmetleri) hizmetlerine daha fazla kaynak ayırmasının sağlanması öngörülmektedir (DPT, 1963: 413-414).



Kalkınma Planı'nda planlanan hedeflere yabancı kaynaklardan ziyade yerli kaynaklarla ulaşılmasının temel ilke olarak benimsendiği ifade edilmiştir. Bu planda da sağlık hizmetlerinin finanse edilebilmesi için genel sağlık sigortası müessesesinin kurulması gerektiğine değinilmiştir (DPT, 1968: 225).

### **3.1.1.1.3.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)**

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda çerçevesi çizilen 15 yıllık perspektifin son ayağını oluşturmaktadır. İlk iki kalkınma planı ile karşılaştırıldığında Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda her bir sektörün genel yapısının ayrı ayrı analiz edildiği görülmektedir. Özellikle 12 Eylül 1963 yılında Avrupa Ekonomik Topluluğu ile imzalanan Ankara Anlaşması ve 1970 yılında toplulukla bir ileri aşamaya gelen ekonomik uyum ilişkilerinin paralelinde plana ayrı bir önem atfedilmiştir. Bunun yanında çok yıllı kalkınma perspektifi 1973 ile 1995 yılları arasındaki süreci kapsayacak şekilde genişletilmiş ve 22 yıllık bir temelde tekrardan oluşturulmuştur (DPT, 1973: 64).

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda öncelikle 1982 yılına kadar sürecek on yıllık dönemde, tüm yurdu kapsayacak bir ölçekte sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programına devam edileceği belirtilmiştir (DPT, 1973: 150). Sağlık hizmetinin uzun vadede gerçekleştirilebilmesinin yataklı tedavi kurumlarının tek elde bir merkezden gerçekleştirilecek yönetim ile sağlanabileceği saptanmıştır (DPT, 1973: 822). Ayrıca aşama aşama ilerlenecek şekilde genel sağlık sigortası sistemi alt yapısının oluşturulması planlanmıştır. Bu süreçte özellikle uygulama için gerekli mevzuatın hazırlanması ve maliyet – fayda analizlerinin gerçekleştirilmesi öngörülmüştür (DPT, 1973: 825).

Plan döneminde belirtilen bir başka hedef sağlık hizmetlerinde çok başlılığın giderilerek yönetimin tek elden sağlanmasıdır. Bu şekilde gereksiz harcamalar önlenilecek, ayrıca kapasite kullanımı daha etkin bir şekilde kontrol edilebilecektir. Bunun yanında tedavi edici sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin birbirlerini tamamlayıcı mahiyette işletilebileceği bir sistemin kurulması sağlanacaktır. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ulaşılmak istenen

bir diğerk hedef ilaç sanayinin denetim altına alınarak özellikle hammaddelerin yurt dışından ithali yerine yurt içinde üretilmesine özen gösterilmesidir. Bu şekilde yurt dışına olan bağımlılık azaltılabilecektir (DPT, 1973: 824-827).

#### **3.1.1.1.3.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)**

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı özellikle uluslararası arenada enerji krizinin ve ulusal düzeyde siyasi gerginliğin yaşandığı, büyüme hızının yavaşladığı, dış ticaret açığının arttığı, işsizlik ve aşırı enflasyon problemleri ile karşılaşıldığı bir ortamda hazırlanmış ve uygulanmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda öncelikli hedef ulusal ekonomide istikrarın sağlanması, orta ve uzun vadede ise kalkınma sürecinin devam ettirilmesi olarak belirlenmiştir.

Bu planda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının bütün yurttan uygulamaya konulacak bir şekilde ele alınacağı belirtilmiştir. Sosyalleştirme programının tüm yurdu kapsamayı sağlandıktan sonra sunulan sağlık hizmeti standartlarının yükseltilmesi asıl hedef olarak belirlenmiştir. Bu temelde sağlık hizmetlerinde kapsamın genişletilmesi amacıyla sağlık sigortaları dışında kalan kişilerin sağlık ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanacağı ve hizmet sunumunda standartların yükseltilebilmesi için gerekli yasal zeminin oluşturulacağı belirtilmiştir (DPT, 1979: 460).

Planda, çevre sağlığı hizmetlerinde etkinliği sağlamak amacıyla örgütsel düzenlemelere gidileceği, merkezi idare ile yerel yönetimler arasında eş güdümlü bir çalışma ortamının oluşturulması için çeşitli uygulamalar yapılacağı belirtilmiştir. Aynı zamanda, bu alanda kaliteli ve verimli bir hizmet sunulabilmesi amacıyla kalifiye personel yetiştirileceğine ve toplumun çevre konusunda eğitileceğine değinilmiştir (DPT, 1979: 462).

Ayrıca toplumu oluşturan bireylerin dengeli beslenmesinin sağlık açısından önemine yer verilmiş, bu nedenle devletin söz konusu alanda da regülatif, denetleyici ve özel sektörü teşvik edici bir şekilde rol üstleneceği ifade edilmiştir (DPT, 1979: 462).

1980 yılında gerçekleştirilen darbe nedeniyle planda belirlenen hedeflere ulaşamamıştır. Ayrıca, 1980 yılında başlanan ekonomik dönüşüm süreci ve gerçekleştirilen askeri müdahale ile sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyalizasyon dönemi olarak anılan yaklaşık yirmi yıllık süreç sona ermiştir (Özkara, 2006: 53).

1960 ile 1980 yılları arasındaki zaman dilimini kapsayan ve 27 Mayıs 1960 askeri müdahalesi ile başlayıp 24 Ocak 1980 ekonomik dönüşüm kararları ile sona eren sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon döneminin ayırt edici özelliği, her alanda olduğu gibi sağlık sisteminde de planlı bir ilerleme sürecinin başlatılmış olmasıdır. Ayrıca bu dönemde özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin tüm topluma yaygınlaştırılması doğrultusunda ciddi çaba sarf edilmiş, bu bağlamda ülkenin her bir yerleşim birimine sağlık hizmeti götürülmeye çalışılmıştır. Dönem içerisinde sağlık hizmetlerinin sunumu açısından devletin müdahaleciliği ve baskın aktör olarak rol üstlenmesi belirgin bir şekilde hissedilmiştir. Ayrıca Avrupa Ekonomik Topluluğu ile yapılan görüşmeler neticesinde, öncelikle Ankara Anlaşması'nın imzalanması daha sonra 1973 yılından itibaren yürürlüğe giren Katma Protokol, sağlık alanında belirlenen politika ve planların daha ayrıntılı hazırlanmasına vesile olmuştur. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetleri, sosyal devletin tüm vatandaşlara götürülmesi gereken bir hizmet olarak görülürken tedavi edici hizmetler ise onu tamamlayıcı nitelikte tanımlanmıştır (Bulut, 2007: 115). Zaman içerisinde koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının hizmet talebini karşılayamaması sonucunda tedavi edici hizmet sunan hastanelerde bu talep ile karşı karşıya kalmıştır. Buna bağlı olarak kaynakların tahsisi açısından sıkıntılar doğmuştur. DPT tarafından hazırlanan üç planın, sağlık hizmetleri açısından ortak özelliği ise her birinde öncelikli hedef olarak hizmetlerin sosyalizasyonu ve koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artırılması gerekliliğinin belirtilmesi olmuştur.

#### 3.1.1.1.1.4. 1980-2007 Dönemi

24 Ocak 1980 yılında dönemin Başbakanlık Müsteşarı Turgut Özal tarafından ekonomik yapının serbestleştirilmesi ve dışa açılmasını içeren iktisadi tedbirlerin açıklanmasıyla Türkiye ekonomisi yeni bir döneme girmiştir (Ögeç, Köşkeroğlu ve Shahuvarov, 6-7; Cirhinlioğlu, 2001:115). Bu dönemde 1960 ile 1980 arasındaki yıllarda olduğu gibi müdahaleci devlet anlayışı yerine, planlayıcı ve denetleyici devletin faaliyet göstereceği, piyasa ekonomisine dayanan bir sistem oluşturulması öngörülmüştür. Bu bağlamda, ulusal ekonomide önceki dönemin aksine kamusal müdahalelerin en düşük seviyeye indirildiği ve piyasa sisteminin güçlendirilmesini amaç edinen bir iktisadi yöntem benimsenmiştir. Bunun yanında 12 Eylül 1980 yılında gerçekleştirilen darbe ile askeri yönetimin iktidarı ele geçirmesi sonrasında, iki yıl içerisinde hazırlanacak olan yeni Anayasa ile dönemin hukuki yol haritası da çizilmiştir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008: 222-227).

24 Ocak Kararları ile ekonomide köklü bir değişim başlamış olsa da, sağlık hizmetlerinin sunumunda değişim hukuki temelde ortaya çıkmıştır. 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde, devletin sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve yönetimi sürecinde nasıl bir rol üstleneceği saptanmıştır. Bu maddeye göre;

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

şeklinde düzenlenmiştir (T.C. Anayasası, 1982: Madde-56).

1982 Anayasası'na göre sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşayabilme, toplumu oluşturan her bir bireye tahsis edilen yegâne haktır. Burada özellikle sağlıklı ve dengeli bir çevrenin geliştirilmesi ve korunması devletin görevi olarak belirlenmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumu açısından sağlık kuruluşlarının tek elden

planlanıp hizmet vermesini düzenleme görevi de yine devlete verilmiştir. Devletin bu görevini kamu ve özel kesim sağlık kuruluşlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getireceği belirtilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve tutarlı bir şekilde yerine getirilebilmesi için kanunla genel sağlık sigortası sisteminin kurulabileceği saptanmıştır (T.C. Anayasası, 1982: Madde-56).

1982 Anayasası devlete sağlık hizmeti sunumu açısından 1961 Anayasası'na göre daha az fonksiyon vermiştir. 1982 Anayasası'nda devletin sağlık sisteminde rolü daha edilgen hale getirilmiş, bizzat hizmet sunumunda bulunmasından ziyade sistem içerisinde planlayıcı ve denetleyici bir görev tahsis edilmiştir. Ayrıca devletin sağlık hizmetlerini yerine getirirken özel sektör kuruluşlarından yararlanabileceği belirtilmiştir. Bu şekilde özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumunda teşebbüs açarak faaliyet gösterebilmesinin önü açılmıştır (Top, 2006: 118). Bu açıdan devletin sağlık hizmetlerinin sunumunda üstlendiği rolün azaltılması ve özel sektörün teşviki amacıyla 1981 yılında sağlık yatırımları desteklenmeye başlanmış ve 1983 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında, giderini özel geliri ile karşılama özerkliğine sahip döner sermayelerin kapsamı genişletilmiştir (Altay, 2007: 33). Kısacası bu dönemde gerek 24 Ocak kararları ile oluşan ekonomik yapı, gerek 1982 Anayasası ile oluşan hukuki düzenleme çerçevesinde devletin her alanda olduğu gibi sağlık alanında da daha çok planlayan ve kontrol eden bir rol üstleneceği anlaşılmıştır.

25 Ağustos 1999 tarihinde kabul edilen 4447 sayılı kanun ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve diğer sosyal sigorta kurumlarının yapısında bir takım değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Genel sağlık sigortası sistemine geçiş sürecinde önemli bir aşama olan bu kanun, her bir sigorta kuruluşunda sağlık sistemi ve finansmanı ile ilgili yeniden yapılandırma çalışmalarını içermektedir.

4447 sayılı kanun ile kayıt dışı istihdamı engelleyebilmek amacıyla alınacak tedbirlerin yasal zemini oluşturulmaya başlamıştır. Kanunun ilk maddesiyle Sosyal Sigortalar Kanunu'nun 8. maddesi değiştirilmiş, çalışanların işe başlamadan önce işverenlerince SSK'ya bildirilmesi hükmü getirilmiştir (4447 sayılı Kanun, madde: 1-2). Bunun dışında sigorta müfettişleri ve Sosyal Sigortalar Kurumu Yönetim Kurulu kararınca görevlendirilecek memurlara yoklama yetkisi verilebileceği

şeklinde yasal düzenleme gerçekleştirilmiştir (4447 sayılı Kanun, madde: 14). Ayrıca işsizlik sigortası müessesesi sisteme dâhil edilmiş ve istihdam hacmini optimum seviyeye getirebilmek için Türkiye İş Kurumu kurulmuştur. 4447 sayılı kanun ile Sosyal Sigortalar Kanunu'nun 32. maddesinin b bendine yeni bir hüküm eklenmiştir. Bu hüküm ile protez, araç ve gereç bedellerinin % 20'sinin sigortalılar tarafından ödeneceği belirlenmiştir. Bunun yanında SSK, Bağ-Kur mensupları ve tarım sektöründe kendi hesabına çalışan sigortalıların ödeyecekleri sosyal güvenlik destek primleri yükseltilmiştir. Bu bağlamda 4447 sayılı yasa orta ve uzun vadede aktüeryal dengelerin iyileştirilmesi ve sistemin mali anlamda sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması için başlangıç olmuştur. Nitekim bu yasa ile birlikte emeklilik yaşları yükseltilmiş, sağlık sigortası prim oranları arttırılmış ve hizmet sunumunda kısmen katılım payı uygulamasına geçilmiştir.

#### **3.1.1.1.4.1. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)**

Olağan şartlarda 1984 yılında uygulanmaya başlaması gereken Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, hükümetin planlama kapsamındaki çalışmalarını yetiştirememesi sebebiyle bir yıl gecikmeli olarak uygulamaya konulmuştur. Bu plan, özellikle 24 Ocak kararları ve 1982 Anayasası ile sağlık sisteminde izlenecek yeni yaklaşım ve bakış açısını daha net şekilde ortaya koymuştur. Daha liberal bir iktisadi sistem kurulmasının temel amaçlar arasında yer aldığı böyle bir dönemde, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın diğer kalkınma planlarına nazaran kapsam bakımından daraldığı ve plan içerisine konulan hedeflerin piyasa mekanizmasının işlerliğini arttıracak nitelikte belirlendiği görülmektedir. Bu bağlamda Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı sağlık sistemi açısından devletin azalan müdahaleciliğini niteleyen ve özel kesimin bu alanda da rol alması gerektiğini belirleyen bir belge niteliğindedir.

Planda bahsedilen amaçlara ulaşılabilmesi için sağlık hizmetlerinin etkili, güvenilir ve kolay erişilebilir bir niteliğe kavuşturulması ve ülke geneline adil bir şekilde yaygınlaştırılması gerektiği belirtilmiştir. Bu bağlamda kalite ve etkinliğin arttırılabilmesi için tedavi edici hizmetlerden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerine

ağırlık verileceğinin altı çizilmiştir. Ayrıca ülke genelinde dengesiz şekilde sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin dengeli bir şekilde sunumunu gerçekleştirebilmek için yapı, personel, araç ve gereç eksikliklerinin giderileceği ifade edilmiştir. Çocuk ölümlerinin azaltılması amacıyla konuyla ilgili kuruluşlardan oluşacak yüksek bir kurulun kurulacağı, bu şekilde işbirliği ve dayanışma ortamının sağlanarak problem ile daha etkin mücadele edilebileceği öngörülmüştür. Planı diğerlerinden ayıran en önemli nokta ise sağlık kuruluşlarının işletmecilik esasına göre faaliyet gösterecek şekilde modernize edileceğinin belirtilmesidir. Bu şekilde hizmet sunumunda ve hizmeti sunacak kuruluşların oluşturulması aşamasında rasyonel kararlar alınabilecek, kaynak israfının önüne geçilebilecektir. Ayrıca Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda tedavi sonrasında gerçekleştirilen mevcut rehabilite edici sağlık hizmetlerinin kapasite ve nitelik itibarıyla geliştirileceği belirtilmiştir. Bu planda yer alan diğer bir farklı unsur, sağlık sisteminde özel sağlık müesseseleri ile hastanelerin teşvik edileceğine değinilmesidir. Plana göre özel teşebbüslerin sağlayacakları hizmetlerin karşılığı olan fiyatlar kendi inisiyatiflerine bırakılacaktır. Bunun yanında serbest çalışan doktorlar ile anlaşma yapılabilecekler ve kamu sektörünün kendilerinden hizmet satın alması yordamıyla sundukları hizmetlerini geliştirebileceklerdir (DPT, 1984: 152).

1980 yılından Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın uygulandığı dönemin sonuna kadar sağlık sisteminde belirleyici bir takım yasal düzenlemeler yapılmıştır. 15 Mayıs 1987 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu söz konusu yasal düzenlemelerden önemli bir tanesidir. Bu kanun ile Milli Savunma Bakanlığı'nca yürütülenler hariç olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'nca planlanması ve denetlenmesine olanak sağlanmaktadır (Altay, 2007: 54). Bu şekilde 1982 Anayasası'nın 56. maddesince devlete verilen göreve bu kanun ile netlik kazandırılmıştır. Ayrıca Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na göre, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yer alan ve hastanelerin sağlık işletmesi şeklinde yönetilmesini öngören amacın hukuki zemininin oluşturulduğu da görülmektedir. 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı'nca hazırlanmaya başlanan ve 1990 yılında tamamlanan Sağlık Master

Planı Çalışması ile ulusal bir sağlık politikasının uygulanabilirliği incelenmiş ve analiz edilmiştir (Metin, 2002: 6).

#### **3.1.1.1.4.2. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)**

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda dönem sonu için toplumun sağlık düzeyi ile ilgili ilk kez somut hedefler konulmuştur. Bunlar;

- doğuşta hayatta kalma umudunun 68 yıla yükseltilmesi (Ortalama yaşam süresi),
- bebek ölüm oranının binde 50'nin altına çekilmesi,
- sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunun birinci basamak sağlık sunucularınca karşılanması,
- 1011 kişiye bir doktor, 4845 kişiye bir diş doktoru, 3655 kişiye bir eczacı, 736 kişiye bir hemşire ve ebe, 2838 kişiye bir sağlık memuru ve teknisyeni düşmesi,

şeklinde sıralanabilir (DPT, 1989: 289).

Bu planda ilk plandan itibaren her dönemde asli hedefler arasında sayılan "Sağlık hizmetlerinden herkesin en iyi şekilde faydalanmasının sağlanması ve sağlık hizmetlerinin daimi, dengeli ve yeterli bir şekilde tüm toplum bireylerine ulaştırılması" ilkesinin, hazırlanacak sağlık ana planı ile yönlendirilerek düzenleneceğine yer verilmiştir (DPT, 1989: 289).

Planda, hizmetin finansmanında yönetim, kaynak ve norm birliği sağlanması için sağlık sigortası kapsamının genişletileceği ifade edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmeti talebinin karşılanmasında özel kesimden yararlanılabilmesi için özel kesime gereken teşviklerin verilmesine devam edileceği belirtilmiştir (DPT, 1989: 291).

Planın uygulama sürecinde Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı bünyesinde de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından çeşitli değişiklik çalışmalarının yapıldığı görülmektedir. 1990 yılında hükümet ile Dünya Bankası arasında yapılan İkraz Anlaşması ile Birinci Sağlık Projesi başlatılmış, Dünya



Bankası'ndan gelen kaynak ve kredi eşliğinde Sağlık Bakanlığı'nca reform girişimleri başlatılmıştır. Birinci Sağlık Projesi'nde Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat ve Yozgat illeri pilot bölge olarak seçilmiştir. Bu projede özellikle bahsedilen sekiz ilde temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi yoluyla halkın sağlık standartlarının yükseltilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesinin geliştirilerek, sağlık sektöründe finansman ve hizmet sunumunda yeni modellerin geliştirilmesini amaçlayan reform çalışmalarının desteklenmesi temel amaçlar olarak belirlenmiştir (Sur ve Atlı, 2001: 1164; Kutbay, 2002: 34-35; Mollahaliloğlu, Hülür, Kodsak ve Ayar, 2007: 253). Bunun yanında 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı'nca hazırlanan master planı temel alınarak 1992 yılı içerisinde ilk Sağlık Kongresi toplanmıştır.

18 Haziran 1992 yılında kabul edilen “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” ile hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve geliri yetersiz olan Türk vatandaşlarının sağlık hizmetleri giderlerinin devlet tarafından karşılanılmasına başlanmıştır. Bu şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin rolü bir kademe daha artmış ve toplumun daha geniş bir tabakası sağlık hizmetlerinden yararlanır hale gelmiştir. Söz konusu değişiklik sağlıkta köklü dönüşüm sürecinin de fiili bir başlangıcı olmuştur (Baran, 2005: 15).

1994 yılında Sağlık Bakanlığı yetkililerinin geliştirdiği İkinci Sağlık Projesi dolayısıyla hükümet ile Dünya Bankası arasında bir İkraz Anlaşması daha imzalanmış, bu anlaşmayla elde edilen ek kaynak doğu illerinde sağlık hizmetlerinin daha etkin görülebilmesi için yapılacak çalışmalara tahsis edilmiştir. Amaç itibariyle birinci proje ile hemen hemen aynı nitelikte olan söz konusu çalışmanın 1995 ile 2001 yılları arasında Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkâri, Iğdır, Kars, Malatya, Kahramanmaraş, Muş, Siirt, Tunceli, Şanlıurfa, Şırnak ve Van illerinde uygulanması öngörülmüştür (Kutbay, 2002: 35).

Altıncı Kalkınma Planı döneminde her ne kadar sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapılmasını içeren projeler üretilerek pilot uygulamalar eşliğinde

uygulanmışsa da sistem arzu edildiği gibi yapısal anlamda yeniden organize edilememiştir. Bunun temel nedeni köklü bir değişim yapılabilecek siyasi ve ekonomik istikrar ortamının bir türlü sağlanamamış olması ve gerekli toplumsal desteğin bulunamamasıdır (DPT, 2001: 12).

#### **3.1.1.1.4.3. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)**

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık sisteminde gerçekleştirilmesi öngörülen değişiklikler ilk defa "Sağlık Reformu" başlığı şeklinde ele alınmıştır. Planda, sağlık alanında kaynakların verimli kullanımı, hizmetlerin her bir bireye sunulacak şekilde yaygınlaştırılması, sürekli ve kaliteli hizmet sunumu sağlanarak hastaların tatmin düzeyinin artırılması amacıyla sağlık sisteminin finansman, idare, personelin nicel yeterliliği, hizmet sunumu, mevzuat ve bilgi paylaşımı temelinde yeniden yapılandırılma ihtiyacının devam ettiği belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin gelişimini engelleyen faktör olarak sağlık politikalarının istikrarlı bir şekilde uygulanabilirliğinin sağlanamaması ve yapılan hukuki değişikliklerin uygulamaya geçirilmesinde zamanlama açısından gecikme problemleri ile karşılaşılıyor olması belirlenmiştir (DPT, 1995: 41).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yapılması gereken hukuki ve kurumsal düzenlemelere yer verilmiştir. Söz konusu hukuki düzenlemeler;

- Kamu sağlığının korunması, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin ve bunların sunumundaki esasların belirlenmesi, sağlık alanındaki meslekler ile ilgili unsurların düzenlenmesi ve bireylerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini sağlamak amacıyla Temel Sağlık Kanunu,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık ocağı, sağlık evi, kamu sağlık merkezi ve benzeri birimler ile aile hekimliği hizmet birimlerince etkin, verimli ve kaliteli bir şekilde sunumunun sağlanması ve sağlık teşkilatının il ve ilçe düzeyinde kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve kullanımı yönünden düzenlenmesi amacıyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu,

- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve yüksek kaliteli şekilde sunulması, hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının mali ve idari yönden özerk bir yapıya kavuşmaları ve yönetim itibarıyla sağlık işletmesine dönüştürülebilmesi için Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu,
- Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşların sağlık güvencelerinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin finansmanında genel sağlık sigortası sistemine geçiş sürecini başlatmak ve mevcut sistemde faaliyet gösteren sağlık sigortaları uygulamalarının genel sağlık sigortası sistemi bünyesinde bütünleştirilerek tek bir kurum tarafından yürütülmesini sağlamak amacıyla Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu,
- Her vatandaşın beden ve ruh sağlığı içerisinde yaşamını devam ettirmesini sağlamaya yönelik çeşitli düzenlemeleri gerçekleştirebilmek, Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan tedavi hizmetlerini sunan, hastane işleten ve personel istihdam eden bir yapı yerine, politik standartlar ve normlar belirleyen, sistemi planlayan, denetleyen ve yönlendiren, koruyucu sağlık hizmetlerini sunan bir yapı haline getirilebilmesi için Sağlık Bakanlığı Görev ve Teşkilatı Kanunu,

olmak üzere beş ayrı başlık altında özetlenmiştir (DPT, 1995: 48).

1995 yılında çıkarılan “Kamu Kurumu ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” vasıtasıyla Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamındaki kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastane, sağlık ocağı vb. merkezlerin sağlık işletmeciliği esasına göre yönetilebilmesine ilişkin hukuki ve idari zemin oluşturulmuştur (Çakıcı, 2006: 95). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda belirtilen sağlık reformunun gerçekleştirilebilmesi amacıyla hükümet ve Dünya Bankası arasında gerçekleştirilen anlaşma ile Türkiye’de aile hekimliğinin uygulanmasında altyapı çalışmaları ve pilot bölge denemelerine ilişkin sağlık projesi hazırlanmıştır. 17 Aralık 1997 tarihinde

Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren bu projenin uygulanacağı pilot bölgeler Bilecik ve Eskişehir olarak belirlenmiştir. Projeyle belirlenen bölgelerde aile hekimliği ve sevk zinciri müesseselerinin uygulanabilmesi için gerekli teknik bilginin sağlanması, kamu sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve bilgisayarlı hasta kaydına geçilmesi için kapsamlı çalışmaların yapılması öngörülmüştür (Kutbay, 2002: 35). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı alt başlığında değinilen ve yine hükümet ile Dünya Bankası arasında yapılan İkraz Anlaşması sonrasında yirmi beş doğu ilinde pilot uygulamalarına başlanan “İkinci Sağlık Projesi”nin kapsamı, 17 Ağustos 1999 yılında yaşanan deprem dolayısıyla zarar gören Adapazarı, Bolu, Kocaeli, İstanbul ve Yalova’yı da içerecek şekilde genişletilmiştir. Bu şekilde söz konusu illerin sağlık altyapılarının oluşturulması için yatırım desteği imkânlarından yararlanılması sağlanmıştır (Kutbay, 2002: 35).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın uygulanması süresince yaşanan Asya ve Rusya kaynaklı ekonomik krizler, Ağustos ile Ekim 1999 tarihlerinde yaşanan doğal afetler ve siyasi iradenin etkin şekilde karar alabilecek politik istikrara bir türlü sahip olamaması gibi nedenlerle sağlık sisteminde istenilen düzeyde köklü değişim süreci yaşanmamıştır. Dönem içerisinde sağlık sistemi ile ilgili problemler devam etmiş, ancak 2000’li yıllarda gerçekleştirilecek reform çalışmalarına ilişkin hukuki, siyasi ve bilimsel temelde ciddi alt yapı hazırlanmıştır (Öztürk, 2005: 31).

#### **3.1.1.1.4.4. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)**

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, sağlık hizmetlerinin, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun şekilde, herkesin kolayca ulaşarak yararlanabildiği bir yapının oluşturulması asıl amaç olarak saptanmıştır (DPT, 2000: 21).

2003 yılında 58. Hükümet tarafından ortaya atılan ve 59. Hükümet tarafından da aynı şekilde benimsenen Sağlıkta Dönüşüm Projesi 1980 sonrasında yaşanan sürecin neredeyse son halkasını oluşturmakta ve yaklaşık yirmi yıllık bir birikimin ürünü olarak ifade edilebilmektedir. Söz konusu projede sağlık sisteminde ulaşılmaması öngörülen hedefler şu şekilde sıralanabilir;

- Öncelikle proje Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılmasını öngörmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26).
- Genel sağlık sigortası sistemi ile toplumun çok büyük bir kesiminin sağlık sigortası kapsamı içine alınması amaçlanmaktadır. Bireylerin ne zaman hastalanacakları belirsizdir. Bu nedenle her birey sürekli hastalanma riski ile karşı karşıyadır. Bu riskin en geniş temelde tüm toplumu kucaklayacak şekilde uygulaması ise genel sağlık sigortası sistemi ile toplumdaki tüm bireylerin olası sağlık risklerine karşılık olarak devlet tarafından sigorta kapsamına alınmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 27).
- Sağlık kuruluşları tek çatı altında toplanmalıdır. Özellikle sistemde sağlık hizmetlerinin sunumu açısından çok başlılığın oluşu sistemin etkisiz, verimsiz ve tutarsız bir şekilde işlemesine yol açmaktadır. Bunun yanında insanların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında farklı normlara tabi tutulması, sistemde kargaşa yaşanmasına ve huzursuzlukların çıkmasına neden olabilmektedir (Öztürk, 2005: 92). Bu nedenle, her bir vatandaşın istediği sağlık kurumundan yararlanabilmesi için 26 Aralık 2003 tarihinde Sosyal Sigortalar Kurumu ile Sağlık Bakanlığı arasında Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü imzalanmış ve 1 Ocak 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu protokol ile sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufu sağlayabilmek, sunulan hizmetlerde etkinlik ve verimliliği arttırabilmek için Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları ile yeşil kart sahiplerinin SSK'ya ait sağlık tesislerinden yararlanabilmeleri, SSK mensuplarının da Sağlık Bakanlığı'na ait her türlü sağlık tesisinden faydalanabilmesi sağlanmıştır ([www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)-Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü, Erişim: 30.07.2009). Bu şekilde 2004 yılı itibariyle hizmetlerin sunum yerleri açısından kısmen de olsa standardizasyon sağlanmış ve sağlık hizmetlerinin sunumunda farklı uygulamaların ortadan kaldırılması için önemli bir adım atılmıştır. 2004 yılında devlet memurları ve emeklilerin özel hastanelerden yararlanabilmeleri için Sağlık Bakanlığı'nca bir protokol daha yürürlüğe konulmuştur.
- Hastanelerin, idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturularak sağlık işletmesi niteliğinde faaliyet göstermeleri sağlanmalıdır. Bu şekilde hastaneler kendi öz gelirleri ile giderlerini karşılarken maliyetlerini daha iyi analiz edebileceklerdir.

Sonuç itibariyle maliyet kalemlerinde azalma oluşabilecektir (OECD ve World Bank, 2008: 44).

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ve koruyucu sağlık hizmetlerinde aile hekimliği müessesesinin oluşturulması, anne ve çocuk sağlığına önem verilerek sağlıklı nesiller yetiştirilebilmesi, koruyucu hekimliğe daha fazla kaynak aktararak yaygın bir hale getirilmesi, özel sektörün sağlık alanına yapacağı yatırımlar için teşvik edilmesi şeklinde sıralanabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 30).

24 Kasım 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirlediği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, şahsi sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini düzenleyen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir (5258 sayılı Kanun). Pilot uygulama olarak Düzce ilinde başlanan aile hekimliği, yapısal dönüşüm sürecinin önemli bir halkasını oluşturmaktadır (Özbay, Erişti, Öncül, Arı, Çelepçikay, Gökçimen ve Mollahaliloğlu, 2007: 120).

Ayrıca 19 Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe giren Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflar hariç olmak üzere diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimlerinin, bu birimlere ait her türlü görev, hak ve yükümlülükleri, taşınırlar, taşınmazlar ve taşıtları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (5283 sayılı Kanun, Madde: 2). Bu şekilde sağlık hizmetlerinin sunumunun tek elden idare edilmesi yönünde önemli bir adım atılmıştır.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın geçerli olduğu süreç içerisinde gerçekleştirilen bir diğer önemli düzenleme Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi olan sigortalıların sadece kurumun anlaşmalı olduğu eczanelerden ilaç temin edebilmeleri uygulamasının sona erdirilerek, sigortalıların tüm eczanelerden ilaç alabilmelerine imkânı sağlanmış olmasıdır (Kanavos, Üstel ve Costa-Font, 2005: 25) .

Kasım 2002 seçimleri sonrasında siyasal istikrar ortamının sağlanmasıyla birlikte, gerek Avrupa Birliği'ne uyum sürecinin hızlandırılması, gerek sosyo-iktisadi yapısal reformların gerçekleştirilebilmesi için uygun bir ortam oluşmuştur. Sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinde yaşanan reform sürecinde, oluşan ortamın son derece önemli bir payı olduğu söylenebilir (Buharalı, 2008: 22; Ildır ve Şen, 2008: 35-37). Zira 1980 sonrasındaki dönemde yapılan çok yıllık kalkınma planlarında, uzun yıllardır sağlık sisteminde kronikleşmiş problemlerin varlığından ve sistemde değişimin zorunluluğundan söz edilmiştir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel yapılanması, sağlık hizmetlerinin sunumu, hizmetlerin finansmanı, birinci basamak sağlık hizmetleri ile aile hekimliği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin organize bir şekilde işletilmesi, birçok düzenleme ve değişiklik gerçekleştirilmiştir.

Sonuç olarak Sekizinci Kalkınma Planı'nın uygulandığı 2001 ile 2005 yılları arasındaki süreç, sağlık alanında pek çok yeniliğin gerçekleştirilebildiği ve köklü reformların başlangıcı niteliğinde adlandırılacak bir dönem olarak anılabilmektedir.

#### **3.1.1.1.4.5. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013)**

Dokuzuncu Kalkınma Planı Türkiye'nin uzun vadeli sosyo-iktisadi perspektifini yansıtacak şekilde hazırlanmıştır. Özellikle Avrupa Birliği'ne tam üyelik müzakerelerinin devam ettiği bir süreçte hazırlanan bu plan, birliğin çok yıllık bütçeleme sistemi ile paralel yedi yılı kapsayacak şekilde dizayn edilmiştir. 2001-2023 yıllarını kapsayan uzun vadeli strateji dikkate alınarak Dokuzuncu Kalkınma Planı'nın vizyonu "istikrar içerisinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, Avrupa Birliği'ne üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye" şeklinde belirlenmiştir (DPT, 2006: 1).

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda 2007-2013 yılları arasında sağlık sisteminin daha etkin ve rasyonel hale gelebilmesi için yapılması planlanan uygulamalara yer verilmiştir. Bu bağlamda planda, sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay bir hale getirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacının giderileceği ve ülke genelinde genel dağılımlarının dengeli bir hale getirileceği belirtilmiştir. Ayrıca vatandaşların

sağlık hizmetlerine kolayca erişimini sağlayabilmek için genel sağlık sigortası sisteminin hayata geçirileceği ifade edilmiştir (DPT, 2006: 87).

Planda, birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere tüm basamaklarda sağlık hizmetleri kalitesinin, geliştirilen altyapı ve nitelikli personel ile yükseltileceği ve bu şekilde uluslararası standartlara ulaşılacağı belirtilmiştir. Ayrıca 2008 yılı sonuna kadar aile hekimliği pilot uygulamasının ülke çapında tüm illere yaygınlaştırılacağına değinilmiştir (DPT, 2006: 88).

Bu plan döneminde hizmet kalitesinin artırılması, sağlık kuruluşlarının daha verimli işletilebilmeleri amacıyla hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir statüye kavuşturulacağı ifade edilmiştir. Bunun yanında sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirileceği belirtilmiştir (DPT, 2006: 88).

Plana göre, kıt kaynakların sağlık hizmetlerine tahsisinde öncelikle önlenebilir nitelikteki bulaşıcı hastalıklara ve anne-çocuk sağlığına ağırlık verileceği, ayrıca gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncülük edileceği belirtilmektedir. Böylece hastalığa birinci basamakta çözüm üretileceği planlanmaktadır (DPT, 2006: 88).

Üçüncü yılını geçirdiğimiz bu plan döneminde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından son derece önemli adımların atıldığı görülmektedir. Özellikle 1 Ekim 2008 tarihinde fiilen yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinin finansmanı hizmetin sunumundan yavaş yavaş ayrılmaya başlamıştır. Söz konusu kanun ile Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur mensubu olan kişiler genel sağlık sigortası şemsiyesi altında sağlık güvencesine alınmışlardır. Yine yeşil kart sahibi vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınmasına ilişkin çalışmalar gerçekleştirilmiştir.



### **3.1.1.2. Türk Sağlık Sisteminde Reform Süreci**

2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde, sekiz başlıkta gerçekleştirilmesi planlanan değişimleri ve mevcut problemlere ilişkin çözümleri içeren bir çerçeveye sahiptir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana çerçevesini oluşturan bileşenler şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici olarak yeniden organizasyonu,
- tüm toplumu kapsayacak nitelikte genel sağlık sigortasının hazırlanması,
- ülke geneline yayılmış, kolay erişilebilen, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması,
- beşeri sermaye birikimi yeterli, yüksek motivasyona sahip sağlık personeli kadrosunun oluşturulması,
- sistemi destekleyecek nitelikte eğitim ve bilim kurumlarının kurulması,
- nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon sağlanması,
- akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- kurulacak sağlık bilgi sistemi ile karar sürecinde etkili bilgiye erişimin sağlanması (Sağlık Bakanlığı, 2008: 20).

#### **3.1.1.2.1. Sağlık Bakanlığı'nın Planlayıcı ve Denetleyici Olarak Yeniden Organizasyonu**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda Sağlık Bakanlığı'nın, sistemdeki ihtiyaçları gözlemleyerek politika üreten, sistem aktörlerini koyduğu standartlar ile yönlendiren ve sistemin işleyişini oluşturacağı denetim mekanizması ile kontrol altında tutan bir görev sorumluluğunda olması öngörülmüştür. Bu bağlamda bakanlığın idari yapısında da bir takım değişikliklerin yapılacağı belirtilmiştir. Programa göre Sağlık Bakanlığı'nın denetleyici ve planlayıcı yönünün ön plana çıkarılabilmesi için bakanlığa bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26).

Sağlık Bakanlığı'nın sistemde daha çok düzenleyen, denetleyen ve politika belirleyen bir rol üstleneceği doğrultusundaki faaliyetler bütününe ilişkin çalışmalar günümüzde de devam etmektedir. Özellikle 2008 yılında TBMM gündemine gelerek,

yürürlüğe girmesi düşünülen Sağlık Bakanlığı Teşkilat Kanunu ile Temel Sağlık Kanunu tasarılarının, takip eden zaman diliminde sisteme dâhil edilmeleri gerçekleştirilebilirse, Bakanlığın görev ve yetkileri yasal zeminde de program ile aynı paralele gelebilecektir. Tüm bunların yanı sıra özellikle 2008 yılı Ekim ayında 5510 sayılı Kanun'un yürürlüğe girmesi ile birlikte bakanlığın sağlık sisteminde denetleyici ve belirleyici rolünün daha da arttığı söylenebilmektedir.

### **3.1.1.2.2. Tüm Toplum Kapsayacak Nitelikte Genel Sağlık Sigortasının Hazırlanması**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, tüm vatandaşların ödeme güçleri ile orantılı olarak sisteme katkı yapacakları ve sunulan hizmetlerden ihtiyaçları doğrultusunda yararlanabilecekleri bir sağlık sigortası modelinin oluşturulacağına değinilmiştir. Programda, oluşturulacak sistemin dayanağı olarak Anayasanın 56. maddesinde yer alan "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde sunulabilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" hükmü gösterilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 27).

Programda, hizmet kalitesinin artırılması, her vatandaşa eşit düzeyde temel sağlık hizmetinin sunulması ve hasta ile hekim arasındaki parasal ilişkinin ortadan kaldırılabilmesi için, tüm toplumu kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine gereksinim duyulduğu belirtilmiştir. Zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi olarak kurulacak olan Genel Sağlık Sigortası yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişiminin destekleneceği, özel sigorta kuruluşlarının tamamlayıcı bir rol üstlenmelerinin sağlanacağı ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 29).

Programın uygulanmaya başlamasından günümüze, sosyal güvenlik sistemi genelinde ve sağlık sistemi özelinde, sağlık sigortası kapsamının genişletilebilmesi ve tüm topluma adil bir hizmet sunumun gerçekleştirilmesi için bir dizi düzenlemenin yapıldığı görülmektedir. 2004 yılında İlaç Fiyat Kararnamesi ile farklı sosyal güvenlik kuruluşlarının uyguladıkları farklı geri ödeme mekanizmaları yerine ortak bir model geliştirebilecek yapılanma sağlanmıştır. 2006 yılında kabul edilen 5502 sayılı Kanun ile farklı sosyal güvenlik müesseseleri yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmıştır. 2007 yılında ise Sosyal

Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği ile yürürlükte olan yasalar çerçevesinde farklı sosyal güvenlik kurumuna mensup vatandaşlar sağlık hizmetleri karşısında eşit hale getirilmiştir. Yine 2007 yılından itibaren, birinci basamak sağlık kuruluşlarınca hizmetlerin tüm vatandaşlara ücretsiz olarak sunulması sağlanmıştır. 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile farklı sigorta kurumlarının uygulamaları tek sistem bünyesinde birleştirilmiş, sigorta kapsamı genişletilerek toplumun daha geniş bir kesiminin sağlık sisteminden yararlanması sağlanmaya çalışılmıştır.

### **3.1.1.2.3. Ülke Geneline Yayılmış, Kolay Erişilebilen, Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunun Sağlanması**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, sağlık hizmetlerinin her bir yerleşim yeri için aynı kalite standardında ve kolayca ulaşılabilecek bir şekilde sunulmaması sağlık sisteminin en önemli problemlerinden biri olarak ifade edilmiştir. 1960'lı yıllardan itibaren 224 sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinin ülke genelinde kolay ve kaliteli bir şekilde sunulması yönünde yapılan çalışmaların olumlu bir takım sonuçlar vermesine karşılık, özellikle kırsal kesimden kentlere göç, buna bağlı olarak çarpık şehirleşme ve bölgelerarası dengesizliklerin devam etmesi gibi nedenlerle hizmetten her kesimin aynı şartlarda yararlanamaması olgusuyla karşı karşıya kalındığı belirtilmiştir (Aksakoğlu ve Giray, 2007: 3-4). Dolayısıyla, sağlık hizmeti verme amacını güden tüm aktörlerin yer aldığı bir sistemde, rekabet ortamı oluşturularak hizmet sunumunun yaygınlaştırılması, rekabete bağlı olarak kalitenin yükseltilmesi ve sonuç itibarıyla vatandaşın refah seviyesinin artırılabilmesi öngörülmüştür. Özellikle sağlık hizmetlerinin toplum geneline yayılabilmesi için, temel sağlık hizmetlerinin mümkün mertebe güçlendirilmesi ve aile hekimliği müessesesinin her alanda uygulanabilecek bir seviyeye ulaştırılabilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca, hastanelerdeki yoğunluğun azaltılarak daha kaliteli tedavi imkânlarının geliştirilmesi ve bu şekilde kaynakların ihtiyaç olan alanlarda verimli olarak kullanılabilmesi için etkin bir şekilde işleyen sevk zincirinin kurulma gerekliliği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 29-32).

2004 yılında kabul edilen Aile Hekimliği Pilot Uygulama Kanunu ile ülke geneline yayılmış, kolay erişimin sağlandığı ve kaliteli hizmet sunumunu içeren bir sağlık sisteminin kurulması sürecinde önemli bir adım atılmıştır. 2005 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması ilk kez Düzce’de başlamış, 2006 yılında Eskişehir, Edirne, Bolu, Gümüşhane, Adıyaman ve Denizli pilot bölgelere dâhil edilmiş, 2007 ve 2008 yıllarında ise aile hekimliği uygulama kapsamı daha da genişletilmiştir. Günümüzde bu sistemin tüm ülke geneline yayılmasını sağlayabilmek için gerekli alt yapı çalışmaları ve personel yetiştirme aktiviteleri devam etmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgeler arası dengesizlikleri giderebilmek amacıyla sağlık bölgeleri belirlenmiş ve bu bölgelerde sağlık şehirlerinin oluşturulması için çalışmalara başlanmıştır.

#### **3.1.1.2.4. Beşeri Sermaye Birikimi Makul, Yüksek Motivasyona Sahip Sağlık Personeli Kadrosunun Oluşturulması**

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda, etkin, verimli bir hizmet sunumu gerçekleştirilebilmesinin ve sistemde yapılacak değişimlerin başarıyla nihayete erdirilebilmesinin beşeri sermaye birikimi yüksek, nitelikli çalışanlara bağlı olduğu belirtilmiştir. Bu doğrultuda, öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonel personelin, Avrupa Birliği’ne uyum süreci de dikkate alınarak görev, yetki ve sorumluluklarının tam olarak tanımlanmasının sağlanacağı belirtilmiştir. Bu şekilde çalışanların yetki alanları net olarak tayin edilerek hangi personelin nerede, ne zaman, hangi işi yapacağı saptanacak, çalışanların görevlerini daha etkin bir şekilde yerine getirecekleri bir ortam oluşturulabilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 32).

Programa göre, sağlık hizmeti sunumunda görev alan personelin mesleğe başlamadan önce, aldıkları eğitimlerin ihtiyaçlar doğrultusunda verilebilmesi amacıyla üniversiteler ile iş birliğine gidileceği, ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevini ifa edecek hekimlerin uzmanlaşabilmesi için aile hekimliğine ilişkin müfredat programı oluşturulacağı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 32).

Sağlık sisteminde makul bir beşeri sermaye birikimini elde edebilmek için günümüzde Sağlık Bakanlığı bünyesinde eğitim programları uygulanmaktadır.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, aile hekimleri ile aile sağlığı hemşirelerinin yeni sisteme uyumunu sağlayabilmek ve vatandaşlara kaliteli bir hizmet sunumu gerçekleştirebilmek için eğitim programlarına tabi tutuldukları görülmektedir. Sistemde ihtiyaç duyulan profesyonel yönetim için ise, mevcut yöneticilerin ve yönetici adaylarının eğitimi Hıfzıssıhha Mektebi'nce gerçekleştirilmektedir. Ayrıca hemşirelerin uluslararası standartlarda üniversite eğitimi alarak hasta odaklı bir hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi doğrultusunda 2007 yılında mevcut hemşirelik kanununda bir takım değişiklikler yapılmıştır.

### **3.1.1.2.5. Sistemi Destekleyecek Nitelikte Eğitim ve Bilim Kurumlarının Kurulması**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'na göre, sağlık sisteminde köklü dönüşüm sürecini gerçekleştirebilmek ve yeni kurulan sistemin devamlılığını sağlayabilmek için, halk sağlığı konusunda bilgi birikimine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması gibi konulara hâkim çalışanlara gereksinim duyulmaktadır. Bu gereksinimin, ilgili alanlarda eğitim veren kurumlar aracılığıyla giderilebileceği öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 33-34).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer alan bu amaca ulaşılabilmesi için 2003 yılından itibaren Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün, mevcut personelin eğitimini sağladığı ve sistem ile ilgili gerekli bilgi birikiminin oluşturulması noktasında fonksiyon ve etkinliğinin arttırıldığı görülmektedir. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü 2008 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı Türkiye Sağlık Kurumu adı altında faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Söz konusu kurum sağlık personelinin meslek içi eğitimi, sağlık reformu ile başlayan sürece personelin uyumu ve yeni sistemin gereksinim duyduğu yönetici kademesinin oluşturulması amaçlarıyla aile hekimliği, sağlık yönetimi, proje yönetimi, sağlık ekonomisi ve ilaç ekonomisi başta olmak üzere birçok konu üzerinde 2003 yılından 2009 yılına kadar geçen süreçte pek çok eğitim programı düzenlemiştir. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ile Sağlık Eğitimi Genel

Müdürlüğü'nce de hizmet içi eğitim gerçekleştirilmekte, sağlık sisteminin yeniden organizasyonu sürecine katkı sağlanmaktadır.

### **3.1.1.2.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyonun Sağlanması**

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ruhsatlandırma, sertifikasyon, akreditasyon gibi konuları düzenleyecek ve bu sistemde faaliyet gösterecek Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu'nun oluşturulmasını öngörmektedir. Programa göre, söz konusu kurumun özerk bir yapıda organize edilmesi ve gelişmiş ülkelerdeki örneklerine benzer bir şekilde faaliyete geçirilmesi amaçlanmaktadır. Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu ile sağlık sonuçlarını ölçmek ve sağlık kuruluşlarının performanslarını karşılaştırabilmek üzere sistemler geliştirilmesi istenmektedir. Bu şekilde, sağlık hizmeti sunanların performanslarını içeren veri tabanlarının oluşturulacağı öngörülmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunumunda etik değerlerin korunabilmesi için etik kurulunun oluşturulması öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 34).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda kurulması öngörülen ulusal kalite ve akreditasyon kurumu yerine, 2007 yılı Mayıs ayında Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesi kurulmuştur. 2007 yılı Kasım ayında ise daire "başkanlık" haline dönüştürülmüş, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşların performans uygulamaları ve sağlık hizmetleri sunumunda kalite standartlarının geliştirilmesi fonksiyonları ile görevlendirilmiştir. Bunun yanında 2004 yılında 5176 sayılı Kanun ile kurulan Kamu Görevlileri Etik Kurulu bünyesinde sağlık hizmetlerinin sunumunda etik değerlerinin korunabilmesi için Sağlık Bakanlığı Etik Komisyonu oluşturulmuştur. Oluşturulan bu komisyon ile sağlık personelinin etik davranış ilkelerini benimsemesi ve hizmet sunumu sürecince etik değerler çerçevesinde hareket etmesini sağlamak amacıyla eğitim programları ve seminerleri düzenlenmiştir.

### 3.1.1.2.7. İlaç ve Malzemelerin Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Programda ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin standardizasyonunun sağlanması, ruhsatlandırılarak izine bağlanması ve bu unsurların rasyonel idaresi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Bu oluşumların siyasal otoriteden bağımsız, idari ve mali yönden özerk bir yapıda örgütlenmesinin sağlanacağı belirtilmiştir. Bu bağlamda Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu olmak üzere, ilaç ve tıbbi cihaz alanlarında ayrı ayrı uzmanlaşmış iki özerk kurumun oluşturulması öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2003: 34).

Programda oluşturulması öngörülen Ulusal İlaç Kurumu'nun temel görevleri, ilaç politikalarının belirlenmesi, ilaçların ruhsatlandırılması, üretimi, pazarlanması, satışı, araştırma ve geliştirme aktivitelerinin yönlendirilmesi gibi hususlarda düzenleyici ve destekleyici, ulusal politikalar doğrultusunda ise uygulayıcı bir rol üstlenmesi olarak saptanmıştır. Kurulması planlanan Tıbbi Cihaz Kurumu'nun ise hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan, ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak dizayn edilmiş, tıbbi cihaz ve malzemelerin standardizasyonunu sağlayacak nitelikte fonksiyonlar ile donatılması öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2003: 35).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda bahsedildiği gibi ilaç ve tıbbi cihaz alanlarında faaliyet gösterecek kurumların oluşturulması çalışmalarına günümüzde de devam edilmektedir. Bu doğrultuda 2007 yılında Sağlık Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nce konuya ilişkin bir yasa tasarısı hazırlanmıştır. Ancak hazırlanan yasa tasarısında ayrı ayrı iki kurum yerine "Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu" adındaki tek kurum bünyesinde özerk bir yapılanmaya gidilmesi öngörülmektedir. Günümüzde bahsedilen yapılanma halen tamamlanamamıştır. Bu alandaki fonksiyonlar Sağlık Bakanlığı'na bağlı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nce gerçekleştirilmektedir.

### 3.1.1.2.8. Kurulacak Sağlık Bilgi Sistemi ile Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişimin Sağlanması

Sağlık hizmetleri ile ilgili belirlenecek politikaların ve yönetim kararlarının bilgiye dayalı olması, bu sayede sistem içi bilgi akışının etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için Sağlıkta Dönüşüm Programı'na oluşturulması planlanmış bir diğer unsur entegre bir sağlık bilgi sisteminin kurulmasıdır. Programa göre, sağlık hizmetini vatandaşlara sunan ve basamaklar halinde organize olmuş farklı sağlık kademelerinde dikey, hizmet sunumu ve finansman bilgilerinin merkezce değerlendirilmesi noktasında ise yatay bilgi akışına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetlerinde koordinasyonun sağlanması, vatandaşların tıbbi kayıtlarının korunması, sevk zincirinin işleyişi sürecinde bilgi aktarımının sağlanması ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi'nin kurulmak istendiği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 36-37).

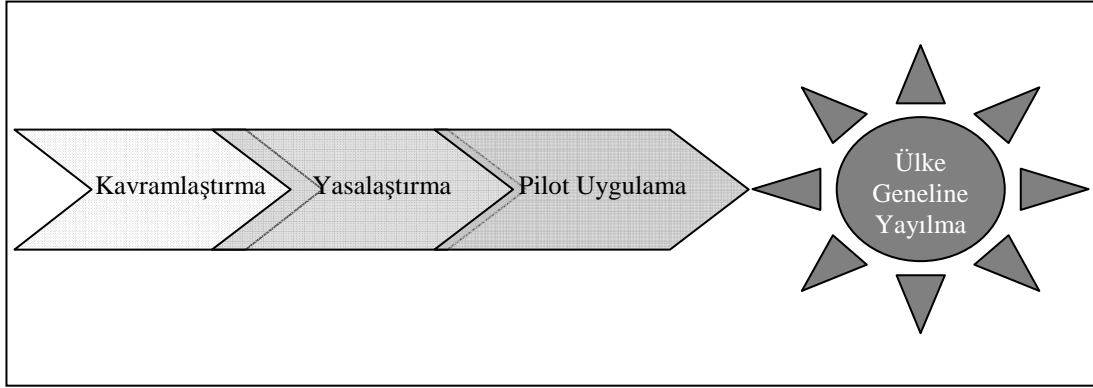
Bu amaç doğrultusunda ilk adım 2004 yılında Sağlık Bakanlığı, Bilgi-İşlem Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan "Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı" ile atılmıştır. Bu plan ile dönüşüm sürecinde nasıl bir yöntem izleneceği belirlenmiş, mevcut sistemin zayıf ve güçlü yönleri tespit edilmiştir. Ayrıca tüm kamu kurumlarınca uygulanan E-Dönüşüm projesi çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde E-Sağlık faaliyetlerinin alt yapısı oluşturulmaya başlanmıştır. 2007 yılı itibariyle pilot uygulamalar eşliğinde uygulanmaya başlanan Sağlık Bilgi Sisteminde günümüz itibariyle tamamlanmamış projelere devam edilmekte ve ülke genelinde yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır.

2003 yılında, kamuoyu ile paylaşılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın dört aşamalı bir süreç sonucunda, uygulamasının tamamlanacağı belirtilmiştir. Programda, bahsedilen dönüşüm sürecinin hedef ve ilkelerinin öncelikle geçmişten devralınan bilgi birikimi ile yoğrularak, hazırlanacak dokümanlar ve projeler eşliğinde kavramsallaştırılacağı ifade edilmiştir. Kavramsallaştırma sonrası dönüşüm sürecinde hukuki zeminin oluşturulabilmesi için gerekli mevzuat değişikliklerini içeren yasalaşma sürecinin işleyeceği belirtilmektedir. Daha sonra, Türkiye geneline uygulamaların yayılmasından önce sistemin uygulanabilirliğini ve işleyişini test etme mahiyetinde belirli yörelerde gerçekleştirilecek sınırlı ve kontrollü uygulamaların



yapılacağına değinilmektedir. Son aşama ise diğer üç bileşen akabinde yeni oluşturulan sistemin ülke geneline yaygınlaştırılmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003:37-38). Aşağıdaki Şekil 7 ile bu aşamalar özetlenmiştir.

**Şekil 7: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Uygulama Süreci**



11 Haziran 2004 tarihinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın işleyişini sağlamak ve gelişimine destek olmak amacıyla Dünya Bankası ile hükümet arasında yapılan ikraz anlaşmasıyla kredi temin edilmiştir. Bu projenin genel hedefi olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanabilirliği açısından sistem yönetiminin geliştirilmesi, finansman ile hizmet sunumunun verimli hale getirilmesi ve sağlık sigortasının finansal açıdan sürdürülebilirliğini sağlayarak toplum geneline yayılabilmesi için kurumsal kapasitenin oluşturulması belirlenmiştir. Destek projesi ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda belirlenen alt başlıklar beş alt bileşen şeklinde özetlenmiş olup Tablo 7'de yer almaktadır (Mollahaliloğlu, Hülür, Kodsak ve Ayar, 2007: 268-269).

Tablo 7

## Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi ile Oluşan Alt Bileşenler

<b>A) Sağlık Bakanlığı'nın Yönetim Yapısının Yeniden Düzenlenmesi: Önderlik, Planlayıcılık ve Denetleyicilik Rolünün Güçlendirilmesi</b>
<p>A.1. Sağlık Bakanlığı'nın İdari ve İşlevsel Yapısının Yeniden Düzenlenmesi</p> <p>A.2. Akılcı İlaç ve Tıbbi Malzeme Kullanımında Kurumsal Yapının Yeniden Düzenlenmesi (Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Kurulması)</p> <p>A.3. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon</p> <p>A.4. Sağlık Sektöründe Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları</p>
<b>B) Genel Sağlık Sigortası</b>
<b>C) Sağlık Hizmet Sunumunun Yeniden Yapılandırılması</b>
<p>C.1. Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi ve Aile Hekimliği</p> <p>C.2. Kamu Yataklı Tedavi Kurumlarına Özerk Yönetim Modeli Geliştirilmesi</p> <p>C.3. Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri</p>
<b>D) Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan İnsan Gücü</b>
<p>D.1. Sağlık Alanında Çalışanların Geliştirilmesi ve Yetkilendirilmesi</p> <p>D.2. Halk Sağlığı Okulunun (Hıfzıssıhha Mektebi) Güçlendirilmesi</p>
<b>E) Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin Kurulması</b>

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Refik Sağlam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007: 271.

### 3.1.1.3. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Örgütlenmesi

#### 3.1.1.3.1. Sistemin İdaresi ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık sektöründe idari karar alma yükümlülüğü ve yetkisi Sağlık Bakanlığı ve onun taşradaki temsilcisi İl Sağlık Müdürlükleri üzerinde toplanmıştır (Özbay, Erişti, Öncül, Arı, Çelepcikay, Gökçimen ve Mollahaliloğlu, 2007: 104).

Aşağıda yer alan Tablo 8'de Türkiye'de 1999 ile 2006 yılları arasında sağlık harcamalarının alt bileşenleri niteliğindeki kamusal sağlık harcamaları ile özel sağlık

harcamalarının toplam içerisindeki oranlarına yer verilmektedir. Bu şekilde sistemde öncül rol üstlenen aktörlerin niteliği daha iyi bir şekilde kavranabilmektedir.

**Tablo 8**  
**1999-2006 Yıllarında Sağlık Harcamalarının Kamu Sektörü ile Özel Sektör Arasındaki Yüzde Dağılımı**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Kamu Sağlık Harcamaları</b>	61,12	62,92	68,21	70,38	71,57	72,27	71,40	72,42
<b>Özel Sağlık Harcamaları</b>	38,88	37,08	31,79	29,62	28,43	27,73	28,60	27,58
<b>Toplam Sağlık Harcaması</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Kaynak:** Özbay, Öncül, Gökçimen, Arı ve Mollahaliloğlu, 2007: 197.

Tablo 8, 1999 ile 2006 yılları arasındaki süreçte sağlık harcamalarının özel kaynaklar ile kamu kaynakları arasındaki dağılımını göstermektedir. Tablodan görülebildiği üzere, yıllar içerisinde toplam sağlık harcamalarında kamusal kaynakların payı artarken, özel kaynakların payı ise azalmıştır. 1999 yılında toplam sağlık harcamalarının % 61.12'si kamusal kaynaklar ile geri kalan % 38.88 ise özel kaynaklar ile finanse edilirken, 2006 yılında kamusal kaynakların sağlık harcamaları içerisindeki payı % 72.42'ye yükselmiş, özel kaynakların payı % 27.58'e gerilemiştir. Bu husus sağlık harcamaları açısından yıllar yılı kamu kaynaklı finansman araçlarının daha fazla kullanıldığı ve önem arz ettiğinin bir göstergesi niteliğindedir.

2005 yılına kadar kamu sektöründe sunulan sağlık hizmetlerinde çoklu bir yapılanma söz konusu iken, 2005 yılında yapılan düzenlemeler ile özellikle Sosyal Sigortalar Kurumuna ait hastaneler başta olmak üzere tüm kamu kuruluşları Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmış, böylece kamuca sağlanan sağlık hizmetlerinde, üniversiteler ve Savunma Bakanlığı'na bağlı hizmet sunucuları haricinde bir tekdüzelik sağlanmıştır. Bu şekilde kamu hastanelerinin yönetim ve ödeme mekanizmaları açısından birbirleriyle uyumlu hale geldiği söylenebilmektedir (Özbay, Öncül, Gökçimen, Arı ve Mollahaliloğlu, 2007: 179; 5283 sayılı Kanun).

Sağlık sektöründe hizmet sunumu özel sektör tarafından da üstlenilmektedir. Özellikle son yıllarda sayıları hızla artan özel hastaneler, bunun yanında vakıfların kurup işletmeciliğini üstlendiği hastaneler, kendi namlarına çalışan pratisyen ya da uzman hekimler, ayakta tedavi klinikleri, eczaneler, tıbbi malzeme tedarikçileri ile laboratuvar ve tanı merkezleri sağlık sisteminde hizmet sunumunun özel sektör ayağını oluşturmaktadırlar (Mollahaliloğlu, Hülür, Kodsak ve Ayar, 2007: 268-269). Son olarak Kızılay gibi kamu vakıflarının sağlık sektöründe hizmet sunucusu olarak rol aldığı görülmektedir. Bu şekilde örgütlenmiş dernek veya vakıflar ise kamu sağlığının geliştirilebilmesi doğrultusunda hizmet sunmaktadırlar (Özbay, Erişti, Öncül, Arı, Çelepçikay, Gökçimen ve Mollahaliloğlu, 2007: 110).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet sunucuları, sevk zincirine göre birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç aşamalı bir sistem benimsemiştir.

### **3.1.1.3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**

Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için sistemin finansman yapısının güçlü ve sürdürülebilir olması gerekmektedir. Sağlık sistemlerinde finansman yapısının güçlülüğü, hizmetlerin finanse edilme sürecine toplumun tüm kesimlerini katabilen bir mekanizmanın varlığına bağlıdır. Nitekim sağlık sistemi, hizmetin sunumu ve finansmanı itibarıyla gelirin yeniden dağıtılmasında yatay ve dikey adaletin sağlanabilmesi açısından da bir takım fonksiyonları bünyesinde barındırmaktadır (Doorslaer ve Wagstaff, 1998: 181). Kısacası, gerek sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekli kaynağın sağlanması, gerekse bahsedilen ferî fonksiyonların gerçekleştirebilmesi bağlamında, finansman sisteminin bir şekilde tüm toplumu sürece dâhil edecek, güçlü bir yapıya sahip olması gerekmektedir (Yıldırım, 2006: 3; Yalçın ve Yıldırım, 2001: 8).

Finansman sisteminin sürdürülebilir bir rasyonalite üzerine inşa edilmesi ise, sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde sadece cari dönemin değil gelecek nesle devredilecek mali yapının da düşünülmesi gerekliliğini ifade etmektedir (Foster ve Clemens, 2009: 85). Sağlık hizmetlerinin sunumu, gerek kısa gerek uzun vadede

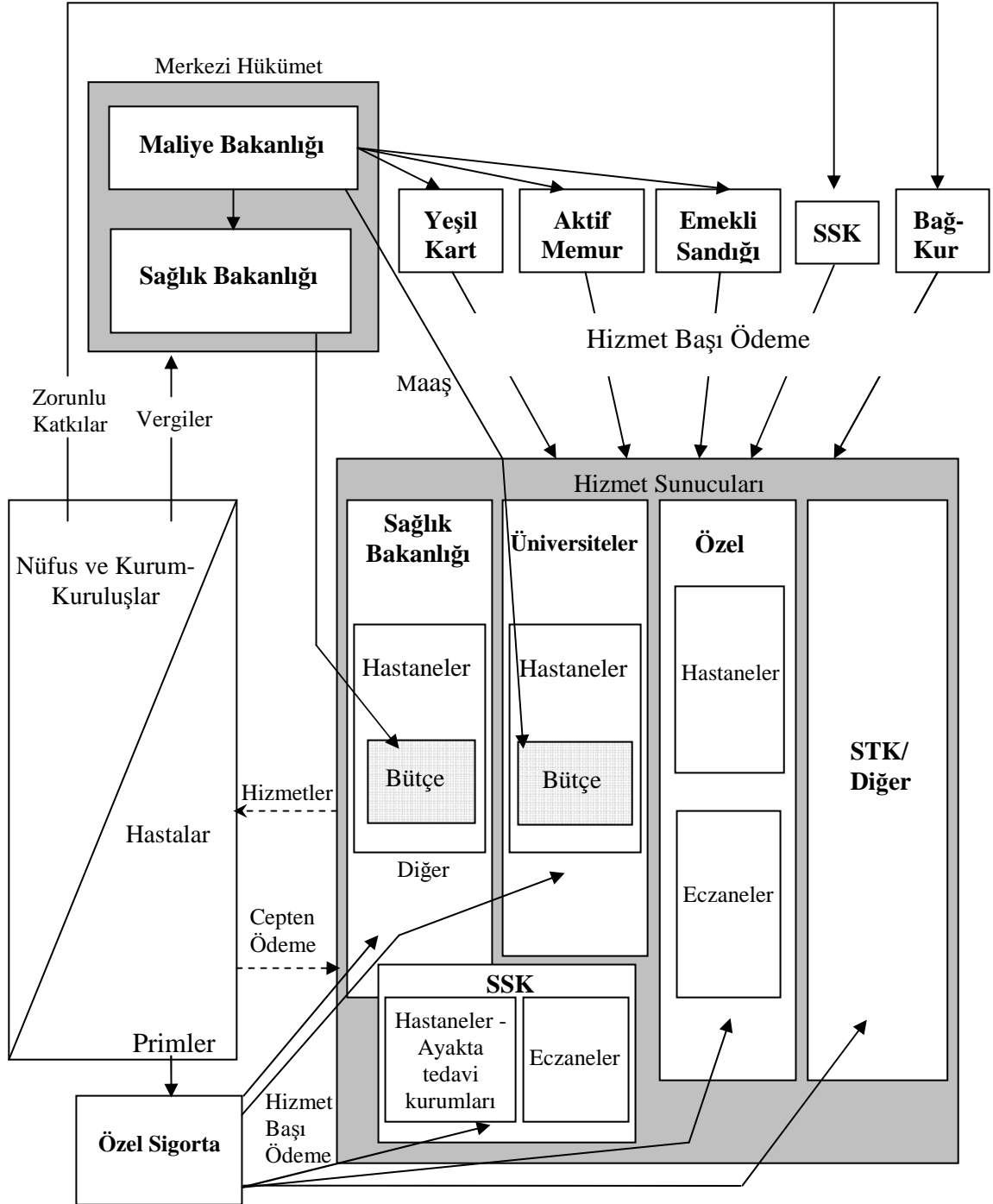
toplum açısından önem arz eden bir konudur. Hastalık riskinin ne zaman, ne boyutta ve nasıl ortaya çıkacağı belli olmadığı için öncelikle çok kısa dönemde, sistemin mutlaka hali hazırda finansman kaynağının olması gereklidir. Orta ve uzun vadede ise, aktüeryal dengeler göz önüne alınarak, demografik hareketlilikler temelinde bir sistem oluşturulması gereklidir (Özdemir, Ocaktan ve Akdur, 2003: 210).

Ülkemizde uzun yıllar sağlık hizmetlerinin finansmanı, birbiri ile ilişki düzeyi düşük farklı finansal kaynaklar tarafından sağlanmıştır. Bu bağlamda genel sağlık sigortası sisteminin uygulanmaya başlaması ile sisteme bir düzen gelmiş, farklı finansal kaynaklarının yerini kontrol edilebilir ölçüde finansman kaynaklarından oluşan bir mekanizma almıştır. Bu nedenle Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından bir değerlendirme yapılabilmesi için genel sağlık sigortası uygulamasının bir milat kabul edilmesi ve bu doğrultuda bir yöntem izlenmesi uygun olmaktadır.

#### **3.1.1.3.2.1. Genel Sağlık Sigortası Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı özel ve kamusal kaynaklarla sağlanmaktadır. Genel sağlık sigortası uygulaması öncesinde ve sonrasında bu husus pek fazla değişmemiştir. Değişim ise kamusal kaynakların daha çok kendi içlerindeki dağılımları ile ortaya çıkmıştır.

**Şekil 8. Genel Sağlık Sigortası Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**



**Kaynak:** "OECD ve World Bank, 2008: 21" kaynağından yararlanılarak düzenlenmiştir.

Şekil 8, genel sağlık sigortası öncesinde Türk sağlık sisteminin hizmet sunumu, finansmanı ve başlıca finansman kaynakları açısından işleyişini özetlemektedir. Görüldüğü gibi, sağlık sistemindeki değişim öncesinde sunulan sağlık hizmetleri Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, Yeşil Kart, memurlar için yapılan ödemeler, Özel Sağlık Sigortası, Cepten Ödeme, Sağlık Bakanlığı'nca bağlı hastanelerin bütçelerine konulan ödenekler ile Maliye Bakanlığı'nca üniversite hastanelerinin bütçelerine konulan ödenekler olmak üzere dokuz farklı koldan finanse edilmektedir. Aynı zamanda hizmet sunumu açısından Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler dışında Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı hastaneler faaliyet göstermektedir. Sistemin karışık ve birbiriyle bağlantısız yapısı, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında arzu edilen ölçüde etkinliğin sağlanamamasına neden olmuştur (Güzel, 2005: 68).

Genel sağlık sigortası sisteminin tam olarak uygulamaya konulmasından önce Türk sağlık sisteminde hizmetlerin finansmanı açısından üçü asıl biri yardımcı dört kaynağın olduğu görülmektedir;

- Merkezi Yönetim Bütçesinden Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, üniversite hastaneleri, diğer kamu sağlık kuruluşları ve fiilen çalışmakta olan memurların sağlık harcamalarına tahsis edilen vergi gelirleri,
- Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nca sigortalılardan tahsil edilen sosyal güvenlik primleri,
- Özel hekim ve hastaneler ile özel sağlık sigortaları için yapılan cepten ödemeler ve özel sigortacılık sistemi,
- Diğer kaynaklar.

### **3.1.1.2.3.1.1. Genel Bütçe Gelirlerinden Tahsis Edilen Kamu Kaynakları**

Merkezi yönetim bütçesinden Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, üniversite hastaneleri ile diğer kamu sağlık kuruluşlarının sundukları sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanmaktadır. Ayrıca fiilen çalışmakta olan memurlar ile

bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin yararlandıkları sağlık hizmetlerinin finansmanı da yine genel bütçe gelirleri ile gerçekleştirilmektedir (Pala, 2007).

1992 yılında Yeşil Kart sistemi kurulmuş ve 1997 yılında yaklaşık bir milyon Yeşil Kart mensubuna, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinden herhangi bir ücret ödenmeksizin yararlanma imkânı tanınmıştır. Yeşil Kart mensuplarının yararlandıkları sağlık hizmetlerine ilişkin maliyetler de vergi gelirleri ile karşılanmıştır (Savaş, Karahan ve Saka, 2002: 41).

### **3.1.1.2.3.1.2. Sosyal Sigorta Sistemi**

Genel sağlık sigortası sistemi öncesinde Türkiye'de birbirinden farklı üç sosyal sigorta sistemi bulunmakta idi. Bunlar;

- Özel sektörde çalışan işçiler ile kamu sektörü işçilerini sağlık güvencesine alan Sosyal Sigortalar Kurumu,
- Serbest çalışan esnaf, sanatkar gibi vatandaşları sağlık güvencesi sistemine alan Bağ-Kur,
- Emekli devlet memurlarını sağlık güvencesine alan Emekli Sandığı'dır.

Sosyal Sigortalar Kurumu özel sektörde çalışan işçiler ve kamu sektöründe istihdam edilen işçiler ile onların bakmakla yükümlü oldukları yakınlarını sağlık güvencesi kapsamına almakta, söz konusu bireylere sağlık hizmeti tedarik etmektedir. Sosyal Sigortalar, sağlık hizmetleri, analık, mesleki hastalık ve yaralanmalar ile emeklilik olmak üzere pek çok sağlık ile ilgili hususu kapsamı dâhiline almaktadır (Aktan, 2001: 1557). Sosyal Sigortalar Kurumu'nun tedarik ettiği sağlık hizmetlerinin çok büyük bir kısmı işçi ve işverenlerin ödedikleri sigorta primleri aracılığıyla karşılanmıştır. Bunun dışında Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi olmayan kişilerin kurum hastanelerinden faydalanmaları durumunda alınan ücretler ve ayakta tedavi hizmetlerinde kullanılan ilaçların maliyetini kısmen karşılamak suretiyle gerçekleştirilen ödemelerde finansman kaynakları arasında yer almaktadır (Güneş ve Yakar, 2004: 134).



Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sağlık hizmetlerinin finansmanı yanında emeklilik hizmetleri gibi farklı dallarda da faaliyet göstermesi, kurum harcamalarının sigortalılardan toplanan primlerce karşılanamamasına neden olmuştur. 1994 ve 1995 yıllarında bu duruma bağlı olarak sağlık harcamaları toplanan sigorta primlerince karşılanamamış ve genel bütçe desteği ile finansal açık telafi edilmiştir. Sistemin sürekli bir şekilde açık vermeye başlaması ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinsizlik oluşmuş ve çeşitli aksaklıklar ortaya çıkmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu, işçi ve işveren sigorta primlerinin düzenli bir şekilde toplanması noktasında da önemli sıkıntılar yaşamıştır. Özellikle işçilerin kayıt dışı istihdam edilmeleri ya da kayıt altında olsalar dahi ücretlerinin tam olarak sigorta kurumuna bildirilmemesi, toplanan prim hâsılatının hizmet finansmanını sağlamada yetersiz kalmasına neden olmuştur (Akmaz, 2001: 1172).

Genel sağlık sigortası sistemi öncesinde esnaf, sanatkâr ve serbest meslek erbaplarının tabi olduğu Bağ-Kur, 1980'li yılların sonlarına gelindiğinde, geleneksel fonksiyonu olarak üstlendiği emeklilik güvencesine ek olarak sağlık sigortası hizmeti de sunmaya başlamıştır. 1986 yılında birkaç ilde pilot uygulama olarak başlanan bu yöntem 2000'li yıllara gelindiğinde tüm ülkeyi kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Sistem sigorta primleri ile finansman esasına dayanmaktadır. Bağ-Kur sisteminde sigortalılar primlerini yirmi dört farklı basamaktan ödeyebilmektedirler (Turan ve Berçin, 1999-354).

Bağ-Kur sisteminde karşılaşılmış olan en önemli problem, sisteme tabi olmanın kişilerin kendi tercihine bırakılması nedeniyle, bağımsız çalışanların çoğunun sigorta primi ödemektense sağlık güvencesi kapsamı dışında kalmayı tercih etmesi şeklinde ortaya çıkmıştır. Bu şekilde hem hâsılat azalmış, hem de kapsadığı nüfus kitlesi daralmıştır. Bağ-Kur'un topladığı sigorta primleri ile sunduğu sağlık harcamalarının maliyetlerini karşılayamaması durumunda ortaya çıkan açık genel bütçe aracılığıyla karşılanmıştır.

Emekli Sandığı ilk olarak emekli memurlar için oluşturulmuş bir emeklilik fonu niteliğinde iken, daha sonraları başta sağlık sigortası olmak üzere diğer imkânları da sağlamaya başlamıştır. Sandığın gelir kalemlerini işveren olarak kamudan ve çalışanlardan alınan sigorta primleri, biriken fonlardan elde edilen faiz

gelirleri ve yapılan yatırımlardan elde edilen gelirler oluşturmaktadır (Savaş, Karahan ve Saka, 2002: 47).

Emekli Sandığı Maliye Bakanlığı'nca yönetilmektedir. Bu bağlamda prim oranlarının seviyesi ve sağlanacak temel hizmetlerin de belirleyicisi Maliye Bakanlığı'dır. Diğer sosyal güvenlik sistemlerinin aksine, emekli memurlardan, yararlandıkları sağlık hizmetleri için herhangi bir katkı veya kesinti yapılmamaktadır (Sağlam, 2001: 1588). Genel sağlık sigortası uygulamasına geçilene kadar Emekli Sandığı'nın gerçekleştirdiği harcamalarının sürekli bir şekilde artış gösterdiği, buna bağlı olarak kamu bütçesi üzerinde önemli bir yük oluştuğu söylenebilmektedir.

### **3.1.1.2.3.1.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Özel Kesim Kaynakları ile Karşılanması**

Türkiye'de isteğe bağlı sağlık sigortası uygulaması özel sigorta kuruluşları tarafından karşılanmaktadır. 1990'lı yıllara kadar özel sağlık kuruluşlarının fazla ağırlığı bulunmazken, söz konusu tarihten itibaren özel girişimciliğin hızla arttığı görülmektedir. Özel sigorta şirketleri kendilerine tabi olan sigortalılardan aldıkları primleri, kişilerin gelirleri yerine hastalanma riski, yaş, cinsiyet ve çalışılan meslek gibi çeşitli unsurlara göre belirlemektedirler (Çatpınar, 2005: 34-35).

Türkiye'de özel sağlık sigortası sisteminden yararlananların çoğu normal şartlarda sosyal sağlık sigortası sistemine de tabidirler. Ancak daha iyi bir sağlık güvencesine sahip olabilmek amacıyla özellikle tamamlayıcı bir sistem olarak özel sağlık sigortacılığından yararlanmaktadırlar (Rol, 2001: 1453). Bunun yanında bazı işverenler prim ödemelerinin tamamını ya da bir kısmını karşılayarak çalışanlarına özel sağlık sigortası yaptırabilmektedirler. Bu şekildeki uygulamalara genelde bankacılık, sigortacılık, bilgisayar firmaları ve ticaret odalarınca rastlanmaktadır.

**Tablo 9**  
**2000 Yılı Sağlık Harcamaları Finansman Kaynaklarının Dağılımı**

	<b>2000 Yılı Finansman Kaynaklarının Dağılımı</b>
<b>Merkezi Hükümet</b>	<b>21,77</b>
Sağlık Bakanlığı Sağlık Programları	9,47
Yeşil Kart	2,25
Bağlı Bütçeli Kuruluşlar	1,12
Devlet Memurlarına Verilen Tedavi Hizmeti	7,09
Diğer	1,84
<b>Yerel Yönetimler</b>	<b>4,16</b>
<b>Sosyal Güvenlik Kurumları</b>	<b>35,75</b>
SSK	19,20
Emekli Sandığı	7,63
Bağ-Kur	8,93
<b>Toplam Kamu Finansmanı</b>	<b>61,68</b>
Özel Sosyal Sigorta	0,77
Özel Sigorta Şirketleri	4,49
Cepten Ödemeler	28,60
İşletmelerin Doğrudan Ödemeleri	3,75
Diğer	1,48
<b>Toplam Özel Finansman</b>	<b>38,32</b>
<b>Genel Toplam</b>	<b>100,00</b>

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2004: 159.

Tablo 9, 2000 yılında sağlık harcamaları finansman kaynaklarının alt kalemleri itibariyle dağılımlarını göstermektedir. Tabloya göre 2000 yılında sağlık harcamalarının % 61.68'i kamusal kaynaklar aracılığıyla karşılanırken geri kalan % 38.32'si ise özel kaynaklarca finanse edilmiştir. Kamusal kaynaklar içerisinde en önemli kalem sosyal güvenlik kurumlarınca sağlanan finansal olanaklar olup, bu kaynakların % 19.20'si SSK, % 8.93'ü Bağ-Kur ve % 7.63'ü ise Emekli Sandığı'na toplanan primlerden oluşmaktadır. Sonuç itibariyle 2000 yılı için sosyal güvenlik kurumlarınca sağlık hizmetleri finansmanının % 35.75'i karşılanmıştır. Bunun haricinde sağlık harcamalarının % 2.25'i yeşil kart ile % 7.06'sı devlet memurlarına verilen tedavi hizmeti ödeneği ile karşılanmış, cepten ödemelerin toplam finansman içerisindeki payı ise % 28.60 olmuştur.

### 3.1.1.3.2.2. Genel Sağlık Sigortası Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen ve 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık sisteminin her kademesinde olduğu gibi sunulan hizmetlerin finansmanı aşamasında da köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Öncelikle genel sağlık sigortası sistemi ile sağlık sigortası kapsamına alınan nüfus daha geniş olarak tanımlanmaya başlanmış ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumu birbirlerinden ayrılmıştır (Pekten, 2006: 120). Ayrıca sağlık finansmanını yürüten sosyal sağlık sigorta kuruluşları Genel Sağlık Sigortası şemsiyesi altında toplanmıştır (Sıvacı,2007: 33-34).

Bu bağlamda Tablo 10, 2007 ve 2008 yıllarında sistemde yapılan değişimler sonrasında sosyal güvenlik kurumu bünyesindeki nüfusu, eski sosyal güvenceleri temelindeki dağılımlarını ve nüfus içerisindeki sosyal güvenceye sahip toplum kesimini rakamsal olarak sunmaktadır. Öncelikle 2008 yılında 2007 yılına göre, özellikle eski sistemde SSK ve Bağ-Kur'a tabi kişilerin sayısında bir azalış gerçekleştiği görülmektedir. Bu azalışın nedeni olarak 2008 yılında eski sistemde SSK ve Bağ-Kur'a tabi olan ve fiili olarak çalışan ya da emekli olan kişilere bağımlı nüfusta gerçekleşen gerileme gösterilebilir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2008: 130).

**Tablo 10**  
**2007-2008 Yıllarında Sosyal Sağlık Sigortası Kapsamı**

	2007	2008	2007-2008 Ortalaması	% Dağılım
<b>Sosyal Güvenlik Kurumu</b>	67.522.626	65.982.768	66.752.697	93,91
-SSK	33.820.719	32.556.881	33.188.800	46,69
-Bağ-Kur	15.021.197	14.603.926	14.812.562	20,84
-Emekli Sandığı	9.325.331	9.484.111	9.404.721	13,23
-Yeşil Kart	9.355.379*	9.337.850**	9.346.615	13,15
<b>Sosyal Güvence Kapsamı</b>	67.522.626	65.982.768	66.752.697	93,91
<b>Nüfus***</b>	70.586.256	71.571.100	71.078.678	100,00

**Kaynak:** Sosyal Güvenlik Kurumu Strateji Geliştirme Başkanlığı 2008 Yılı Faaliyet Raporu, 130.

\* Sosyal Güvenlik Kurumu, 2007 Yılı İstatistik Yıllığı.

\*\* Sosyal Güvenlik Kurumu, 2008 Yılı Aralık İstatistikleri.

\*\*\* TÜİK.

Tablo 10'dan görülebildiği gibi 2007 ve 2008 yıllarının aritmetik ortalamaları temel alındığında toplam nüfusun % 93.91'i sosyal güvence kapsamındadır. Günümüzde Sosyal Güvenlik Kurumu şemsiyesinde görülen toplam nüfusun eski sisteme göre % 46.69'u SSK, % 20.84'ü Bağ-Kur, % 13.23'ü Emekli Sandığı ve % 13.15'i Yeşil Kart bünyesinde idi.

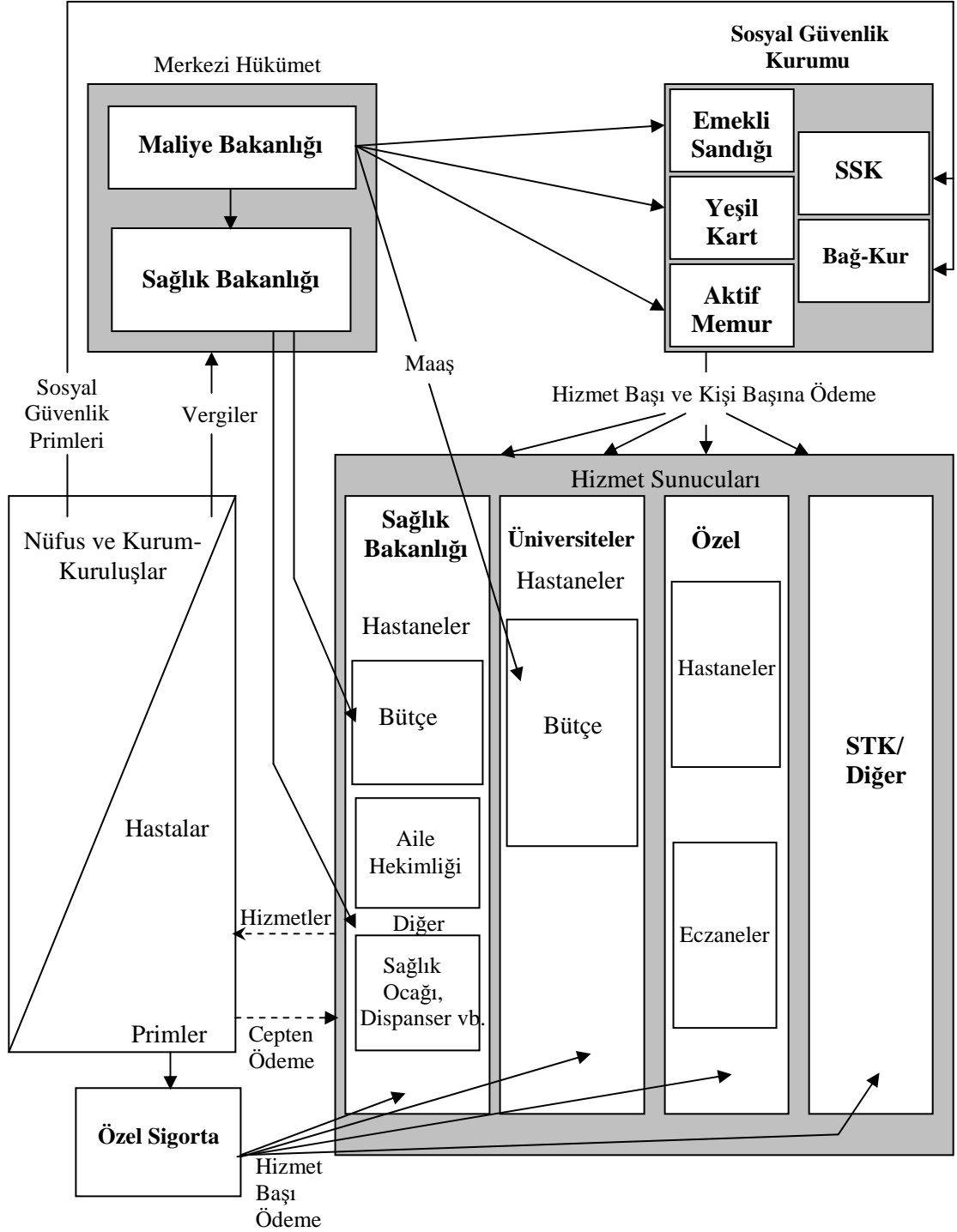
Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı dört kaynaktan sağlanmaktadır. Hizmetlerin finansmanında yer alan aktörlerin sayısının azaltılması ya da Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilmesi nedeniyle önceki sisteme göre daha sade bir hale geldiği yeni yapıda, finansman araçları;

- Sosyal Güvenlik Kurumu'nca sağlanan kaynaklar,
- Merkezi yönetim bütçesince sağlanan kaynaklar,
- Cepten yapılan ödemeler,
- Özel sağlık sigortası kuruluşlarınca sağlanan kaynaklar,

şeklinde tasniflenebilir.

Şekil 9, Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesini sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve bu süreçte merkezi yönetimin üstlendiği aktiviteleri resmetmektedir. Sistemde gerçekleştirilen değişim sonrasında öncelikle Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, Yeşil Kart ve devlet memurlarına ilişkin gerçekleştirilen sağlık ödemeleri Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde tek elden gerçekleştirilmeye başlanmış, bu sayede sistemin finansmanı sadeleştirilmiştir. Yapılan değişim öncesinde Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altındaki her müessese kendi yapıları çerçevesinde faaliyetlerini yürütmekteyken, gerçekleştirilen değişim ile bu farklı uygulamaların giderilebildiği görülmektedir.

**Şekil 9. Genel Sağlık Sigortası Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**



**Kaynak:** "OECD ve World Bank, 2008: 48" kaynağından yararlanılarak düzenlenmiştir.

Şekil 9'dan görüldüğü gibi, sağlık hizmetlerinin finansmanı yani hizmet sunucularına gerçekleştirilecek ödemeler tek elde toplanmış, hastanelerin denetim ve koordinasyonu ise Sağlık Bakanlığı'na tahsis edilmiştir. Bu seviyede, gerek Sağlık Bakanlığı gerek Maliye Bakanlığı hizmet sunucularına yine mali kaynak sağlamaktadır. Ancak buradaki mali destek, üniversite hastaneleri açısından personel maaşlarının ödenmesi, sağlık bakanlığına bağlı hastaneler ile birinci basamak sağlık kuruluşları için ise temel sağlık hizmetlerinin görülmesi ve idari işlemlerin devamlılığın sağlanması noktasındadır. Sistemde bir işverene bağlı olarak çalışanlar ile bağımsız çalışan bireyler sosyal güvenlik sistemine tabi iseler eski sistemde olduğu gibi prim ödemektedirler. Ancak bu durumda, ödenen primler SSK ve Bağ-Kur gibi iki farklı kurumun bünyesinde değil Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından toplanmakta ve burada idare edilmektedir. Maliye Bakanlığı da Emekli Sandığı ve Yeşil Kart mensupları ile memurlar için Sosyal Güvenlik Kurumu'na prim ödemektedir. Bu şekilde beş farklı kaynaktan doğan prim tek bir çatı altında toplanmaktadır.

### **3.1.1.3.2.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu'nca Sağlanan Kaynaklar**

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulması ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ile birlikte sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanındaki sosyal sigorta kuruluşlarının tamamı Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde toplanmış bu şekilde sistemde tekdüzelik sağlanarak uygulamadaki farklılıklar giderilmiştir (OECD ve World Bank, 2008: 39). 2008 yılı itibariyle, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Yeşil Kart'a tabi sigortalılar ile devlet memurlarının sağlık güvenceleri Sosyal Güvenlik Kurumu'nca sağlanmaya başlamıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun geliri, bir işyerine bağlı olarak çalışanlar ve işverenleri, serbest çalışan esnaf, sanatkâr ve serbest meslek erbapları ile çalışmayanlar ancak prim ödemeye gücü olanlar tarafından sisteme aktarılan zorunlu sigorta primlerinden oluşmaktadır (Yenimahalleli, 2007: 67). Ayrıca önceki sistemde Emekli Sandığı üyesi olan emekliler ile memurların ve Yeşil Kart sahibi olan gelir

düzeyi yetersiz kişilerin sağlık sigortası primleri merkezi yönetim bütçesinden Maliye Bakanlığı aracılığıyla ödenmektedir (OECD ve World Bank, 2008: 48). Sosyal Güvenlik Kurumu'na mensup olan bireyler aile hekimlerinden, semt polikliniklerinden, devlet hastanelerinden, üniversite hastanelerinden ve kurumca anlaşmalı olan özel hastanelerden sağlık hizmeti alabilmekte, özel eczanelerden ilaç temin edebilmektedirler (Orhaner, 2006: 13). Ancak sevk zincirine uygun davranmaları gerekmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık kuruluşlarına, kişi ve hizmet başına ödemedede bulunmaktadır.

Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması ile birlikte daha önce farklı sosyal sigorta sistemine tabi olan vatandaşlar aynı hizmetlerden yararlanabilmekte, bu şekilde önceki mekanizmanın adaletsiz yapısı giderilebilmektedir. Bunun yanında, genel sağlık sigortası uygulaması ile tüm sigorta primleri rasyonel hareket etme yükümlülüğü bulunan Sosyal Güvenlik Kurumu'nda toplanmakta, bu sayede Kurum elindeki primlerin büyüklüğü ve sektörde tek büyük sigorta kuruluşu olmasının verdiği güç sayesinde sağlık hizmeti sunanlar ile daha etkin pazarlıklar yapabilmektedir (Akyel, 2006: 11).

### **3.1.1.3.2.2.2. Devlet Bütçesince Sağlanan Kaynaklar**

Genel sağlık sigortası sisteminin uygulanmaya başlanması ile birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanında Sosyal Güvenlik Kurumu öncelikli bir konuma gelmiş, özellikle devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığı ya da Maliye Bakanlığı aracılığıyla direkt olarak sağlık hizmetleri finansmanının sağlanması yerine, Sosyal Güvenlik Kurumu aracılığıyla dolaylı bir finansman yöntemi benimsenmiştir. Temel sağlık hizmetleri, salgın hastalıklar ile mücadele, ana ve çocuk sağlığının korunması ile aile planlaması hizmetlerinin sağlanması, gerekli aşı, serum ve benzeri ürünlerin tedariki ve sunumu gibi görevler Sağlık Bakanlığı'nın bünyesindeki teşkilatı ile yerine getirilmektedir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, her yıl Maliye Bakanlığı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'na göre aldığı ödeneği kendine bağlı hastanelere tahsis etmekte ya da bizzat alt birimleri vasıtasıyla hizmet sunumunun gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Özbay, Öncül, Gökçimen, Arı ve Mollahaliloğlu, 2007: 182).



Devlet bütçesinden sağlanan kaynakların bir diğer merkezi Maliye Bakanlığı'dır. Maliye Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bünyesinde birleşen Emekli Sandığı ve Yeşil Kart'a ilişkin gerekli olan prim ödemelerini gerçekleştirmektedir. Bu şekilde genel sağlık sigortası öncesinde Emekli Sandığı ve Yeşil Kart'ı mali anlamda bizzat yönlendiren Maliye Bakanlığı yeni sistem ile bu etkinliğini Sosyal Güvenlik Kurumu'na devretmiş, sadece daha önceden bu kurumlara mensup olan bireylerin primlerini sisteme tahsis etme fonksiyonu ile yükümlü kılınmıştır. Bunun yanında Maliye Bakanlığı, memuriyeti devam edenlerin sağlık sigorta primlerini de yine Sosyal Güvenlik Kurumu'na aktarmaktadır. Ayrıca üniversite hastanelerinde çalışan personelin maaş ödemeleri Maliye Bakanlığı'nca hastane bütçelerine konulan ödenekler ile gerçekleştirilmektedir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2007: 230).

Tüm bunların yanı sıra Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde gelirlerinin giderlerini karşılamaması durumunda yine merkezi yönetim bütçe gelirlerinden kaynak aktarımı söz konusu olmaktadır.

### **3.1.1.3.2.2.3. Cepten Yapılan Ödemeler ve Özel Sağlık Sigortası Kuruluşlarınca Sağlanan Kaynaklar**

Genel sağlık sigortası uygulamasına başlanılmasından sonra özel sektör kaynaklarınca sağlık hizmetlerine finansman sağlanmaya devam edilmiştir. Genel sağlık sigortası kapsamında olmayanlar ceplerinden yaptıkları ödemelerle sağlık hizmetlerinden yararlanabileceği gibi özel sağlık sigortası kuruluşlarına tabi olarak düzenli ödeyecekleri primler karşılığında da sigorta kuruluşunun finansmanı sağlamasını arzulayabilirler. Her iki yöntemde de sağlık sistemine devletin müdahaleciliği ve ağırlığı yoktur (Özbay, Öncül, Gökçimen, Arı ve Mollahaliloğlu, 2007: 203).

Bireyler daha çok genel sağlık sigortasını tamamlayıcı mahiyette isteğe bağlı özel sağlık sigortasından yararlanmaktadırlar. Özel sigorta sistemi de genel sağlık sigortası sistemi gibi prim esasına dayanmaktadır. Ancak özel sağlık sigortası sisteminde prim ödemeleri ile hizmetlerin finansmanı genel sağlık sigortası

sisteminde olduğu gibi dağıtım esasına dayalı değildir. Özel sağlık sigortası sistemi kapitalizasyon yöntemine göre işlemektedir (Yenimahalleli, 2006: 183). Bu nedenle özel sağlık sigortası kuruluşları hastalık riski taşımayan, bedeni ve ruhi hali sağlam, risksiz bir işte çalışan kişilere daha az sağlık sigortası primi, tersine hastalık riski taşıyan, riskli bir işte çalışan ve yaşı yüksek kişilere ise daha yüksek prim uygulamaktadır. Bu şekilde kuruluş kendi firmasını da mali yönden garanti altına almaktadır.

## 4. BÖLÜM

### GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİ VE GELECEĞİ

Bu bölümde genel sağlık sigortası sisteminin finansal etkinliği ile geleceği hakkında öngörü sahibi olunmasını sağlayacak anket araştırmasının analizine yer verilmektedir.

#### 4.1. Araştırma Planı

Türkiye’de genel sağlık sigortasının uygulanmaya başlanması ile sağlık sisteminin kamu ekonomisi perspektifinde finansal açıdan değerlendirilmesini içeren bu incelemede, sistemin sürdürülebilirliğini analiz etme doğrultusunda örneklem oluşturularak anket çalışması yapılmıştır. Daha sonra, elde edilen veriler işlenmiş ve çeşitli istatistiksel metotlar eşliğinde analiz edilmiştir. Aşağıda, yapılan anket çalışmasının amaç ve kapsamı, sınırlılığı, araştırmanın metodolojisi ve analizin sonuçlarına yer verilmektedir.

##### 4.1.1. Amaç ve Kapsam

Anket çalışmasının amacı, ülkemiz sosyal güvenlik sisteminde, reform ile geliştirilen genel sağlık sigortasının ve sağlık hizmetinin sunumunda gerçekleştirilen köklü değişikliklerin vatandaşlar tarafından nasıl algılandığını ortaya koyabilmektir. Bu şekilde, sistemde yapılan reformun etkinliği ve geleceğine ilişkin öngörüye sahip olunarak genel bir değerlendirme yapılmaktadır.

##### 4.1.2. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma, Eskişehir ilindeki işçiler, memurlar, esnaf ve sanatkârlar, üniversite öğrencileri, emekliler ile devlet hastaneleri, özel hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarından hizmet almakta olan vatandaşların anket çalışmasına katılımları ile oluşturulmuştur.

### **4.1.3. Araştırmanın Metodolojisi**

#### **4.1.3.1. Araştırmanın Evreni**

Çalışma çerçevesinde yapılmış araştırmanın evrenini, Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmakta olan kişiler oluşturmaktadır.

#### **4.1.3.2. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini, Eskişehir ilinde Devlet Hastaneleri, Özel Hastaneler, Aile Hekimlikleri, Tıp Fakültesi Hastanesi, Üniversite Hastaneleri ve diğer sağlık kuruluşlarının sunduğu sağlık hizmetlerinden, sahip oldukları sosyal güvenceleri ya da kendi imkânları ile yararlanmakta olan 500 kişi oluşturmaktadır.

#### **4.1.3.3. Araştırma Bölgesi**

Eskişehir ili, İç Anadolu Bölgesi’nin kuzey batısında 13,652 km<sup>2</sup>’lik bir alan üzerine yerleşmiş olup, 14 ilçe, 32 belediye ve 369 köyü bünyesinde bulundurmaktadır. 2008 yılı itibarıyla İl’in toplam nüfusu 741,736 kişidir. Nüfusun yaklaşık olarak % 88’i (653,663 kişi) il ve ilçe merkezlerinde yaşarken, yaklaşık % 12’si (88,073 kişi) ise köy ve beldelerde yaşamaktadır. 2000 yılı verilerine göre İl’de üretimin sektörel dağılımı açısından en büyük pay % 61 ile “hizmetler”e ait iken, hizmetler sektörünü % 28 ile “sanayi” ve % 11 ile “tarım” sektörleri takip etmektedir (www.eskisehir.gov.tr, Erişim: 16.08.2009).

Araştırma için Eskişehir ilinin seçilmesinin temel nedeni şehrin, Türkiye’nin demografik özelliklerini hemen hemen birebir yansıtan hareketli bir yapıya sahip olması ve özellikle sağlık sistemi ile yapılan değişikliklerin başlangıç olarak pilot uygulamalar eşliğinde uygulanma fırsatı bulmasıdır. Bu bağlamda Eskişehir sağlık sistemindeki değişiklik ve reform çalışmalarını esas alan bir çalışma için tam anlamıyla bir laboratuvar imkânı sunmaktadır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 2008 yılında yayınladığı verilere göre Yeşil Kart hariç sosyal güvenlik kapsamındaki vatandaşların Eskişehir il nüfusuna oranı % 94, sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan vatandaşların toplam İl nüfusuna oranı ise % 6'dır. Sosyal güvenlik kapsamında aktif çalışanların toplam İl nüfusuna oranı % 26.12 iken, bu oran emekli nüfus açısından % 19 ve sosyal güvenlik kurumuna tabi olanların bakmakla yükümlü oldukları nüfus açısından ise % 48.13'dür. Sosyal Güvenlik Kurumu şemsiyesinde sistemden yararlananların eski sisteme göre % 19.6'sı Emekli Sandığı (4/c), % 17.4'ü Bağ-Kur (4/b), % 57'si SSK (4/a) ve % 4.9'u Yeşil Kart mensubudur ([www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr), Erişim: 12.08.2009).

**Tablo 11**  
**Eskişehir İlinin Sosyal Güvenlik Profili**

	<b>Dağılım (%)</b>
Aktif Çalışanlar	26,12
Emekliler	19,87
Bakmakla Yükümlü Tutulanlar	48,13
<b><i>Sosyal Güvenlik Kapsamı (Yeşil Kart Hariç)</i></b>	<b>94</b>
SSK (4/a)	57,0
Bağ-Kur (4/b)	17,4
Emekli Sandığı (4/c)	19,6
Yeşil Kart	4,9
<b><i>Sosyal Güvenlik Kapsamı (Yeşil Kart Dahil)</i></b>	<b>99</b>

**Kaynak:** Sosyal Güvenlik Kurumu, 2008 Yılı Aralık ayı istatistiklerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

#### 4.1.3.4. Araştırma Sahası

Anket çalışmasının sahası, İl'de bulunan özel ve kamu sağlık kuruluşları, işyerleri, şehir merkezindeki bölgeler ve kahvehaneler olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda Eskişehir Devlet Hastanesi, Yunus Emre Devlet Hastanesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Anadolu Üniversitesi Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Odunpazarı ve Tepabaşı Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri (Odunpazarı, Alanönü, Büyükdere, Şahintepesi, 71 Evler, Erturul Gazi, Av. Mail Büyükerman, Esentepe, Fevzi Çakmak, Şarhüyük, Şirintepe, Şair Fuzuli, Yenikent, Uluönder, Emek, Batıkent, Çamlıca, Yeşiltepe), Özel Ümit Tıp Merkezi, Özel Sakarya Sıhhiye Tıp Merkezi, Özel Emeksiz Polikliniği, Özel

Kızılay Tıp Merkezi, Özel Verta Tıp Merkezi, Özel Eskişehir Göz Hastalıkları Dalı Merkezi, Özel Elifana Çocuk Sağlığı Dalı Merkezi, Özel Fizyomer Fizik Tedavi Dalı Merkezi ve ONVAK Sağlık Merkezi olmak üzere sağlık hizmeti sunan 34 merkezde, araştırmaya ilişkin anketlerin vatandaşlarca doldurulması sağlanmıştır. Bunun yanında, Eskişehir'deki çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan memurların, Eskişehir Organize Sanayi Bölgesi'nde faaliyet gösteren KOBİ'ler ile büyük işletmelerde çalışan işçilerin ve işverenlerin, Sanayi Çarşısı, şehir merkezi ile semt pazarlarında ticari faaliyet yürüten esnaf ve sanatkârların anket çalışmasına katılımları gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, şehrin Kızılay, İsmet İnönü Caddesi, Hamamyolu ile Yediler mevkilerinde, 71 Evler, Emek, Kurtuluş ve Işıklar mahallelerindeki kahvehanelerde vatandaşlar ile yüz yüze görüşülerek anket sorularının cevaplandırılması sağlanmıştır.

#### **4.1.4. Araştırmanın Hipotezi**

Sağlık sisteminde yaşanan reform sürecinin vatandaşlar tarafından hangi ölçüde ve ne yönde algılandığı, gerek sağlık hizmetlerinin sunumu ve gerekse finansmanının sürdürülebilirliği açısından son derece önemlidir. Bu doğrultuda, Genel Sağlık Sigortası müessesesi ile sağlık sisteminde oluşan yeni sürecin arzu edilen ölçü ve kalitede hizmet üretip üretmeyeceği, sistemde yeni reform çalışmalarının yaşanıp yaşanmayacağı çeşitli ihtimaller dâhilinde incelenmektedir. Ayrıca vatandaşların oluşan ortamdan memnuniyet derecesi de test edilmektedir.

#### **4.1.5. Anket Formu**

Çalışmada, vatandaşların yeni oluşan Genel Sağlık Sigortası müessesesinden memnuniyet derecesini ve etkinliğini ölçebilmek üzere 34 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Bu form EK-1'de yer almaktadır.

Çalışmada kullanılan anket formunun hazırlanmasında, ilgili literatürden, Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nca yayınlanmış doküman ve raporlardan, sistemin uygulanabilirliğini ölçmek üzere Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış anket çalışmalarından ve 5510 sayılı “*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık*

*Sigortası Kanunu*’ndan yararlanılmıştır. Hazırlanan anket formu ile 35 kişi üzerinde pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Bu uygulama sonucunda anket formuna son şekli verilmiş ve 520 kişiye uygulanmıştır.

Anket formu iki bölümden oluşan tek sayfa şeklinde örneklem birimlerine sunulmuştur. Formun birinci bölümünde, bireylerin kişisel bilgilerine ve sağlık sigortası sisteminden yararlanma tercihlerine ilişkin sorulara yer verilmiştir. Bu bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, sağlık kurumlarına gitme sıklığı ve başvuru yapılan sağlık kurumunun niteliği hakkında 10 adet soruya yer verilmiştir.

Formun ikinci bölümünde, örneklem birimlerinin Genel Sağlık Sigortası müessesesi ile değişen sağlık sisteminin etkinliğine ilişkin görüşlerini yansıttıkları değerlendirmelere yer verilmiştir. Değerlendirmelerin ölçülebilmesi için bu bölüm beşli likert tipi ölçeğe uygun formatta hazırlanmıştır.

Saha çalışması eşliğinde, sağlık sisteminden yararlanan ya da yararlanması muhtemel vatandaşlar ile yüz yüze görüşülerek anketlerin doldurulması sağlanmıştır.

#### **4.1.5.1. Likert Tipi Ölçek**

Analiz edilmek istenen konu ile ilgili çok sayıda olumlu ve olumsuz değerlendirmelere yer verilerek örneklem birimlerinin araştırma konusu ile ilgili tutumlarının ölçülmesini sağlayan likert tipi ölçekleme Rensis Likert tarafından geliştirilmiştir. Araştırma konusu ile ilgili değerlendirmelerin ölçeklenmesi beşli, yedili, dokuzlu ya da onbirli biçimlerde dizayn edilebilmektedir (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu ve Yıldırım, 2005: 107). Bu çalışmada beşli likert tipi ölçek kullanılmış olup, kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum olmak üzere, görüşler sırasıyla en yüksek 5 puandan (kesinlikle katılıyorum) en düşük 1 puana doğru (kesinlikle katılmıyorum) ölçeklendirilmiştir.

#### **4.1.6. Verilerin İşlenmesi**

Anket çalışması ile elde edilen veriler sayısal ölçeklere çevrilerek istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. 520 anket içerisinde 20 anketin tam olarak doldurulmadığı saptanmış ve bu anketler analize dâhil edilmemiştir.

#### **4.1.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Analiz sürecinde elde edilen verilerden örneklem birimlerinin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, çocuk sayıları, eğitim seviyesi, aylık gelirleri ve eski sistemde tabi oldukları sigorta kurumu bağımsız değişken olarak belirlenmiştir. Bağımlı değişken olarak ise sağlık problemi ile karşılaşıldığında gidilmesi düşünülen sağlık kurumunun niteliği ve yapılan reform ile oluşan yeni sisteme karşı duyulan memnuniyet derecesi saptanmıştır.

#### **4.1.8. Analiz Sürecinde Kullanılan Yöntemler**

Anket verilerinin analizi sürecinde temel olarak istatistiksel metotlardan yararlanılmıştır. Öncelikle elde edilen verilerin dağılımlarını ve genel eğilimlerini görebilmek amacıyla betimleyici incelemeler yapılmış, bu amaçla frekans dağılım tablolarından ve yüzdelerle dağılımları gösteren grafiklerden yararlanılmıştır. Elde edilen bulguların betimleyici özellikleri belirlendikten sonra, özellikle iki değişken arasında bir ilişkinin olup olmadığına dair bulguların elde edilebilmesi için Ki-Kare ve Cramer's V testlerinden yararlanılmıştır. Bu süreçte ikili hipotezler kurulmuş ve değişkenler arasındaki ilişkiler tablolar eşliğinde açıklanmıştır. Daha sonra, eldeki değişkenlerin alt grupları itibarıyla anket çalışmasının ikinci kısmında yer alan değerlendirmeler açısından farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla One-way ANOVA testinden yararlanılmıştır. Değişken gruplarının değerlendirmeler açısından içerdiği farklılıklar ANOVA testiyle varyansları kontrol edilerek tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar içeren birimlerin grup içi ilişkilerini ve ankette yer alan değerlendirmeler ile olan bağlantılarını açıklayabilmek için ise Scheffe testinden ve çapraz tablolardan yararlanılmıştır. Analizde kullanılan yöntemlere aşağıda kısaca değinilmektedir.



- a- **Ki-Kare Testi:** Bu test en az iki ve daha fazla kategoriye sahip, iki değişken arasında bağımsızlık olup olmadığının yani ilişki bulunup bulunmadığının incelenmesinde kullanılmaktadır. Örnekleme dağılımı niteliğinde olan “Ki-kare dağılımı”, 1900’lü yıllarda Pearson tarafından ortaya atılmıştır. Ki-kare, aritmetik ortalaması 0 ve varyansı 1 olan normal bölünmeli bir evrenden, birbirinden bağımsız olarak seçilen n birimli örnekleme ait değerlerin karelerinin toplamı demektir (Bayram, 2004: 85).
- b- **One-way ANOVA:** Bağımsız iki örneklemlili t-testinin genelleştirilmiş hali olan One-way ANOVA testinde bir bağımlı bir bağımsız değişkene ihtiyaç duyulmaktadır. Analiz sürecinde bağımsız değişkenin sınıflayıcı ölçme düzeyinde ölçülmüş olması ve üç veya daha fazla kategoriye sahip olması gerekmektedir. Bağımlı değişkenin ise en az eşit aralıklı ölçek ile ölçülmüş olması gereklidir. Tek yönlü varyans analizi olarak da anılan ANOVA testi, bağımsız üç veya daha fazla örneklem ortalaması arasındaki farkın sıfırdan farklı olup olmadığını test etmek için uygulanır (Bayram, 2004: 99). Yani ANOVA testinde amaç kategoriler arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını saptayabilmektir. Anlamlı farklılığın olduğu saptanmasıyla hangi kategoriler arasında farklılığın olduğunu tespit etmek için Scheffe testi uygulanır.

## 4.2. Verilerin Analizi

Bu aşamada elde edilen veriler istatistiksel yöntemler eşliğinde analiz edilmektedir.

### 4.2.1. Verilerin Güvenilirliği

Yapılan anket çalışmasının içsel tutarlılığının ölçümünde, yaygın olarak kullanılmakta olan ve Cronbach Alfa olarak bilinen alfa katsayısından yararlanılmıştır (Altunışık, Çoşkun, Bayraktaroğlu ve Yıldırım, 2005: 115). Genel sağlık sigortası sistemine ilişkin 24 adet nitel değerlendirmenin yer aldığı anketin

ikinci bölümünde Cronbach Alfa katsayısı 0.69 çıkmıştır. Bu nedenle ankete katılan bireylerin analiz değerlendirmelerine verdikleri cevaplar kendi içerisinde tutarlıdır.<sup>3</sup>

## 4.2.2. Bulguların Değerlendirilmesi

### 4.2.2.1. Demografik Özellikler

Yapılan anket çalışmasının ilk bölümde yer alan yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim seviyesi, aylık gelir düzeyi, sosyal güvence, eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu, son altı ay içerisinde sağlık kurumuna gidilme sıklığı ve sağlık sorunuyla karşılaşıldığında ilk tercih edilen kurumun türüne ilişkin sorulara yer verilmiştir. Bu sorular ile deneklerin demografik özellikleri ve sağlık sistemi içerisindeki konumları tespit edilmek istenmiştir.

Anket çalışmasındaki soruların sırası takip edilerek, katılımcıların verdikleri cevapların frekans dağılımları ve genel içerisindeki yüzdeleri EK-2'deki tabloda yer almaktadır. Tabloda yer alan bilgiler aşağıda değerlendirilmektedir.

Ankete katılanların % 20'si 15-25, yaklaşık % 28'i 26-35, % 44'ü 36-55 ve % 8'i 55 ve yukarı yaşlardadır. Buradan nüfusun yaklaşık yarısının (% 48) 35 yaş altında olduğu görülmektedir. Bu sonuç ülkemizin genç ve dinamik nüfusu ile örtüşmektedir. Sahip olunan genç nüfustan, istihdam hacmine katkı olunabilecek şekilde verimli olarak faydalanılabilirse sosyal güvenlik ve sağlık sigortası sistemi açısından önemli bir avantaj elde edilebilir. Ayrıca sağlık sisteminden göreceli olarak daha fazla yararlanması muhtemel 55 ve yukarı yaş grubu dâhilindeki bireylerin toplam nüfus içerisindeki payının sadece % 8 olduğu görülmektedir. Bu sonuç günümüz açısından olumlu karşılanabilir. Ancak gelecek yıllarda genel nüfus içerisindeki yaşlı nüfus payının artacağı anlaşılmaktadır. Bu nedenle, oluşturulacak sağlık finansmanı sisteminde, söz konusu artışın mutlak suretle göz önüne alınması gerekmektedir.

<sup>3</sup> Alfa değeri 0 ile 1 arasında değer alır. Anlamli olabilmesi için 0.50 ve üzerinde olması gerekir.

Rassal olarak seçilen deneklerin yaklaşık % 51'i kadın, % 49'u erkektir. Bu dağılım ülkemizde kadın ve erkek nüfusun dengeli bir şekilde dağıldığının göstergesi niteliğindedir.

Ankete katılanların yaklaşık % 63'ü evli, % 32.'si bekâr, % 2'si boşanmış, % 2.80'i dul ve % 0.20'si ise eşinden ayrı yaşamaktadır.

Ankete katılan deneklerin yaklaşık % 40'ının çocuğu yok iken, % 20'inin bir, % 24'ünün iki, % 14'ünün üç ve % 2'sinin ise dört ve daha fazla çocuğu vardır. Buna göre, toplum genelinde özellikle dört ve daha fazla çocuğa sahip olan bireylerin yüzdelerinin azaldığı görülmektedir. Bu durum, aile planlamasının etkin bir şekilde gerçekleştirildiği şeklinde yorumlanabileceği gibi, hayat koşullarının değişmesine bağlı olarak sorumlulukların daha da arttığı, bu nedenle ailelerin çocuk sahibi olma konusunda temkinli davrandıkları şeklinde de yorumlanabilir.

Ankete katılanların, % 16.80'i ilkokul, % 9.20'si ortaokul, % 32.80'i lise, % 12.80'i yüksekokul, % 25.80'i üniversite, % 1.60'ı yüksek lisans, % 0.04'ü doktora mezunu iken, % 0.06'sı ise diğer (okur-yazar vb.) eğitim durumundadır. Buna göre toplumun ağırlıklı kesiminin lise, ortaokul ve ilkokul mezunlarından oluştuğu, geri kalan kesimin ise yüksek öğretim imkânlarından yararlanabildiği sonucuna ulaşılmaktadır. Özellikle lise mezunları ile üniversite mezunlarına ilişkin ortalamanın, Türkiye nüfusunun yarısından daha fazlasını kapsıyor olması da eğitim düzeyinin gittikçe arttığı bir göstergesidir.

Ankete katılanların yaklaşık %12'sinin gelir seviyesi 530 TL'den daha az iken, % 39'unun 531 TL ile 1000 TL arasında, % 40'ının 1001 TL ile 2000 TL arasında, % 4.50'sinin 2001 TL ile 4000 TL arasında ve % 4.50'sinin geliri ise 4000 TL'nin üzerindedir. Buradan toplumun yarısından fazlasının aylık ortalama gelirinin 1000 TL'nin altında olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Ankete katılan bireylerin % 96.60'ının sosyal güvencesi bulunmakta iken % 3.40'ının ise herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Bu sonuca göre, toplumun çok büyük bir kesiminin sosyal güvence kapsamında olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir. Ancak, genel nüfus içerisinde yaklaşık iki buçuk milyon vatandaşın sosyal güvenceden yoksun bir şekilde hayatını devam ettirdiği

anlaşılmaktadır. Bu rakam küçümsenemeyecek kadar fazladır. Dolayısıyla sosyal güvenlik kapsamının arttırılması mutlak suretle gereklidir.

Ankete katılanların % 19'u eski sistemde Bağ-Kur'a tabi iken, % 50.80'i SSK'ya, % 27.40'ı Emekli Sandığı'na, % 2.80'i Yeşil Kart ya da özel sigorta gibi diğer kuruluşlara mensuptur. Bu sonuç genel olarak beklenen doğrultuda çıkmıştır. Görüldüğü gibi nüfusun neredeyse yarısı işçi statüsündeyken, onu takip eden kesim ise devlet memurlarıdır.

Deneklerin % 12'si aile bireyleri de dikkate alındığında son altı ay içerisinde hiç sağlık kurumuna gitmemişken, % 58.60'ı 1-3 kez, % 21.20'si 4-6 kez, % 6.40'ı 6-10 kez, % 1.20'si ise 10'dan daha fazla sağlık kurumlarına gitmiştir. Bu sonuçlara göre, toplumun yaklaşık yüzde doksanı son altı ay içerisinde en az bir kez sağlık sisteminden bir şekilde yararlanmıştı. Bu durum toplumun çok büyük bir kısmının sağlık sistemi ile yakinen ilişki içerisinde olduğunu ve bu ilişkinin çok taze tutulduğunu göstermektedir. Yani elde edilen sonuçlar, toplumun çok büyük bir kesiminin sistemde yapılan değişimleri yakından takip edebilecek potansiyele sahip olduğunu göstermektedir.

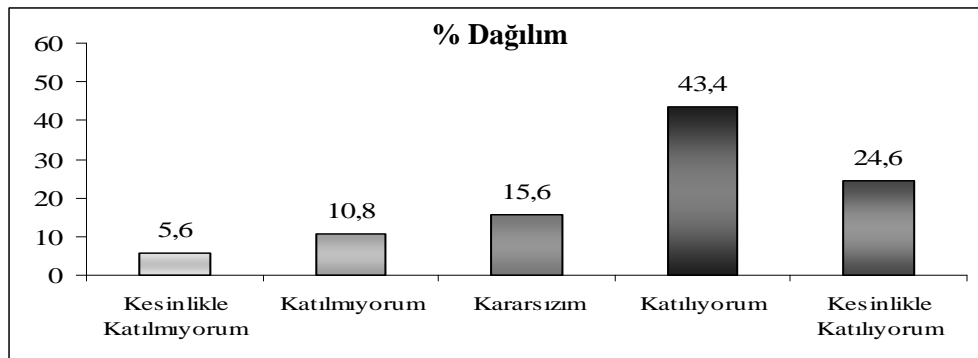
Ankete katılanların % 19.20'si herhangi bir sağlık problemi ile karşılaşmaları durumunda öncelikle aile hekimine gitmeyi tercih ederken, % 43.40'ı devlet hastanesini, % 0.20'si alternatif tıbbı, % 30.40'ı özel hastaneyi, % 5.40'ı özel muayenehaneyi, % 1.40'ı ise diğer çeşitli sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. Bu sonuçlara göre toplumun çok büyük bir kesimi sağlık problemi ile karşılaşması durumunda öncelikle kamu kurumlarına müracaat etmeyi düşünmektedir. Ancak özel kesimin payı da kamu kesimini yakından takip etmektedir. Özellikle özel kesimin son beş yıllık süreçte sağlık sektöründe önemli bir atılım gerçekleştirerek, hizmet sunumunda kamu kesimini ikame edebilecek potansiyele ulaşmış olması bunun nedeni olarak gösterilebilir.

#### 4.2.2.2. Genel Sağlık Sigortası Sistemine İlişkin Değerlendirmeler

Anket çalışmasının ikinci bölümde genel sağlık sigortasının uygulanmaya başlaması ile değişen sağlık sisteminin etkinliği ve geleceğini ölçmeye ilişkin değerlendirmelere yer verilmiştir. İstatistiksel anlamda ölçümün gerçekleştirilebilmesi için beş dereceli seçeneklerden oluşan Likert tipi ölçekten yararlanılmıştır. Ankete katılan bireylerden, kendilerine yönlendirilen değerlendirmelere ilişkin kesinlikle katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2) ve kesinlikle katılmıyorum (1) seçeneklerinden, kendi değerlendirmelerini yapmaları istenmiştir. Bu şekilde her değerlendirme için katılımcıların genel görüşleri hakkında bir veri seti elde edilmiştir. Aşağıda elde edilen veri setlerinin değerlendirmesi yer almaktadır.

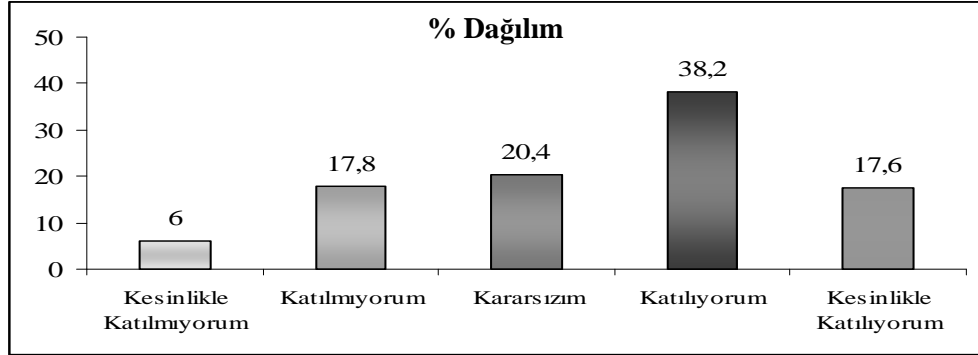
*Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır değerlendirmesinin dağılımı Grafik 1’de yer almaktadır.*

**Grafik 1. Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Güvencesi**



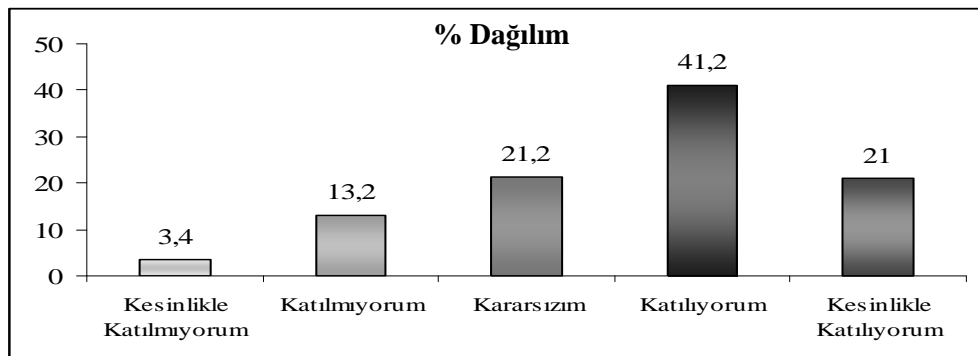
Grafiğe göre genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi ile birlikte katılımcıların % 68’i genel olarak sağlık güvencelerinin arttığını düşünmektedirler. Bu sonuç yeni kurulan sistemin toplum tarafından büyük ölçüde memnuniyetle karşılandığını göstermektedir.

*Sunulan sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması gereksiz yere hastanelere ya da aile hekimlerine gidilmesini engellemektedir* değerlendirmesinin dağılımına Grafik 2’de yer verilmektedir.

**Grafik 2. Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması**

Genel sağlık sigortası sistemi ile getirilen yeni düzenlemelerden biri, sağlık hizmetlerinin sunumunda katılım payı uygulamasıdır. Söz konusu uygulamanın asıl amacı sağlık hizmetlerinden sadece gerçek ihtiyaç sahiplerinin yararlanmasını sağlayarak aynı zamanda kıt kaynakları daha verimli kullanabilmektir (Akdere, 2009: 35). Grafığe göre toplumun % 56'sı, sağlık hizmetlerinin sunumunda katılım payı uygulaması ile gereksiz yere sağlık kurumlarına gidilmesinin engellendiği görüşüne katılmaktadır. Kararsız % 20'lik oranı dışarıda tuttuğumuzda, toplumun sadece % 24'ü katılım payının gerekmediğini düşünmektedir. Ancak büyük çoğunluk katılım payı uygulamasını bu anlamda desteklemektedir. Bu sonuç aslında oldukça önemlidir.

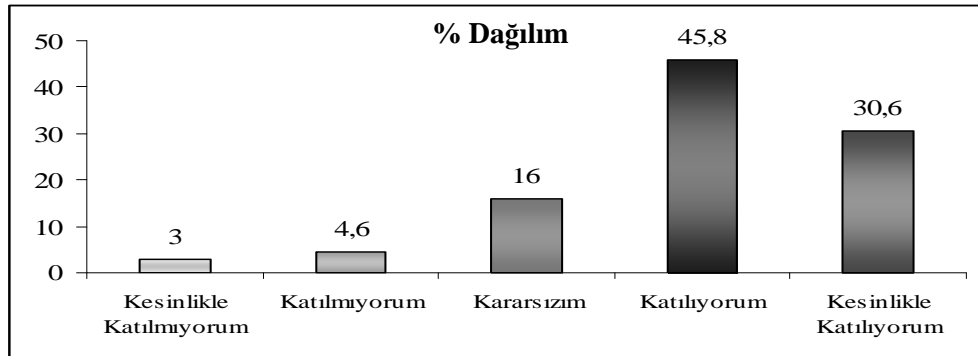
*Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır değerlendirmesinin dağılımı Grafik 3'te verilmektedir.*

**Grafik 3. Sağlık Sisteminde Yapılan Düzenlemeler ve Hizmet Sunumu**

Sağlık sisteminde gerçekleştirilen düzenlemelerin öncelikli amaçları arasında verimsiz ve hantal yapının yeniden organize edilerek, kalite bakımından daha nitelikli bir sistemin kurulması yer almaktadır. Bu bağlamda katılımcılara yönlendirilen görüşe, % 62.2'lik olumlu görüş vardır. Yani toplumun önemli bir kesimi, sağlıkta dönüşüm süreci sonunda sistemin daha iyi işlediğini düşünmektedir.

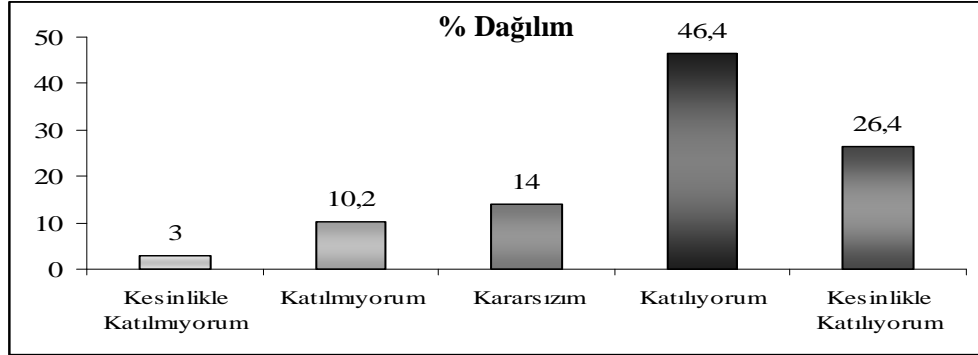
Hemen her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de piyasa koşullarına göre faaliyet gösteren özel kuruluşların sayısı ve etkinliği artmaktadır. Ancak, özel kuruluşların kamu sağlık kuruluşları ile rekabet edebilmeleri için kalite ve güvenilirlik açısından vatandaşlarca beklenen seviyeyi yakalayabilmeleri gerekmektedir. *Özel hastaneler hizmet sunumu bakımından devlet hastaneleriyle rekabet edebilecek seviyeye ulaşmışlardır* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 4'te yer almaktadır.

**Grafik 4. Özel Hastanelerin Devlet Hastaneleriyle Rekabet Edebilirliği**



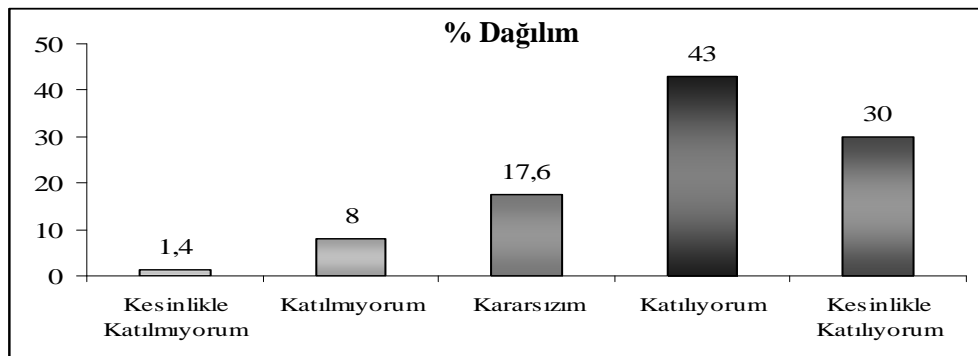
Grafiğe göre deneklerin % 76,4'ü özel sağlık kuruluşların kamu sağlık kuruluşları ile rekabet edebilecek seviyeye geldiğini düşünmektedir. Bu sonuç oldukça önemlidir. Bir taraftan özel sektöre daha fazla ağırlık verilmesi, diğer taraftan kamu sağlık işletmeciliğinin ciddi bir şekilde sorgulanmasını gerekli kılmaktadır.

*Sağlık kurumlarınca sağlanan hizmetlerde farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri hastanelerdeki yoğunluğu azaltmıştır* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 5'te görülmektedir.

**Grafik 5. Tedavi Kolaylığı ve Hastanelerdeki Yoğunluk**

Farklı sosyal sigorta kurumlarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi ile Sosyal Güvenlik Kurumu sigortalısı olarak vatandaşlara istedikleri hastanelerden yararlanabilme imkânı sağlanmıştır. Bu şekildeki bir uygulama ile sağlık kuruluşlarındaki yoğunluğun azaldığı doğrultusundaki görüşe katılımcıların % 72,8'i olumlu cevap vermiştir. Sadece % 13'lük bir kesim sözü edilen uygulamayı yerinde bulmamaktadır. Bu politika değişimi son derece radikal olup, siyasi yönü itibarıyla de yüksek bir maliyete sahiptir. Ülkemiz bu konuda başarılı bir uygulamada bulunmuş, herkesin dilediği sağlık kurumunu tercih etmesinin yolu açılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre toplumunda bunu arzu ettiği görülmektedir.

*Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının en önemli belirleyicilerinden biri hizmet sunumundaki olumlu tavır ve samimiyettir değerlendirmesinin dağılımı Grafik 6'da yer almaktadır.*

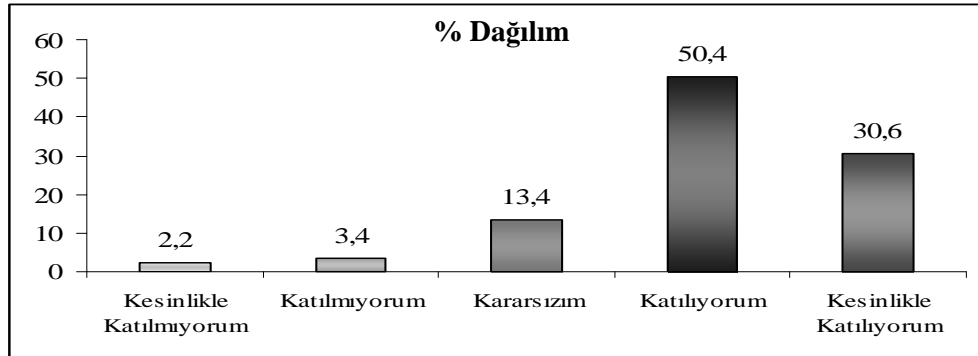
**Grafik 6. Olumlu Tavır ve Samimiyetin Vatandaşlar Açısından Önemi**



Sağlık hizmetlerinin sunumunda toplam kalite yönetimin benimsenmesi ile vatandaş ya da hasta odaklı hizmet sunumu prensibi esas alınmaya başlamıştır. Zira vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkileyen en önemli faktörlerden birinin hizmet sunucularının kendilerine olumlu tavır ve samimiyet ile davranması olduğu düşünülmektedir. Grafik 6’da görüldüğü gibi bu noktada deneklerin % 73’ü bu görüşe destek vermektedir. Yani sağlık hizmetlerinin sunumunda personelin olumlu tavır ve davranışları, bireylerin sistemden memnuniyet çerçevesi içerisinde yararlanması açısından son derece önemlidir.

*Hastalar, sağlık ocaklarında yeteri kadar ekipman ve nitelikli personel olmadığı için devlet hastanelerine ya da özel hastanelere gitmeyi tercih etmektedirler* değerlendirmesinin dağılımına Grafik 7’de yer verilmektedir.

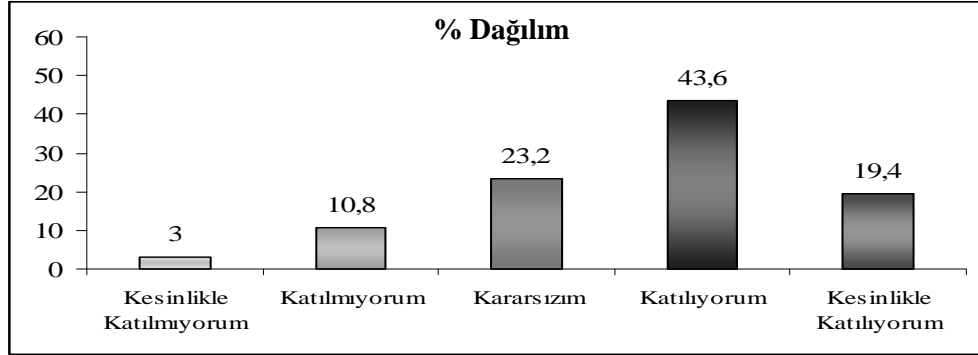
**Grafik 7. Sağlık Ocaklarının Yeterliliği**



İkinci basamak sağlık sunucusu niteliğindeki devlet hastaneleri ya da özel hastanelerdeki yoğunluğun en önemli sebeplerinden biri, vatandaşların birinci basamak sağlık sunucusu niteliğinde işlev gören sağlık ocaklarında (aile hekimleri) muayene olmak yerine direkt hastaneleri tercih ediyor olmasıdır. Bunun kaynağında ise sağlık ocaklarındaki ekipman yetersizliği ve nitelikli personel kıtlığı bulunduğu düşünülmektedir. Bu düşünce ile yönlendirilen soruya deneklerin % 81’i katılmaktadır. Sağlık politikası açısından bu konunun oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Politika belirleyicilerin bu problemi ele alarak gerekli politika değişikliğine gitmelerinde yarar olacağı düşünülmektedir.

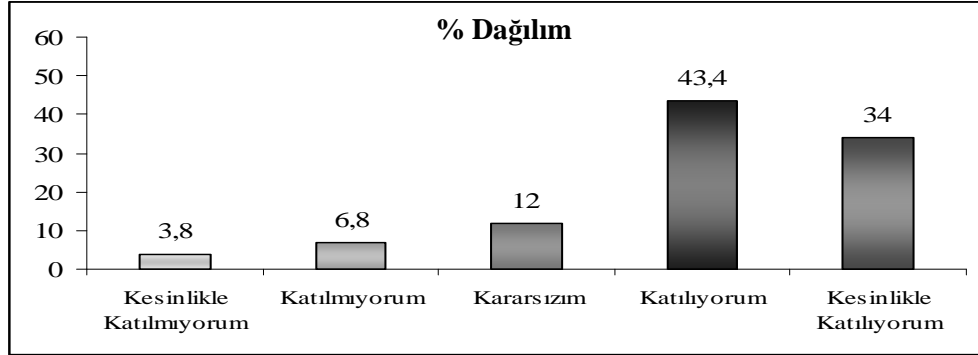
*Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesinden sonra hizmeti veren sağlık görevlilerinin hastalara karşı tavırlarında olumlu bir düzelme gözlemlenmektedir değerlendirmesinin dağılımını Grafik 8’de gösterilmektedir.*

**Grafik 8. Genel Sağlık Sigortası Sonrasında Sağlık Görevlilerin Tavırları**



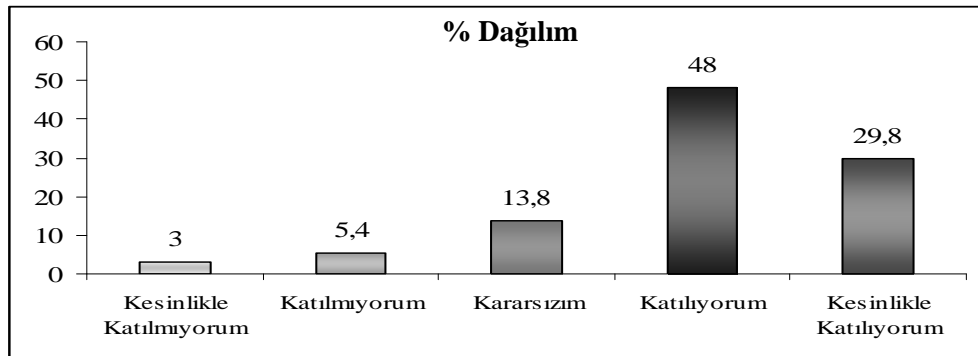
Daha önceki bölümde de bahsedildiği gibi genel sağlık sigortası sistemi ile vatandaş odaklı ve hasta haklarına dayalı bir yapının kurulması arzulanmıştır. Bu istek göz önüne alınarak hazırlanan soruya göre deneklerin % 63’ü sağlık hizmeti veren görevlilerin tavır ve davranışlarında olumlu bir gelişme olduğunu belirtmişlerdir. % 23,2’lik kararsızlar dikkate alınmadığında, bu görüşe katılımcıların sadece % 14’ü olumsuz yanıt vermişlerdir. Buna göre sağlık sisteminde yaşanan reform sürecinin temel amaçlarından biri olan vatandaş odaklı hizmet sunumu hedefine yavaş yavaş ulaşılmaya başlandığı, bu sonucun vatandaşlar açısından da olumlu bir şekilde gözlemlendiği anlaşılmaktadır. Bu sonuç sağlık personel yönetimine önemli bir geri bildirimde sağlamaktadır. Politika belirleyicilerinin ve personel yönetiminin hususu dikkate almalarında yarar görülmektedir.

*Hastanelerin ve diğer sağlık kurumlarının son derece kalabalık olması sağlık sisteminin en önemli problemlerindedir değerlendirmesinin dağılımını Grafik 9’da yer almaktadır. Sağlık kuruluşlarında yaşanan yoğunluk, hizmet sunumunda etkinliğin ve kalitenin düşmesine, maliyetlerin ise artmasına neden olmaktadır. Bunun yanında sağlık hizmeti almak isteyen vatandaşların sağlık kuruluşlarında uzun süre beklemeleri, sağlık hizmetlerinden yararlanma isteklerini körelten bir husus olarak ortaya çıkmaktadır.*

**Grafik 9. Sağlık Kurumlarının Yoğunluk Problemi**

Grafiğe göre katılımcıların % 77,4'ü kendilerine yönlendirilen soruya bu doğrultuda cevap vermişlerdir. Buna göre, sağlık kuruluşlarının kalabalık olması nedeniyle hasta başına sunulan hizmetin yeterliliği ve kalitesi düşmekte, toplum açısından bu durum sağlık sisteminin en önemli problemleri arasında görülmektedir. Aslında söz konusu sonuç beklenen doğrultudadır. Çünkü, sağlık sisteminde sevk zincirinin henüz etkin bir şekilde işlememesinden dolayı, belirli sağlık kuruluşlarında yığılmalar oluşmakta, sonuç itibarıyla gerek hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar açısından, gerek hizmet alan vatandaşlar açısından bir takım maliyet unsurları ortaya çıkmaktadır.

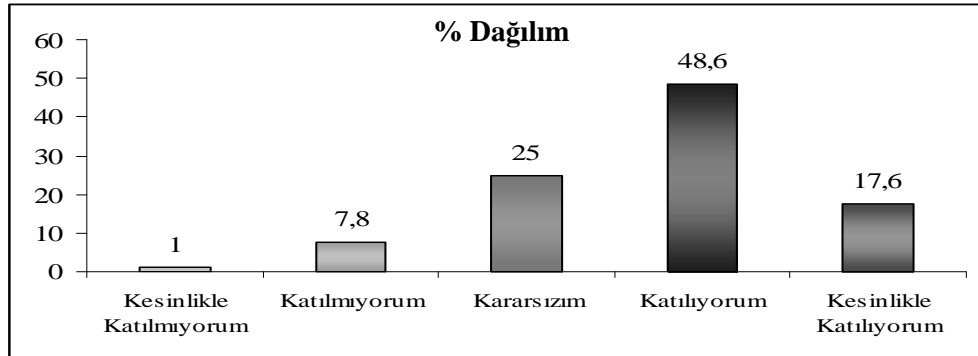
Grafik 10 Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıdır değerlendirilmesinin dağılımını göstermektedir.

**Grafik 10. Eski Sistemde Farklı Sigorta Kurumları**

Sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinde yapılan değişimler ile Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK, Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde toplanmıştır. Değişim öncesinde ise her kurumun kendine özgü uygulamasının olduğu görülmektedir. Deneklerin % 77.8'i, eski sistemin en olumsuz özelliğini SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı işlemlere tabi tutulması olduğunu düşünmektedir. Bu sonuç yapılan tek çatı uygulanmasının toplumu uzun dönemde birleştirerek, statü farkını ortadan kaldırıp daha çağdaş ve eşit bir sosyal yapının yolunu açacağını ortaya koymaktadır.

*Sağlık sigortası prim oranlarının seviyesi ve cezaların caydırıcılığı ile denetimin etkinliği, primlerin zamanında ödenmesinin temel belirleyicilerindendir değerlendirmesinin dağılımı Grafik 11'de yer almaktadır.*

**Grafik 11. Sigorta Prim Oranları ve Cezaların Caydırıcılığı**

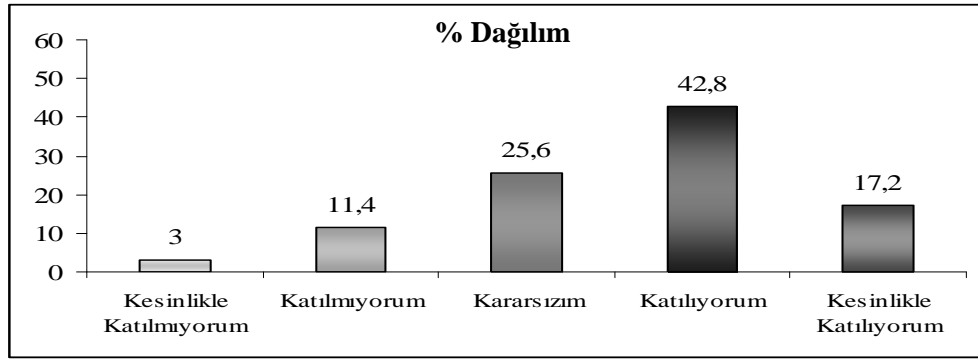


Sağlık sigortası sisteminde prim oranların zamanında ve eksiksiz ödenmesini belirleyen unsurların başında prim oranlarının seviyesi, primin ödenmemesi durumunda karşılaşılabilecek yaptırım ve ekonomik aktivitelerin yakinen takip edilme sıklığı gelmektedir. Bu bağlamda belirlenen görüşe, deneklerin % 66.2'sinin katıldığı saptanmıştır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından karşılaşılan en önemli sorunların başında sigorta primlerinin arzu edilen ölçüde tahsil edilememesi gelmektedir. Sistemin açık vermesine neden olan bu sorun, sistemdeki finansal istikrarsızlıkla birlikte kamu mali dengesinin bozulmasını sağlamaktadır. Bu açıdan sigorta primlerinin zamanında ve tam olarak tahsil edilmesi zorunlu bir hal almaktadır. Buradan yola çıkarak ülkemizde de sigorta prim oranlarının yüksekliği, cezaların yetersizliği ve denetimin etkisizliğine bağlı olarak, prim tahsilâtının

zamanında gerçekleştirilemediği sonucuna ulaşılabilmektedir. % 25 kararsızlar göz ardı edildiğinde, bu sonuca toplumun büyük bir kesiminin katıldığı görülmektedir.

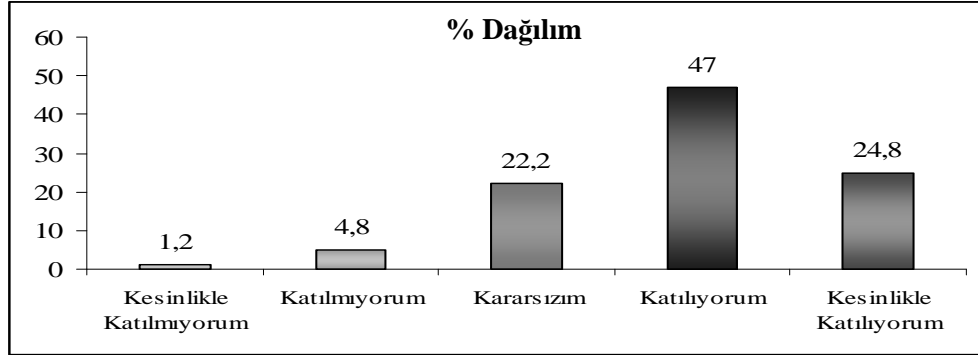
Sağlık hizmetlerinden aşırı ve gereksiz yararlanmayı önlemek amacıyla uygulanması düşünülen katılım payı, bir takım amaçlara olumlu yönde hizmet edebilmesine karşılık maddi imkânları kısıtlı olan bireylerin sağlık kurumlarına gitmelerini de engelleyebilmektedir. *Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması sağlık sorunlarının gizlenmesini sağlamakta ve hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemektedir* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 12’de gösterilmektedir.

**Grafik 12. Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması ve Sağlık Sorunları**



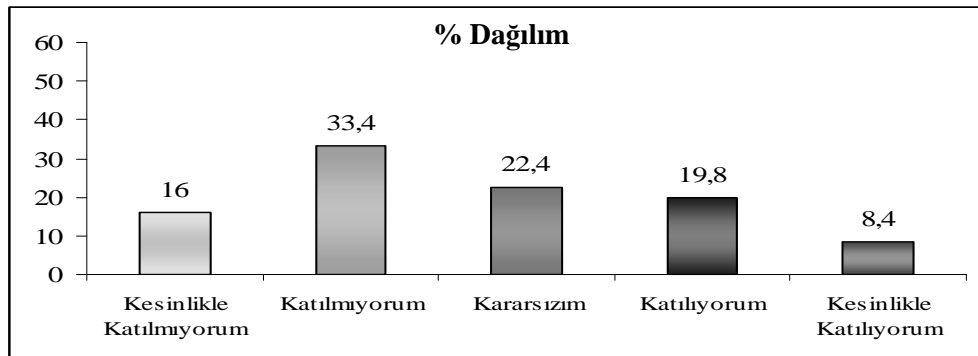
Deneklerin % 60’ı katılım payı uygulamasının sağlık problemlerinin gizlenmesine neden olarak, aile hekimi ya da hastaneye gidilmesini engelleyebileceğini düşünmektedir. Özellikle gelir düzeyi düşük vatandaşlar açısından katılım payı uygulamasının daha yoğun bir şekilde mali yük olarak algılandığı söylenebilir. Bu kesimin sağlık problemleri ile daha fazla karşılaştıkları göz önüne alındığında sonuç itibarıyla söz konusu vatandaşların refah kaybına uğramaları söz konusu olabilmektedir. Dolayısıyla katılım payı miktarının belirlenmesinde sosyal yapının dikkate alınması yararlı olur.

*Genel sağlık sigortası prim oranlarının yüksekliği ve denetim yetersizliği kayıt dışı istihdamı teşvik etmektedir* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 13’te yer almaktadır.

**Grafik 13. Prim Oranlarının Seviyesi ve Denetim Yetersizliği**

Sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde en önemli sorun kayıt dışı ekonomi nedeniyle primlerin arzulanan ölçüde toplanamamasıdır. Kayıt dışı istihdamı teşvik eden faktörlerin başında yüksek prim oranları ve denetim yetersizliğinin geldiği şeklindeki bu değerlendirmeye deneklerin % 71,8'i katılmaktadır. Bu sonuç Grafik 11'de yer alan değerlendirmeyi destekler niteliktedir. Vatandaşların çok büyük bir kısmı prim oranlarının yüksekliği ile denetimin yetersizliğini kayıt dışı istihdamın, dolayısıyla prim hâsılatındaki kaybın temel sebebi olarak görmektedir. Sağlık finansman politikasının oluşumunda ve sürdürülmesinde bu hususların dikkate alınması durumunda, toplum refahına olumlu katkı yapılacağı sonucuna varılmaktadır.

Grafik 14'te, *Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir* değerlendirmesinin dağılımına yer verilmektedir.

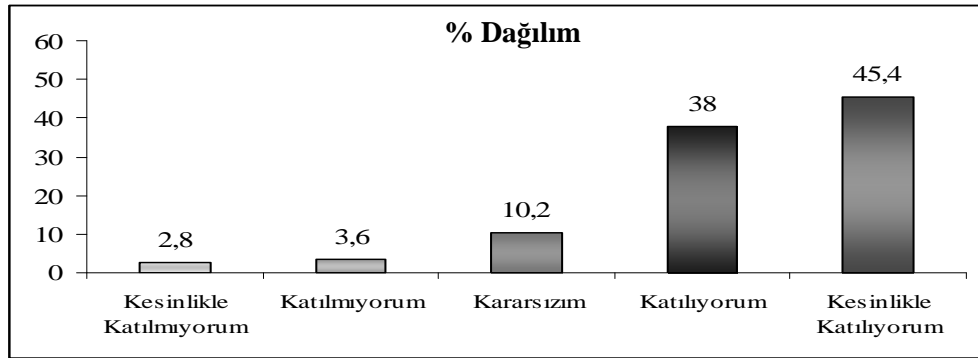
**Grafik 14. Sistemin Sağlık Risklerini Kapsamadaki Yeterliliği**

Grafikten görüldüğü üzere anket çalışmasına katılanların % 49,4'ü sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsamada yetersiz olduğunu düşünmektedir. Bu durum

toplumun büyük kesiminin sağlık sistemine tam olarak güvenmediği şeklinde yorumlanabilir. Yani günümüzde her ne kadar toplumun yaklaşık % 94'ü (Tablo 11) sosyal güvenceye sahip olsa da, bu bireylerin neredeyse yarısı, sağlık risklerini kapsama açısından sistemi yetersiz görmektedirler.

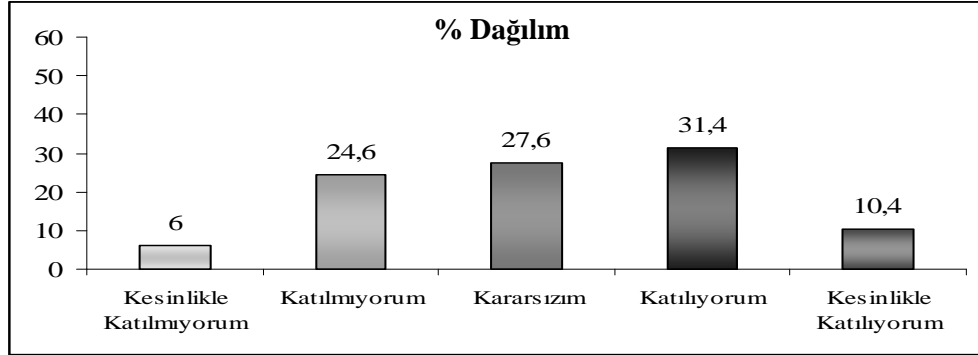
Genel sağlık sigortası sistemi ile sosyal yönü ağır basan ve toplumun daha geniş kesimlerini sağlık güvencesine kavuşturmayı amaçlayan değişiklikler yapılmıştır. Özellikle gelir düzeyi yetersiz vatandaşları ve 18 yaşın altındaki çocukların devlet tarafından genel sağlık sigortası kapsamına alınması ve sağlık masraflarının genel bütçe aracılığıyla karşılanması bu doğrultudaki değişikliklere örnek olarak gösterilebilir. *Gelir düzeyi yetersiz bireylerin ve 18 yaşın altındaki çocuklarının devletçe genel sağlık sigortası kapsamına alınması olumlu bir gelişmedir* değerlendirmesinin dağılımına Grafik 15'te yer verilmektedir.

**Grafik 15. Sağlık Sigortası Sistemi ve Sigorta Kapsamının Genişletilmesi**



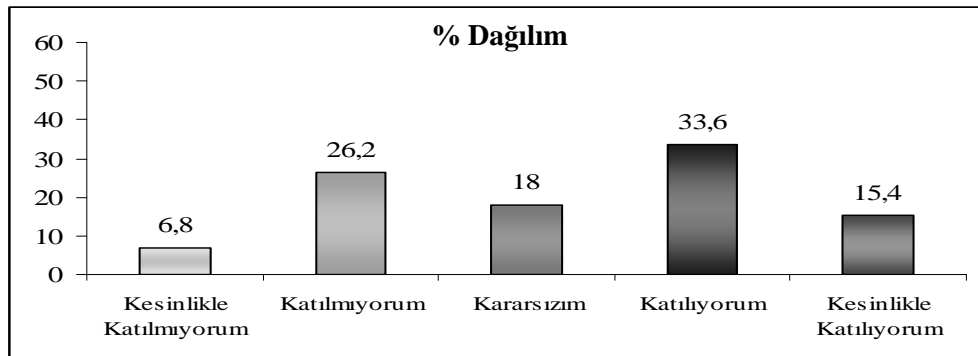
Ankete katılanların % 83,4'ü bu gelişmeyi olumlu karşılarken sadece % 6,4 olumsuz yanıt vermiştir. Elde edilen sonuçlara göre, vatandaşların çok büyük bir çoğunluğu genel sağlık sigortası kapsamının yoksulları ve 18 yaşın altındaki çocukları kapsayacak şekilde genişletilmesini devletin sosyal bir görevi olarak algılamaktadırlar. Dolayısıyla sağlık sigortası kapsamının bu şekilde genişletilmesini olumlu olarak karşılamaktadırlar.

*Genel sağlık sigortası sistemi ile getirilen sevk zinciri müessesesi etkin bir şekilde işlemektedir* değerlendirmesinin dağılımını Grafik 16'da gösterilmektedir.

**Grafik 16. Genel Sağlık Sigortası Sisteminde Sevk Zinciri**

Sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliğin sağlanabilmesi ve ünitelerdeki yoğunluğun azaltılabilmesi için basamaklar arası sevk zinciri sistemine işlerlik kazandırılması gerekmektedir. Ancak anket çalışmasına katılanların % 30,6'sı sevk zincirinin etkin bir şekilde işlemediği doğrultusunda cevap verirken, % 41,8'i ise sistemin etkin bir şekilde sürdürüldüğü yönünde cevap vermişlerdir. Sevk zinciri sisteminin yeni bir uygulama olması ve bireylerin konu hakkında tam anlamıyla bilgi sahibi olmamaları nedeniyle toplum nezdinde ortak bir görüşün oluşamadığı söylenebilmektedir. Kararsızların % 27,6'lık payı da bu düşüncüyü destekler niteliktedir.

*Sağlık hizmetini kaliteli ve eksiksiz sunan sağlık kurumuna, hizmeti alanlar ilave katkı yapmayı kabul ederler* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 17'de yer almaktadır.

**Grafik 17. Hizmet Sunumu ile Katkı Payı İlişkisi**

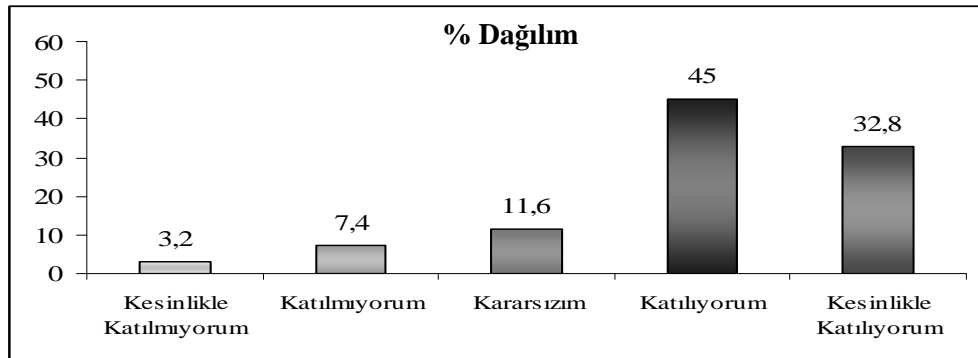
Ankete katılanların % 49'u sağlık hizmetlerinin eksiksiz ve kaliteli sunulması durumunda ilave katkı yapmayı kabul edeceklerini belirtirken, % 33'ü ise ilave



ödeme yapılmasına katılmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin eksiksiz ve kaliteli bir şekilde sunulması durumunda katkı payı ödenmesine olumlu bakanlar ile olumsuz bakanlar arasında çok önemli bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Her ne kadar bireylerin yaklaşık % 50'si bahsedilen şartlarda katılım payı ödemeye razı olsa da, küçümsenmeyecek bir kesim ise her halükarda katılım payı ödenmesine karşı çıkmaktadır. Bu durum toplumun büyük bir kesiminin sağlık hizmetlerinin maliyetlerine belirli şartlar altında katlanacak potansiyele sahip olduğunu, azımsanamayacak bir kesiminin ise sağlık hizmetlerini salt sosyal mal olarak nitelendirdiğini ya da gelir düzeyinin yetersiz olduğu için hiçbir şekilde ödeme yapmayı kabul etmeyeceğini göstermektedir.

*Yeni sistemin en olumlu yönlerinden biride tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesidir* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 18'de gösterilmektedir.

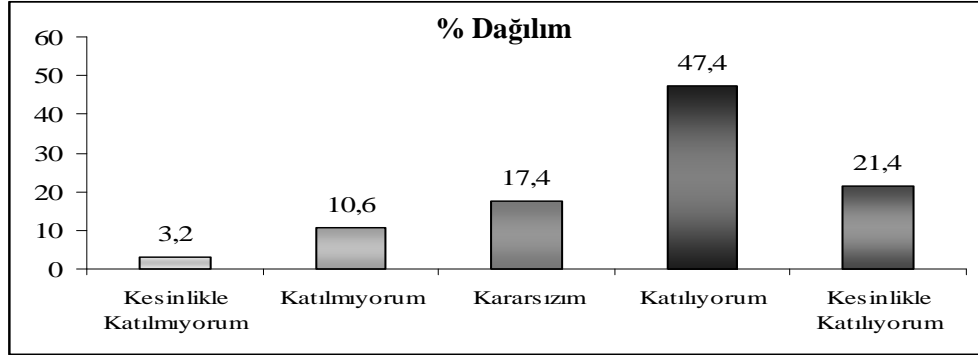
**Grafik 18. İlaç Tedariğinde Değişim**



Sağlık sisteminde yapılan değişikliklerle vatandaşların, hizmetten yararlanmaları aşamasında karşılaşılabilecekleri her türlü farklılıkların giderilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda gerekli ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesini, deneklerin % 77.8'i olumlu bir gelişme olarak nitelendirmişlerdir. Özellikle eski sistemde SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart'a tabi olan bireylerin ihtiyaç duydukları ilaçları istedikleri eczaneden alabilmeleri doğrultusunda gerçekleştirilen düzenleme ile ilaçlara erişimde yaşanan sıkıntıların kısmen önüne geçilebilmiştir.

*Sağlık sisteminde uygulanmaya çalışılan aile hekimliği kurumu kaliteli hizmet sunamadığı için etkin işlememektedir* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 19’da gösterilmektedir.

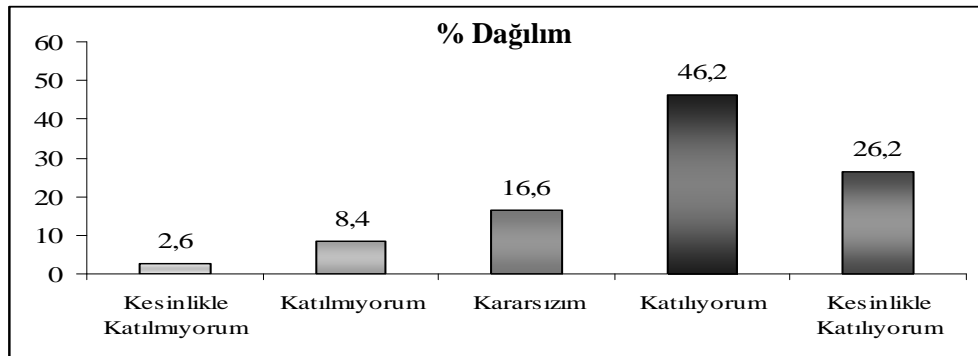
**Grafik 19. Aile Hekimliğince Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi**



Gerek sevk zincirinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi gerek birinci basamak sağlık hizmetlerinden arzu edilen ölçüde verimlilik alınabilmesi için aile hekimliğinin kaliteli ve sürekli hizmet üreten bir müessese haline gelmesi gerekmektedir. Ancak sağlık sisteminde yapılan değişiklikler sonrasında sisteme müdahil edilen aile hekimliği müessesinin kaliteli bir hizmet sunamadığı için etkin şekilde işlemediği doğrultusundaki görüşe deneklerin % 68.8’inin katıldığı saptanmıştır.

*Devlet hastanelerinde uzun kuyruklarda beklemektense özel hastanelerde ek ücret ödenerek sağlık hizmeti talep edilmesi tercih edilmektedir* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 20’de yer almaktadır.

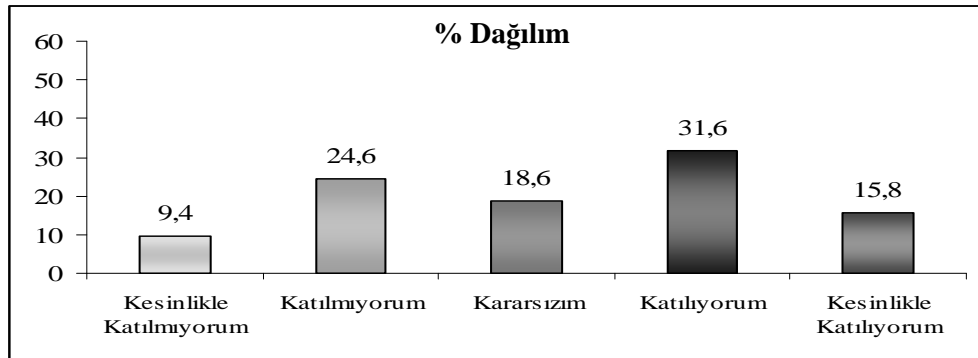
**Grafik 20. Özel Hastanelerin Tercihi ve Ek Ücret**



Devlet hastanelerinin temel aksayan yönü, yoğunluğun yüksek olması nedeniyle tedavi için bekleme süresinin çok uzun olmasıdır. Özel hastanelerin devlet hastanelerini tamamlayıcı hatta ikame edici olarak faaliyet göstermesiyle birlikte, vatandaşların devlet hastanesinde uzun kuyruklarda beklemektense ek ücret ödeyerek özel sektörden sağlık hizmeti talep etme imkânları doğmuştur. Ankete katılan deneklerinde % 72.4'ü devlet hastanelerinde beklemek yerine ek ücret vererek özel hastaneye muayene olmayı tercih etmektedir.

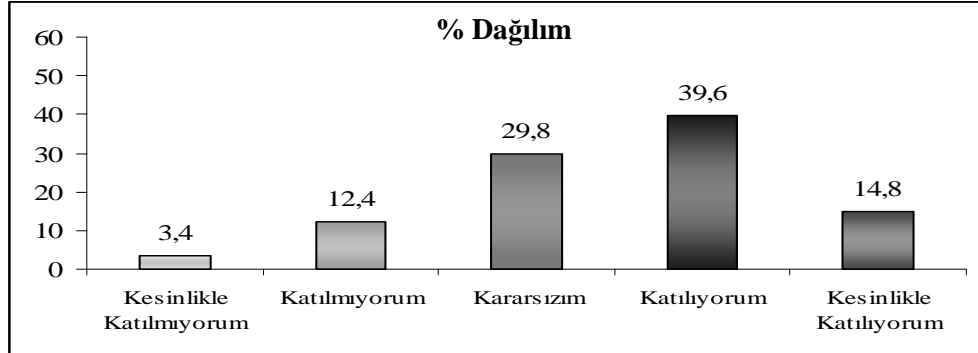
*Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır* değerlendirmesinin dağılımına Grafik 21'de yer verilmektedir.

**Grafik 21. Aile Hekimlerinin Birinci Basamak Sağlık Kurumu Olarak Tercihi**



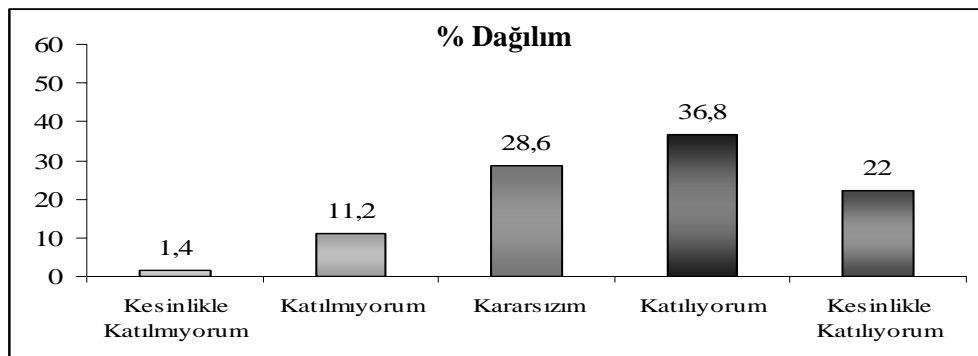
Deneklerin % 34'ü *Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır* görüşüne katılmazken, % 47.4'ü ise böyle bir durumda aile hekimliğine başvurulmasına olumlu bakmaktadır. Bireyler arasında farklı görüşlerin ortaya çıkma nedeni olarak aile hekimliği sisteminin yeni ve henüz güvenilirliğini tam olarak ispatlayamamış olması gösterilebilir.

*Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 22'de yer almaktadır. Yapılan bir değişimin etkinliği ve geleceği ile ileriki zamanlarda yeni değişiklikler gerektirip gerektirmeyeceği, söz konusu değişimin toplum tarafından olumlu karşılanarak benimsenip benimsenmemesine göre belirlenir.

**Grafik 22. Sağlık Sisteminin Yakın Gelecekte İşlerliği**

Bu bağlamda sağlık sisteminde gerçekleştirilen köklü değişimin geleceğini ve etkinliğini de yine toplumun değişimi özümseme ve kabullenme esnekliği belirleyebilir. Bahsedilen doğrultuda *Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır* değerlendirmesine deneklerin % 54.4 katılmaktayken, % 29.8'i ise kararsız kaldığını belirtmektedir. Sağlık reformu ile oluşan sistemin işlerlilik kazanabilmesi ve uzun yıllar uygulanabilmesi için toplumsal mutabakatın mutlak suretle sağlanması ve % 54.4'lük katılım oranının en az kararsızları da kapsayacak şekilde genişlemesi gerekmektedir.

*Sağlık reformu ile getirilen aile hekimliği, sevk zinciri ve katılım payı gibi yenilikler vatandaşa tam olarak tanıtılmadığından sistem karmaşık bir hale gelmiştir* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 23'te yer almaktadır.

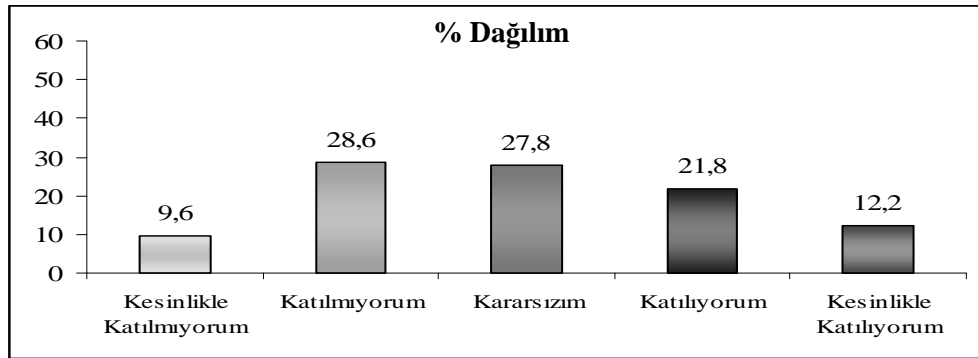
**Grafik 23. Sağlık Reformunun Tanıtımı**

Deneklerin % 58.8'i sağlık reformu ile sisteme dâhil edilen yeniliklerin tam olarak vatandaşlara tanıtılmaması nedeniyle sistemin karmaşık bir hale geldiğini

düşünmektedir. Buradan yola çıkarak sistemdeki tanıtım eksikliğinin, vatandaşların reforma uyum sürecini uzatabileceği söylenebilmektedir.

*Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir* değerlendirmesinin dağılımı Grafik 24’te gösterilmektedir.

**Grafik 24. Reform Sonrası Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma**



Deneklerin % 38.2’si yapılan reform sonrasında sağlık hizmetlerinden yararlanılması bağlamında vatandaşların olumsuz şekilde etkilendiği düşüncesine katılmamaktayken, % 34’ünün ise bu düşünceye katıldığı görülmektedir. Bu değerlendirmeye katılanlar ile katılmayanların yüzdelerinin birbirine çok yakın olmasının sebebi ise yapılan reform sonrasında bir grup vatandaşın çeşitli şekillerde sistemden elde ettikleri faydaların çoğalmasına karşılık, bir grup vatandaşın ise mevcut imkânlarını yitirmesi ve bu nedenle durumlarının öncekine göre kötüleşmesi ya da beklentileri doğrultusunda değişmemesi olarak ifade edilebilmektedir.

#### 4.2.3. Ki-Kare ve Cramer’s V Testi

Herhangi bir sağlık problemi ile karşılaşılması durumunda kişilerin ilk gitmeyi tercih edecekleri sağlık kurumunun çeşitli demografik ve sosyo-ekonomik değişkenler ile ilişkisinin olup olmadığı önemli bir konudur. Bu nedenle anket çalışması ile elde edilen verilerden yararlanılarak, iki değişken arasında ilişki olup olmadığını ölçen Ki-Kare ve Cramer’s V testleri kullanılmıştır. Analizde gelir seviyesi, cinsiyet, eğitim durumu ve önceki sistemde tabi olunan sigorta kurumu bağımsız değişkenler olarak belirlenerek, “tercih edilen sağlık kurumu” bağımlı değişkeni ile ilişkili olup olmadıkları analiz edilmiştir.

Ki-Kare testi ile nitel iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olup olmadığı hakkında sonuçlar elde edilmektedir. Ancak Ki-Kare testi ile değişkenler arasındaki ilişkinin şiddeti bağlamında sınırlı bilgi edinilmektedir. Bunun yanında analizde ele alınan gözlem sayısı çoğaldıkça Ki-Kare değeri de artacağından, değişkenler arasında anlamlı bir farklılığın olacağına ilişkin olasılık yapay olarak yükselecektir. Bu nedenle, örneklem sayısı arttığında analizden elde edilen verileri teyit etmek için, yine değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını gösteren Cramer's V testinden yararlanır.

Ki-Kare analizinde temel varsayım olarak “değişkenler arasında anlamlı bir ilişki yoktur” şeklinde sıfır hipotezi ileri sürülür. Yapılan analizler neticesinde şayet değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve sistematik bir ilişki tespit edilir, yani sıfır hipotezi reddedilir ise çapraz tablolar ile elde edilen verilere dayanılarak daha detaylı değerlendirmeler yapılır. Aşağıda bu analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Anket çalışmasından elde edilen bulgular esas alınarak sırasıyla gelir dağılımı, cinsiyet, eski sistemde tabi olunan sosyal güvence ve eğitim seviyesi değişkenleri ile tercih edilen ilk sağlık kurumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve sistematik bir ilişki olup olmadığını saptayabilmek için ikili değişkenler oluşturularak öncelikle “Ki-Kare” testi yapılmıştır. “Ki-Kare” testinden elde edilen sonuçlar Tablo 12’de yer almaktadır.

**Tablo 12. İkili Değişkenlere İlişkin Ki-Kare Testi Sonuçları**

İkili Değişkenler	Hesaplanan Değer	Değer	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık Derecesi
Gelir Düzeyi – Tercih Edilen Sağlık Kurumu	Pearson Ki-Kare	100,543 (a)	20	0,000
	İhtimal Oranı	101,014	20	0,000
	Örneklem Büyüklüğü	500	-	-
Cinsiyet – Tercih Edilen Sağlık Kurumu	Pearson Ki-Kare	1,452 (a)	5	0,919
	İhtimal Oranı	1,838	5	0,871
	Örneklem Büyüklüğü	500	-	-
Sosyal Güvencesi - Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumu	Pearson Ki-Kare	65,223 (a)	15	0,000
	İhtimal Oranı	58,405	15	0,000
	Örneklem Büyüklüğü	500	-	-
Eğitim Seviyesi – Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumu	Pearson Ki-Kare	80,508 (a)	35	0,000
	İhtimal Oranı	78,008	35	0,000
	Örneklem Büyüklüğü	500	-	-

Ki-Kare testinden elde edilen sonuçları teyit etmek için uygulanan Cramer's V testi sonuçları ise Tablo 13'de gösterilmektedir.

**Tablo 13**  
**İkili Değişkenlere İlişkin Cramer's V Testi Sonuçları**

İkili Değişkenler	Hesaplanan Değer	Değer	Anlamlılık Derecesi
Gelir Düzeyi – Tercih Edilen Sağlık Kurumu	Phi	0.448	0.000
	Cramer's V	0.224	0.000
	Örnekleme	500	-
Cinsiyet – Tercih Edilen Sağlık Kurumu	Phi	0,054	0,919
	Cramer's V	0,054	0,919
	Örnekleme	500	-
Sosyal Güvencesi - Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumu	Phi	0.361	0.000
	Cramer's V	0.209	0.000
	Örnekleme	500	-
Eğitim Seviyesi – Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumu	Phi	0,401	0,000
	Cramer's V	0,179	0,000
	Örnekleme	500	-

Aşağıda Ki-Kare ve Cramer's V testlerinden elde edilen sonuçlara değinilmekte ve çapraz tablolar aracılığıyla gruplar arası ilişki düzeyleri açıklanmaktadır.

#### 4.2.3.1. Gelir Düzeyi ve İlk Tercih Edilen Sağlık Kurumu

Bireylerin gelir seviyeleri ile herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında gitmeyi tercih edecekleri sağlık kurumu arasında olası bir ilişkinin varlığını saptayabilmek için Ki-Kare ve Cramer's V testleri yapılmıştır. Yapılan analize ilişkin sıfır hipotezi "iki değişken arasında anlamlı bir ilişki yoktur" şeklindedir. H1 hipotezi ise gelir düzeyi ile tercih edilen ilk sağlık kurumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu yönündedir.

Gelir seviyesi ile tercih edilen ilk sağlık kurumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına ilişkin yapılan testler sonucunda, hesaplanan değerler tablo değerlerinden büyük olduğundan sıfır hipotezi reddedilmektedir. Yani, gelir düzeyi ile herhangi bir sağlık problemiyle karşılaşılması durumunda tercih edilen ilk sağlık

kurumu arasında istatistiksel açıdan % 5 anlamlılık düzeyinde sistematik bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Test sonuçları Tablo 12-13’de yer almaktadır).

Tablo 14’de, Ki-Kare ve Cramer’s V testleri ile aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptanan farklı gelir seviyeleri ile tercih edilen ilk sağlık kuruluşlarının dağılımları yer almaktadır.

**Tablo 14**  
**Farklı Gelir Seviyeleri ile Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumları**

Gelir Seviyesi	Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumu			Toplam
	Aile Hekimi (Sağlık Ocağı)	Devlet Hastanesi	Özel Kuruluşlar*	
<b>530 TL’den az</b>	45.90	37.70	16.39	<b>100.00</b>
<b>531-1000 TL</b>	22.05	51.79	26.15	<b>100.00</b>
<b>1001-2000 TL</b>	7.00	42.50	50.50	<b>100.00</b>
<b>2001-4000 TL</b>	13.64	18.18	68.18	<b>100.00</b>
<b>Diğer</b>	36.36	18.18	45.45	<b>100.00</b>
<b>Toplam</b>	<b>19.20</b>	<b>43.40</b>	<b>37.40</b>	<b>100.00</b>

\* Analiz sonuçlarının anlamlı bir şekilde yorumlanabilmesi için “Alternatif tıp”, “Özel hastane”, “Özel muayenehane” ve “Diğer” seçenekleri “Özel Kuruluşlar” başlığı altında birleştirilmiştir.

Aile hekimleri ve devlet hastaneleri kamu kurumu olarak birlikte düşünüldüğünde, gelir seviyesi 530 TL’nin altında iken bireylerin yaklaşık % 84’ü kamu kurumlarını tercih etmektedirler. Kamu kurumları içerisinde ise sağlık ocaklarının daha fazla tercih edildiği anlaşılmaktadır. Özel kuruluşlara olan yönelimin gelir seviyesi yükseldikçe ortaya çıktığı görülmektedir. Nitekim gelir seviyesi 530 TL’den az olan bireylerin sadece % 16.39’u özel kuruluşları sağlık hizmeti alabilmek için tercih ederlerken, gelir seviyesi 2001-4000 TL’ye yükseldiğinde bireylerin % 68.18’i özel kuruluşlardan sağlık hizmeti talep etmeyi tercih etmektedirler. Buna karşılık, özellikle sağlık ocaklarını tercih eden bireylerin yüzdelerinin ise gelir seviyesi 2001-4000 TL’ye seviyesine yükselinceye kadar gerilediği görülmektedir. Gelir seviyesi 530 TL’den az olanların % 46’sı sağlık ocaklarını tercih ederlerken, gelir seviyesi 1001-2000 TL arasında olan bireylerin ise sadece % 7’si sağlık ocaklarında sağlık hizmeti almayı tercih etmektedirler. Kısacası gelir düzeyi düşük olan bireyler daha çok kamu sağlık kuruluşlarını tercih ederlerken, gelir seviyesi yükseldikçe satın alma gücündeki artışa bağlı olarak özel sağlık kuruluşlarının da tercihi ön plana çıkmaktadır. Bu sonuç beklentilerimiz ile



analiz sonucunda elde edilen bulguların birbir örtüştüğünü göstermektedir. Çünkü gelir seviyesi düşük olan bireylerin, kendileri açısından daha az maliyete katlanmaları muhtemel sağlık ocakları ya da devlet hastanelerini tercih etmesi beklenirken, gelir seviyesi yükseldikçe bireylerin satın alma güçleri artmakta ve daha fazla maliyete katlanabilecekleri özel sağlık kuruluşlarına yönelmeleri beklenmektedir.

#### **4.2.3.2. Cinsiyet ve İlk Tercih Edilen Sağlık Kurumu**

Cinsiyet ile olası bir sağlık problemiyle karşılaşılması durumunda tercih edilen ilk sağlık kurumu arasında herhangi bir ilişkinin olup olmadığını saptayabilmek için Ki-Kare ve Cramer's V testlerinden yararlanılmıştır. Yapılan analize ilişkin "söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki yoktur" şeklinde sıfır hipotezi ve bu hipotezin karşıtı olan "cinsiyet ile ilk tercih edilen sağlık kurumu arasında anlamlı bir ilişki vardır" şeklindeki H1 hipotezi geliştirilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre gerek Ki-Kare ve gerekse Cramer's V testinde anlamlılık derecesi % 5'in üzerinde olduğu için sıfır hipotezi reddedilememiştir. Yani bireylerin cinsiyetleri ile olası bir rahatsızlık durumunda tercih edecekleri ilk sağlık kurumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur. Analiz neticesinde elde edilen bu sonuç beklentiler yönündedir. Çünkü, özel bir takım hastalıklar istisna tutulmak şartıyla, bireylerin cinsiyetlerinin tercih edecekleri sağlık kuruluşlarına yansımaları için makul bir gerekçe düşünülemezdir.

#### **4.2.3.3. Eski Sistemde Tabi Olunan Sosyal Güvence ve İlk Tercih Edilen Sağlık Kurumu**

Bireylerin eski sistemde tabi oldukları sigorta kurumu ile cari dönemde herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında gitmeyi ilk tercih edecekleri sağlık kuruluşu arasında olası bir ilişkinin varlığını saptayabilmek için yukarıda değinilen testler uygulanmıştır. Yapılan analizlere ilişkin olarak sıfır hipotezi "iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur" şeklinde ve onun karşıtı olan

H1 hipotezi ise “eski sistemde tabi olunan sosyal sigorta müessesesi ile tercih edilen ilk sağlık kurumu arasında anlamlı bir ilişki vardır” şeklinde kurulmuştur.

Testler sonucunda, hesaplanan değerler tablo değerinden büyük olduğu için sıfır hipotezi reddedilmiştir. Bu durumda, eski sistemde tabi olunan sosyal güvence kurumu ile herhangi bir sağlık problemiyle karşılaşılması durumunda tercih edilen ilk sağlık kurumu arasında istatistiksel açıdan % 5 anlamlılık düzeyinde sistematik bir ilişki vardır.

**Tablo 15**

**Eski Sistemde Tabi Oldukları Sosyal Sigorta ve Tercih Edilen Sağlık Kurumları**

Sosyal Güvencesi	Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumu			Toplam
	Aile Hekimi (Sağlık Ocağı)	Devlet Hastanesi	Özel Kuruluşlar*	
<b>Bağ-Kur</b>	30.53	42.11	27.37	<b>100.00</b>
<b>SSK</b>	22.53	45.85	31.62	<b>100.00</b>
<b>Emekli Sandığı</b>	5.84	40.88	53.28	<b>100.00</b>
<b>Diğer**</b>	14.29	35.71	50.00	<b>100.00</b>
<b>Toplam</b>	<b>19.24</b>	<b>43.49</b>	<b>37.27</b>	<b>100.00</b>

\* Analiz sonuçlarının anlamlı bir şekilde yorumlanabilmesi için “Alternatif tıp”, “Özel hastane”, “Özel muayenehane” ve “Diğer” seçenekleri “Özel Kuruluşlar” başlığı altında birleştirilmiştir.

\*\* Cepten ödeme ile sağlık hizmetlerinden yararlananlar ile özel sigortaya tabi olanları kapsamaktadır.

Eski sistemde tabi olunan sosyal güvenceye göre tercih edilen ilk sağlık kurumu arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 15’den görüldüğü gibi Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı mensuplarının devlet hastanelerini büyük ölçüde birbirleri ile yakın ölçüde tercih ettikleri ancak aralarında en yoğun kullanımı % 45.85 ile eski SSK mensuplarının gerçekleştirdiği görülmektedir. Aile hekimliği ya da sağlık ocaklarının ise en fazla % 30.53 ile eski sistemde Bağ-Kur’a tabi olan vatandaşlarca tercih edildiği, buna karşılık eski Emekli Sandığı mensuplarının sağlık ocaklarına çok fazla rağbet etmedikleri görülmektedir. Bunun yanında özel kuruluşların sunduğu sağlık hizmetlerinden ise en fazla yararlanan grubun % 53.28 ile Emekli Sandığı mensuplarından oluştuğu, onu % 50.00 ile özel sigortalılar ve cepten ödeme ile sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin takip ettiği görülmektedir. Bu sonuç sağlık politikasının nispeten olumlu bir gelişme sürecinde ilerlediğini, statü farkının

ortadan kaldırılması ile vatandaşların sağlık hizmetlerine olan ilgi ve memnuniyetlerinin arttığını göstermektedir.

#### **4.2.3.4. Eğitim Seviyesi ile İlk Tercih Edilen Sağlık Kurumu**

Bireylerin eğitim seviyesi ile cari dönemde olası bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında gitmeyi tercih edecekleri ilk sağlık kurumu arasında bir ilişkinin varlığını saptayabilmek için sıfır hipotezi olarak “bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur” şeklinde ve H1 hipotezinde “eğitim seviyesi ile tercih edilen ilk sağlık kurumu arasında anlamlı bir ilişki vardır” öngörüsü yer almıştır.

Ki-Kare ve Cramer’s V testleri sonucunda hesaplanan değer, tablo değerinden yüksek çıktığı için Ho hipotezi reddedilmiştir. Bireylerin eğitim seviyeleri ile olası bir sağlık problemiyle karşılaşılması durumunda tercih ettikleri ilk sağlık kurumu arasında istatistiksel açıdan % 5 anlamlılık düzeyinde bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 16’ya göre ilkokul ve ortaokul mezunlarının büyük çoğunluğu sağlık problemi ile karşılaşmaları durumunda ilk başvurulacak kurum olarak devlet hastanesini tercih ederlerken, bu tercih eğitim seviyesi arttıkça azalmakta ve özel kuruluşlara eğilim ön plana çıkmaktadır. Şöyle ki, ilkokul mezunlarının % 47.13’ü devlet hastanelerini tercih ederken ortaokul mezunlarında bu oran % 47.83’e çıkmakta, ancak lise mezunları için % 45.73, üniversite mezunları için % 41.09 ve lisansüstü mezunlarında % 10’a gerilemektedir. Eğitim ile tercih edilen ilk sağlık kurumu arasındaki benzer ilişki sağlık ocakları içinde geçerliliğini korumaktadır. Özellikle üniversite mezunlarına kadar, sağlık ocağı tercihi sürekli azalmaktadır. Buna karşılık, tablo dikkate alındığında, eğitim seviyesi yükseldikçe özel kuruluşların daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Ortaokul mezunlarının % 17.39’u özel kuruluşları tercih ederken, lise mezunlarının % 37.80’i, üniversite mezunlarının % 49.61’i ve lisansüstü mezunlarının ise % 60’ı özel kuruluşları sağlık hizmetleri talep edecekleri ilk kurum olarak nitelendirmektedirler.

**Tablo 16**  
**Eğitim Seviyelerine Göre rneklem Birimlerinin Tercih Ettikleri Sağlık Kurumlarının Dağılımı**

Eğitim Seviyesi	Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumu			Toplam
	Aile Hekimi (Sağlık Ocağı)	Devlet Hastanesi	zel Kuruluşlar*	
<b>İlkokul**</b>	32.18	47.13	20.69	<b>100.00</b>
<b>Ortaokul</b>	34.78	47.83	17.39	<b>100.00</b>
<b>Lise</b>	16.46	45.73	37.80	<b>100.00</b>
<b>Yüksekokul</b>	15.63	39.06	45.31	<b>100.00</b>
<b>niversite</b>	9.30	41.09	49.61	<b>100.00</b>
<b>Lisansüstü***</b>	30.00	10.00	60.00	<b>100.00</b>
<b>Toplam</b>	<b>19.20</b>	<b>43.40</b>	<b>37.40</b>	<b>100.00</b>

\*Analiz sonuçlarının anlamlı bir Şekilde yorumlanabilmesi için ‘‘Alternatif tıp’’, ‘‘zel hastane’’, ‘‘zel muayenehane’’ ve ‘‘Diğer’’ seçenekleri ‘‘zel Kuruluşlar’’ başlığı altında birleştirilmiştir.

\*\*Ankette yer alan ‘‘diğer’’ seçeneğinin içindeki okur-yazar, okur-yazmaz gibi ilkokul mezunu olmayan bireyleri de kapsamaktadır.

\*\*\* Analiz sonuçlarının anlamlı bir Şekilde yorumlayabilmek için ‘‘Lisansüstü’’ başlığında Doktora ve Yüksek Lisans seçenekleri birleştirilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça özel kuruluşlara olan eğilimin arttđđı gözlemlenmektedir. Buna karşılık lisansüstü eğitim haricinde eğitim seviyesi ile aile hekimliğinin tercihi arasında tersi yönde bir ilişki vardır. Devlet hastanelerine olan talepte ise çok önemli bir değişiklik gözlemlenmemektedir. Ancak eğitim seviyesi arttıkça devlet hastanesine olan talebinde azaldđđı söylenebilmektedir. Aslında bu sonuç beklentiler ile aynı paraleldedir. Çünkü eğitim seviyesi arttıkça insanların sağlığa verdikleri önem artmakta ve bireyler sadece hastalandıklarında değil rutin kontroller için de sağlık sisteminden özellikle de özel muayenehanelerden yararlanmaya başlamaktadırlar. Bu sonuca göre, aile hekimliği müessesesinin özel muayenehane gibi işlemeye başlamasını takiben, bu müesseseye olan talebinde artabileceđđi öngörülmektedir.

#### 4.2.4. One-way ANOVA ve Scheffe Testi

Genel sağlık sigortası sistemine ilişkin beşli likert tipi ölçeklerle oluşturulan değerlendirmeler ile analizin temel değişkenleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi, her bir değişkenin kendi içerisinde incelenebilmesi açısından önemlidir. Bunun için One-way ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) testinden yararlanılmıştır. Bu test ile değişkenlerin değerlendirmeler açısından kendi alt grupları itibariyle farklılık gösterip göstermediği sonucuna ulaşılabilmektedir. Ancak ANOVA testi, değişkenlerin hangi alt grupları bakımından farklılık gösterdiği hakkında ayrıntılı bir bilgi vermemektedir. Bunun için ANOVA testi sonucunda gruplar itibariyle fark tespit edilirse, farklılığın hangi alt grup ya da gruplardan kaynaklandığı çoklu karşılaştırma yöntemlerinden olan “Post-Hoc” testleri ile tespit edilir. Bu çalışmada alt grupları itibariyle farklılıklar gösterdiği tespit edilen değişkenlere “Post-Hoc” testlerinden biri olan Scheffe testi uygulanmıştır. Scheffe testiyle değişken alt gruplarının hangileri arasında değerlendirmelere ilişkin farklılık olduğu ayrıntılı bir şekilde tespit edilebilmektedir.

Aşağıda EK-2’de yer alan anketin ikinci kısmındaki değerlendirmeler ile sırasıyla yaş, eğitim düzeyi, gelir seviyesi ve eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu grupları ilişkilendirilerek, her bir grubun alt bileşenleri arasında değerlendirmeler itibariyle anlamlı bir farklılık olup olmadığı test edilmektedir. Değerlendirmeler itibariyle grup alt bileşenleri açısından farklılık gösteren değişkenlerin ortalama, örneklem ve standart sapma değerleri tespit edilmiş ve anlamlı sonuçlar elde edebilmek amacıyla her bir grubun alt bileşenlerine ilişkin Scheffe testi uygulanmıştır.

##### 4.2.4.1. Yaş Grupları ve Tercihlere İlişkin Yapılan One-way ANOVA Analizi

Genel sağlık sigortası sistemine ilişkin değerlendirmelere verilen ölçekler açısından, yaş değişkeninin alt grupları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla One-way ANOVA testi uygulanmış olup, teste ilişkin sonuçlar Tablo 17’de yer almaktadır.

**Tablo 17. Değerlendirmelere Göre Yaş Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin ANOVA Testi Sonuçları**

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F Oranı	Anlamlılık Düzeyi*
<b>D1</b>	Gruplararası	7,102	3	2,367	1,898	0,129
	Gruplarıçi	618,680	496	1,247		
	Toplam	625,782	499			
<b>D2</b>	Gruplararası	,956	3	0,319	0,241	0,868
	Gruplarıçi	655,996	496	1,323		
	Toplam	656,952	499			
<b>D3</b>	Gruplararası	14,372	3	4,791	4,352	0,005
	Gruplarıçi	545,916	496	1,101		
	Toplam	560,288	499			
<b>D4</b>	Gruplararası	6,200	3	2,067	2,262	0,080
	Gruplarıçi	453,152	496	0,914		
	Toplam	459,352	499			
<b>D5</b>	Gruplararası	3,821	3	1,274	1,209	0,306
	Gruplarıçi	522,729	496	1,054		
	Toplam	526,550	499			
<b>D6</b>	Gruplararası	12,614	3	4,205	4,683	0,003
	Gruplarıçi	445,344	496	0,898		
	Toplam	457,958	499			
<b>D7</b>	Gruplararası	1,389	3	0,463	0,597	0,617
	Gruplarıçi	384,889	496	0,776		
	Toplam	386,278	499			
<b>D8</b>	Gruplararası	12,654	3	4,218	4,251	0,006
	Gruplarıçi	492,178	496	0,992		
	Toplam	504,832	499			
<b>D9</b>	Gruplararası	11,990	3	3,997	3,779	0,011
	Gruplarıçi	524,560	496	1,058		
	Toplam	536,550	499			
<b>D10</b>	Gruplararası	7,118	3	2,373	2,597	0,052
	Gruplarıçi	453,160	496	0,914		
	Toplam	460,278	499			
<b>D11</b>	Gruplararası	2,688	3	0,896	1,177	0,318
	Gruplarıçi	377,512	496	0,761		
	Toplam	380,200	499			
<b>D12</b>	Gruplararası	12,366	3	4,122	4,226	0,006
	Gruplarıçi	483,832	496	0,975		
	Toplam	496,198	499			

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F Oranı	Anlamlılık Düzeyi*
<b>D13</b>	Gruplararası	8,466	3	2,822	3,774	0,011
	Gruplariçi	370,916	496	0,748		
	Toplam	379,382	499			
<b>D14</b>	Gruplararası	15,987	3	5,329	3,795	0,010
	Gruplariçi	696,541	496	1,404		
	Toplam	712,528	499			
<b>D15</b>	Gruplararası	2,003	3	0,668	,728	0,536
	Gruplariçi	454,789	496	0,917		
	Toplam	456,792	499			
<b>D16</b>	Gruplararası	13,958	3	4,653	3,966	0,008
	Gruplariçi	581,874	496	1,173		
	Toplam	595,832	499			
<b>D17</b>	Gruplararası	9,322	3	3,107	,937	0,423
	Gruplariçi	1645,628	496	3,318		
	Toplam	1654,950	499			
<b>D18</b>	Gruplararası	7,887	3	2,629	2,579	0,053
	Gruplariçi	505,601	496	1,019		
	Toplam	513,488	499			
<b>D19</b>	Gruplararası	14,976	3	4,992	4,961	0,002
	Gruplariçi	499,112	496	1,006		
	Toplam	514,088	499			
<b>D20</b>	Gruplararası	6,135	3	2,045	2,106	0,099
	Gruplariçi	481,615	496	0,971		
	Toplam	487,750	499			
<b>D21</b>	Gruplararası	20,188	3	6,729	4,479	0,004
	Gruplariçi	745,210	496	1,502		
	Toplam	765,398	499			
<b>D22</b>	Gruplararası	7,529	3	2,510	2,533	0,056
	Gruplariçi	491,471	496	0,991		
	Toplam	499,000	499			
<b>D23</b>	Gruplararası	5,056	3	1,685	1,742	0,157
	Gruplariçi	479,832	496	0,967		
	Toplam	484,888	499			
<b>D24</b>	Gruplararası	5,134	3	1,711	1,243	0,293
	Gruplariçi	682,738	496	1,376		
	Toplam	687,872	499			

\* Anlamlılık düzeyi % 5 ve %1'in altında çıkan yaş grupları ile değerlendirmeler arasında sistematik bir farklılığın olduğu söylenebilmektedir.

\*\* "D" ler, Sağlık sistemine ilişkin değerlendirmeleri ifade etmektedir.

Yapılan One-way ANOVA testi sonrasında 3, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 16, 19 ve 21 nolu değerlendirmelere farklı yaş gruplarınca verilen cevaplar arasında, % 1 ile % 5 anlamlılık düzeylerinde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ancak ANOVA testi ile bu

farklılıkların kaynağına ilişkin bir veri elde edilemeyeceği için, söz konusu değişkenler ile yaş gruplarına Scheffe testi uygulanmıştır. Tablo 18'de değerlendirmelere verilen derecelendirmeler açısından, aralarında anlamlı bir farklılık bulunan yaş gruplarının ortalama, örneklem büyüklüğü ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

**Tablo 18. Yaş Gruplarının Tercihlere Göre Ortalama, Örneklem ve Standart Sapma Değerleri**

Yaş Grupları	Değerler	D3	D6	D8	D9	D12
15-25	Ortalama	3,670	3,660	3,430	4,240	3,730
	Örneklem	100	100	100	100	100
	Std. Sapma	0,974	1,065	1,103	0,842	0,972
26-35	Ortalama	3,475	3,893	3,602	4,014	3,780
	Örneklem	141	141	141	141	141
	Std. Sapma	1,086	0,953	1,054	0,910	0,820
36-55	Ortalama	3,621	4,000	3,721	3,831	3,456
	Örneklem	219	219	219	219	219
	Std. Sapma	1,099	0,908	0,928	1,170	1,088
56-Yukarı	Ortalama	4,150	4,250	4,050	3,900	3,400
	Örneklem	40	40	40	40	40
	Std. Sapma	0,769	0,808	0,845	1,007	0,981
Toplam	Ortalama	3,632	3,922	3,656	3,970	3,598
	Örneklem	500	500	500	500	500
	Std. Sapma	1,059	0,957	1,005	1,036	0,997
Yaş Grupları	Değerler	D13	D14	D16	D19	D21
15-25	Ortalama	3,640	2,830	3,230	3,800	3,360
	Örneklem	100	100	100	100	100
	Std. Sapma	0,937	1,223	1,052	0,942	1,259
26-35	Ortalama	3,922	2,900	3,191	3,922	3,425
	Örneklem	141	141	141	141	141
	Std. Sapma	0,854	1,172	1,020	0,878	1,214
36-55	Ortalama	3,986	2,511	3,013	3,662	2,981
	Örneklem	219	219	219	219	219
	Std. Sapma	0,832	1,197	1,131	1,064	1,215
56-Yukarı	Ortalama	3,925	2,850	3,625	3,275	3,175
	Örneklem	40	40	40	40	40
	Std. Sapma	0,888	1,051	1,102	1,198	1,238
Toplam	Ortalama	3,894	2,712	3,156	3,732	3,198
	Örneklem	500	500	500	500	500
	Std. Sapma	0,871	1,194	1,092	1,015	1,238



### 3 nolu Değerlendirmenin Yaş Gruplarına Göre Analizi

Yapılan ANOVA testi ile *Sağlık sisteminde yapılan düzenlemelerle verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır* görüşüne verilen cevaplar yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaş gruplarının % 0,5 anlamlılık düzeyinde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Farklılığın kaynağını tespit etmek amacıyla yapılan Scheffe testinde elde edilen sonuçlar Tablo 19'da yer almaktadır.

**Tablo 19**

#### 3 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Yaş Grupları	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
26-35	141		3,4752	0.0027
36-55	219	-	3,6210	-
15-25	100	-	3,6700	-
56-Yukarı	40	4,1500	-	0.0027
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-	-

3 nolu değerlendirme (D3) için 26-35 yaş grubu ile 56 ve yukarı yaş grubu arasında % 1'den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde (0.0027) bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Nitekim Scheffe testinin sonuçlarına göre, 56 ve yukarı yaş grubunda olanların *Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır* ifadesine, 26-35 yaş grubuna göre daha olumlu cevap verdikleri görülmektedir. Bu sonuç beklentiler ile aynı paraleldedir. Şöyle ki, 56 ve yukarı yaş grubunda olan bireyler 26-35 yaş grubunda olan bireylere göre daha sık sağlık hizmetlerinden yararlanmakta, bu nedenle yapılan değişiklikleri genç nesile göre yakından takip edebilmektedir. 56 ve yukarı yaş grubunda olan bireylerin yapılan düzenlemelere daha olumlu bakmaları, sistemde gerçekleştirilen değişiklikleri birebir gözlemleyebildiklerini göstermektedir. Ayrıca, bu yaş grubuna ait sisteme ilişkin değerlendirmelerin sağlık politikalarının oluşturulma süreci açısından da son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

### 6 nolu Değerlendirmenin Yaş Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının en önemli belirleyicilerinden biri hizmet sunumundaki olumlu tavır ve samimiyettir* görüşüne verilen cevaplar yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaş gruplarının % 0.3 anlamlılık düzeyinde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farklılığın alt sebeplerini belirleyebilmek amacıyla Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 20**

#### 6 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Yaş Grupları	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
15-25	100	3,6600	-	0.033-0.012
26-35	141	3,8936	3,8936	-
36-55	219	4,0000	4,0000	0.033
56-Yukarı	40	-	4,2500	0.012
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-	-

Yapılan test sonrasında 15-25 yaş grubuyla 36-55 yaş grubu arasında 0.033 derecesinde ve 56-yukarı yaş grupları arasında 0.012 derecesinde anlamlı bir farklılığın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Scheffe testi sonucuna göre 15-25 yaşları arasındaki bireylerin, *Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının en önemli belirleyicilerinden biri hizmet sunumundaki olumlu tavır ve samimiyettir* ifadesine ilişkin derecelendirmelerinin ortalaması 3.66 iken, 36-55 yaş grubu için 4.00 ve 56-yukarı yaş grubu için 4.25'tir. Buradan 36 ve 36 yaşından büyük bireylerin hizmet sunumunda olumlu tavır ve samimiyete 15-25 yaşlarındaki bireylere göre daha fazla önem verdikleri sonucuna varılmaktadır.

### 8 nolu Değerlendirmenin Yaş Gruplarına Göre Analizi

*Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesinden sonra hizmeti veren sağlık görevlilerinin hastalara karşı tavırlarında olumlu bir düzelme gözlemlenmektedir* görüşüne verilen cevaplar, ANOVA testi ile yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaş gruplarının % 0.06 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın nedenlerini tespit edebilmek amacıyla Scheffe testi yapılmıştır.

Yapılan test sonucunda 15-25 yaş grubu ile 56 ve yukarı yaş grubu arasında, *Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesinden sonra hizmeti veren sağlık görevlilerinin hastalara karşı tavırlarında olumlu bir düzelme gözlemlenmektedir* görüşü açısından anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 21**

**8 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Yaş Grupları	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
15-25	100	-	3,4300	0.012
26-35	141	-	3,6028	-
36-55	219	3,7215	3,7215	-
56-Yukarı	40	4,0500	-	0.012
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-	-

İki grup arasındaki farklılığın anlamlılık düzeyi % 5'in altındadır (0.012). 56 ve yukarı yaş grubundaki bireyler genel sağlık sigortası ile sağlık görevlilerinin hastalara yaklaşımlarının olumlu bir şekilde gözlemlendiği hususuna 15-25 yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek derecede katılmaktadırlar. 56 ve yukarı yaşlardaki bireylerin sağlık kurumlarına daha sık gitmeleri nedeniyle sağlık hizmeti sunanlar ile daha sık yüz yüze geldikleri, bu nedenle personelin tavır ve davranışlarındaki gelişmeyi, 15-25 yaş gruplarındaki bireylere göre yakından takip edebildikleri sonucuna ulaşılabilir. Elde edilen sonuçlar beklentilerimizi desteklemektedir.

**9 nolu Değerlendirmenin Yaş Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testi ile *Hastanelerin ve diğer sağlık kurumlarının son derece kalabalık olması sağlık sisteminin en önemli problemlerindendir* görüşüne verilen cevaplar yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaş grupları alt bileşenlerinin % 1.1 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın nedenlerini tespit edebilmek için Scheffe testi uygulanmıştır.

Teste göre, 36-55 yaşlarında olan bireyler ile 15-25 yaşları arasındaki bireylerin, hastane ve diğer sağlık kurumlarının kalabalık olmasını sağlık sistemi

açısından en önemli problemler arasında görmelerine ilişkin verdikleri cevaplar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu saptanmıştır (0.013).

**Tablo 22**

**9 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Yaş Grupları	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
36-55	219	3,8311	0.013
56-Yukarı	40	3,9000	-
26-35	141	4,0142	-
15-25	100	4,2400	0.013
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-

Diğer yaş grupları arasında ise anlamlı bir farklılık yoktur. Tablo 22'ten görülebildiği gibi, 15-25 yaşlarındaki bireyler 36-55 yaşlarındaki bireylere göre sağlık kuruluşlarındaki yoğunluğun sağlık sistemi için en önemli problemlerden biri olduğu görüşüne daha fazla katılmaktadırlar. Bu sonuçlara göre 15-25 yaşlarındaki bireylerin 36-55 yaş grubundaki bireylere göre hastanelerdeki kalabalığa ve yoğunluğa daha tahammülsüz olduğu sonucuna varılabilmektedir.

**12 nolu Değerlendirmenin Yaş Gruplarına Göre Analizi**

*Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması sağlık sorunlarının gizlenmesini sağlamak ve hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemektedir* görüşüne verilen cevaplar ile bireylerin yaşlarına göre ANOVA testi yapıldığında % 0.6 anlamlılık düzeyinde yaş grupları arasında farklılık olduğu görülmektedir. Farklılığın temel nedenlerini açıklayabilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 23**

**12 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Yaş Grupları	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
56-Yukarı	40	3,4000	-
36-55	219	3,4566	0.028
15-25	100	3,7300	-
26-35	141	3,7801	0.028
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-

Yapılan test sonrasında, katılım payı uygulamasının sağlık sorunlarının gizlenerek hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemesine ilişkin olarak, 36-55 yaşlarındaki bireyler ile 26-35 yaşlarındaki bireylerin % 5 anlamlılık düzeyinde birbirlerinden farklı düşünceye sahip oldukları tespit edilmiştir (0.028). Katılım payının bireylerin hastaneye gitmelerini önlediği görüşüne 26-35 yaşlarındaki bireyler 36-55 yaşlarındaki bireylere göre daha fazla katılmaktadır. Diğer yaş grupları arasında ise bu konuya ilişkin sistematik bir farklılık sonucuna varılamamıştır.

### 13 nolu Değerlendirmenin Yaş Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Genel sağlık sigortası prim oranlarının yüksekliği ve denetim yetersizliği kayıt dışı istihdamı teşvik etmektedir* görüşüne verilen cevaplar yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaş grupları alt bileşenlerinin % 1.1 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Saptanan farklılığın temel nedenlerini belirleyebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 24**

#### 13 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Yaş Grupları	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
15-25	100	3,6400	0.012
26-35	141	3,9220	-
56-Yukarı	40	3,9250	-
36-55	219	3,9863	0.012
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-

Sigorta prim oranlarının yüksekliği ve denetim yetersizliğinin kayıt dışı istihdamı teşvik ettiği görüşüne verilen cevaplarda, 15-25 yaşlarındaki bireyler ile 36-55 yaşlarındaki bireyler arasında % 5 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu tespit edilmiştir (0.012). 36-55 yaş grubundaki insanlar bu görüşe 15-25 yaş grubundaki bireylere nazaran daha fazla katılmaktadırlar.

#### 14 nolu Değerlendirmenin Yaş Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir* görüşüne verilen cevaplar yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaş grupları alt bileşenlerinin % 1 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın hangi alt bileşenler itibariyle ortaya çıktığını belirleyebilmek için Sheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 25**

#### 14 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Yaş Grupları	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
36-55	219	2,5114	0.027
15-25	100	2,8300	-
56-Yukarı	40	2,8500	-
26-35	141	2,9007	0.027
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-

Sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsamada yeterli olduğu görüşüne genel anlamda bireylerin katılmadığı görülmektedir. Ancak 36-55 yaşlarındaki bireylerin görüşleri ile 26-35 yaşlarındaki bireylerin görüşleri arasında % 5 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu tespit edilmiştir (0.027). Konuya ilişkin olarak 26-35 yaşlarındaki bireylerin 36-55 yaşlarındaki bireylere göre ciddi bir sağlık problemi ile karşılaşma ihtimali az olduğundan değerlendirmeleri daha olumlu olmuştur. 36-55 yaş grubunun yapmış olduğu değerlendirmeler daha ciddi bulunmalı ve politikalar buna göre gözden geçirilmelidir.

#### 16 nolu Değerlendirmenin Yaş Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Genel sağlık sigortası sistemi ile getirilen sevk zinciri müessesesi etkin bir şekilde işlemektedir* görüşüne verilen cevaplar yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaş grupları alt bileşenlerinin birinin diğerinden % 0.8 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Buna ilişkin Sheffe testi sonuçları Tablo 26'da yer almaktadır.

**Tablo 26****16 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Yaş Grupları	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
36-55	219	-	3,0137	0.014
26-35	141	3,1915	3,1915	-
15-25	100	3,2300	3,2300	-
56-Yukarı	40	3,6250	-	0.014
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-	-

Buna göre sevk zinciri sisteminin etkililiğine ilişkin vatandaşların yaptıkları değerlendirmelerde 36-55 yaş grubu ile 56-yukarı grubu arasında % 5 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu tespit edilmiştir (0.014). 56-yukarı yaş grubunun 36-55 yaş grubuna göre sevk zincirinin işleyişine ilişkin daha olumlu görüşe sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu görüş beklentiler ile örtüşmekte olup, nispeten yaşlı olan vatandaşların eski sistem ile yeni sistemi karşılaştırmada ve arasındaki farkı belirlemede genç kuşağa göre daha rasyonel değerlendirmeler yapabilecekleri düşünülmektedir.

**19 nolu Değerlendirmenin Yaş Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testi ile *Sağlık sisteminde uygulanmaya çalışılan aile hekimliği kurumu kaliteli hizmet sunamadığı için etkin işlememektedir* görüşüne verilen cevaplar yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaş grupları alt bileşenlerinin en az birinin diğerinden % 0.2 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın hangi alt bileşen ya da bileşenler itibariyle gerçekleştiğini saptayabilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 27****19 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Yaş Grupları	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
56-Yukarı	40	-	3,2750	0.005
36-55	219	3,6621	3,6621	-
15-25	100	3,8000	-	-
26-35	141	3,9220	-	0.005
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-	-

Test sonucuna göre, aile hekimliğinin etkin işleyişine ilişkin değerlendirmelerde 56-yukarı yaş grubu ile 26-35 yaş grubu arasında % 1 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu saptanmıştır (0.005). Bu doğrultuda 26-35 yaş grubundaki vatandaşlar 56 yaşından büyük olan vatandaşlara göre aile hekimliğinin etkin bir şekilde işlemediğini ileri sürmektedirler. Bu sonuç beklentilerimizle bir ölçüde örtüşmemektedir. Zira, 35 yaş altındaki nüfusun ciddi sağlık sorunları ile henüz karşılaşmadıklarında aile hekimliği hakkında nispeten kolay bir değerlendirme yaptıkları düşünülmektedir.

### 21 nolu Değerlendirmenin Yaş Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır* görüşüne verilen cevaplar yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaş grupları alt bileşenlerinin en az birinin diğerinden % 0.4 anlamlılık düzeyinde farklılık arz ettiği sonucuna varılmıştır. Bu farklılığın hangi alt bileşenler arasında olduğunu tespit edebilmek amacıyla Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 28**

#### 21 nolu Değerlendirme ve Yaş Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Yaş Grupları	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
36-55	219	2,9817	0.011
56-Yukarı	40	3,1750	-
15-25	100	3,3600	-
26-35	141	3,4255	0.011
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-

Test sonucunda 36-55 yaş grubu ile 26-35 yaş grubu arasında, % 5 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu tespit edilmiştir (0.011). 26-35 yaşlarındaki kişiler 36-55 yaşlarındaki kişilere göre aile hekimlerinin tercih edilmesi görüşüne daha fazla katılmaktadırlar. Bir önceki analiz sonrasında elde edilen veriler ile bu başlıktaki bulgular birlikte değerlendirildiğinde, 26-35 yaş grubundaki kişilerin aile hekimliği müessesinin sistem içerisindeki etkinliğinin artması gerektiğini düşündüğü, ancak bu aşamada aile hekimliğinden beklenen nitelikli hizmet sunumunu göremedikleri sonucuna ulaşılmaktadır.



Ankette yer alan değerlendirmelerin yaş grupları alt bileşenleri itibariyle değerlendirmeye tutulması durumunda, özellikle genç nüfusun sağlık sisteminde yapılan değişimlere orta yaşlardaki bireylere göre daha temkinli yaklaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun temel nedeni olarak, orta yaşlardaki vatandaşların sağlık sisteminden nispeten daha fazla yararlanmaları, dolayısıyla yapılan değişimleri yakından takip edebilmeleri gösterilebilir.

#### 4.2.4.2. Eğitim Düzeyi ve Tercihlere İlişkin Yapılan One-way ANOVA Analizi

Farklı eğitim düzeyindeki bireylerin sağlık sistemindeki değişiklikleri ifade eden değerlendirmelere ilişkin derecelendirmeleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilme amacıyla one-way ANOVA testi yapılmıştır.

**Tablo 29. Tercihlere Göre Eğitim Düzeyleri Arasındaki Farklılıklara İlişkin ANOVA Testi Sonuçları**

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F Oranı	Anlamlılık Düzeyi
<b>D1</b>	Gruplararası	35,151	7	5,022	4,183	0,000
	Gruplariçi	590,631	492	1,200		
	Toplam	625,782	499			
<b>D2</b>	Gruplararası	21,070	7	3,010	2,329	0,824
	Gruplariçi	635,882	492	1,292		
	Toplam	656,952	499			
<b>D3</b>	Gruplararası	50,592	7	7,227	6,976	0,000
	Gruplariçi	509,696	492	1,036		
	Toplam	560,288	499			
<b>D4</b>	Gruplararası	12,151	7	1,736	1,910	0,066
	Gruplariçi	447,201	492	0,909		
	Toplam	459,352	499			
<b>D5</b>	Gruplararası	22,555	7	3,222	3,145	0,003
	Gruplariçi	503,995	492	1,024		
	Toplam	526,550	499			
<b>D6</b>	Gruplararası	22,498	7	3,214	3,631	0,001
	Gruplariçi	435,460	492	0,885		
	Toplam	457,958	499			
<b>D7</b>	Gruplararası	5,715	7	,816	1,055	0,391
	Gruplariçi	380,563	492	0,774		
	Toplam	386,278	499			
<b>D8</b>	Gruplararası	30,839	7	4,406	4,573	0,000
	Gruplariçi	473,993	492	0,963		
	Toplam	504,832	499			
<b>D9</b>	Gruplararası	12,249	7	1,750	1,642	0,121
	Gruplariçi	524,301	492	1,066		
	Toplam	536,550	499			
<b>D10</b>	Gruplararası	24,512	7	3,502	3,954	0,000
	Gruplariçi	435,766	492	0,886		
	Toplam	460,278	499			
<b>D11</b>	Gruplararası	4,713	7	0,673	0,882	0,520
	Gruplariçi	375,487	492	0,763		
	Toplam	380,200	499			

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F Oranı	Anlamlılık Düzeyi
<b>D12</b>	Gruplararası	18,390	7	2,627	2,705	0,089
	Gruplariçi	477,808	492	0,971		
	Toplam	496,198	499			
<b>D13</b>	Gruplararası	16,950	7	2,421	3,287	0,002
	Gruplariçi	362,432	492	0,737		
	Toplam	379,382	499			
<b>D14</b>	Gruplararası	41,171	7	5,882	4,310	0,000
	Gruplariçi	671,357	492	1,365		
	Toplam	712,528	499			
<b>D15</b>	Gruplararası	38,764	7	5,538	6,518	0,000
	Gruplariçi	418,028	492	0,850		
	Toplam	456,792	499			
<b>D16</b>	Gruplararası	44,227	7	6,318	5,635	0,000
	Gruplariçi	551,605	492	1,121		
	Toplam	595,832	499			
<b>D17</b>	Gruplararası	15,384	7	2,198	0,659	0,706
	Gruplariçi	1639,566	492	3,332		
	Toplam	1654,950	499			
<b>D18</b>	Gruplararası	20,140	7	2,877	2,869	0,006
	Gruplariçi	493,348	492	1,003		
	Toplam	513,488	499			
<b>D19</b>	Gruplararası	22,455	7	3,208	3,210	0,052
	Gruplariçi	491,633	492	0,999		
	Toplam	514,088	499			
<b>D20</b>	Gruplararası	5,134	7	0,733	0,748	0,632
	Gruplariçi	482,616	492	0,981		
	Toplam	487,750	499			
<b>D21</b>	Gruplararası	30,039	7	4,291	2,871	0,006
	Gruplariçi	735,359	492	1,495		
	Toplam	765,398	499			
<b>D22</b>	Gruplararası	31,125	7	4,446	4,676	0,000
	Gruplariçi	467,875	492	0,951		
	Toplam	499,000	499			
<b>D23</b>	Gruplararası	10,820	7	1,546	1,604	0,132
	Gruplariçi	474,068	492	0,964		
	Toplam	484,888	499			
<b>D24</b>	Gruplararası	41,708	7	5,958	4,537	0,000
	Gruplariçi	646,164	492	1,313		
	Toplam	687,872	499			

\* Anlamlılık düzeyi % 5 ve %1'in altında çıkan yaş grupları ile değerlendirmeler arasında sistematik bir farklılığın olduğu söylenebilmektedir.

\*\* "D" ler Sağlık sistemine ilişkin değerlendirmeleri ifade etmektedir.

Yapılan teste ilişkin sonuçlar Tablo 29’da yer almaktadır. Test sonrasında 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22 ve 24 nolu değerlendirmelere, değişik eğitim düzeyi gruplarınca verilen cevaplar arasında, “% 1 ile % 5” anlamlılık düzeylerinde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ancak ANOVA testi ile bu farklılıkların kaynağına ilişkin bir detay elde edilemeyeceği için söz konusu değişkenler ile eğitim düzeyi gruplarına ilişkin Scheffe testi uygulanmıştır.

**Tablo 30. Eğitim Düzeylerinin Tercihlere Göre Ortalama, Örneklem ve Standart Sapma Değerleri**

Eğitim Düzeyi	Değerler	D1	D3	D5	D6	D8	D10	D13
İlkokul	Ortalama	4,107	4,119	4,035	4,142	4,059	4,250	4,012
	Örneklem	84	84	84	84	84	84	84
	Std. Sapma	0,836	0,718	0,842	0,793	0,750	0,637	0,814
Ortaokul	Ortalama	4,043	3,938	4,282	4,087	3,695	4,021	4,000
	Örneklem	46	46	46	46	46	46	46
	Std. Sapma	0,917	0,952	0,860	1,007	0,812	0,856	0,989
Lise	Ortalama	3,689	3,652	3,841	3,634	3,652	4,018	3,830
	Örneklem	164	164	164	164	164	164	164
	Std. Sapma	1,088	1,060	0,965	1,003	1,036	0,962	0,897
Yüksek okul	Ortalama	3,515	3,390	3,703	4,000	3,593	3,593	3,625
	Örneklem	64	64	64	64	64	64	64
	Std. Sapma	1,168	1,063	1,230	0,854	0,954	1,136	0,882
Üniversite	Ortalama	3,457	3,341	3,596	4,038	3,426	3,860	3,922
	Örneklem	129	129	129	129	129	129	129
	Std. Sapma	1,250	1,135	1,093	0,938	1,088	1,021	0,796
Yüksek Lisans	Ortalama	3,875	3,250	3,750	4,250	3,875	4,500	5,000
	Örneklem	8	8	8	8	8	8	8
	Std. Sapma	1,246	0,886	1,035	1,035	1,356	0,534	0,000
Doktora	Ortalama	2,000	1,500	3,000	3,500	1,500	2,500	4,000
	Örneklem	2	2	2	2	2	2	2
	Std. Sapma	0,000	0,707	1,414	2,121	0,707	0,707	0,000
Diğer	Ortalama	3,666	4,333	4,000	3,666	4,000	3,666	4,000
	Örneklem	3	3	3	3	3	3	3
	Std. Sapma	1,527	0,577	1,000	1,154	0,000	0,577	1,000
Toplam	Ortalama	3,706	3,632	3,830	3,922	3,656	3,962	3,894
	Örneklem	500	500	500	500	500	500	500
	Std. Sapma	1,119	1,059	1,027	0,957	1,005	0,960	0,872

<b>Eğitim Düzeyi</b>	<b>Değerler</b>	<b>D14</b>	<b>D15</b>	<b>D16</b>	<b>D18</b>	<b>D21</b>	<b>D22</b>	<b>D24</b>
İlkokul	<b>Ortalama</b>	2,464	4,690	3,535	4,285	2,928	3,738	2,642
	<b>Örneklem</b>	84	84	84	84	84	84	84
	<b>Std. Sapma</b>	1,134	0,676	0,987	0,737	1,200	0,865	0,989
Ortaokul	<b>Ortalama</b>	3,043	4,239	3,543	4,130	3,630	3,760	2,500
	<b>Örneklem</b>	46	46	46	46	46	46	46
	<b>Std. Sapma</b>	1,281	0,873	1,109	1,002	0,951	0,992	1,345
Lise	<b>Ortalama</b>	3,018	4,280	3,237	3,951	3,426	3,603	2,993
	<b>Örneklem</b>	164	164	164	164	164	164	164
	<b>Std. Sapma</b>	1,265	0,832	1,014	0,989	1,292	0,897	1,169
Yüksek okul	<b>Ortalama</b>	2,687	3,843	2,984	3,656	3,093	3,265	3,312
	<b>Örneklem</b>	64	64	64	64	64	64	64
	<b>Std. Sapma</b>	1,167	1,101	1,133	1,129	1,064	1,130	1,081
Üniversite	<b>Ortalama</b>	2,442	3,938	2,782	3,845	2,984	3,271	3,131
	<b>Örneklem</b>	129	129	129	129	129	129	129
	<b>Std. Sapma</b>	1,038	1,051	1,103	1,100	1,292	1,051	1,168
Yüksek Lisans	<b>Ortalama</b>	2,125	4,000	2,500	4,125	3,125	3,125	3,625
	<b>Örneklem</b>	8	8	8	8	8	8	8
	<b>Std. Sapma</b>	0,641	1,309	1,069	0,991	1,356	0,991	0,916
Doktora	<b>Ortalama</b>	1,500	4,000	3,000	4,500	3,000	1,500	5,000
	<b>Örneklem</b>	2	2	2	2	2	2	2
	<b>Std. Sapma</b>	0,707	0,000	1,414	0,707	1,414	0,707	0,000
Diğer	<b>Ortalama</b>	2,334	4,333	3,667	4,666	3,333	4,333	3,000
	<b>Örneklem</b>	3	3	3	3	3	3	3
	<b>Std. Sapma</b>	1,155	1,154	0,577	0,577	1,154	0,577	1,732
Toplam	<b>Ortalama</b>	2,712	4,196	3,156	3,968	3,198	3,500	2,984
	<b>Örneklem</b>	500	500	500	500	500	500	500
	<b>Std. Sapma</b>	1,195	0,956	1,092	1,014	1,238	1,000	1,174

Tablo 30'da, değerlendirmelere verilen derecelendirmeler açısından aralarında anlamlı bir farklılık bulunan eğitim düzeyi gruplarının ortalama, örneklem ve standart sapma değerlerine ilişkin veriler yer almaktadır.

### 1 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testiyle, *Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu ve farklılığın tespiti için Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 31**

#### 1 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Eğitim Düzeyi	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Doktora	2	-	2,0000	-
Üniversite	129	3,4574	3,4574	0.014
Yüksekokul	64	3,5156	3,5156	-
Diğer	3	3,6667	3,6667	-
Lise	164	3,6890	3,6890	-
Yüksek lisans	8	3,8750	3,8750	-
Ortaokul	46	4,0435	4,0435	-
İlkokul	84	4,1071	-	0.014
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-	-

Scheffe testine göre ilkokul ile üniversite mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde bir farklılık tespit edilmiştir (0.014). İlkokul mezunlarının genel sağlık sigortası sistemi ile sağlık güvencesinin arttığı değerlendirmesine üniversite mezunlarına göre daha olumlu baktıkları görülmektedir.

### 3 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testiyle *Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklılık gösterdiği saptanmış olup farklılığın tespiti için Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 32****3 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Eğitim Düzeyi	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Doktora	2	-	1,5000	-
Yüksek lisans	8	3,2500	3,2500	-
Üniversite	129	3,3411	3,3411	0.000
Yüksekokul	64	3,3906	3,3906	0.010
Lise	164	3,6524	-	-
Ortaokul	46	3,9348	-	-
İlkokul	84	4,1190	-	0.010-0.000
Diğer	3	4,3333	-	-
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-	-

Scheffe testine göre, ilkokul ile yüksekokul mezunlarının değerlendirmeleri arasında % 5 anlamlılık düzeyinde bir farklılık tespit edilmiştir (0.010). Ayrıca üniversite ile ilkokul mezunlarının verdikleri cevaplarında da % 1 anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu görülmüştür (0.000). İlkokul mezunlarının sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlandığı görüşüne yüksekokul ve üniversite mezunlarına göre daha olumlu değerlendirmeler yaptıkları görülmektedir.

**5 nolu Değerlendirme ve Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testi ile *Sağlık kurumlarınca sağlanan hizmetlerde farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri hastanelerdeki yoğunluğu azaltmıştır* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 0.3 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın tespiti için Scheffe testi yapılmıştır.

Scheffe testine göre, ortaokul ile üniversite mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde bir farklılık tespit edilmiştir (0.031). Ortaokul mezunlarının, yapılan düzenlemelerle birlikte hastanelerdeki yoğunluğun azaldığı değerlendirilmesine üniversite mezunlarına göre daha olumlu baktıkları görülmektedir. Yapılan analize göre diğer eğitim düzeyi grupları arasında ise anlamlı bir farklılık çıkmamıştır.

**Tablo 33****5 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Eğitim Düzeyi	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Doktora	2	3,0000	-
Üniversite	129	3,5969	0.031
Yüksekokul	64	3,7031	-
Yüksek lisans	8	3,7500	-
Lise	164	3,8415	-
Diğer	3	4,0000	-
İlkokul	84	4,0357	-
Ortaokul	46	4,2826	0.031
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-

Bir önceki bölümde eğitim seviyesi ile tercih edilen sağlık kurumu arasındaki ilişkinin incelendiği Ki-Kare testi sonucuna göre, eğitim seviyesi nispeten düşük olan bireylerin daha çok devlet hastaneleri ve sağlık ocaklarından hizmet talep ettiği sonucuna varılmıştı. Buna karşılık, aynı analizde, üniversite mezunlarının ise genelde özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık sisteminde yapılan değişiklik ile vatandaşların özel ya da kamusal, istedikleri kurumlardan hizmet almaya başlamaları ile birlikte devlet hastanelerindeki ve sağlık ocaklarındaki yoğunluk azalırken, özel sağlık kuruluşlarında yoğunluk artmıştır. Buna bağlı olarak nispeten düşük eğitim seviyesindeki bireyleri temsil eden ortaokul mezunu bireyler, hizmet taleplerinde genelde kamu kurumlarını tercih ettikleri için, özel kurumları tercih eden üniversite mezunlarına göre sistemde yoğunluğun azaldığı görüşüne daha fazla katılmaktadırlar.

**6 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testi ile *Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının en önemli belirleyicilerinden biri hizmet sunumundaki olumlu tavır ve samimiyettir* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 0.1 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.



**Tablo 34**  
**6 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

<b>Eğitim Düzeyi</b>	<b>Örneklem</b>	<b>1</b>	<b>Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi</b>
<b>Doktora</b>	2	3,5000	-
<b>Lise</b>	164	3,6341	0.025
<b>Diğer</b>	3	3,6667	-
<b>Yüksekokul</b>	64	4,0000	-
<b>Üniversite</b>	129	4,0388	-
<b>Ortaokul</b>	46	4,0870	-
<b>İlkokul</b>	84	4,1429	0.025
<b>Yüksek lisans</b>	8	4,2500	-
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-

Scheffe testine göre ilkokul ile lise mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5 anlamlık düzeyinde bir farklılık tespit edilmiştir (0.025). İlkokul mezunlarının sağlık sisteminden yararlanılıp yararlanılmamasını belirleyen en önemli belirleyicilerin başında hizmeti sunanların samimi tavır ve davranışları olduğu görüşüne katılım oranları lise mezunlarına göre daha yüksektir. Yapılan analize göre diğer eğitim düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık çıkmamıştır.

### 8 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesinden sonra hizmeti veren sağlık görevlilerinin hastalara karşı tavırlarında olumlu bir düzelme gözlemlenmektedir* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 1'in altındaki bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın temel nedenlerini irdeleyebilmek amacıyla Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 35**

#### 8 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Eğitim Seviyesi	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Doktora	2	-	1,5000	-
Üniversite	129	3,4264	-	0.004
Yüksekokul	64	3,5938	-	-
Lise	164	3,6524	-	-
Ortaokul	46	3,6957	-	-
Yüksek lisans	8	3,8750	-	-
Diğer	3	4,0000	-	-
İlkokul	84	4,0595	-	0.004
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-	-

Scheffe testine göre, ilkokul ile üniversite mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 1 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (0.004). İlkokul mezunlarının sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler sonrasında sağlık personelinin tavır ve davranışlarında olumlu bir gelişme olduğu görüşüne üniversite mezunlarına göre daha fazla katıldıkları görülmektedir. Bu sonuca göre, üniversite eğitimi almış olan bireylerin sağlık sisteminde hizmet sunumu açısından beklentilerinin ilkokul mezunlarına göre daha fazla olduğu yorumu yapılabilmektedir. Yapılan analiz sonucunda diğer eğitim düzeyi grupları arasında ise anlamlı bir farklılık çıkmamıştır.

### 10 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak*

*genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıydı* görüşüne verilen cevaplar, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 1'in altında bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmış olup sonuçları Tablo 36'da yer almaktadır.

**Tablo 36**

**10 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Eğitim Düzeyi	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Doktora	2	-	2,5000	-
Yüksekokul	64	3,5938	3,5938	0.015
Diğer	3	3,6667	3,6667	-
Üniversite	129	3,8605	3,8605	-
Lise	164	4,0183	4,0183	-
Ortaokul	46	4,0217	4,0217	-
İlkokul	84	4,2500	4,2500	0.015
Yüksek lisans	8	4,5000	-	-
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-	-

Scheffe testine göre, ilkokul ile yüksekokul mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu (0.015) ve diğer eğitim düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır.

**13 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testiyle *Genel sağlık sigortası prim oranlarının yüksekliği ve denetim yetersizliği kayıt dışı istihdamı teşvik etmektedir* görüşüne eğitim grubu alt bileşenleri arasında % 0.2 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

Scheffe testine göre, yüksekokul ile yüksek lisans mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (0.012). Yüksek lisans mezunları *Genel sağlık sigortası prim oranlarının yüksekliği ve denetim yetersizliği kayıt dışı istihdamı teşvik etmektedir* görüşüne tam olarak katılmaktadır.

**Tablo 37****13 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Eğitim Düzeyi	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
<b>Yüksekokul</b>	64	3,6250	0.012
<b>Lise</b>	164	3,8293	-
<b>Üniversite</b>	129	3,9225	-
<b>Ortaokul</b>	46	4,0000	-
<b>Doktora</b>	2	4,0000	-
<b>Diğer</b>	3	4,0000	-
<b>İlkokul</b>	84	4,0119	-
<b>Yüksek lisans</b>	8	5,0000	0.012
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-

Yapılan test bağlamında, prim oranlarının yüksekliği ile denetim yetersizliğinin kayıt dışı istihdamı teşvik ettiği doğrultusundaki değerlendirmeye genel anlamda vatandaşların katıldığı görülmektedir. Ancak yüksek lisans mezunları ile yüksekokul mezunlarının bu bağlamda karşılaştırılması örneklem büyüklükleri göz önüne alındığında sistematik bir ilişkiyi tam olarak yansıtmamaktadır. Çünkü yüksekokul mezunlarının sayısı yüksek lisans mezunlarının sekiz katı daha fazladır. Bunun yanında yüksek lisans mezunlarının örneklem büyüklüğü de etkin bir karşılaştırma yapılabilmesi açısından çok küçüktür.

**14 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testi ile *Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 0.2 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

Scheffe testine göre lise ile üniversite mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (0.015). Üniversite mezunlarının *Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir* görüşüne olumsuz yaklaştığı, lise mezunlarının ise daha olumlu bir tavır sergiledikleri anlaşılmaktadır.

**Tablo 38****14 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Eğitim Düzeyi	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Doktora	2	1,5000	-
Yüksek lisans	8	2,1250	-
Diğer	3	2,3333	-
Üniversite	129	2,4419	0.015
İlkokul	84	2,4643	-
Yüksekokul	64	2,6875	-
Lise	164	3,0183	0.015
Ortaokul	46	3,0435	-
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-

Yapılan test sonucunda bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça sağlık sisteminden beklentileri artacağı için, sistemin sağlık risklerini kapsadığı doğrultusundaki düşünceye katılım oranlarının düştüğü görülmektedir. Bu sonuç beklentiler ile aynı paraleldedir. Çünkü bireylerin eğitim seviyesinin artması ile birlikte sağlık hakkındaki bilgi birikimleri artacak, dolayısıyla sistemden beklentileri çoğalacaktır.

**15 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testi ile *Gelir düzeyi yetersiz bireylerin ve 18 yaşın altındaki çocuklarının devletçe genel sağlık sigortası kapsamına alınması olumlu bir gelişmedir* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Saptanan farklılığın alt nedenlerinin anlaşılabilmesi için ise Scheffe testi yapılmış olup elde edilen veriler aşağıdaki Tablo 39'da yer almaktadır. .

**Tablo 39****15 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Eğitim Seviyesi	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
<b>Yüksekokul</b>	64	3,8438	0.000
<b>Üniversite</b>	129	3,9380	0.000
<b>Yüksek lisans</b>	8	4,0000	-
<b>Doktora</b>	2	4,0000	-
<b>Ortaokul</b>	46	4,2391	-
<b>Lise</b>	164	4,2805	-
<b>Diğer</b>	3	4,3333	-
<b>İlkokul</b>	84	4,6905	0.000
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-

Scheffe testine göre ilkokul ile yüksekokul ve ilkokul ile üniversite mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 1 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (0.000). İlkokul mezunları, *Gelir düzeyi yetersiz bireylerin ve 18 yaşın altındaki çocuklarının devletçe genel sağlık sigortası kapsamına alınması olumlu bir gelişmedir* görüşüne için katılım ortalamaları 4.690 iken, üniversite mezunlarının ortalaması 3.938 ve yüksekokul mezunlarının ortalaması 3.843'tür. Bu değerlendirme bireylerin eğitim durumları itibariyle ele alındığında, toplum açısından yapılan düzenlemeye olumlu bir şekilde yaklaşıldığı sonucuna ulaşılmaktadır. Ancak ilkokul mezunlarının bu düzenlemenin olumlu bir girişim olduğuna en fazla katılan alt bileşen olduğunu söylemek mümkündür.

**16 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testi ile *Genel sağlık sigortası sistemi ile getirilen sevk zinciri müessesesi etkin bir şekilde işlemektedir* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 40****16 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Eğitim Seviyesi	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Yüksek lisans	8	2,5000	-
Üniversite	129	2,7829	0.016-0.001
Yüksekokul	64	2,9844	-
Doktora	2	3,0000	-
Lise	164	3,2378	-
İlkokul	84	3,5357	0.001
Ortaokul	46	3,5435	0.016
Diğer	3	3,6667	-
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Scheffe testine göre üniversite ile ortaokul mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5 (0.001), ilkokul ile üniversite mezunlarının verdikleri cevaplar arasında ise % 1 (0.016) anlamlık düzeyinde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak ilkokul ve ortaokul mezunlarının üniversite mezunlarına göre sevk zincirinin etkin bir şekilde işlediği görüşüne daha olumlu baktıkları anlaşılmaktadır.

**18 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testi ile *Yeni sistemin en olumlu yönlerinden biri de tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesidir* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 0.6 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

Scheffe testine göre ilkokul ile yüksekokul mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5 (0.047), ilkokul ile üniversite mezunlarının verdikleri cevaplar arasında ise % 1 (0.001) anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Test sonucuna göre ilaçlara erişimin kolaylaşmasını yeni sistemin en önemli getirilerinden biri olarak nitelendiren görüşe, ilkokul mezunları gerek üniversite ve gerekse yüksekokul mezunlarına nazaran daha fazla katılmaktadır.

**Tablo 41****18 nolu Değerlendirme ve Eğitim Gruplarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Eğitim Seviyesi	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
<b>Yüksekokul</b>	64	3,6563	0.047
<b>Üniversite</b>	129	3,8450	0.001
<b>Lise</b>	164	3,9512	-
<b>Yüksek lisans</b>	8	4,1250	-
<b>Ortaokul</b>	46	4,1304	-
<b>İlkokul</b>	84	4,2857	0.047-0.001
<b>Doktora</b>	2	4,5000	-
<b>Diğer</b>	3	4,6667	-
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-

**21 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testi ile *Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 0.6 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

Yapılan Scheffe testi sonrasında eğitim durumu kategorileri karşılaştırmalı olarak incelenmiş, ancak her birinin anlamlılık düzeyleri % 5'ten büyük olduğu için alt kategorilere göre *Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır* görüşüne ilişkin anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Tablo 30'da yer alan sonuçlara göre ortaokul ve lise mezunları dışındaki eğitim seviyesine sahip bireylerin bu konuda genel olarak kararsız oldukları sonucuna varılabilmektedir. Lise ve ortaokul mezunlarının ise kısmen bu değerlendirmeye katıldıkları görülmektedir. Bu şekildeki bir sonucun nedeni olarak, aile hekimliği müessesesinin henüz çok yeni çerçevesinin tam olarak belirlenememiş olmasından ileri geldiği düşünülmektedir.



## 22 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha küçük bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

Scheffe testi sonrasında eğitim durumu kategorileri karşılaştırmalı olarak incelenmiş ancak her birinin anlamlılık düzeyleri % 5'ten büyük olduğu için kategorilere göre *Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır* görüşüne ilişkin anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Tablo 30'da yer alan ortalama değerleri göz önüne alındığında ilkökul, ortaokul ve lise mezunları ile eğitim seviyesini diğer kategorisinde tanımlayan bireyler sağlık sisteminin yakın gelecekte etkin bir şekilde işleyeceği görüşüne katılırlarken, yüksek öğrenim görmüş bireylerin ise bu konuda daha karamsar oldukları görülmektedir.

## 24 nolu Değerlendirmenin Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir* görüşüne verilen cevaplar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, eğitim grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha küçük bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

Scheffe testi sonrasında eğitim durumu kategorileri karşılaştırmalı olarak incelenmiş ancak her birinin anlamlılık düzeyleri % 5'ten büyük olduğu için kategorilere göre *Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir* görüşüne ilişkin anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak Tablo 30'daki ortalama değerlerine göre ilkökul, ortaokul ve lise mezunlarının bu görüşe katılmadıkları, yüksek öğrenim gören bireylerin ise bu görüşle aynı paralelde düşünmeye sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Eğitim seviyesi alt kategorileri ile ankette yer alan değerlendirmelerin bir arada ele alınarak analiz edildiği one-way ANOVA ve Scheffe testlerine göre, eğitim seviyesi farklılaştıka bireylerin sağlık sistemine bakış açıları ve beklentilerinin değiştiği görülmektedir. Özellikle yüksek öğrenim görmüş vatandaşların sağlık sisteminde yapılan değişikliklere genel anlamda temkinli yaklaştıkları ve birçok hususta memnuniyet derecelerinin düşük olduğu sonucuna varılırken, yüksek öğrenim görmemiş bireylerin ise yapılan değişiklere karşı düşüncelerinin daha olumlu olduğu tespit edilmektedir.

#### **4.2.4.3. Gelir Seviyesi ve Tercihlere İlişkin Yapılan One-way ANOVA Analizi**

Farklı gelir seviyesindeki bireylerin sağlık sistemindeki değişikliklere ilişkin değerlendirmeleri derecelendirmeleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını saptayabilme amacıyla one-way ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan teste ilişkin sonuçlar Tablo 42'de gösterilmektedir.

**Tablo 42. Tercihlere Göre Gelir Seviyeleri Arasındaki Farklılıklara İlişkin ANOVA Testi Sonuçları**

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F Oranı	Anlamlılık Düzeyi
<b>D1</b>	Gruplararası	20,013	4	5,003	4,088	0,053
	Gruplarıçi	605,769	495	1,224		
	Toplam	625,782	499			
<b>D2</b>	Gruplararası	6,735	4	1,684	1,282	0,276
	Gruplarıçi	650,217	495	1,314		
	Toplam	656,952	499			
<b>D3</b>	Gruplararası	22,066	4	5,516	5,073	0,101
	Gruplarıçi	538,222	495	1,087		
	Toplam	560,288	499			
<b>D4</b>	Gruplararası	10,745	4	2,686	2,964	0,219
	Gruplarıçi	448,607	495	0,906		
	Toplam	459,352	499			
<b>D5</b>	Gruplararası	30,318	4	7,579	7,561	0,000
	Gruplarıçi	496,232	495	1,002		
	Toplam	526,550	499			
<b>D6</b>	Gruplararası	5,131	4	1,283	1,402	0,232
	Gruplarıçi	452,827	495	0,915		
	Toplam	457,958	499			
<b>D7</b>	Gruplararası	5,055	4	1,264	1,641	0,163
	Gruplarıçi	381,223	495	0,770		
	Toplam	386,278	499			
<b>D8</b>	Gruplararası	4,580	4	1,145	1,133	0,340
	Gruplarıçi	500,252	495	1,011		
	Toplam	504,832	499			
<b>D9</b>	Gruplararası	10,511	4	2,628	2,473	0,054
	Gruplarıçi	526,039	495	1,063		
	Toplam	536,550	499			
<b>D10</b>	Gruplararası	28,884	4	7,221	8,286	0,000
	Gruplarıçi	431,394	495	0,872		
	Toplam	460,278	499			
<b>D11</b>	Gruplararası	6,188	4	1,547	2,047	0,087
	Gruplarıçi	374,012	495	0,756		
	Toplam	380,200	499			
<b>D12</b>	Gruplararası	12,790	4	3,197	3,274	0,012
	Gruplarıçi	483,408	495	0,977		
	Toplam	496,198	499			

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F Oranı	Anlamlılık Düzeyi
<b>D13</b>	Gruplararası	3,675	4	0,919	1,211	0,305
	Gruplariçi	375,707	495	0,759		
	Toplam	379,382	499			
<b>D14</b>	Gruplararası	25,925	4	6,481	4,673	0,001
	Gruplariçi	686,603	495	1,387		
	Toplam	712,528	499			
<b>D15</b>	Gruplararası	16,221	4	4,055	4,556	0,201
	Gruplariçi	440,571	495	0,890		
	Toplam	456,792	499			
<b>D16</b>	Gruplararası	42,106	4	10,526	9,410	0,089
	Gruplariçi	553,726	495	1,119		
	Toplam	595,832	499			
<b>D17</b>	Gruplararası	22,730	4	5,683	1,723	0,143
	Gruplariçi	1632,220	495	3,297		
	Toplam	1654,950	499			
<b>D18</b>	Gruplararası	16,752	4	4,188	4,173	0,072
	Gruplariçi	496,736	495	1,004		
	Toplam	513,488	499			
<b>D19</b>	Gruplararası	3,198	4	0,799	0,775	0,542
	Gruplariçi	510,890	495	1,032		
	Toplam	514,088	499			
<b>D20</b>	Gruplararası	0,818	4	0,204	0,208	0,934
	Gruplariçi	486,932	495	0,984		
	Toplam	487,750	499			
<b>D21</b>	Gruplararası	36,335	4	9,084	6,168	0,000
	Gruplariçi	729,063	495	1,473		
	Toplam	765,398	499			
<b>D22</b>	Gruplararası	12,047	4	3,012	3,062	0,116
	Gruplariçi	486,953	495	0,984		
	Toplam	499,000	499			
<b>D23</b>	Gruplararası	2,553	4	0,638	0,655	0,624
	Gruplariçi	482,335	495	0,974		
	Toplam	484,888	499			
<b>D24</b>	Gruplararası	32,603	4	8,151	6,157	0,000
	Gruplariçi	655,269	495	1,324		
	Toplam	687,872	499			

\* Anlamlılık düzeyi % 5 ve %1'in altında çıkan yaş grupları ile değerlendirmeler arasında sistematik bir farklılığın olduğu söylenebilmektedir.

\*\* "D" ler Sağlık sistemine ilişkin değerlendirmeleri göstermektedir.

ANOVA testi sonrasında 5, 10, 12, 14, 21 ve 24 nolu değerlendirmelere değişik gelir gruplarınca verilen cevaplar arasında, "% 1 ile % 5" anlamlılık

düzeylerinde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ancak ANOVA testi ile bu farklılıkların kaynağına ilişkin bir ayrıntı elde edilemeyeceği için Scheffe testi uygulanmıştır. Tablo 43’de değerlendirmelere verilen derecelendirmeler açısından aralarında anlamlı bir farklılık çıkan gelir düzeylerinin ortalama, örneklem büyüklüğü ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

**Tablo 43. Farklı Gelir Düzeylerinin Tercihlere Göre Ortalama, Örneklem ve Standart Sapma Değerleri**

Gelir Düzeyleri	Değerler	D5	D10	D12	D14	D21	D24
530 TL' den az	Ortalama	4,0656	4,0656	3,7377	2,8197	3,5902	2,6066
	Örneklem	61	61	61	61	61	61
	Std. Sapma	1,0306	0,8537	1,0312	1,3355	1,2566	1,1730
531-1000	Ortalama	4,0205	4,2103	3,7231	2,9538	3,4103	2,8051
	Örneklem	195	195	195	195	195	195
	Std. Sapma	0,7318	0,7264	0,8586	1,2069	1,2039	1,1766
1001-2000	Ortalama	3,5550	3,7050	3,4050	2,5300	2,9200	3,2600
	Örneklem	200	200	200	200	200	200
	Std. Sapma	1,2059	1,0834	1,0894	1,0885	1,1919	1,1263
2001-4000	Ortalama	3,5909	3,6364	3,8182	2,2273	2,8636	3,2727
	Örneklem	22	22	22	22	22	22
	Std. Sapma	1,0537	1,3988	1,0064	1,0660	1,3556	1,1621
Diğer	Ortalama	4,2273	4,1364	3,6364	2,4091	3,0909	2,8182
	Örneklem	22	22	22	22	22	22
	Std. Sapma	0,8691	0,7101	0,9534	1,3330	1,2309	1,0527
Toplam	Ortalama	3,8300	3,9620	3,5980	2,7120	3,1980	2,9840
	Örneklem	500	500	500	500	500	500
	Std. Sapma	1,0272	0,9604	0,9971	1,1949	1,2384	1,1741

### 5 nolu Değerlendirmenin Gelir Seviyesi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri sayesinde sağlık kuruluşlarındaki yoğunluk azalmıştır* görüşüne verilen cevaplar gelir seviyesine göre değerlendirildiğinde, gelir grubu alt bileşenlerinin % 1’den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklılık arz ettiği saptanmıştır.

Scheffe testine göre, gelir seviyesi 1001-2000 olanlar ile 530 TL’den az olanlar arasında % 5 (0.017) anlamlılık düzeyinde, gelir seviyesi 531-1000 olanlar ile

1001-2000 TL olanlar arasında da % 1 (0.000) anlamlılık düzeyinde istatistiksel farklılık tespit edilmiştir.

**Tablo 44**

**5 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Gelir Düzeyi	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
1001-2000 TL	200	-	3,5550	0.017-0.000
2001-4000 TL	22	3,5909	3,5909	-
531-1000 TL	195	4,0205	4,0205	0.000
530 TL'den az	61	4,0656	4,0656	0.017
Diger	22	4,2273	-	-
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-	-

Tablo 44'de, gelir seviyesi düştükçe ilgili görüşe ilişkin daha olumlu yaklaşıldığı kategorilerin ortalamalarına bakılarak anlaşılmaktadır. Nitekim gelir seviyesi 530 TL'den az olanların ortalaması 4.065 iken, gelir seviyesi 531-1000 TL olanların ortalaması 4.020 ve geliri 1001-2000 TL arasında olanların ortalaması ise 3.555 olarak bulunmuştur.

Tablo 45, Scheffe testiyle elde edilen sonuçlar doğrultusunda, değişik gelir sahiplerinin *Farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri sayesinde sağlık kuruluşlarındaki yoğunluk azalmıştır* görüşüne ilişkin katılma oranlarını göstermektedir.

**Tablo 45**

**Farklı Gelir Düzeylerine Göre 5 nolu Değerlendirmenin Dağılımı**

	Gelir Düzeyi		
	530 TL'den az	531-1000 TL	1001-2000 TL
<b>Katılmıyorum</b>	8,20	4,10	24,50
<b>Kararsızım</b>	14,75	13,33	13,00
<b>Katılıyorum</b>	77,05	82,56	62,50
<b>Toplam</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Görüldüğü gibi gelir seviyesi 1000 TL'nin altında olan bireylerin söz konusu görüşe katılmama oranları, gelir seviyesi 1001-2000 TL arasında olan bireylere göre daha azdır. Buna karşılık, aynı grubun bahsedilen görüşe katılım yüzdeleri ise gelir seviyesi 1001-2000 TL arasında olanlara göre daha fazladır. Bu sonuç beklentileri

desteklemektedir. Çünkü gelir düzeyi ile tercih edilen sağlık kurumu arasındaki ilişkiyi gösteren Ki-Kare ve Cramer's V testlerinin sonuçlarından hatırlanacağı üzere, gelir seviyesi yüksek olan kişilerin daha çok özel sağlık kuruluşlarından yararlanmaları söz konusu iken, gelir düzeyi düşük olan bireylerin ise çoğunlukla kamu sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Sistemde yapılan değişim ile kamu sağlık kurumlarındaki aşırı yoğunluğun bir kısmı özel sağlık kuruluşlarına kaymıştır. Bu şekilde kamu sağlık kuruluşlarındaki yoğunluk azalmış, özel sağlık kuruluşlarındaki yoğunluk ise nispeten artmıştır. Elde edilen sonuçta bu bulguların bir yansımasıdır.

### 10 nolu Değerlendirmenin Gelir Seviyesi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmaları* görüşüne verilen cevaplar gelir seviyesine göre değerlendirildiğinde, gelir grubu alt bileşenlerinin % 1'den düşük anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla Scheffe testinin yapılması ile elde edilen sonuçlar Tablo 46'da görülmektedir.

**Tablo 46**

#### 10 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Gelir Düzeyi	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
2001-4000 TL	22	3,6364	-
1001-2000 TL	200	3,7050	0.000
530 TL'den az	61	4,0656	-
Diğer	22	4,1364	-
531-1000 TL	195	4,2103	0.000
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-

Scheffe testine göre gelir seviyesi 531-1000 TL olanlar ile 1001-2000 TL olanlar arasında % 1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel farklılık tespit edilmiştir (0.000). Gelir seviyesi düştükçe ilgili görüşe ilişkin daha olumlu yaklaşıldığı kategorilerin ortalama değerlerine bakılarak anlaşılmaktadır. Nitekim gelir seviyesi

531-1000 TL olanların ortalaması 4,210 iken, gelir seviyesi 1001-2000 TL olanların ortalaması ise 3,705 olarak bulunmuştur.

**Tablo 47**  
**Farklı Gelir Düzeylerine Göre 10 nolu Değerlendirmenin Dağılımı**

	Gelir Düzeyi	
	531-1000 TL	1001-2000 TL
<b>Katılmıyorum</b>	2,05	15,50
<b>Kararsızım</b>	10,26	17,50
<b>Katılıyorum</b>	87,69	67,00
<b>Toplam</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Tablo 47, Scheffe testine bağlı olarak farklı gelir seviyesine sahip bireylerin eski sistemin olumsuz yönünü tarif eden görüşe bakış açılarını yansıtmaktadır. Tablo 47'ye göre gelir seviyesi 531-1000 TL arasında olan bireylerin % 87'si ilgili görüşe katılırlarken, gelir seviyesi 1001-2000 TL arasında olan bireylerin katılım yüzdeleri daha düşüktür. Buna karşılık gelir seviyesi 1001-2000 TL arasında olan bireylerin söz konusu görüşe katılmama oranları ise gelir seviyesi 531-1000 TL olanlara nazaran daha yüksektir. Bu sonuçlara göre, gelir seviyesi yükseldikçe farklı sigorta kurumlarına tabi olanlara yapılan farklı işlemlerin adil olmadığı görüşüne katılımın şiddeti azalmaktadır.

### 12 nolu Değerlendirmenin Gelir Seviyesi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması sağlık sorunlarının gizlenmesini sağlamakta ve hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemektedir* görüşüne verilen cevaplar gelir seviyesine göre değerlendirildiğinde, gelir grubu alt bileşenlerinin % 0.12 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın alt nedenlerini tespit edebilmek amacıyla Scheffe testi uygulanmıştır.

Scheffe testine göre gelir seviyesi 531-1000 TL olanlar ile 1001-2000 TL olanlar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel farklılık tespit edilmiştir (0.038). Gelir seviyesi düşüğe ilişkin daha olumlu bakıldığı kategorilerin ortalamalarına bakılarak anlaşılmaktadır. Ayrıca geliri 2001-4000 TL



arasında olan bireylerinde ilgili görüşe yaklaşımları diğer bireylere göre daha olumludur.

**Tablo 48**

**12 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
<b>1001-2000 TL</b>	200	3,4050	0.038
<b>Diğer</b>	22	3,6364	-
<b>531-1000 TL</b>	195	3,7231	0.038
<b>530 TL'den az</b>	61	3,7377	-
<b>2001-4000 TL</b>	22	3,8182	-
<b>Toplam</b>	<b>500</b>		-

Gelir seviyesi 531-1000 TL olanların ortalaması 3.737 iken, gelir seviyesi 1001-2000 TL olanların ortalaması 3,737 ve 2001-4000 arasında bulunanların ortalaması 3.818 olarak bulunmuştur.

**Tablo 49**

**Farklı Gelir Düzeylerine Göre 12 nolu Değerlendirmenin Dağılımı**

	Gelir Düzeyi	
	531-1000 TL	1001-2000 TL
<b>Katılmıyorum</b>	7,18	24,00
<b>Kararsızım</b>	32,82	18,00
<b>Katılıyorum</b>	60,00	58,00
<b>Toplam</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Tablo 49'dan görüldüğü gibi gelir seviyesi 531-1000 TL arasında olan bireyler ile 1001-2000 TL arası olan bireyler arasında ilgili görüşe katılma noktasında yakın bir oran sağlanmıştır. Ancak söz konusu görüşe gelir seviyesi 1001-2000 arasında olan bireylerin % 24'ü katılmaz iken, gelir seviyesi 531-1000 TL olanların ise yalnızca % 7.18'i görüşe katılmamaktadır. Burada dikkat çekici olan husus gelir seviyesi 531-1000 TL arasında olan bireylerin çok büyük bir kısmının katılım payı uygulamasına karşı kararsız kalmalarıdır. Ancak asıl önemli sonuç, bireylerin gelir seviyesi arttığında katılım payını bir külfet olarak görme düşüncesini yavaş yavaş terk etmeye başlamasıdır. Gelir seviyesi 531-1000 TL arasında olan bireylerin % 7.18'i ilgili görüşe katılmaz iken, gelir seviyesi 1001-2000 TL arasında olan bireylerin ise % 24'ü katılım payı uygulamasının bireylerin hastalıklarını

saklaması yönünde etki oluşturacağı görüşüne katılmamaktadır. Bu bağlamda gelir seviyesi arttıkça vatandaşların katılım payını ödeyebilme gücü artacağı için elde edilen sonuç beklenen ile aynı doğrultudadır.

#### 14 nolu Değerlendirmenin Gelir Seviyesi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir* görüşüne verilen cevaplar gelir seviyesine göre değerlendirildiğinde, gelir düzeyi alt bileşenlerinin % 0.1 anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın alt gruplar itibariyle ayrıntılarını elde edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 50**

#### 14 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Gelir Düzeyi	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
2001-4000 TL	22	2,2273	-
Diğer	22	2,4091	-
1001-2000 TL	200	2,5300	0.013
530 TL'den az	61	2,8197	-
531-1000 TL	195	2,9538	0.013
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-

Scheffe testine göre, gelir seviyesi 531-1000 TL olanlar ile 1001-2000 TL olanlar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel farklılık tespit edilmiştir (0.013). Buna göre farklı gelir seviyelerindeki bireylerin büyük çoğunluğu sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsamada yetersiz kaldığı görüşünü paylaşmaktadır. Ayrıca bu olumsuz görüşün şiddeti gelir seviyesi arttıkça daha da artmaktadır.

#### 21 nolu Değerlendirmenin Gelir Seviyesi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır* görüşüne verilen cevaplar gelir seviyesine göre değerlendirildiğinde, gelir grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır.

Scheffe testine göre, gelir seviyesi 1001-2000 TL olanlar ile 530 TL'den az olanlar arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.007), gelir seviyesi 531-1000 TL olanlar ile 1001-2000 TL olanlar arasında da % 1 anlamlılık düzeyinde (0.003) istatistiksel farklılık tespit edilmiştir.

**Tablo 51**

**21 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Gelir Düzeyi	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
2001-4000 TL	22	2,8636	-
1001-2000 TL	200	2,9200	0.007-0.003
Diğer	22	3,0909	-
531-1000 TL	195	3,4103	0.003
530 TL'den az	61	3,5902	0.007
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-

Gelir seviyesi düştükçe aile hekimi tercihinin ilişkisi daha düşünüldüğü anlaşılmaktadır. Örneğin, gelir seviyesi 530 TL'den az olanların ortalaması 3.590 iken, gelir seviyesi 531-1000 TL olanların ortalaması 3.410 ve 1001-2000 TL arasında olanların ortalaması ise 2.920 olarak bulunmuştur.

**Tablo 52**

**Farklı Gelir Düzeylerine Göre 21 nolu Değerlendirmenin Dağılımı**

	Gelir Düzeyi		
	530 TL'den az	531-1000	1001-2000
Katılmıyorum	26,23	26,67	42,50
Kararsızım	8,20	18,97	21,00
Katılıyorum	65,57	54,36	36,50
<i>Toplam</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>

Tablo 52, Scheffe testinin sonuçlarını daha net bir biçimde ortaya koymaktadır. Görüldüğü gibi sağlık problemleri ile karşılaşılması durumunda ilk merci olarak aile hekimlerine gidilmesine gelir seviyesi 530 TL'den az olanların % 65'i katılırlarken, gelir seviyesi 531-1000 TL'ye çıktığında katılım % 54.36'ya düşmekte ve gelir 1001-2000 TL'ye yükseldiğinde ise % 36.50'ye gerilemektedir. Bu sonuç, beklentiler ile paralellik göstermektedir. Gelir seviyesi düşük olan bireyler, yetersiz satın alma güçleri nedeniyle özel sağlık kuruluşlarından

yararlanamamakta ya da sevk zincirine uymamaları durumunda ödemeleri gerekecek katılım payını karşılamada zorlandıklarından direkt olarak devlet hastanelerine de gidememektedir. Bu nedenle düşük gelirli bireyler öncelikle aile hekimlerine başvurmaktadır. Gelir seviyesi arttıkça satın alma gücünde aynı paralelde artacağından aile hekimliğine alternatif olarak özel sağlık kuruluşları tercih edilebilmektedir.

#### 24 nolu Değerlendirmenin Gelir Seviyesi Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir* görüşüne verilen cevaplar gelir seviyesine göre değerlendirildiğinde, gelir düzeyi grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın alt nedenlerini inceleyebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

Scheffe testine göre, gelir seviyesi 1001-2000 TL olanlar ile 530 TL'den az olanlar arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.005), gelir seviyesi 531-1000 olanlar ile 1001-2000 TL olanlar arasında da % 1 anlamlılık düzeyinde (0.004) istatistiksel farklılık tespit edilmiştir.

**Tablo 53**

#### 24 nolu Değerlendirme ve Gelir Seviyelerine İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Gelir Düzeyi	Örneklem	1	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
530 TL'den az	61	2,6066	0.005
531-1000	195	2,8051	0.004
Diger	22	2,8182	-
1001-2000	200	3,2600	0.005-0.004
2001-4000	22	3,2727	-
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-

Gelir seviyesi arttıkça reforma karşı olumsuz bir bakış açısının ortaya çıktığı kategorilerin ortalamalarına bakılarak anlaşılmaktadır. Tablo 53'e göre, gelir seviyesi 530 TL'den az olanların ortalaması 2.606 iken, gelir seviyesi 531-1000 TL olanların ortalaması 2.805 ve geliri 1001-2000 TL arasında olanların ortalaması ise 3.260 olarak bulunmuştur.

**Tablo 54**  
**Farklı Gelir Düzeylerine Göre 24 nolu Değerlendirmenin Dağılımı**

	Gelir Düzeyi		
	530 TL'den az	531-1000	1001-2000
<b>Katılmıyorum</b>	50,82	42,05	30,00
<b>Kararsızım</b>	22,95	30,77	27,00
<b>Katılıyorum</b>	26,23	27,18	43,00
<b>Toplam</b>	100,00	100,00	100,00

Tablo 54'de görülebildiği gibi sağlık sisteminde gerçekleştirilen reforma karşı bakış açısı gelir seviyesi arttıkça farklılıklar göstermektedir. Reform ile sağlık hizmetlerinden yararlanma koşullarının olumsuz şekilde etkilendiği görüşüne gelir seviyesi 530 TL'den az olan bireylerden % 26.23'ü katılırken, gelir seviyesi 531-1000 TL olan bireylerden % 27.18'i ve 1001-2000 TL arasında gelire sahip olan bireylerden ise % 43.00'ü katılmaktadırlar. Bu bağlamda yüksek gelire sahip olan kişiler düşük gelirli bireylere göre reformdan olumsuz şekilde etkilenildiği görüşüne daha fazla katılmaktadır. Düşük gelirli olan bireyler ise aksi görüştedirler. Bunun nedeni genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte özellikle düşük gelirli vatandaşların sağlık sisteminden yararlanma imkânlarının olumlu şekilde etkilenmiş olmasıdır.

#### 4.2.4.4. Eski Sistemde Tabi Olunan Sosyal Güvence ve Tercihlere İlişkin

##### Yapılan One-way ANOVA Analizi

Genel sağlık sigortası sistemine ilişkin değerlendirmelere verilen ölçekler açısından, eski sistemde tabi olunan sosyal güvence sistemi arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek açısından one-way ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan teste ilişkin sonuçlar aşağıda açıklanmaktadır.

**Tablo 55. Tercihlere Göre Eski Sistemde Tabi Olunan Sosyal Güvence Grupları Arasındaki Farklılıklara İlişkin ANOVA Testi Sonuçları**

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F Oranı	Anlamlılık Düzeyi*
<b>D1</b>	Gruplararası	46,795	3	15,598	13,363	0,000
	Gruplariçi	578,987	496	1,167		
	Toplam	625,782	499			
<b>D2</b>	Gruplararası	10,779	3	3,593	2,758	0,052
	Gruplariçi	646,173	496	1,303		
	Toplam	656,952	499			
<b>D3</b>	Gruplararası	34,362	3	11,454	10,802	0,000
	Gruplariçi	525,926	496	1,060		
	Toplam	560,288	499			
<b>D4</b>	Gruplararası	6,916	3	2,305	2,527	0,057
	Gruplariçi	452,436	496	0,912		
	Toplam	459,352	499			
<b>D5</b>	Gruplararası	50,042	3	16,681	17,363	0,000
	Gruplariçi	476,508	496	,961		
	Toplam	526,550	499			
<b>D6</b>	Gruplararası	10,014	3	3,338	3,696	0,112
	Gruplariçi	447,944	496	0,903		
	Toplam	457,958	499			
<b>D7</b>	Gruplararası	4,610	3	1,537	1,997	0,114
	Gruplariçi	381,668	496	0,769		
	Toplam	386,278	499			
<b>D8</b>	Gruplararası	1,624	3	0,541	0,534	0,659
	Gruplariçi	503,208	496	1,015		
	Toplam	504,832	499			
<b>D9</b>	Gruplararası	19,639	3	6,546	6,282	0,060
	Gruplariçi	516,911	496	1,042		
	Toplam	536,550	499			
<b>D10</b>	Gruplararası	62,025	3	20,675	25,749	0,000
	Gruplariçi	398,253	496	,803		
	Toplam	460,278	499			

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F Oranı	Anlamlılık Düzeyi*
<b>D11</b>	Gruplararası	5,429	3	1,810	2,395	0,068
	Gruplarıçi	374,771	496	0,756		
	Toplam	380,200	499			
<b>D12</b>	Gruplararası	16,177	3	5,392	5,572	0,051
	Gruplarıçi	480,021	496	0,968		
	Toplam	496,198	499			
<b>D13</b>	Gruplararası	2,167	3	0,722	0,950	0,416
	Gruplarıçi	377,215	496	0,761		
	Toplam	379,382	499			
<b>D14</b>	Gruplararası	21,442	3	7,147	5,130	0,102
	Gruplarıçi	691,086	496	1,393		
	Toplam	712,528	499			
<b>D15</b>	Gruplararası	38,836	3	12,945	15,363	0,210
	Gruplarıçi	417,956	496	0,843		
	Toplam	456,792	499			
<b>D16</b>	Gruplararası	52,862	3	17,621	16,096	0,087
	Gruplarıçi	542,970	496	1,095		
	Toplam	595,832	499			
<b>D17</b>	Gruplararası	17,806	3	5,935	1,798	0,147
	Gruplarıçi	1637,144	496	3,301		
	Toplam	1654,950	499			
<b>D18</b>	Gruplararası	49,295	3	16,432	17,558	0,000
	Gruplarıçi	464,193	496	,936		
	Toplam	513,488	499			
<b>D19</b>	Gruplararası	1,888	3	0,629	0,609	0,609
	Gruplarıçi	512,200	496	1,033		
	Toplam	514,088	499			
<b>D20</b>	Gruplararası	2,158	3	0,719	0,735	0,532
	Gruplarıçi	485,592	496	0,979		
	Toplam	487,750	499			
<b>D21</b>	Gruplararası	43,877	3	14,626	10,054	0,179
	Gruplarıçi	721,521	496	1,455		
	Toplam	765,398	499			
<b>D22</b>	Gruplararası	28,043	3	9,348	9,845	0,000
	Gruplarıçi	470,957	496	,950		
	Toplam	499,000	499			
<b>D23</b>	Gruplararası	2,221	3	0,740	0,761	0,516
	Gruplarıçi	482,667	496	0,973		
	Toplam	484,888	499			
<b>D24</b>	Gruplararası	45,867	3	15,289	11,812	0,000
	Gruplarıçi	642,005	496	1,294		
	Toplam	687,872	499			

\* Anlamlılık düzeyi % 5 ve % 1'in altında çıkan yaş grupları ile değerlendirmeler arasında sistematik bir farklılığın olduğu söylenebilmektedir.

ANOVA testi ile 1, 3, 5, 10, 18, 22 ve 24 nolu değerlendirmelere eski sistemde tabi olunan farklı sosyal güvence sistemi gruplarınca verilen cevaplar arasında, “% 1 ile % 5” anlamlılık düzeylerinde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Farklılıkların kaynağına ilişkin Scheffe testi uygulanmıştır. Tablo 56’da değerlendirmelere verilen derecelendirmeler açısından aralarında anlamlı bir farklılık tespit edilen sosyal güvence sistemlerinin ortalama, standart sapma ve örneklem büyüklüğü değerleri yer almaktadır.

**Tablo 56. Eski Sistemde Tabi Olunan Sosyal Güvence Sistemi ve Tercihlere Göre Ortalama, Örneklem ve Standart Sapma Değerleri**

Sosyal Güvence	Değerler	D1	D3	D5	D10	D18	D22	D24
Bağ-Kur	Ortalama	3,9263	3,8737	4,1158	4,0842	4,2211	3,6211	2,5368
	Örneklem	95	95	95	95	95	95	95
	Std. Sapma	1,0025	0,9919	0,9437	0,8077	0,8144	1,0019	1,1651
SSK	Ortalama	3,8701	3,7559	3,9921	4,2047	4,1339	3,6457	2,9094
	Örneklem	254	254	254	254	254	254	254
	Std. Sapma	1,0073	1,0115	0,8619	0,7421	0,8923	0,9411	1,1436
Emekli Sandığı	Ortalama	3,2117	3,2117	3,3212	3,3942	3,4599	3,1168	3,4088
	Örneklem	137	137	137	137	137	137	137
	Std. Sapma	1,2685	1,1076	1,1939	1,1779	1,1944	1,0436	1,0951
Diğer	Ortalama	4,0714	3,8571	3,9286	4,2857	4,2143	3,7857	3,2143
	Örneklem	14	14	14	14	14	14	14
	Std. Sapma	0,8287	0,7703	0,9168	0,8254	0,6992	0,5789	1,2513
Toplam	Ortalama	3,7060	3,6320	3,8300	3,9620	3,9680	3,5000	2,9840
	Örneklem	500	500	500	500	500	500	500
	Std. Sapma	1,1198	1,0596	1,0272	0,9604	1,0144	1,0000	1,1741

### 1 nolu Değerlendirmenin Farklı Sigorta Gruplarına Göre Analizi

ANOVA Testi ile *Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır* görüşüne verilen cevaplar, eski sistemde tabi olunan sosyal sigorta kurumu temelinde değerlendirildiğinde, sigorta grubu alt bileşenlerinin % 1’den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.



**Tablo 57**  
**1 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Sigorta Kurumu	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Emekli Sandığı	137	3,2117		0.000-0.046
SSK	254		3,8701	0.000
Bağ-Kur	95		3,9263	0.000
Diğer	14		4,0714	0.046
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-	-

Scheffe testine göre, eski sistemde Bağ-Kur'a tabi olanlar ile Emekli Sandığı mensupları arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.000), SSK'a tabi olanlar ile Emekli Sandığı mensupları arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.000) ve Emekli Sandığı mensupları ile diğer çeşitli sigorta kuruluşlarına mensup olan bireyler arasında % 5 anlamlılık düzeyinde (0.046) farklılık tespit edilmiştir. Emekli Sandığı mensuplarının *Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır* görüşüne ilişkin ortalaması 3.211 ile en az değeri alırken, SSK üyelerinin ortalaması 3.870, Bağ-Kurluların 3.926 ve diğer sigorta güvencesi altında bulunanların ise 4.071 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 58**  
**Sigorta Kurumlarına Göre 1 nolu Tercihin Dağılımı**

	Sosyal Güvence			
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı	Diğer
<b>Katılmıyorum</b>	10,53	11,02	32,12	0,00
<b>Kararsızım</b>	9,47	15,35	18,98	28,57
<b>Katılıyorum</b>	80,00	73,62	48,91	71,43
<b>Toplam</b>	100,00	100,00	100,00	100,00

Tablo 58, Scheffe testi ile elde edilen sonuçları desteklemektedir. Tablo 58'e bakıldığında, Emekli Sandığı mensupları ile diğer sigorta kurumlarının üyeleri arasında *Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır* görüşü temelinde farklılık olduğu görülmektedir. Söz konusu görüşü Bağ-Kur

üyelerinin % 80'i, SSK'lıların % 73.62'si, diğer sigorta kurumlarına mensup olanların % 71.43'ü katılıyorum şeklinde yanıtlarken, Emekli Sandığı üyelerinin ise % 48.91'i benzer şekilde yanıt vermiştir. Bunun yanında SSK, Bağ-Kur ve diğer sigorta kurumuna mensup olan bireylerin söz konusu görüşe ilişkin katılmıyorum cevabı yüzdesi de Emekli Sandığı mensuplarının çok altında kalmaktadır. Dolayısıyla SSK, Bağ-Kur ve diğer sigorta kuruluşlarına mensup olan bireyler genel sağlık sigortası uygulaması ile sağlık güvenceleri arttığı görüşüne daha yoğun bir şekilde katılırken, emekli sandığı mensupları ise kısmen bu hususa katılmaktadırlar.

### 3 nolu Değerlendirmenin Farklı Sigorta Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testiyle *Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır* görüşüne verilen cevaplar eski sistemde tabi olunan sosyal sigorta kurumu temelinde değerlendirildiğinde sigorta grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 59**

#### 3 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Sigorta Kurumu	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Emekli Sandığı	137	-	3,2117	0.000
SSK	254	3,7559	3,7559	0.000
Diğer	14	3,8571	-	-
Bağ-Kur	95	3,8737	-	0.000
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-	-

Scheffe testine göre eski sistemde Bağ-Kur'a tabi olanlar ile Emekli Sandığı mensupları arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.000) ve SSK'a tabi olanlar ile Emekli Sandığı mensupları arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.000) farklılık vardır. Emekli Sandığı mensuplarının *Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu*

*sağlanmaktadır* görüşüne ilişkin ortalaması 3.211 ile en az değeri alırken, SSK üyelerinin ortalaması 3.755 ve Bağ-Kurluların ortalaması ise 3.873 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 60**  
**Sigorta Kurumlarına Göre 3 nolu Tercihin Dağılımı**

	Sosyal Güvence		
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı
<b>Katılmıyorum</b>	10,53	13,78	27,74
<b>Kararsızım</b>	14,74	18,90	28,47
<b>Katılıyorum</b>	74,74	67,32	43,80
<b>Toplam</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Tablo 60'a bakıldığında, Emekli Sandığı mensupları ile diğer sigorta kurumlarının üyeleri arasında sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile kaliteli hizmet sunumunun sağlanmış olduğu görüşünde farklılık olduğu görülmektedir. Söz konusu görüşü Bağ-Kur üyelerinin % 74.74'ü, SSK'luların ise % 67.32'si katılıyorum şeklinde yanıtlamışken, Emekli Sandığı üyelerinin % 43.80'i benzer şekilde yanıt vermiştir. Bu sonuçlara göre, eski sistemde SSK ve Bağ-Kur'a tabi olan bireylerin reform sonrasında kaliteli hizmet sunumu noktasındaki memnuniyet derecelerinin Emekli Sandığı mensuplarına göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

### **5 nolu Değerlendirmenin Farklı Sigorta Gruplarına Göre Analizi**

ANOVA testi ile *Sağlık kurumlarınca sağlanan hizmetlerde farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri hastanelerdeki yoğunluğu azaltmıştır* görüşüne verilen cevaplar eski sistemde tabi olunan sosyal sigorta kurumları açısından değerlendirildiğinde, sigorta grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu görülmektedir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

Scheffe testi ile *Sağlık kurumlarınca sağlanan hizmetlerde farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri hastanelerdeki yoğunluğu*

*azaltmıştır* görüşüne verilen cevaplar bağlamında sigorta kurumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın bulunduğu tespit edilmiştir. Emekli Sandığı ile Bağ-Kur arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.000), Emekli Sandığı ile SSK arasında da yine % 1 anlamlılık düzeyinde (0.000) farklılık tespit edilmiştir.

**Tablo 61**

**5 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Sigorta Kurumu	Örnekleme	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Emekli Sandığı	137	-	3,3212	0.000
Diğer	14	3,9286	-	-
SSK	254	3,9921	-	0.000
Bağ-Kur	95	4,1158	-	0.000
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-	-

Tablo 61’de Emekli Sandığı mensuplarının görüş ile ilgili ortalama değerinin 3.321 olup, bu değer SSK mensupları açısından 3.32 ve Bağ-Kurlular açısından ise 4.115 olduğu görülmektedir. Yani eski sistemde Emekli Sandığı mensubu olan bireyler, vatandaşlara hastane seçim serbestisi verilmesi ile hastanelerdeki yoğunluğun azaldığı görüşüne SSK ve Bağ-Kur mensuplarına göre daha az katılmaktadır.

**Tablo 62**

**Sigorta Kurumlarına Göre 5 nolu Tercihin Dağılımı**

	Sosyal Güvence		
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı
<b>Katılmıyorum</b>	5,26	7,87	29,93
<b>Kararsızım</b>	16,84	11,42	13,87
<b>Katılıyorum</b>	77,89	80,71	56,20
<b>Toplam</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Tablo 62’ye göre *Sağlık kurumlarınca sağlanan hizmetlerde farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri hastanelerdeki yoğunluğu azaltmıştır* görüşü Bağ-Kur mensupları ile SSK üyelerinin ortalama % 6’sınca olumsuz şekilde nitelendirirken, Emekli Sandığı mensuplarının ise % 29.93’ü

hastanelerdeki yoğunluğun azaldığı görüşüne katılmamaktadır. Burada da Emekli sandığı mensuplarının sağlık sistemine ilişkin değerlendirmelerinin SSK ve Bağ-Kur üyelerinden farklılıklar arz ettiği görülmektedir. Bu sonuç beklentileri desteklemektedir. Çünkü reform sürecinde SSK mensupları ile Bağ-Kur üyelerinin sadece tabi oldukları kurum hastanelerinden değil, istedikleri hastanlerden faydalanabilme imkânı sağlanmıştır. Bu şekilde devlet hastanelerinden hizmet alan sayısında göreceli olarak azalma gerçekleştiğinden devlet hastanelerindeki yoğunluk nispeten azalmıştır. Diğer sağlık kurumlarında ise yoğunlu nispeten çoğalmıştır.

### 10 nolu Değerlendirmenin Farklı Sigorta Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıydı* görüşüne verilen cevaplar eski sistemde tabi olunan sosyal sigorta kurumları açısından değerlendirildiğinde, sigorta grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 63**

#### 10 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Sigorta Kurumu	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Emekli Sandığı	137	-	3,3942	0.000-0.006
Bağ-Kur	95	4,0842	-	0.000
SSK	254	4,2047	-	0.000
Diğer	14	4,2857	-	0.006
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-	-

Scheffe testi sonrasında Emekli Sandığı ile Bağ-Kur grupları arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.000), Emekli Sandığı ile SSK grupları arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.000) ve Emekli Sandığı ile diğer grubu arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.006) istatistiksel açıdan farklılık tespit edilmiştir. Emekli Sandığı mensuplarının ortalaması 3.394 iken, Bağ-kur mensuplarının 4.084, SSK

mensuplarının 4.204 ve diğer kategorisindeki (yeşil kart vb) bireylerin ortalaması ise 4.285'dir.

**Tablo 64**  
**Sigorta Kurumlarına Göre 10 nolu Tercihin Dağılımı**

	Sosyal Güvence			
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı	Diğer
<b>Katılmıyorum</b>	4,21	1,97	24,09	0,00
<b>Kararsızım</b>	12,63	11,02	18,98	21,43
<b>Katılıyorum</b>	83,16	87,01	56,93	78,57
<b>Toplam</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Tablo 64 Scheffe testini destekler niteliktedir. Görüldüğü gibi farklı statüdeki vatandaşların farklı muamele görmelerini adaletsiz bulan görüşe, Emekli Sandığı mensuplarının % 56.93'ü katılıyorum diyerek cevaplandırırken, Bağ-Kur, SSK ve diğer sigorta kurumlarına mensup bireylerin ise ortalama % 80'i söz konusu görüşe katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlara göre SSK, Bağ-Kur ve diğer sigorta kurumlarına mensup olan bireyler farklı statüdeki vatandaşların farklı muamele görmelerini adaletsizlik olarak tanımlayan görüşe çok yüksek bir oranda katılırken, Emekli Sandığı mensupları açısından ise bu katılım biraz daha düşük düzeydedir.

### 18 nolu Değerlendirmenin Farklı Sigorta Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Yeni sistemin en olumlu yönlerinden biri de tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesidir* görüşüne verilen cevaplar eski sistemde tabi olunan sosyal sigorta kurumları açısından değerlendirildiğinde sigorta grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

Scheffe testi sonrasında Bağ-Kur ile Emekli Sandığı arasında % 1 (0.000) ve SSK ile Emekli Sandığı arasında % 1 (0.000) anlamlılık düzeyinde istatistiksel yönden sistematik bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Nitekim Emekli Sandığı

mensuplarının görüş ile ilgili verdikleri yanıtların ortalaması 3.459 iken, SSK mensuplarının ortalaması 4.133 ve Bağ-Kur üyelerinin ortalaması 4.221'dir.

**Tablo 65**

**18 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları**

Sigorta Kurumu	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Emekli Sandığı	137	-	3,4599	0.000
SSK	254	4,1339	-	0.000
Diğer	14	4,2143	-	-
Bağ-Kur	95	4,2211	-	0.000
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-	-

**Tablo 66**

**Sigorta Kurumlarına Göre 18 nolu Tercihin Dağılımı**

	Sosyal Güvence		
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı
<b>Katılmıyorum</b>	5,26	5,12	25,55
<b>Kararsızım</b>	5,26	14,96	9,49
<b>Katılıyorum</b>	89,47	79,92	64,96
<i>Toplam</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>

Tablo 66 Scheffe testini desteklemektedir. Tabloya göre ilaç alımlarının istenen eczaneden gerçekleştirilmesini en olumlu karşılayan % 89 katılıyorum cevabıyla Bağ-Kur mensuplarıdır. Onu % 79.92 ile SSK mensupları takip etmektedir. Emekli Sandığı'nın mensupları ise bu görüşe % 65 ile katılmaktadırlar. Beklentiler bu sonuç ile örtüşmektedir. Çünkü, sağlıkta dönüşüm sürecinde SSK ve Bağ-Kur mensuplarına ilaçlarını sadece kurumlarının anlaşmalı olduğu eczanelerden değil, Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde anlaşma yapılmış ülke genelindeki tüm eczanelerden alabilme imkanı sağlanırken, Emekli Sandığı mensupları açısından ise bu sistem tam olarak geliştirilememiştir. Yani, eski sistemde Emekli Sandığı mensupları ilaç tedariki noktasında halen bir takım sıkıntılar ile yüz yüze gelebilmektedirler. Bu durum eski sistemde Emekli Sandığı'na mensup olan

bireylerin ilgili görüşe katılım oranlarının niye düşük olduğunun bir sebebi olarak ifade edilebilmektedir.

## 22 nolu Değerlendirmenin Farklı Sigorta Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır* görüşüne verilen cevaplar eski sistemde tabi olunan sosyal sigorta kurumları açısından değerlendirildiğinde, sigorta grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklılık arz ettiği saptanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

**Tablo 67**

### 22 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Sigorta Kurumu	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Emekli Sandığı	137	-	3,1168	0.002-0.000
Bağ-Kur	95	3,6211	3,6211	0.002
SSK	254	3,6457	3,6457	0.000
Diğer	14	3,7857	-	-
<i>Toplam</i>	<i>500</i>	-	-	-

Scheffe testi sonrasında Bağ-Kur ile Emekli Sandığı arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.002) ve SSK ile Emekli Sandığı arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.000) istatistiksel yönden farklılık olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 68**

### Sigorta Kurumlarına Göre 22 nolu Tercihin Dağılımı

	Sosyal Güvence		
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı
<b>Katılmıyorum</b>	16,84	10,24	27,01
<b>Kararsızım</b>	18,95	30,31	36,50
<b>Katılıyorum</b>	64,21	59,45	36,50
<i>Toplam</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>



Tablo 68, Scheffe testini desteklemektedir. Sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin bir şekilde işleyeceği yönündeki görüşü en olumlu karşılayan % 64.21 ile Bağ-Kur mensuplarıdır. Onu % 59.45 ile SSK mensuplarının olumlu görüşü takip etmektedir. Emekli Sandığı mensuplarının ise % 36.50'si sağlık sisteminin etkin bir şekilde işleyeceğine katılmaktadır.

#### 24 nolu Değerlendirmenin Farklı Sigorta Gruplarına Göre Analizi

ANOVA testi ile *Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir* görüşüne verilen cevaplar eski sistemde tabi olunan sosyal sigorta sistemine göre değerlendirildiğinde, sigorta kurumu grubu alt bileşenlerinin % 1'den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklı olduğu saptanmıştır. Farklılığın hangi alt bileşenlerden kaynaklandığını tespit edebilmek için Scheffe testi yapılmıştır.

Scheffe testi sonrasında Bağ-Kur ile Emekli Sandığı arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.000) ve SSK ile Emekli Sandığı arasında % 1 anlamlılık düzeyinde (0.001) istatistiksel yönden farklılık olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 69**

#### 24 nolu Değerlendirme ve Farklı Sigorta Kurumlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Sigorta Kurumu	Örneklem	1	2	Scheffe Testi Anlamlılık Düzeyi
Bağ-Kur	95	-	2,5368	0.000
SSK	254	2,9094	2,9094	0.001
Diğer	14	3,2143	3,2143	-
Emekli Sandığı	137	3,4088	-	0.000-0.001
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	-	-	-

*Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir* görüşüne ilişkin en yüksek ortalamanın Emekli Sandığı mensuplarına ait olduğu görülmektedir. En düşük ortalama değeri ise eski sistemde Bağ-Kur'a tabi olanlara aittir.

Tablo 70, Scheffe testini teyit etmektedir. Tablodan da görülebildiği gibi Bağ-Kur ile Emekli Sandığı mensuplarının görüşleri arasında bariz bir farklılık bulunmaktadır. Bağ-Kur mensupları *Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir* görüşüne % 60 oranında olumsuz yanıt verirken, Emekli Sandığı mensupları ise % 51.09 oranında olumlu yanıt vermişlerdir.

**Tablo 70**

**Sigorta Kurumlarına Göre 24 nolu Tercihin Dağılımı**

	Sosyal Güvence		
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı
<b>Katılmıyorum</b>	60,00	38,19	23,36
<b>Kararsızım</b>	23,16	31,50	25,55
<b>Katılıyorum</b>	16,84	30,31	51,09
<b>Toplam</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Bu görüşe Bağ-Kur ve SSK mensubu olanların genel anlamda katılmadığı ya da çekimser kaldığı görülürken, Emekli Sandığı mensuplarının ise yüksek bir katılım ile değişim sonrası oluşan ortamdan olumsuz etkilendiklerini dile getirdikleri görülmektedir. Bu sonuç Emekli Sandığı mensupları için normaldir. Çünkü, gerçektende reform öncesinde, Emekli Sandığı mensuplarının sağlık sisteminde diğer sigorta kurumlarına göre daha avantajlı olduğu bilinmektedir. Ancak değişim süreci sonrasında Emekli Sandığı mensuplarının avantajlı durumu nispeten ortadan kalkarken, yeni sistem bir takım yükümlülükleri de beraberinde getirmiştir. Bu nedenle Emekli Sandığı mensupları açısından sağlıkta dönüşüm süreci ile oluşan ortamın menfi olarak algılanması muhtemel karşılanabilmektedir. Bunun yanında, özellikle SSK mensuplarının üçte birinin kararsız kalmaları ise beklentilerin aksi yönündedir. Çünkü reform sonrası oluşan ortamda bir takım yeni yükümlülükler yüklense de, sistemden yararlanma avantajları en fazla artan kesim arasında eski sistemde SSK'ya mensup olan bireyler gelmektedir. Bu nedenle, buradaki kararsız kalan birey sayısının kısa dönem nedeniyle çok fazla oluşu, uzun dönemde ise bu durumun SSK mensuplarının sistemden sağladıkları avantajları yansıtacak yönde değişeceği öngörülmektedir.

## SONUÇ

Genel olarak kamu sektörünün verimli, etkin ve tutumlu şekilde faaliyetlerini yürütebilmesi, bu doğrultuda sunulacak kamusal hizmetler ile sosyal fayda düzeyinin yükseltilebilmesi için günümüz mali sistemlerinde sürekli bir gelişim süreci işlemektedir. Son dönemde, Türkiye’de yapılan düzenlemeler ile başta sosyal güvenlik sistemi olmak üzere sağlık alanında da köklü dönüşüm ve değişim sürecinin yaşanıyor olması bu yargının güzel bir örneği niteliğindedir.

1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla uygulanmaya başlanan genel sağlık sigortası müessesesi ile yaklaşık altı yıllık bir geçmişi olan sağlıkta dönüşüm sürecinin önemli bir bileşeni hayata geçirilmiştir. Genel sağlık sigortası sayesinde, sosyal sigorta kuruluşları tek elde toplanmış ve bu şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından karşılaşılan dağınıklık önemli ölçüde giderilmiştir. Sağlık sisteminde yapılan değişiklikler ile ulaşılmak istenen asıl hedef, finansal açıdan sürdürülebilir, kapsam itibarıyla bütün toplumu içeren, hizmet sunumunda vatandaşlarının memnuniyetini temel alarak nitelikli bir etkileşimin gerçekleştirilebildiği, hizmet sunucuları arasındaki rekabetin artırılarak verimliliğin, etkinliğin ve tutumluluğun yaygınlaştığı bir sistem oluşturabilmektir. Çalışmada, yapılan reformun etkinliği ve geleceği tartışılmış, özellikle vatandaşların genel sağlık sigortası müessesesinin etkinliği ve sunulan hizmetin kalitesi açısından memnuniyet dereceleri saptanmaya çalışılmıştır.

Ekonomik ya da sosyal hayatta siyasi irade tarafından gerçekleştirilen köklü değişimlerin etkinliği ve geleceği, yapılan değişimlerden birincil derecede etkilenecek olan vatandaşların yeni oluşan durumu benimseyip benimsemelerine bağlıdır. Özellikle vatandaşların her birini doğrudan ilgilendiren sosyo-ekonomik alanlardaki değişimler için bu bağımlılık daha da artmaktadır. Şayet yapılan reform niteliğindeki değişikliklerin toplum tarafından benimsenmemesi söz konusu olursa yeni reform çalışmaları gündeme gelebilir. Bu bağlamda, sağlıkta dönüşüm süreci çerçevesinde kurulan genel sağlık sigortası müessesesinin etkinliği ve geleceğini belirleyecek olan temel unsurlardan biri, toplumun yapılan değişimden memnuniyet derecesi olmaktadır.

Çalışmada gerçekleştirilen analizler neticesinde elde edilen bulgulara göre yaş, gelir seviyesi, eğitim durumu ve eski sistemde tabi olunan sigorta müesseseleri, sağlık sistemine ilişkin değerlendirmelerde ortaya çıkabilecek farklı görüşlerin alt nedenlerini oluşturmaktadır. Özellikle orta yaşın üzerinde, gelir seviyesi düşük ve eski sistemde SSK ya da Bağ-Kur'a mensup olan vatandaşların sağlık sisteminde gerçekleştirilen değişikliklere daha olumlu baktıkları, yapılan değişim ile orta ve uzun vadede refah seviyelerinde bir artış gözlemledikleri anlaşılmaktadır. Buna karşılık genç yaşlardaki bireyler ile eski sistemde Emekli Sandığı mensubu olan vatandaşların yapılan değişikliklerden genel anlamda pek memnun olmadıkları ve refah seviyelerinde bir azalma gözlemledikleri sonucuna ulaşılabilmektedir. Genç bireylerin, sağlık sisteminden beklentilerinin yüksek olması ve sistemin geçmişi ile bugününü karşılaştırabilecek fiili bir bilgi birikimine sahip olmamaları nedenleriyle yapılan değişiklikler hakkında karamsar bir tutum sergiledikleri söylenebilmektedir. Eski sistemde Emekli Sandığı'na mensup olan bireyler ile gelir düzeyi yüksek olan kişilerin ise genel olarak reform öncesine göre durumlarında pek fazla pozitif bir gelişme ya da değişim olmadığı için olumsuz bir düşünce içerisinde oldukları belirtilebilir.

Toplumun büyük bir kesimi, yapılan değişiklikler ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında olumlu bir gelişmenin yaşandığı görüşünü paylaşmaktadır. Ancak aile hekimliği müessesesinin güvenilir bir şekilde hizmet sunabilecek seviyeye ulaşması, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkinliğin artırılması ve sevk zincirinin arzu edilen şekilde işlemesi noktasında hızlı ve sağlıklı girişimlerin yapılması gerekmektedir. Genel sağlık sigortası sisteminin asıl hedeflerinden bir tanesi kayıt dışı istihdamın önüne geçilerek sigorta prim hâsılatının mümkün olduğu kadar artırılması ve bu şekilde hizmet finansmanının sigorta primleri aracılığıyla sağlanmasıdır. Bu bağlamda, vatandaşların hizmetten yararlanmaları sürecinde alınacak katılım payı, sistemi finanse eden bir araç olarak değil sadece asıl amacına hizmet edecek şekilde belirlenmelidir. Katılım payı uygulamasıyla ulaşılmak istenen asıl amaç ise sistemden gereksiz yararlanmaların önüne geçebilmektir. Bu nedenledir ki katılım payı uygulamasında tüm vatandaşların mevcut durumlarını kollayacak nitelikte uygun bir değer tespit edilmelidir. Bunun

yanında genel sağlık sigortası sisteminin toplumun tüm kesimlerini kapsayacak şekilde çerçevesini genişletmesi beklenmektedir.

Yeniden yapılandırılan sistemin sürekli ve etkin bir şekilde işleyebilmesi için sistemce sağlık risklerinin tam olarak kapsandığı hissini toplum tarafından benimsenmesi gerekmektedir. Bunun için mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde yeni kurulan sistemin vatandaşlar nezdinde güvenilirliği sağlanmalıdır. Özellikle tüm toplumun benimsediğı bir sistemin inşasında, bahsedilen öncelikli alanlarda adım atılması son derece önemlidir.

## KAYNAKÇA

Acar, İ.A. ve Kitapçı, İ. (2008), “Sosyal Güvenliğini Demografik Boyutu: Türkiye’deki Emeklilik Sistemdeki Değişim”, *Maliye Dergisi*, No: 154, ss.77-98.

Ağartan, T. (2007), “Sağlıkta Reform Salgını”, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, Editör: Berna Akkıyal, İletişim Yayınları, Yayın No: 1, İstanbul,37-54.

Ahmedov, M., Azimov, R., Alimova, V. ve Rechel, B. (2007), *Health Systems in Transition: Uzbekistan Health System Review*, WHO Regional Office for Europe, C: 9, No: 3, Kopenhag.

Akdere, M. (2009), “Sağlıkta Katılım Payı, Uluslararası Uygulamalar ve Türkiye Örneği”, *Bütçe Dünyası*, C: 3, No: 32, ss. 29-35.

Akdur, R. (2006), *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumunu*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Yayın No: 2, Ankara.

Akmaz, M. (2001), “Sağlık Sistemi Reform Önerisi: Yöntem ve Finansman”, *Yeni Türkiye*, C: 40, ss. 1168-1177.

Aksakoğlu, G. ve Giray, H. (2007), “Kentsel Alanda Sağlıkta Dönüşüm”, *Memleket-Mevzuat Dergisi*, C: 2, No: 21-22, ss. 3-12.

Aktan, H.T. (2001), “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye ve Dünyadaki Uygulamaları”, *Yeni Türkiye*, C: 40, ss. 1557-1569.

Aktan, C.C. ve Işık, A.K. “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler”, (Çevrimiçi) <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>, 30 Ocak 2009.

Aktan, C.C. ve Özkıvrak, Ö. (2008), *Sosyal Refah Devlet*, Okutan Yayınları, İstanbul.

Akyel, H. (2006), “Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Sağlık Hizmetlerinin Sorunları ve Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Altay, A. (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, No: 64, ss. 33-58.

Altunışık, R., Coşgun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2005), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, Sakarya Kitabevi, İstanbul.

Andreb, H.J. ve Heien, T. (2001), "Four Worlds of Welfare State Attitudes? A Comparison of Germany, Norway, and the United States", *European Sociological Review*, C: 17, No: 4, ss. 337-356.

Arrow, K.J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, C:53 ,No: 5, ss. 141-149.

Ataç, B. (2006), *Maliye Politikası*, ETAM A.Ş. Matbaa, Yayın No: 7, Eskişehir.

Akalın, G. (2000), *Kamu Ekonomisi*, Akçağ Yayınları, Ankara.

Akalın, G. (1981), *Kamu Ekonomisi*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara.

Atun, R.A. (2001), "Kamu ve sağlık Sektöründe Değişim", *Yeni Türkiye*, C: 40, ss. 1148-1161.

Aydın, S. (2008), "Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri", *Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu*, FTS Turizm, Ankara.

Bağımsız Sosyal Bilimciler (2008), *2008 Kavşağında Türkiye Siyaset, İktisat ve Toplum*, Ayhan Matbaası, Yayın No: 42, İstanbul.

Bakırtaş, İ. ve Tekinşen, A. (2004), "Dünya Savaşları ve Büyük Buhran Arasındaki Etkileşimin Ekonomi Politikası", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, No: 12, ss. 83-100.

Baran, T. (2005), "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Mahiyeti ve Gelişimi", *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Seminer Çalışması*.

Barham, L., Harker, E.B. ve Lewis, D. (2007), "The Importance of Incentives in Health Care Systems", (Çevrimiçi) [http://www.ifpma.org/Issues/fileadmin/templates/ifpmaissues/pdfs/2007\\_12\\_14\\_NERA-IncentivesReportFinal.pdf](http://www.ifpma.org/Issues/fileadmin/templates/ifpmaissues/pdfs/2007_12_14_NERA-IncentivesReportFinal.pdf), 18 Şubat 2009.

Başara, B.B. ve Şahin, İ. (2008), "Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler", *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C: 26, No: 2, ss. 319-340.

Baumol, W.J. (1993), "Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice", *Public Choice*, C: 77, No: 1, ss. 17-28.

Belek, İ. (2009), *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*, Kayhan Matbaacılık, Yayın No: 3, İstanbul.

Berman, P.A. ve Bossert, T.J. (2000), "A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?", (Çevrimiçi) <http://www.hsph.harvard.edu/ihsp/publications/pdf/closeout.PDF>, 01 Ocak 2009.

Boratoğlu, K. (2008), *Türkiye İktisat Tarihi: 1908-2007*, İmge Kitabevi, Yayın No: 12, Ankara.

Buchmueller, T.C. ve Couffinhal, A. (2004), *Private Health Insurance in France*, OECD Health Working Papers, No: 12, Paris.

Buharalı, C. (2008), "Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi", (Çevrimiçi) [http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Turkey-tr\\_Ishc\\_SaglikEkonomisi-2008\\_170908.pdf](http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Turkey-tr_Ishc_SaglikEkonomisi-2008_170908.pdf), 22 Mart 2009.

Bulut, A. (2007), "Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi", *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, Editör: Berna Akkoyal, İletişim Yayınları, Yayın No: 1, İstanbul, ss.111-124.

Bulutoğlu, K. (1977), *Kamu Ekonomisine Giriş*, Temat Yayınları, İstanbul.

Busse, R. (2008), "The Health System in Germany", *Eurohealth*, C: 14, No: 1, ss. 5-6.

Busse, R. ve Riesberg, A. (2004), *Health Care Systems in Transition: Germany*, WHO Regional Office For Europe, C: 6, Yayın No: 9, Kopenhag.

Carrin, G. ve James, C. (2005), "Social Health Insurance: Key Faktors Affecting the Transition Towards Universal Coverage", *International Social Security Review*, C: 58, No: 1, ss. 45-64.

Carrin, G. ve James, C. (2004), *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*, World Health Organization, Geneva.

Carrin, G., James, C. ve Evans, D. (2005), *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System*, World Health Organization, Geneva.

Carrin, G. (2003), *Community Based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives*, World Health Organization, No: 1, Geneva.

Carrin, G. (2002), "Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge", *International Social Security Review*, C: 55, ss. 57-69.

Cirhinoğlu, Z. (2001), *Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.



Colombo, F. ve Tapay, N. (2004), *Private Health Insurance in OECD Countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers, No: 15, Paris.

Çakıcı, S. (2006), “Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Genel Sağlık Sigortası Uygulaması”, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Çalış, S. (2006), “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi”, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Çatpınar, H. (2005), “Özel Sağlık Sigortalarında Konjoint Analizi ile Tüketici Tercih”, Sigorta Araştırmaları Dergisi, No: 1, 33-44.

Çelik, Y. (2006), “Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C: 9, No: 1, ss. 19-37.

Çilingiroğlu, N. (1996), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sağlanmasında Maliyet, Sağlık Maliyet Analizi”, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi-Editör: Çoruh, M., Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.

Dalgın, N. (2005), “Sosyal Güvenliğe Katkısı Bağlamında Karşılıklı Sigortalar”, Sigorta Araştırmaları Dergisi, No: 1, 45-59.

Devlet Planlama Teşkilatı (2006), *Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013*, (Çevrimiçi) <http://www.dpt.gov.tr/Portal.aspx?PortalRef=3>, 12 Ocak 2009.

Devlet Planlama Teşkilatı (2004), *Sağlık Reformu Çalışma Grubu Raporu*, 2004 Türkiye İktisat Kongresi, (Çevrimiçi) <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/tik2004/cilt14.pdf>, 20 Aralık 2008.

Devlet Planlama Teşkilatı (2001), *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı-Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara.

Devlet Planlama Teşkilatı (2000), *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005*, (Çevrimiçi) <http://www.dpt.gov.tr/Portal.aspx?PortalRef=3>, 12 Ocak 2009.

Devlet Planlama Teşkilatı (1995), *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000*, (Çevrimiçi) <http://www.dpt.gov.tr/Portal.aspx?PortalRef=3>, 12 Ocak 2009.

Devlet Planlama Teşkilatı (1989), *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994*, (Çevrimiçi) <http://www.dpt.gov.tr/Portal.aspx?PortalRef=3>, 12 Ocak 2009.

Devlet Planlama Teşkilatı (1984), *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989*, (Çevrimiçi) <http://www.dpt.gov.tr/Portal.aspx?PortalRef=3>, 12 Ocak 2009.

Devlet Planlama Teşkilatı (1979), *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983*, (Çevrimiçi) <http://www.dpt.gov.tr/Portal.aspx?PortalRef=3>, 12 Ocak 2009.

Devlet Planlama Teşkilatı (1972), *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977*, (Çevrimiçi) <http://www.dpt.gov.tr/Portal.aspx?PortalRef=3>, 12 Ocak 2009.

Devlet Planlama Teşkilatı (1968), *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972*, (Çevrimiçi) <http://www.dpt.gov.tr/Portal.aspx?PortalRef=3>, 12 Ocak 2009.

Devlet Planlama Teşkilatı (1963), *Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963-1967*, (Çevrimiçi) <http://www.dpt.gov.tr/Portal.aspx?PortalRef=3>, 12 Ocak 2009.

Dinler, Z. (2004), *Mikro Ekonomi*, Ekin Kitabevi, Yayın No: 15, Bursa.

Dixon, A., Pfaff, M., ve Hermesse, J. (2004), *Solidarity and Competition in Social Health Insurance Countries, Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Editör: R.B. Saltman, R. Busse ve J. Figureas, World Health Organization-The European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Pres, Glasgow.

Doetinchem, O., Schramm B. ve Schmidt, J.O. (2006), “The Benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries”, Series International Public Health, C: 18, GTZ and Federal Ministry for Economic Cooperation and Development.

Doğan, S. ve Kaya, S. (2004), “Aksaray’daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C: 7, No: 1, ss. 65-83.

Doorslaer, E.V. ve Wagstaff, A. (1998), “Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an Introduction to the Equity Project”, *Health, Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution*, Editör: Morris L. Barer, Thomas E. Getzen ve Greg L. Stoddart, John Wiley&Sons Ltd., New York.

Dunlop, D.W. ve Martins, J.M. (1995), *An International Assessment of Health Care Financing Lessons for Developing Countries*, The International Bank for Reconstruction and Development-The World Bank, Washington.

Edizdoğan, N., ve Giray, F. (2007), *Teoride ve Türkiye’de Paraşiskal Gelirler*, Ezgi Kitabevi, Yayın No: 1, Bursa.

Eikemo, T.A., Bambra, C., Joyce, K. ve Dahl, E. (2008), “Welfare State Regimes and Income-Related Health Inequalities: A Comparison of 23 European Countries”, *European Journal of Public Health*, C: 18, No: 6. ss. 593-599.

Ener, M. ve Demircan E. (2008), “Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları”, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C: 13, No: 1, ss. 57-82.

Erdoğan, S. (2006), “Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu”, Mülkiye, C: 30, No: 252, ss. 211-236.

Eren, N. (1985), Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayınları, Yayın No: 19, Ankara.

Erençin, A. ve Yolcu, V. (2008), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi”, Memleket Siyaset Yönetim, C: 3, No: 6, ss. 118-136.

Ettelt, S., Nolte, E., Thomson, S. ve Mays, N. (2008), *Policy Brief Capacity Planning in Health Care A Review of the International Experience*, World Health Organization-The European Observatory on Health Systems and Policies.

Feachem, R.G.A. ve Sachs, J.D. (2002), *Global Public Goods for Health*, World Health Organization, Geneva.

Federal Statistical Office (2008), *Statistical Yearbook 2008 for the Federal Republic of Germany*, (Çevrimiçi) <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Oeffentlich/AI/IC/Publikationen/Jahrbuch/StatistischesJahrbuch,property=file.pdf>, 18 Mayıs 2009.

Fişek, N. (1985), *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Yayınları, Çağ Matbaası, Yayın No: 2, Ankara.

Foster, R.S. ve Clemens, M.K. (2009), “Medicare Financial Status, Budget Impact, and Sustainability-Which Concept is Which?”, C: 30: No: 3, ss. 77-90.

Galbraith, J.K. (1990), *Economics and the Public Purpose*, Çeviren: Belkis Çorakçı, ve Nilgün Himmetoğlu, “Ekonomi Kimden Yana”, Altın Kitaplar Yayınevi, Yayın No: 2, İstanbul.

Gatti, D. ve Glyn A. (2006), “Welfare States in Hard Times”, Oxford Review of Economic Policy, C: 22, No: 3, ss. 301-312.

Georgieva, L., Salchev, P., Dimitrova, R., Dimova, A. ve Avdeeva, O. (2007), *Health Systems in Transition Bulgaria Health System Review*, WHO Regional Office For Europe, C: 9, No: 1.

Getzen, T.E. (1997), *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, John Wiley&Sons Inc., New York.

Griffiths, A. (1980), "Economic and Health: Developed Countries", *Economics and Health Policy*, Editör: A. Griffiths ve Z. Bankowski, Council for International Organizations of Medical Sciences, Switzerland, ss. 52-69.

Gülbaş, A. (2007), "Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi Kapsamındaki Ödeme Sistemine Yönelik Modellerin Değerlendirilmesi ve Öneri", Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Gümüş, E. (2004), "Sosyal Güvenlik Sisteminin Geleceği Umut Veriyor mu?", Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, C: 6, No: 3, ss. 1-16.

Güneş, İ. ve Yakar, S. (2004), "Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi", Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C: 13, No: 2, ss. 127-142.

Gürsoy, Ş.T. ve Aksu, F. (2007), "Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dinamikleri", Amme İdaresi Dergisi, C: 40, No: 3, ss. 63-77.

Güzel, A. (2005), "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?", Çalışma ve Toplum, C: 4, ss. 61-76.

Güvercin, C.H. (2004), "Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi", C: 57, No: 2, ss. 89-95.

Gwatkin, D.R. (2007), "10 Best Resources on...Health Equity", Health Policy and Planning, C: 22, No: 5, ss. 348-351.

Hayran, O. (2001), "Küreselleşme ve Sağlık", Yeni Türkiye, C: 40, ss. 1110-1115.

Helms, L.J., Newhouse, J.P. ve Phelps, C.E. (1978), "Copayments and Demand for Medical Care: The California Medicaid Experience", The RAND Journal of Economics, C: 9, No: 1, ss. 192-208.

Hsiao, W.C. (1995), "A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance", *An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*, Editör: David W. Dunlop ve Jo. M. Martins, The International Bank for Reconstruction and Development-The World Bank, Washington, ss. 15-30.

Ikegami, N. ve Hasegawa, T. (1995), "The Japanese Health Care System: A Stepwise Approach to Universal Coverage", *An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*, Editör: David W. Dunlop ve Jo. M. Martins, The International Bank for Reconstruction and Development-The World Bank, Washington, ss.33-64.

Ildır, A. ve Şen, F. (2008), "Sağlık Sistemimizin Avrupa Sağlık Sistemleri ile Karşılaştırılması ve Sağlık Ekonomisine Etkileri", *1.Ulusal Yönetim ve Ekonomi*

*Bilimleri Konferansı'nda Sunulan Bildiriler Kitabı*, Editör: Coşkun Can Aktan ve Özkan Dalbay, C: 2, ss.35-48.

Social Security Department (2008), *Social Health Protection: An ILO Strategy Towards Universal Access to Health Care*, International Labour Office, Yayın No: 1, Switzerland.

İlhan, M.N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F.N. ve Özkan, S. (2006), “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, C: 25, No: 3, ss. 33-41.

Jack, W. (2002), “Public Intervention in Health Insurance Markets: Theory and Four Examples from Latin America”, C: 17, No: 1, ss. 67-88.

Kanavos, P., Üstel, İ. Ve Costa-Font, J. (2005), *Türkiye’de Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaçta Geri Ödeme Politikası*, Sağlıkta Umut Vakfı, (Çevrimiçi) <http://www.suvak.org.tr/kitap-2turkce.pdf>, 11 Ocak 2009.

Karagül, M. (2003), “Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyümeyle İlişkisi ve Etkin Kullanımı”, *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, C: 5, ss. 79-90.

Kaufman, O. (Çev. Centel, Tankut) (1999), “Fransa’da Sosyal Güvenlik Genel Sistem”, *Çimento İşveren Dergisi*, C: 13, ss. 3-15.

Kesgin, Ç. ve Topuzoğlu, A. (2006), “Sağlığın Tanımı; Başaçıkma”, *Journal of İstanbul Kültür University*, No: 3, ss. 47-49.

Kılıç, C. (2009), “Sosyal Güvenlikte Yeni Dönem”, *Sosyal Güvenlik*, C: 1, No: 1, ss. 20-21.

Kitapçı, İ. (2007), “Sosyal Devlet Işığında Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Reform Arayışları”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.

Koçak, O. (2009), “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründe Gelişmeler”, *Anadolu International Conference Conference in Economics*, Eskişehir.

Kutbay, E. (2002), “Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye”, *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, C: 3, No: 11-12, ss. 33-35.

Langenbrunner, J. Ve Liu, X. (2004), “How to pay Understanding and Using Incentives”, C: 1, No: 31633, ss.1-23.

Lucas, R.E. (1988), “On the Mechanics of Economic Development”, *Journal of Monetary Economics*, C: 22, ss. 3-42.

Marsh, M.H. (2005), *Implications of Changes in the National Health Service in England for the United States*, Walker Sullivan Report.

McGregor, S.L.T. (2001), “Neoliberalism and Health Care”, *International Journal of Consumer Studies-Special Edition on “Consumers and Health”*, C: 25, No: 2, ss. 82-89.

Meimanaliev, A.S., Ibraimova, A., Elebesov, B. ve Rechel, B. (2005), *Health Care Systems in Transition: Kyrgyzstan*, WHO Regional Office for Europe, C: 7, No: 2, Kopenhag.

Mendelson, D.M. ve Schwartz, W. B. (1993), “The Effects of Aging and Population Growth on Health Care Costs”, (Çevrimiçi) <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/12/1/119.pdf>, 14 Şubat 2009.

Mert, A. (2001), “Sağlıkta Devlet ve Özel Kesim Ortak Ekonomisi”, *Yeni Türkiye*, C: 40, ss. 1458-1469.

Metin, B. (2002), “Türkiye’nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları”, (Çevrimiçi) <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>, 21 Temmuz 2009.

Modigliani, F., Ceprini, M.L. ve Muralidhar, A.S. (2000), *A Solution to the Social Security Reform*, Sloan Working Paper, Fourt Revision.

Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Kodsak, M. ve Ayar, B. (2007), “Türkiye’de Sağlık Reformları Süreci”, *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, ss. 243-286, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bölük Ofset Matbaacılık, Ankara.

Monekosso, G.L. (1980), “Economic and Health in Developing Countries”, *Economics and Health Policy*, Editör: A. Griffiths ve Z. Bankowski, Council for International Organizations of Medical Sciences, Switzerland, ss. 37-51.

Musgrove, P., Zeram dini, R. ve Carrin, G. (2002), “Basic Patterns in National Health Expenditure”, *Bulletin of the World Health Organization*, C: 80, No: 2, ss. 134-146.

Nadaroğlu, H. (2001), *Mahalli İdareler: Teorisi, Ekonomisi, Uygulaması*, Beta Basım Yayım Dağıtım, Yayın No: 7, İstanbul.

Orhaner, E. (2006), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, No: 1, ss. 1-19.

Ortaç, F.R. (2004), *Global Kamu Malları ve Finansmanı*, Gazi Kitabevi, Ankara.

Ögeç, M., Köşkeroğlu, B. ve Shahsuvarov, N., *24 Ocak 1980 Kararları*, (Çevrimiçi) <http://mimoza.marmara.edu.tr/~mtekce/eco272/24ocak.pdf>, 25 Ağustos 2009.

Özbay, H., Erişti, H.E., Öncül, H.G., Arı, H.O., Çelepçikay, B.L., Gökçimen, M. ve Mollahaliloğlu, S. (2007), “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, ss. 98-154, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bölük Ofset Matbaacılık, Ankara.

Özbay, H., Öncül, H.G., Gökçimen, M., Arı, H.O. ve Mollahaliloğlu, S. (2007), “Sağlık Sektörü Finansmanı”, *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, ss.178-209. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bölük Ofset Matbaacılık, Ankara.

Özdemir, O., Ocaktan, E. ve Akdur, R. (2003), “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, C: 56, No: 4, ss. 207-216.

Özkara, Y. (2006), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama”, Akdeniz Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Özsemerci, K. (2004), “Sağlık Yardımlarının Adaletli Sunulması: Tedavi Yönetmeliklerinin Karşılaştırılması”, *Sayıştay Dergisi*, No: 52, ss. 85-99.

Özşuca, Ş.T. (2009), “Sosyal Güvenlikte Reform, Sorunları Çözebilecek mi?”, *Sosyal Güvenlik*, C: 1, No: 1, ss. 22-23.

Öztek, Z. (2006), “Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, C: 25, No: 2, ss. 1-6.

Öztürk, E. (2005), “Sosyal Güvenlik Kurumlarında Tek Çatı Çalışmaları Üzerine”, *Sayıştay Dergisi*, No: 56, ss. 91-101.

Pala, K. (2007), “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu”, (Çevrimiçi) [http://saglik.nilufer.bel.tr/pdf\\_doc/saglik\\_reformu.pdf](http://saglik.nilufer.bel.tr/pdf_doc/saglik_reformu.pdf), 20 Aralık 2008.

Parente, S.T., Feldman, R., Abraham, J. ve Xu, Y. (2008), “Consumer Response to a National Marketplace for Individual Insurance”, Final Report, University of Minnesota Carlton School of Management.

Pekten, A. (2006), “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, *Sayıştay Dergisi*, No: 61, ss. 119-138.

Phelps, C.E. (2003), *Health Economics*, Addison Wesley, Yayın No: 3, the USA.

Pınar, A. (2006), *Maliye Politikası: Teori ve Uygulama*, Naturel Yayıncılık, Yayın No: 1, Ankara.

Rol, A. (2001), “Özel Sağlık Sektörünün Neresindeyiz?”, *Yeni Türkiye*, C: 40, ss. 1453-1457.

Rosen, H.S. ve Gayer, T. (2008), *Public Finance*, McGraw-Hill International Edition, Yayın No: 8, Singapore.

Sarp, N., Esatoğlu, A.E. ve Akbulut, Y. (2001), “Globalleşmenin Türk Sağlık Sektöründe Etkileri”, *Yeni Türkiye*, C: 40, ss. 1116-1123.

Sachs, J.D. (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, Geneva.

Sagher, F.A. (2008), “Healthcare Systems (Part 2) the French Experience”, *Jamahiriya Medical Journal*, C: 8, No: 3, ss. 158-161.

Sağlam, R. (2001), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Ücretlendirilmesi”, *Yeni Türkiye*, C: 40, ss. 1586-1589.

Sağlık Bakanlığı (2008), *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2004), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Editör: Sabahattin Aydın, Mavi Ofset, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2003), *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara. OECD ve World Bank (2008), OECD Sağlık İncelemeleri Türkiye, (Çevrimiçi) [http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200902201441250.OECD\\_Kitap.pdf](http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200902201441250.OECD_Kitap.pdf), 05 Ocak 2009.

Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı (2005), *Sağlık İstatistikleri 2004*, Onur Matbaacılık Ofset, Yayın No: 682, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı (2003), *Sağlık İstatistikleri 2002*, Onur Matbaacılık Ofset, Yayın No: 653, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı (2004), *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*, (Çevrimiçi) <http://www.saglik.gov.tr/esaglik/eski/tsbs.pdf>, 11 Aralık 2008.

Sağlık Bakanlığı Refik Sağlam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü (2006), *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003*, Yayın No: SB-HM-2005/9, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Refik Sağlam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü (2004), *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, Yayın No: SB-HM-2004/08, Ankara.



Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı (2005), *Sağlık 2005*, (Çevrimiçi) <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/saglik2005.pdf>, 23 Mart 2009.

Saltman, R.B. ve Dubois, H.F.W. (2004), “The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems”, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Editör: R.B. Saltman, R. Busse ve J. Figureas, World Health Organization-The European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, Glasgow.

Sandier, S., Paris, V. ve Polton, D. (2004), *Health Care Systems in Transition: France*, WHO Regional Office For Europe, C: 6, Yayın No: 2, Kopenhag.

Santerre, R.E. ve Neun, S.P. (1996), *Health Economics*, Irvin Book Team, the USA.

Sargutan, A.E. (2005), “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C: 8, No: 3, ss. 400-428.

Sargutan, E. (2005), “Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C: 8, No: 1, ss. 81-111.

Savaş, B.S., Karahan, Ö. ve Saka, R.Ö. (2002), “Health Care Systems in Transition: Turkey”, WHO Regional Office for Europe, C: 4, No: 4.

Savedoff, W. (2004), *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*, World Health Organization, Yayın No: 4, Geneva.

Sayan, İ.Ö. (2008), “Belediyeler ve Sağlık Hizmetleri”, Mülkiye, C: 31, No: 254, ss. 123-134.

Sekhri, N. ve Savedoff, W. (2006), “Regulating Private Health Insurance to Servet he Public Interest: Policy Issues for Developing Countries”, *International Journal of Health Planning and Management*, C: 21, ss. 357-392.

Sevim, İ. (2006), “1980 Sonrasında Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Sıvacı, C. (2007), “Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, *Bütçe Dünyası*, No: 24, ss. 32-40.

Sıvacı, C. (2007), “Kayıt Dışı Ekonomi ve Kadim Projesi”, *Bütçe Dünyası*, C: 3, No: 27, ss. 51-60.

Smith, B.A. (1980), “Economic and Health Policy: An Overview”, *Economics and Health Policy*, Editör: A. Griffiths ve Z. Bankowski, Council for International Organizations of Medical Sciences, Switzerland, ss. 23-36.

Sosyal Güvenlik Kurumu Strateji Geliştirme Başkanlığı (2009), *2008 Yılı Faaliyet Raporu, Sistem Ofset*, Ankara.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (2009), *SGK İstatistikleri*, (Çevrimiçi) <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler>, 15 Ağustos 2009.

Stiglitz, J.E. (2000), *Economics of the Public Sector*, W.W. Norton&Company, Yayın No: 3, New York, London.

Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı (2009), *Kayıt Dışı Ekonomiyle Mücadele Stratejisi Eylem Planı (2008-2010)*, Gelir İdaresi Başkanlığı, Yayın No: 87, Ankara.

Sur, H. ve Atlı, H. (2001), “Türkiye’de Sağlık Reformu Çalışmalarına Bir Bakış”, *Yeni Türkiye*, C: 40, ss. 1163-1167.

Şenatalar, B. (2003), “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, *Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi*, C: 25, No: 4, ss. 25-30.

Şener, O. (2005), “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları”, *Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.

Şener, O. (2006), *Kamu Ekonomisi: Teori ve Uygulama*, Beta Basım-Yayım-Dağıtım, Yayın No: 8, İstanbul.

Taban, S. (2004), “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi”, 3. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, Eskişehir.

Tapay, N. ve Colombo, F. (2004), *Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study*, OECD-Health Working Papers, No: 18, Paris.

Tekin, F. (1987), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C: 5, No: 1, ss. 263-298.

Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2002), “Sağlık Sigortası Teori ve Uygulama”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C: 5, ss. 123-139.

Tokalaş, S. (2006), “Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması”, *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.

Top, M. (2006), “Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye’de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C: 9, No: 1, ss.93-123.

Topuz, S.K. (2009), “Türkiye’de Sosyal Devlet Harcamalarının Genel Eğilim: 2001-2009 Yılları Arasında Yapılan Eğitim, Sağlık ve Sosyal Koruma Harcamaları”, *Alternatif Politika*, C: 1, No: 1, ss. 115-136.

Turan, N. ve Berçin, E. (1999), “Türkiye’de Sağlığa Yönelik Ulusal Politikalar Hedefler İlkeler ve Etkileri”, *II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Editör: Korkut Ersoy ve Şahin Kavuncubaşı, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, ss. 353-366.

Türk, İ. (2005), *Kamu Maliyesi*, Turhan Kitabevi, Yayın No: 5, Ankara.

Türk, İ. (2006), *Maliye Politikası: Amaçlar, Araçlar ve Çağdaş Bütçe Teorileri*, Turhan Kitabevi, Yayın No: 19, Ankara.

Türk Tabipler Birliği, TBB Halk Sağlığı Çalışma Raporu (Mayıs 2006-Mayıs 2007) (Çevrimiçi) [http://www.ttb.org.tr/halk\\_sagligi/calisma\\_rap/TTB\\_HSK\\_calisma\\_rapormayis2006mayis2008.pdf](http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/calisma_rap/TTB_HSK_calisma_rapormayis2006mayis2008.pdf), 12 Şubat 2009.

Türkal, H. ve Cihangir, M. (2001), “Sağlık Hizmetlerinin Kamu Maliyesi Açısından Analizi ve Değerlendirilmesi”, *Yeni Türkiye*, C: 40, ss. 130-141.

Türkiye İstatistik Kurumu (2008), *İstatistik Göstergeler 1923-2007*, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Yayın No: 3206, Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (2009), *Türkiye İstatistik Yıllığı 2008*, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Yayın No: 3248, Ankara.

Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005), “Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C: 8, No: 1, ss. 3-29.

Ulusoy, A. (2006), *Maliye Politikası*, Mikro Yayıncılık, Yayın No: 4, Konya.

Wagstaff, A. ve Serra, R.M. (2007), “Europe and Central Asia’s Great Post-Communist Social Health Insurance: Impacts on Health Sector and Labor Market Outcomes”, The World Bank Development Research Group, Policy Research Working Paper, No: 4371, ss. 1-68.

Wagstaff, A., Lindelow, M., Jun, G., Ling, X. ve Juncheng, Q. (2007), “Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China’s New Cooperative Medical Scheme”, World Bank Policy Research Working Paper, No: 4150, ss. 1-39.

Wagstaff, A. (2009), “Social Health Insurance v. Tax-Financed Health Systems-Evidence from the OECD”, The World Bank Development Research Group, Policy Research Working Paper, No: 4821, ss. 1-37.

Wagstaff, A. (2007), “Social Health Insurance Reexamined”, World Bank Policy Research Working Paper, No: 4111, ss. 1-26.

Wagstaff, A. (2005), "The Economic Consequences of Health Shocks", World Bank Policy Research Working Paper, No: 3644, ss. 1-18.

Wedderburn, D. (1965), "Facts and Theories of the Welfare State", Socialist Register, C: 2, ss. 127-146.

World Bank (2003), *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Human Development Sector Unit Europe and Central Asia Region, Main Report, C: 1/2, No: 24358.

WHO-European Observatory on Health Care Systems (1999), *Health Care Systems in Transition: the United Kingdom*, WHO Regional Office For Europe, C: 19.

World Health Organization (2009), *World Health Statistics 2009*, (Çevrimiçi) [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS09\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf), 22 Temmuz 2009.

World Health Organization (2008), *The World Health Report 2008-Primary Health Care*, (Çevrimiçi) [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf), 12 Ocak 2009.

World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000*, (Çevrimiçi) [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf), 17 Şubat 2009.

World Health Organization (1981), *Global Strategy for Health All By the Year 2000*, (Çevrimiçi) <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>, 10 Aralık 2008.

WHO Regional Health Systems Observatory-EMRO (2006), *Health System Profile Islamic Republic of Iran*, (Çevrimiçi) <http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Iran/Full%20Profile.pdf>, 27 Mart 2009.

Yalçın, T. ve Yıldırım, H.H. (2001), "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, No: 40, [http://www.absaglik.com/hhy\\_saghizfin.pdf](http://www.absaglik.com/hhy_saghizfin.pdf), 11 Aralık 2008.

Yaylalı, M. (2004), *Mikroiktisat*, Beta Basım Yayım Dağıtım, Yayın No: 3, İstanbul.

Yenimahalleli-Yaşar, G. (2007), "Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi", Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.

Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2008), "Avrupa Birliği Yolunda Türkiye'nin Sağlığı: Avrupa Birliği'ne Uyum Süreci ve Sağlık Reformları", (Çevrimiçi) [http://www.ab-saglik.net/HHYildirim\\_TYildirim\\_ABSaglik.pdf](http://www.ab-saglik.net/HHYildirim_TYildirim_ABSaglik.pdf), 17.02.2009.

Yılmaz, H.H. (2007), *İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu: 2000 Sonrası Dönem Türkiye Deneyimi*, TEPAV, Matsa Basımevi, Anlara.

Yıldırım, H.H. (2006), “Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, (Çevrimiçi) <http://www.absaglik.com/GSSkanun.pdf>, 28 Ağustos 2009.

Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2005), “Avrupa Birliği’ne Uyum Süreci ve Türk Sağlık Sisteminde Reform Tartışmaları”, Avrupa Birliği’ne Uyum ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler, AB Sağlık Araştırma Dosyası, Yayın No: 1, Ankara, ss. 39-63.

Yıldırım, S. (2001), “Değişimin Getirdiği Reform İhtiyacı”, Yeni Türkiye, C: 40, ss. 1140-1144.

Yıldırım, H.H. (2000), “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C: 5, No: 1, ss. 1-25.

Yıldırım, H.H. (2000), “Sağlık Reformları ve Maliyet Sınırlama Stratejileri”, Birinci Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara.

Yıldırım, S. (1994), “Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi.

Yıldız, M. (2009), “Bütün Yönleriyle Sosyal Güvenlik Reformu”, Sosyal Güvenlik, C: 1, No: 1, ss. 12-19.

Yülek, M.A. (1997), “İçsel Büyüme Teorileri, Gelişmekte Olan Ülkeler ve Kamu Politikaları Üzerine Etkileri”, Hazine Dergisi, No: 6, ss. 1-15.

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

1961 Anayasası

1982 Anayasası

4447 Sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu

5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun

5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

[http://tr.wikipedia.org/wiki/Domuz\\_gribi](http://tr.wikipedia.org/wiki/Domuz_gribi), 10.07.2009.

[http://en.wikipedia.org/wiki/Nikolai\\_Semashko\\_\(medicine\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Nikolai_Semashko_(medicine)), 23.07.2009.

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/aboutnhs/Pages/About.aspx>, 27.07.2009.

<http://en.wikipedia.org/wiki/Kyrgyzstan>, 01.08.2009.

<http://en.wikipedia.org/wiki/Uzbekistan>, 01.08.2009.

<http://www.dpt.gov.tr/Portal.aspx?PortalRef=3>, 29.07.2009.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx>, 30.07.2009.

## EKLER

### EK-1: Anket Formu

#### Sayın Katılımcı;

Bu çalışmanın amacı, sosyal güvenlik sisteminde yapılan reform ile geliştirilen genel sağlık sigortasının sağlık sistemine dahil edilmesiyle birlikte hizmet sunumunda gerçekleştirilen köklü değişikliklerin vatandaşlar tarafından nasıl algılandığını ortaya koyabilmektir. Bu şekilde sistemde yapılan reformun etkinliği ve geleceğine ilişkin öngörüye sahip olarak genel bir değerlendirme yapılabilecektir. Anket çalışması iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kişisel bilgilerinizi ve sağlık sistemiyle ilişkinizin niteliğini ifade eden sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise genel sağlık sigortası kurumu ile sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan yeni yapının değerlendirilebilmesine ilişkin oluşturulan içerikte sizin görüşlerinize yer verilmektedir. Katılımcıların kimlik bilgileri istenmemektedir. Anket sorularına verilecek cevaplardan, sadece çalışma amaçları doğrultusunda yararlanılacaktır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz sağlık sisteminde yapılan değişimlerin yeterliliğinin incelenebilmesi açısından son derece önemlidir. Çalışmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

#### Birinci Bölüm

Bu bölümde kişisel bilgiler ve sağlık sigortası sisteminden yararlanmanıza ilişkin sorular bulunmaktadır. Lütfen size uygun olan seçeneği (x) işareti ile doldurunuz.

#### 1- Yaşınızı belirtebilir misiniz?

- 15-25       26-35       36-55       56-Yukarı

#### 2- Cinsiyetinizi belirtebilir misiniz?

- Erkek       Kadın

#### 3- Medeni durumunuz hakkında bilgi verebilir misiniz?

- Evli       Bekâr       Boşanmış       Dul  
 Eşinden ayrı yaşıyor

#### 4- Çocuğunuz var mı? Sayısını belirtebilir misiniz?

- Yok       1       2       3  
 4 ve Yukarı

#### 5- Tamamlamış olduğunuz eğitim seviyesini belirtebilir misiniz?

- İlkokul       Ortaokul       Lise       Yüksekokul  
 Üniversite       Yüksek Lisans       Doktora  
 Diğer.....

#### 6- Ortalama aylık net gelirinizi belirtebilir misiniz?

- 530 TL'den az       531-1000 TL       1001-2000 TL  
 2001-4000 TL       Diğer.....

#### 7- Sosyal güvenceniz var mı?

- Var       Yok

#### 8- Eski sistemde tabi olduğunuz sigorta kurumu aşağıdakilerden hangisidir?

- Bağ-Kur       SSK       Emekli Sandığı  
 Özel Sigorta Kurumları       Diğer.....

#### 9- Aile bireylerinizde dikkate alındığında son altı ay içerisinde sağlık kurumlarına gitme sıklığınız?

- Hiç gitmedim       1 – 3 kez       4 – 6 kez  
 6 – 10 kez       Diğer.....

#### 10- Herhangi bir sağlık sorununuz olması durumunda ilk gitmeyi düşündüğünüz sağlık kurumunun niteliği;

- Aile Hekimi (Sağlık Ocağı)       Devlet Hastanesi  
 Alternatif tıp       Özel Hastane  
 Özel Muayenehane       Diğer.....

## İkinci Bölüm

Bu bölümde genel sağlık sigortası kurumuyla değişen sağlık sisteminin etkinliğini ölçmeye ilişkin değerlendirmelere yer verilmektedir. Bu amaçla beş dereceli seçenekten oluşan bir anket formu oluşturulmuştur. Lütfen tercihlerinizi belirtirken her bir soruyu en olumludan (kesinlikle katılıyorum), en olumsuz (kesinlikle katılmıyorum) doğru size göre en uygun seçenek ile doldurunuz.

Genel Sağlık Sigortası Sistemine İlişkin Değerlendirmeler	Kesinlikle	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle	Katılmıyorum
	Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum
1.Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır.						
2.Sunulan sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması gereksiz yere hastanelere ya da aile hekimlerine gidilmesini engellemektedir.						
3.Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır.						
4.Özel hastaneler hizmet sunumu bakımından devlet hastaneleriyle rekabet edebilecek seviyeye ulaşmışlardır.						
5.Sağlık kurumlarınca sağlanan hizmetlerde farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri hastanelerdeki yoğunluğu azaltmıştır.						
6.Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının en önemli belirleyicilerinden biri hizmet sunumundaki olumlu tavır ve samimiyettir.						
7.Hastalar, sağlık ocaklarında yeteri kadar ekipman ve nitelikli personel olmadığı için devlet hastanelerine ya da özel hastanelere gitmeyi tercih etmektedirler.						
8.Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesinden sonra hizmeti veren sağlık görevlilerinin hastalara karşı tavırlarında olumlu bir düzelme gözlemlenmektedir.						
9.Hastanelerin ve diğer sağlık kurumlarının son derece kalabalık olması sağlık sisteminin en önemli problemlerindendir.						
10.Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıdır.						
11.Sağlık sigortası prim oranlarının seviyesi ve cezaların caydırıcılığı ile denetimin etkinliği, primlerin zamanında ödenmesinin temel belirleyicilerindendir.						
12.Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması sağlık sorunlarının gizlenmesini sağlamakta ve hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemektedir.						
13.Genel sağlık sigortası prim oranlarının yüksekliği ve denetim yetersizliği kayıt dışı istihdamı teşvik etmektedir.						
14.Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir.						
15. Gelir düzeyi yetersiz bireylerin ve 18 yaşın altındaki çocuklarının devletçe genel sağlık sigortası kapsamına alınması olumlu bir gelişmedir.						
16.Genel sağlık sigortası sistemi ile getirilen sevk zinciri müessesesi etkin bir şekilde işlemektedir.						
17.Sağlık hizmetini kaliteli ve eksiksiz sunan sağlık kurumuna hizmeti alanlar ilave katkı yapmayı kabul ederler.						
18.Yeni sistemin en olumlu yönlerinden biri de tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesidir.						
19.Sağlık sisteminde uygulanmaya çalışılan aile hekimliği kurumu kaliteli hizmet sunmadığı için etkin işlememektedir.						
20.Devlet hastanelerinde uzun kuyruklarda beklemektense özel hastanelerde ek ücret ödenerek sağlık hizmeti talep edilmesi tercih edilmektedir.						
21.Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır.						
22.Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır.						
23.Sağlık reformu ile getirilen aile hekimliği, sevk zinciri ve katılım payı gibi yenilikler vatandaşa tam olarak tanıtılmadığından sistem karmaşık bir hale gelmiştir.						
24.Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir.						



## EK-2: Ankete Katılanların Demografik Dağılımları

<i>Sorular</i>	<i>Tercihler</i>	<i>Frekans</i>	<i>Yüzde</i>	<i>Kümülatif Yüzde</i>
<i>Yaş</i>	<b>15-25</b>	100	20,00	20,00
	<b>26-35</b>	141	28,20	48,20
	<b>36-55</b>	219	43,80	92,00
	<b>55-Yukarı</b>	40	8,00	100,00
	<i>Toplam</i>	<i>500</i>	<i>100,00</i>	-
<i>Cinsiyet</i>	<b>Kadın</b>	254	50,80	50,80
	<b>Erkek</b>	246	49,20	100,00
	<i>Toplam</i>	<i>500</i>	<i>100,00</i>	-
<i>Medeni Durum</i>	<b>Evli</b>	313	62,60	62,60
	<b>Bekâr</b>	161	32,20	94,80
	<b>Boşanmış</b>	9	1,80	96,60
	<b>Dul</b>	16	3,20	99,80
	<b>Eşinden Ayrı Yaşıyor</b>	1	0,20	100,00
	<i>Toplam</i>	<i>500</i>	<i>100,00</i>	-
<i>Çocuk Sayısı</i>	<b>Yok</b>	199	39,80	39,80
	<b>1</b>	104	20,80	60,60
	<b>2</b>	118	23,60	84,20
	<b>3</b>	70	14,00	98,20
	<b>4 ve Yukarı</b>	9	1,80	100,00
	<i>Toplam</i>	<i>500</i>	<i>100,00</i>	-
<i>Eğitim Düzeyi</i>	<b>İlkokul</b>	84	16,80	16,80
	<b>Ortaokul</b>	46	9,20	26,00
	<b>Lise</b>	164	32,80	58,80
	<b>Yüksekokul</b>	64	12,80	71,60
	<b>Üniversite</b>	129	25,80	97,40
	<b>Yüksek Lisans</b>	8	1,60	99,00
	<b>Doktora</b>	2	0,40	99,40
	<b>Diğer</b>	3	0,60	100,00
	<i>Toplam</i>	<i>500</i>	<i>100,00</i>	-
<i>Gelir Seviyesi</i>	<b>530 TL'den az</b>	61	12,20	12,20
	<b>531-1000</b>	195	39,00	51,20
	<b>1001-2000</b>	200	40,00	91,20
	<b>2001-4000</b>	22	4,40	95,60
	<b>Diğer</b>	22	4,40	100,00
	<i>Toplam</i>	<i>500</i>	<i>100,00</i>	-

<i>Sorular</i>	<b>Tercihler</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
<i>Sosyal Güvence</i>	<b>Var</b>	483	96,60	96,60
	<b>Yok</b>	17	3,40	100,00
	<b>Toplam</b>	500	100,00	-
<i>Eski Sistemde Tabi Olunan Sigorta Kurumu</i>	<b>Bağ-Kur</b>	95	19,00	19,00
	<b>SSK</b>	254	50,80	69,80
	<b>Emekli Sandığı</b>	137	27,40	97,20
	<b>Diğer</b>	14	2,80	100,00
	<b>Toplam</b>	500	100,00	-
<i>Son Altı Ay İçinde Hastaneye Gitme Sıklığı</i>	<b>Hiç Gitmedim</b>	63	12,60	12,60
	<b>1-3 kez</b>	293	58,60	71,20
	<b>4-6 kez</b>	106	21,20	92,40
	<b>6-10 kez</b>	32	6,40	98,80
	<b>Diğer</b>	6	1,20	100,00
	<b>Toplam</b>	500	100,00	-
<i>Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumu</i>	<b>Aile Hekimi</b>	96	19,20	19,20
	<b>Devlet Hastanesi</b>	217	43,40	62,60
	<b>Alternatif Tıp</b>	1	,20	62,80
	<b>Özel Hastane</b>	152	30,40	93,20
	<b>Özel Muayenehane</b>	27	5,40	98,60
	<b>Diğer</b>	7	1,40	100,00
	<b>Toplam</b>	500	100,00	-

