



Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi

The Journal of Marmara Social Research

Sayı 12, Aralık 2017

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANI VE İNGİLTERE İLE KARŞILAŞTIRMASI

Abdulaziz GÜLAY¹

Özet

Sağlık, insanoğlunun hayattaki en kıymetli varlığı olarak kabul edilmektedir. Sağlık sunucularından temin edilen teşhis, tedavi, doktor muayenesi, tahlil, ameliyat ve diğer sağlık hizmetlerinin maliyetleri sağlık harcamalarını teşkil etmektedir. Sağlık harcamaları, Türkiye’de olduğu gibi diğer ülkelerde de her geçen yıl hızla artış göstermektedir. Devletler, sürekli olarak artan sağlık taleplerini ve maliyetlerini karşılayabilmek amacıyla yeni sağlık politikaları geliştirmek ve mevcut sosyoekonomik şartlarına uygun finansman mekanizmaları uygulamak mecburiyetinde kalmaktadır. Sosyal sağlık sigortası, vergilerle finansman yöntemi, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortaları sağlık harcamalarını karşılamak amacıyla tüm dünyada uygulanan başlıca sağlık finansman modelleri olarak kabul edilmektedir. Türkiye’de, Bismarck Modelinin ağırlıkta olduğu Genel Sağlık Sigortası kapsamında nüfusun geneline yönelik sağlık güvencesi sunulmaktadır. Çalışmada, sağlık sigortacılığı ile Türk ve İngiliz Sağlık finansman sistemlerinin genel yapısı ele alınmıştır. Türkiye’deki mevcut finansman sisteminin İngiltere’deki uygulamalarla karşılaştırması yapılarak ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin ve finansmanının verimliliğini yükseltmeyi hedefleyen öneri ve görüşler ileri sürmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sigortası, Finansman, Sağlık Harcamaları, Sosyal Güvenlik Kurumu, NHS.

JEL Kodları:

FINANCING OF HEALTH CARE SYSTEM IN TURKEY AND ITS COMPARISON WITH THAT OF ENGLAND

Abstract

Health has been regarded as the most precious asset of humanbeings in life. The costs of diagnosis, treatment, medical examination, tests, surgeries and other medical services procured from health care providers constitute health expenditures. States get obliged to generate new health policies and implement funding mechanisms in accordance with their current socioeconomic circumstances in order to meet the continuously increasing health care demands and costs. Social health insurance, taxation, out-of-pocket payments and private health insurances are assumed as the major health financing schemes to subsidize the health care expenditures in the whole world. In Turkey, a Bismarck Model based General Health Insurance scheme provides health coverage for the entire population. In this paper, health insurance and the main structure of Turkish and English health financing systems are examined. By making a comparison between Turkey’s current health financing system with the corresponding health implementations in England, it is intended to put forward some suggestions and arguments which aim to enhance the efficiency of health care services and financing in Turkey.

Key Words: Health Insurance, Financing, Health Expenditures, Social Security Institution, NHS.

JEL Codes:

¹ Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı, liberte_19@hotmail.com

GİRİŐ

Yaşamak, sağlıklı yaşamak ve hastalık veya kaza hallerinin meydana gelmesi durumunda sağlık hizmetlerinden faydalanmak bireylerin doğuştan sahip oldukları doğal yurttaşlık hakları olarak kabul edilmektedir. Fizyolojik veya psikolojik açıdan sağlıklı durumda bulunmayan bireylerin kendilerine ve toplumlarına katkıda bulunmaları tam olarak mümkün görünmemektedir. Bireylerin iyileşmek amacıyla sağlık hizmetlerinden yararlanması sağlık harcamalarını oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının tüm dünyada hızlı bir yükseliş seyrini içerisinde olduğu gözlemlenmektedir. Artan sağlık harcamalarını finanse edebilmek amacıyla etkin bir finansman metodunun belirlenmesi ve bu finansman metodunun nasıl ve hangi esaslara dayalı olarak uygulanacağı, siyasi otoritelerin ve sağlık yöneticilerinin gündemini sürekli olarak meşgul eden kritik bir mesele haline gelmiştir.

Literatür taraması yapılarak hazırlanan bu çalışmada, pek çok yerli ve yabancı kaynak incelenmiş ve Türkiye ile İngiltere'nin uyguladığı sağlık sistemleri ve finansman mekanizmaları analiz edilmiştir. İki ülkenin sağlık ve finansman sistemleri karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda, Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kalite, hakkaniyet ve verimliliği yükseltebilmek amacıyla sosyal güvenlik sisteminde yapılabilecek değişiklik nerileri sunulmuştur.

1. SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık faaliyetlerinin işleyişinde, kimin ne zaman, ne şekilde ve ne derecede hastalanacağı veya kaza geçireceği bilinmemektedir. Ayrıca bazı sağlık hizmetlerinin maliyetleri kişilerin tek başlarına karşılamaya gleri yetmeyecek kadar yüksek olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin tabiatında var olan bu belirsizlik, yüksek maliyet, bilinmezlik ve risk faktörleri sağlık uygulamalarının sunum ve finansmanının sigortacılık mekanizması kapsamında tatbik edilmesini gerekli kılmıştır. Sağlık sigortasında, sağlık hizmetlerinin kullanımı sonucunda oluşacak sağlık maliyetleri, aynı veya benzer sağlık risklerine maruz kalabilecek bir grup insan (sigortalı) arasında paylaştırılarak risk bölüşümü ve dağılımı yapılmakta ve böylece kişilerin finansal olarak tek başlarına karşılayamayacağı riskler de sosyal dayanışma yoluyla finanse edilebilir hale getirilebilmektedir. Böylece, maddi kayıplar ve finansal riskler bölüştürülerek ve toplu sorumluluk alınarak ödenebilir duruma gelmektedir (Austin ve Hungerford, 2009, s.11; Tiryaki ve Tatar, 2000, s.124).

Sağlık hizmet sunucularından sağlanan önleyici, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici mahiyetteki tanı, muayene, tedavi, ilaç gibi sağlık hizmetlerinden faydalanılması sonucunda sağlık harcamaları ortaya çıkmaktadır. Oluşan bu sağlık masraflarının karşılanması mecburiyeti, bir finansman mekanizmasının uygulanması gerekliliğini doğurmuştur. Sağlık harcamalarının ve bu harcamaların finansmanının sistematik bir biçimde organize edilebilmesi ise çoğunlukla sigorta prensibinin uygulanmasıyla gerçekteşmektedir (Yıldırım ve diğ., 2012, s.41-45).

2. SAğLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Yapılan harcamaların finansmanı çeşitli kaynaklardan çeşitli yöntemlerle sağlanmaktadır. Doğrudan veya dolaylı olarak alınan vergiler, sosyal sigortalardaki prim ödemeleri ya da kazançtan yapılan mali kesintiler, benzer şekilde özel sağlık sigortalarındaki prim ödemeleri, kullanıcı katkıları, bağışlar, tıbbi tasarruf hesapları ve devlet bütçesinden sağlanan kamusal ödemeler başlıca finansman kaynakları sayılmaktadır. Fakat birçok ülkede, yükselen sağlık harcamalarını karşılamada mevcut kaynaklar yetersiz kalabilmektedir. Bu sebeple finansmanın hangi kaynaklardan ve ne şekilde yapılacağı, takip edilecek prosedürler ve hangi finansman sisteminin hangi esaslara dayalı olarak uygulanacağı, harcamaların karşılanabilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır (Orhaner, 2006, ss.1-7).

Sigorta prensibinin mevcut olduğu sağlık finansmanında belirli prosedürlere uygun olarak işleyen üç ayaklı bir kaynak aktarım süreci gerçekteşmektedir. Bu süreçte hizmeti alan, hizmeti sunan (üreten) ve fon oluşturup hizmet satın alarak bu işlemdeki kaynak akışını kontrol ve idare eden üçüncü taraf (sigorta fonu) bulunmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002, s.2). Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin finansmanı, birbiriyle bağlantı ve etkileşim halinde olan üç ana fonksiyondan oluşmaktadır. Bu fonksiyonlar; harcamaların karşılanması için katılımcılardan gelir toplayarak finansal kaynak oluşturma, oluşturulan finansal kaynakları havuzlayarak bir para fonunda biriktirme ve biriktirilen kaynakları kullanarak fona önceden ödeme yapanlar adına sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmetleri satın alma şeklinde sıralanabilmektedir (World Health Organization, 2000, s.95).

Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde gelir toplama, fon organize etme ve sağlık hizmeti satın alma fonksiyonlarını yöneten ve yürüten, her biri kendine özgü karakteristik özelliklere sahip birçok finansman mekanizması bulunmaktadır. Doğrudan veya dolaylı vergilerle finansman, katılımı zorunlu veya zorunlu olmayan sosyal sağlık sigortası uygulamaları, gönüllülük esasına dayalı özel sağlık sigortaları, cepten ödemeler, borç, bağış ve hibeler finansman sağlamada başvurulan başlıca yöntemlerdir (Kutzin, 2011, s.174). Bunlar içerisinde; vergilerle

finansman, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortaları ve cepten ödemeler dünya genelinde yaygın olarak uygulanan ve en çok tercih edilen başlıca dört finansman yöntemidir (Normand ve Weber, 2009, s.26). Birçok ülkede genelde sosyal sağlık sigortası veya vergilendirmeyle finansman yöntemlerinden biri ağırlıkta olmak üzere, birden fazla finansman mekanizmasının farklı oranlarda tatbik edilmek suretiyle karma halde işlediği finansman kombinasyonları uygulanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002, s.293).

Sosyal Sağlık Sigortasında finansman ağırlıklı olarak çalışan ve işverenlerin kazançlarından belirli oranlarda kesinti yapılmak suretiyle sigorta primi ödenmesiyle sağlanmaktadır. Katılım tüm nüfus veya nüfusun büyük çoğunluğu için genellikle zorunludur (Normand ve Busse, 2002, s.59-61). Beveridge Modeli olarak da adlandırılan vergilerle finansman sisteminde, toplanan vergilerle bir sosyal sigorta fonu oluşturulmakta ve devletin bu fona tahsis ettiği bir sağlık bütçesiyle sağlık harcamaları finanse edilmektedir. Vergiler, doğrudan ve dolaylı vergiler olmak üzere iki ana kaynaktan sağlanabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002, s.14-16). Özel sağlık sigortaları; özel teşebbüs tarafından tesis, idare ve organize edilen ve genellikle kar amacı güdülen işletilen sağlık sigortası mekanizmasıdır. Katılım çoğunlukla gönüllülük esasına dayalı (isteğe bağlı) olmakla birlikte, Uruguay ve İsviçre'deki gibi katılımın zorunlu olduğu sistemler de bulunmaktadır (Savedoff ve Sekhri, 2004, s.4-5). Cepten ödemeler ise; özel veya kamusal nitelikli herhangi bir sigorta mekanizmasının devreye girmediği, yararlanılan sağlık hizmeti, tıbbi ürün ve faydaların tüm ücretlerinin bireylerin doğrudan kendi cebinden karşılandığı finansman şeklidir. Bu yöntemde risk paylaşımı, dayanışma unsuru ve sigorta fonu söz konusu değildir (OECD/EU, 2016, s.156).

3. TÜRKİYE'DE SAğLIK SİSTEMİNİN GENEL YAPISI VE FİNANSMANI

Ülkemizde sosyal sigortalar, sosyal yardımlar, sağlık sigortacılığı ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı 31 Mayıs 2008 tarihinde Mecliste kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunuyla yürütölmekte ve yönetilmektedir. Anayasa Mahkemesi tarafından bazı madde ve hükümlerinin iptal edilmesi sebebiyle Yasa, yeniden düzenlenmiş haliyle 17 Nisan 2008 tarihinde kanunlaşabilmiş ve 1 Ekim 2008'de de bütün hükümleriyle yürürlüğe girmiştir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013a, s.1). 5510 sayılı kanunla birlikte, tüm nüfusu kapsam altına almayı hedefleyen, primlendirmeyle finansmana dayalı Bismarck Sisteminin ağırlıkta olduğu Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya konmuştur. 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla GSS Türkiye'de ikamet etmekte olan tüm vatandaşlar için zorunlu hale getirilmiş ve Yeşil Kartlılar ile işsizler de dahil olmak üzere tüm nüfus sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına kavuşarak sigortalı statüsünde veya

bakmakla yükümlü olduğu yakını olarak sosyal güvence altına alınmıştır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013b, s.XIV). Genel Sağlık Sigortası kapsamında yer almak tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için zorunludur ve sigortalılık kişilerin tercihine veya seçimine bağı değildir. Ayrıca, sigortalı işçi veya işverenin yasada belirtilen hak, sorumluluk, gereksinim ve görevlerini indirgemek, iptal etmek, değiştirmek ya da bir başkasına devretmek gibi amaçlarla sözleşmelere eklenen her türlü hüküm ve kaide peşinen geçersiz sayılmıştır (5510 s. Kanun, m.92 ve 5754 s. Kanun, m.55).

Genel Sağlık Sigortası sisteminde sağlık hizmetlerinin finansmanı SGK tarafından yönetilmekte ve yürütülmektedir (Topcuk, 2011, s.29). GSS'nin gelirleri; sosyal sigorta primleri, vergiler, devlet katkısı, cepten harcamalar ve isteğe bağı sağlık sigortası primlerinden oluşmaktadır. Dolayısıyla, Türkiye'de sağlık finansman sisteminin karma bir yapıya sahip olduğunu söylemek mümkündür (Atasever, 2014, s.42-43).

GSS'nin finansmanı 4 ana kaynaktan sağlanmaktadır (Yıldırım, 2013, s.57; Işık ve diğ., 2015, s.512-513): 1) İşçi ve işverenlerin kazançlarından belirli oranlarda kesinti yapılarak toplanan sosyal sağlık sigortası primleri, 2) Merkezi bütçeden sosyal güvenlik fonuna tahsis edilen devlet katkıları ve prim ödeyemeyecek derecede düşük gelirli yoksul kesim için Hazineden yapılan ödemeler (vergiler), 3) Katkı Payı ödemeleri ve SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık hizmet sunucularına yapılan ödemeleri de içeren cepten ödemeler, 4) Özel sağlık sigortası primleridir. Bu doğrultuda, Türkiye'deki sağlık finansmanın Sosyal Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası, vergiler ve cepten ödemeler olmak üzere dört temel mekanizma ile sağlandığı görülmektedir.

3.1. Sosyal Güvenlik Kurumu

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK); 5510 sayılı kanun başta olmak üzere ilgili kanunlarda belirtilen görev, yetki ve faaliyetleri yerine getirmekle yükümlü, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağı bir kamu kurumudur. Tüzel kişiliğe sahip olan SGK, yönetsel ve finansal olarak özerk bir yapıya sahiptir. SGK'nın amacı, topluma kolay ulaşılabilir, hakkaniyetli, finansal olarak sürdürülebilir ve yüksek kaliteli sosyal güvenlik hizmetleri sunulmasını sağlamaktır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2014, s.1). SGK; Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Başkanlık olmak üzere üç ana organdan oluşmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2017, s.2). Başkanlık Biriminde, merkez ve taşra olmak üzere iki teşkilat bulunmaktadır (5502 s. Kanun, m.8).

SGK; sigortalılarının faydalandığı sağlık hizmetlerini, sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın almak suretiyle temin etmektedir (Topcuk, 2010, s.95). Bu doğrultuda, SGK özel ve kamu sağlık sunucularıyla protokoller yapmaktadır. Sigortalıların GSS kapsamında sahip oldukları hak ve faydalar, SGK'nın anlaşmalı olduğu sağlık hizmet sunucularında geçerli olmaktadır (5510 s. Kanun, m.73). Sağlık hizmetlerinin ücretleri Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenmektedir (GSS İşlemleri Yönetmeliği, m.50). SGK'nın sağlık hizmet sunucularına yaptığı ödemelerde karma bir yöntem uygulanmaktadır. Götürü Bedel olarak tahsis edilen Global Bütçe ödemesi başta olmak üzere duruma ve şartlara göre hizmet başına ödeme veya paket fiyat ödemesi başvuru olan ödeme yöntemleridir (Tatar, 2011, s.130).

3.2. Türkiye'de Sağlık Harcamaları

GSS kapsamında özel ve resmi sağlık hizmet sunucularında temin edilen tıbbi tedavi ve ilaç hizmetleri ile primsiz sosyal güvence sahibi G0 gelir seviyesindeki GSS'lilerin genel tedavi ve ilaç hizmetlerinin maliyetleri Türkiye'deki sağlık harcamalarını teşkil etmektedir (Akar, 2014, s.316). Sağlık harcamaları, diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de her geçen yıl artış göstermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir aşaması olarak 2006'da GSS Reformu'nun kanunlaşması ve 2008'de yürürlüğe girmesiyle Türkiye nüfusunun çok büyük bir bölümü GSS kapsamında sigortalı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına kavuşmuştur. Bunun sonucunda, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik ve hizmet talebi artmıştır. Bu durum sağlık tesislerine müracaatların ve dolayısıyla da tedavi ve ilaç harcamalarının bariz şekilde yükselmesine yol açmıştır (Güvercin ve diğerleri, 2016, s.87).

Aşağıdaki Tablo 1'de Türkiye'de 2000-2015 yılları arasında gerçekleşen toplam sağlık harcamaları sunulmuştur.

Tablo 1: Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

YILLAR	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Harcama	8.248	12.396	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904
YILLAR	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Harcama	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	94.750	104.568

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2016.

Tablo 1'deki veriler incelendiğinde, 2000 yılında yaklaşık 8,2 milyar TL olan sağlık harcaması 2016 yılına geldiğinde yaklaşık 104 milyar TL'ye yükselerek 16 yıl içinde 12 katından daha fazla artmıştır. 2008 yılında GSS'nin fiilen yürürlüğe girmesiyle sağlık

harcamalarının takip eden yıllarda hızlı bir yükseliş trendi içine girmiş olduğu gözlenmektedir. GSS ile sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, sağlık hizmetlerine olan talepleri artırdığından dolayı, harcamaların da bu doğrultuda yükseldiği düşünölmektedir.

4. İNGİLTERE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GENEL YAPISI VE FİNANSMANI

İngiltere’nin sağlık sistemi; hizmet kalitesinin yüksek olduğu, tüm nüfusu kapsayan ve oldukça gelişmiş bir sağlık sistemi olarak dikkati çekmektedir (Sargutan, 2006, s.518). Sistemin genelinde merkeziyetçi ve bütüncöl bir yapı söz konusudur (Dinç, 2009, s.5). Sağlık Hizmetlerinin sunumu ve finansmanı Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services – NHS) sistemi ile sağlanmaktadır. NHS, tüm nüfusa yönelik birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık ve tıbbi bakım hizmeti sunmaktadır. Hastalar, NHS’nin tedarik ettiği sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları nispetinde ve talepleri doğrultusunda ücretsiz olarak faydalanabilmektedir (Liu ve Wong, 1998, s.3-4). NHS, “Ulusal Sağlık Hizmetleri tüm halka aittir” prensibi çerçevesinde faaliyet göstermektedir (NHS, 2016, s.2). Birleşik Krallık’ta kalıcı olarak ikamet eden bütün Birleşik Krallık vatandaşları, hizmet sunumu öncesinde veya sonrasında herhangi bir ödeme yapmaksızın NHS’nin sunmuş olduğu sağlık ve bakım hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir (Thorlby ve Arora, 2016, s.49).

4.1. NHS İngiltere

Ulusal Sağlık Hizmetleri’nin İngiltere’deki faaliyetlerini yerine getirmekle görevli olan NHS İngiltere (NHS England); hizmetlerin sunum, finansman, bütçeleme ve planlama işlemlerini yürüten ve yöneten, Sağlık Departmanı’na bağlı yetkili kamu organıdır (NHS England, 2014, s.26). Nisan 2013’te kurulan NHS İngiltere’nin temel amacı, hastaları sağlık hizmetlerinin merkezine koyarak, İngiltere halkının sağlık statüsünün iyileştirilmesini ve geliştirilmesini sağlamak ve yüksek kalitede sağlık ve bakım hizmeti temin etmektir (Health and Social Care Information Centre, 2016, s.43). Sağlık hizmetlerinin sunumunu ve yönetimini gerçekleştirmek NHS İngiltere’nin iki temel fonksiyonudur (NHS England, 2014, s.12).

NHS İngiltere; sağlık hizmetlerinin yönetim sistemini ulusal düzlemde yürütmekte ve finanse etmektedir. Devlet Sağlık Sekreterliği’ne karşı hukuki olarak sorumludur ve Hükümetin çıkardığı “Mandate” yayınında belirtilen sağlık hedeflerini yerine getirmekle yükümlüdür. Bu hedef ve talimatları uygulamaya yönelik gerçekleştirmiş olduğu hizmet faaliyetleri ve çalışma performansına ilişkin Devlet Sağlık Sekreterliği’ne her sene faaliyet ve performans raporu sunmaktadır (The NHS Constitution, 2013, s.29).

NHS İngiltere, ulusal ve bölgesel düzeyde bazı sağlık hizmetlerinin sunumunu ve yönetimini doğrudan kendisi yürütmektedir. Bu hizmetler; birinci basamak temel sağlık ve bakım hizmetleri (primary care), ikinci ve üçüncü basamak ihtisas tıp servisleri (specialised services), silahlı kuvvetler mensuplarına yönelik sunulan hizmetler ile cezaevlerinde ve gözaltında bulunan tutuklu ve hükümlüler için sağlanan sağlık ve bakım hizmetleridir (NHS England, 2014, s.12).

4.2. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi ve Organizasyonel Yapı

NHS İngiltere ile birlikte Sağlık Departmanı (Department of Health), Devlet Sağlık Sekreteri (The Secretary of State for Health) ve Klinik Yönetim Grupları (Clinical Commissioning Groups) İngiltere’de sağlık hizmetlerinin idari ve hukuki fonksiyonlarını yerine getirmekle görevli kamusal sağlık birimleridir (NHS England, 2014, s.8). Sağlık Departmanı ve Devlet Sağlık Sekreterliği sağlık hizmetlerinin tüm işlem ve organizasyonlarından sorumludur (Thorlby ve Arora, 2016, s.53).

Sağlık Departmanı; NHS ve sunulan tüm sağlık hizmetlerine ilişkin karar ve politika belirleyen merkezi devlet organıdır. Ülkedeki tüm sağlık faaliyetlerine yönelik strateji ve politikalar üretmekte ve hizmetlerin uygulanabilmesi için gerekli yasama faaliyetlerini ve hukuki düzenlemeleri icra etmektedir (Boyle, 2011, s.XXII). Devlet Sağlık Sekreteri, NHS İngiltere’nin ve Klinik Yönetim Grupları’nın temin ettikleri sağlık hizmetleri için tahsis edilecek genel bütçeyi belirlemektedir. Sekreter, aynı zamanda sistemde gerçekleşen yönetim maliyetleri için yapılan harcamalara belirli bir sınır koyabilmektedir (Powell ve Heath, 2013, s.6).

4.3. Klinik Yönetim Grupları

Klinik Yönetim Grupları (Clinical Commissioning Groups – CCG’ler) İngiltere’deki sağlık ve sosyal hizmet sisteminin temel bileşenleridir. NHS İngiltere’nin finanse ettiği sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının sistem yöneticisi statüsünde faaliyet göstermektedir. 1 Nisan 2013’te, Birinci Basamak Temel Sağlık Hizmetleri Tröstlerinin (Primary Care Trusts) yerini almıştır. CCG’ler mevcut durumda NHS bütçesinin yaklaşık %65’ini kontrol ve idare etmektedir. Yerel halkın hangi sağlık hizmetlerine ne ölçüde ihtiyaç duyduğunu belirlemekle sorumludur. Bu doğrultuda CCG’ler, bölgesel çapta sunulacak sağlık hizmetlerinin kalite, maliyet, çeşit ve miktarına ilişkin değerlendirme yapmakta ve karar vermektedir (Bhargava, 2015, s.30).

2012 Sağlık ve Sosyal Bakım Kanunu gereği, NHS'nin sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı Klinik Yönetim Grupları tarafından temin edilmektedir. Kaza, yaralanma, acil servis ve ambulans hizmetleri, mesai saatleri dışında sunulan temel sağlık servisleri (Out-of-Hours Primary Medical Services), elektif cerrahi ve ayakta tedavi hizmetleri, analık ve yenidoğan servisi hizmetleri, çocuk sağlığı, toplum sağlığı ve rehabilitasyon hizmetleri, psikolojik terapileri de içeren ruh sağlığı servisleri ve üremeye yardımcı tüp bebek tedavileri CCG'lerin sunduğu başlıca hizmetlerdir (NHS Commissioning Board, 2012, s.1-2).

4.4. İngiltere'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

İngiltere'de Sağlık harcamaları ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için Sağlık Departmanı'na Hazineden her sene belirli bir bütçe tahsis edilmektedir (Powell, 2016, s.5). 2015-2016 dönemi için Sağlık Departmanı'na tahsis edilen toplam sağlık bütçesi 115 milyar Sterlin olmuştur (HM Treasury, 2014, s.27). Finansman sisteminde daha küçük bir paya sahip olmakla birlikte, vergilerin dışında ayrıca başka gelir toplama mekanizmaları da uygulanmaktadır. Kazancı belirli bir sınırın üzerinde olanların ödedikleri ulusal sigorta katkıları (payrol taxes - sosyal sigorta primleri), bazı tedavi ve ilaç hizmetleri için yapılan katkı payı ödemeleri ve özellikle özel sağlık hizmet sunucularında tahsil edilen cepten ödemeler finansman sürecinde kullanılan diğer gelir kaynaklarıdır (Keable-Elliot, 2014, s.8-10) 2006 yılında Birleşik Krallık'taki toplam sağlık harcamalarının içinde NHS'nin payı %86 olarak gerçekteleşmiştir. Toplam harcamaların %76'sı vergilerden, %19'u ulusal sigorta katkılarından ve %5'i ise cepten ödemelerden finanse edilmiştir (Boyle, 2008, s.2). Ulusal İstatistikler Ofisi'nin (Office for National Statistics) en son güncellenmiş istatistiklerine göre, 2013 yılında Birleşik Krallık'ta kamu ve özel sektör toplam sağlık harcamaları 150,6 milyar İngiliz Sterlini olmuş ve toplam sağlık harcamaları 2012 yılından 2013'e gelindiğinde %2,7 artmıştır. Yine 2013 yılı için kişi başı sağlık harcaması 2.350 Sterlin olarak gerçekteşirken, toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı %8,8 olmuştur (Office for National Statistics, 2015, s.2-4).

Sağlık hizmetlerinde kısıtlı miktarda olmakla birlikte cepten ödemeler ve kullanıcı katkıları da uygulanmaktadır. Cepten ödemeler genellikle özel sağlık hizmet sunucularında ve reçetesiz satılan ilaçlarda (over-the-counter medicines) uygulanırken, kullanıcı katkıları bazı reçeteli ilaçlar ve diş sağlığı hizmetleri için ödenmektedir (Boyle, 2011, s.96-97). 2013 yılında, Birleşik Krallık'ta hanehalkları tarafından yapılan cepten ödemelerin toplam sağlık ödemeleri içindeki payı %11,9 olmuştur (Office for National Statistics, 2013, s.5-6).

5. İNGİLTERE VE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI

Sağlık hizmetlerinin finansmanında Beveridge Sisteminin uygulandığı İngiltere ile sosyal sağlık sigortası mekanizmasına dayalı GSS’nin tatbik edildiği Türkiye arasında sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık göstergeleri ve ekonomik veriler konusunda çeşitli farklar bulunmaktadır. İki ülkenin ekonomik durumları, sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerindeki organizasyonel yapı ve hizmet sunumu gibi faktörler analiz edildiğinde bu ayrımlar daha net olarak anlaşılmaktadır.

5.1. Ekonomik Göstergelerin Karşılaştırması

İngiltere Nüfusu, Birleşik Krallık’ın toplam nüfusunun %84’ünü oluşturmaktadır (Office for National Statistics, 2016, s.3). Ayrıca, Birleşik Krallık’ın siyasi yönetim merkezi ve politik açıdan en baskın ülkesi konumundadır. Dolayısıyla Birleşik Krallık’a ait ekonomi ve sağlık göstergeleri, büyük oranda İngiltere’yi temsil etmektedir. Birleşik Krallık’ın 2016 yılı gayrisafi yurtiçi hasılası 2,64 trilyon, kişi başı gayrisafi yurtiçi hasılası ise 40.412 Amerikan Dolarıdır (statisticstimes.com, 2017). 2017 yılı Mart ayı verilerine göre, gayrisafi yurtiçi hasılanın artış oranı %0,3 olurken, enflasyon oranı %2,3, işsizlik oranı %4,7, faiz oranı ise %0,25’tir. 2017’nin Mart ayında toplam işsiz kişi sayısının 765 bin olduğu tespit edilmiştir. Nisan 2017’de saatlik asgari ücret tutarı 7,5 İngiliz Sterlini’dir. Bu rakam, asgari ücretle çalışan birinin aylık ortalama kazancının 1.300 Sterlin olduğu anlamına gelmektedir (tradingeconomics.com, 2017).

Türkiye’nin 2016 yılındaki gayrisafi yurtiçi hasılası ise 769,9 milyar Dolar ve kişi başı gayrisafi yurtiçi hasılası 9.317 Dolar olarak gerçekleşmiştir (statisticstimes.com, 2017). 2016’nın Aralık ayına göre, GSYİH artış oranı %3,8’dir. 2017’nin Şubat ayında işsizlik oranı %12,6 iken Nisan ayı enflasyon oranı %17,87’dir. Aynı ayda faiz oranı %8 olmuştur. 2017’nin Şubat ayındaki işsiz kişi sayısı 3 milyon 900 bindir. 2017 brüt asgari ücret tutarı 1.778 TL’dir (tradingeconomics.com, 2017).

5.2. Sağlık Harcamalarının ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırması

Ulusal İstatistikler Ofisi’nin güncellenmiş istatistiklerine göre, 2013 yılında Birleşik Krallık’ta kamu ve özel sektör toplam sağlık harcamaları 150,6 milyar İngiliz Sterlini olmuş ve toplam sağlık harcamaları 2012 yılından 2013’e gelindiğinde %2,7 artmıştır. Yine 2013 yılı için kişi başı sağlık harcaması 2.350 Sterlin olarak gerçekleşirken, toplam sağlık

harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı %8,8 olmuştur (Office for National Statistics, 2015, s.2-4).

2015-2016 Dönemi için Hazine'den İngiltere Sağlık Departmanı'na tahsis edilen toplam bütçe 115 milyar Sterlin'dir. Bu meblağ, toplam 53,9 milyon nüfusu olan İngiltere'de kişi başına düşen sağlık bütçesinin 2.137 GBP olduğu anlamına gelmektedir (HM Treasury, 2014, s.27). Bu bütçenin 100,6 milyar GBP'lik kısmı NHS İngiltere'ye transfer edilmiştir. NHS İngiltere, kendisine ayrılan bütçenin 69,2 milyarını (GBP) Klinik Yönetim gruplarına, 29,7 milyarını da kendi sunduğu sağlık servislerinin finansmanına tahsis etmiştir (Powell, 2016, s.5-6). 2015 yılında, NHS İngiltere'nin reçeteli ilaçlara yaptığı toplam harcama 9,2 milyar Sterlin olmuştur (Health and Social Care Information Centre, 2016, s.7).

Türkiye'de 2015 yılında yapılan toplam sağlık harcaması 104,5 milyar TL olmuştur. 2014 yılında ise bu harcamaların toplamı 94,7 milyar TL olarak gerçekteşmiştir (TÜİK, 2016). Türkiye'nin 2015 yılı gayrisafi yurtiçi hasılası 719,6 milyar Amerikan Doları (Sağlık Bakanlığı, 2016, s.211) iken sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı %5,4 olmuştur (TÜİK, 2016).

5.3. NHS ve GSS'nin Karşılaştırması

Hizmet sunumu ve finansman mekanizmaları açısından birbirlerinden oldukça farklı karakteristiklere sahip olan NHS ve GSS'nin temel ayrımlarına geçmeden önce, her iki sistemin taşıdığı ortak özelliklere ve benzerliklere değinmek gerekecektir: Öncelikle, hem GSS'de hem de NHS'de sunulan sağlık hizmetleri tüm nüfusu kapsamakta ve vatandaşlar doğrudan sağlık sisteminin içinde hak sahibi olarak yer almaktadır. Türkiye'de GSS kapsamında yer almak her vatandaş için zorunludur ve GSS tüm vatandaşlara yönelik kapsamlı sağlık hizmeti sunmaktadır (SGK, 2013c, s.1). Aynı şekilde NHS'de toplumun tüm fertleri için kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti temin etmekle görevlidir (The NHS Constitution, 2013, s.2). "Ulusal Sağlık Hizmetleri tüm halka aittir" prensibi (NHS, 2016, s.2) çerçevesinde faaliyet gösteren NHS, tüm nüfusa yönelik ücretsiz birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık ve tıbbi bakım hizmeti sunmaktadır (Liu ve Wong, 1998, s.2). İki sistem arasındaki bir diğer ortak özellik ise, hem GSS'de hem de NHS'de sağlık hizmetlerinde kamunun ve kamu harcamalarının ağırlıkta olmasıdır.

İki sistem arasındaki fonksiyonel ve organizasyonel açıdan en önemli fark; Türkiye'de Bismarck ağırlıklı bir finansman sistemi uygulanırken, İngiltere'nin tipik olarak Beveridge

finansman mekanizmasını tatbik ediyor olmasıdır. İngiltere’de sağlık harcamaları büyük oranda vergilerle finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için Sağlık Departmanı’na Hazineden her sene belirli bir bütçe tahsis edilmektedir (Powell, 2016, s.5). GSS ise zorunlu sosyal sağlık sigortasının ağırlıkta olduğu ve işçi ve işverenlerin ödedikleri primlere dayalı olan bir finansman sistemidir (Erol ve Özdemir, 2014, s.13).

GSS ve NHS’nin hizmet sunumu arasındaki bir diğer önemli fark ise basamaklar arasında sevk sistemi uygulamasıdır. NHS’de hizmet basamaklarında aktif olarak zorunlu sevk sistemi uygulanmaktadır. Pratisyen hekimler yapmış oldukları tıbbi müdahale sonucunda, gerekli görmeleri durumunda hastaları ikinci veya üçüncü basamak ihtisaslaşmış sağlık servislerine sevk edebilmektedir (Dinç, 2009, s.6). Türkiye’de ise zorunlu sevk sistemi bulunmamaktadır. Hastalar, randevu alarak birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık servislerinden GSS kapsamındaki sigortalı olarak, herhangi bir ekstra ödeme yapmadan yararlanabilmektedir (Yıldırım, 2013, s.25).

6. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN BAŞLICA SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Türkiye’de sağlık harcamaları her geçen yıl artış göstermektedir. Yüksek hacimli sağlık ve emeklilik ödemeleri sebebiyle SGK’nın giderleri gelirlerini aşmakta ve Kurum her sene finansman sisteminde açık vermektedir. SGK’da oluşan bu açıklar Hazineden karşılanarak telafi edilmektedir. Bu durum her yıl devlet bütçesine ekstra finansal yük oluşturmaktadır (Güvercin ve diğer., 2016, s.91-92).

Aşağıdaki Tablo 2’de 2000–2015 yılları arasında kurumun gelirleri, sağlık ve emeklilik ödemeleri için yapmış olduğu harcamalar ve bu harcamaların karşılanma oranlarını gösteren veriler sunulmaktadır.

Tablo 2: SGK Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri (Bin TL)

	Devlet Katkısı Hariç Prim Gelirleri	Toplam Ödeme	Gelirlerin Harcamaları Karşılama Oranı (%)
2000	6.575.348	9.390.252	70,0
2005	30.882.405	52.144.984	59,2
2010	66.912.858	111.466.382	60,0
2014	135.238.559	188.942.688	71,6
2015	159.480.274	211.418.307	75,4

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bülteni, 2016.

Tablo 2’de, 16 yıl içinde SGK’nın finansal sisteminde sürekli açık verdiği görölmektedir. 2000 yılında 9,3 milyar TL olan toplam harcamalar, 2014’e gelindiğinde 188,9 milyar TL’ye yükselmiştir. Kurumun 2015 yılındaki toplam ödemesi 211,4 milyar iken prim gelirleri ise sadece 159,4 milyar TL olarak gerçekleşmiş, kurumun prim gelirleriyle harcamaları arasındaki fark 51,9 milyar TL olmuştur. Gelirlerin maliyetleri karşılama oranı ise %75,4’te kalmıştır. SGK’nın bu açıkları devlet bütçesinden yani genel vergilerden finanse edilerek kapatılmaktadır.

SGK’nın zarar etmesi ve sürekli açık vermesi uzun vadede Kurumun ve GSS’nin sürdürülebilirliğini tehlikeye sokmaktadır. Bu durumun aynı şekilde devam ettiği düşünülürse; daha fazla finansal kaynak temin edebilmek ve masrafları kısmak amacıyla, SGK’nın bazı tedavi hizmetlerini ve ilaçları teminat kapsamından çıkarması, katkı paylarının yükseltilmesi gibi çözüm arayışlarının gündeme gelmesi söz konusu olabilecektir (Topcuk, 2011, s.41). Mali açıdan sürdürülebilir bir finansman sisteminin ve tüm nüfusa hitap eden geniş fayda ve hizmet kapsamına sahip sağlık sigortası mekanizmasının devamlılığının ve etkinliğinin garanti altına alınabilmesi için SGK’nın sağlık ve emeklilik harcamalarına yönelik yeni gelir arttırıcı ve gider azaltan uygulama ve düzenlemelere gitmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde gider azaltıcı olarak yapılabilecek düzenlemelerden biri, İngiltere’deki gibi hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sisteminin getirilmesidir. İngiltere’de hizmet basamaklarında aktif olarak zorunlu sevk sistemi uygulanmaktadır. Türkiye’de ise hizmet basamakları arasında zorunlu sevk uygulaması yoktur. Sigortalılar, randevu alarak birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık servislerinden GSS kapsamında, ekstra bir ücret ödmeden yararlanabilmektedir. Bu durum hizmet sunumunda gereksiz yoğunluğa, hakkaniyetsizliklere ve kaynak israfına yol açabilmektedir (Yıldırım, 2013, s.25).

SGK’nın sağlık maliyetlerini azaltmaya yönelik yapılabilecek bir diğer yenilik ise özel sağlık sigortacılığının sağlık sistemindeki rolünün ve ağırlığının arttırılmasıdır. Devlet, emeklilik maliyetlerini azaltabilmek amacıyla özel emeklilik programlarına teşvikler sağlamaktadır. 1 Ocak 2017 tarihinden itibaren 45 yaş altı çalışanlar için zorunlu BES (Bireysel Emeklilik Sistemi) uygulaması başlatılmıştır (17 Aralık 2016 tarihli, 29921 s. R.G.). Başlangıçta yasal veya zorunlu statüde olmasa da, benzer uygulamaların özel sağlık sigortacılığına yönelik olarak da yapılması gerekmektedir. Özel sağlık sigortalarının sektördeki etkinliğinin arttırılmasıyla, SGK’nın finansman yükünün az da olsa azaltılabileceği tahmin edilmektedir. Böylece kamuya yoğunlaşan finansman yükü özel sektöre kaydırılabilecektir.

Ülkemizde sağlık harcamalarını adeta körükleyen bir diğer faktör ise akılcı olmayan ilaç kullanımınıdır. Türkiye’de bilinçsiz, kontrolsüz ve aşırı ilaç tüketimi ve ilaç israfı yaşanmaktadır (Pınar, 2012, s.60). GSS’nin yürürlüğe girmesiyle sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ilaç tüketimini ve israfını da artırmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014, s.23-24). 2002’de yaklaşık 700 milyon kutu ilaç tüketilirken 2011’e gelindiğinde tüketilen ilaç sayısı 1,7 milyar kutuya ulaştığı görülmektedir. Yine 2011’de, kişi başına düşen ortalama ilaç sayısı Türkiye’de 23 kutu iken bu sayı, sağlık harcamalarının ve tedavi maliyetlerinin oldukça yüksek olduğu ABD’de 13 kutu olarak gerçekleşmiştir (Üçer, 2013, s.270). Benzer şekilde, 2002 yılında 7,2 milyar TL olan ilaç harcamaları, 2013 yılına gelindiğinde 21,8 milyar TL’ye yükselmiştir (Atasever, 2014, s.184).

Ülkemizde ilaç harcamalarının yüksek olmasının diğer bir sebebi ileri derecedeki ilaç israfıdır. İlaçların önemli bir kısmı yeterince ve gerektiği şekilde kullanılmamakta, hatta bazıları kutuları dahi açılmadan son kullanma tarihi geçerek israf edilmektedir (Pınar, 2012, s.60). İzmir’de bir vakıf tarafından yapılan Atık İlaç Projesi kampanyasında 9 ayda yaklaşık 35 bin kutu ilaç toplanmıştır. Bu ilaçların toplam değerinin 500 bin TL’yi bulduğu tahmin edilmektedir. Aralarında kutusu hiç açılmadan tarihi geçmiş ilaçlar da bulunmaktadır. İsraf olan bu ilaçların büyük bir kısmı, katılım payının alınmadığı diyabet ve tansiyon ilaçlarıdır (Ayaz, 2010, s.18).

İlaç harcamalarının azaltılması ve israfın önlenmesi adına bazı düzenlemelerin uygulanması gerekmektedir. Öncelikle insanların rasyonel ilaç kullanımı ve ilacın önemi hakkında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir. İlaçların ağırlıklı olarak hekimlerin tıbbi onayı ve reçetelendirmesiyle satılması sağlanmalıdır. Bazı ilaçların reçetesiz satışının yasaklanması gerekmektedir. En çok tüketilen ilaçlar arasında bulunan antibiyotikler, diyabet, tansiyon, romatizma ve soğuk algınlığı ilaçları ile ağrı kesici ilaçlar ve besin desteği niteliğindeki vitaminler mutlaka doktor reçetesi ile satılmalı ve bu ilaçlarda geçerli olan katılım payı tutarları arttırılmalıdır. Ülkemizdeki ilaç sektörü yabancı şirketlerin ve özel sektör firmalarının hakimiyeti altında bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığının uzun vadede kendi yerli ve milli ilacımızı üretecek yatırımları yapması ve altyapıyı hazırlaması gerekmektedir. İlaç Devlet tarafından üreilmeye başlandığında, ilaç endüstrisi büyük firmaların tekelinde bulunmaktan çıkacak ve SGK’nın ilaç fiyatlarını daha düşük seviyelere indirerek halka daha ucuz ilaç temin etme imkanı doğmuş olacaktır. Böylece ilaçta dışa bağımlılık azalacak ve ilaç harcamalarını bir nebze daha azaltmak mümkün olacaktır.

Ülkemizde sağlık sistemine ilişkin olarak en çok üzerinde tartişılan konulardan biri hangi finansman yönteminin uygulanması gerektiğidir. Kimi uzmanlar Türkiye'nin mevcut sosyal sigorta ağırlıklı finansman mekanizmasıyla devam etmesi gerektiğini savunurken, kimileri ise vergilendirmeye dayalı finansmana geçilmesi gerektiğini ileri sürmektedir (Yıldırım ve diğerleri, 2012, s.174-175). Bir ülkede hangi finansman sisteminin uygulanacağı o ülkeye özgü çeşitli sosyal, siyasi, demografik ve ekonomik dinamiklere bağlı olarak belirlenmektedir. Finansal üretim kapasitesi, kişi başi milli gelir, gayrisafi yurtiçi hasıla, vergi ve primlerden gelir elde etme potansiyeli gibi ekonomik bileşenler, sağlık faaliyetlerine yapılacak harcamaların miktarını ve düzeyini belirlemede etkili olmaktadır (Roberts ve diğer., 2004, s.154-165). Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, Türkiye'de vergilere dayalı Beveridge Sisteminin uygulanması mantıklı ve mümkün görünmemektedir.

Vergilerle finansman mekanizmasının etkin ve hakkaniyetli bir şekilde uygulanabilmesi için, vergilerin tüm nüfusa homojen olacak şekilde yayılması ve vergilendirme sisteminin adaletli bir yapıya sahip olması gerekmektedir. Bununla birlikte, kayıt dışılığın en az düzeyde olması ve ekonomik yeterlilik gereksinimleri vergiye dayalı finansmanın gerçekleştirilebilmesinde kilit rol oynamaktadır (Yenimahalleli-Yaşar, 2007, s.283-284). Türkiye'de ne yazık ki adaletsiz bir vergi yapısı bulunmakta, gelir dağılımında ciddi orantısızlıklar yaşanmakta ve vergiler nüfus tabanına eşit şekilde dağılmamaktadır. Ayrıca ülkemizde kayıt dışılıkla mücadele konusunda hedeflenen düzeye gelindiğini söylemek güç olacaktır. Bunlara ek olarak, Türkiye'nin finansal kapasitesi ve ekonomik altyapısı, Beveridge Sistemi'nin tatbik edilmesine elverişli görünmemektedir. Ülkemiz özellikle enerji ve sanayide büyük oranda dışa bağımlı bir ülke durumundadır. SGK mevcut durumda finansmanında zaten açıklar vermekte ve bu açıklar devlet kasasından vergilerle finanse edilmektedir. şayet vergiye dayalı finansmana geçilmesi durumunda, ülkede daha ciddi finansal sorunların baş göstereceği, yeni vergilerin uygulamaya koyulacağı, mevcut vergilerin arttırılacağı aşıkardır. Bunun sonucunda kayıt dışılığın, vergi kaçakçılığının ve diğer usulsüzlüklerin artması sürpriz olmayacaktır. Dolayısıyla, Türkiye'de kısa ve orta vadede Beveridge Sistemi'nin uygulanması isabetli bir tercih izlenimi vermemektedir. Bu çalışmanın ana argümanını bu fikir oluşturmaktadır. Türkiye'nin sağlık finansman sisteminin İngiltere ile karşılaştırılmasının sebebi ise, İngiltere'de Beveridge Sistemi'nin uygulanıyor olması ve İngiltere'nin Türkiye'ye kıyasla ekonomik olarak çok daha güçlü bir ülke konumunda olmasıdır. Türkiye'nin gayrisafi yurtiçi hasılası 2016 yılında 769,9 milyar Amerikan Doları iken Birleşik Krallık'ınki (aynı yıl için) 2,64 trilyon Dolarıdır. Yani Birleşik Krallık'ın finansal üretim kapasitesi, Türkiye'ninkinin

neredeyse dört katı bir byklge sahiptir. Benzer Şekilde, kişi başi milli gelir Türkiye’de yaklaşık 10 bin Dolardır. Kişi başi milli gelirin 40 bin Dolar civarında olduğu Birleşik Krallık, bu alanda da Türkiye’yi dörde katlamıştır. Bu Őartlar altında İngiltere’nin Beveridge Sistemi uygulaması gayet normal ve makul karşılanabilmektedir. Ancak Türkiye’nin kısa ve orta vadede prime dayalı sosyal sigortacılıkta devam etmesi, finansman gelirlerini arttırmaya ve giderlerini azaltmaya yönelik zm arayışlarına girmesi mevcut durumda benimsenecek en rasyonel politika olacaktır.

SONUÇ

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hayata geçirilmesiyle sağlık sisteminde önemli gelişmeler ve köklü reformlar gerçekleştirilmiştir. GSS’nin yrrlge girmesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmış, bu durum sağlık harcamalarının artışını da beraberinde getirmiştir. SGK’nın prim gelirleri, sağlık ve emeklilik harcamalarını karşılayamamakta ve Kurum her sene bütçe açığı vermektedir. SGK’nın bu açıkları devlet bütçesinden karşılanarak telafi edilmektedir. SGK’nın mali açıdan sürdürülebilirliğini koruması için gelir arttırıcı veya gider azaltıcı önem ve uygulamalara başvurması gerekmektedir.

Hayata geçirilmesi etkili olabilecek en önemli değişimlerden biri, hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sisteminin getirilmesidir. Bireyler hastalandıklarında tıpkı İngiltere’deki gibi önce kayıtlı oldukları aile hekimlerine muayene olmalı, sonrasında aile hekiminin yönlendirmesiyle ikinci veya nc basamak hizmet sunucularına müracaat edebilmelidir. Böylece sağlık hizmetlerinde yoğunluk ve gereksiz talep azaltılmış olacaktır. Ayrıca hizmet sistemi, tedavi edici servislerden ziyade, koruyucu ve önleyici hekimlik üzerine yoğunlaşmalı, birinci basamak temel sağlık hizmetleri sağlık sisteminin merkezini oluşturmalıdır.

Bir diğer gelir azaltıcı zm ise, özel sağlık sigortalarının sistemdeki etkinliğini ve sınırlı rolünü arttırmak olacaktır. 2017 yılının başında uygulamaya giren zorunlu BES uygulamasına benzer Şekilde, toplumu özel sağlık sigortalarına ve özel sağlık sigortacılığına yönlendirecek özendiricilerin ve teşviklerin uygulanması faydalı olacaktır.

Ülkemizde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı anormal derecede yüksektir. Ciddi düzeyde ilaç israfı ve kontrolsüz ilaç tüketimi yaşanmaktadır. Bu durumun önlenmesi adına, halk akılcı ilaç tüketimi konusunda bilinçlendirilmeli, çok tüketilen bazı ilaçların reçetesiz satışı yasaklanmalı ve bu ilaçlardaki katkı payları arttırılmalı, kullanılmayan

fakat son kullanma tarihi geçmemiş ilaçların toplanarak sağlık servislerinde yatarak tedavi gören hastalara yönelik kullanılabilir olacak Şekilde ilaç geri dnşim sistemi kurulmalıdır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı kendi yerli ilacımızı üretebilmek amacıyla gerekli çalışmaları başlatmalı ve ülkemizin uzun vadede ilaçta dışa ve özel sektöre bağımlı olmaktan kurtulması sağlanmalıdır.

Türkiye'nin mevcut finansal kapasitesi, vergilendirme yapısı ve kayıt dışılıkla mücadele potansiyeli göz önünde bulundurulduğunda, vergilere dayalı finansman mekanizması olan Beveridge Sistemi Türkiye için uygun ve elverişli bir yöntem izlenimi vermemektedir. Sosyal sağlık sigortacılığında devam etmek ve gelirleri arttırmaya yönelik çözümler aramak muhtemelen daha isabetli bir strateji olacaktır.

Sağlık, insanlığın en kıymetli sermayesi olarak kabul edilmektedir. Bütün sağlık hizmetleri, bu sermayeyi muhafaza etmek ve geliştirmek için yapılmaktadır. Çalışmada bahsi geçen zml nerileri hayata geirilebilirse, Türkiye'deki sağlık sisteminin daha etkin ve verimli işler hale gelmesi muhtemel görünmektedir.

KAYNAKÇA

Kitap ve Süreli Yayınlar

AKAR, SevdA. ‘‘Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’, **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt.21, Sayı.1, 2014.

ATASEVER, Mehmet. **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2014.

AUSTIN, Andrew ve HUNGERFORD, Thomas L. **The Market Structure of the Health Insurance Industry**, Washington D.C.: Congressional Research Service, 2009.

AYAZ, Tutku. ‘‘Atık İlacın fotoğrafı ekildi’’, **Referans Gazetesi**, (19/04/2010).

BHARGAVA, Amit. ‘‘Clinical Commissioning Groups’’, A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, 2017, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_apfg/files/apfg_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (15/05/2017).

BOYLE, Sean. **The UK Healthcare System**, Commonwealth Fund, 2008, http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf, (07/05/2017).

BOYLE, Sean. ‘‘United Kingdom (England) – Health System Review’’, **Health Systems in Transition**, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.13, No.1, (2011).

DİNÇ, Gönül. **Birleşik Krallık Sağlık Sistemi**, 1. Baskı, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, 2009.

EROL, Hatice ve ÖZDEMİR, Abdullah. "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.4, Sayı.1, 2014.

GÜVERCİN ve Diğerleri. "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)", **Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi**, Cilt.7, Sayı.13, 2016.

Health and Social Care Information Centre, "Health and Social Care Information Sources – A Guide for Journalists", 2016, http://content.digital.nhs.uk/media/16102/HSCICGuideforjournosinteractiveFINAL/pdf/HSCIC_Guide_for_journos-2016-FINAL.pdf, (14/05/2017).

Health and Social Care Information Centre, **Prescriptions Dispensed in the Community England: 2005-2015**, 2016, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB20664/pres-disp-com-eng-2005-15-rep.pdf>, (19/05/2017).

HM Treasury, **Public Expenditure Statistical Analyses 2014**, 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/330717/PESA_2014_-_print.pdf, (14/05/2017).

İŞİK, Mustafa., İŞİK, Fikriye., KIYAK, Mithat. "Analyzing Financial Structure of Turkish Healthcare System in Comparison with U.S., German, British, French and Cuban Healthcare Systems", **Journal of Economics, Finance and Accounting**, Vol.2, No.4, 2015.

KEABLE-ELLIOT, India. **Hypothecated Taxation and the NHS**, Centre Forum, 2014.

KUTZIN, Joseph. "A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements", **Health Policy**, Sayı.56, 2001.

LIU, Eva ve WONG, Elyssa. **Health Care Expenditure and Financing in the United Kingdom**, Hong Kong: Provisional Legislative Council Secretariat Research and Library Services Division, 1998.

MOSSIALOS, Elias ve DIXON, Anna. "Funding Health Care: An Introduction", MOSSIALOS, Elias., DIXON, Anna., FIGUERAS, Joseph., KUTZIN, Joe. (Eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (1-30), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002.

MOSSIALOS, Elias ve DIXON, Anna. "Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options", MOSSIALOS, Elias., DIXON, Anna., FIGUERAS, Josep. ve KUTZIN Joe. (Ed), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (272-300), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002.

NHS, "The NHS Constitution", 2016, <http://www.barnetccg.nhs.uk/Downloads/Publications/NHS-constitution-July-2015.pdf>, (13/05/2017).

NHS Commissioning Board, "Commissioning Fact Sheet for Clinical Commissioning Groups", 2012, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/07/fs-ccg-respon.pdf>, (13/05/2017).

NHS England, "Understanding the New NHS", 2014, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/06/simple-nhs-guide.pdf>, (14/05/2017).

NORMAND, Charles ve BUSSE, Reinhard. "Social Health Insurance Financing", MOSSIALOS, Elias., DIXON, Anna., FIGUERAS, Josep. ve KUTZIN, Joe. (Ed.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (59-79), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002.

NORMAND, Charles ve WEBER, Axel. **Social Health Insurance: A Guidebook For Planning**, 2.Baskı, Bad Homburg: VAS-Verlag für Akademizche Schriften, 2009.

OECD/EU, **Health At a Glance:Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle**, 2016, www.oecd.org, (06/02/2017).

Office for National Statistics, "Expenditure on Healthcare in the UK", 2015, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/expenditureonhealthcareintheuk/2015-03-26>, (13/05/2017).

Office for National Statistics, "Population Estimates for UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland: Mid-2015", 2016 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/latest>, (08/05/2017).

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

POWELL, Thomas. "The Structure of the NHS", **House of Commons Briefing Paper**, Paper No.07206, March 2016.

POWELL, Thomas ve HEATH, Sarah. "The Reformed Health Service and Commissioning Arrangements in England", **House of Commons Library**, 2013, <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN06749#fullreport>, (14/05/2017).

PINAR, Neslihan. "Ülkemizde İlaç Harcamaları", **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt.19, Sayı.1, 2012.

ROBERTS ve Diğerleri. **Getting Health Reform Right:A Guide to Improving Performance and Equity**, New York: Oxford University Press, 2004.

Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, 2016, http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf, (30/04/2017).

SARGUTAN, A. Erdal (Ed.). **84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2006.

SAVEDOFF, William ve SEKHRI, Neelam. **Private Health Insurance: Implications for Developing Countries**, World Health Organization Discussion Paper, Sayı 3, Cenevre, 2004.

Sosyal Güvenlik Kurumu, **2014 Faaliyet Raporu**, 2015, <http://www.sgk.gov.tr/2014FaaliyetRaporu.pdf>, (20/04/2017).

Sosyal Güvenlik Kurumu, **2016 Yılı İdari Faaliyet Raporu**, 2017, <http://www.sgk.gov.tr/2016FaaliyetRaporu.pdf>, (18/04/2017).

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Genel Sağlık Sigortası**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi No.79, 2013c.

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Sigortalıların Hak ve Yükümlülükleri**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 57, 2013a.

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 Yenilik**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu, Yayın No: 80, 2013b.

TATAR, Mehtap. "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.1, Sayı.1, 2011.

The NHS Constitution, "Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability", 2013, <http://www.caringchoices.org.uk/files/2013/12/Guide.pdf>, (12/05/2017).

THORLBY, Ruth ve ARORA, Sandeepa. "The English Health Care System, 2015", MOSSIALOS, Elias., WENZL, Martin., OSBORN, Robin. ve SARNAK, Dana. (Ed.), **2015 International Profiles of Health Care Systems** içinde, (49-58) New York - Washington D.C.: The Commonwealth Fund, 2016.

TİRYAKİ, Deyra ve TATAR, Mehtap. "Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.5, Sayı.4, 2000.

TOPCUK, Yılmaz. "Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi", **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl.14, Sayı.74, 2011.

TOPCUK, Yılmaz. "Sosyal Güvenlik Kurumu İle Anlaşmalı Özel Sağlık Hizmeti Sunucusunda Genel Sağlık Sigortalısı Hastaya Ücretli Hasta Muamelesi", **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl.13, Sayı.67, 2010.

ÜÇER, Ali Rıza. "Sağlıkta Dönüşüm Programının Yarattığı Talep Patlaması", ARSLANOĞLU, İlknur (Ed.). **Tıp Bu Değil 2** içinde (257-279), İstanbul: İthaki Yayınları, 2013.

World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, 2000, http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, (20.02.2017).

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

YILDIRIM, Hasan Hüseyin. **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Sağlık-Sen Yayınları, 2013.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin., YILDIRIM, Türkan ve AKBULUT, Yasemin. **Sağlık Sigortacılığı**, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012.

Kanun, Yönetmelik ve Resmi Gazete

5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Kabul Tarihi: 16/05/2006, 26173 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 20/05/2006.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kabul Tarihi: 31/05/2006, 26200 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 16/06/2006.

5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükümünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kabul Tarihi: 17/04/2008.

Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği.

17 Aralık 2016 Tarihli, 29921 Sayılı Resmi Gazete

İnternet Kaynakları – Veri Tabanı

<http://statisticstimes.com/economy/projected-world-gdp-ranking.php>, (19/05/2017).

<http://www.tradingeconomics.com/united-kingdom/indicators>, (05/05/2017).

TÜİK, **Sağlık Harcamaları İstatistikleri 1999-2015,** 2016,
http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, (10/04/2017).