

SAĞLIK HİZMETLERİNİN VERGİLERLE FİNANSMANINDA BİREYLERE DÜŞEN VERGİ YÜKÜNÜN İRDELENMESİ

Öğr.Gör.Dr. Meltem İRTEŞ GÜLŞEN

Anadolu Üniversitesi

mirtes@anadolu.edu.tr

Dr.Öğr.Gör. Nilay KÖLEOĞLU

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

nkoleoglu@comu.edu.tr

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılan yöntemler ve sektöre yapılan harcamalar her ülkede, ülkenin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak değişmektedir. Kimi ülkeler sağlık harcamalarının tamamını devlet bütçesinden yapılan harcamalarla karşılarken, kimi ülke de vergilerle finansmanın yanı sıra kişilere de bazı harcamalara katılma imkânı tanımaktadır. Her ülkede farklı sonuçlar doğurabilecek finansman yöntemleri ülkenin sağlık politikalarına göre bir veya birkaçı bir arada uygulanabilir. Hemen hemen aynı ekonomik koşullara sahip olan iki ülkede bile tercih edilen finansman yöntemleri, sağlık hizmetinden yararlanabilme imkânına ve bu imkânın kalitesine göre farklı sonuçlar doğurabilir. Çalışmamızda ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında vergilerle finansman yönteminin ne derece kullanıldığı ve dolayısıyla kişilere vergiler aracılığıyla ne kadar yük oluşturduğu, öncelikli konumuzdur. Bu nedenle önce sağlık hizmetlerinin genel finansman yöntemleri hakkında kısaca bilgi verildikten sonra bu finansman yöntemi ile kişilere ne kadar yük yüklendiği ve bu yük karşılığında yeterli finansmanın sağlanıp sağlanmadığı sosyal hukuk devletinin ilkeleri çerçevesinde incelenmiştir.

Anahtar Kelime: Sağlık Hizmetleri, Vergi, Sosyal Güvenlik Primleri, Vergi Takoza

EXAMINATION OF THE TAX BURDEN ON INDIVIDUALS IN THE FINANCING OF HEALTH SERVICES WITH TAXES

ABSTRACT

The methods used to finance health services and the expenditures on the sector vary in each country depending on the country's level of development. While some countries cover all of their health expenditures by spending from the state budget, some countries also allow people to participate in some expenditures as well as financing them with taxes. Financing methods that can produce different results in each country can be applied in such a way that one or more of them are combined according to the country's health policies. Even in the two countries with almost the same economic conditions, preferred financing methods can have different results in terms of the health service availability and the quality of this opportunity. In our study, our primary issue is how much tax is applied to the financing of health services in our country and therefore how much burden is imposed on individuals through taxes. For this reason, after giving brief information about the general financing methods of health care services, how much burden is charged to the people through this financing method and whether sufficient funding is provided in return for this burden has been examined within the framework of the principles of the social law state.

Keywords: Health Services, Tax, Social Security Premiums, Tax Wedge

Giriş

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılan yöntemler ve sektöre yapılan harcamalar her ülkede, ülkenin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak değişmektedir. Her ülke de sağlık harcamalarına ne kadar pay ayrılacağı ve dolayısıyla sağlık politikasının belirlenmesi, ülkelerin en önemli tartışma konusunu oluşturmaktadır. Buradaki temel amaç, ülkede sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde her kesime ulaşabilmesini ve kabul edilebilir bir kaliteye sahip olmasını sağlamak ve bunun finansmanının da kolayca ve az maliyetle karşılamaktır. Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin finansmanında ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile 2003 yılından itibaren bir hız kazanmış ve köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bu program ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır. Kişinin sağlığının toplumla birlikte korunması esastır. Bu sebeple “herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti” bu programın ana fikridir. (Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı, (2003-2011), 2012: 8)

İnsan ömrünün yaşam koşullarındaki iyileşmeye ve teknolojideki gelişmelere bağlı olarak uzaması, sağlık harcamalarında artışlara neden olmuştur. Sağlık harcamalarının finansmanında kullanılacak yöntemlerin belirlenmesinin önemini artırmıştır.

Her ülkede farklı sonuçlar doğurabilecek finansman yöntemleri ülkenin sağlık politikalarına göre bir veya birkaçı bir arada uygulanabilir. Hemen hemen aynı ekonomik koşullara sahip olan iki ülkede bile tercih edilen finansman yöntemleri, sağlık hizmetinden yararlanabilme imkânına ve bu imkânın kalitesine göre farklı sonuçlar doğurabilir. Genel uygulamaya baktığımızda, her ülke kendi ülkesinin koşullarına göre finansman yöntemlerinden bir kaçını uygulayabildiği gibi tamamının mevcut olduğu sistemleri de uygulayabilmektedir.

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan yöntemleri ve bu yöntemlerin uygulamasından kısaca bahsedildikten sonra Türkiye’de uygulanan finansman yöntemi incelenerek, söz konusu hizmetlerin vergilerle finansmanının mevcut durumu ve etkileri incelenmiştir.

2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Önemi

Ülkelerin kalkınmışlık düzeyini belirleyen faktörler günümüzde değişmiştir. Önceden bu düzey sosyal, ekonomik ve kültürel göstergelere bakılarak belirlenirken artık eğitim ve sağlık göstergeleri kalkınmışlık düzeyini belirlemede yeterli olmaktadır. Eğitim ve sağlıkla ilgili problemlerini çözen ülkeler kalkınmış ülke olarak kabul edilmektedir. Bu da, sağlık sektörünün bir ülkenin gelişmişlik düzeyi açısından değerini göstermektedir.

Toplumunun sağlık sorunlarını en iyi şekilde çözebilmesi öncelikli politikalardan biri olmalıdır. Dolayısıyla toplumun ihtiyacını karşılamak üzere yeterli sağlık herkese ve eşit şekilde sunabilmek için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu gereklilik sağlık hizmetleri talebini artırmıştır. Hızla gelişen tıbbi teknoloji, kaynak ihtiyacını da çok fazla artırmıştır. Bu durum, sektörün mevcut problemlerini çözebilmesinin finansman sorununu çözmeye bağlı olduğunu görülmektedir. Söz konusu finansman sorununu yaşıyan ülkeler bu sorunu çözebilmek için hem sağlık sistemlerinde hem de finansman kaynaklarında yeniden yapılanmaya gitmektedir.

3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanındaki Yöntemler

Sağlık ekonomisinin belirleyicilerinden olan ekonomik, sosyal, politik ve demografik etkenlerdeki değişiklikler, sağlık hizmetlerinde dolayısıyla da sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinde değişikliklere neden olmuştur. 20. yüzyılda cepten yapılan harcamalar, sağlık hizmetleri için yapılan ödemelerin en sık kullanılan yolu olmuştur. Bununla birlikte küresel sağlık harcamalarında sosyal sigorta, özel sigorta ve genel vergilendirmenin de bir payı

bulunmuştur. Böylece havuz oluşturarak hane halkları için daha iyi mali koruma sağlamıştır. Bu ön ödemeli finansman mekanizmalarından önemli miktarda finansman sağlanması nedeniyle hemen hemen her ülkede kullanılmıştır. Tüm bireyleri kapsayan sosyal sigortalar sistemi bireysel ödeme sistemlerinin yerini almıştır.

Kişi başına düşen milli gelirin düşük olduğu ülkelerde, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin bireyler tarafından cepten ödenmemesi, o bireylerin ciddi maliyetler oluşturan bazı hizmetlerden yararlanamamasına neden olacağından tek başına uygulanabilecek etkin bir yöntem olarak kabul edilememektedir. Ya da özel sigorta şirketlerinin etkin olmadığı bir ülkede sadece özel sigorta şirketleri ile finansman yönteminin seçilmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanının yetersiz kalmasına neden olabilecektir.

Bu nedenle farklı yapılara sahip olan ülkeler farklı finansman sistemlerine sahiptir. Ülkenin sahip olduğu nüfus, nüfusun yaş ortalaması, hastane sayısı, sağlık personel sayısı, ülkenin ekonomik durumu ve sağlık politikaları gibi birçok faktör o ülkenin finansman ihtiyacını ve finansman kaynaklarının çeşit ve önemini etkilemektedir.

Finansman yöntemleri, kaynağına ve ödemenin şekline göre sınıflandırılmaktadır. Kaynaklarına göre yapılan sınıflandırmaya göre; devlet birimleri tarafından toplanan kaynaklar kamu, özel kişi ve kurumlar tarafından toplanan kaynaklar ise özel finansman içinde yer almaktadır (Çoban, 2009). Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmetinden yararlananların, aldıkları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi demektir. Dolaylı finansman yönteminde ise, hizmeti yerine getiren ile hizmetten yararlanan arasında üçüncü bir taraf vardır. Ödeme kısmen veya tamamen bu taraf aracılığı ile yapılır (Aktan ve Işık, 2007: 25).

Kamusal finansman yöntemlerini vergiler, kullanıcı harçları ve sosyal sigortalar oluşturmaktadır. Özel finansman yöntemlerini ise cepten yapılan ödemeler, doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları, enformel ödemeler ve özel sağlık sigortaları oluşturmaktadır. Aşağıda bu sınıflandırmalardan kısaca bahsedilecektir.

4. Çalışmanın Yöntemi ve Kısıtları

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılan yöntemler ülkeden ülkeye değişmektedir. Bazı ülkeler sağlık harcamalarının tamamını devlet bütçesinden finanse ederken, bazı ülke de vergilerle finansmanın yanı sıra kişilere de bazı harcamalara katılma imkânı tanımaktadır. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin finansmanda kullanılan finansman yöntemleri ve bu yöntemlerin uygulanmasından kısaca bahsedildikten sonra Türkiye’de uygulanan finansman yöntemi incelenerek, söz konusu hizmetlerin vergilerle finansmanının mevcut durumu ve etkileri incelenmiştir. Bu yolla vergilerle finansmanın Türkiye’de ne kadar uygulandığını ve bu sistemin bireyler üzerinde ne derece bir yük oluşturduğunu tespit etmek istenmektedir. Böylece herkese ve eşit şekilde sağlık hizmetini sunarken kişilere ne derece maliyet yüklenmektedir ve bu maliyet eşit olarak dağıtılabiliyor mu? sorusuna cevap aranmıştır. Bunun için toplam sağlık harcamalarının genel bütçe harcamaları içindeki payına, genel bütçe vergi gelirlerinden ne kadarlık bir kısmın sağlık harcamalarına aktarıldığına ve bekâr bir çalışan sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlanmasının sağlanmasında ücreti ile katkıda bulunduğuna bakılmıştır.

4.1. Kamusal Finansman

Toplam sağlık harcamaları genel bütçe vergi gelirleri ile karşıladığı gibi, sosyal güvenlik kurumları aracılığıyla çalışanlarının ne kadar prim ödeyeceğini, ödemelerin işçi veya işveren tarafından hangi oranda ödeneceğini her ülke kendisi belirler. Doğal olarak her sistem birbirinden farklıdır ve kendine has avantaj ve dezavantajları vardır. Hangisinin daha üstün olduğunu söylemek mümkün değildir. Çünkü ekonominin yapısı, sağlık hizmetinden yararlanma koşulları, sağlık hizmetinin kapsamı gibi birçok farklı etkenin bir arada dikkate

alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetinin devlet destekli sosyal güvenlik kurumları gibi, özel sigortalarla ve hastanın cepten yapılan ödemelerle karşılanması ABD, İsviçre ve Türkiye'nin başvurduğu yöntemdir. (Ekici, 2018)

OECD ülkeleri kamu programlarını desteklemek için ağırlıklı olarak gelir vergilerini; gelişmekte olan ülkeler ise tüketim vergilerine daha çok güvenmektedir. Örneğin, İngiltere, sağlık hizmetlerini finanse etmek için genel gelir vergilerine büyük ölçüde güvenmektedir. İtalya da Ulusal Sağlık Servisi; gelir vergileri kullanır. Bölgesel veya yerel vergiler Finlandiya, Norveç ve İsveç'te sağlık için başlıca finansman kaynağıdır. İspanya ve Britanya'da ulusal vergiler ağırlıktadır (Mossialos and Dixon, 2002).

4.1.1. Dolaylı ve Dolaysız Vergiler

Devletlerin öncelikli görevleri olan güvenlik, sağlık ve eğitim hizmetlerinin finansmanında kullanılan en önemli araç vergilerdir. Vergiler toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir kalemi oluşturmaktadır. Vergiler konularına, tarife şekline, yansıma durumuna ve ekonomik etkinliğine göre sınıflandırılır. Vergilerin yansımasına bağlı olarak yapılan sınıflandırma dolaylı ve dolaysız vergilendirme şeklinde olmaktadır (Seligman, 2004: 537).

Devletler toplam vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük bir bölümü karşılamaktadır. Genel olarak az gelişmiş ülkelerde toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı % 50 civarındadır. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran % 70 seviyelerine yükselebilmektedir (Gottret ve Schieber, 2006: 42).

Devlet vergi gelirlerinden sağlık hizmetleri için ödeme yapması oldukça yenidir. Zira yirminci yüzyılın ortalarına kadar, sağlık hizmetleri için cepten yapılan harcamalar dışındaki en önemli alternatifler özel dernekler ve hayırsever yardımlarıdır. Örneğin İngiltere, 1911 yılında Ulusal Sigorta Yasası ile bordro ile finansmana katkı sağlamış, ancak II. Dünya Savaşına kadar evrensel bir vergi destekli sağlık sistemini benimsememiştir. Diğer taraftan vergi gelirleriyle finansman modeli Batı Avrupa ülkeleri arasında yaygındır. (World Health Organization 2004)

Vergi dayalı sistemlerin birçok avantaj ve dezavantajları vardır. Bu sistemde ödeme zorunlu olduğu için, birçok problemten kaçınılmaktadır. Devletlerin bu gücü, vergi gelirlerinin arttırılması ve dağıtılmasının kolektif ve politik doğasından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, hizmetten ortaya çıkan verimsizlikler, çoklu hedefler, ayrıcalıklı gruplara hizmet etmek için politik baskılar gibi bu tür sistemlerin zayıflıkları da vardır.

Vergi gelirlerinin evrensel sağlık kapsamını finanse etmek için birçok avantajı vardır. En önemli avantajlarından biri, sağlık risklerini etkili bir şekilde karşılayarak büyük bir katkıda bulunur. Bu tür sistemlerde bireylerde gelir, harcamalar, mülk, sermaye kazançları ve diğer çeşitli mallar üzerindeki vergiler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin sağlanmasına katkıda bulunurlar. Özel sağlık sigortalarına bağlı olan sistemlerin aksine, bu sistem sağlık durumlarından bağımsız olarak tüm fonları harekete geçirir. Sonuç olarak, sistemlerde yaygın olan birçok sorunu önler.

4.1.2. Sosyal Sigorta

Ülkelerin sahip oldukları farklılar, sosyal sigorta uygulamasının değişik şekillerde yorumlanmasına neden olmaktadır. Güvercin sosyal sigortaları *“toplumun hastalık, iş kazası, işsizlik, yaşlılık ve ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal kayıplara karşı kamusal önlem mekanizmaları ile korunmasıdır”* şeklinde tanımlamaktadır (Güvercin, 2004: 89). Sosyal güvenlik sistemlerinde kullanılan üç yöntemden biridir. Finansmanını ise sigortalı, işveren ve devlet katkılarından oluşan primler oluşturur. Bu yöntemle riskin ve maliyetlerin azaltılması sağlanmaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinin finansmanında karşılaşılabilecek ekonomik ve sosyal maliyetlerin en aza indirilebilmesi mümkün olabilmektedir.

4.2. Özel Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, ülkelerin ekonomik ve sosyal düzeylerindeki değişimlere göre kullanılan yöntemlerde de değişimler meydana gelmektedir. Farklı finansman arayışında kullanılan modellerden biri de özel finansman yöntemleridir.

4.2.1. Cepten Yapılan Ödemeler

Cepten yapılan ödemeler, hastalar veya hane halkları tarafından yapılan ödemeler olarak tanımlanmaktadır (Belli, 2002; Mossialos and Dixon, 2002). Birçok ülkede cepten sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının finansmanında vergi gelirlerinden sonra ikinci sırada gelmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetleri, cepten sağlık harcamaları, genel bütçe gelirleri ve sosyal güvenlik katkılarından oluşan üçlü finansman yöntemiyle karşılanmaktadır. Cepten sağlık harcamaları; katkı payı, doğrudan ödeme ve enformel ödeme şeklinde gerçekleşmektedir.

4.2.1.1. Doğrudan Ödemeler

Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan vatandaşların, sağlık hizmetlerinden yararlanmaları durumunda hizmet bedelinin tamamını kendilerinin ödemesi, doğrudan ödemeleri oluşturmaktadır (Mossialos and Dixon, 2002). Doğrudan ödemeler çoğunlukla ilaç alımlarında, dış tedavilerinde ve ayakta sağlık hizmetlerinde kullanılmaktadır (Roemer, 1971:1158). Vatandaşlar sigorta kapsamı içindeki hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanabilecekken bazen zaman kaybını önlemek için bazen de aldıkları hizmetten memnun olmadıkları için doğrudan ödeme yaparak sigorta kapsamı dışındaki yerlerden sağlık hizmeti alabilmektedir.

4.2.1.2. Kullanıcı Katkıları

Dünya Bankası, temel sağlık hizmetlerinin özellikle kırsal kesimdeki vatandaşlarda dahil olmak üzere bütün vatandaşlara götürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla belirlenen dört temel politika içinde kullanıcı katkılarını da saymıştır.

Kullanıcı harçları, kamu kuruluşlarının sunmuş olduğu bazı hizmetlerden yararlanma karşılığında, bu hizmetten yararlanan kişilerin yapmış olduğu ödemelerdir. Bireyler tarafından yapılan bu ödemeler, alınan hizmetin az da olsa parasal karşılığını oluşturmaktadır. Ancak cepten ödeme gibi hizmetin tam karşılığını oluşturmamaktadır. Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetinden yararlanan kişinin bu hizmetin bedeline, ücretinin belirli bir bölümü ile katılmasıdır (Yıldırım, 2004: 2). Kimi zaman devlet, kamusal hizmet miktarını sınırlandırabilmek için etkin bir şekilde kullanıcı harçlarını kullanır (Schieber, 2006: 79). Zira kullanım harçlarının kamusal hizmeti kullanan kişiden alınacağı ve dolayısıyla hizmeti kullanmayandan alınmayacağı için, ekonomi üzerinde önemli bir etkinliğe sahiptir. En önemli faydası gereksiz sağlık hizmeti taleplerini azaltacak olmasıdır. Böylece ihtiyacı olanlara daha kaliteli ve verimli hizmetin sunulmasına yardım edecektir (World Bank, 1999: 33, Merson, Black ve Mills, 2006: 633).

4.2.1.3. Enformel Ödemeler

Enformel ödemeler yani resmi olmayan ödemeler, birçok ülkede yasal olmayan ve kayıtlara geçmeyen bir ödemedir. Sağlık hizmeti öncesi veya sonrası doktorlara "teşekkür hediyeleri" olarak yapılan resmi olmayan ödemelerdir. "Bıçak parası" da denilen bu ödeme, ödemeyi veren ve alan tarafından farklı nedenlere dayandırılmaktadır. Ancak daha çok bu durum, devlete olan güvenin ve kamu finansman kaynaklarının az olması, özel sağlık hizmetlerinin yetersizliği gibi ekonomik ve sosyal etmenlerden etkilenmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 24). Bu ödemelerin resmi olmaması, kayıtlarının tutulmaması dolayısıyla nakit olarak yapılması nedeniyle toplam sağlık harcamaları içindeki payını bilebilmek pek de mümkün değildir.

4.2.2. Özel Sağlık Sigortaları

Bireyler özel sağlık sigortalarına, aynı kamu sağlık sigortalarına yaptıkları gibi prim öderler. Bireyin ne zaman hasta olacağı ve ne büyüklükte bir tedavi masrafiyla karşı karşıya kalacağı belirsizdir ve bu durum finansman sorunu doğurabilir. Bunu önlemek ve sahip olduğu avantajlardan yararlanmak için ağırlıklı olarak gelişmiş ülkelerde özel sağlık sigortalarına başvurulmaktadır.

Özel sağlık sigortalarda riske bağlı olarak değişen sigorta primi gönüllü olarak ödeme yapılır. Kamu sağlık sigortalarında ise risk söz konusu değildir. Bireylerin aldıkları maaş üzerinden hesaplanarak primleri belirlenir. Bireyler sağlık hizmetlerine daha çabuk ulaşabilmek ve farklı hizmetlerden yararlanabilmek için ikame edici özel sağlık sigortaları kamu sağlık sisteminde yer almasına rağmen tercih edebilmektedir (Güleç, 2010: 89). Ayrıca özel sağlık sigortası uygulaması sunulan hizmetlerin etkinliğine ve yeni teknolojilerin gelişmesine de katkıda bulunur.

5. Vergiye Dayalı Finansman

Günümüzde sağlık hizmetlerinin finansmanında en çok kullanılan yöntem vergilerle finansman yöntemidir yani Beveridge Modelidir. Vergiye dayalı finansmanda, sağlık hizmetleri giderlerinin büyük kısmının vergi gelirleri ile karşılandığı ya da genel vergi gelirleri yoğunlukla kullanıldığı bir sistemdir. Vergi gelirlerine hangi oranda başvurulacağı ülkelerin ekonomik durumları ve siyasal rejimleri karar verir (Evans 2002; Tatar 1996). Devletin genel bütçe vergi gelirlerini sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılması, vergiye dayalı finansman modelini oluşturmaktadır. Devlet bu yöntemi sağlık ve sosyal güvenlik için kurumlar kurarak, devlet bütçesinden ödenek ayırarak, kurumların oluşan açıklarını kapatarak ya da vergi kolaylıkları sağlayarak finanse eder.

Vergilerle finansman yönteminde, vatandaşlar katkı payı ödemesi dışında sağlık hizmetlerinden ücret ödemeden yararlanır. Katkı payları, kişilerin ödeme güçlerine göre belirlenir. Ödenen katkı payına bağlı olmadan da sağlık hizmetlerinden ne zaman ve ne kadar ihtiyacı olursa yararlanırlar. Bu sistem yaygın olarak Finlandiya, İspanya, İngiltere, Kanada, Portekiz, İsveç ve İtalya'da kullanılır (Evans 2002; Çilingiroğlu 2006).

Vergilerle finansman yönteminin birçok avantajı bulunmaktadır. Her şeyden önce katkı paylarının bir havuzda toplanması sağlık hizmetlerinin finansman riskini azaltır. Vatandaşların zorunlu olarak ödedikleri gelir, tüketim ve servet vergileri ile toplanan gelirlerin sağlık hizmetlerinde kullanılmasını sağlar. Böylece herkes için fonlar bir araya gelmiş olur (Evans 2002; Savedoff 2004). Özetle, vergiye dayalı finansman ile hedeflenen, vergilerin adil olarak tahsili, tahsil edilen bu vergilerle sunulan sağlık hizmetlerinden gerçek ihtiyaç sahiplerinin yararlanması ve sistemin buna göre belirlenmesidir. Fakat bu hedef her zaman gerçekleşmeyebilir (Alma-Ata Deklerasyonu).

Kişilerin ne kadar harcama yaptığı ve dolaylı vergilerden ne derece etkilendiği kişinin tüketim davranışlarına göre değişmektedir. Dolayısıyla dolaylı vergilerle sağlık hizmetlerine vergilerle ne kadar katkı sağlandığını anlayamazlar. Ancak dolaysız vergi, kişilerin elde ettikleri gelir düzeyine göre doğrudan alındığı için ne ödediklerini fark etmektedir. Burada önemli olan toplanan vergilerin hangi alanlarda ve ne kadar kullanılacağına siyasi olarak karar verilecektir (Mossialos, Dixon 2002). Tabii sağlık hizmetleri için ayrılan fonların sağlık sektöründe ne şekilde dağıtılacağı, tedavi edici hizmetlere mi yoksa koruyucu hizmetlere mi öncelik tanınacağı çok önemlidir. Uygulamada kaynakların ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetlere ve tıbbi malzemelere harcandığı görülmektedir. Bu durumda koruyucu sağlık hizmetlerine daha az kaynak tahsis edileceği anlamına gelmektedir (Savedoff, 2008; 139-140).

Dünya Bankası'nın verileri kullanılarak vergilerle sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin yapılan bir çalışmaya göre;

Vergi gelirleri, çoğu ülkede sağlık sistemlerini finanse etmek ve genişletmek için mevcut hükümet fonlarının ana kaynağıdır (Moore, 2004: 297–319). Az gelişmiş ülkelerde vergi gelirleri toplam devlet gelirlerinin yaklaşık % 65'ini oluşturmaktadır. Bununla birlikte, az sayıda çalışma farklı vergi rejimlerinin sağlık sistemlerini nasıl etkilediğini titizlikle değerlendirmiştir (Reeves, McKee, Basu, Stuckler, 2014; 1–8). Kurum kazançları, sermaye kazançları, karlar, gelir ve tüketim dahil olmak üzere birçok kaynaktan vergi geliri elde edilebilmesine rağmen, 1990 yılından beri az gelişmiş ülkelerde çoğu gelir artışı tüketim vergisinden kaynaklanmaktadır. Buna ek olarak, bazı iktisatçılar, kâr ya da sermaye kazançları üzerindeki yüksek vergilerin yabancı (ya da özel) yatırımları caydırabileceği gibi, tüketim gibi dolaylı vergilendirmeyi de teşvik ettiğinden endişe etmişlerdir (Auriol, Warlters, 2005; 625–646).

Dünya Bankası'nın Uluslararası Para Fonu (IMF) 'u vergileri üç kategoride açıklamaktadır (IMF, 2001). Farklı vergi sistemlerinin etkisi büyük ölçüde değişse de, genel olarak tüketim vergileri daha az regresif olma eğilimindedir ve düşük gelirli gruplara daha fazla yük getirmektedir. Örneğin, Güney Afrika'daki vergi simülasyon modelleri, genel gelir, tüketim veya her ikisinde de artan vergilerin sağlık kapsamını genişletmesine rağmen, tüketim vergilerinin daha yoksul haneler için beslenme ve sağlık hizmetlerine erişimi azaltabileceğini bulmuştur (McIntyre, Ataguba. 2012; 27).

Dünya Bankası'nın 2013 Dünya Kalkınma Göstergeleri, 1995'ten 2011'e kadar vergi gelirleri, sağlık harcamaları, gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) ve sağlık için kalkınma yardımları için verinin toplandığı bir çalışma yapılmıştır. Vergi gelirleri, “tüm akışın toplamı” olarak tanımlanmış ve sağlık harcamaları hükümet ve özel kaynaklara ayrıştırılmıştır. Kamu sağlık harcamaları, uluslararası kuruluşlardan yapılan bağışlar dahil, sosyal (veya zorunlu) sağlık sigortası fonlarından oluşmaktadır. Özel sağlık harcamaları, doğrudan hane halkı harcamalarını (cepten yapılan harcamalar, OOP), özel gönüllü sigortaları ve diğer devlet dışı finansman biçimlerini (örneğin, hayır kurumları) içerecek şekilde tüm ekonomik veriler enflasyon ve satın alma gücü için ayarlanmıştır. (Reveese ve ark., 2015: 274-280)

Vergi geliri ve sağlık sistemleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için, aşağıdaki gibi ülkeye özgü farklılıkları (yani ülkeye özgü eğimleri) düzelten bir dizi uluslararası, çok değişkenli sıradan en küçük kareler (OLS) modelleri kullanılmıştır:

$$UHC_{it} = a + \beta_1 Tax_{it} + \beta_2 GDP_{it} + \mu_i + \varepsilon_{it}$$

Yapılan çalışma sonucunda 2009 yılında vergi gelirleri ile devletin sağlık harcamaları arasında güçlü bir ilişki bulunmadığı, 1995 ile 2011 yılları arasında vergi, GSYİH ve sağlık harcamaları arasındaki potansiyel karışıklık yaratan faktörler için ayarlanmış olan uluslararası, sabit etki uzunlamasına modellerinin sonuçlarını gösterdiği tespit edilmiştir. Az gelişmiş ülkelerde, vergi gelirindeki her 100 dolarlık kişi başına düşen artış, kişi başına 9 ABD doları tutarında ilave bir kamu sağlık harcaması ile ilişkilendirilmiştir.

Bu analiz özel sağlık harcamaları açısından incelediklerinde de ekonomik büyüme, az gelişmiş ülkelerde daha fazla özel sağlık harcamaları ile önemli ölçüde ilişkili olduğu; bununla birlikte, vergi gelirlerinin ekonomik büyüme oranlarını ayarladıktan sonra özel sağlık harcamaları üzerinde hiçbir etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Söz konusu istatistiksel modeller, vergi gelirlerinin kamu sağlığına daha fazla yatırım, hizmetlere erişim ve daha iyi sonuçlarla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Ancak, bazı vergilendirme biçimleri, düşük gelir grubunu olumsuz etkileyen, özellikle de hayatta kalmak için gerekli olan gıda ve sağlık hizmetleri gibi mal ve hizmetlere

uygulandığında, istenmeyen sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerine yönelik tüketim vergileri, erişimi ve kullanımı azaltacak kullanıcı ücretleridir (Lusardi, Schneider, Tufano, 2015; 202-213.) Dolayısıyla, potansiyel olumsuz sonuçları belirlemek için, alternatif vergi rejimlerinin sağlık sonuçları üzerindeki etkinliğini test etmekte ve vergi gelirlerinin pozitif ilişkilerini daha fazla sağlık harcamasıyla sürdürmektedir. (Reveese ve ark., 2015: 274-280)

6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Vergilerle Finansmanı

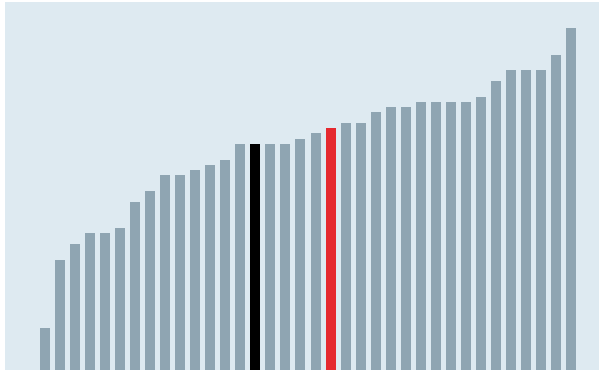
Türkiye’de kamusal nitelikli sağlık finansmanı olarak değerlendirilebilecek ilk uygulama 1950 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu gelişmeyi daha sonra 1965 yılında kamu çalışanların, 1971 yılında emekli memurların ve 1985 yılında bağımsız çalışanların güvence altına alınması takip etmiştir. 1992 yılında da Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. Her birinin farklı kurumlar tarafından yürütülmesinin neden olduğu karmaşa, 2006 yılında kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) ile sona ermiştir. Böylece bir kurum ile tüm vatandaşlar sağlık güvencesine kavuşturulması, herkese kaliteli, kolay ulaşılabilir ve eşit hizmetin sunulması amaçlanmıştır. Zira bu uygulamaya geçilmeden önceki yıllarda sağlık hizmetlerine ulaşım güç ve yetersiz aynı zamanda da verimsizdir. Toplanan primlerin yeterli gelmemesi nedeniyle sağlık hizmetleri vergilerle finanse edilmeye çalışılmıştır. (Atasever, : 43)

Bu amacı gerçekleştirmede kullanılan finansman yapısı karma niteliktedir. Hem sağlık sigortacılığı (Bismark Modeli) hem de kamu yardım (Beveridge Modeli) modeli uygulanmaktadır. Ayrıca özel harcamalardan da pay almaktadır. Çalışmamızda sağlık harcamalarının finansmanında kullanılan vergiye dayalı finansman ile ilgili bilgi verilecektir. Sağlık sigortaları, özel harcamalar ve kamu yardımları başka bir çalışmanın konusunu oluşturması nedeniyle burada yer verilmeyecektir.

7. Bireye Düşen Yük

Kamusal nitelikli sağlık hizmetlerinin finansmanına bireylerin nasıl ve ne oranda katıldığını anlayabilmek için, bekâr bir çalışanın aylık ücret geliri üstünden ödediği vergi ve sigorta primlerinin tutarına bakılabilir. Bu tutarın işveren hissesi de aynı zamanda bir işçinin işverene maliyetini gösteren vergi takozudur (İrteş Gülşen, Öztürk, 2012016: 16, Kılıç, 2018, NTV.com.tr). Burada bireylerin özel sigortalar yoluyla ödedikleri primleri kendi tercihleri doğrultusunda gönüllü olarak ödedikleri için inceleme konusu dışında bırakılmıştır. Karşılaştırmalar Türkiye ve OECD ortalaması arasında yapılmıştır.

Grafik 1. Aylık Ücret Üzerindeki Vergi Takozu



Kaynak: OECD, Revenue Statistics, (OECD Publishing, 2017)
<https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=REV> (Kırmızı şerit Türkiye, Siyah OECD ortalaması)

Tablo 1: 2017 Yılı OECD - Türkiye Vergi Takoğu Karşılaştırması (%)

Ülke	Gelir Vergisi ve Sigorta Primlerinin Toplam Vergi Yükü İçindeki Payı	Vergi Takoğu	İşverenin SGK Ortalama Oranı	Çalışanların SGK Ortalama Oranı
Türkiye	% 67	%38,65	% 13,45	% 10,35
OECD Ortalaması	% 77	% 35,92	% 7,78	% 13,47

Kaynak: OECD, Revenue Statistics, (OECD Publishing, 2017)
<https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=REV>

Tablo 1' in incelenmesinden de görüleceği üzere 2017 yılı için Türkiye'de ücret üzerindeki vergi takoğu % 38,65 ile % 35,92 olan OECD ortalamasının üzerindedir. Türkiye bu oranla 35 OECD ülkesi içerisinde 17. sırada yer almaktadır. Vergi takoğunu oluşturan çalışanların sosyal güvenlik katkılarının ortalama oranı % 10,35 ile % 13,47 olan OECD ortalamasının altındadır. İşverenin sosyal güvenlik katkılarının ortalama oranı 13,45'lik oranla OECD ortalamasının çok üstündedir. İşverenin sosyal güvenlik katkılarının OECD ortalaması %7,78'dir. Özetle, Türkiye'deki ortalama gelir elde eden bekâr ve çocuksuz bir ücretlinin elde ettiği ücret geliri üzerinden yaklaşık olarak %40 oranında bir vergi yüküne maruz kalmaktadır. Bu durum Türkiye'de ücretler üzerindeki vergi ve prim yükünün ne derece yüksek olduğunu göstermektedir. Biz çalışmamızda sağlık hizmetlerinin vergiye dayalı finansmanında birey üzerine düşen yükü hesaplayabilmek için çocuksuz ve bekâr bir çalışanın ücreti üzerinden ödediği vergi ve prim miktarı ile ne kadar katkı yaptığını tespit etmeye çalıştık. Bu da bize çalışanların sosyal güvenlik katkılarının ortalama oranının % 10,35 olmasının, maaşlarının onda birini her ay hasta bile olmadan sağlık harcamalarını finanse edebilmek için devlete ödediğini göstermektedir. İlave olarak ücreti üzerinden ödemiş olduğu gelir vergisiyle de ikinci kez harcamaların finansmanına katkıda bulunmaktadır. Tüketim harcamaları sonucu dolaylı vergiler aracılığıyla ne kadar katkı yaptığını ise her bireyin tüketim alışkanlıkları belirleyecektir.

2018 yılında asgari ücret üzerindeki yükün durumunu inceleyecek olursak; asgari ücretle çalışan bir işçinin ücreti brüt 2.029,50 TL, net 1.603,12 TL ücret almaktadır. Böylece bir ücretli ücreti üzerinden SGK primi olarak 284,13 TL ve işsizlik sigortası olarak da 20,30 TL ödemektedir. Bu durumda ücretli her ay sağlık hizmetlerinin finansmanı için toplam 304,43TL ödemektedir. 106,55 TL'de gelir vergisini ödediğini göz önüne alırsak bir ücretlinin yapmış olduğu katkının büyüklüğü yadsınamaz.

Tablo 2: 01.01.2018 - 31.12.2018 Tarihleri Arasında Asgari Ücret Üzerindeki Vergi Takoğu

Brüt Asgari Ücret	2.029,50
	284,13

SGK Primi İşçi Payı (% 14)	
İşsizlik Sigortası İşçi Payı (% 1)	20,30
Hesaplanan Gelir Vergisi (% 15) (*)	106,55
Asgari Geçim İndirimi	152,21
	15,40
Damga Vergisi Tutarı (% 07,59)	
Kesintiler Toplamı	426,38
Net Asgari Ücret (**)	1.603,12
İşverene Maliyeti (TL/Ay)	
Brüt Asgari Ücret	2.029,50
	314,57
SGK Primi (% 15,5) (İşveren Payı) (***)	
İşsizlik Sigortası Fonu İşveren Payı (% 2)	40,59
İşverene Toplam Maliyet	2.384,66
İşverene Hazine Desteği	110
İşverene Toplam Maliyet (Hazine Desteği Dâhil)	2.274,66
Asgari Ücret Üzerindeki Vergi Takoza	% 29,5

Kaynak: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü, <http://www.csgeb.gov.tr/media/7353/asgar%C4%B0-%C3%BCcret-2018.pdf> (Erişim Tarihi: 29 Eylül 2018)

Yukarıdaki tablodan da görüleceği üzere Türkiye’de bekâr bir çalışanın ücreti üzerinden % 29,5 oranında kesinti yapılmaktadır. Yani brüt ücretinin % 70,5’ini alabilmektedir. Bu durum aslında ücretlilerin üzerindeki yükün en güzel göstergesidir. Bu nedenle birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de işçi ve işverenler vergi ve sigorta primlerinden kaçmak için kayıt dışılığı tercih etmektedir. Doğal olarak bu durum hem devleti hem bireyleri olumsuz yönde etkiler. Devlet daha fazla finansman yükü ile karşı karşıya kalırken, bireylerde güvence kapsamı dışında kalarak sağlık hizmetlerinden yararlanmak zorunda kaldığında daha fazla gelir kaybına uğramaktadır. Bu nedenle vergi ve sigorta prim oranının çok iyi tespit edilmesi ve vergilerin herkesi kapsayacak şekilde düzenlenerek tabana yayılması gerekmektedir.

Tablo 3. Sağlık Harcamalarında Yıllar İtibariyle SGK’nin Payı

Yıllar	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pay (%)	81,8	91,5	92,1	92,0	92,0	91,8	91,6

Kaynak: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü

Tablo 3'te görüleceği üzere toplam sağlık harcamaları içindeki SGK' nın tedavi ve ilaç harcamaları 2006 yılında % 75,9 iken 2017 yılında % 91,6 seviyelerinde gerçekleşmiştir. Bu da göstermektedir ki, neredeyse Türkiye'deki bütün sağlık harcamaları toplanan sigorta primleri ile finanse edilmektedir.

Saygılı yaptığı çalışmada, Türkiye'deki kişi başı düşen sağlık harcamasının 2015 yılında 1064\$ e yükseldiği ancak genel bütçe gelirlerinden sağlık harcamalarına ayrılan payda % 5,2 ile OECD ülkeleri arasında son sırada yer aldığını belirtmektedir. (Saygılı, 2017:1-12) Genel bütçe gelirlerinden sağlık harcamalarına ayrılan payın çok düşük olması nedeniyle toplanan sigorta primleri ile harcamalar finanse edilmektedir. Toplan vergilerden sağlık hizmetlerine ayrılan pay yani Sağlık Bakanlığı'nın 2017 yılı merkezi yönetim bütçesindeki payı, yalnızca binde dokuz (% 0,9) ile sınırlı iken, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının bütçeleri ile birlikte ele alındığında, bu pay ancak % 5 olabilmektedir (Hamzaoğlu, 2017)

Genel bütçe gelirlerinin % 85,4'ünü vergi gelirleri oluşturmaktadır. 34.614 milyon TL ile sağlık hizmetlerinin bütçe içerisindeki payı % 5,4'dür ve öncelik sıralamasında 6. Sırada yer almaktadır.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin bir göstergesi olan kişi başına düşen milli gelir seviyesi, kişilerin yapmış olduğu sağlık harcamalarını belirlemektedir. Bu da sadece seçilen finansman modelinin değil aynı zamanda bu faktörün de bütçeden sağlığa ayrılan payı etkileyebileceği görülmektedir (Leba Tansöker, 2017: 309-334)

Hükümetin siyasi yöneliminin hem vergilendirmenin ilerlemesini hem de sağlığa tahsisini nasıl etkileyebileceğini değerlendirmek için birçok araştırmaya ihtiyaç vardır. Daha önce yapılan araştırmalar, gelir ve kurumlar vergilerinin devlet sağlık harcamaları ile pozitif ilişkisi, tüketim vergilerinin ise negatif ilişkisi bulunmaktadır. Bu durum hükümet politikaları ile yakın ilişkilidir. Sağlığa yatırım yapmanın ekonomik büyümeyi geliştirdiğine dair güçlü kanıtlar göz önüne alındığında, ilerici vergi politikaları ekonomik performansı artırmalı ve ülkeler arasındaki sağlık eşitsizliğini azaltmalı ve yoksulluğu azaltmalı ve evrensel sağlığı desteklemelidir.

8. Değerlendirme ve Sonuç

Devletlerin öncelikli görevleri arasında yer alan sağlık hizmetlerinin aksamadan yerine getirilebilmesi için yeterli kaynaklara sahip olması gerekir. Ancak kaynakların kıt olması ve sağlık harcamalarındaki artış, sağlık hizmetlerine zamanında ve tam olarak ulaşmada problemler çıkartabilir. Kişilerin karşı karşıya kalabilecekleri hastalıkların neden olabileceği finansal sorununu önlemek için her ülke kendi ekonomik, siyasi ve kültürel yapısına göre farklı sağlık finansman yöntemleri kullanmaktadır. Bu yöntemlerden bir tanesi de vergiye dayalı finansman yöntemidir. Bu yöntemle sağlık hizmetlerini koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç ana başlık altında planlayarak, ağırlıklı olarak vergiler ile finanse eder. Böylece herkesin bu hizmetlerden ücretsiz ve eşit şekilde yararlanmaları sağlanır. Dolayısıyla başarılı bir sağlık sistemi için, vergi sisteminin de eşit ve etkin olmasına gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerine genel bütçe gelirlerinden tahsis edilecek pay, ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden olan yaşam kalitesinin artması ve yaşam süresinin uzamasına katkı sağlayacaktır.

Bu tahsisatın gerçekleştirilmesi için devletlerin vergi adaletini sağlayarak vergiyi tabana yayması gerekmektedir. Sadece kayıt altına alabildiği kişilerden vergi alıp bütün yükü bu vatandaşların üstüne yüklememesi gerekmektedir. Zira kayıtlı çalışanlardan ve dolayısıyla işvereninden yüksek oranda vergi ve sigorta primi alınması bu kişilerin kayıt dışına kaçmaya yöneltebilir. Bu durum hem devlet hem vatandaş açısından olumsuz sonuçlar doğurabilir. Buna sebebiyet vermemek için ülkelerin vergiyi tabana yayarak toplaması, bireylerin üzerine düşen

vergi ve prim miktarının düşürülmesi ve aynı zamanda da kişi başına düşen gelirin yükseltilmesi ve bunun için gerekli önlemlerin alınması gerekir. Böylece sağlık hizmeti toplanan vergilerden sağlık hizmetlerine ayrılan pay artarak bireylerin yaşam kalitesi ve yaşam süresi uzatılabilir.

Türkiye 2006 yılında kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sosyal güvenliği, tüm vatandaşların sağlık güvencesine kavuşturulması, herkese kaliteli, kolay ulaşılabilir ve eşit hizmetin sunulması amacıyla tek bir kurum başlığı altında toplamıştır. Zira bu uygulamaya geçilmeden önceki yıllarda sağlık hizmetlerine ulaşım güç ve yetersiz, aynı zamanda da verimsizdir. Toplanan primlerin yeterli gelmemesi nedeniyle sağlık hizmetleri vergilerle finanse edilmeye çalışılmıştır. Ancak sayısal verilere baktığımızda; vatandaşların hem prim hem de ödedikleri vergilerle sağlık hizmetlerinin finansmanına katıldığı ancak vergi gelirlerinden sağlık harcamalarının finansmanına yeterli pay ayrılmadığı ve OECD ülkeleri arasında son sırada yer almaya devam ettiğimiz görülmektedir. Bu nedenle öncelikle vergilerin tabana yayılarak, toplanan vergilerden sağlık hizmetlerinin finansmanına daha çok pay ayrılması gerekmektedir.

Kaynakça

AKTAN, C. ve IŞIK A. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler, s:4
<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>

ATASEVER, M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi, 2002-2013 Dönemi, Bakanlık Yayın No:983, ISBN:978-975590-521-1 s: 43.

Dünya Sağlık Örgütü, Alma-Ata Deklerasyonu.
http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html, Erişim Tarihi: [11.09.2018]

Türkiye İstatistik Kurumu, (2018). Sağlık Harcamaları 1999-2007, "http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1" http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1, Erişim Tarihi: [26.08.2018].

İSTANBULLUOĞLU, H., GÜLEÇ, M., OĞUR, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, Dirim Tıp Gazetesi, http://www.dirim.com/Dirim_2010-2_files/Sag%CC%86l%C4%B1k%20hizmetleri.pdf, Erişim Tarihi: [26.08.2018].

OECD, (2018), Health Expenditure. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CSP2009>, Erişim Tarihi: [06.09.2018].

EKİCİ, D., Sağlık Finansman Yöntemleri, <http://www.dilekekici.com/bilgi/saglik-finansman-yontemleri/> Erişim Tarihi: [20.08.2018].

İRTEŞ GÜLŞEN, M. ve Ş. ÖZTÜRK Ş., (2016), Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerinde Ücretler Üzerindeki Vergi Takoza ve Medeni Durumun Vergileme Üzerine Etkileri, Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Mayıs, Cilt:2, Sayı 2, s:13-26

OECD, Revenue Statistics, (OECD Publishing, 2017)
<https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=REV>, Erişim Tarihi: [29.08.2018].

SAYILI, U., (2017), Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2017, Cilt 2, Sayı 3, 1-12

KILIÇ, C., (2018), <http://www.ntv.com.tr/yazarlar/prof-dr-cem-kilic/oecdde-ucretlerin-dortte-biri-vergiye-gidiyor,6MkUAaDvDkObF8fWWw8mDw>, Erişim Tarihi: [19.09.2018].

LEBA TANSÖKER, R., (2017) Türkiye’de Kayıt Dışı İstihdamın Vergi Takoza Açısından Değerlendirilmesi, Yönetim Bilimleri Dergisi, Cilt / Volume: 15, Sayı / N: 30, s: 309-334.

UĞURLUOĞLU, E. Ve ÖZGEN, H. (2008) Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı:2

LUSARDI, A., SCHNEIDER, D. AND TUFANO P., (2015) The Economic Crisis and Medical Care Use: Comparative Evidence From Five High-Income Countries. Soc Sci S; 96 : 202-213.

REEVES A, MCKEE M, BASU S, STUCKLER D., (2015). Financing Universal Health Coverage—Effects Of Alternative Tax Structures On Public Health Systems: Cross-National Modelling in 89 Low-Income and Middle-Income Countries 2014; 115: 1–8.,www.thelancet.com Vol 386 July 18, 2015, Erişim Tarihi: [01.09.2018]

MCLNTYRE D, ATAGUBA JE., (2012). Modelling The Affordability and Distributional Implications Of Future Health Care Financing Options in South Africa. Health Policy Plan 2012; 27 (suppl 1): i101–12, Erişim Tarihi: [01.09.2018]

AURIOL E, WARLTERS M., (2005). Taxation Base in Developing Countries. J Public Econ. 2005; 89: 625–646, Erişim Tarihi: [01.09.2018]

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü, <http://www.csgeb.gov.tr/media/7353/asgar%C4%B0-%C3%BCcret-2018.pdf>, Erişim Tarihi: [29.09.2018].

HAMZAOĞLU, O., (2017), *2017 Bütçesi ve Sağlık Hizmeti Harcamaları*, Tıp Dünyası <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/02/2017-butcesi-ve-saglik-hizmeti-harcamaları/>, Erişim Tarihi: [16.08.2018].

World Health Organization. (2013). *Dünya Sağlık Raporu 2013: Genel Sağlık Sigortası Araştırması*, Cenevre: 2013.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri(2003-2011), s: 1-444.

ÇOBAN, H. (2009), Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

MOSSIALOS, E., DIXON, A., FIGUERAS, J., KUTZIN, J. *Fon Sağlığı: Seçenekler Avrupa* . İngiltere: Open University Press, 2002, Erişim Tarihi: [01.09.2018]

ROEMER, M., (1971). *Health Care: Financing and Delivery Around The World*, The American Journal of Nursing. 71(6): 1158-1163, Erişim Tarihi: [01.09.2018]

MERSON, M. H.; BLACK, ROBERT E. ve MILLS, A. (2006). *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*, Jones & Bartlett Publishers, Erişim Tarihi: [01.09.2018]

SAVEDOFF, W.D.,(2004), *Kenneth Arrow and The Birth of Health Economics*, Public Health Classics, Bulletin of The World Health Organization, 82 (2), pp:139-140, February, Erişim Tarihi: [01.09.2018]

GOTTRET, P. And SCHIEBER, G. 2006. Health Financing Revisited : A Practitioner's Guide. Washington, DC: World Bank, Erişim Tarihi: [01.09.2018]

YILDIRIM, H. H. (2004). *Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansman Açısından Bir Sorgulama*, www.saglikyonetimi.org, Erişim Tarihi: [05.10.2018].

MOORE M., (2004), Revenues, State Formation, and the Quality of Governance in Developing Countries. *International Political Science Review*, Vol 25, No. 3, 297–319

IMF, 2001, *Devlet Finansmanı İstatistik El Kitabı*, Uluslararası Para Fonu; Washington, DC: 2001.