

# Ulusal Ekonomi Ve Sağlık Harcamaları

Doç. Dr. Recep Akdur

Sağlık ve Toplum sayı:3 Saydam Matbaası Ankara 1990, s:18-21

Topluma, sağlık hizmeti sunabilmenin birinci ön koşulu, bu hizmeti finanse etmek üzere, ulusal gelirden yeterli bir pay ayrılmasıdır. İkinci ön koşul ise; ayrılan bu payın verimli bir biçimde ve yaygın kitleler yararına kullanılmasıdır. Bunların her ikisi de, tartışmasız kabul edilen konulardır. Buna karşılık, ulusal gelirden ayrılacak payın miktarı ve bu miktarın toplanma biçimi ile kullanma/harcama biçimi, her zaman tartışma konusu olmuştur.

Türkiye'de Cumhuriyet'in başlangıcından, 1980'e dek sağlık harcamalarının karşılanmasında kamu kaynakları esas alınmıştır. Aynı şekilde, hizmetlerin yapılanmasında da (kaynağın harcanması) temel yapı kamu sektörü üzerine oturtulmuştur. 1980'den sonra, bu yoldan uzaklaşarak, her iki konuda da özelleştirme yoluna girilmiştir.

Bu yazıda, bu olgudan hareketle, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yapılanmasına kamu ve özel sektör biçimlerinin makro ve ulusal ekonomi düzeyindeki sonuçları tartışmaya açılmak istenmiştir.

## SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN BİÇİMLERİ

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, diğer bir anlatımla sağlık harcamalarına ulusal gelirden pay ayırmada, başlıca dört sistem vardır:

**1-Kamu bütçesine dayalı sistem:** Tüm sağlık harcamalarının genel ya da yerel kamu bütçelerinden karşılandığı ve hizmetlerin tamamen ücretsiz olduğu sistemdir.

**2-Zorunlu kamu sigortası sistemi:** Kamu yönetim ve denetimindeki sigortalara herkesin sigortalandığı sistemdir. Ailedeki tüm bireyler sigortaya bir ön ödeme yapar (sağlığa özgü vergi/prim). Sağlık hizmetine gereksinim duyulması halinde, harcamalar bu sigorta tarafından karşılanır. Kimlerin ne kadar prim ödeyeceği ile hangi harcamaların ve ne oranda sigortaca karşılanacağı konulan kanun, yönetmelik ve tüzüklerle düzenlenir.

**3-Özel sigortacılık ve kapalı ağ sistemi:** Özel sigortacılıkta, kişiler ekonomik güç ve sosyal statüsüne göre çeşitli özel sigortalara üye olarak bir ön ödemede bulunurlar (özel sigorta primi). Üyelik, kişinin ve sigortanın karşılıklı isteğine bağlıdır. Primin miktarı ve hangi sağlık harcamalarının ve ne oranda sigortaca ödeneceği konulan, taraflarca imzalanan sözleşmelerle düzenlenir.

Kapalı ağ sisteminde ise, belli bir sağlık kuruluşu veya organizasyonuna üyelik/abonelik söz konusudur. Kişi, yıllık veya aylık bir ödeme ile gereksinimi olan hizmeti, yıl boyunca, bu kuruluştan alır. Bu sistemde de ilişkiler taraflarca imzalanan sözleşmelerle düzenlenir.

**4-Hizmet satın alma veya hizmet başı ödeme sistemi:** Hizmete gereksinim duyan kişinin, bedelini ödemek suretiyle yararlandığı sistemdir.

Bu sistemlerden yalnızca birincisi, yani kamu bütçesi kaynaklı olan, tek başına ve saf olarak uygulanabilir. Diğerlerinin tek başlarına ve saf olarak uygulanma olanağı yoktur.

Çünkü; özellikle koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere, bazı sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi olanaklı değildir. Bu tür hizmetler ücretlendirilse bile, bunlardan klasik anlamdaki kar elde edilemez. Dolayısı ile de, kamu kaynaklarından karşılanmasında zorunluluk vardır. İşte bu nedendir ki; en uç liberal ülkelerde bile bir kısım sağlık hizmetleri kamu kaynaklarından karşılanır.

Yukarıda özetlenen sistemlere, makro ve genel özellikleri ile bakıldığında; harcamaların kamu bütçelerinden karşılanması ile zorunlu kamu sigortacılığı arasında, özde bir farklılık yoktur. Birincide, harcamalar genel vergilerden elde edilen kamu bütçelerinden karşılanmaktadır. İkincide ise; sağlığa özgü vergilerle (kamu sigortası primi) elde edilen, sağlığa özgü kamu bütçesinden (kamu sigortası bütçesi) karşılanmaktadır. Her iki şekilde de, olay kamu düzenlemesi ve kamu bütçesi çerçevesinde yürütülmektedir.

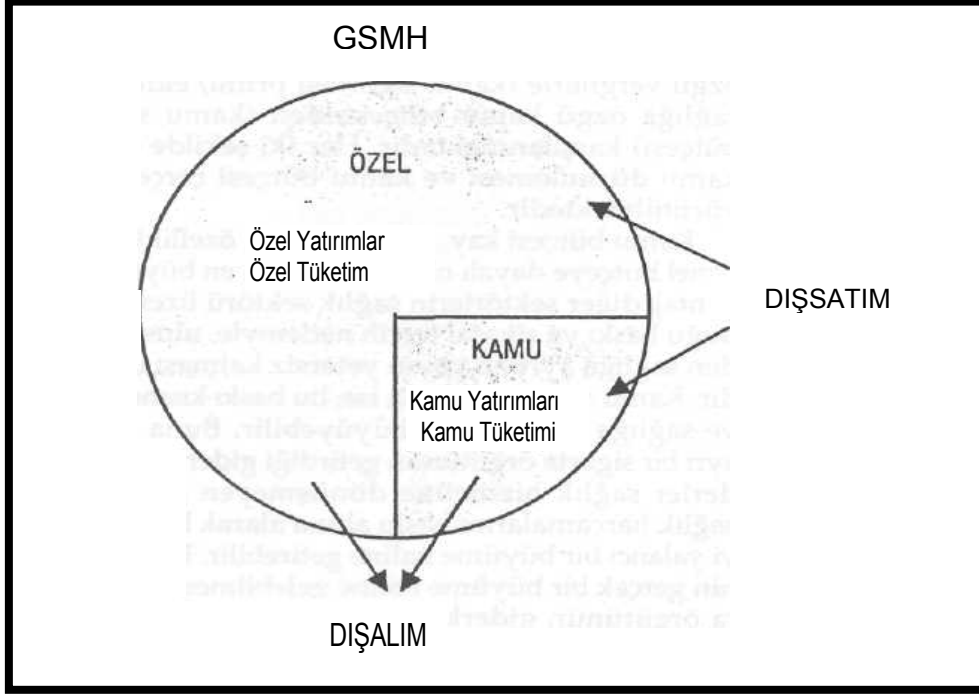
Kamu bütçesi kaynaklı sistemde, özellikle de salt genel bütçeye dayalı olması halinde, en büyük dezavantaj; diğer sektörlerin sağlık sektörü üzerine kurduğu baskı ve siyasal tercih nedeniyle, ulusal bütçeden sağlığa ayrılan payın yetersiz kalması olasılığıdır. Kamu sigortacılığında ise, bu baskı kısmen azalır ve sağlığa ayrılan pay büyüyebilir. Buna karşılık, ayrı bir sigorta örgütünün getirdiği giderler ki; bu giderler sağlık hizmetine dönüşmeyen giderlerdir, sağlık harcamalarını baskı altına alarak bu büyümeyi yalancı bir büyüme haline getirebilir. Bu büyümenin gerçek bir büyüme haline gelebilmesi için, sigorta örgütünün giderlerini karşıladıktan sonra, arta kalan kısmı büyütecek şekilde vergi/prim toplanması gerekir. Diğer bir anlatımla; kamu sigortacılığı ile, kamu bütçesi kaynaklı sistemdekine eşdeğer bir sağlık harcaması yapabilmek için, çok daha yüksek oranlarda vergi toplanması zorunludur.

Bu özetlemeden de anlaşılacağı üzere, kamu bütçelerine dayalı finansman şekli, kamu sigortacılığına göre daha tasarruflu ve ucuzdur. Ancak, siyasal yapılanmanın kamu bütçelerinden sağlığa yeterli pay ayırmayı engellediği ülkelerde, daha pahalı olan kamu sigortacılığı sistemi, bir yol olarak yeğlenebilir. Sağlık hizmetlerine ayrılan harcamalarda gerçek bir büyüme sağlaması koşulu ile bu pahalılık hoş görülebilir. Gerçek bir büyüme elde edilememesi halinde ise, kamu sigortacılığının, savunulacak bir tarafı kalmaz.

Özel sigortacılık, kapalı ağ ve hizmet başı ödeme sistemlerinde, sağlık harcamalarının karşılanması düzeni tamamen özelleşmektedir. Hizmet bedelinin ön ödemelerle (özel sigorta primi, abonelik ödentisi) veya hizmet sırasında Ödenmesini değiştirmemektedir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanında, özde birbirinden farklı, iki sistem vardır. Bunlar ise; kamu ve özel finansman sistemleridir.

## **GAYRİ SAFİ MİLLİ HASILA VE SAĞLIK HARCAMALARI**

Uluslar tarafından yaratılan, yıllık gayri safi milli hasıla (GSMH) tüketim ve yatırım olmak üzere başlıca iki şekilde değerlendirilir. Tüketim ve yatırımlar ise, ya kamu ya da özel kişi veya kurumlarca gerçekleştirilir. Bu durum, özet olarak, şöyle formüle edilir:  $GSMH = (\text{tüketim özel} + \text{tüketim kamu}) + (\text{yatırım özel} + \text{yatırım kamu})$ . Diğer ülkelerle olan ilişkiler açısından ise, genel olarak, dışalım GSMH'dan çıktı/gider, dışsatımlar ise, GSMH'ya girdi/gelir olarak kabul edilir. GSMH kullanımlarının tamamını bir şekil üzerinde göstermek gerekir ise, bu şekil aşağıdaki gibidir.



Sağlık harcamalarını, emeğin tekrar üretkenliğini sağlayan veya devam ettiren harcamalar olması nedeniyle, bir tür yatırım harcaması olarak kabul eden görüş yaygındır. Ancak, makro düzeyde ve salt ekonomik bakışla, tüm sağlık harcamalarının, bir tüketim harcaması olduğu kabul edilir. Bu nedenle de, genel ekonomide, kamu ya da özel tüketimin içinde değerlendirilir.

Makro ekonomi açısından, önemli ve belirleyici olan GSMH'dan sağlık harcamalarına ayrılan payın miktarıdır. Bu miktar sabit kaldığı sürece, harcamaların kamudan ya da özel kaynaktan yapılmış olması önemli değildir. Çünkü harcamaların kamudan ya da özel kaynaktan yapılmış olması, yatırımlar üzerine yapmış olduğu baskıyı değiştirmemektedir.

GSMH'dan sağlık harcamalarına ayrılan pay sabit kaldığı sürece, bu harcamaların kamu kaynaklarına yöneltilmesi kamu tüketim harcamalarının hacmini büyütür. Buna karşılık, özel tüketim harcamalarında aynı oranda küçülme meydana gelir. Harcamaların özel kaynaklara yöneltilmesi durumunda ise, tersine, özel tüketim harcamalarının hacmi büyürken kamu tüketim harcamalarının hacmi küçülecektir. Tıpkı tahterevalli örneği. Sonuç olarak; sağlık harcamalarının özel ya da kamu kaynaklarından karşılanması ulusal ekonomi açısından farklılık yaratmamaktadır.

Burada önemli olan nokta, olayın sosyal ya da insancıl yönüdür. Sağlık harcamalarının Özel kaynaklara kaydırılması, parası olanların hizmetten yararlanması olmayanların ise

yararlanamaması sonucunu doğurur. Diğer bir anlatımla, sağlık hizmetlerinden yararlanmada, toplum kesimleri arasında, eşitsizlik ortaya çıkar. Bu eşitsizlik, ulusal gelirin dağılımındaki bozukluğa koşturarak daha da derinleşmektedir.

Sosyal-kültürel katmanlaşmanın derin ve gelir dağılımının dengesiz olduğu toplumlarda, alt gelir ve kültür gruplarında hastalanma riskinin daha yüksek olduğu ve bunların daha çok hastalandığı bilinmektedir. Dolayısı ile de, bu grupların sağlık harcamaları daha çoktur. Özel finansman sistemlerinin seçilmesi halinde alt gelir grupları, sağlık harcamalarının çokluğu nedeniyle, diğer harcamalarını daha da kısımaktadır. Böylece, zaten var olan, gelir dağılımı eşitsizliği bir kez daha derinleşmektedir.

Özel finansman sistemlerinin seçilmesi ile ortaya çıkan bu eşitsizlik, hizmetlerin özel ya da kamu kuruluşları eliyle üretilmesi durumlarında da değişmez. Çünkü, olayın temelinde yatan esas neden, gelir dağılımındaki eşitsizliktir. Böyle bir toplumda hizmetlerin kamu veya özel kuruluştan satın alınması sonucu değiştirmez. Her iki durumda da, hizmetten parası olanlar yararlanır.

### SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI

Sağlık hizmetlerinin finansmanında olduğu gibi, hizmet sektörünün yapılanmasında da, Özel ve kamu olmak üzere iki seçenek vardır. Hizmetin finansmanı için seçilen yol ile (kamu/özel) hizmet sektörünün yapılanmasında seçilen yolun (kamu/özel) birbirine benzerlik ve paralellik göstermesi beklenir. En azından, finansmanda özel kaynakları yeğleyen yönetimler hizmette de özel sektörü yeğleyecektir. Ayrıca finansman sistemi ile hizmet sektörünün yapısı birbirini, benzeşme yönünde etkiler hatta zorlarlar. Ancak, bu ikisinin, her zaman birbirine benzemesi şart değildir. Yani finansmanda kamu kaynaklarının seçilmesi, hizmet birimlerinde de kamu sektörü zorunluluğunu getirmez. Örneğin; SSK bir kamu sigortasıdır. Hem kendi sağlık birimlerinden hem diğer kamu kuruluşlarından hem de özel sağlık birimlerinden hizmet satın almaktadır. Aynı şekilde, üniversite ve devlet hastaneleri, birer kamu kuruluşu olmasına karşın, hem harcamaları kamuca karşılanan kişilere hem de hizmet sırasında ödeme yapan kişilere hizmet vermektedir.

Hizmetlerin kamu sektörü şeklinde yapılanması halinde:

- Planlı ve eşgüdümlü hizmet üretilebilmesi,
- Koruyucu hizmetler ve radikal Önlemlere öncelik verilmesi,
- Harcamaların nüfus ve gereksinim esaslarına dayalı ve en verimli bir şekilde kullanılması,
- Uygun standart teknolojilere yönelinmesi,
- Hizmetlerin yurt düzeyinde eşitlikçi dağılımı gibi nedenlerle sağlık harcamaları kontrol altına alınabilmekte ve verimli kullanılmak suretiyle tasarruf sağlanmaktadır. Bu ise, GSMH içindeki, tüketim payının küçülerek yatırım payının büyümesi anlamına gelmektedir.

Buradaki, sağlık harcamalarından tasarruf sağlanması olayı sağlık hizmetlerine yetersiz pay ayrılması ya da mutlak azlık ile karıştırılmamalıdır. Burada olay, ulusal gelirden ayrılan payın akılcı, etkili ve verimli kullanılması nedeniyle israfın önlenmesi dolayısı ile de GSMH'dan sağlığa yapılan harcamanın küçülmesi olayıdır.

Hizmetlerin özel sektör şeklinde yapılanması halinde:

- Planlı ve eşgüdümlü hizmet üretilememesi,
- Tedavi hizmetlerinin öncelik ve önem kazanması, koruyucu hizmetlerin ihmal edilmesi,

•Tıbbi araç gereç ve ilaç tüketiminin olabildiğince artması, araç gereçte standardizasyonun bozulması ve gereksiz ileri teknoloji transferi,

•Karlılığın yüksek olduğu yerlerde gereksinim üstü fizik yapı, araç gereç ve insan gücü yığılması gibi nedenlerle sağlık harcamaları kontrol edilememekte ve çok yükselmektedir. Bu ise, GSMH'dan yatırımlara ayrılan payın küçülmesi anlamına gelmektedir.

Sağlık harcamalarının bu şekildeki bir artışı ile GSMH içindeki payının büyümesine karşı çıkış, yanlış anlaşılmalıdır. Çünkü amaç GSMH'dan sağlığa ayrılan pay artsın da nasıl artarsa artsın değildir. Amaç, hem ulusal gelirden yeterli pay ayırmak hem de ayrılan bu payı en verimli bir şekilde kullanmaktır. Oysa buradaki artış, savurgan bir kullanımın getirdiği, tumoral bir artış olup toplumun sağlık düzeyine yansıma makta d ir.

Bir önceki bölümde, hizmet yapılanmasında seçilen yolun (kamu/özel) uluslararası ilişkilerinden soyutlanmış bir ulusal ekonomiye olan etkileri tartışılmıştır. Oysa olayın bir de ulusal sağlık sanayi ve uluslararası boyutu vardır. Sağlık harcamaları, kendi içinde, personel, fizik yapı, tıbbi araç gereç ve ilaç giderleri olmak üzere başlıca dört grupta değerlendirilir. Bu giderler göz önüne alındığında, personel ve fizik yapı giderleri, genellikle, yurt içinde kalır ve genel dolaşıma kardırlar. Buna karşılık tıbbi araç gereç ve ilaç harcamaları bu tür sanayinin (sağlık sanayisi) gelişmiş olduğu ülkelerde yurt içinde kalırken, gelişmemiş olduğu ülkelerde yurt dışına akar.

Sağlık hizmetlerinin özel sektör şeklinde yapılanması ile, harcamalarda oluşacak tumoral büyümenin, genellikle, tıbbi araç gereç ve ilaç bölümlerindeki artışlardan ileri geldiği bilinmektedir. Yani bu tür bir büyümede, en büyük payı sağlık sanayi ürünleri alacaktır. Böyle bir durumda, sağlık sanayisinin bulunduğu ülkelerde, sağlık sanayisi, diğer sanayiler aleyhine, ulusal gelirden daha büyük bir pay alarak hızla gelişir ve dışsattım yapabilecek düzeylere ulaşır. Bu düzeye gelen sanayi, yurt dışı satışlardan elde ettiği büyük karlar nedeniyle, yurt içinde daha kabul edilebilir fiyatlarla mal satmaya başlar. Böylece diğer sanayi dalları ile ulusal gelirden aldığı payı dengeler. Gelişmiş ülkelerde bu süreç yıllar Önce tamamlanmış ve günümüzde uluslararası tekeller oluşmuştur. Bu tekellerle rekabet ise adeta olanaksız hale gelmiştir.

Sağlık sanayinin bulunmadığı veya gelişmemiş olduğu ülkelerde, sağlık harcamalarındaki tumoral büyüme GSMH'dan dışarıya yapılan çıktıyı büyütmeden başka bir anlama gelmez. Sonuçta, böyle bir durum, genelde ulusal ekonomiye bir yarar sağlamadığı gibi özelde sağlık sanayisine de bir yarar sağlamaz.

Finansman ve hizmetlerin yapılanmasında seçilen yolların (kamu/özel) ayrı ayrı eşleşmelerinden dört farklı birliktelik oluşabilmektedir. Daha önce aktarılan bilgilerin ışığında, bu dört tür birliktelikten ortaya çıkan sonuçlar şöyle özetlenebilir:

*Finansmanda özel kaynakların hizmet yapılanmasında ise kamu sektörünün seçildiği birliktelik:* Bu tür düzenlemede, finansman biçiminin bir sonucu olarak, kişilerin hizmetlerden yararlanmasında eşitsizlik vardır. Buna karşılık hizmet sektöründeki kamu yapısı nedeniyle harcamalar kontrol altında tutulabilir ve tumoral bir büyüme oluşması önlenabilir.

*Finansmanda kamu kaynaklarının hizmette ise özel sektörün seçilmesi:* Bu durumda toplum kesimleri arasında, hizmetten yararlanma açısından, eşitlik kısmen sağlanır. Buna karşılık harcamalarda-ki aşın artış nedeniyle kamu kaynakları zorlanır ve yatırımlar baskı altına girer.

*Hem finansmanda hem de hizmette özel sektörün seçilmesi:* Bu birliktelikte harcamaların tumoral bir nitelik kazanması kaçınılmaz olur. Finansman biçiminin özünde

var olan hizmetlerden yararlanmadaki eşitsizlik daha da derinleşirken öte yandan da ulusal yatırımlar geriler.

*Finansman ve hizmet yapılanmasının her ikisinde birden kamu yolunun seçilmesi:* Hizmetlerden yararlanmada eşitlik sağlanır. Bunun yanında sağlık için ayrılan kaynağın en akılcı ve verimli kullanılmasına olanak veren bir ortam oluşur. Böylece bir yandan toplumun sağlık düzeyinde olumlu gelişmeler sağlanırken diğer yandan da ulusal tüketimin hacminde gereksiz büyümeler önlenerek ulusal ekonomiye de katkıda bulunur.

## TÜRKİYE'DE DURUM

Cumhuriyetin kurulması ile başlayan, Refik Saydam döneminde koruyucu hizmetler tamamen genel bütçeden karşılanmıştır. Tedavi hizmetlerinde de yine kamu kaynakları esas alınmış ancak, bu harcamalarda, yerel bütçelere ağırlık verilmesi düşünülmüştür. Bu erikle, genel bütçeden numune hastaneleri inşa edilmiş, il özel idareleri ve belediyelerin bunları örnek alarak, yerel hastaneler kurması istenmiştir. Hizmetlerin yapılanmasında kamu sektörü yolu seçilmiş ve "hükümet tabiplikleri" örgütün temelini oluşturmuştur.

1940'tan sonra geliştirilen "sağlık merkezleri" uygulaması ile tedavi edici hizmetlerin de genel bütçeden karşılanması anlayışı benimsenmiştir. Ayrıca SSK'nın kurulması ile kamu sigortacılığı uygulamasına da başlanmıştır. Bu dönemde de, hizmetlerin yapılanmasında kamu sektörünün esas alınması uygulaması devam etmiştir.

1950'den sonra "devlet hastaneleri" uygulaması ile tedavi hizmetlerinin tamamen genel bütçeden karşılanması düşüncesi pekiştirilmiş ve hastane hizmetlerinin, devlet eliyle, tüm Anadolu'ya yayılması amaçlanmıştır.

1960'dan sonra uygulamaya sokulan "sosyalleştirme" tüm sağlık harcamalarının kamu kaynaklarından karşılanması hizmetlerin de kamu sektörü eliyle yürütülmesi düşüncesinin doruk noktası olmuştur. Bu uygulama ile, tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin tek elden ve bir bütünlük içinde yürütülmesi ve tüm yurt düzeyine yayılması amaçlanmıştır. Bu dönemlerin hepsinde de, hizmet sırasında ödeme ve özel muayenehane uygulamaları hatta çok az da olsa, özel hastane yapılanmaları var olagelmıştır. Ancak, esas çatıyı oluşturan kamu finansmanı ve kamu sektörü karşısında, belirleyici bir nitelik ve niceliğe ulaşamamıştır.

1960'lann sonundan itibaren, ekonomide yeğlenen özelleştirme girişimlerine koşut olarak, sağlık alanında özel sektöre ağırlık verme gayretlerinde belirgin bir artış olmuştur. Hizmet sırasında ödeme sisteminin yaygınlaşması için ortam hazırlanmış, bunun getireceği etkilenme ve zorlama ile hizmetlerin yapılanmasında da özel sektörün ağırlık kazanması beklenmiştir. Ancak, bu alandaki, karlılığın düşük olması ve bunun bir sonucu olarak kapital birikimindeki yavaşlık, halkın sağlık talebi azlığı, ödeme güclüğü gibi nedenlerle hızlı bir özelleşme olmamıştır. Hekimlerin tek tek çalıştığı muayenehanelerin sayısında belirgin artışlar olmasına karşın, temel karakteri değiştirecek olan, şirketleşmeler ve büyük hastaneler gelişmemiştir.

24 Ocak 1980 Kararları'nın bir gereği olarak, bu tarihten sonra, sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olması düşüncesi tamamen terkedilmiştir. Böylece, daha önceki yıllarda, sağlık hizmetlerinin özelleşmesinde serbest piyasanın doğal gelişiminden medet umulurken, bu işin bizzat hükümet müdahaleleri yoluyla kotarılması yoluna girilmiştir.

Bir yandan kamu kaynaklarından sağlığa ayrılan paylar azaltılırken öte yandan da hizmet birimlerinin yapısına müdahale edilerek Özelleşmeye zorlanmıştır. Bu dizeden olmak üzere; sosyalleştirme çalışmaları askıya alınmış ve sağlık ocaklarının yapı ve işlevlerinin değişmesi için büyük gayret sarf edilmiştir. Buna ek olarak, devlet hastanelerinin

işletme ve karlılık esasına göre çalışması için düzenlemeler ve zorlamalar yapılmıştır.

Bu düşünceye göre; hizmet birimleri özelleştirilecek veya özel işletmeler gibi çalıştırılacaktı. Bunun sonucunda ise, finansmanda ela hizmet başı ödeme öncelik ve önem kazanacaktı. Ancak olmadı. 1980'den sonra daha da bozulan gelir dağılımı nedeniyle, insanlar hastane ücretlerini ve reçete bedellerini ödeyemedi. Bu durum politik ortama da yansdı. Bir sağlık bakanı hastanelerde ücretsiz hasta bakımını yasaklamayı düşünürken, bir diğeri hastanelerin ücretsiz hizmet vermesini emretti. Sonuç olarak, hizmet birimlerini özelleştirme girişimi başarılı olamadı. Buna karşılık, hastalar hastanelerde rehin kaldı veya insanlar ölüsünü alabilmek için büyük meblağ senetlere imza attı.

1990'lara girdiğimiz şu günlerde, önce birimleri işletme haline dönüştürüp sonra da, bunun zorlaması ile, özel finansmana geçişin çıkar yol olmadığı anlaşıldı. Bunun üzerine, daha farklı bir yolun denenmesi hazırlıkları hızla sürüyor. Bu yol ise, finansmanın kamu sigortacılığı sistemine dönüştürülmesi, bununla birlikte hizmetlerin tamamen özelleştirilmesi ve işletme haline dönüştürülmesi yoludur.

Peşin ödeme yapamayan vatandaştan para, devlet eli ile taksit taksit toplanacak (Genel Sağlık Sigortası) ve özel sektöre (aile hekimi, özel hastane) aktarılacak. Sağlık hizmet birimlerini özelleştirmek ereğiyle, hazırlıkları tamamlanan bu yolun da (daha önceki denemeler gibi) çıkar yol olmadığını zaman gösterecektir. Ancak, bu arada geçen zamanda, sağlık harcamalarında tumoral bir büyüme yaratılırken toplumun sağlığında da, gereği gibi, bir iyileşme yaratılamayacaktır. Sonuçta, bu deneme ve yanılmalar devam ettiği sürece, bir yandan sağlık düzeyimiz olumsuz etkilenirken öte yandan da ulusal ekonomimiz de zarar görecektir.

Türkiye'de ulusal gelir çok düşük ve bunun toplum kesimleri arasında dağılımı da dengesizdir. Sağlık sanayisi yok denecek kadar az, olanlar ise dışa bağımlıdır. Buna karşılık yatırımlarımızı olabildiğince yüksek tutmak zorunda olan bir ülkeyiz. Yalnızca sayılan bu gerekçelerle bile, sağlık hizmetlerinin hem finansmanında hem de yapılanmasında kamu yolunun seçilmesinde zorunluluk vardır. Bu zorunluluğa karşın, sağlık sektör ve finansmanını özelleştirme hem de zoraki özelleştirme çabalan ilkel kapitalist mantığın uzantısından başka bir şey değildir.