

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MUHASEBE VE FİNANS ANABİLİM DALI**



**TÜRKİYE’ DE SAĞLIK HARCAMALARI VE
FİNANSMAN MODELLERİ: OECD ÜLKELERİ İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEKLİSANS TEZİ

Danışman Hazırlayan
Prof. Dr. Recep KARABULUT UĞUR ÖZEN

MALATYA-2021

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
MUHASEBE FİNANSMAN BİLİM DALI**

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMAN MODELLERİ:
OECD ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Uğur ÖZEN

**Danışman
Prof. Dr. Recep KARABULUT**

MALATYA – 2021

ONUR SÖZÜ

Prof. Dr. Recep KARABULUT'un danışmanlığında Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "Türkiye' de Sağlık Harcamaları ve Finansman Modelleri: Oecd Ülkeleri ile Karşılaştırılması" başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın tarafımdan yazıldığını ve yararlandığım bütün yapıtların hem metin içinde hem de kaynakça yöntemine uygun biçimde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

Uğur ÖZEN

TEŞEKKÜR

Çalışma konusunun belirlenmesinde ve çalışmanın hazırlama sürecinin her aşamasında bilgi, tecrübe ve değerli zamanlarını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan ve yüksek lisans öğrenimim boyunca her türlü desteği benden eksik etmeyen değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Recep KARABULUT'a teşekkürü borç bilirim.

Tez sürecinde ve sosyal yaşamımda her zaman engin bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, desteğini her zaman eksik etmeyen kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Recep ARMUTLU'ya teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan tez sürecinde bütün zorlukları benimle beraber göğüsleyen; sevgi, şefkat ve desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen, içinde bulunduğum tüm koşullarda yardım ve katkılarıyla bana güç veren canım aileme çok teşekkür ederim.

ÖZET

Türkiye’de sunulan sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye yönelik reformların yapıldığı görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı politikacılar için her zaman önemli bir konu olmuştur. Sağlık harcamalarının devlet bütçesinde önemli bir paya sahip olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanırken doğru kararların alınması gerekmektedir. Dolayısıyla literatüre katkı sağlamak ve bu kararların alınmasına yardımcı olmak amacıyla Türkiye’deki sağlık hizmetleri harcamaları ve sağlık hizmetlerinin finansman modelleri incelenmiş, OECD ülkeleri ve OECD üyesi olan G7 ülkeleri ile Türkiye’nin sağlık hizmetleri harcamaları ve finansman modelleri karşılaştırılmıştır.

2000 – 2019 yılları arasında OECD ülkeleri ile Türkiye’nin kişi başına toplam sağlık harcamaları verilerini dolar bazında kıyaslandığında, Türkiye’nin diğer çoğu OECD ülkesinden az harcama yaptığı ve OECD ortalamasının da altında olduğu görülmektedir. Türkiye’de kişi başına toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 19 yıllık süreçteki ortalaması %4,76, OECD ortalaması ise %8,57’dir. Türkiye GSYİH içinde, sağlık harcamalarına daha az pay ayırmaktadır. Türkiye sağlık finansman modeli olarak karma finansman modelini kullanmaktadır. Bu araştırmanın sonucunda Türkiye’nin sağlık harcamalarının diğer OECD ülkeleri harcamalarının çok altında olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Sağlık Finansmanı, Finansman Modelleri

ABSTRACT

It seems that the health services in Turkey have been reformed via privatization. The provision and financing of healthcare have always been an important issue for politicians. As health expenditures have a significant share in the state budget, proper decisions should be made while financing health services. Therefore, to contribute to the literature and make these decisions, health services spending and the financing models in Turkey are examined, and also, expenditure and financing models of health services of Turkey are compared to the OECD countries and G7 countries that are the members of the OECD.

When per capita of total health expenditure data are compared on the basis of the dollar in the OECD countries and Turkey between the years 2000-2019, it is seen that the health service spending of Turkey is lower than most of the OECD countries, and also, it seems to be under the OECD average. The average of the share of total health spending per capita GDP in Turkey for the 19-year period is 4.76%, while the OECD average is 8.57%. The health spending share is allocated to a lesser extent in Turkey in terms of the share in GDP. Turkey adopts the mixed financing model as the health financing model. The result of this research indicates that Turkey's health spending seems to be much lower than the expenditure of the other OECD countries.

Keywords: Health Expenditure, Health Care Financing, Financing Models

İÇİNDEKİLER

ONUR SÖZÜ.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
TABLolar LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xiv
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE KAVRAMLARI

1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Tanımları	3
1.1.1. Sağlık Tanımı	3
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	4
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	6
1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	7
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	8
1.3.1. Bilgi Asimetrisi.....	9
1.3.2. Talebin Düzensiz ve Belirsizliği	10
1.3.3. Dışsalılık.....	10
1.3.4. İkamesinin Olmaması.....	11
1.3.5. Eşitlik ve Hakkaniyet.....	12
1.3.6. Kamusal Özellik.....	13

İKİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE’ DE SAĞLIK ALANINDA YAŞANILAN GELİŞMELER VE SAĞLIK
HARCAMALARI

2.1. Cumhuriyet’in İlk ve Gelişim Yılları (1920/3-1963).....	15
2.1.1. Yaşanılan Gelişmeler	15
2.1.2. Sağlık Harcamaları.....	19
2.2. Planlı Kalkınma Dönemi (1963-1980)	22
2.2.1. Sağlık Harcamaları.....	24
2.3. Neo-Liberal Dönem (1980-2003).....	26
2.3.1. Sağlık Harcamaları.....	27
2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Dönemi (2003 ve Sonrası).....	30
2.4.1. Sağlık Harcamaları.....	33

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK FİNANSMANI VE MODELLERİ

3.1. Sağlık Finansmanı Kavramı	37
3.1.1. Sağlık Finansmanının Amaçları.....	37
3.2. Sağlık Finansman Kaynakları	38
3.2.1. Kamu Finansman Kaynakları	39
3.2.1.1. Genel Vergi Gelirleri	39
3.2.1.2. Sosyal Sigorta	39
3.2.1.3. Açık Finansman ve Enflasyon Kullanımı	40
3.2.1.4. Özel Amaçlı Vergiler	40
3.2.1.5. Piyango ve Bahis Gibi Gelirler	41
3.2.2. Özel Finansman Kaynakları	41
3.2.2.1. Özel Sağlık Sigortaları.....	41
3.2.2.2. Toplum Finansmanı.....	42
3.2.2.3. İşverenlerce Finanse Edilen Sağlık Finansmanı	42
3.2.2.4. Dış Yardımlar.....	42
3.2.2.5. Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları	42
3.3. Sağlık Finansman Yöntemleri	42
3.3.1. Doğrudan Finansman Yöntemleri.....	43

3.3.2. Dolaylı Finansman Yöntemleri.....	43
3.4. Sağlık Finansman Modelleri.....	44
3.4.1. Beveridge Modeli	44
3.4.2. Bismarck Modeli	45
3.4.3. Serbest Piyasa Modeli (Özel Finansman Modeli)	46

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE' NİN SAĞLIK HARCAMALARININ VE FİNANSMAN MODELLERİNİN OECD ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

4.1. OECD ve Amacı	48
4.2. Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	49
4.2.1. Sağlık Finansman Modellerinin Karşılaştırılması.....	65
4.2.2. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının Finansman Modellerine Göre Karşılaştırılması	67
GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ.....	69
KAYNAKÇA.....	72
EKLER	79

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Türkiye’de Hekim Sayıları (1928-1939)	16
Şekil 2.2. Türkiye’de Hemşire ve Ebe Sayıları (1928-1939)	17
Şekil 2.3. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (1924-1963) ...	20
Şekil 2.4. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	22
Şekil 2.5. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (1963-1980) ...	25
Şekil 2.6. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	25
Şekil 2.7. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları 1999-2002 (Milyon TL)	28
Şekil 2.8. Kamu Alanına Göre Sağlık Harcamaları 1999-2002 (Milyon TL)	30
Şekil 2.9. Seçilmiş Ülkelerin Aile Hekimliği Uygulamasına Başlama Tarihi	33
Şekil 2.10. Seçilmiş OECD Ülkelerinde Cari Sağlık Harcamaların GSYİH’ye Oranı (%) (2016)	34
Şekil 2.11. Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%)	34
Şekil 2.12. Sağlık Harcamalarının Kamu/Özel Dağılımı	35
Şekil 2.13. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (2003- 2019)	36
Şekil 4.1. Türkiye’nin G7 Ülkeleri ile Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması (2014- 2019)	52
Şekil 4.2. Türkiye’nin G7 Ülkeleri ile Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payının Karşılaştırılması (2014-2019)	53
Şekil 4.3. Türkiye ve OECD’nin 2010 – 2019 Yılları Arasındaki Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	55
Şekil 4.4. Türkiye’nin G7 Ülkeleri ile Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) Karşılaştırılması	56
Şekil 4.5. Türkiye ve OECD’nin 2010 – 2018 Yılları Arasındaki Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	58

Şekil 4.6. Türkiye'nin G7 Ülkeleri ile Gönüllü Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) Karşılaştırılması.....	59
Şekil 4.7. Türkiye ve OECD'nin 2010 – 2019 Yılları Arasındaki Gönüllü Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	62
Şekil 4.8. Türkiye'nin G7 Ülkeleri ile Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (ABD doları) Karşılaştırılması.....	63
Şekil 4.9. Türkiye ve OECD'nin 2010 – 2019 Yılları Arasındaki Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (ABD doları)	65



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 2.1. Bağlı Olunan Kurumlara Göre Hastane Sayıları (1942-1949)	18
Tablo 2.2. Gerçekleşen Merkezi Bütçe Harcamalarının İşlevsel Dağılımı.....	21
Tablo 2.3. Yataklı Sağlık Kurumu- Yatak ve Kişi Başı Yatak Sayısı (1967-1982)	24
Tablo 2.4. Neo-Liberal Dönemde Türkiye’de Sağlık Kurumu Verileri (1981-2002)....	27
Tablo 2.5. Kamu Sağlık Harcamalarının Dağılımı (1999-2002) (Milyon TL)	29
Tablo 2.6. Türkiye’de Sağlık Kurumu Verileri (2003 ve Sonrası)	31
Tablo 4.1. OECD Ülkeleri - Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları (Devlet-Zorunlu-Gönüllü; ABD Doları).....	51
Tablo 4.2. OECD Ülkeleri -Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%).....	54
Tablo 4.3. OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	57
Tablo 4.4. OECD Ülkelerinde Gönüllü Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	61
Tablo 4.5. OECD Ülkeleri -Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (ABD doları).....	64
Tablo 4.6. OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Modelleri	66
Tablo 4.7. OECD Ülkelerinin Sağlık Finansman Modellerine Göre Kişi Başına 19 Yıllık Sağlık Harcamalarının Ortalamaları (2000-2019).....	68

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
ABD	: Amerika Birleşik Devleti
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün bir tanımına göre Sağlık; yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu tanıma göre sağlık insanlar için çok önemli bir kavram olarak kabul edilmektedir. İnsanoğlunun her döneminde insan sağlığına değer verilmiştir. İnsan sağlığının iyi olması sağlıklı yaşam koşullarında sürdürmesi ile mümkün olacaktır. Bu koşulların gerçekleştirilmesi için bireylerin sağlıklarına dikkat edilmesi kadar ülkeler de sağlık alanında iyi bir sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmelidir. Sağlık hizmetleri; kişilerin ve toplumun sağlığını korumak, hastalıklarını iyileştirmek ve kişiye rehabilitasyon hizmeti sunmak ve sağlığın geliştirilmesi için yapılan tüm hizmetlerdir. Ülkelerin gelişmişlik seviyelerini belirleyen en önemli hizmetlerin başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Bu nedenle ülkeler sağlık politikalarını oluştururken verimli ve etkin bir sağlık hizmeti için doğru ve yeterli kaynak ayırmaları gerekmektedir. Sağlık hizmetleri harcamaları ülkelerin ekonomik gelişmişlik seviyesi ile ilişkilendirilmektedir. Ülkelerin sağlık hizmeti için yaptıkları harcamalar, sağlık sistemi modelinin doğru seçimi ile mümkün olmaktadır. Ülkelerin sağlık hizmeti sunumu için ne kadar harcama yapılması gerektiği sorusu sağlıkta yapılan harcama ve sağlık finansman modelleri kavramının incelenmesini sağlamıştır.

Sağlık hizmetleri gelişmişlik seviyeleri belirleyicileri; ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) içindeki payı, kamu ve özel sektörün toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı ve benzer kriterlerdir.

Bu çalışmanın amacı Türkiye' de sağlık harcamalarını geçmişten günümüze incelemek, Türkiye'nin sağlık harcamalarının Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinin sağlık harcamalarıyla ve sağlık finansman modelleriyle kıyaslamasını gerçekleştirmektir.

Çalışmanın birinci bölümünde; sağlık ve sağlık hizmetleri kavramının açıklaması, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık hizmetlerinin özellikleri ele alınmıştır.

İkinci bölümde Türkiye’de sağlık alanında yaşanan gelişmeler ve sağlık harcamaları konu alınmıştır. Yapılan harcamalar; toplam sağlık harcamaları, kişi başına sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı, kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı analiz edilmiştir. Cumhuriyet’ in ilk ve gelişim yılları (1920/3-1963), planlı kalkınma dönemi (1963-1980), neo-liberal dönem (1980-2003) ve sağlıkta dönüşüm programı dönemi (2003ve Sonrası) olarak dört bölümde ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde sağlık finansman ve modelleri, sağlık finansman kavramı, sağlık finansman kaynakları, sağlık finansman yöntemleri ve sağlık finansman modelleri başlıkları altında incelenmiştir.

Dördüncü bölümde ise Türkiye’nin sağlık harcamaları ve sağlık finansman modellerinin 2000-2019 yılları arasındaki 37 OECD ülkeleri ile karşılaştırmaları yapılmıştır. Bu bölümde OECD ve amacı, Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının sağlık finansman modellerine göre karşılaştırmaları analiz edilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE KAVRAMLARI

1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Tanımları

1.1.1. Sağlığın Tanımı

Sağlık kavramı farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Sağlık, bireyler arasında hastalığın olmaması olarak tanımlanır. Doktorlar hastalıktan en basit şikayeti veya sapmayı bir hastalık olarak kabul eder (Eren ve Öztekin, 2001: 294).

Sağlık kavramı birbirine yakın ancak özdeş olmayan iki farklı olayı tanımlamak için de kullanılır. İlk durum soyut ve ideal bir iyi olma anlamına gelir. Bu anlamda, iyi bilinen ve sık kullanılan sağlık tanımı, 1948'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen sağlığın tanımıdır. Sağlık; Sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal refah olarak kabul edilmektedir (Somunoğlu, 1999).

Sağlık kavramı için açıklanan diğer bir durum ise mevcut anlamda kişinin kendini iyi hissetmesi ve kişinin hastalık veya sakatlığı olmaması durumlarının sağlanmasıdır. Tanımda da anlaşılabileceği gibi bir kişinin sağlıklı olması için sadece hastalık ve herhangi bir sakatlığa sahip olmaması yeterli değildir. Kişinin hem fiziksel hem de ruhsal ve sosyal olarak, kısacası her yönüyle sağlıklı olması durumunda sağlıklı olduğunu belirtmek mümkündür. Kişi herhangi bir fiziksel, zihinsel veya sosyal yönden şikayet ederse, sağlık probleminden bahsedilebilir. Sağlıklı olamayan insanları sağlıklı hale getirmek için sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Yazlak, 2009: 21).

Sağlıklı olmanın yanı sıra, sağlığın sürdürülebilirliği de en önemli konulardan biridir. Toplumdaki kişilerin sağlıklı olmaları ve bu sağlığın devamlı olmasını sağlamak sadece sağlık hizmetlerinin sorumluluğunda değildir. Bu konuda devamlılığı sağlamak için sosyolojik ve ekonomik çevrelerin bir ilişki içinde olması gerekir. Ekonomik kurumlar gerekli kaynakları sağlarken, diğer kurumlar biyolojik, fiziksel ve çevresel

koşulların insan sağlığını göz ardı etmeyecek şekilde gerekli koşulların oluşturulmasını sağlamalıdır (Yıldırım, 1994).

Bireyin en önemli haklarından biri sağlıklı olmak, sağlıklı bir ortamda yaşamak ve hayatına sağlıklı bir şekilde devam etmektir. Bu hak, her bireyin doğumundan ölümüne kadar sağlıklı yaşama hakkının varlığından gelir (Sütlaş, 2000: 61). Sağlığı bozulan bireylerin sağlıklı yaşam haklarına tekrar kavuşabilmelerini sağlamak için sağlık hizmetlerinden yararlanması gerekmektedir.

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri, insanların ihtiyaçlarını karşılamak ve ölçülebilen bir değer sağlamak amacıyla teknik, uygulama, planlama ve organizasyona dayalı metodik çalışmalar olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetleri, bireyin ve toplumun sağlığını önemseyerek fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak ortaya çıkacak ihtiyaçları giderme ve insanların iyi olmasını sağlamak için yapılan tüm tıbbi faaliyetleri kapsar. Bu faaliyetler, anne-çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, ilaç üretimi, sağlığı koruyan veya yaşam kalitesini artıran, hastalıkları iyileştiren tıbbi araçlar ve malzemeler gibi sağlık alanındaki tüm hizmetleri kapsamaktadır (Atabey, 2016: 11).

Bireysel olarak gelişen ve sosyal nitelik kazanan sağlık hizmetleri, halk sağlığı açısından düzenli olarak sunulmalı ve etkin bir şekilde organize edilmelidir. Sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç genellikle hastalık durumunda veya olası bir hastalıktan kaynaklanır. Bu nedenle, bu ihtiyacın ne zaman ve nerede ortaya çıkacağı, müdahale sınırlarını aşacağı zamanı, ne zaman müdahale yapılacağı, ciddi bir çalışma ile hastalığın yayılmadan önlenilebileceğini planlamak gerekir. Bu nedenle sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın kime ve ne zaman gereksinim duyacağını tahmin etmek mümkün değildir (Altay, 2007).

Sağlık hizmetine ihtiyaç duyanlara doğru sağlık hizmeti sunmak çok önemlidir. Aksi takdirde alıcıya verilen hizmet etkili olmayacaktır. Doğru ve etkili sağlık hizmeti sağlamak için gereken özelliklerin başında herkes tarafından kullanımı kolay olmalı,

kaliteli, kesintisiz ve sağlık hizmeti etkili ve verimli olmalıdır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 30).

Sağlıklı yaşam ilk önce bireysel bir ihtiyaç olarak tamamen yerine getirilmelidir. Bu ihtiyaın hangi yöntemlerle ve ne zaman karşılanması gerektiği önemlidir. Bu bireysel ihtiyaç bir konformuş gibi görünebilir fakat kişinin sosyal ilişkilerini, işini ve aile yaşamını etkilediği için bireye bırakılmayacak kadar sosyal bir konu olarak görülmelidir. Bu bakımdan sağlık hizmetinin sunulma şekli, yönetimi, kime sunulacağı, hangi kaynaklardan finanse edileceği, nerede ve ne kadar sunulacağı önemli bir konu haline gelmektedir (Alpugan, 1984: 142).

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetinden en iyi şekilde yararlanmak için müdahale sürecinin yönetimi son derece önemlidir. Bu müdahalenin düzenli yürütülebilmesi için sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmeti, tedavi edici sağlık hizmeti ve rehabilite edici sağlık hizmeti olarak sınıflandırılmaktadır.

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişinin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek için kişi veya çevresi yararına alınması gereken tüm önlemleri ifade eder. Bu hizmetlerin maliyeti düşüktür, etkisi yüksektir ve genellikle kamu ekonomisi üretimleri olarak kabul edilir (Bulutoğlu, 1988: 297).

Koruyucu Sağlık Hizmetleri, insan sağlığını koruyan ve hastalıkları önleyen sağlık hizmetleri içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı toplumdaki hastalık riskini azaltmak, olası riskleri önlemek ve toplumun sağlık düzeyini en üst düzeye çıkarmaktır. İki tür koruyucu sağlık hizmeti vardır. Bunlar bireysel ve çevresel koruyucu sağlık hizmetleridir. Bireysel sağlık hizmetleri, insanları ve toplumu hastalıklara karşi dayanıklı ve daha güçlü hale getirmek, bozulan sağlığı hızlı bir şekilde teşhis etmek ve önlemek için yapılan faaliyetlerdir (Tengilimoğlu vd., 2015: 79-82).

Bu faaliyetleri şöyle sıralayabiliriz;

- Başışıklaama
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- İlaçla koruma
- Kişisel temizlik ve bakım
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Aşırı doğurganlığın kontrolü
- Sağlık eğitimi (Hayran ve Sur, 1998: 15-18)

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri ise insanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişilerin etkilenmesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü bu başlık altında toplanır. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler;

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Vektörlerle (haşerelerle) savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyonla ve gürültü ile savaştır.

Bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık sektöründen daha çok diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendiren bir hizmet grubu olarak görölmektedir. Sağlık sektörünün bu konudaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstermektir (Akdur, 1999: 5).

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hasta olan bireylerin tanı ve tedavisini yürütmek için yapılan çalışmalar, tedavi edici sağlık hizmetlerinin içeriğini oluşturmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması hastalıkları önlese de yeterli olmayabilir ve sonuç olarak bir hastalık ortaya çıkabilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireylerin hastalıktan sonra hastalığının iyileşmesi için sağlanan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, en uç

tedavi ünitesi veya hastaneden üst düzey hizmet verebilecek hastanelere kadar uzanan bir yapıda olabilir (Yıldırım, 1994: 3).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine kıyasla çok fazla maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir. Eğitimli personel ve fiziki tesislerle yönetim, finansman gibi çok önemli boyutlara sahiptir. Şüphesiz bu hizmetlerin sağlanması da önemli sosyal faydalara yol açmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinden önce koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi hem maliyet hem de fayda açısından daha ekonomik hale gelmesi sağlanacaktır (Altay, 2007: 35).

1.2.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitate edici sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ve hasta bireylerin hayata tekrar katılmalarını sağlayan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin temelinde kişinin toplumda kaybolmamasını ve hayata karışmasını sağlamak için faaliyetler vardır.

Bazı hastalıkların sonucunda kişiler eskisi gibi hayatlarını sağlıklı bir şekilde yürütemeyebilirler. Bu da zamanla toplumdan kopmalarına ve hayattan soğumalarına sebep olmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri, kişinin bu durumunu önlemektedir. Örneğin; kişi ayaklarını kullanamıyorsa, bu şekilde bırakılmamalıdır. Eğer uygunsa gerekli tedavi sağlanarak, kişi eski hayatına dönüş için eğitilmelidir. En azından ihtiyaçlarını karşılaması için gerekli iyileşme sağlanmalıdır. Bu da kişilerin toplumda kendi kendine yetebilen bir duruma gelmesini sağlamaktadır. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon hizmeti olarak verilmektedir.

Tıbbi Rehabilitasyon: Hastalık ya da kaza sonucunda kaybedilen bedensel veya zihinsel aktiviteleri yeniden kazanmaları ya da yaşamlarını sürdürebilmeleri için en üst düzeyde işlevsel beceriler verilmektedir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, bedensel kalıcı rahatsızlığı ve engelli durumunu düzeltmek, yaşam kalitesini iyileştirmek için sunulan hizmetlerdir. Yürüme, işitme ve görme gibi konularda problem yaşayan kişilerin rahatsızlıklarını en aza indirmek için yapılan çalışmalar buna örnektir (Karaca, 2015: 3-25). Bu çalışmalar yataklı tedavi hizmeti veya ayaktan tedavi hizmeti olarak verilebilir.

Sosyal Rehabilitasyon: Engelli insanların günlük yaşamına aktif olarak katılmak ve başkalarına bağımlı olmadan yaşamak için yapılan adaptasyon, yeni iş bulma veya öğretim faaliyetlerini içerir (Hayran ve Sur, 1998: 17-18).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Toplumların sağlığını koruma ve geliştirme faaliyetlerinin bireyler üzerinde de doğrudan etkisi olacaktır. Maliyetlerin ve finansal zorlukların artması nedeniyle özel sektörün katkısı son yıllarda büyük ölçüde iyileşmiştir. Kamu veya özel sektör tarafından sağlanan sağlık hizmetleri, benzersiz özelliklere sahip oldukları için diğer üretilen mal ve hizmetlerden farklıdır (Odabaşı ve Oyman, 2008: 28-29). Sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek en küçük bir ihmal doğrudan insan yaşamını etkiler. Sağlık hizmetlerinde istenmeyen hatalar hastalarda geri dönüşümü olmayan durumlara hatta ölümlere de neden olabilir.

Sağlık hizmeti ihtiyacı olan kişilere bu hizmeti doğru koşullarda sunmak çok önemlidir. Aksi durumda, alıcıya verilen sağlık hizmeti etkili olmayacaktır. Doğru ve etkili sağlık hizmeti sunmak için gerekli özellikler vardır. Bunlar; herkes tarafından kullanımı kolay olmalı, kaliteli, kesintisiz yani süreklilik içermeli ve ayrıca etkili ve verimli olmalıdır (Kavuncubaşı, 2000: 30). Başka bir ifadeyle, sağlık hizmetlerine erişim yalnızca hizmeti alan kişiler için değil, aynı zamanda hizmeti sağlayanlar için de çok önemlidir. Teşhis ve tedavi için gerekli olan ilaçlara, ekipmana ve diğer hizmetlere kolayca erişebilmeleri önemlidir.

Sağlık hizmetleri ve diğer hizmetler ilişkilendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin ayırt edici özellikleri çeşitli şekillerde ifade edilir. Bunlar sağlık hizmetlerinin ulaşım özelliğinin eksikliğidir, tek bir yerde saklanması ve depolanması mümkün değildir. Sağlığın çıktısını ölçmek zordur. Bu hizmeti sunum sürecinden önce ve sonra kapsamlı çaba ve emek gerekmektedir. Sağlık hizmetleri sunulurken, önceden kalite kontrolü yapmak ve uygun olmayanları ayırmak mümkün değildir. Sunumunda koordinasyon esastır ve hizmetin verilmesi sırasında bilgilerin yorumlanmasında tek tip bir değerlendirme yoktur. Sağlık hizmetlerinin üretim ve tüketim aşamalarında bir tüketiciye ihtiyaç vardır ve uzmanlık derecesi uzun, yorucu ve zahmetlidir. Herkesin bu

hizmetlerden faydalanabilmesi ve etkin bir şekilde sunulabilmesi için sistemin sadece nitel değil, nicel özellikleri de geliştirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin bir başka özelliği de hizmetlerin ertelenemez ve ikamesinin olmaması olarak sıralanabilir (Somunoğlu, 2012: 1-2).

Sağlık hizmeti faaliyetleri için gerekli özelliklerden biri de sürekliliktir. Koruyucu tedbirlerle insanların sağlık düzeylerini koruma, hastalandıklarında tedavilerini sürdürme ve sağlık düzeylerini sürekli iyileştirme çabaları sağlık hizmetlerinin süreklilik özelliği ile gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan bir diğer özellik verimliliktir. Burada, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların mantıksal kullanımı ön plana çıkmaktadır. Verimlilikte ön plana çıkan konular adil bir finansman sisteminin sağlanması, yeterli ücret politikasına sahip olan sağlık personeli tarafından yapılan çalışmalardan maddi memnuniyet ve etkin yönetim yoluyla kaynakların verimli ve ekonomik kullanımıdır (Kavuncubaşı, 2010: 34).

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz (Sayım, 2015: 17-28);

- Bilgi Asimetrisi
- Talebin Düzensiz ve Belirsizliği
- Dışsallık
- İkamesinin Olmaması
- Eşitlik ve Hakkaniyet
- Kamusalılık Özelliği

1.3.1. Bilgi Asimetrisi

İki taraf arasında bilgi açısından simetri yoksa bilgi asimetrisi oluşur. Hizmet arz ve talep edenler arasındaki bilgi farkı birbirlerine ne kadar yakın ise her iki taraf için de daha sağlıklı kararlar almakta etkili olmaktadır. Taraflardan birinin mal veya hizmetler hakkında diğerinden daha fazla bilgiye sahip olması, diğerini etkileme ve yönlendirme fırsatı sunar, bu durum rekabet koşullarının ve ekonomik verimliliğin azalmasına neden olur. Sağlık hizmeti sağlayıcısının talepte bulunandan çok daha fazla bilgisi vardır. Bu

durum diğerk birçok sektörden daha fazladır. Bilgi asimetrisi sağık pazarlarının ayırt edici bir özelliğı olarak ortaya çıkmaktadır (Sayım, 2015: 17-28).

1.3.2. Talebin Düzensiz ve Belirsizliğı

Sağık piyasalarında arz olmasına rağmen, talep kendiliğinden gerçekleşmez. Sağık pazarında arz ve talep arasındaki dengesizliğın nedeni, ilaç şirketleri, sağık kurumları veya sağık personelleri tarafından oluşturulan örgütlü davranışlara yanıt olarak tüketicilerin fiyat ve hizmet kalitesi yönünden talep baskısı yaratmalarının mümkün olmamasıdır (Kurtulmuş, 1998: 46). Sağık pazarında arz sıkıntısı olursa, sağık hizmetlerinin fiyatları çok yüksek seviyelere çıkacaktır. Böyle bir durumda düşük gelirli insanların sağık hizmetlerinden faydalanması zor olacaktır. Fazla arz ortaya çıktığında ise fiyatlar düşer, böyle bir durumda da talep sınırlı olacak ve kaynaklar israf edilecektir (Tokat, 2000: 3).

Sağık hizmetlerine yönelik talep sürekli değildir ve talebin ne zaman ortaya çıkacağı ve yoğunluğu da tahmin edilemez. Böyle bir durumda, hizmeti tedarik ve talep edenler için bir sorun oluşturabilir. Özellikle sağık hizmeti talep edenler için oluşabilecek hastalıkların tedavisi için önceden kaynak yaratma ihtiyacı ortaya çıkar. Bu nedenle olası belirsizliklerdeki sorunları çözmek için bir sağık sigortası sistemine ihtiyaç duyulmuştur.

1.3.3. Dışsallık

Dışsallıklar, genellikle ekonomik birimlerin etkilerine bağılı olarak diğerk ekonomik birimlerin üretim veya tüketiminden etkilenmeleri olarak ifade edilir. Dışsallık durumunda oluşan etkilerden bir piyasa yaratılamaz. Dışsallık durumunda ortaya çıkan bu etkiler için bir fiyatlandırma yapılamaz ve bu nedenle piyasa fiyatları üretim veya tüketime tabi bu hizmetlerin marjinal sosyal maliyetini veya faydalarını yansıtamaz (Çalışkan, 2008: 29-50).

Sağık hizmetlerinin sosyal marjinal faydası özel marjinal faydadan daha büyük olduğundan, bu hizmetlerin üretimi sadece piyasaya bırakıldığında sağık hizmetleri eksik üretilir. Kurumlar üretim hacmini planlarken sadece satabileceğı ve alabileceğı

özel faydaları göz önünde bulundurmaktadır. Tüketiciler, toplumun tamamına ya da bir kısmına bölünemez, ölçülemez ve pazarlanamayan toplumun sosyal faydasını ödeyemezler (Atabey, 2016: 15).

Dışsallık iki farklı durum için tanımlanmıştır: birincisi eğer diğer ekonomik faaliyetlere olumlu yönde etkisi oluyorsa pozitif, ikincisi olumsuz yönde etkisi oluyorsa negatif dışsallık söz konusu olmaktadır. Bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele ve kontrol faaliyetleri sağlık hizmetlerinde pozitif dışsallıkları ifade etmek için kullanılan en yaygın örnek olarak düşünülebilir. Bulaşıcı hastalıklara karşı yapılan aşılama, toplumdaki diğer bireylerin yanı sıra aşılanmanın yapıldığı ve pozitif dışsallıkların ortaya çıkacağı kişiyi de bu hastalıklardan koruyacaktır (Çalışkan, 2008: 29-50).

Sağlıkla ilgili olumsuz dışsallık aşırı alkol tüketimi, trafikte dikkatsiz sürüş, sigara tüketimi vb. durumlarda diğer bireyler bu aktivitelerden etkilendiğinde ortaya çıkar. Örneğin, birçok çalışma sigara içmeyenlerin, sigara içilen bir ortamda bulunduğu kanser ve kalp hastalıkları gibi sağlık sorunları ile karşı karşıya olduklarını ortaya koymaktadır. Diğer bireylere bu şekilde olumsuz dış etkilerin yol açtığı zararlar piyasa tarafından dikkate alınmayacak ve marjinal özel maliyet marjinal sosyal maliyetten daha az olacaktır. Üretici firma, malların fiyatına marjinal sosyal maliyet yerine marjinal özel maliyetle eşit olduğundan, sahip olması gereken miktardan daha fazla üretecektir. Negatif dışsallık durumunda, optimum kaynak dağılımı gerçekleşmeyecek ve piyasa fiyatı dışsallığı yansıtmayacağı için etkisiz sonuçlar ortaya çıkacaktır. Bunun nedeni, ne kadar piyasa fiyatının üretildiği ve ne kadar tüketilmesi gerektiği konusunda doğru sinyal verememesidir. Başka bir deyişle, dışsallıklar piyasa fiyatlarına dahil değildir ve piyasa fiyatlarına yansıtılamaz (Çalışkan, 2008: 29-50).

1.3.4. İkamesinin Olmaması

Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, çoğu araştırmacının sağlık hizmetlerinin bir başka hizmetin yerine geçmediği ve tüm vatandaşların bu hizmeti koşulsuz olarak bir sosyal hizmet olarak kullanmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmeti türünün konusu iyi bilinmelidir. Bu bakış açısından aynı sağlık

ihtiyaçlarını karşılamak için alternatif ilaçlar ve tedavi yöntemleri vardır. Örneğin, prostat kanseri lazer tedavisi veya açık cerrahi ile de tedavi edilebilir (elik, 2013: 120).

Mal ikamesi kavramı, normal bir pazarda bir mal veya hizmet yerine aynı amaçla başka bir mal veya hizmet kullanma özelliğidir. Ancak sağlık hizmetlerinde durum böyle değildir, hekim tarafından önerilen sağlık hizmetinin değiştirilmesi çoğu durumda yoktur veya çok sınırlıdır ve tüketicisi bu hizmeti almalıdır (Tokat, 2000: 3-7).

Tüketiciler ihtiyaç duydukları mal ve hizmetlerin tercihini yaparken basit rasyonel seçimler kullanmaktadır. Bireyler tüketiciler tercihlerini tamamlayıcı ve ikame özelliklerine göre malların rasyonel seçimleri sonucunda ortaya koymaktadır. Özellikle birbirinin yerine geçen ikame mallarla ilgili olarak, tüketiciler rasyonel seçimlerini özellikle fiyat olmak üzere birçok faktörle ilgili verileri kabul ederek yaparlar. Sağlık hizmetleri açısından böyle bir seçim yapmak mümkün değildir. Tüketiciler basit bir rasyonel seçim ile sağlık hizmetleri ile diğer mal ve hizmetler arasında seçim yapamazlar, tüketicisi bu seçimden kaçınır (oban, 2009: 14).

1.3.5. Eşitlik ve Hakkaniyet

Bireylerin veya toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ve sağlıklı olma hali, temel insani haklardan biridir. 10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesi'nde sağlık, bir hak olarak güvence altına alınmıştır (UN, 1948:1 https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf Erişim tarihi: 24.02.2020). "Herkes, kendisi ve ailesinin sağlığı ve refahı için beslenme, giyinme, barınma, sağlık hizmetleri ve gerekli sosyal hizmetleri kapsayan yaşam standartlarına yeteri kadar ulaşma hakkına sahiptir."

Sağlık hizmetlerine erişimi temel insan haklarından biri olarak kabul etmek, dolayısıyla bu piyasalarda sunulan ve genellikle yalnızca kr motivasyonu ile açıklanan diğer mal ve hizmetlerden ayırır. Sağlık hizmetlerinde eşitlik, dağıtım adaleti ilkesine dayanan etik bir kavramdır ve insan hakları ilkeleriyle yakından ilgilidir. İnsan hakları ilkelerine göre tüm insan hakları birbirine bağımlı ve bölünemez olarak kabul edilir. Bu

nedenle, sağlık hakkı iyi bir yaşam ve eğitim standardı da dahil olmak üzere diğer haklardan ayrılamaz (Braveman, 2014: 367).

Sağlık hizmetlerinde önemli kavramlardan biri de hakkaniyettir. Sağlık hizmetlerindeki eşitlik, hizmete ihtiyaç duyan herkes için mevcut hizmetlere coğrafı, ekonomik ve kültürel olarak eşit erişim sağlayan çok yönlü adil düzenlemeler ile sağlanmalıdır.

1.3.6. Kamusallık zelliği

Bazı sağlık hizmetleri (koruyucu sağlık hizmetleri) tam kamu malı olma özelliği taşırken, bir kısmı da (tedavi edici sağlık hizmetleri) yarı kamu malı hizmetleri olarak değerlendirilmektedir. Örneğin, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, tedavi olan bireye fayda sağlar. Bireyle beraber aynı zamanda ailesi veya yakın arkadaşlarına da dolaylı olarak fayda sağlayacaktır çünkü söz konusu hastalık onlara bulaşmaz. Bu dolaylı fayda için herhangi bir ödeme yapılmaz (Türkal ve Cihangir, 2008: 130-141).

Sağlık hizmeti ulusal düzeyde özel faydaları olan tüketim ve dışlanmadaki rekabet gücü nedeniyle pazarda üretilen bir hizmettir (Mutlu, 2006: 53-78). Bununla birlikte, sağlık hizmetlerine konu olan dışsallık özelliği, yani sosyal maliyeti veya faydası ve toplumdaki tüm bireylere koşulsuz olarak sunulması da kamu yararı olma özelliğini vermektedir. Örneğin, lke düzeyinde aşılması gereken bulaşıcı bir hastalığın çabalarının sosyal düzeyde etkisi vardır. Bu nedenle sağlık hizmetleri blnmezdir. Ülkelerin bu sunumundaki öncelikli amacı, sosyal olarak yıkıcı hastalıkları ve olumsuz etkilerini önleyecek önlemler almaktır.

Sağlık hizmetleri genellikle yarı kamu hizmetleridir. Yarı kamusal mal ve hizmet tüketiminin bir sonucu olarak, topluma yoğun dış faydalar ve bireylere özel faydalar sağlayan mal ve hizmetler sağlar (şener, 2001: 59).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, koruyucu sağlık hizmeti ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri tamamen kamu malları ve hizmetleridir, bunların finansmanı doğrudan vergilerle karşılanmaktadır. Tam kamusal mal ve hizmetleri tamamen devlet tarafından üretilen hizmetlerdir. Bu hizmetler toplumun sağlık düzeyinin korunması ve

geliştirilmesi için önemlidir. Her ne kadar bu mal ve hizmetler toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirilse de toplumdaki herhangi bir bireyin bu mal ve hizmetlerden faydalanmaması gibi bir durum yoktur (Akdoğan, 1985: 43). Tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri sağladığı faydaların bir kısmının ayrılabilceğı ve fiyatlandırılabilceğı yarı kamusal mal ve hizmet özelliğine sahiptir.



İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’ DE SAĞLIK ALANINDA YAŞANILAN GELİŞMELER VE SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık alanında yaşanan gelişmeler incelenmek istendiğinde bunları tek bir dönemde ele almak zordur. Dönem dönem yaşanan ekonomik ve siyasi olaylar sağlık politikalarını etkilemektedir. Politikalardaki farklılıklar doğal olarak sağlık ekonomisini de pozitif ve/veya negatif yönde etkilemiştir.

Bu bölümde Türkiye’nin sağlık politikaları ve ekonomisi, cumhuriyetin kuruluş yıllarından itibaren kronolojik sıra ile incelenecektir.

2.1. Cumhuriyet’in İlk ve Gelişim Yılları (1920/3-1963)

2.1.1. Yaşanılan Gelişmeler

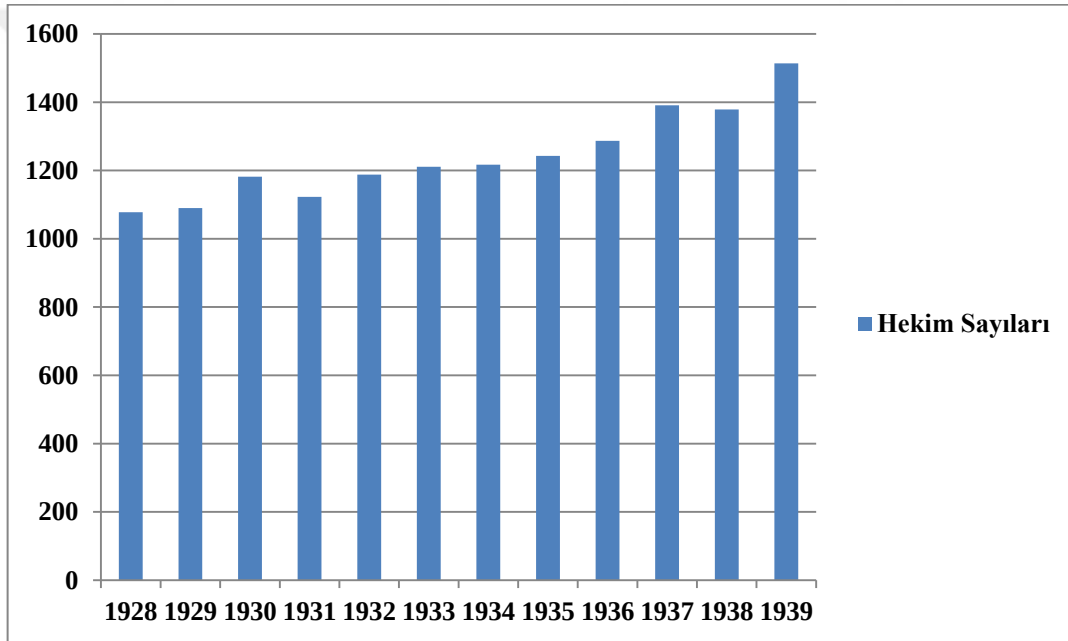
Cumhuriyet’in kurulduğu ilk yıllarda savaşın getirdiği zorluklar ve buna bağlı olarak çıkan bulaşıcı hastalıklar, sağlık alanındaki gelişimi etkilemekte ve zorlaştırmaktaydı. Bu yıllarda Cumhuriyet ilan edilmeden önce bir Bakanlığa bağlı olmayan ve özerk çalışan sağlık birimleri, TBMM’nin aldığı bir karar ile “Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti”, bugünkü adıyla “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” adı altında 3 Mayıs 1920’de toplanmıştır (Konuk, 2011: 11). İlk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan ADIVAR göreve başlamıştır. 10 Mart 1921’de ise Refik SAYDAM görevi devralmış ve 1937’ ye kadar devam ettirmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Günümüzde planlanan sağlık politikalarının temeli cumhuriyetin ilk yıllarında atılmıştır. Bu dönemde uğraşılacak en büyük sorunlar bulaşıcı hastalıklar olduğundan ilk amaç bu hastalıkların üstesinden gelmek olmuştur. Bunun için Osmanlı Dönemi’nde uygulananın aksine merkezi yönetimden sağlık hizmetlerini yönetme yani dikey örgütlenme modeline geçilmiştir. Maddi sıkıntılar nedeniyle bu süreç hızlı tamamlanamamış ancak koruyucu sağlık hizmetleri merkezi yönetimden

gerçekleştirilebilmiştir. Diğer sağlık hizmetleri ise yerel yönetimlerde kalmaya devam etmiştir (Konuk, 2011: 12).

Cumhuriyet döneminde hekim ihtiyacını karşılamak için tıp fakültelerine yapılan yatırımlar arttırılmıştır. Mezun olan hekimler ise zorunlu görev şartı ile çalıştırılmış ve ihtiyaçlar giderilmeye çalışılmıştır. Yapılan yatırımlar sonucunda 1059 hekim, 139 hemşire ve 347 ebe sayısına 1927 yılında ulaşılmıştır (Sur, 1998: 224).

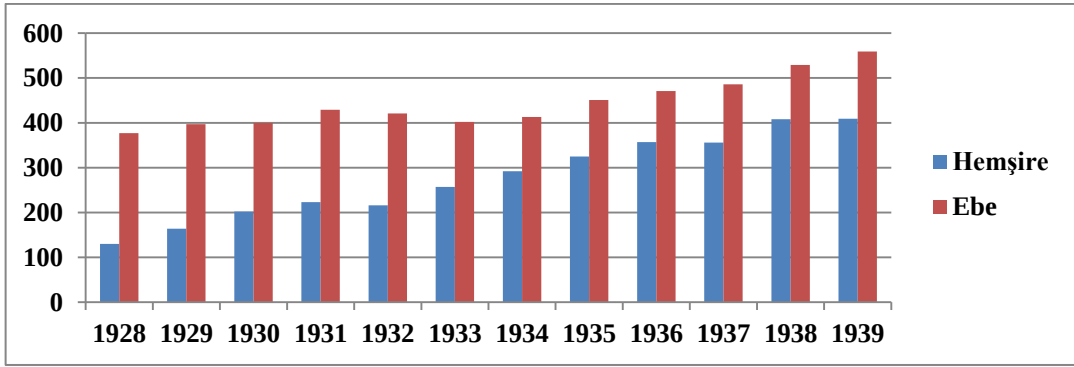
Şekil 2.1’de 1928-1939 yılları arasında hekim sayıları verilmiştir. Sayıların yıl geçtikçe arttığı görülmektedir.



Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Genel Müdürlüğü, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1939-1940*, Ankara Basım ve Ciltevi, Ankara 1940, s. 140.

Şekil 2.1. Türkiye’de Hekim Sayıları (1928-1939)

Hekim sayısının arttırılmasında gerçekleştirilen başarı, hemşire ve ebe artışında da görülmektedir. Şekil 2.2’de 1928-1939 yılları arasında ebe ve hemşire sayıları verilmiştir.



Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Genel Müdürlüğü, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1939-1940*, Ankara Basım ve Ciltevi, Ankara 1940, s. 108.

Şekil 2.2. Türkiye’de Hemşire ve Ebe Sayıları (1928-1939)

Savaştan yeni çıkan ve sağlık alanında yeni planlamalar yapmaya çalışan Türkiye, İkinci Dünya Savaşı’nın başlamasıyla yeni sorunlar ortaya çıkmasından dolayı sağlık alanında istenilen gelişmeyi gerçekleştirememiştir. Ülkede baş gösteren sağlık sorunlarıyla mücadele birincil amaç olarak devam etmiş ve 1945 yılında “Olağan Üstü Sıtma Kanunu” Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulmuştur. Veremle savaş için de merkezi elden yürütülen çalışmalar başarılı olamayınca Verem Savaş Müdürlüğü kurulmuştur (Konuk, 2011: 14). 1943 yılında Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılması Kanunu çıkarılmış, 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş ve bu kuruma 1952 yılında sağlık kurumu kurma yetkisi verilmiştir (Kökçü, 2014: 102). 1946 yılından sağlık alanında Yüksek Sağlık Şurası tarafından önemli bir adım olarak nitelendirilebilecek bir karar verilmiş ve 10 Yıllık Sağlık Planı kabul edilmiştir. Fakat ülkenin içinde bulunduğu şartlar nedeni ile uygulamaya geçilememiştir (Ülgen ve Serap, 1995: 76).

İkinci Dünya Savaşı’nın yarattığı zor şartlar ortadan kalkmaya başladığında Türkiye’de sağlık alanında gelişmeler de hızlanmaya başlamıştır. 1942-1949 yılları arasında geçen sekiz yıllık zaman diliminde devlet hastaneleri sayısı Tablo 2.1’de görüleceği üzere yaklaşık 2,5 kat artış göstererek 16’dan 42’ye ulaşmıştır. Yatak sayıları ise 4790’dan 8014’e yükselmiştir. Sözü geçen dönemdeki hastane ve yatak sayıları Tablo 2.1’de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 2.1. Bağılı Olunan Kurumlara Göre Hastane Sayıları (1942-1949)

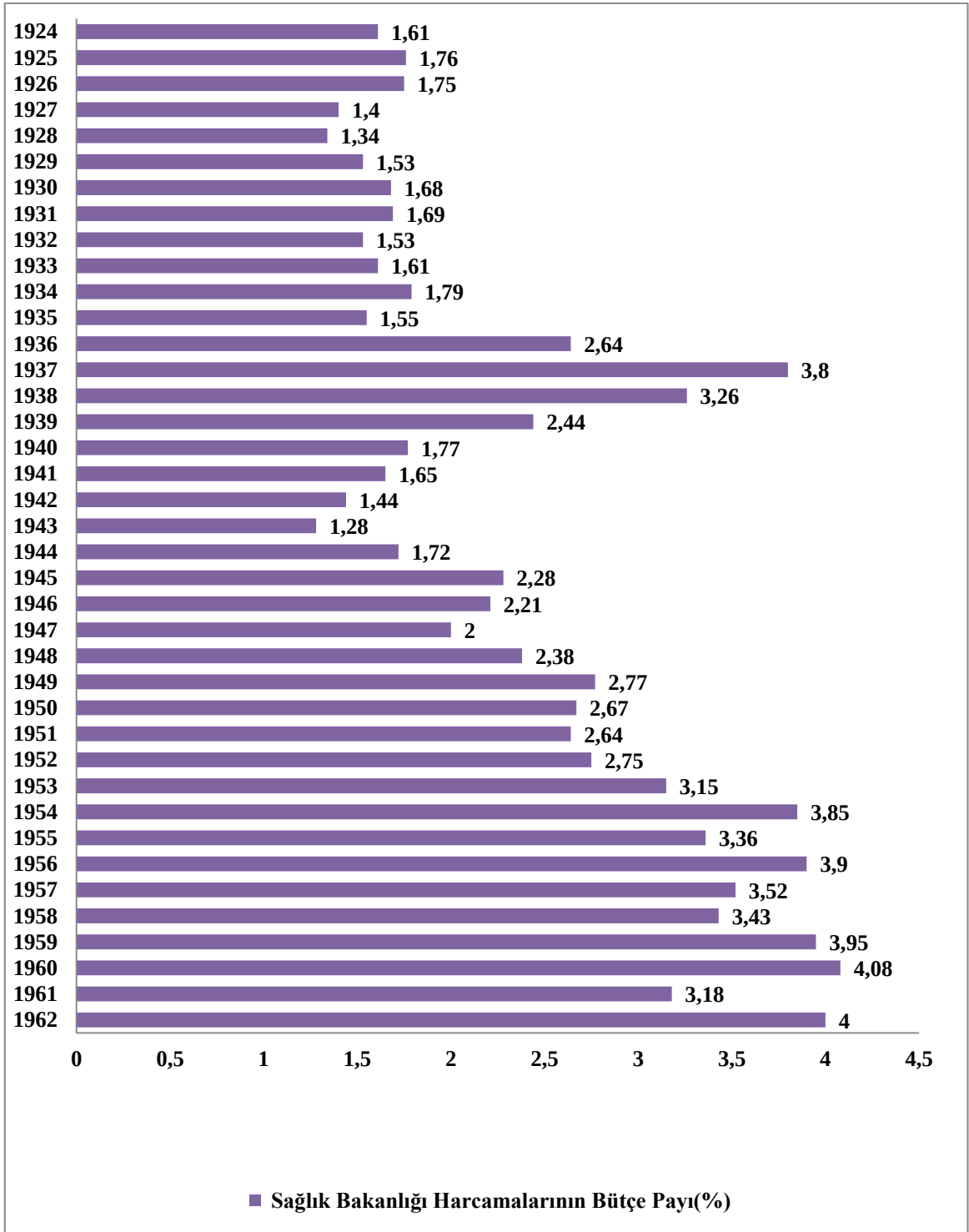
Yıllar	Devlet Hastaneleri		Belediye Hastaneleri		Özel İdare Hastaneleri		Özel Hastaneler		Yabancı Hastaneler		Cemaat Hastaneleri		Cemiyet Hastaneleri	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
1942	16	4790	18	1351	73	3798	22	547	10	687	5	979	3	186
1943	17	5220	18	1351	73	3798	22	568	10	687	5	979	3	179
1944	19	5430	18	1351	71	3843	25	618	10	687	5	979	4	277
1945	23	5715	19	1526	68	3872	25	617	10	689	5	979	3	235
1946	36	6455	19	1536	58	3242	21	601	10	687	5	979	4	275
1947	36	7113	18	1531	58	3242	20	540	10	683	5	949	4	314
1948	42	7660	17	1567	53	3134	23	555	10	683	5	949	5	354
1949	42	8014	18	1672	53	3159	27	735	10	683	5	949	5	357

Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Müdürlüğü, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1950*, İstatistik Genel Müdürlüğü, Ankara 1950, s.72.

Hastanelerin sayısının artmasında önemli bir etken ise yerel yönetimlere bağlı olan hastanelerin Demokrat Parti tarafından 1952 yılında merkezileştirilmesi ve sağlık kurumlarının yönetiminin devlete bağlanmasıdır (Akdur, 1998: 199). Fakat hastanelerin sayıları ile birlikte nüfus da artış gösterdiğinden sunulan arz talebi karşılamaya yeterli gelmemiştir. Bu nedenle 1960'lı yıllarda planlı kalkınma dönemine geçilmesinde sağlık alanında yaşanan sıkıntılar gerekçe olarak gösterilmiştir (Konuk, 2011: 15).

2.1.2. Sağlık Harcamaları

Cumhuriyetin kurulduğu yıllarda Kurtuluş Savaşı'ndan yeni çıkmış olması sağlığa ayrılan payı olumsuz yönde etkilemiştir. Sağlık harcamalarının genel bütçe içindeki payının gösterildiği şekil 2.3'e göre bu dönemde merkezi bütçe harcamaları içerisinde sağlığa ayrılan pay ortalama %1,5'tir. 1937 yılında bu oran yükselerek %3,8'e ulaşmış fakat İkinci Dünya Savaşı'nın etkileriyle tekrar 1943 yılına kadar %1,28'e gerileyerek düşüş yaşamıştır. Savaşın etkilerinin azalmaya başlamasıyla birlikte sağlığa ayrılan pay yükselişe geçmiş ve 1960 yılında, Cumhuriyet kurulduğundan beri %4,08 ile rekor düzeye ulaşmıştır.



Kaynak: BUMKO, “Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018)”, <https://www.hmb.gov.tr/bumko-butce-buyuklukleri-ve-butce-gerceklesmeleri>, (11.03.2020).

Şekil 2.3. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (1924-1963)

Devlet bütçe harcamalarının işlevsel dağılımının gösterildiği Tablo 2.2’de devlet bütçesinin %50’si İkinci Dünya Savaşı’nın etkisiyle savunma harcamalarına ayrıldığı

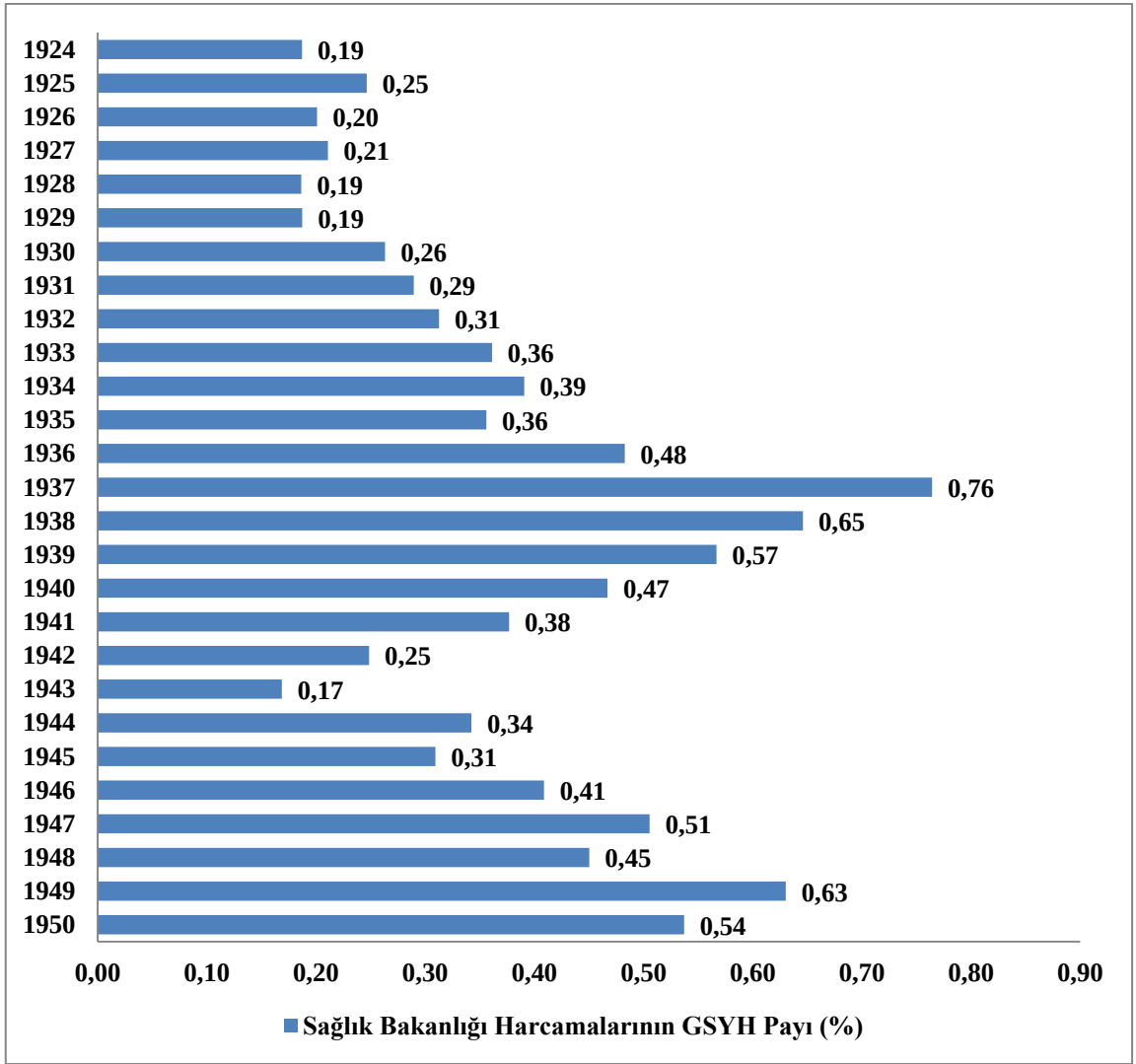
görülmektedir. ABD ile Türkiye'nin anlaşma yapmasıyla birlikte savunma harcamalarının azaldığı ve sağlık harcamalarının da artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 2.2. Gerçekleşen Merkezi Bütçe Harcamalarının İşlevsel Dağılımı

Yıllar	Genel Yönetim Harcamaları				İktisadi ve Sosyal Harcamalar					
	Yönetim %	Savunma %	Genel Toplum Hizmetleri %	Genel Yönetim Harcamaları Toplamı %	Eğitim %	Sağlık %	Tarım %	Bayındırlık %	Diğer İktisadi ve Sosyal Harcamalar %	İktisadi ve Sosyal Harcamalar Toplamı %
1937	25	37	11	73	5	5	2	13	2	27
1938	23	39	11	73	5	4	2	14	2	27
1939	17	50	9	76	5	3	2	12	2	24
1940	14	61	7	82	4	2	1	10	1	18
1941	13	64	7	84	4	2	1	8	1	16
1942	12	66	7	85	4	2	1	6	2	15
1943	12	63	7	82	6	2	1	8	1	18
1944	14	59	8	81	7	2	2	7	1	19
1945	16	51	8	75	9	3	2	10	1	25
1946	19	42	10	71	12	4	3	10	0	29
1947	19	45	12	76	9	3	2	9	1	24
1948	18	43	11	72	12	4	2	9	1	28
1949	18	37	11	66	13	4	3	13	1	36
1950	21	36	12	69	15	4	3	8	1	31

Kaynak: Tezel, 2015:539-540.

Sağlık bakanlığı harcamalarının GSYİH içindeki payının gösterildiği Şekil 2.4'e göre 1924 yılında GSYİH içindeki sağlık bakanlığı harcamalarının payı %0,19'dur. Fakat o dönem sağlık hizmetleri merkezi yönetime tam olarak geçememiş olduğu için bu harcamalar toplam sağlık harcamalarını göstermemektedir. Tablo 2.1'de de görüldüğü üzere yerel yönetimler veya vakıflar tarafından sunulan sağlık hizmetleri de bulunmaktadır ve bunların harcamaları da toplam sağlık harcamalarına dâhil edilmelidir. Yine İkinci Dünya Savaşı'nın etkileri Şekil 2.4'de açıkça görülmektedir.



Kaynak: TÜİK, “Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ve Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla” http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2218, (22.02.2020).

Şekil 2.4. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

2.2. Planlı Kalkınma Dönemi (1963-1980)

1960 yılında Devlet Planlama Teşkilatının kurulmasıyla sağlık da dahil olmak üzere birçok alanda 5 yıllık kalkınma planları hazırlanmıştır. İlk kalkınma planı 1963’de başlamış ve dokuzuncu kalkınma planı istisna olarak 7 yıl için planlanmıştır (Yardan ve Kiremit, 2016: 94).

1963 yılında kalkınma planları başlamadan önce yaşanan bir diğer önemli gelişme ise 1961 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi” kanununun kabul edilmesidir

(Kökçü, 2014: 102). Bu kanuna göre vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımının eşitlenmesi amaçlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 1961: 3598).

Birinci kalkınma planından dördüncü kalkınma planına kadar olan süreçte (1963-1983) ana amaçlardan biri sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununu uygulamada başarılı kılmak olmuştur. İlk kalkınma planındaki başarı diğer kalkınma planlarında görülmemiştir. Bunun sebebi sağlığa ayrılan payın kısıtlı olması ve personel yetersizliği olarak görülmüştür (T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, 1973:111). Bu dönemlerde halk sağlığına ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiş, bulaşıcı hastalıklar ile mücadele devam etmiştir. Personellerin, kurumların, yatak sayılarının artırılması ile ilgili çalışmalar yapılmıştır (Yardan ve Kiremit, 2016: 97).

Muş ili 1 Ağustos 1963 yılında ilk kalkınma planı kapsamında pilot bölge seçilmiş burada 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi kurulmuştur. Bu 5 yıl içinde 22 il daha eklenerek ciddi bir sonuç elde edilmiştir. Kısa vadede başarılı olan sosyalleşme programı personel yetersizliğinden ve olan personelin de ülke içinde dengesiz dağılımından dolayı bütün illere yayılamamış ve uzun vadede başarılı olamamıştır (T.C. DPT, 1989: 340).

Tablo 2.3’de 1967–1982 yılları arasındaki sağlık kurumları verileri sunulmuştur. Bu tabloya göre 10.000 kişi başına düşen yatak sayısı verileri verilmektedir. 1967 yılında toplam yataklı sağlık kurumu sayısı 664 iken 1982 yılına yani dördüncü kalkınma planının sonuna gelindiğinde 648’e düşmüştür. Fakat 10.000 kişi başına düşen yatak sayısı 18,07’den 20,59’a yükselmiştir. 15 yılda gerçekleşen bu artışın az olduğu söylenebilir. 1961 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu ile gelen değişikliklere ek olarak 1982 yılında yapılan bir düzenleme ile hizmet verimliliği düşük seviyelerde olan 183 sağlık kurumunun yataklı fonksiyonu kaldırılarak bu hizmetler tamamen koruyucu alana ayrılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

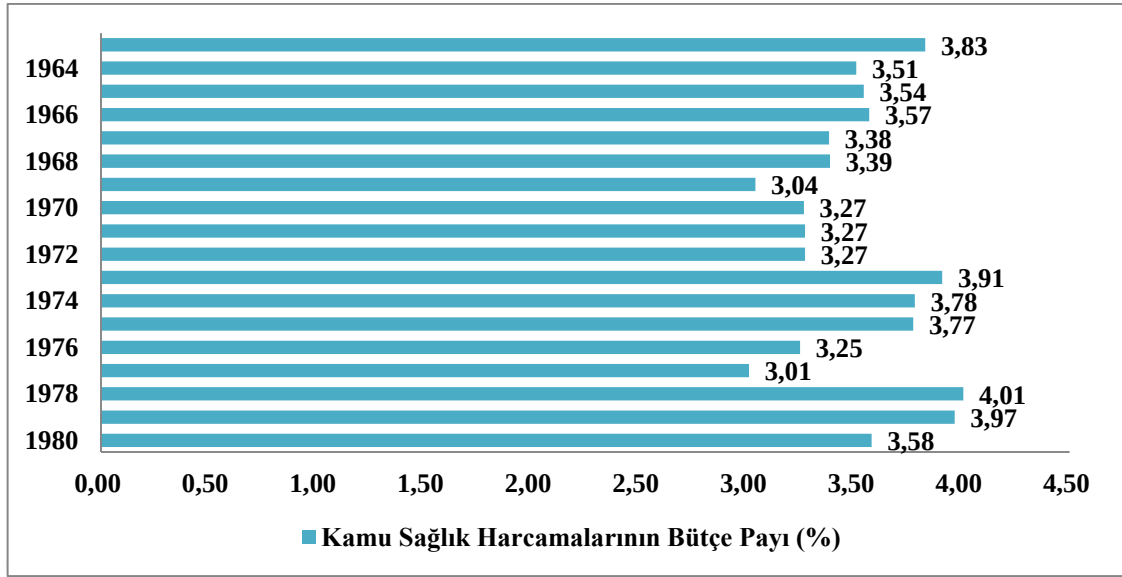
Tablo 2.3. Yataklı Sağlık Kurumu- Yatak ve Kişi Başı Yatak Sayısı (1967-1982)

Yıllar	Yataklı Kurum Sayısı (Adet)	Yatak Sayısı (Adet)	10.000 Kişi Başına Yatak Sayısı
1967	664	59 173	18,07
1968	681	64 966	19,34
1969	725	69 224	20,10
1970	743	71 486	20,24
1971	759	74 556	20,59
1972	778	77 372	20,84
1973	790	81 075	21,29
1974	796	83 458	21,38
1975	798	81 264	20,30
1976	790	82 945	20,27
1977	772	83 036	19,88
1978	776	86 526	20,29
1979	822	96 752	22,23
1980	827	99 117	22,30
1981	831	97 765	21,47
1982	648	96 138	20,59

Kaynak: TÜİK, “Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 10000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı 1967 – 2017”, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1613, (30.02.2020).

2.2.1. Sağlık Harcamaları

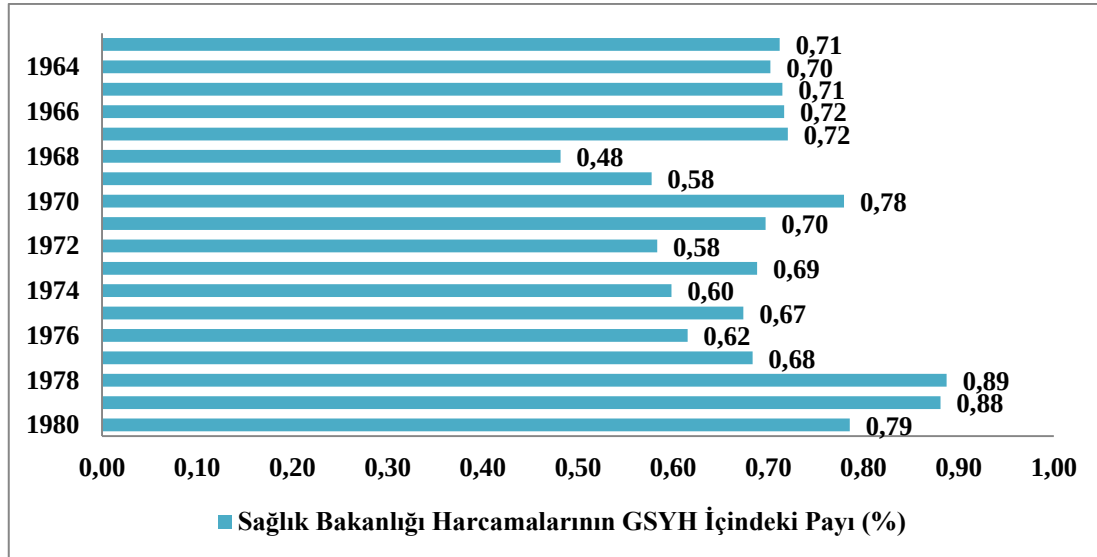
Bu dönemde herhangi bir büyük savaş yaşanmamıştır. Kıbrıs Barış Harekâtı (1974) yaşansa da bölgesel düzeyde kalmıştır. Ancak petrol krizinin getirdiği maliyet artışları ekonomide ciddi sorunlar oluşturmuştur. Bu durum Türkiye’nin ödeme dengelerinde sorunlar yaşatmıştır. Yurt dışında yaşayan Türkler, Türkiye’ye maddi yardımlarda bulunmuştur. Fakat olumsuz etkilerin üstesinden gelinememiştir. Yine de bu durumun olumsuz etkileri İkinci Dünya Savaşı’nın etkileri kadar fazla olmadığından, Şekil 2.5 incelendiğinde, sağlık harcamalarının kamu sağlık içerisindeki payında büyük düşüşler yaşanmadığı görülmektedir. Toplam kamu sağlık harcamaları 1963’ten 1980’e kadar incelendiğinde genel bütçenin %3 ile %4 arasında bir sağlık harcaması yapıldığı anlaşılmaktadır.



Kaynak: BUMKO, “Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018)”, <https://www.hmb.gov.tr/bumko-butce-buyuklukleri-ve-butce-gerceklesmeleri>, (11.03.2020).

Şekil 2.5. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (1963-1980)

Şekil 2.6’da sağlık bakanlığı bütçesinin GSYİH içerisindeki payı sunulmuştur. Bu verilere göre sağlık harcamalarının toplam kamu harcamalarının içindeki payına göre GSYİH içindeki payı, yıllara göre daha büyük değişikliklere uğramıştır. 1963-1980 yılları arasında Şekil 2.6’ya göre bu pay, %0,48 ile %0,89 arasında değişmektedir.



Kaynak: TÜİK, “Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ve Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla” http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2218, (30.02.2020).

Şekil 2.6. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

2.3. Neo-Liberal Dönem (1980-2003)

Tüm dünyada etkileri hissedilen neo-liberal hareketler Türkiye’de de etkisini göstermeye 24 Ocak kararları ile başlamıştır. Bu hareketler sağlık sektöründe kamunun etkinliği azaltarak özel sektörün canlanmasını sağlamıştır. Dolayısıyla kamu sağlık harcamalarının devlet bütçesindeki payı azalmaya başlamıştır. Yine de 1980 yılından itibaren devlet, sağlık harcamalarının büyük bir kısmını karşılamaya devam etmiştir (Konuk, 2011: 21). Özel sektörün piyasaya girmesiyle özellikle 1990’lardan itibaren sağlık sunucularında artış gerçekleşmiştir. Fakat mevzuatın yetersizliği, kamuda çalışan personelin özelde çalışmaması ve finansman sorunları özel sektörden beklenen dönüşü sağlayamamıştır (Kökçü, 2014: 103).

Türkiye’de vatandaşların sağlık hizmetleri harcamaları 1980’lerden itibaren 3 şekilde karşılanmıştır. İlk olarak devlet çalışanlarının yararlandığı 1949 yılında kurulan emekli sandığıdır. Emekli olmuşların emekli oldukları kurumlardan sağlık harcamaları karşılanır. İkinci sistem; özelde veya kamuda mavi yakalı işçiler için 1964 yılında kurulmuş, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tarafından finansmanı sağlanan SSK’dır. Üçüncü ise bağımsız çalışanlar ve esnaflar için kurulmuş olan BAĞ-KUR sistemidir. Az gelirli ve yoksullar için geliştirilmiş bir diğer yöntem de sadece yatan hasta sağlık hizmetlerinin karşılandığı Yeşil Kart uygulamasıdır (Özuysal, 2011: 15).

Sağlık harcamalarının üç farklı sistem tarafından finanse edilmesi hizmet alımında adaletsizliklere ve eşitsizliklere yol açmıştır. Örneğin; bir emekli sandığı mensubu çoğu sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alabilirken SSK mensupları sadece SSK’nın kendi hastanelerinden hizmet alabilmektedir. SSK’ya bağlı hastane sayıları ve hastanelerin yatak sayısı düşünüldüğünde hastanelerin sayısı oldukça az olmasının yanında çoğu ilde hiç SSK hastanesi bulunmamaktadır. Buna rağmen bu üç sistemin finansmanında ve katkı paylarının ödenmesinde kullanılan yöntem bakımından yüksek oranda benzerlikler bulunmaktadır (Özuysal, 2011: 18).

Liberal piyasa ekonomisinin etkilerinin yaşanmasıyla birlikte sağlık hizmet sunucularında ve yatak sayılarında önemli bir artış gerçekleşmiştir. 1981 yılında 831 olan yataklı sağlık sunucusu sayısı 21 yıllık süreçte 9.685’e kadar yükselmiştir. Fakat

nüfusunda artmasıyla birlikte Tablo 2.4’de görüleceği üzere 10.000 kişi başına düşen yatak sayısında aynı oranda bir artış olmamıştır.

Tablo 2.4. Neo-Liberal Dönemde Türkiye’de Sağlık Kurumu Verileri (1981-2002)

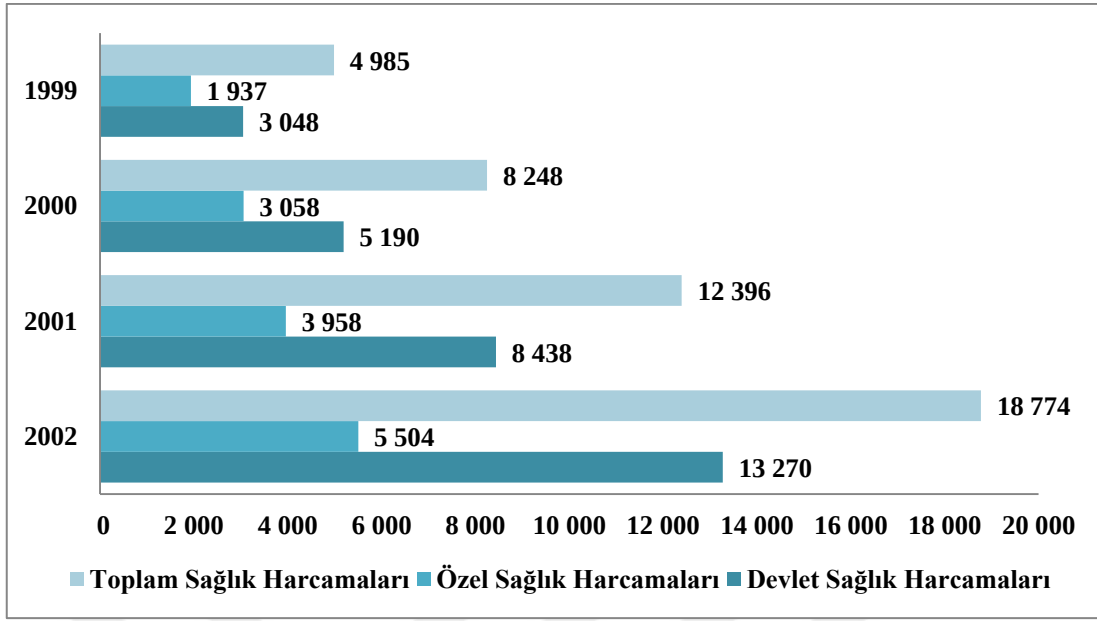
Yıllar	Yataklı Kurum Sayısı (Adet)	Yatak Sayısı (Adet)	10.000 Kişi Başına Yatak Sayısı
1981	831	97 765	21,47
1985	722	103 918	20,66
1990	857	120 738	21,90
1995	1 009	136 072	22,77
2000	10 747	134 950	20,85
2002	9 685	164 471	24,77

Kaynak: TÜİK, “Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı 1967 2017”, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1613, (22.02.2020).

1980’lerden itibaren özel ve kamu sağlık hizmeti sunucularının yatak sayısında artış meydana gelmiştir. Ancak hükümetin neo-liberal politikaları sayesinde özel sunucuların yatak sayısı kamuya göre üç katı artarak kamu yatak sayısında yaşanan artışı geçmiştir.

2.3.1. Sağlık Harcamaları

Liberal piyasa ekonomisinin amacı özel sektör harcamalarının artışına yol açarak kamu harcamalarının yükünü azaltmaktır. Fakat Şekil 2.7’de görüldüğü üzere 1999-2002 yılları arasında neo-liberal politikalar uygulansa da toplam sağlık harcamalarına baktığımızda kamu sağlık harcamalarında azalma yaşanmamıştır.



Kaynak: TÜİK, “Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları”, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=258, (23.02.2020).

Şekil 2.7. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları 1999-2002 (Milyon TL)

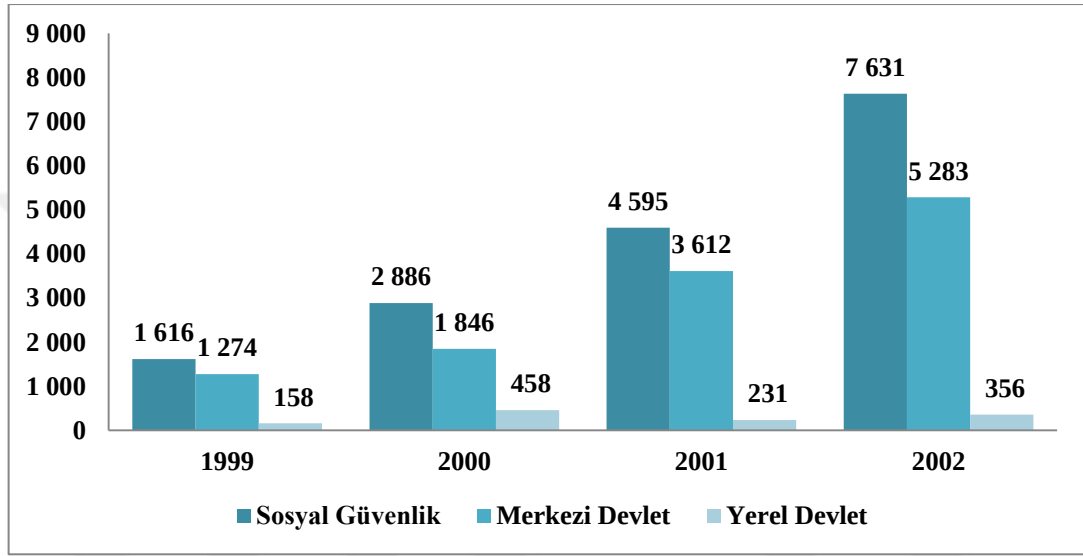
Tablo 2.5’de 1999-2002 yılları arasında sağlık harcamalarının dağılımına baktığımızda halk sağlığına yapılan harcamaların gittikçe arttığı görülmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin gittikçe yükseldiği anlaşılmaktadır. Harcamaların en çok yapıldığı yer ise hastanelerdir.

Tablo 2.5. Kamu Sağlık Harcamalarının Dağılımı (1999-2002) (Milyon TL)

Yıllar	Hastaneler	Ayakta bakım sunanlar	Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	Genel sağlık yönetimi ve sigorta	Diğer Kategori	Yatırım	Toplam Cari Sağlık Harcaması
1999	1 581	321	765	5	42	158	176	2 872
2000	2 540	448	1 381	22	82	392	325	4 865
2001	3 727	844	3 052	45	126	335	310	8 128
2002	5 333	1 358	5 318	63	206	549	443	12 827

Kaynak: TÜİK, “Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları”, <http://www.tuik.gov.tr/PrelIstatistikTablo.do?id=258>, (23.02.2020).

Kamu sağlık harcamalarının dağılımına baktığımızda ise Şekil 2.8'e göre 1999-2002 arasında sosyal güvenlik kurumunun harcamaları daha yüksek olduğu görölmektedir. Merkezi devlet harcamaları ikinci sırada gelirken yerel devlet harcamaları sonuncu sırada ve toplam kamu harcamalarının küçük bir bölümünü oluşturmaktadır.



Kaynak: TÜİK, “Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları”, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=258, (25.02.2020).

Şekil 2.8. Kamu Alanına Göre Sağlık Harcamaları 1999-2002 (Milyon TL)

2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Dönemi (2003 ve Sonrası)

Türkiye’de 2003 yılında sağlık sistemi sosyal güvenlik uygulamaları, ulusal sağlık sistemi ve sosyal sigorta sisteminden oluşmaktaydı (OECD, 2008:20). 58. Hükümet tarafından başlatılan ve sağlık bakanlığı ile çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığı tarafından planlanan bir uygulama olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile etkili, verimli ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunumu hedeflenmiştir.

SDP ile sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları tek elde toplanarak, buna özel sektör de eklenerek sağlık hizmet sunucularının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’ndan faydalanmaları sistemi oluşturulmuştur. Birinci basamakta topluma yönelik olarak sevk zincirine dayalı aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Kamu hastanelerinin yarı özerk

bir yapıya getirilip, piyasa benzeri bir sisteme dönüştürülme süreci başlatılmış ve kamu hastane birlikleri kurulmuştur. Döner sermaye ve performansa dayalı ödeme sistemi ile sağlık hizmetleri arzını sağlayan personeller, kamu kurumları içerisinde rekabete dayalı bir ücretlendirme sistemi içine çekilmeye çalışılmıştır (Çiçeklioğlu, 2011: 67-68).

SDP'nin başladığı yıllardan itibaren Türkiye'de sağlık kuruluşu ve hasta yatak sayısında sürekli bir artış olduğu Tablo 2.6'da görülmektedir. 2003-2018 yılları arasında toplam kurum sayısı 9.183'den 34.559'a, toplam yatak sayısı 165.465'den 231.913'e ve 1000 kişi başına düşen yatak sayısı 2,46'den 2,83'e yükselmiştir.

Tablo 2.6. Türkiye'de Sağlık Kurumu Verileri (2003 ve Sonrası)

Yıllar	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	1000 Kişi Başına Yatak Sayısı
2003	9 183	165 465	2,46
2004	9 038	166 707	2,45
2005	8 870	170 972	2,48
2006	9 831	174 342	2,50
2007	11 839	178 000	2,52
2008	13 818	183 183	2,56
2009	15 205	188 638	2,60
2010	26 993	200 239	2,72
2011	27 997	194 504	2,60
2012	29 960	200 072	2,65
2013	30 116	202 031	2,64
2014	30 176	206 836	2,66
2015	30 449	209 648	2,66
2016	32 980	217 771	2,73
2017	33 587	225 863	2,79
2018	34 559	231 913	2,83

Kaynak: TÜİK, “Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı 1967 – 2018”, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1613, (10.03.2020).

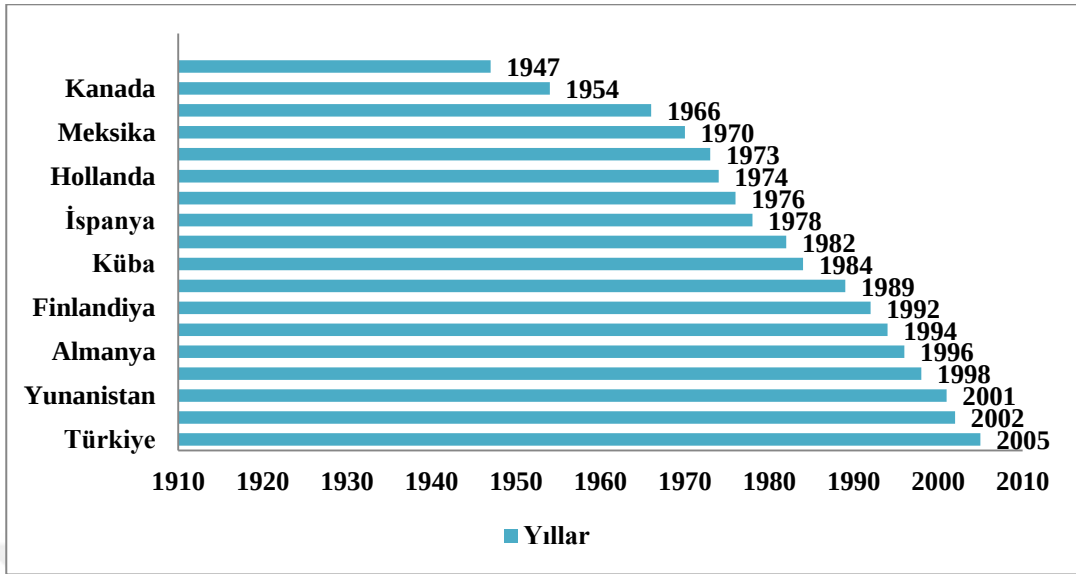
SDP ile amaçlanan ilkeler şunlardır;

- Hizmette rekabet,
- Sürekli kalite gelişimi,
- Uzlaşmacılık,
- Yerelleşme,
- Sürdürülebilirlik,
- İnsan merkezilik,
- Güçler ayrılığı,
- Gönüllülük,
- Katılımcılık (Akdağ, 2012:69-70).

SDP'nin bileşenleri ise aşağıda sıralanmıştır;

- Genel Sağlık Sigortası ile kamu sigortalarının tek çatı altında toplanması,
- Sağlık bakanlığının denetleme görevinin olması,
- Sağlık bakanlığının planlama görevinin olması,
- Sağlık bilgi sisteminin kurulması,
- Ulaşımı kolay ve herkesin ulaşabildiği bir sağlık hizmeti,
- Kurumsal yapının oluşturularak ilaç üretimi,
- Temel sağlık hizmetlerinin kolayca ulaşılabildiği bir aile hekimliği sistemi,
- Kademeli sevk zincirinin oluşturulması,
- Akreditasyonun eksiksiz olarak yapılması,
- Özel sağlık sunucularının özerk bir şekilde işlemesi,
- İnsanın gücünün yeterli seviyede ve yetkin olması (Akdağ, 2008:20).

Aile hekimliği uygulaması SDP ile gelen önemli yeniliklerden biridir. Şekil 2.9'da bazı ülkelerin aile hekimliğine geçiş yılları verilmiştir. Bu sistemde aile bireylerinin sağlık açısından sorumlulukları aile hekimlerindedir. Birinci basamakta çözülebilecek her türlü sorunu çözer, çözemeyecek durumda olan vakaları ise sevk zincirine uygun olarak sevk etme yetkisine sahiptir. Yapılan araştırmaya göre aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde hasta memnuniyetinde artış görülmüştür (Akdağ, 2008: 64-65).

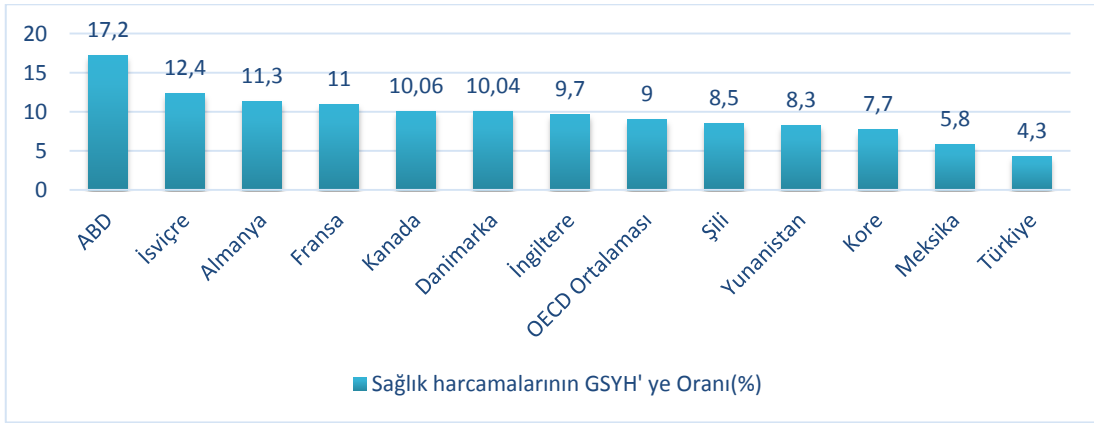


Kaynak: Akdağ, R., *İlerleme Raporu - Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ağustos 2018, s.64.

Şekil 2.9. Seçilmiş Ülkelerin Aile Hekimliği Uygulamasına Başlama Tarihi

2.4.1. Sağlık Harcamaları

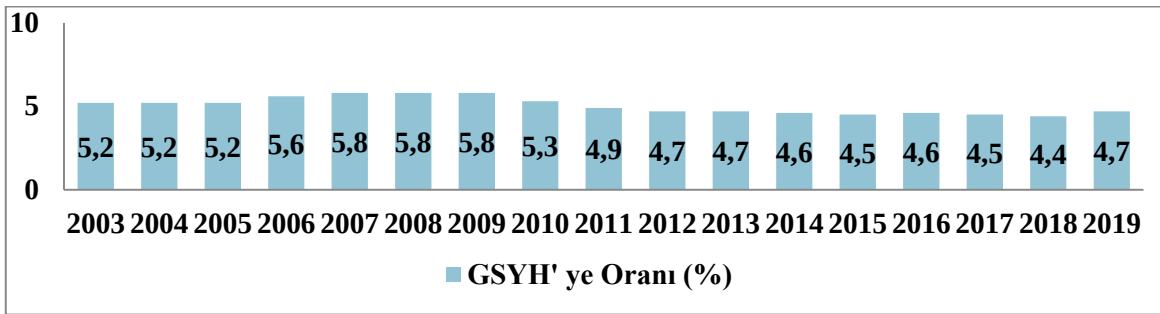
OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına baktığımızda %17,2 ile ABD en yüksek paya sahiptir. Türkiye ise %4,3 ile OECD ortalamasının altında kalmaktadır (Şekil 2.10). 2017 yılında ise bu pay %4,5’e yükselmiştir. Fakat sağlık sisteminin mükemmel işleyişte olması bu oranlar ile doğrudan bağlantılı olduğu söylenemez. Kişi başına düşen sağlık harcaması Türkiye’de 2016 yılında 1511₺’den 2017 yılında 1751₺’ye yükselmiştir. Dolar bazında değerlendirildiğinde ise kur artışına bağlı olarak 2016’da kişi başına düşen sağlık harcaması 500\$’dan 480\$’a düşmüştür. (TUİK, 2018).



Kaynak: TÜİK, “Cari Sağlık Harcamasının GSYİH’ye Oranında Türkiye OECD Ortalamasının Altında”, *Basın Odası Haberleri*, http://tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_61_20171123.pdf, (13.02.2020).

Şekil 2.10. Seçilmiş OECD Ülkelerinde Cari Sağlık Harcamaların GSYİH’ye Oranı (%) (2016)

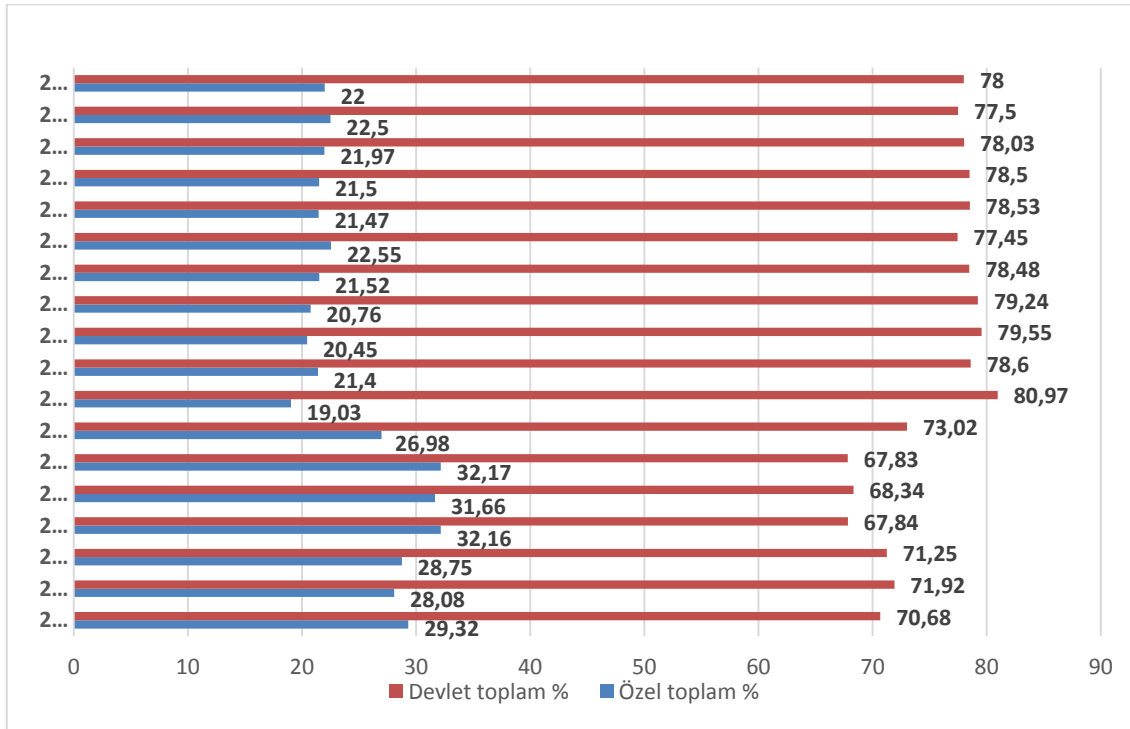
GSYİH içindeki toplam sağlık harcamaları 2002-2008 yılları arasında artış göstermiş ve 2009 yılında %5,8’e ulaşmıştır. Bu artışın sebebi yatırımcıların kâr amaçlı yaptığı yatırımlardan kaynaklanmaktadır. 2009 yılından 2016’ya kadar ise ortalama %4,7 civarında gerçekleşmiştir (Şekil 2.11).



Kaynak: TÜİK, “Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler”, http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1614 (13.02.2020)

Şekil 2.11. Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%)

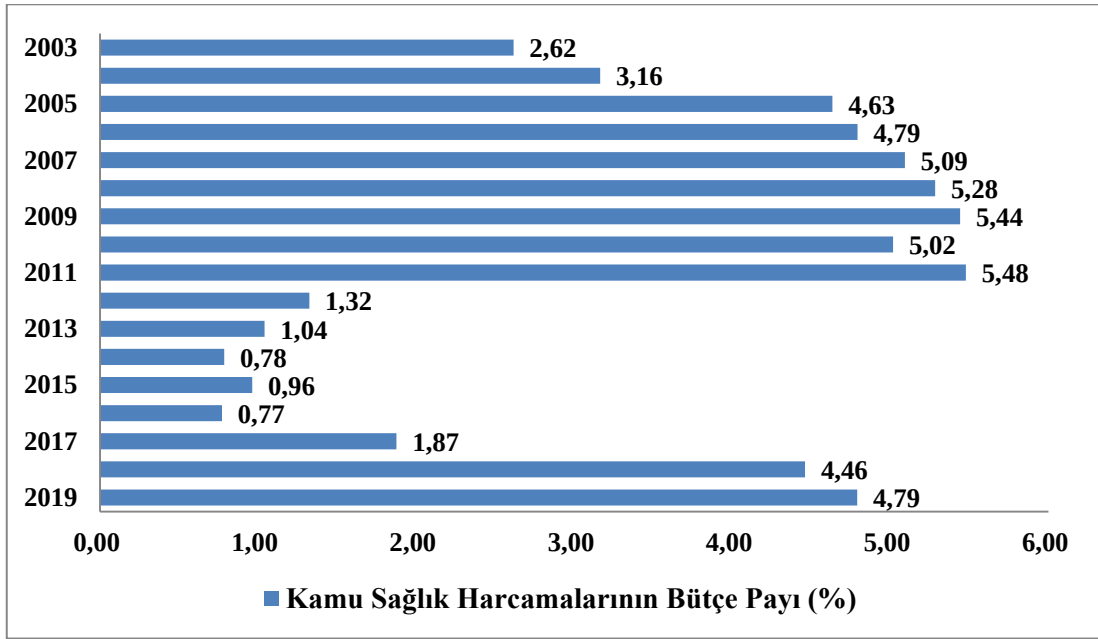
Sağlık harcamalarının dağılımını incelemek için Şekil 2.12’e baktığımızda 2002-2017 yılları arasında devlet sağlık harcamaları ortalama %70’lerde seyrederek özel sağlık harcamalarının üzerinde gerçekleşmiştir.



Kaynak: TÜİK, “Sağlık Harcamaları” http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=258, (06.01.2020).

Şekil 2.12. Sağlık Harcamalarının Kamu/Özel Dağılımı

Sağlık bakanlığı harcamalarının genel bütçe içindeki payına baktığımızda 2003-2011 yılları arasında artış yaşanmıştır. 2012 yılında büyük oranda bir düşüş gerçekleşmiş ve 2017 yılına kadar devam etmiştir. 2019 yılında, bir önceki yıla göre genel bütçe içindeki payda belirli bir artış olmasına rağmen genel bütçe içindeki harcamalar için 2019 yılındaki pay 2007-2011 yılları arasındaki paydan daha az olarak gerçekleşmiştir (Şekil 2.13).



Kaynak: BUMKO, “Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2019)”, <https://www.hmb.gov.tr/bumko-butce-buyuklukleri-ve-butce-gerceklesmeleri>, (29.10.2020).

Şekil 2.13. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (2003- 2019)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK FİNANSMANI VE MODELLERİ

3.1. Sağlık Finansmanı Kavramı

Herkesin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli olan kaynakların verimli bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Dünyanın her yerinde sağlık hizmetleri yüksek kalitede ve herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde olmalıdır. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık finansmanı kavramı önem kazanmıştır.

Genel olarak sağlık finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır (Lee ve Goodman, 2002: 98). Sağlık sistemi finansmanı gelir elde etme, fon havuzlarında biriktirme, kaynak tahsis ve hizmetlerin satın alınması olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin finansman mekanizmaları, insanları sağlık hizmeti harcamalarının finansal riskine karşı korumak için kurumsal seçenekler sunar (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 89).

3.1.1. Sağlık Finansmanının Amaçları

Sağlık finansmanının temel amacı, beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri hastalığın finansal yükünden korumak, eşit sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesini, ödeme gücü olmayan bireylerin sağlık hizmetini kullanabilmesini, yapılan ödemeler sonucu yoksullaşma sorununun önlenmesini veya ortadan kaldırılmasını sağlayabilmektir (DSÖ, 2000: 95, 2002b: 9).

Sağlık hizmetleri finansmanının amacı, ülkedeki herkesin halk sağlığı ve bireysel sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde ulaşabilmelerini sağlamak için ihtiyaçları ve devamlılığını sağlayarak kaynakları verimli bir şekilde kullanmaktır.

Sağlık finansmanı bu amaçlar üzerine;

- ✓ Bütün toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve sağlığı geliştirmek,

- ✓ Sağlık finansmanı bütün insanların sağlığın imkânlarından yararlanmalarını sağlamak,
- ✓ Herkesin adil ve eşit bir şekilde kaynaklardan yararlanmasını dikkate almak,
- ✓ İnsanların yoksullaşmasını önlemek,
- ✓ Meydana gelen ekonomik ve nüfusla ilgili sorunlar, kaynakların sürekliliği için iyi bir şekilde kullanılmaları gerekliliğini gündeme getirmiştir (Cutler, 2002: 881).

Sağlık finansmanın amacı başlangıçta herkese yeterli düzeyde ve adaletli bir yöntemle finansal kaynak sağlamak olmuştur. Ancak zaman içinde yaşanan ekonomik ve demografik sorunlar kaynakların sürdürülebilmesi için kaynakların verimli kullanılmaları gerektiğini gündeme getirmiştir. Kaynak sorunu nedeniyle cepten ödemelerin hemen her sağlık sisteminde varlığını sürdürmesi veya kullanıcı katkıları uygulaması ile yeniden gündeme gelmesi, bu yöntemle finansman sırasında hane halklarının yoksullaşmamasının gözetilmesini finansmanda adaleti sağlamak için kaçınılmaz kılmıştır (Cutler, 2002: 881). Cepten yapılan ödemeleri, doğrudan hasta olan bireyler veya aile bireyleri tarafından yapılan ödemeler olarak tanımlayabiliriz. Sağlık hizmetleri sunumunda ihtiyaç duyulan ilaç, tıbbi sarf malzeme, hizmet alımları ve medikal ve ofis cihazlarının alınması sağlık hizmeti finansman sisteminin ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 134).

3.2. Sağlık Finansman Kaynakları

Bir ülkenin sağlık finansman sisteminde herhangi bir zaman diliminde başvuru kaynaklar kombinasyonu o ülkenin tarihi, kültürü, sosyo-kültürel dokusu, ekonomik yapısı, politik rejimi gibi faktörlere bağlı olacaktır. Finansman kaynakları iki ana başlık altında toplanmaktadır. Kamu finansmanı ve özel finansman kaynakları, sağlık finansmanı kaynaklarını oluşturmaktadır.

Kamu kaynakları:

- Genel vergi gelirleri

- Sosyal sigorta primleri
- Açık finansman ve enflasyon kullanımı
- Özel amaçlı vergiler
- Piyango ve bahis gibi diğer gelirler

Özel finansman kaynakları ise;

- Özel sağlık sigorta primleri
- Toplum finansmanı
- İşverence finanse edilen sistemler
- Dış yardımlar
- Gönüllü ve hayır kuruluşlarının katkıları

3.2.1. Kamu Finansman Kaynakları

3.2.1.1. Genel Vergi Gelirleri

Vergilerle finansman ülkemizde olduğu gibi birçok ülkede büyük önem arz etmektedir. Dünyada birçok ülke sağlık hizmetlerini vergilerle yürütmektedir. Vergiler bütün nüfusa yöneliktir. Gelişmiş dünya ülkeleri bu sayede vatandaşlarına çok iyi bir hizmet sunmaktadır. Bu sistem ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Sosyalist bir toplumda genel vergi gelirleri en önemli kaynaktır. (Yenimahalleli, 2007: 42; Hoare ve Mills, 1986: 16-18).

3.2.1.2. Sosyal Sigorta

Sosyal sigorta toplumun tamamını ya da bir kısmını özellikle sağlık yönünden güvence altına alınmasını sağlar. Sosyal sigorta; bir işte ücret karşılığında çalışan insanların sağlığını gelecekte güvence altına almak için maaşlarından prim kesilerek yapılan sigorta türüdür. Sosyal sigorta çocuk, yaşlı, hastalık durumu bulunan ve işsiz olan insanlar için yiyecek, barınak ve sağlık hizmeti vermek için hükümetçe yapılan programdır (Hoare ve Mills, 1986; Tatar, 1996: 46). Sosyal sigortada en önemli konu

eşitliğin sağlanmasıdır. Bazı ülkelerde geliri olmayan kişilerin sağlık ve sosyal yardımlardan faydalanamama durumları olmakta ve bu kişiler sosyal yardım kuruluşları tarafından kapsama alınmaktadır (Özsarı, 2013: 5). Sosyal sağlık sigortası programının önemli özelliklerini şöyle sıralayabiliriz (İstanbuluoğlu, 2010: 86-99):

- Üyelik zorunludur.
- İlk uygulama, işçi ve işveren katkıları ile başlamış, sonra zamanla devlet de finansmana katılmıştır.
- Tespit edilen primler genellikle işçiyle işveren arasında paylaştırılmaktadır.
- Genel vergilerin, sosyal sağlık sigortaları ile finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır.
- Sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kâr amacı taşımakta iken, bazı ülkelerde taşımamaktadır.

3.2.1.3. Açık Finansman ve Enflasyon Kullanımı

Açık finansman kavramı borç almak ve bu borcu kullanarak sonrasında genel vergi dışındaki kaynaklardan borcu ödeme yöntemidir. Hükümetin bütçe gelirini çok harcamasıyla izlediği politikadır. Açık finansman yöntemi ekonomiyi canlandırır ve işgücünün yükselmesini sağlar. Açık finansman yöntemiyle harcamanın artması enflasyonu hızlandırır. Eğer açık finansman kullanımı iyi kontrol edilmezse sonrasında yoksulluk ve büyük enflasyonların doğmasına sebep olabilir. (Sorkin, 1986: 345).

3.2.1.4. Özel Amaçlı Vergiler

Özel amaçlı vergiler sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir ve birçok ülkede uygulanmaktadır. Bu vergiler Fransa ve İtalya'da olduğu gibi sigorta primine benzer bir şekilde gelir üzerinden, İngiltere ve Belçika'da ise sigara üzerinden alınabilir. Özel amaçlı vergiler, genel amaçlı vergilere göre daha avantajlıdır. Özel amaçlı vergiler daha görülebilir oldukları için vergi vermeye direnci azaltabilmekte ve vergilendirme ile harcama arasındaki gerçek ilişki sağlık hizmetleri finansmanını daha şeffaf ve cevap verici bir hale getirmektedir. Özel amaçlı vergilerin diğer bir özelliği ise vergilerin politik müdahaleye daha az açık olmalarıdır. Diğer

yandan sağlık sekt6ru için toplanan vergilerin diğer vergilerle birleştirilmesi durumunda, gelir ve harcama arasındaki ilişkiyi zayıflatarak halkın bu vergilere olan g6venini azaltması m6mk6nd6r (Mossialos ve Dixon, 2002: 16); (Zehra Nur Zeynep, 2020: 27).

3.2.1.5. Piyango ve Bahis Gibi Gelirler

Piyango ve bahisten sağlanan kazanç sağlık finansmanı için kullanılabilmektedir. Bu y6ntem doğrudan finansman ile ters d6şmektedir. Bu y6ntemin temelinde adaletsizlik olduğu için haksızlıklara neden olabilmektedir (Tatar, 1996: 47).

3.2.2. 6zel Finansman Kaynakları

3.2.2.1. 6zel Sağlık Sigortaları

Kişilerin sağlık harcamalarını karşılamak için 6zel sigortalara prim 6dediği sistemdir. 6zel sağlık sigortası, gelişmiş toplumlarda, sosyal sigortanın bulunmadığı 6lkelerde kullanılmakta olan finansman y6ntemidir. İnsanların gelecekte oluşacak hastalık ve sağlık ihtiyacının maliyetlerini karşılamak için 6zel sağlık sigorta şirketleri ortaya çıkmıştır.

6zel sağlık sigortası bulunan insanlar, 6deyebildikleri kadar prim 6der ve herhangi bir hastalık durumunda poliçe anlaşmasına g6re sağlık hizmetinden yararlanırlar. 6zel sigortayı sosyal sigorta kavramından farklı kılan iki husus bulunmaktadır. Bunlardan birincisi emekliliği ve fiziksel engellilik durumunu genellikle kapsam dışında tutarlar. İkinci husus ise sosyal sigorta kavramında primler bir araya getirildikten sonra sağlık hizmetinin ihtiyacına g6re harcama yapılmasıdır. 6zel sigortalarda ise, 6zel sigorta yapılacak kişinin hastalanma olasılığı g6z 6n6nde bulundurularak poliçenin sunulmasıdır. 6zel sigorta şirketleri, sigorta yapılacak kişinin hastalık durumunda riskin az olmasına dikkat edilmektedir (Orhaner, 2018: 121).

3.2.2.2. Toplum Finansmanı

Sağlık hizmeti ihtiyacında toplumun özellikle insan gücü açısından yardımda bulunduğu ayrıca araç-gereç açısından destek sağladığı finansman yöntemidir. Bu finansman kaynağının en önemli özelliği toplumdaki bireylerin nasıl potansiyellere sahip olduğunun anlaşılmasıdır (Tapan, 2008: 22).

3.2.2.3. İşverenlerce Finanse Edilen Sağlık Finansmanı

İşçilerin sağlık hizmetlerindeki ihtiyaçlarının, işverenlerce tamamının ya da bir kısmının doğrudan finanse edilmesidir. Sağlık finansman kaynağı olarak çok değerli bir kaynak olarak kabul edilmemektedir çünkü işçinin ailesini kapsamayan bir finansman kaynağıdır (Tapan, 2008: 22).

3.2.2.4. Dış Yardımlar

Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeler için kamu finansmanına alternatif olarak dış yardımlar yapılmaktadır. Dış yardımlar daha çok kriz dönemlerinde yapılmaktadır ve sağlık hizmetleri finansmanında önemli bir kaynak oluşturmamaktadır. Dış yardımlar politik bir konu olduğundan sağlık hizmetinde yardımın verimli olabilmesi için bu yardımların koordineli ve iyi bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir (Tapan, 2008: 21).

3.2.2.5. Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları

Kurum ve kuruluşların, özel işletmelerin, zengin birey veya ailelerin ve dini örgütlerin gönüllü yardımlarından oluşan kaynaklardır (Tatar, 1996: 48). Bu kaynaklar bir sağlık kuruluşuna finansman oluşturacağı gibi toplumun tamamına veya kendi zümresine sağlık hizmeti sağlayacak faaliyetlerde bulunarak sağlık finansmanı sağlamaktadır.

3.3. Sağlık Finansman Yöntemleri

Sağlık finansman yöntemleri, hastanın hizmet alımı sonrasında ödemeyi doğrudan kendisinin yaptığı ya da özel, devlet veya kurumlar aracılığı ile dolaylı olarak gerçekleştirmesine göre iki gruba ayrılır.

3.3.1. Doğrudan Finansman Yöntemleri

Doğrudan finansman yöntemi cepten harcamalar olarak özetlenebilir. Kişinin serbest piyasa koşullarında aldığı sağlık hizmetini hiçbir aracı kurum olmadan hizmet bedelinin tamamını sağlık kurumuna kendisinin ödemesidir (Mutlu ve Işık, 2012: 288). Bu yöntemin kullanılmasının nedenlerinden biri alınan sağlık hizmetinin sosyal güvence sistemi tarafından karşılanmamasıdır. Ya da sosyal güvence sistemi ile anlaşmalı olunan sağlık kurumlarında yaşanan yoğunluk nedeni ile bekleme sürelerinin uzaması kişileri cepten ödeme yapmaya yönlendirebilir. Özellikle diş ve estetik tedavilerinde bu yöntem sıklıkla kullanılmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 90).

Ağırlıklı olarak doğrudan finansman yöntemiyle hizmet sağlayan bazı ülkelerde özellikle düşük gelirli kişiler sağlık hizmetinden mahrum kalabilmektedir. Çünkü cepten yapılan sağlık harcamaları sağlık hizmetlerine gösterilen talebin düşmesini sağlamaktadır. Hatta zorunlu olarak sağlık hizmeti alma ihtiyacı olanlar bile bu hizmete ulaşamamaktadır (Yıldırım, 1994: 43).

Sağlık hizmetlerinin talebin belirsizliği özelliğinden dolayı bu hizmete ne zaman ihtiyaç duyulacağı öngörülememektedir. Bu yüzden kişilerin sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anda ekonomik olarak hazırlıksız yakalanması da olası bir durumdur. Bu durum dolaylı finansman yöntemlerinin doğrudan finansman yöntemleri ile birlikte kullanılması ihtiyacını doğurmuştur.

3.3.2. Dolaylı Finansman Yöntemleri

Bazı kurumların sağlık hizmeti alımına aracılık ederek hizmet bedelinin tamamını veya taahhüt ettiği kadarlık kısmını karşılamasıdır. Bu kurumlar kamusal, yarı kamusal veya özel nitelikli olarak ayrılır. Dolaylı finansman yöntemi ile sağlık hizmetine olan ihtiyacın doğmasıyla başlayan maliyetlerin kurumlar tarafından karşılanacağı garanti altına alınmış olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 292-293).

Bu yöntemde kişiler, aldıkları veya alacakları sağlık hizmetini hastalık hâli oluşmadan önce genellikle aylık taksitler olarak sigorta kurumlarına öderler. Hastalık hali oluşuktan sonra ise kurumlar sağlık hizmet alımı maliyetlerinin bir kısmını veya

tamamını karşılayarak kişileri ekonomik yönden güvence altına almış olurlar. Bu yöntemde taksitler kamu eliyle vergi olarak veya maaş kesintisi olarak alınabilir (Ekici, 2013: 15).

Sağlık harcamalarının öngörülmesi sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı zordur. Böyle bir ortamda dolaylı finansman yöntemleri ülkelerin olmazsa olmaz yöntemleri arasındadır. Bu yöntem ile bireylerin öngöremediği riskler azaltılmakta veya ortadan kaldırılmaktadır. Burada asıl amaç aylık yapılan ödemeler ile bir havuz sistemi oluşturmak ve ihtiyacın oluşmasıyla katlanılacak maliyetleri bu havuz sisteminden karşılamaktır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 91).

3.4. Sağlık Finansman Modelleri

Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmetlerinin organize edilmesi için gerekli olan paranın nasıl kullanılması gerektiğini ifade eden bir kavramdır. Sağlık hizmetleri finansmanı üç temel işlev üzerine inşa edilmiştir. Bunlar şu şekilde özetlenebilir (Çelik, 2019):

- Gelir toplama: Vergiler, sigorta primleri vb. Bu işlev aynı zamanda finansman yöntemi olarak da adlandırılmaktadır.
- Fon havuzlama: Sigorta işlevi olarak adlandırılmaktadır.
- Hizmet sunuculara ödeme: Hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, kişi başına ödeme vb.

Sağlık hizmetleri finansmanında gelir toplama birçok farklı şekilde gerçekleştirilmektedir. Finansman yöntemleri, literatürde farklı şekilde ifade edilse de genel olarak aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

3.4.1. Beveridge Modeli

Britanya’da sanayi devrimi ile başlayan yenileşme hareketleri, sağlıksız yaşam koşullarını da beraberinde getirmiştir. En yoksul alanlar olarak görülen sanayi bölgeleri o dönemlerde bu olumsuz koşullardan dolayı en çok ölümlerin gerçekleştiği yerler olarak kabul edilmektedir. Devletin sosyal ve ekonomik alanlara müdahalesinin

gerektiği fikri çok eski zamanlara dayanmakla beraber refah devleti kavramı ilk kez 1942 tarihli Beveridge Raporu ile İngiliz siyaset ve hukuk literatürüne girmiştir (Atabey, 2012: 98).

Churchill hükümetinde sağlık bakanlığı yapmakta olan William Beveridge tarafından geliştirilen ve adını da buradan alan bu model ulusal sağlık modeli olarak da bilinmektedir. Kişileri ayırt etmeksizin herkesi devlet tarafından sağlık güvencesi altına alan bir modeldir. Beveridge modelinin finansmanı devlet eli ile vatandaşlardan alınan vergiler ile sağlanmaktadır. Sağlık sunucuları devlete ait ya da devletin kontrolü altındadır. Bu modeli kullanan ölkeler arasında Birleşik Krallık, Yeni Zelanda, İrlanda, Danimarka, Finlandiya, Portekiz, İspanya, Norveç ve İsveç gibi ölkeler bulunmaktadır (Kulesher ve Forrestal, 2014: 127).

Sağlık hizmetlerine ulaşımın temel bir insan hakkı olduğu görüşünden yola çıkan Beveridge Modeli'nde hükümet, tüm vatandaşlarını zengin veya yoksul diye ayırt etmeksizin evrensel bir kümede hizmet kapsamı içerisine almaktadır (Bewan vd., 2010: 252). Vatandaşlar katkı payları dışında herhangi bir yere başka bir ödeme yapmaksızın sağlık hizmetinden faydalanabilirler. Hekimler ise sundukları hizmet başına ödeme alırlar veya maaş karşılığı çalışırlar (Tatar, 2011: 110-111).

Beveridge sağlık sistemindeki en önemli gelir sağlama yöntemini kamu kaynakları oluşturmaktadır. Bu kaynakların finansmanı genel vergiler, ulusal sigorta destekleri, devletçe alınan bazı yerel vergiler ve özel kaynaklardan oluşmaktadır (Atabey, 2012: 100).

3.4.2. Bismarck Modeli

Almanya'da Bismarck döneminde 1870'li yıllarda sosyal güvenlik kamu oyunda tartışılan en önemli sorunlardan biri olmuştur. Diğer yandan Bismarck bu alanda uygulamayı düşündüğu tedbirler ve yenilikler için uygun bir ortamın oluşmasını beklemekteydi. Ancak bu ortamın oluşması 1876 yılından sonra gerçekleşmiştir. Sosyal güvenliğin düzenlenmesi gerektiğini düşünenlerin zihninde başlıca üç ana yol ya da yöntem bulunmaktaydı: devlet eliyle gerçekleştirilecek olan sosyal yardımlar; işverenin

üstüne düşen sorumluluk ve sigorta. Bu gelişmeler sayesinde ilerde kullanılacak olan sosyal sigortanın temel özelliklerini önemli ölçüde etkilemiş ve hatta belirlemiştir (Dilik, 1988: 76).

Sosyal sigorta modeli olarak bilinen Bismarck modeli, çalışanların ve işverenlerin mecburi olarak sigorta için katkı payı ödemeleri ile finanse edilir. Yani kazanca dayalı sigorta katkı payı ödemeleri sistemidir. Bismarck modelini kullanan ülkeler arasında Almanya, Avusturya, Lüksemburg ve Belçika bulunmaktadır (Kulesher ve Forrestal, 2014: 128).

Bismarck modeli tüm çalışan kesimi sigortalamaya çalışır. Daha önceden hastalık geçirenler sistemden dışlanamazlar. Sağlık hizmetleri özelleştirilir fakat standartlar devlet tarafından belirlenir. İşverenler ve çalışanların bu sisteme dahil olması devlet tarafından zorunlu hâle getirilmiştir ve devletin genellikle kâr amacı yoktur. Bismarck modelinin özünde emeğe dayalı sigorta fikri yatmaktadır. Bu durum vatandaşlar için sağlık giderlerine katlanmayı kolaylaştırırken sigorta şirketleri için de sunulan hizmetin finansmanını kolaylaştırır (Reinhard vd., 2017: 882-883).

3.4.3. Serbest Piyasa Modeli (Özel Finansman Modeli)

Serbest piyasa modeli özel sigortacılığa dayalı bir modeldir. Kişiler sağlık ihtiyaçlarını finanse edebilmek için özel sigorta kuruluşları ile anlaşma yaparlar. Genellikle aylık ödenen primlerle finanse edilir. Yöntemi ve uygulaması ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. ABD’de sosyal sigorta modeli olmaksızın özel sigortalar ihtiyacın tümünü karşılamaya çalışırken, Almanya’da sosyal sigortalara ek olarak özel sigortacılık kullanılır. Böyle durumlarda sosyal sigortanın karşılamadığı hizmetleri tamamlayıcı olarak özel sigortalar karşılar (Tatar, 2011: 114).

Sağlık hizmetlerini karşılama yollarından biri olan özel sağlık sigortasının birçok avantajı vardır. Bu avantajlarının arasında sağlık hizmetlerinden faydalanma durumu olmayan yoksul bireyler için bu hizmetlerden en kolay şekilde faydalanabilmesini sağlamak ve kaynak oluşturmak, maddi olarak durumu iyi olan bireylerin sağlık hizmetlerini kendi kendine finanse edebilecek güçte oldukları için yoksul bireylerin

kamu kaynaklarından faydalanmaları daha elverişli olmaktadır. Bu sigorta sistemi modeli ABD'deki yaşlı bireyler için, iş hayatında olan ve işsiz durumda bulunan bazı yoksul bireyler için ve gazi olan bireyler için bir kapsam bulunmaktadır. İstihdam taraflarının düzenlemiş olduğu özel sağlık sigortasını, işverenler çalışanlarını hangi firma tarafından sunulan sigortaya sahip olması gerektiğinin seçimlerini yaparlar. Bu durumda da çalışanların çok az çeşit sigortaya sahip olduğu anlamına gelmektedir (Maynard & Dixon 2002 s 110- 111); (Zehra Nur Zeynep, 2020: 26-27).

Avantajlarının yanında sigortanın alınan sağlık hizmetleri karşısında geri ödemesi zor durumları ve primlerin artan maliyetini de beraberinde getirmektedir (Maynard & Dixon 2002 s 120); (Zehra Nur Zeynep, 2020: 26- 27).

Özel sağlık sigortacılığının Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 5 farklı rolü bulunmaktadır. Bunlar; tamamlayıcı, ikame edici, baskın, zorunlu ve ilave edici. Örneğin ABD' de özel sigorta yaptırmak zorunludur ve başka herhangi bir model kullanılmamaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 142).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE' NİN SAĞLIK HARCAMALARININ VE FİNANSMAN MODELLERİNİN OECD ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

4.1. OECD ve Amacı

Organisation for Economic Co-operation and Development kısa adı OECD olan örgütün Türkçe adı ise Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü olarak kullanılmaktadır. Bu örgütün oluşturulma amacı üye ülkelerin çeşitli konularda performanslarını güçlendirmek ve performanslarını karşılaştırarak koordine bir şekilde faaliyetlerini yürütmektir.

OECD Paris Sözleşmesi ile 1961 de kurulmuş bir örgüttür. Örgütün üye oldukları ülkeler arasında AB üyesi olan birçok ülke bulunmaktadır. AB ülkeleri ile birlikte ABD, Japonya, Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde üye olanlar arasında yer almaktadır. OECD üyeleri sosyo-ekonomik seviyeleri yüksek durumda olan ülkelerin bir araya geldiği örgüttür. 37 üyesi bulunan örgütün merkezi Paris'tedir. Ayrıca OECD üyesi olan ve küresel sermayelerin dünya genelinde yarısından daha fazlasına sahip olan gelişmiş ülkeler arasında bulunan G7 ülkeleri (Almanya, ABD, Birleşik Krallık, Kanada, İtalya, Fransa, Japonya) bulunmaktadır.

Ülkelerin ekonomik, sosyal ve yönetim problemlerini çözmek örgütün genel amaçları arasında yer almaktadır. Ülkelerin sorunlarını çözmek için koordineli bir şekilde çalışmaları gerekmektedir. Örgütün tüzüğü göz önünde bulundurularak temel amaçlarını ana başlıklar olarak belirtirsek (Türkiye Dışişleri Bakanlığı, 2020);

- Herkes için iş imkânı yaratılması ve sosyal eşitlik ile etkin ve sağlıklı bir yönetim gerçekleştirilmesi,
- Sosyo-ekonomik gelişme ile çevre duyarlılığı arasında denge sağlamak,
- Kalkınma yolunda işbirliği geliştirilerek, yoksullukla mücadele alanında devletlere yardımcı olmak,

- Mevcut sorunların çözümleri konusunda tavsiyelerde bulunmak.

OECD ülkeleri; ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Belçika, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Kore, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, Slovenya, Şili, Türkiye, Yeni Zelanda, Yunanistan ve Kolombiya'dır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi için OECD özellikle sağlık sektörüne güçlü yatırımlar yapmaktadır. Ülkelerin ekonomik kalkınma göstergeleri arasından biri olan sağlık sektörünün refahı bu konuda büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle ülkeler bütçelerinde sağlığa önemli bir pay ayırmaktadır. Ekonomik kalkınma ile ülkelerin sağlık seviyesinin artması arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır (Şen ve Bingöl, 2018).

4.2. Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.1'de OECD ülkelerinin kişi başına toplam sağlık harcamaları (Zorunlu, Gönüllü, Devlet) yıllar bazında ABD doları cinsinden ifade edilmektedir. Ayrıca yine aynı tabloda OECD ülkelerinde kişi başına toplam sağlık harcamalarının yıllar bazında ortalamaları verilmiştir. Yıllara göre OECD ülkelerinin kişi başına toplam sağlık harcamalarının bir artış eğiliminde olduğu tablodan anlaşılmaktadır. Bununla beraber bazı dönemlerde çevresel faktörler, yaşanan küresel problem, ekonomik ve siyasal sorunlar nedeniyle dalgalanmaların görülmesi muhtemeldir. Kriz dönemlerinde, GSYH'nin sağlığa ayrılan pay ile aynı yönlü bir artış olduğu bilindiğine göre, GSYH düşerken sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar da düşmektedir. Özellikle kriz dönemlerinde sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar çeşitli kesintilere uğrayarak gerçekleşir (Çıraklı, 2019). Özetle, OECD ülkelerinde kişi başına toplam sağlık harcamaları verilerine göre 2000 – 2019 yılları arasında ülkelerin tamamında dolar bazında artış görülmektedir. Fakat üye ülkeler arasında 2000 yılında olan sağlık harcamaları arasındaki yüksek fark 2019 yılına gelindiğinde de kapanmadığı görülmektedir. En çok sağlık harcaması yapan ilk üç ülke sırasıyla ABD, Lüksemburg ve İsviçre'dir. Kişi başına toplam sağlık harcamasının en düşük olduğu ülkeler 19 yıllık

süreçte çoğunlukla Türkiye ve Meksika'dır. Türkiye'de 2000 yılında kişi başına 431,80 dolar sağlık harcaması yapılmışken ABD'de 4556,20 dolar sağlık harcaması yapılmıştır. 2019 yılında ise bu rakamlar Türkiye'de 1339,50 dolar, ABD'de 11071,70 dolar olmuştur. OECD ülkelerinin kişi başına düşen sağlık harcamalarının ortalamasına bakıldığında 2000 yılında 1806,16 dolar iken 2019 yılında 4224,14 dolar olmuştur. Türkiye'nin 19 yıllık süreçte OECD ortalamasının altında sağlık harcaması yaptığı görülmektedir.

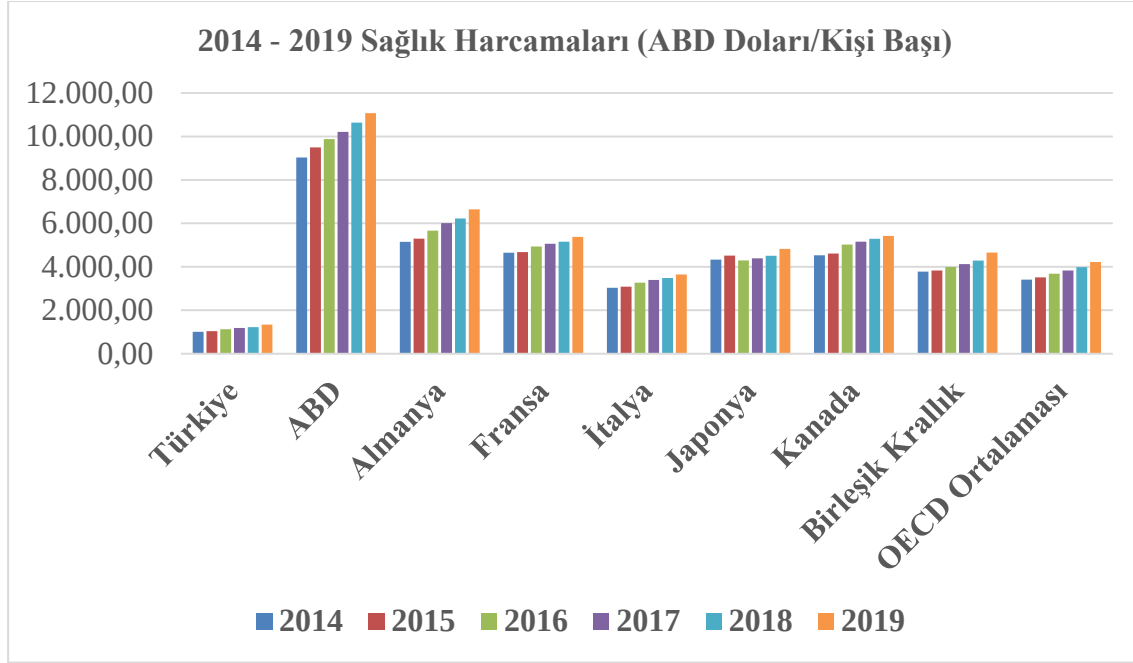


Tablo 4.1. OECD Ülkeleri - Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları (Devlet-Zorunlu-Gönüllü; ABD Doları)

Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2019
Avustralya	2.153,70	2.872,40	3.595,10	4.381,00	5.187,40
Avusturya	2.802,60	3.475,90	4.257,10	4.944,80	5.851,10
Belçika	2.297,10	3.117,10	3.918,80	4.653,80	5.428,00
Kanada	2.451,00	3.291,90	4.140,60	4.610,20	5.418,40
Şili	591,30	810,70	1.254,30	1.841,30	2.159,40
Kolombiya				1.027,50	1.212,60
Çek Cumhuriyeti	1.025,50	1.523,40	2.001,10	2.545,50	3.426,00
Danimarka	2.344,60	3.015,00	4.160,00	4.674,50	5.567,90
Estonya	542,80	888,90	1.362,90	1.868,20	2.578,80
Finlandiya	1.888,20	2.565,10	3.415,40	3.993,20	4.578,40
Fransa	2.686,30	3.264,60	4.048,50	4.678,70	5.375,70
Almanya	2.894,20	3.429,90	4.421,50	5.294,60	6.645,80
Yunanistan	1.417,70	2.193,60	2.605,50	2.081,40	2.383,60
Macaristan	906,50	1.463,50	1.665,50	1.891,70	2.222,40
İzlanda	2.666,60	3.346,10	3.313,10	3.735,20	4.811,40
İrlanda	1.828,90	3.093,40	4.049,20	4.296,90	5.275,50
İsrail	1.550,40	1.756,30	1.974,50	2.310,60	2.932,50
İtalya	2.029,60	2.504,10	3.103,10	3.089,70	3.649,20
Japonya	1.850,80	2.471,20	3.169,50	4.516,90	4.822,80
Kore	725,80	1.134,50	1.878,80	2.490,50	3.384,20
Letonya	463,90	839,70	1.075,70	1.405,00	1.972,60
Litvanya	574,00	885,70	1.371,10	1.917,60	2.638,10
Lüksemburg	3.409,70	4.881,40	5.622,60	4.693,50	5.558,30
Meksika	517,30	771,60	931,40	1.067,20	1.153,60
Hollanda	2.646,20	3.583,50	4.472,60	4.928,40	5.765,10
Yeni Zelanda	1.659,50	2.194,40	3.044,50	3.521,10	4.204,00
Norveç	2.792,50	3.740,90	4.775,10	5.728,30	6.646,70
Polonya	603,90	834,60	1.422,80	1.819,30	2.292,10
Portekiz	1.599,60	2.135,40	2.528,80	2.540,10	3.378,60
Slovak Cumhuriyeti	690,10	1.191,40	2.010,40	2.059,70	2.353,60
Slovenya	1.463,40	1.900,00	2.318,40	2.579,90	3.224,00
İspanya	1.523,40	2.212,50	2.736,20	3.020,50	3.616,50
İsveç	2.195,10	2.809,40	3.432,90	5.002,10	5.782,30
İsviçre	3.324,70	4.106,10	5.087,00	6.467,50	7.732,40
Türkiye	431,80	588,10	843,30	1.040,40	1.339,50
Birleşik Krallık	1.915,70	2.772,70	3.430,80	3.828,30	4.653,10
ABD	4.557,20	6.443,30	7.922,20	9.498,30	11.071,70
OECD Ortalaması	1806,16	2447,45	3093,34	3514,69	4224,14

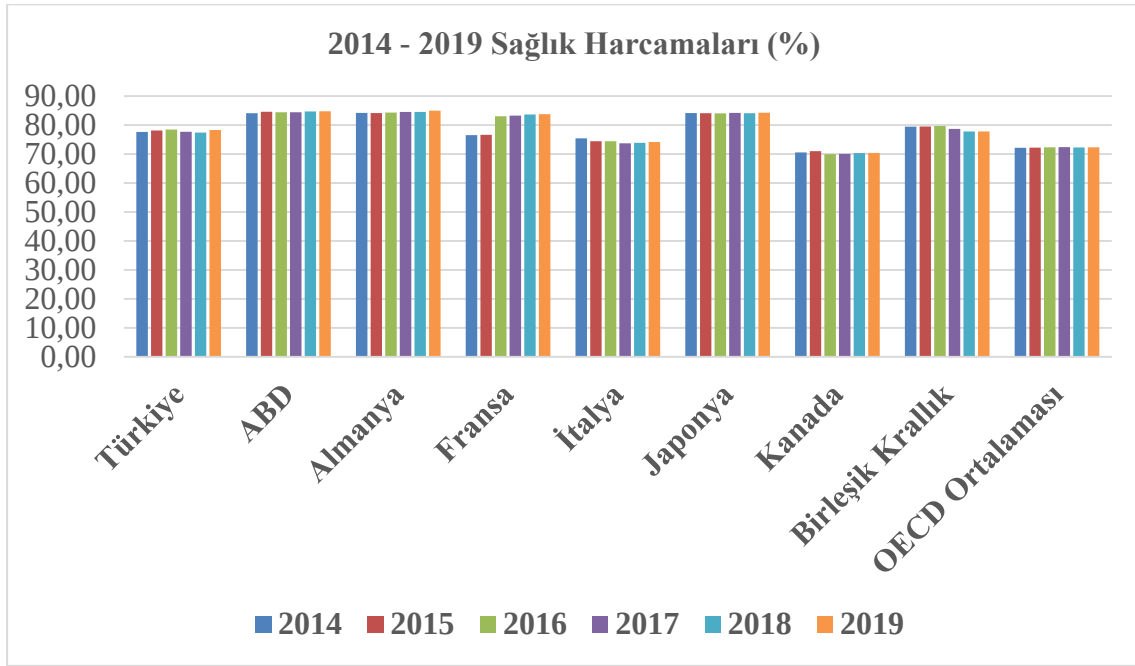
Kaynak: OECD, “Health Spending”, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

Şekil 4.1’de G7 ülkeleri ile Türkiye’nin sağlık harcamalarının son 2014 – 2019 yılları arasındaki değerlendirilmesi verilmiştir.



Şekil 4.1. Türkiye’nin G7 Ülkeleri ile Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması (2014-2019)

Şekil 4.1’de görüldüğü üzere Türkiye’nin OECD ortalamalarına göre sağlık harcamalarında oldukça sınırlı bir harcamaya sahip olduğu görülmektedir. Yine aynı şekilde G7 ülkeleri ile yapılan karşılaştırmalara bakıldığında da Türkiye’nin gelişmiş ülkelere göre sağlık harcamalarının oldukça düşük olduğu görülmektedir.



Şekil 4.2. Türkiye'nin G7 Ülkeleri ile Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payının Karşılaştırılması (2014-2019)

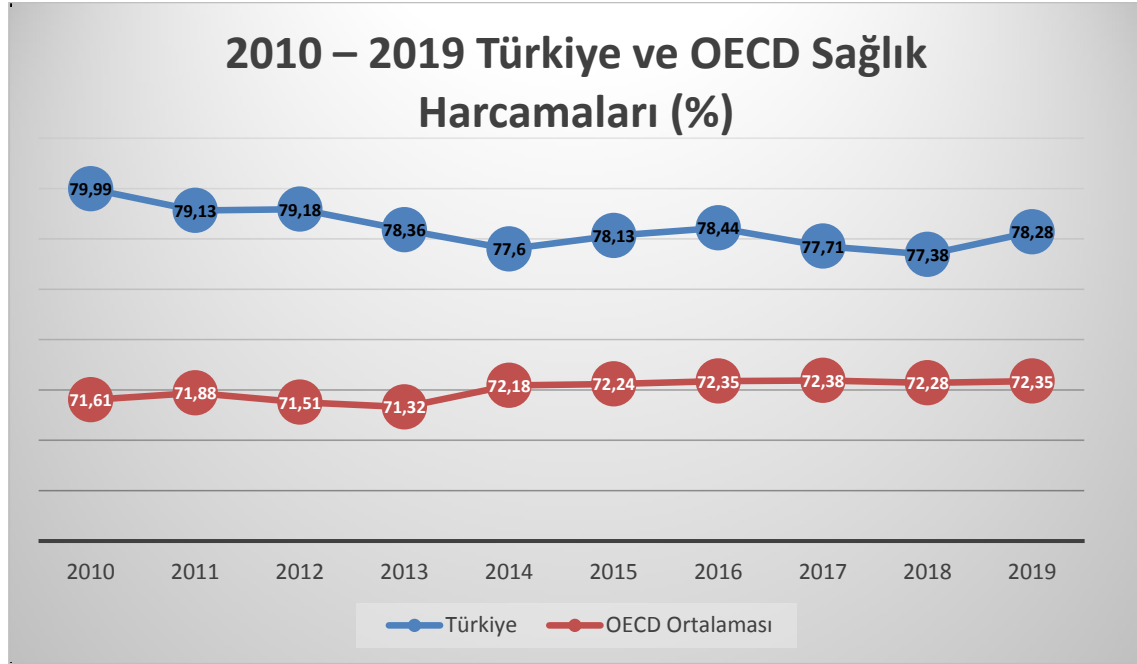
Şekil 4.2'de görüldüğü üzere Türkiye'nin yıllara göre OECD ortalamalarına göre kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) yüksektir. Yine aynı şekilde gelişmiş ülkeler ile yapılan karşılaştırmalara bakıldığında da Türkiye'nin kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının İtalya ve Kanada'ya göre yıllar bazında yüksek olduğu; ancak ABD, Almanya, Fransa (son dört yıla göre), Japonya'ya göre düşük olduğu; Birleşik Krallık ile ise çok büyük fark olmamakla birlikte payın birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. OECD Ülkeleri -Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)

Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2019
Avustralya	68,38	68,40	68,64	65,54	67,38
Avusturya	75,54	73,98	74,65	74,06	75,24
Belçika	74,61	74,54	76,08	75,77	75,99
Kanada	69,97	69,86	70,13	70,98	70,41
Şili	53,32	52,93	59,03	58,75	59,30
Kolombiya				75,27	73,89
Çek Cumhuriyeti	89,81	86,84	83,33	82,37	83,29
Danimarka	83,11	83,74	83,88	84,18	83,76
Estonya	76,97	74,79	76,33	75,62	74,31
Finlandiya	72,36	75,90	76,82	76,96	77,24
Fransa	78,88	78,68	76,29	76,64	83,74
Almanya	78,09	75,34	83,25	84,17	84,99
Yunanistan	61,63	60,84	68,90	57,58	59,23
Macaristan	69,64	70,69	67,10	68,19	69,40
İzlanda	80,57	81,36	80,43	80,82	82,89
İrlanda	77,52	78,87	76,18	72,04	74,28
İsrail	63,10	59,93	62,80	63,42	64,74
İtalya	72,64	77,49	78,45	74,43	74,15
Japonya	80,43	81,17	81,93	84,08	84,27
Kore	53,89	59,38	60,93	58,90	60,79
Letonya	50,74	55,70	60,18	58,65	59,79
Litvanya	68,50	66,73	71,72	67,14	67,05
Lüksemburg	81,97	83,19	84,91	83,66	84,50
Meksika	45,22	42,24	48,65	52,17	50,54
Hollanda	69,04	68,42	83,38	81,38	82,68
Yeni Zelanda	78,02	79,68	81,17	78,99	79,53
Norveç	81,68	83,05	84,68	85,52	85,35
Polonya	68,87	68,68	71,68	69,75	71,90
Portekiz	38,47	42,01	57,17	64,64	56,59
Slovak Cumhuriyeti	154,59	117,20	84,66	89,95	98,32
Slovenya	12,94	11,59	15,17	17,60	0,00
İspanya	71,35	71,55	74,44	71,32	70,78
İsveç	85,54	82,33	82,41	84,08	85,23
İsviçre	58,12	63,06	64,29	66,23	64,50
Türkiye	61,67	67,74	77,99	78,13	78,28
Birleşik Krallık	76,40	80,91	81,85	79,50	77,79
ABD	44,19	45,39	48,48	84,57	84,78
OECD Ortalaması	70,21	69,84	71,61	72,24	72,35

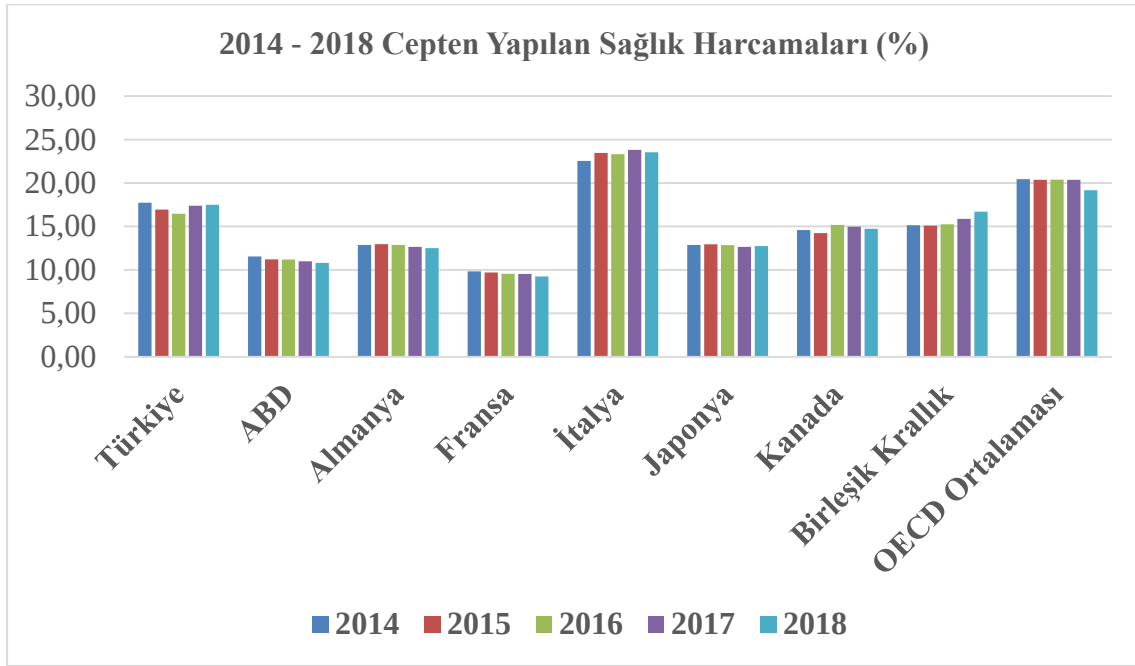
Kaynak: OECD, “Health Spending”, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

Şekil 4.3’da Türkiye’nin 2010 – 2019 yılları arasındaki kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) OECD ortalaması ile birlikte özetlenmiştir.



Şekil 4.3. Türkiye ve OECD’nin 2010 – 2019 Yılları Arasındaki Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)

Şekil 4.3’da Türkiye’nin 2010 – 2019 yılları arasındaki kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) ile OECD ortalaması incelendiğinde Türkiye’nin payının fazla olduğu görülmektedir.



Şekil 4.4. Türkiye'nin G7 Ülkeleri ile Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) Karşılaştırılması

Şekil 4.4'de görüldüğü üzere Türkiye'nin yıllara göre OECD ortalamalarına göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) daha düşüktür. Yine aynı şekilde gelişmiş ülkeler ile yapılan karşılaştırmalara bakıldığında da Türkiye'nin cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının İtalya'ya göre yıllar bazında düşük olduğu ancak ABD, Almanya, Fransa, Japonya, Birleşik Krallık ve Kanada'ya göre yüksek olduğu görülmektedir.

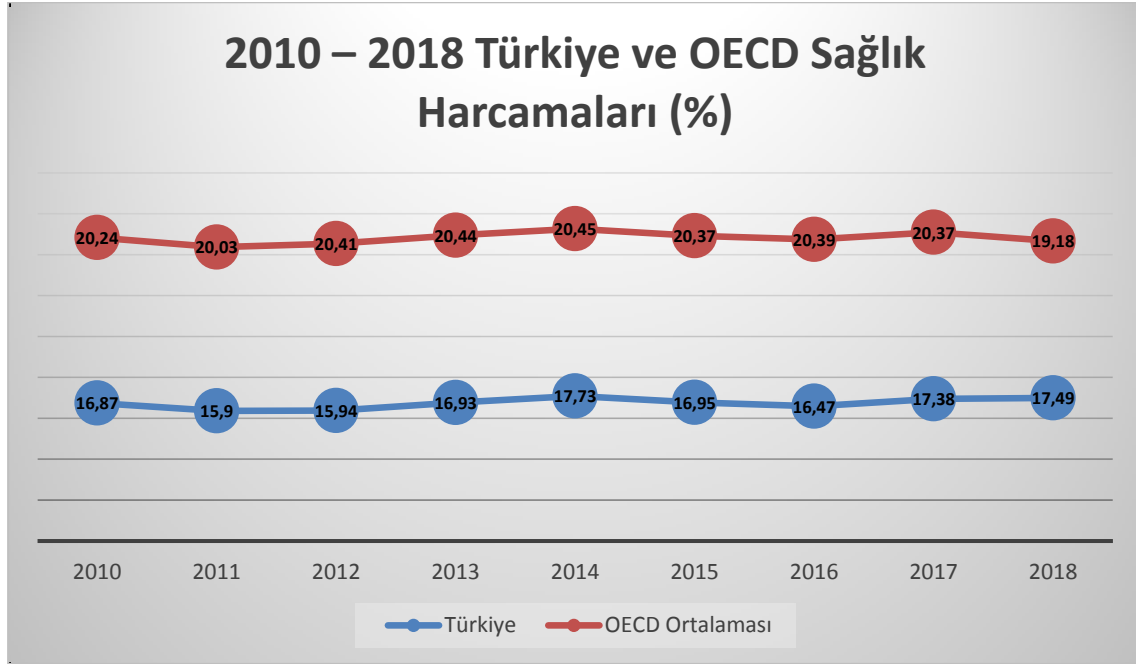
Tablo 4.3'da kişi başına toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamalarının payı verilmiştir. Türkiye'nin 2019'a ait verileri paylaşılmadığı için 18 yıllık veriler incelenmiştir. Türkiye'nin 18 yıllık süreçte toplam sağlık harcamalarının içindeki cepten ödeme payı ortalaması %19,41'dir. Türkiye' de 2000 yılında yapılan cepten ödemeler %28,90 iken 2018 yılına gelindiğinde 17,49'a düşmüştür. Tablo 4.3 ve 4.4 değerlendirildiğinde kamu sağlık harcamalarının artış hızı cepten ödemelere göre daha fazla olmuştur. OECD ortalaması 18 yıllık süreç için ortalama %20,99' dur. OECD ortalaması 2000 yılında %20,70 iken 2018 yılında 19,18'dir. Türkiye'nin cepten sağlık harcamaları OECD ortalamasına paralel ilerlediği görülmüştür.

Tablo 4.3. OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)

Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2018
Avustralya	21,00	19,64	19,75	18,95	
Avusturya	17,82	19,18	18,60	19,09	18,36
Belçika		20,34	19,94	19,50	19,05
Kanada	16,61	15,37	15,23	14,24	14,73
Şili	42,82	42,47	34,47	34,51	33,24
Kolombiya				15,91	0,00
Çek Cumhuriyeti	10,20	11,09	15,25	14,83	14,19
Danimarka	15,35	14,71	14,38	13,67	13,77
Estonya	20,36	22,65	21,92	22,77	24,56
Finlandiya	23,41	19,83	19,06	18,83	18,43
Fransa	7,27	7,37	10,22	9,70	9,25
Almanya	12,16	13,98	13,80	12,96	12,51
Yunanistan	0,00	36,88	28,26	36,76	36,44
Macaristan	27,32	25,77	27,42	27,47	26,89
İzlanda	19,43	17,24	18,19	17,64	15,95
İrlanda	12,12	13,55	13,80	13,22	12,08
İsrail	29,49	30,25	23,81	22,50	21,14
İtalya	26,46	21,60	20,55	23,47	23,54
Japonya	15,92	15,67	14,57	12,95	12,75
Kore	43,63	37,73	34,02	33,60	32,50
Letonya	47,66	41,69	37,19	40,46	39,18
Litvanya	27,14	32,78	27,59	31,84	31,64
Lüksemburg	14,25	12,92	10,23	10,71	10,44
Meksika	52,23	54,59	45,66	41,37	41,43
Hollanda	11,03	9,88	9,10	11,29	10,80
Yeni Zelanda	15,36	14,07	11,96	13,37	12,91
Norveç	17,94	16,72	15,05	14,14	14,31
Polonya	31,11	27,75	23,71	23,04	20,42
Portekiz	24,98	23,31	24,55	27,73	29,52
Slovak Cumhuriyeti	10,84	23,61	22,80	18,44	18,91
Slovenya	0,00	13,02	12,64	12,47	11,93
İspanya	24,32	21,76	20,29	22,29	22,16
İsveç	14,46	16,60	16,46	14,89	13,78
İsviçre	31,04	27,14	26,19	25,86	27,98
Türkiye	28,90	24,18	16,87	16,95	17,49
Birleşik Krallık	17,10	13,31	12,88	15,10	16,71
ABD	15,47	13,85	12,25	11,22	10,81
OECD Ortalaması	20,70	22,01	20,24	20,37	19,18

Kaynak: OECD, “Health Spending”, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

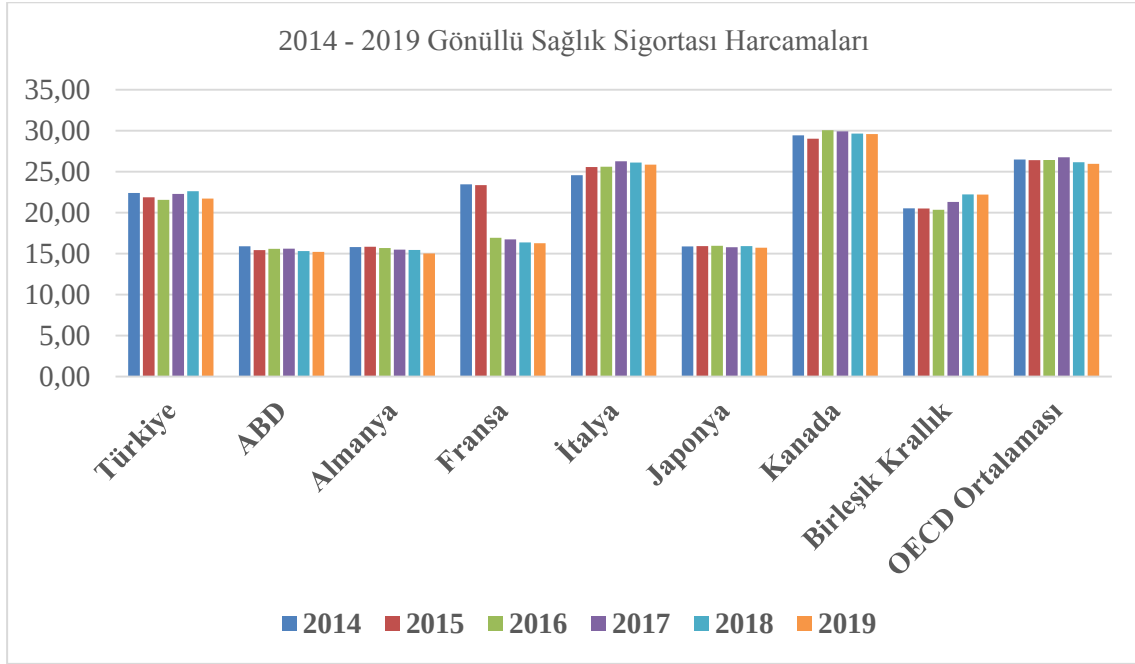
Şekil 4.5’de Türkiye’nin 2010 – 2018 yılları arasındaki cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) OECD ortalaması ile birlikte özetlenmiştir.



Şekil 4.5. Türkiye ve OECD’nin 2010 – 2018 Yılları Arasındaki Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)

Şekil 4.5’de Türkiye’nin 2010 – 2018 yılları arasındaki cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) ile OECD ortalaması incelendiğinde Türkiye’nin payının az olduğu görülmektedir.

Şekil 4.6’da G7 ülkeleri ile Türkiye’nin gönüllü sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının 2014 – 2019 yılları arasındaki değerlendirilmesi verilmiştir.



Şekil 4.6. Türkiye’nin G7 Ülkeleri ile Gönüllü Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) Karşılaştırılması

Şekil 4.6’da görüldüğü üzere Türkiye’nin yıllara göre OECD ortalamalarına göre gönüllü sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) daha düşüktür. Yine aynı şekilde gelişmiş ülkeler ile yapılan karşılaştırmalara bakıldığında da Türkiye’nin gönüllü sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının İtalya ve Kanada’ya göre yıllar bazında düşük olduğu ancak ABD, Almanya, Fransa (son 4 yıla göre), Japonya ve Birleşik Krallık’a (son bir yıl dışında) göre yüksek olduğu görülmektedir.

Ülkelerin toplam sağlık harcamaları OECD verilerine göre gönüllü sağlık sigortası harcamaları olarak ayrılmıştır. Gönüllü harcamalar, kişilerin kendi istekleri ile özel sağlık sigortası yaptırmaları ve sağlık giderlerinin özel sigortalarca karşılanmasıdır. Tablo 4.4’da OECD ülkelerinin gönüllü sağlık sigortası harcamaları yer almaktadır.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamasında, gönüllü sağlık sigortası harcaması payı 2000 yılında %38,33 iken 2019 yılındaki payı %21,72 olduğu görülmektedir. OECD ortalaması 19 yıllık süreç için ortalama %27,38'dir. OECD ortalaması 2000 yılında %28,98 iken 2019 yılında 25,96'dır. Türkiye'nin gönüllü sağlık sigortası harcamaları OECD ortalamasına paralel ilerlediği görülmüştür.

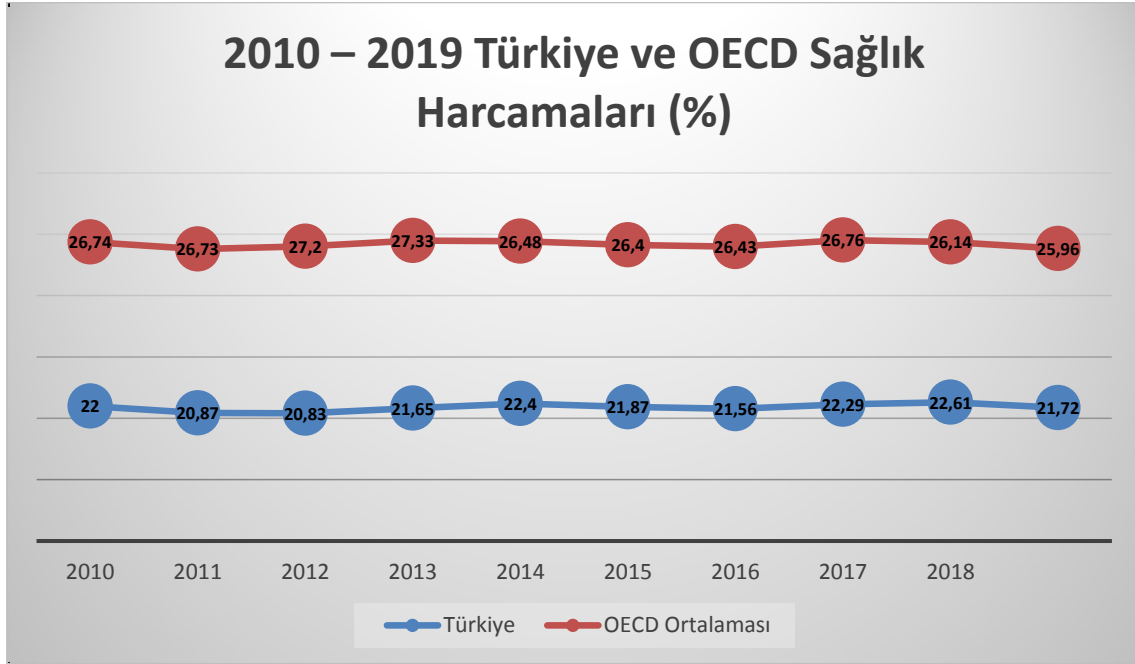


Tablo 4.4. OECD Ülkelerinde Gönüllü Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)

Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2019
Avustralya	31,62	31,60	31,36	34,46	32,62
Avusturya	24,46	26,02	25,35	25,94	24,76
Belçika	25,39	25,46	23,92	24,23	24,01
Kanada	30,03	30,14	29,87	29,02	29,59
Şili	46,68	47,07	40,97	41,25	40,69
Kolombiya				24,73	26,11
Çek Cumhuriyeti	10,20	13,16	16,67	17,63	16,71
Danimarka	16,89	16,26	16,12	15,82	16,24
Estonya	23,01	25,21	23,67	24,38	25,69
Finlandiya	27,64	24,10	23,19	23,04	22,76
Fransa	21,12	21,32	23,71	23,36	16,26
Almanya	21,91	24,66	16,76	15,83	15,01
Yunanistan	38,37	39,16	31,07	40,77	40,70
Macaristan	30,35	29,31	32,89	31,81	30,61
İzlanda	19,43	18,64	19,57	19,18	17,11
İrlanda	22,48	21,13	23,82	27,96	25,72
İsrail	34,57	38,03	35,91	35,18	33,48
İtalya	27,36	22,51	21,55	25,57	25,85
Japonya	19,57	18,83	18,07	15,92	15,73
Kore	46,11	40,62	39,07	41,10	39,21
Letonya	49,23	43,99	39,81	41,35	40,20
Litvanya	31,48	33,26	28,22	32,80	32,93
Lüksemburg	18,03	16,81	15,09	14,96	14,08
Meksika	54,78	57,76	51,35	47,84	49,46
Hollanda	30,96	31,58	16,62	18,62	17,32
Yeni Zelanda	21,98	20,32	18,83	21,01	20,47
Norveç	18,32	16,95	15,27	14,49	14,65
Polonya	31,11	31,32	28,32	30,26	28,11
Portekiz	29,53	28,73	30,23	33,83	38,76
Slovak Cumhuriyeti	10,84	24,72	28,09	20,28	18,77
Slovenya	27,10	26,51	26,58	28,19	28,22
İspanya	28,64	28,44	25,56	28,68	29,22
İsveç	14,46	17,67	17,59	15,92	14,77
İsviçre	41,88	36,94	35,71	33,77	35,50
Türkiye	38,33	32,26	22,00	21,87	21,72
Birleşik Krallık	23,60	19,09	18,15	20,50	22,21
ABD	55,81	54,61	51,52	15,43	15,22
OECD Ortalaması	28,98	28,73	26,74	26,40	25,96

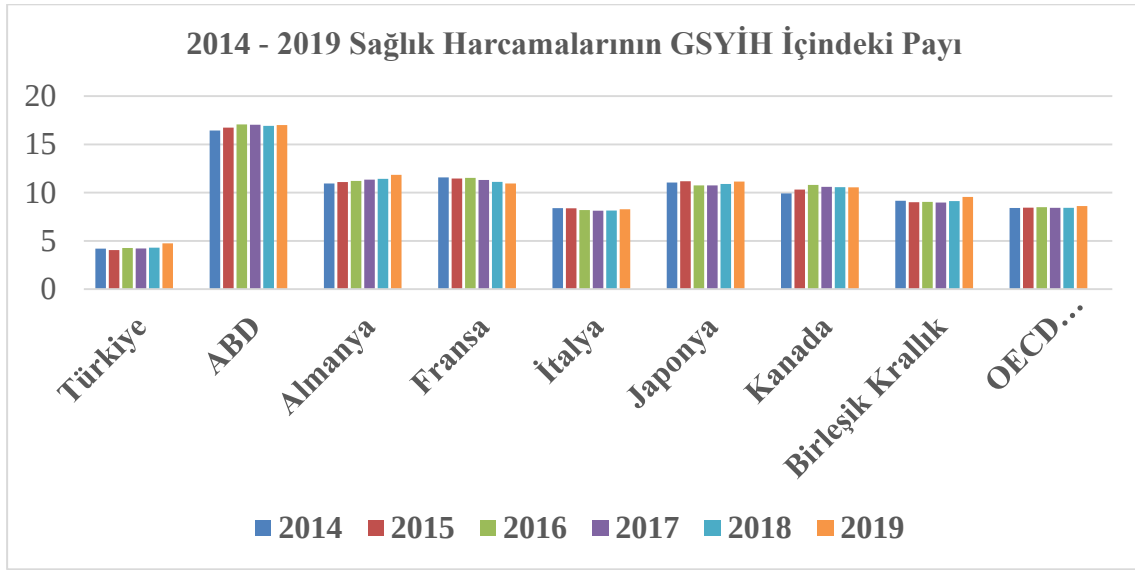
Kaynak: OECD, “Health Spending”, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

Şekil 4.7’de Türkiye’nin 2010 – 2019 yılları arasındaki gönüllü sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) OECD ortalaması ile birlikte özetlenmiştir.



Şekil 4.7. Türkiye ve OECD’nin 2010 – 2019 Yılları Arasındaki Gönüllü Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)

Şekil 4.7’de Türkiye’nin 2010 – 2019 yılları arasındaki gönüllü sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) ile OECD ortalaması incelendiğinde Türkiye’nin payının az olduğu görülmektedir.



Şekil 4.8. Türkiye'nin G7 Ülkeleri ile Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (ABD doları) Karşılaştırılması

Şekil 4.8'de görüldüğü üzere Türkiye'nin yıllara göre OECD ortalamalarına kişi başına toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (ABD doları) daha düşüktür. Yine aynı şekilde gelişmiş ülkeler ile yapılan karşılaştırmalara bakıldığında da Türkiye'nin kişi başına yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının ABD, İtalya, Almanya, Fransa, Japonya, Birleşik Krallık ve Kanada'ya göre düşük olduğu görülmektedir. Son yıllarda yaşanan savaşlar nedeni ile ülkemize gelen göçmenlere bakıldığında Türkiye'nin sağlık harcamasının diğer ülkelere göre az olmasına rağmen barındırdığı göçmenlerin bireysel sağlık ihtiyaçlarını rahatlıkla karşılayabildiği görülmektedir. Diğer yandan G7 ülkelerinin sağlık hizmetlerine yaptığı harcamaların fazla olmasında yüksek yaşlı nüfus oranına sahip olmaları da bir etken olarak gösterilebilir.

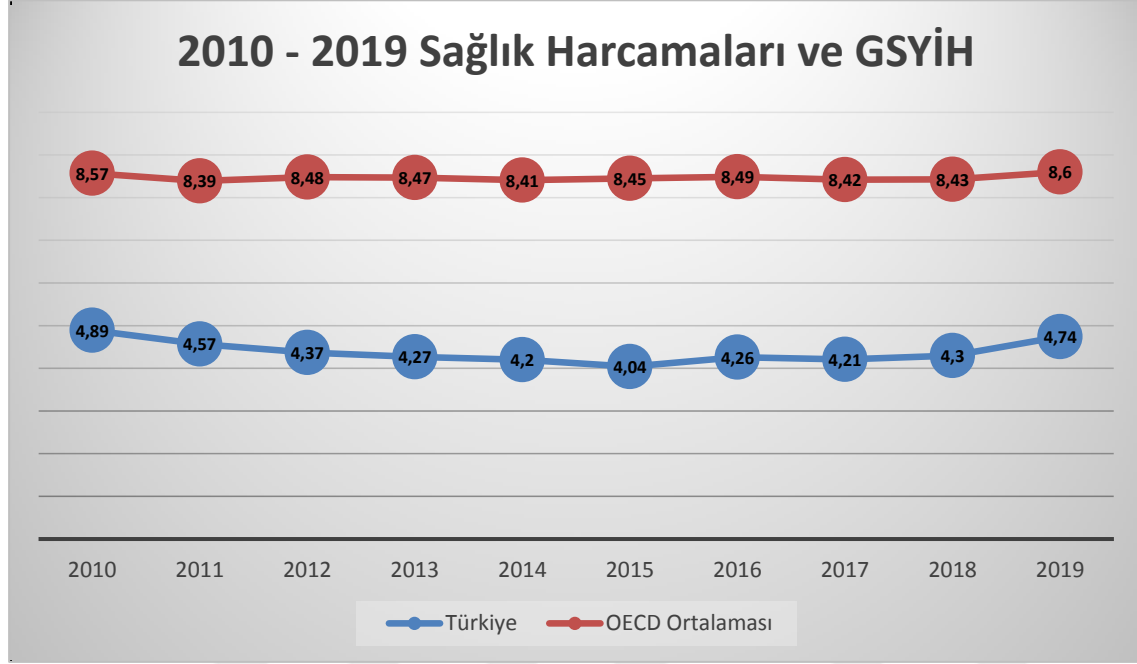
Tablo 4.5'de OECD ülkelerinde kişi başına toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payları incelenmiştir. OECD Ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki ortalaması 2000 yılında %7,39 iken 2019 yılında %8,60 olduğu görülmektedir. Türkiye'deki oranı ise 2000 yılında %4,58 iken 2019 yılında %4,74 olarak değişmiştir. OECD Ülkelerinin 19 yıllık ortalaması ise %8,57'dir.

Tablo 4.5. OECD Ülkeleri -Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (ABD doları)

Ülkeler	2000	2005	2010	2015	2019
Avustralya	7,62	8,08	8,40	9,26	9,27
Avusturya	9,54	9,92	10,12	9,90	9,90
Belçika	8,26	9,40	9,83	10,07	9,95
Kanada	8,35	9,06	10,32	10,32	10,55
Şili	6,21	6,40	6,92	8,15	8,62
Kolombiya				7,63	7,53
Çek Cumhuriyeti	6,34	6,95	7,26	7,55	8,05
Danimarka	8,18	8,83	9,67	9,53	9,31
Estonya	5,77	5,36	6,26	6,34	6,64
Finlandiya	7,05	8,00	8,76	9,40	8,90
Fransa	10,29	10,70	11,27	11,46	10,94
Almanya	10,54	10,64	11,14	11,10	11,85
Yunanistan	7,26	8,58	9,25	7,74	7,59
Macaristan	7,64	82,50	7,72	7,09	6,54
İzlanda	8,97	8,96	8,36	7,65	8,00
İrlanda	6,06	7,65	9,34	6,21	5,96
İsrail	6,23	7,10	6,85	6,52	6,95
İtalya	7,49	8,34	8,90	8,37	8,27
Japonya	6,90	7,80	9,06	11,18	11,14
Kore	3,91	4,50	5,92	6,57	7,88
Letonya	5,79	6,07	6,11	5,66	6,13
Litvanya	6,71	6,10	6,84	6,65	6,92
Lüksemburg	6,17	7,16	6,57	4,52	4,59
Meksika	4,76	6,15	6,10	5,79	5,57
Hollanda	8,30	9,52	9,92	9,80	9,69
Yeni Zelanda	7,73	8,58	9,77	9,41	9,60
Norveç	7,56	7,83	8,24	9,49	9,95
Polonya	5,67	6,01	6,84	6,86	6,77
Portekiz	8,47	9,40	9,27	8,56	9,27
Slovak Cumhuriyeti	6,08	7,18	8,04	6,88	6,89
Slovenya	8,13	7,97	8,33	8,15	7,93
İspanya	7,05	8,02	8,63	8,65	8,57
İsveç	7,41	8,20	8,12	10,18	10,35
İsviçre	9,38	10,19	9,59	10,12	10,90
Türkiye	4,58	4,99	4,89	4,04	4,74
Birleşik Krallık	7,25	8,49	9,43	9,00	9,55
ABD	12,55	14,63	16,37	16,73	17,00
OECD Ortalaması	7,39	10,15	8,57	8,45	8,60

Kaynak: OECD, “Gross Domestic Product (GDP)”, <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>, (02.07.2020).

Şekil 4.9’de Türkiye’nin 2010 – 2019 yılları arasındaki kişi başına toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (ABD doları/kişi) OECD ortalaması ile birlikte özetlenmiştir.



Şekil 4.9. Türkiye ve OECD’nin 2010 – 2019 Yılları Arasındaki Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (ABD doları)

Şekil 4.9’de Türkiye’nin 2010 – 2019 yılları arasındaki kişi başına toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (ABD doları) ile OECD ortalaması incelendiğinde Türkiye’nin payının az olduğu görülmektedir.

4.2.1. Sağlık Finansman Modellerinin Karşılaştırılması

Bir ülkede sağlık sisteminin finansman modeli belirlenirken birçok farklı parametre dikkate alınarak karar verilmektedir. Kullanılan her modelin farklı ülkeler için farklı sonuçları olacağı bilinmekle beraber bir ülkede uygulanan bir finansman modelinin diğer ülkede iyi bir çıktı üretmeyi sağlayacak güce sahip olamayacaktır. Her finansman yönteminin kusursuz çıktı üretmeyeceği açıktır ve her yöntemin avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır (Işık, Işık ve Kıyak, 2015).

Tabloda belirtilen OECD ülkeleri finansman stratejilerini oluştururken bazı ana unsurları göz önünde bulundurmak durumundadır. Bu unsurlar; politik, siyasi, beşeri, gelir dağılımı, yaşam tarzı, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, hakkaniyet, talep ve arz sunumu ve sunucusu davranışlarıdır (Çelik, 2013:176). OECD üyesi ülkelerinin sağlık sistemleri modelleri Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Modelleri

Finansman Yöntemleri	Bismarck	Beveridge	Özel	Karma
Ülkeler	Almanya	Danimarka	ABD	Türkiye
	Avusturya	İngiltere	Meksika	Kolombiya
	Belçika	İrlanda		
	Fransa	İspanya		
	Hollanda	İsveç		
	İsviçre	İtalya		
	Lüksemburg	İzlanda		
	Portekiz	Kanada		
	Yunanistan	Norveç		
	Japonya	Avustralya		
	ÇEKYA	Finlandiya		
	Güney Kore	Yeni Zelanda		
	Macaristan			
	Polonya			
	Slovakya			
	Estonya			
	İsrail			
	Şili			
	Slovenya			
	Letonya			
	Litvanya			

Kaynak: (WHO, 2020; OECD,2020; Çakır, 2016).

Tablo 4.6’de 37 OECD ülkelerinin 21’i Bismarck, 12’si Beveridge, 2’si özel, 2 ülke de karma sağlık finansman modelini uygulamaktadır.

4.2.2. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının Finansman Modellerine Göre Karşılaştırılması

Beveridge Modelini kullanan ülkelerin ortalamasına bakıldığında özel finansman modelinden sonra 3649,45 dolar ile en yüksek sağlık harcaması yapılan model olduğu görülmektedir. Bu modelde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %76,38 ile en yüksektir. Cepten ve gönüllü özel sağlık sigortası için yapılan sağlık harcamaları ise %23,63 ile en düşük paya sahiptir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise diğer modeller arasında özel finansman modelinden sonra en yüksek paya sahiptir.

Bismarck Modelini kullanan ülkelerin toplam sağlık harcamalarına bakıldığında 2558,20 dolar ile diğer modellere göre en yüksek 3.sırada gelmektedir. Bu modelde de özel finansman modelinin aksine kamu sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının %71,99 ile çoğunu oluşturmaktadır. Cepten harcamalar ve gönüllü sağlık sigortası için yapılan harcamalar ortalaması %27,91'dir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise %8,46 ile en yüksek 3. sırada gelmektedir

Tablo 4.7'de OECD ülkelerinin 19 yıllık sağlık harcamalarının ortalamaları, ülkelerin finansman modellerine göre kategorilendirilerek sunulmuştur. Bu tabloya göre özel finansman modeli kullanan ülkelere toplam sağlık harcaması ortalaması 4334,66 dolar ile en yüksektir. Özel finansman modelini sadece ABD ve Meksika kullanmaktadır. Bu model diğer ülkelere göre kıyaslandığında kamu sağlık harcamaları ortalaması en düşüktür (%52,77). Cepten yapılan harcamalar ve gönüllü sağlık sigortası için yapılan harcamalar ise %47, 23 ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %10,67 ile diğer modelleri kullanan ülkeler arasında en yüksek paya sahiptir.

Karma finans modeline sahip ülkeler Türkiye ve Kolombiya'dır. Kolombiya'nın sağlık harcamaları verileri OECD tarafından 2011' den itibaren sunulduğu için 2000 - 2011 yılları arasında sadece Türkiye'nin verileri alınmıştır. Karma modele bakıldığında toplam sağlık harcaması ortalaması 819,82 dolar ile en düşük olan modeldir. Kamu sağlık harcamaları ortalaması ise Beveridge Modelini kullanan ülkelerin ortalamasından sonra %73,34 ile 2. sırada gelmektedir. Cepten ve gönüllü sağlık sigortası (%26,66) için

yapılan harcamalar diğer modeller arasında 3. sırada gelmektedir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına baktığımızda da %5,45 ile diğer modeller arasında en düşük orana sahiptir.

Tablo 4.7. OECD Ülkelerinin Sağlık Finansman Modellerine Göre Kişi Başına 19 Yıllık Sağlık Harcamalarının Ortalamaları (2000-2019)

Model		Toplam Sağlık Harcamaları (ABD Doları)	Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (%)	Cepte ve gönüllü Sağlık sigortası Harcamalarının Payı (%)	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki Payı (%)
Beveridge	Ortalama	3649,45	76,38	23,63	8,73
	Min	2590,37	63,38	15,46	7,09
	Max	5250,78	84,55	36,62	10,18
Bismarck	Ortalama	2558,20	71,99	27,91	8,46
	Min	1114,12	55,62	13,62	4,71
	Max	5100,24	86,10	44,25	22,57
Özel	Ortalama	4334,66	52,77	47,23	10,67
	Min	894,41	47,03	41,49	5,78
	Max	7774,91	58,51	52,97	15,57
Karma	Ortalama	819,82	73,34	26,66	5,45
	Min	806,11	72,54	25,87	4,76
	Max	833,54	74,13	27,45	6,14

Kaynak: (WHO, 2020; OECD,2020).

Türkiye, diğer OECD ülkelerine bakıldığında ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının en düşük olduğu ülkelerden biridir. Bu sonuç sağlık hizmetlerinin yetersiz veya kalitesiz olduğu anlamına gelmemektedir. Bu sonuca ulaşmak için sağlık harcamaları dışında birçok değişkenin analiz edilmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Sağlıklı olmak bireyin temel ihtiyaçlarından biridir. Ülkeler içinse bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmek ve kâr gütmeksizin herkesin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini sağlamak temel görevlerindendir. Fakat sağlık hizmetinde kâr amacı güdülmemesi özelliği sağlık finansmanını zorlaştırmaktadır. Bu sebeple ülkeler çeşitli finansman modellerini kullanmaktadır. Bazı ülkeler sağlık finansmanını genel vergilerle karşılamaya çalışırken bazı ülkeler primlerle, bazı ülkeler ise cepten yapılan ödemeler ya da özel sağlık sigortaları ile karşılamaktadır. Finansman modeli ne olursa olsun genel amaç toplumun her bireyine sağlık hizmetini adaletli bir şekilde sunmaktır.

Türkiye’ de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, cumhuriyetin ilanından bu yana gerek dünyada yaşanan gelişmelere gerek ülkede yaşanan olaylara bağlı olarak şekil değiştirmiştir. Cumhuriyetin kurulduğu veya savaşların yaşandığı yıllardan sonra amaç en temel sağlık hizmetini insanlara ulaştırabilmek olmuşken 1980’li yıllardan sonra neo-liberal sağlık politikaları ile sağlık hizmetinin yanında verilen otelcilik hizmetleri de önemli olmaya başlamıştır. Sağlık finansmanı da bu duruma ayak uydurarak şekillenmiş, özel sağlık sigortacılığı Türkiye’de yaygınlaşmaya başlamıştır.

2000 – 2019 yılları arasında OECD ülkeleri ile Türkiye’nin kişi başına toplam sağlık harcamaları verilerini dolar bazında kıyaslandığında, Türkiye’nin birçok OECD ülkesinden az harcama yaptığı ve OECD ortalamasının da altında olduğu görülmektedir. Türkiye’ de kişi başına toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 19 yıllık süreçteki ortalaması %4,76 iken OECD ortalaması %8,57’dir. Sağlık finansman modeli olarak Türkiye, karma finansman modelini kullanmaktadır. OECD ülkeleri arasında sadece Kolombiya ve Türkiye bu finansman modelini kullanmaktadır. Bu modelde Beveridge ve Bismarck modelinde olduğu gibi toplam sağlık harcamalarının çoğunu kamu sağlık harcamaları oluşturmakta, ikinci olarak gönüllü yapılan özel sağlık sigortaları gelmekte ve en azını da cepten yapılan sağlık harcamaları oluşturmaktadır.

Bu araştırmanın sonucunda Türkiye’nin sağlık harcamalarının diğer OECD ülkeleri harcamalarının çok altında olduğu görülmektedir. Kullanılan finansman modeli diğer OECD ülkeleri ile aynı olmasa da özel finansman modelini kullanan ABD ve

Meksika hariç, sağlık harcamalarının çoğunu kamu sağlık harcamalarının oluşturması bakımından diğer OECD ülkeleri ile aynı olduğu söylenebilir. Toplam sağlık harcamalarının dolar bazında OECD ortalamasının altında kalması, Türkiye'nin sağlık sistemi kalitesinin veya sağlık hizmet sunumunun kötü olduğu anlamına gelmemektedir. Çünkü sağlığın çıktısını tek bir değişkene göre ölçmek zordur. Türkiye'de sağlık hizmetlerine ulaşım SDP'nin etkileriyle kolaylaşmış, toplumdaki bireylerin poliklinik sıralarında yoğunluk yaşamaları azalmış, ilaç ve hastanelere ödenen katkı payı miktarları düşürülerek ve sosyal sigortaya sahip olmayan maddi geliri düşük bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma imkânları çoğaltılarak sağlık sisteminin etkililiği ve verimliliği artırılmıştır. Ülkemiz ne kadar OECD ülkelerinden sağlığa daha az pay ayırmış olsa da doğuştan beklenen yaşam süresi uzamakta ve ekonomik gelişmişlik göstergelerinden biri sayılmaktadır. Yaşam süresinin uzaması her ne kadar olumlu bir kriter olarak görülse de yaşlı nüfus arttıkça, devletlerin ilaç ve yaşlı bakımı için yüksek maliyetlere katlanmalarına neden olur.

Çalışmaya göre beveridge, bismarck, özel ve karma finansman modelleri içinde en yüksek paya kamu sağlık harcamalarının sahip olduğu görülmektedir. Özel finansman modeli diğer kullanılan sağlık modellerinin aksine toplam sağlık harcamalarına daha büyük pay ayırmaktadır. ABD'nin sağlık harcamalarına ayırdığı pay diğer OECD ülkelere göre yüksek olmasına rağmen, çok iyi bir sağlık sistemine sahip olduğu söylenemez. Nitekim ABD'de sağlık sisteminin bütünüyle özel sigortalardan karşılanması sigortası olmayan düşük gelirli bireyleri geri ödenemez büyüklükteki bireysel sağlık harcamalarıyla karşı karşıya getirmektedir. Bu finansal zorlukla karşılaşan bireyler oluşan hastalık durumunda tedavileri için özel hastanelerde hizmet almak yerine, önce kendi yöntemleriyle eczanelerden temin ettikleri ilaçlarla tedaviden sonuç almaya ve özel hastanelerin yüksek fiyatlarından kaçınmaya çalışmaktadır. Beveridge modelinde devletin kişileri ayırt etmeksizin herkesi sağlık güvencesi altına alması toplumdaki bireylerin ileride oluşacak sağlık harcamalarına karşı maddi yükünü hafifletmektedir. Bu modelde devletin herkese sağlık güvencesi sunması ve nüfusun gittikçe artması, kamu sağlık harcamalarının çok büyük boyutlara ulaşmasını sağlayabilir. Bismarck modelinde işveren ve işçi katkı payları ile kaynak sağlanan sigorta modelinde ise devletin bireyler üzerindeki katkı payı masrafı

azalmaktadır. Bu modeli kullanan ülkelerdeki işsizlik oranları çok yüksek seviyelere çıkarsa, bu sistemdeki devletlerin özel finansman modelini kullanma eğiliminin artmasına neden olabilir.

Ayrıca 1 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Hubei bölgesinin başkenti olan Vuhan'da ortaya çıkan koronavirüs salgını kısa sürede tüm dünyaya yayılarak, ülkelerin salgınla mücadele sürecini zorlaştırmıştır. Salgının beklenmedik bir anda ortaya çıkışı sağlık hizmetleri özelliklerinden biri olan talebin düzensiz ve belirsizliği ilkesini çok iyi yansıtmıştır. Dünya genelinde vaka sayısı Ağustos 2021 tarihi itibarıyla iki yüz milyona yaklaşmış toplam ölüm vakaları ise dört milyonu aştığı görülmektedir. Türkiye olarak salgınla mücadelede tam kapanma ve aşamalı normalleşme yoluyla ilk zamanlar dünya genelinde görülen vaka sayısına kıyasla daha az vaka sayısına ve ölüm oranına sahip olmuştur. Salgınla mücadele kapsamında, koruyucu sağlık hizmetleri olarak aşılama faaliyetlerini hızlandırmak, toplum sağlığını korumak ve iyileştirmek için ülkelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu süreçte sağlığa ayrılan paylardaki ciddi artışlar nedeniyle özellikle gelişmemiş ülkelerin ekonomilerinde ilerleyen zamanlarda olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir.

KAYNAKÇA

- Akdağ, R., (2008) “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770, Ankara.
- Akdağ, R., (2012) “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839, Ankara.
- Akdağ, R., (2018) “İlerleme Raporu 2008. Sağlıkta Dönüşüm Programı”, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akdoğan, A., (1985), Kamu Maliyesi, No:67, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Akdur, R., “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, Yeni Türkiye Cumhuriyet Özel Sayısı III: Sosyal Değerlendirme, 1998, ss. 23-24.
- Akdur, R., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, 1999, ss. 1-37, <www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslamasi.pdf> 14.07.2020.
- Alpugan, O., “Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi”, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, 1984, ss. 133-160.
- Altay, A., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açıklamalar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, 2007, 64(Ocak-Mart), ss 33-58.
- Atabey, E. S., (2016), Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, (2. Baskı), Gazi Kitabevi, Ankara.
- Bevan, G., J., Helderman, D., Wilsford, “Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost¹”, Health Economics, Policy and Law, 2010, ss 251-267.
- Braveman, P., “What Is Health Equity: And How Does A Life-Course Approach Take Us Further Toward It? ”, Maternal and Child Health Journal, 2014, (2), ss. 366–372.

- Bulutoğlu, K., (1988), Kamu Ekonomisine Giriş (Devletin Ekonomik Bir Kuramı), (4. Baskı), Filiz Kitabevi, İstanbul.
- BUMKO, (2018) “Bütçe Gider-Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2018) ”, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Cutler, D., “Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform”, Journal of Economic Literature, 2002, (XL), ss. 881-906.
- Çalışkan, Z., “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2008, 26(2), ss. 29-50.
- Çakır, Ö. D., (2016) Türkiye ve Avrupa Birliği’nde uygulanan sağlık finansman politikalarının değerlendirilmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Çelik, Y., (2013), Sağlık Ekonomisi, (2. baskı), Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Çelik, Y., (2019), Sağlık ekonomisi, (4. baskı), Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Çıraklı, Ü., “Türkiye’de Makroekonomik Faktörler ile Sağlık Harcamaları ve Sağlık Bakanlığı Bütçesi Arasındaki İlişkinin ARDL Sınır Testi Yaklaşımı ile İncelenmesi”, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2019, 21(2), ss. 581-596.
- Çiçeklioğlu, M., Türkiye’de Sağlık Reformları. Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, 2011, (29) Sayfa 67. Ankara
- Çoban, H., (2009) Sağlık ekonomisi ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması (Yayınlanmamış doktora tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Dilik, S., “Sosyal güvenliğin tarihsel gelişimi”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 1988, 43(01). ss. 76.
- DSÖ, (2000) “The World Health Report, Health Systems: Improving Performance Assessment”, Geneva.

- Ekici, D., (2013), Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi, Sim Matbaacılık, İstanbul.
- Eren, N., ve Öztekin, Z., (2001), Sağlık Ocağı Yönetimi, (7. Baskı), Palme Yayın Evi, Ankara.
- Hayran, O., ve Sur, H., (1998), Hasta Yöneticiliği, Nobel Kitapevi, İstanbul.
- Hayran, O., ve Sur, H., (1998), Sağlık Hizmetleri El Kitabı Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat, Yüce Yayın, İstanbul.
- Isik, M., F., Isik, M., Kiyak, “Analyzing Financial Structure of Turkish Healthcare System in Comparison with Us, German, British, French And Cuban Healthcare Systems”. Journal of Economics Finance and Accounting, 2015, 2(4), ss. 501-518.
- İstanbuluoğlu, Hakan, Güleç, Mahir, ve Oğur, Recai, (2010). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri” Dirim Tıp Gazetesi, 2010, 85(2).
- Karaca, Ş., (2015), Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama, (1. baskı), Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Kavuncubaşı Ş., (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S., (2010), Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, (2. baskı), Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Konuk, A. N., (2011) 1980' den Günümüze Değişen Sosyal Devlet Anlayışı İçerisinde Sağlık harcamaları ve Politikaları (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kökçü, A. T., “Türkiye’de Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları”, Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 2014, 22(3), ss. 98-105.
- Kulesher, R. R., ve E., Forrestal, E., “International Models of Health Systems Financing”, Journal of Hospital Administration, 2014, ss. 127.
- Kurtulmuş, S., (1998), Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, (2.baskı), Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.

- Lee, K, ve Goodman, H, (2002), Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s, İngiltere: Cambridge University Press, Cambridge.
- Mossialos, E, ve Dixon, A, (2002), Funding health care: an introduction. Funding health care: options for Europe, World Health Organization, Reginal Office for Europe.
- Mutlu, A.,“Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları”, Maliye Dergisi, 2006, (150), ss. 53-78.
- Mutlu, A., ve Işık, A. K., (2012), Sağlık Ekonomisine Giriş, (3. Baskı), Ekin Kitapevi, Bursa.
- Odabaşı, Y., ve Oyman, M., (2008), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1862, Açık Öğretim Fakültesi Yayın No: 977, Eskişehir.
- OECD, E-Kütüphane Sitesi <<https://www.oecd-ilibrary.org/statistics>> (02.05.2020).
- OECD, (2008). “OECD Sağlık Sistemi İncelemesi-Türkiye”.
- OECD, Gross Domestic Product (GDP). OECD: <<https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>> (07.02.2020).
- OECD, Health Spending,<<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>> (07.02.2020).
- Orhaner, E., (2018), Türkiye'de sağlık sigortası, (2. baskı), Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Özsarı, H., “Finansal Sürdürülebilirlik, Güçler Ayrılığı ve Üniversite Hastaneleri”, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2003, 76(1), ss. 4-8.
- Özuysal, H., (2011) Türkiye' de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama (Yayınlanmamış doktora tezi), Gazi Üniversitesi,Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Resmi Gazete, (1961), 224 Nolu Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 3076.

- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Harcamalarının GSYH'deki Oranı Yüzde 4.5, <<https://www.saglik.gov.tr/TR,53212/saglik-harcamalarinin-gsyhdeki-orani-yuzde-4.html>> (03.06.2020)
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <<https://saglik.gov.tr/Eklenti/1441,80yc4b1l20kitap-sonpdf.pdf?>> (08.07.2020).
- Sayım, F., (2015). “Sağlık Hizmetinin Özellikleri”, Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler, 2015.
- Sayım, F., (2011) Sağlık Piyasası ve Etik, MKM Yayıncılık, Bursa.
- Sener O., (2001), Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi, (7. Baskı), Kadir Has Üniversitesi iktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Beta Basım Yayım Dağıtım A.S.,Heybeliada, İstanbul.
- Somunoğlu, S., (1999), “Kavramsal açıdan sağlık”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 1999, 4(1), s.53.
- Somunoğlu, S., (2012), Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. M. Tatar içinde, Sağlık Kurumları Yönetimi-I (1. baskı), A.Ü. AÖF. Yayın No:1599 Eskişehir.
- Sorkin, Alan L., “Financing Health Development Projects: Some Macro economic Considerations”, Social Science and Medicine, 1986, Vol.22, No:3, s:345-346.
- Sur, H., (1998), Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Sütlaş, M., (2000), Hasta ve Hasta Yakını Hakları. Berdan Matbaası, Çivi yazıları, İstanbul.
- Şen, A., Bingöl, N., “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği”, Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 2018, 9(1), ss. 89-106.
- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, (1968), İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara.
- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, (1973), Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, (1973-1977), Ankara.
- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, (1989), Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı, <<https://www.saglik.gov.tr/TR,11490/bakanlarimiz.html>> (23.04.2019).
- Tapan, B., (2008) Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliliği (Yayınlanmamış doktora tezi), Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tatar, F., “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, Toplum ve Hekim, 1996, 11(72), ss. 42-50.
- Tatar, M., “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye' de Gelişimi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011, 1(1), ss. 103-133.
- Tengilimoğlu, D., vd., (2015) Sağlık İşletmeleri Yönetimi, (7, baskı), Nobel Yayınları, Ankara.
- Tokat, M., (2000), Sağlık Ekonomisi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, A. Ü. AÖF. Yayın No.1033/568, Eskişehir.
- TUİK, (2018), Sağlık Harcamaları İstatistikleri (2017-15.11.2018).
- Türkal, H., M., Cihangir, “Sağlık Hizmetlerinin Kamu Maliyesi Açısından Analizi ve Değerlendirilmesi”, İktisat Dergisi, 2008, 498, ss. 130-141.
- Türkiye Dışişleri Bakanlığı, <http://www.mfa.gov.tr/iktisadi-isbirligi_ve-gelisme-teskilati-_oecd_.tr.mfa> (04.05.2020).
- Uğurluoğlu, E., H., Özgen, . “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2008, 11(2), ss. 133-158.
- UN, 1948:1 <https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf> (24.02.2020).
- Ülgen, A., A., Serap, (1995), Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, MTM Yayınları, Ankara.
- World Health Organization, (2000), The world health report 2000, Health Systems: Improving Performance, Geneva,
- Yardan, E. D., Y., B. Kiremit, “Türkiye Kalkınma Planlarında Sağlık Sektörü”, Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016, 1(2), ss. 93-110.

- Yazlak, Ö., (2009) Sağlık kurumlarında yönetim işlevleri bağlamında kurumsallaşma sürecinin incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, s. 21, Kütahya.
- Yenimahalleli, G., (2007) Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi (Yayınlanmamış doktora tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yıldırım, Ş., (1994) Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi.(Yayınlanmış uzmanlık Tezi), DPT Yayını No:2350, ss. 3- 28, Ankara.
- Yumuşak, İ. G., Ç., D. Yıldırım, “Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme”, Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 2009, 4(1), 57-70.
- Zehra Nur Zeynep, G., (2020) Sağlık Finansman Modelleri İle Hizmet Kullanım İlişkisi Üzerine Bir Araştırma (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Anabilim Dalı, s.27, İstanbul.

EKLER

EK 1. OECD Ülkeleri - Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları (Devlet-Zorunlu-Gönüllü; ABD Doları) (2000-2010)

Ülkeler	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Avustralya	2.153,70	2.289,30	2.481,00	2.577,10	2.816,70	2.872,40	2.995,10	3.197,70	3.350,10	3.421,90
Avusturya	2.802,60	2.857,60	3.101,00	3.197,70	3.410,90	3.475,90	3.632,30	3.794,20	4.009,30	4.100,00
Belçika	2.297,10	2.403,00	2.644,10	2.916,20	3.098,90	3.117,10	3.204,40	3.317,50	3.558,80	3.732,60
Kanada	2.451,00	2.622,80	2.758,10	2.912,50	3.120,80	3.291,90	3.475,80	3.694,50	3.836,40	3.937,30
Şili	591,30	620,90	652,70	706,70	766,60	810,70	959,50	1.060,70	1.129,40	1.310,60
Kolombiya										
Çek Cumhuriyeti	1.025,50	1.159,60	1.267,70	1.393,70	1.464,00	1.523,40	1.559,00	1.659,90	1.822,90	2.053,70
Danimarka	2.344,60	2.471,00	2.711,70	2.722,90	2.920,60	3.015,00	3.286,80	3.561,70	3.777,70	4.025,80
Estonya	542,80	544,90	624,70	700,20	814,10	888,90	945,50	1.137,40	1.291,70	1.310,70
Finlandiya	1.888,20	1.989,30	2.192,70	2.267,80	2.470,40	2.565,10	2.742,40	2.995,00	3.239,70	3.282,50
Fransa	2.686,30	2.873,80	3.152,00	3.056,00	3.170,90	3.264,60	3.444,80	3.592,20	3.733,40	3.893,30
Almanya	2.894,20	3.007,70	3.239,80	3.329,10	3.391,40	3.429,90	3.564,30	3.749,30	3.955,00	4.168,10
Yunanistan	1.417,70	1.700,00	1.951,10	2.048,50	2.100,80	2.193,60	2.301,40	2.424,60	2.665,50	2.742,10
Macaristan	906,50	995,50	1.167,20	1.364,70	1.381,50	1.463,50	1.510,30	1.429,50	1.492,60	1.496,20
İzlanda	2.666,60	2.759,90	3.077,20	3.181,70	3.312,20	3.346,10	3.449,70	3.653,70	3.682,90	3.528,80
İrlanda	1.828,90	2.133,20	2.418,90	2.578,60	2.804,80	3.093,40	3.202,40	3.382,90	3.643,30	3.864,40
İsrail	1.550,40	1.652,10	1.691,50	1.633,10	1.707,10	1.756,30	1.747,30	1.854,40	1.844,70	1.913,70
İtalya	2.029,60	2.150,60	2.292,70	2.289,20	2.451,00	2.504,10	2.660,50	2.694,60	2.932,50	2.944,50
Japonya	1.850,80	1.942,80	2.065,10	2.196,70	2.306,00	2.471,20	2.559,50	2.688,70	2.799,20	2.974,50
Kore	725,80	860,30	886,30	973,50	1.032,40	1.134,50	1.277,80	1.433,60	1.556,20	1.686,20
Letonya	463,90	552,20	630,80	637,50	796,40	839,70	938,10	1.084,40	1.118,30	1.009,20
Litvanya	574,00	605,90	711,90	816,50	789,40	885,70	1.010,30	1.158,60	1.347,20	1.326,30
Lüksemburg	3.409,70	3.712,50	4.248,80	4.411,20	4.775,90	4.881,40	5.150,30	5.084,60	5.431,10	5.723,80
Meksika	517,30	567,40	600,50	688,50	767,60	771,60	821,70	870,00	899,90	913,10
Hollanda	2.646,20	2.881,60	3.297,00	3.308,60	3.494,70	3.583,50	3.827,00	4.075,30	4.378,40	4.444,20
Yeni Zelanda	1.659,50	1.797,70	1.921,00	1.916,40	2.077,40	2.194,40	2.438,10	2.538,80	2.829,80	2.951,40
Norveç	2.792,50	2.936,80	3.389,20	3.447,60	3.655,50	3.740,90	3.963,50	4.310,10	4.604,50	4.686,90
Polonya	603,90	668,00	774,10	781,50	837,50	834,60	902,70	1.050,50	1.222,70	1.315,60
Portekiz	1.599,60	1.665,30	1.792,30	1.876,10	2.035,10	2.135,40	2.186,80	2.253,10	2.386,10	2.457,20
Slovak Cumhuriyeti	690,10	758,50	868,60	876,50	1.100,60	1.191,40	1.341,70	1.583,80	1.687,10	1.813,50
Slovenya	1.463,40	1.553,20	1.736,60	1.786,30	1.857,80	1.900,00	1.985,10	2.065,20	2.297,50	2.271,20
İspanya	1.523,40	1.634,70	1.803,50	2.015,00	2.123,20	2.212,50	2.392,50	2.483,70	2.671,80	2.749,90
İsveç	2.195,10	2.397,80	2.636,40	2.674,80	2.771,60	2.809,40	3.006,10	3.222,20	3.414,40	3.460,50
İsviçre	3.324,70	3.552,40	3.887,10	3.914,90	4.107,90	4.106,10	4.231,40	4.595,60	4.905,10	5.071,40
Türkiye	431,80	472,60	520,00	509,70	558,60	588,10	677,70	733,10	807,10	817,00
Birleşik Krallık	1.915,70	2.134,60	2.383,60	2.505,80	2.768,90	2.772,70	2.969,60	3.109,90	3.241,80	3.315,20
ABD	4.557,20	4.908,70	5.326,10	5.735,50	6.094,20	6.443,30	6.806,90	7.157,30	7.395,90	7.669,60
OECD Ortalaması	1806,16	1939,84	2136,19	2220,79	2365,37	2447,45	2588,01	2741,62	2915,56	3010,64

Kaynak: OECD, "Health Spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

EK 2. OECD Ülkeleri - Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları (Devlet-Zorunlu-Gönüllü; ABD Doları) (2011-2019)

Ülkeler	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Avustralya	3.595,10	3.809,10	3.854,20	4.092,60	4.190,30	4.381,00	4.605,90	4.710,60	4.964,50	5.187,40
Avusturya	4.257,10	4.345,20	4.588,30	4.767,10	4.858,30	4.944,80	5.195,40	5.360,40	5.538,30	5.851,10
Belçika	3.918,80	4.065,10	4.244,00	4.436,00	4.521,50	4.653,80	4.777,10	5.014,00	5.103,20	5.428,00
Kanada	4.140,60	4.191,20	4.300,70	4.397,20	4.533,30	4.610,20	5.020,60	5.155,30	5.287,40	5.418,40
Şili	1.254,30	1.355,50	1.485,30	1.658,10	1.755,00	1.841,30	1.857,80	2.029,90	2.125,90	2.159,40
Kolombiya		803,00	850,30	1.002,20	1.003,90	1.027,50	1.070,30	1.087,30	1.160,50	1.212,60
Çek Cumhuriyeti	2.001,10	2.041,90	2.090,50	2.448,50	2.564,60	2.545,50	2.670,90	2.891,40	3.170,70	3.426,00
Danimarka	4.160,00	4.169,80	4.315,10	4.455,80	4.536,20	4.674,50	4.849,60	5.107,20	5.294,50	5.567,90
Estonya	1.362,90	1.403,70	1.515,10	1.636,10	1.752,20	1.868,20	2.028,20	2.216,50	2.368,10	2.578,80
Finlandiya	3.415,40	3.586,40	3.773,80	3.920,80	3.937,20	3.993,20	4.103,40	4.238,60	4.331,50	4.578,40
Fransa	4.048,50	4.168,00	4.305,50	4.557,50	4.645,40	4.678,70	4.934,90	5.056,90	5.154,10	5.375,70
Almanya	4.421,50	4.565,80	4.742,70	4.948,70	5.148,70	5.294,60	5.667,80	6.010,60	6.223,80	6.645,80
Yunanistan	2.605,50	2.289,60	2.145,50	2.067,20	2.016,60	2.081,40	2.220,80	2.238,60	2.265,90	2.383,60
Macaristan	1.665,50	1.755,50	1.766,50	1.821,60	1.863,80	1.891,70	1.999,60	2.029,30	2.149,70	2.222,40
İzlanda	3.313,10	3.318,20	3.398,50	3.497,70	3.599,50	3.735,20	3.931,70	4.166,80	4.419,90	4.811,40
İrlanda	4.049,20	4.206,90	4.373,30	4.302,30	4.251,50	4.296,90	4.544,70	4.743,00	4.911,80	5.275,50
İsrail	1.974,50	2.081,80	2.223,30	2.238,50	2.237,60	2.310,60	2.520,30	2.714,70	2.825,80	2.932,50
İtalya	3.103,10	3.098,30	3.071,60	3.042,90	3.036,90	3.089,70	3.273,90	3.399,20	3.484,90	3.649,20
Japonya	3.169,50	3.740,80	3.970,80	4.308,30	4.328,40	4.516,90	4.297,10	4.392,90	4.504,40	4.822,80
Kore	1.878,80	1.966,70	2.071,50	2.128,80	2.231,70	2.490,50	2.660,80	2.809,30	3.085,20	3.384,20
Letonya	1.075,70	1.077,60	1.156,20	1.229,70	1.286,50	1.405,00	1.613,70	1.679,80	1.856,50	1.972,60
Litvanya	1.371,10	1.484,80	1.568,00	1.662,60	1.781,70	1.917,60	2.097,70	2.235,90	2.385,10	2.638,10
Lüksemburg	5.622,60	4.830,50	4.424,50	4.636,70	4.707,00	4.693,50	4.864,10	5.012,60	5.216,30	5.558,30
Meksika	931,40	942,20	1.003,90	1.025,30	998,60	1.067,20	1.084,50	1.119,00	1.144,90	1.153,60
Hollanda	4.472,60	4.567,40	4.782,40	4.923,90	4.934,60	4.928,40	5.075,50	5.263,80	5.436,30	5.765,10
Yeni Zelanda	3.044,50	3.132,30	3.240,00	3.388,20	3.500,10	3.521,10	3.762,70	3.820,40	4.024,60	4.204,00
Norveç	4.775,10	4.965,20	5.209,60	5.485,90	5.707,40	5.728,30	5.904,00	6.075,50	6.283,20	6.646,70
Polonya	1.422,80	1.496,60	1.578,60	1.670,80	1.687,10	1.819,30	1.959,00	2.069,60	2.113,70	2.292,10
Portekiz	2.528,80	2.408,10	2.345,60	2.417,00	2.450,90	2.540,10	2.822,50	2.922,40	3.097,30	3.378,60
Slovak Cumhuriyeti	2.010,40	1.974,80	2.097,40	2.153,70	2.010,10	2.059,70	2.039,50	2.048,40	2.142,10	2.353,60
Slovenya	2.318,40	2.376,60	2.431,00	2.495,30	2.499,10	2.579,90	2.738,10	2.853,30	3.054,60	3.224,00
İspanya	2.736,20	2.734,10	2.729,00	2.764,30	2.858,10	3.020,50	3.148,70	3.322,40	3.429,80	3.616,50
İsveç	3.432,90	4.461,70	4.679,80	4.731,40	4.865,60	5.002,10	5.121,80	5.318,10	5.433,70	5.782,30
İsviçre	5.087,00	5.259,60	5.565,30	5.923,90	6.158,70	6.467,50	6.807,80	7.037,00	7.279,80	7.732,40
Türkiye	843,30	888,30	894,70	947,70	1.006,80	1.040,40	1.128,70	1.187,50	1.223,60	1.339,50
Birleşik Krallık	3.430,80	3.496,90	3.638,70	3.694,50	3.779,80	3.828,30	3.990,00	4.126,30	4.289,80	4.653,10
ABD	7.922,20	8.131,50	8.404,90	8.610,60	9.034,20	9.498,30	9.880,20	10.212,70	10.637,10	11.071,70
OECD Ortalaması	3093,34	3113,26	3211,79	3337,55	3412,94	3514,69	3682,95	3829,11	3984,28	4224,14

Kaynak: OECD, "Health Spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

EK 3. OECD Ülkeleri -Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2000-2010)

Ülkeler	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Avustralya	68,38	67,76	68,63	68,05	68,35	68,40	68,31	69,31	69,00	69,29
Avusturya	75,54	75,01	74,80	74,50	73,38	73,98	74,40	74,37	74,96	75,10
Belçika	74,61	75,41	73,80	73,82	74,73	74,54	74,36	73,98	75,54	76,10
Kanada	69,97	69,71	69,27	69,95	69,88	69,86	69,62	69,78	69,96	70,39
Şili	53,32	52,71	52,81	52,21	53,00	52,93	54,09	54,98	56,40	59,03
Kolombiya										
Çek Cumhuriyeti	89,81	89,36	90,00	89,39	88,78	86,84	86,32	84,69	82,11	83,27
Danimarka	83,11	83,41	83,80	83,91	83,55	83,74	83,87	83,71	84,02	84,46
Estonya	76,97	78,36	76,56	76,66	74,90	74,79	75,71	75,93	76,98	77,87
Finlandiya	72,36	73,00	74,85	75,19	75,74	75,90	77,04	76,98	77,20	77,29
Fransa	78,88	78,91	79,18	78,78	78,79	78,68	77,25	77,06	76,52	76,53
Almanya	78,09	78,05	77,61	77,11	75,55	75,34	74,93	74,92	75,05	83,34
Yunanistan	61,63	63,21	60,46	59,86	58,62	60,84	61,61	63,34	65,33	68,32
Macaristan	69,64	68,17	69,57	70,54	70,39	70,69	70,79	68,91	68,90	68,33
İzlanda	80,57	80,53	81,43	81,67	81,21	81,36	81,95	82,51	82,60	81,98
İrlanda	77,52	78,44	78,99	78,76	78,91	78,87	77,83	79,23	79,32	77,07
İsrail	63,10	62,68	64,01	62,51	61,78	59,93	62,32	60,60	61,28	61,22
İtalya	72,64	74,62	74,96	75,33	76,24	77,49	77,75	77,49	77,67	78,31
Japonya	80,43	80,97	80,76	79,97	80,27	81,17	80,32	81,25	81,17	81,29
Kore	53,89	58,62	59,01	58,63	59,13	59,38	61,25	60,95	59,03	60,89
Letonya	50,74	48,73	49,59	49,84	56,18	55,70	61,54	60,87	60,33	59,65
Litvanya	68,50	71,56	73,93	75,37	66,54	66,73	67,60	71,10	71,24	72,46
Lüksemburg	81,97	82,74	83,04	82,89	83,34	83,19	82,79	84,19	87,33	85,75
Meksika	45,22	43,76	42,68	41,51	43,46	42,24	42,83	43,82	45,92	46,67
Hollanda	69,04	69,63	69,98	70,16	68,60	68,42	83,75	84,07	82,67	83,18
Yeni Zelanda	78,02	76,42	77,90	78,33	79,63	79,68	80,07	82,39	80,86	81,06
Norveç	81,68	82,80	82,89	83,17	83,02	83,05	83,34	83,70	84,14	84,44
Polonya	68,87	71,02	70,44	69,16	67,74	68,68	69,25	70,08	71,67	71,65
Portekiz	38,47	40,58	43,12	41,02	41,96	42,01	42,93	48,72	53,28	54,24
Slovak Cumhuriyeti	154,59	146,34	146,67	148,42	123,94	117,20	108,19	93,26	100,17	91,51
Slovenya	12,94	12,58	10,18	10,66	11,29	11,59	12,34	12,98	12,83	13,41
İspanya	71,35	71,03	71,04	71,11	71,35	71,55	72,10	72,30	73,28	75,07
İsveç	85,54	82,17	82,61	83,16	82,73	82,33	82,41	82,58	82,52	82,49
İsviçre	58,12	59,37	60,95	61,63	61,57	63,06	62,46	62,43	63,56	64,08
Türkiye	61,67	67,25	69,98	71,20	71,70	67,74	68,85	68,78	72,69	80,50
Birleşik Krallık	76,40	76,16	77,11	78,17	79,82	80,91	81,67	80,11	81,28	82,46
ABD	44,19	45,15	45,13	44,92	45,25	45,39	46,13	46,23	47,27	48,22
OECD Ortalaması	70,21	70,45	70,77	70,77	70,04	69,84	70,50	70,49	71,22	71,86

Kaynak: OECD, “Health Spending”, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

EK 4. OECD Ülkeleri -Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2010-2019)

Ülkeler	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Avustralya	68,64	69,21	67,54	64,81	64,52	65,54	66,07	66,48	66,70	67,38
Avusturya	74,65	74,61	74,68	74,01	74,01	74,06	73,96	73,98	74,70	75,24
Belçika	76,08	76,03	76,47	76,01	75,85	75,77	76,10	75,96	75,81	75,99
Kanada	70,13	70,74	71,02	71,17	70,58	70,98	69,94	70,08	70,35	70,41
Şili	59,03	59,45	59,99	59,35	58,95	58,75	58,49	60,15	60,33	59,30
Kolombiya		75,95	73,87	76,17	75,32	75,27	74,09	73,50	74,47	73,89
Çek Cumhuriyeti	83,33	83,88	83,74	83,61	82,69	82,37	81,98	82,10	83,03	83,29
Danimarka	83,88	83,61	83,98	84,26	84,19	84,18	84,12	84,02	83,88	83,76
Estonya	76,33	76,69	76,66	75,61	75,68	75,62	75,65	73,59	73,67	74,31
Finlandiya	76,82	77,33	77,92	77,69	77,71	76,96	76,25	76,43	76,92	77,24
Fransa	76,29	76,04	76,12	76,27	76,54	76,64	83,07	83,27	83,63	83,74
Almanya	83,25	83,11	82,97	83,83	84,21	84,17	84,31	84,52	84,56	84,99
Yunanistan	68,90	65,70	66,11	61,70	57,67	57,58	60,73	60,46	58,75	59,23
Macaristan	67,10	66,53	65,54	66,65	67,09	68,19	68,10	69,14	69,45	69,40
İzlanda	80,43	80,06	79,93	80,24	80,50	80,82	81,51	81,87	82,37	82,89
İrlanda	76,18	72,34	72,07	71,19	71,01	72,04	72,44	72,79	73,89	74,28
İsrail	62,80	62,59	62,61	63,42	63,13	63,42	63,46	63,85	64,70	64,74
İtalya	78,45	77,01	75,88	75,76	75,42	74,43	74,40	73,73	73,89	74,15
Japonya	81,93	83,74	83,93	84,26	84,12	84,08	84,04	84,22	84,09	84,27
Kore	60,93	60,03	59,13	59,13	58,85	58,90	59,05	59,42	59,92	60,79
Letonya	60,18	63,49	60,34	60,01	59,67	58,65	55,87	57,33	59,88	59,79
Litvanya	71,72	70,99	67,32	66,25	67,56	67,14	66,60	66,14	67,05	67,05
Lüksemburg	84,91	83,16	82,85	83,09	83,48	83,66	83,61	83,95	84,08	84,50
Meksika	48,65	51,33	51,59	52,77	51,79	52,17	52,33	51,51	50,84	50,54
Hollanda	83,38	82,66	82,11	81,15	81,08	81,38	81,14	81,65	82,07	82,68
Yeni Zelanda	81,17	80,88	80,50	80,05	79,56	78,99	78,65	78,59	79,22	79,53
Norveç	84,68	84,42	84,76	85,02	85,29	85,52	85,38	85,12	85,32	85,35
Polonya	71,68	70,87	70,04	70,65	70,66	69,75	69,32	69,50	71,50	71,90
Portekiz	57,17	60,50	64,53	66,12	65,80	64,64	58,07	56,03	55,42	56,59
Slovak Cumhuriyeti	84,66	88,36	83,40	82,69	88,41	89,95	97,64	100,57	104,00	98,32
Slovenya	15,17	16,38	17,32	17,22	17,62	17,60	16,55	16,08	0,00	0,00
İspanya	74,44	73,49	72,11	71,01	70,26	71,32	71,55	70,65	70,40	70,78
İsveç	82,41	84,44	84,21	84,03	84,03	84,08	84,42	84,76	85,09	85,23
İsviçre	64,29	64,81	66,17	66,96	66,09	66,23	65,47	65,87	64,39	64,50
Türkiye	77,99	79,13	79,18	78,36	77,60	78,13	78,44	77,71	77,38	78,28
Birleşik Krallık	81,85	81,50	80,78	79,24	79,47	79,50	79,66	78,70	77,78	77,79
ABD	48,48	48,53	48,44	48,90	84,11	84,57	84,41	84,40	84,69	84,78
OECD Ortalaması	71,61	71,88	71,51	71,32	72,18	72,24	72,35	72,38	72,28	72,35

Kaynak: OECD, “Health Spending”, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

EK 5. OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2000-2009)

Ülkeler	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Avustralya	21,00	20,44	19,92	19,15	19,22	19,64	19,75	19,00	19,04	19,05
Avusturya	17,82	18,46	18,61	18,89	19,30	19,18	18,81	18,81	18,25	18,05
Belçika				21,12	20,27	20,34	20,49	20,83	20,17	19,92
Kanada	16,61	15,93	15,91	15,25	15,29	15,37	15,66	15,36	15,24	14,91
Şili	42,82	42,62	42,49	42,76	41,85	42,47	40,75	39,19	37,43	34,47
Kolombiya										
Çek Cumhuriyeti	10,20	10,64	10,00	10,37	10,70	11,09	11,65	13,63	16,13	15,05
Danimarka	15,35	15,12	14,73	14,56	14,87	14,71	14,53	14,56	14,12	13,68
Estonya	20,36	19,25	20,55	20,51	22,41	22,65	23,17	22,66	20,72	20,34
Finlandiya	23,41	22,82	20,99	20,60	20,11	19,83	19,04	19,19	18,75	18,53
Fransa	7,27	7,34	7,14	7,38	7,25	7,37	9,35	9,51	10,01	10,16
Almanya	12,16	12,16	12,45	12,71	13,89	13,98	14,36	14,27	13,97	13,74
Yunanistan	0,00	0,00	0,00	37,90	38,96	36,88	36,04	34,22	32,21	29,50
Macaristan	27,32	28,81	27,51	26,36	25,83	25,77	25,01	26,26	26,35	26,23
İzlanda	19,43	19,48	18,57	16,98	17,44	17,24	16,61	16,04	15,96	16,62
İrlanda	12,12	10,65	10,47	13,15	12,22	13,55	13,93	11,57	11,86	12,70
İsrail	29,49	30,33	27,85	28,63	28,73	30,25	25,73	26,66	25,35	25,42
İtalya	26,46	24,48	24,12	23,72	22,83	21,60	21,32	21,52	21,34	20,66
Japonya	15,92	15,79	15,98	16,89	16,59	15,67	16,42	15,52	15,24	15,16
Kore	43,63	39,21	38,63	38,74	38,03	37,73	35,74	35,77	37,05	34,29
Letonya	47,66	48,84	47,59	48,56	40,63	41,69	35,59	36,81	37,31	38,78
Litvanya	27,14	27,58	25,61	24,18	32,92	32,78	31,85	28,40	28,18	26,82
Lüksemburg	14,25	13,66	13,86	13,26	12,77	12,92	13,37	10,31	10,06	9,90
Meksika	52,23	53,44	54,35	55,67	53,69	54,59	53,77	52,49	48,59	47,36
Hollanda	11,03	10,47	9,81	9,61	9,96	9,88	8,33	7,89	9,92	9,07
Yeni Zelanda	15,36	16,99	16,05	0,00	14,11	14,07	13,84	11,45	13,23	12,36
Norveç	17,94	16,96	16,83	16,60	16,76	16,72	16,45	16,07	15,66	15,26
Polonya	31,11	28,98	26,44	27,58	29,44	27,75	27,11	26,29	24,43	24,36
Portekiz	24,98	24,45	22,57	23,23	23,03	23,31	25,13	25,67	25,82	24,61
Slovak Cumhuriyeti	10,84	10,90	11,02	12,21	20,92	23,61	26,59	27,37	21,02	22,42
Slovenya	0,00	0,00	0,00	12,47	12,15	13,02	12,27	13,63	12,64	12,78
İspanya	24,32	24,85	24,60	22,46	22,16	21,76	21,02	20,74	20,64	19,02
İsveç	14,46	16,87	16,48	15,85	16,24	16,60	16,49	16,27	16,31	16,43
İsviçre	31,04	30,12	29,05	28,62	28,76	27,14	27,35	27,33	26,50	26,20
Türkiye	28,90	23,42	20,33	18,93	20,18	24,18	23,65	23,88	19,18	14,50
Birleşik Krallık	17,10	17,28	16,65	15,84	14,59	13,31	12,64	14,30	13,01	12,28
ABD	15,47	14,74	14,31	14,16	13,93	13,85	13,47	13,47	13,14	12,50
OECD Ortalaması	20,70	20,36	19,76	21,25	21,89	22,01	21,59	21,30	20,69	20,09

Kaynak: OECD, "Health Spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

EK 6. OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2010-2019)

Ülkeler	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Avustralya	19,75	19,17	19,93	19,71	19,61	18,95	18,34	17,94	
Avusturya	18,60	18,74	18,67	19,17	19,10	19,09	19,24	19,14	18,36
Belçika	19,94	19,79	19,47	19,74	19,77	19,50	18,94	19,03	19,05
Kanada	15,23	14,51	14,27	14,02	14,59	14,24	15,17	14,98	14,73
Şili	34,47	34,50	33,41	33,64	34,27	34,51	34,75	33,31	33,24
Kolombiya		15,32	17,85	16,14	16,29	15,91	16,37	16,31	0,00
Çek Cumhuriyeti	15,25	15,02	15,29	13,59	14,08	14,83	15,02	14,81	14,19
Danimarka	14,38	14,55	14,16	13,81	13,77	13,67	13,71	13,74	13,77
Estonya	21,92	21,56	21,52	22,61	22,62	22,77	22,69	24,81	24,56
Finlandiya	19,06	18,42	17,71	18,04	17,93	18,83	19,27	19,29	18,43
Fransa	10,22	10,23	10,11	9,93	9,84	9,70	9,55	9,54	9,25
Almanya	13,80	13,85	14,03	13,18	12,87	12,96	12,87	12,65	12,51
Yunanistan	28,26	31,16	30,45	34,08	37,10	36,76	34,88	35,08	36,44
Macaristan	27,42	28,21	29,37	28,36	28,34	27,47	27,67	26,99	26,89
İzlanda	18,19	18,47	18,57	18,26	17,98	17,64	16,87	16,45	15,95
İrlanda	13,80	13,91	13,89	14,28	14,03	13,22	12,67	12,59	12,08
İsrail	23,81	23,76	23,41	22,65	23,01	22,50	22,69	21,97	21,14
İtalya	20,55	22,03	22,08	22,23	22,54	23,47	23,32	23,81	23,54
Japonya	14,57	13,12	12,97	12,70	12,87	12,95	12,86	12,65	12,75
Kore	34,02	34,14	34,55	34,22	33,86	33,60	33,03	32,62	32,50
Letonya	37,19	34,30	37,82	38,47	39,11	40,46	43,32	41,79	39,18
Litvanya	27,59	28,22	31,80	32,82	31,49	31,84	32,32	32,64	31,64
Lüksemburg	10,23	10,88	11,47	11,20	11,07	10,71	10,74	10,66	10,44
Meksika	45,66	42,73	42,60	41,30	41,51	41,37	40,38	41,28	41,43
Hollanda	9,10	9,48	10,09	11,54	11,59	11,29	11,29	11,05	10,80
Yeni Zelanda	11,96	12,10	12,27	12,37	12,85	13,37	13,58	13,58	12,91
Norveç	15,05	15,21	14,80	14,59	14,38	14,14	14,27	14,51	14,31
Polonya	23,71	23,95	24,26	23,65	23,12	23,04	22,82	22,81	20,42
Portekiz	24,55	26,30	28,18	26,97	27,70	27,73	29,65	29,86	29,52
Slovak Cumhuriyeti	22,80	23,57	23,23	23,32	18,01	18,44	18,20	18,71	18,91
Slovenya	12,64	12,20	12,46	12,46	12,98	12,47	11,98	12,32	11,93
İspanya	20,29	20,39	21,81	22,77	23,13	22,29	21,96	22,12	22,16
İsveç	16,46	14,60	14,81	14,92	14,92	14,89	14,49	14,08	13,78
İsviçre	26,19	25,64	25,87	25,16	26,04	25,86	26,57	26,41	27,98
Türkiye	16,87	15,90	15,94	16,93	17,73	16,95	16,47	17,38	17,49
Birleşik Krallık	12,88	13,12	13,82	15,28	15,13	15,10	15,25	15,88	16,71
ABD	12,25	12,25	12,10	12,01	11,54	11,22	11,20	11,00	10,81
OECD Ortalaması	20,24	20,03	20,41	20,44	20,45	20,37	20,39	20,37	19,18

Kaynak: OECD, "Health Spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

EK 7. OECD Ülkelerinde Gönüllü Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2000-2009)

Ülkeler	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Avustralya	31,62	32,25	31,37	31,95	31,65	31,60	31,69	30,69	31,00	30,71
Avusturya	24,46	24,99	25,20	25,50	26,62	26,02	25,60	25,64	25,04	24,90
Belçika	25,39	24,59	26,21	26,18	25,27	25,46	25,64	26,02	24,46	23,90
Kanada	30,03	30,29	30,73	30,05	30,12	30,14	30,38	30,22	30,04	29,61
Şili	46,68	47,29	47,19	47,79	47,00	47,07	45,91	45,02	43,60	40,97
Kolombiya										
Çek Cumhuriyeti	10,20	10,64	10,00	10,61	11,22	13,16	13,68	15,31	17,89	16,73
Danimarka	16,89	16,60	16,19	16,09	16,45	16,26	16,13	16,29	15,98	15,54
Estonya	23,01	21,64	23,44	23,35	25,10	25,21	24,29	24,08	23,02	22,13
Finlandiya	27,64	27,00	25,15	24,81	24,26	24,10	22,96	23,02	22,80	22,71
Fransa	21,12	21,09	20,82	21,22	21,21	21,32	22,75	22,94	23,48	23,47
Almanya	21,91	21,95	22,38	22,88	24,45	24,66	25,07	25,08	24,95	16,66
Yunanistan	38,37	36,79	39,54	40,14	41,37	39,16	38,39	36,66	34,67	31,67
Macaristan	30,35	31,83	30,43	29,46	29,61	29,31	29,22	31,09	31,10	31,67
İzlanda	19,43	19,48	18,57	18,33	18,79	18,64	18,05	17,49	17,40	18,02
İrlanda	22,48	21,56	21,01	21,24	21,08	21,13	22,17	20,77	20,68	22,93
İsrail	34,57	35,31	33,77	35,47	35,96	38,03	36,24	38,11	37,32	37,48
İtalya	27,36	25,38	25,04	24,66	23,76	22,51	22,25	22,51	22,33	21,69
Japonya	19,57	19,03	19,25	20,03	19,73	18,83	19,68	18,75	18,83	18,71
Kore	46,11	41,38	40,99	41,37	40,87	40,62	38,75	39,06	40,97	39,11
Letonya	49,23	51,27	50,43	50,18	43,37	43,99	38,46	39,07	39,58	39,87
Litvanya	31,48	28,44	26,07	24,62	33,44	33,26	32,39	28,89	28,76	27,54
Lüksemburg	18,03	17,26	16,96	17,11	16,66	16,81	17,21	15,81	12,67	14,25
Meksika	54,78	56,24	57,30	58,49	56,54	57,76	57,17	56,18	54,08	53,33
Hollanda	30,96	30,37	30,02	29,83	31,40	31,58	16,25	15,93	17,32	16,82
Yeni Zelanda	21,98	23,58	22,10	21,66	20,37	20,32	19,93	17,61	19,14	18,94
Norveç	18,32	17,20	17,12	16,83	16,98	16,95	16,66	16,30	15,81	15,51
Polonya	31,11	28,98	29,56	30,83	32,26	31,32	30,76	29,93	28,33	28,34
Portekiz	29,53	29,18	27,41	29,00	28,98	28,73	30,87	31,29	31,62	30,08
Slovak Cumhuriyeti	10,84	10,90	11,02	12,21	22,42	24,72	30,01	30,70	24,63	26,51
Slovenya	27,10	28,53	26,63	27,17	26,57	26,51	26,88	28,48	26,45	26,93
İspanya	28,64	28,97	28,96	28,89	28,65	28,44	27,90	27,70	26,72	24,93
İsveç	14,46	17,83	17,39	16,84	17,27	17,67	17,59	17,42	17,48	17,51
İsviçre	41,88	40,63	39,05	38,37	38,43	36,94	37,54	37,57	36,44	35,92
Türkiye	38,33	32,75	30,02	28,80	28,30	32,26	31,15	31,21	27,31	19,50
Birleşik Krallık	23,60	23,84	22,89	21,83	20,18	19,09	18,32	19,89	18,72	17,54
ABD	55,81	54,85	54,87	55,08	54,75	54,61	53,87	53,77	52,73	51,78
OECD Ortalaması	28,98	28,61	28,20	28,30	28,64	28,73	28,11	27,96	27,32	26,50

Kaynak: OECD, "Health Spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

EK 8. OECD Ülkelerinde Gönüllü Sağlık Sigortası Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2010-2019)

Ülkeler	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Avustralya	31,36	30,79	32,46	35,19	35,48	34,46	33,94	33,52	33,30	32,62
Avusturya	25,35	25,38	25,32	25,99	25,99	25,94	26,04	26,02	25,30	24,76
Belçika	23,92	23,97	23,53	23,99	24,15	24,23	23,90	24,04	24,19	24,01
Kanada	29,87	29,26	28,98	28,83	29,42	29,02	30,06	29,92	29,65	29,59
Şili	40,97	40,54	40,01	40,64	41,05	41,25	41,51	39,85	39,67	40,69
Kolombiya		24,05	26,12	23,82	24,68	24,73	25,91	26,50	25,53	26,11
Çek Cumhuriyeti	16,67	16,12	16,25	16,39	17,31	17,63	18,02	17,90	16,97	16,71
Danimarka	16,12	16,39	16,02	15,74	15,81	15,82	15,88	15,98	16,12	16,24
Estonya	23,67	23,25	23,31	24,38	24,28	24,38	24,34	26,41	26,33	25,69
Finlandiya	23,19	22,67	22,08	22,31	22,29	23,04	23,76	23,57	23,08	22,76
Fransa	23,71	23,96	23,88	23,73	23,46	23,36	16,93	16,73	16,37	16,26
Almanya	16,76	16,89	17,03	16,17	15,79	15,83	15,69	15,48	15,44	15,01
Yunanistan	31,07	34,11	33,75	37,47	41,02	40,77	39,00	39,36	41,11	40,70
Macaristan	32,89	33,48	34,47	33,35	32,90	31,81	31,90	30,86	30,55	30,61
İzlanda	19,57	19,94	20,06	19,76	19,50	19,18	18,49	18,14	17,63	17,11
İrlanda	23,82	27,66	27,93	28,81	28,98	27,96	27,56	27,21	26,11	25,72
İsrail	35,91	36,06	35,98	35,19	35,53	35,18	35,20	34,46	33,56	33,48
İtalya	21,55	22,99	24,12	24,24	24,57	25,57	25,60	26,27	26,11	25,85
Japonya	18,07	16,26	16,07	15,74	15,88	15,92	15,96	15,78	15,91	15,73
Kore	39,07	39,97	40,87	40,87	41,15	41,10	40,95	40,58	40,08	39,21
Letonya	39,81	36,50	39,66	39,99	40,33	41,35	44,13	42,67	40,12	40,20
Litvanya	28,22	28,92	32,62	33,71	32,38	32,80	33,39	33,84	32,93	32,93
Lüksemburg	15,09	16,84	15,62	15,45	15,13	14,96	15,07	14,67	14,51	14,08
Meksika	51,35	48,67	48,41	47,23	48,21	47,84	47,67	48,49	49,16	49,46
Hollanda	16,62	17,34	17,89	18,85	18,92	18,62	18,86	18,35	17,93	17,32
Yeni Zelanda	18,83	19,12	19,50	19,95	20,44	21,01	21,35	21,41	20,78	20,47
Norveç	15,27	15,58	15,24	14,98	14,71	14,49	14,62		14,68	14,65
Polonya	28,32	29,13	29,96	29,34	29,34	30,26	30,68	30,50	28,50	28,11
Portekiz	30,23	32,30	34,43	33,08	33,92	33,83	38,52	38,89	38,46	38,76
Slovak Cumhuriyeti	28,09	26,22	27,83	25,79	19,78	20,28	19,64	20,06	19,86	18,77
Slovenya	26,58	26,58	28,04	28,63	28,89	28,19	27,27	27,80	27,07	28,22
İspanya	25,56	26,51	27,89	28,99	29,73	28,68	28,45	29,35	29,60	29,22
İsveç	17,59	15,56	15,79	15,97	15,97	15,92	15,58	15,24	14,91	14,77
İsviçre	35,71	35,19	33,83	33,04	33,91	33,77	34,53	34,13	35,61	35,50
Türkiye	22,00	20,87	20,83	21,65	22,40	21,87	21,56	22,29	22,61	21,72
Birleşik Krallık	18,15	18,50	19,21	20,76	20,53	20,50	20,34	21,31	22,22	22,21
ABD	51,52	51,47	51,56	51,10	15,89	15,43	15,59	15,60	15,31	15,22
OECD Ortalaması	26,74	26,73	27,20	27,33	26,48	26,40	26,43	26,76	26,14	25,96

Kaynak: OECD, “Health Spending”, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, (02.07.2020).

EK 9. OECD Ülkeleri -Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (ABD doları) (2000-2009)

Ülkeler	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Avustralya	7,62	7,77	8,07	7,99	8,32	8,08	7,91	8,08	8,36	8,22
Avusturya	9,54	9,62	9,95	9,95	10,11	9,92	9,66	9,63	9,70	10,01
Belçika	8,26	8,29	8,73	9,44	9,67	9,40	9,10	9,03	9,39	9,88
Kanada	8,35	8,68	8,91	9,01	9,20	9,06	9,12	9,34	9,50	10,12
Şili	6,21	6,25	6,34	6,55	6,52	6,40	6,12	6,29	6,87	8,13
Kolombiya										
Çek Cumhuriyeti	6,34	6,61	6,97	7,18	7,05	6,95	6,58	6,37	6,58	7,47
Danimarka	8,18	8,39	8,85	8,84	8,87	8,83	8,81	9,14	9,15	9,97
Estonya	5,77	5,29	5,37	50,74	5,62	5,36	4,91	5,14	5,66	6,36
Finlandiya	7,05	7,15	7,67	7,81	7,92	8,00	7,97	7,88	8,08	8,64
Fransa	10,29	10,45	11,05	10,86	10,92	10,70	10,62	10,54	10,64	11,21
Almanya	10,54	10,49	10,98	11,01	10,69	10,64	10,29	10,18	10,29	11,11
Yunanistan	7,26	8,11	8,63	8,58	8,26	8,58	8,07	8,28	8,64	9,02
Macaristan	7,64	7,53	8,04	8,83	8,51	82,50	8,24	73,53	7,21	7,23
İzlanda	8,97	8,69	9,46	9,75	9,32	8,96	8,84	8,87	8,56	8,43
İrlanda	6,06	6,55	6,87	7,12	7,25	7,65	7,24	7,24	8,24	9,29
İsrail	6,23	6,65	6,73	6,88	6,80	7,10	6,84	6,79	6,76	6,96
İtalya	7,49	7,67	7,98	7,86	8,32	8,34	8,25	7,95	8,31	8,57
Japonya	6,90	7,07	7,33	7,59	7,60	7,80	7,73	7,79	8,04	8,96
Kore	3,91	4,37	4,14	4,41	4,34	4,50	4,75	4,93	5,20	5,69
Letonya	5,79	6,12	6,28	5,79	6,53	6,07	5,96	5,98	5,75	5,96
Litvanya	6,71	6,41	6,78	6,77	6,06	6,10	6,13	6,07	6,49	7,30
Lüksemburg	6,17	6,65	7,24	7,36	7,46	7,16	6,61	6,06	6,27	6,96
Meksika	4,76	5,19	5,46	6,09	6,44	6,15	5,99	6,11	6,05	6,28
Hollanda	8,30	8,68	9,57	9,70	9,77	9,52	9,34	9,28	9,43	9,96
Yeni Zelanda	7,73	8,03	8,29	8,03	8,31	8,58	8,81	8,66	9,50	9,65
Norveç	7,56	7,77	8,92	8,94	8,60	7,83	7,33	7,71	7,46	8,46
Polonya	5,67	6,02	6,57	6,37	6,28	6,01	5,96	6,26	6,68	65,94
Portekiz	8,47	8,53	8,80	9,01	9,48	9,40	8,87	8,76	8,95	9,28
Slovak Cumhuriyeti	6,08	6,12	6,53	6,19	7,25	7,18	7,13	7,50	7,15	7,90
Slovenya	8,13	8,19	8,58	8,47	8,17	7,97	7,73	7,50	7,76	8,25
İspanya	7,05	7,11	7,40	8,06	8,12	8,02	7,79	7,66	8,04	8,56
İsveç	7,41	8,01	8,52	8,42	8,19	8,20	7,98	7,89	8,10	8,58
İsviçre	9,38	9,74	10,38	10,46	10,56	10,19	9,45	9,30	9,38	9,83
Türkiye	4,58	5,21	5,65	5,36	5,19	4,99	5,02	4,98	5,07	5,32
Birleşik Krallık	7,25	7,69	8,20	8,28	8,66	8,49	8,54	8,74	8,85	9,46
ABD	12,55	13,23	14,02	14,55	14,63	14,63	14,72	14,94	15,31	16,31
OECD Ortalaması	7,39	7,62	8,04	9,40	8,19	10,15	7,90	9,73	8,09	10,26

Kaynak: OECD, “Gross Domestic Product (GDP)”, <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>, (02.07.2020).

EK 10. OECD Ülkeleri -Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (ABD doları) (2010-2019)

Ülkeler	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Avustralya	8,40	8,58	8,78	8,57	8,79	9,26	9,16	9,18	9,24	9,27
Avusturya	10,12	9,77	9,87	9,94	9,95	9,90	9,87	9,81	9,74	9,90
Belçika	9,83	9,93	10,04	10,16	10,06	10,07	9,83	9,88	9,77	9,95
Kanada	10,32	10,06	10,17	9,93	9,91	10,32	10,80	10,60	10,56	10,55
Şili	6,92	6,68	6,93	7,42	7,74	8,15	8,21	8,60	8,60	8,62
Kolombiya		6,78	6,95	7,75	7,44	7,63	7,54	7,43	7,56	7,53
Çek Cumhuriyeti	7,26	7,09	7,20	8,03	7,95	7,55	7,44	7,51	7,85	8,05
Danimarka	9,67	9,39	9,63	9,53	9,47	9,53	9,33	9,28	9,25	9,31
Estonya	6,26	5,67	5,80	5,93	6,02	6,34	6,49	6,54	6,50	6,64
Finlandiya	8,76	8,77	9,23	9,45	9,43	9,40	9,13	8,92	8,77	8,90
Fransa	11,27	11,13	11,43	11,53	11,57	11,46	11,52	11,31	11,11	10,94
Almanya	11,14	10,73	10,94	11,00	10,95	11,10	11,21	11,34	11,43	11,85
Yunanistan	9,25	8,76	8,49	7,92	7,51	7,74	7,98	7,70	7,46	7,59
Macaristan	7,72	7,67	7,63	7,44	7,28	7,09	7,22	6,87	6,81	6,54
İzlanda	8,36	8,14	8,11	7,92	7,87	7,65	7,41	7,50	7,65	8,00
İrlanda	9,34	9,38	9,45	8,98	8,32	6,21	6,31	6,06	5,81	5,96
İsrail	6,85	6,81	7,01	6,55	6,54	6,52	6,66	6,96	7,02	6,95
İtalya	8,90	8,56	8,53	8,44	8,39	8,37	8,20	8,13	8,14	8,27
Japonya	9,06	10,46	10,67	11,04	11,05	11,18	10,75	10,74	10,89	11,14
Kore	5,92	6,04	6,17	6,22	6,32	6,57	6,72	6,85	7,32	7,88
Letonya	6,11	5,44	5,43	5,42	5,40	5,66	6,11	5,89	6,06	6,13
Litvanya	6,84	6,51	6,36	6,23	6,33	6,65	6,78	6,61	6,66	6,92
Lüksemburg	6,57	5,26	4,83	4,87	4,66	4,52	4,41	4,45	4,47	4,59
Meksika	6,10	5,69	5,83	5,87	5,50	5,79	5,56	5,59	5,54	5,57
Hollanda	9,92	9,80	10,12	10,00	10,02	9,80	9,71	9,51	9,44	9,69
Yeni Zelanda	9,77	9,58	9,84	9,39	9,43	9,41	9,43	9,19	9,44	9,60
Norveç	8,24	8,00	7,97	8,19	8,66	9,49	10,02	9,65	9,29	9,95
Polonya	6,84	6,63	6,71	6,84	6,67	6,86	7,01	6,94	6,72	6,77
Portekiz	9,27	9,00	8,87	8,65	8,53	8,56	8,93	8,83	9,02	9,27
Slovak Cumhuriyeti	8,04	7,58	7,79	7,70	6,93	6,88	6,88	6,63	6,58	6,89
Slovenya	8,33	8,21	8,37	8,32	8,09	8,15	8,08	7,78	7,88	7,93
İspanya	8,63	8,58	8,60	8,52	8,52	8,65	8,44	8,38	8,46	8,57
İsveç	8,12	10,00	10,30	10,22	10,31	10,18	10,16	10,08	10,11	10,35
İsviçre	9,59	9,36	9,62	9,86	9,95	10,12	10,36	10,48	10,50	10,90
Türkiye	4,89	4,57	4,37	4,27	4,20	4,04	4,26	4,21	4,30	4,74
Birleşik Krallık	9,43	9,41	9,50	9,24	9,16	9,00	9,04	8,97	9,13	9,55
ABD	16,37	16,32	16,31	16,23	16,43	16,73	17,07	17,03	16,92	17,00
OECD Ortalaması	8,57	8,39	8,48	8,47	8,41	8,45	8,49	8,42	8,43	8,60

Kaynak: OECD, “Gross Domestic Product (GDP)”, <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>, (02.07.2020).