

## FİNANSMAN TÜRÜNE GÖRE OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ: 1980 SONRASI<sup>1</sup>

(Sayfa 36-52)

Öğr. Gör. Leyla GÜR

Avrasya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO,  
[leylagur@avrasya.edu.tr](mailto:leylagur@avrasya.edu.tr), orcid: 0000-0002-7901-2586

Dr. Öğr. Üyesi Dilek GÖZE KAYA

Süleyman Demirel Üniversitesi,  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü,  
[dilekkaya@sdu.edu.tr](mailto:dilekkaya@sdu.edu.tr), orcid: 0000-0003-3477-1877

### Öz

Sağlık hizmetlerinin sunumu kamu finansmanı ve özel finansman olarak ikiye ayrılmaktadır. Kamu finansmanı ise vergiye dayalı finansman (Beveridge) ve sosyal sağlık sigortası ile finansman (Bismarck) olarak sunulmaktadır. Beşerî sermaye üzerinde sağlığın yaratmış olduğu olumlu etkilerin ölçülebilmesi için bazı göstergelerden (toplam sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içerisindeki payı, kişi başına kamu ve özel sağlık harcamaları gibi) faydalanılmaktadır.

Çalışmada; OECD ülkelerinin sağlık harcamaları göstergeleri açısından mevcut durumu ortaya konulmak istenmektedir. Ayrıca Beveridge tipi sağlık modeli benimseyen ülkeler ile Bismarck tipi sağlık modeli benimseyen ülkelerin sağlık harcamaları arasında karşılaştırma yapma imkânı sunulmaktadır. 1980-2017 arasında OECD ortalamasının toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %72'si kamu kesimi tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu durum OECD ülkelerinin sağlık finansmanında ağırlıklı olarak Beveridge ya da Bismarck modelini uyguladığını göstermektedir. Sağlık finansmanının dörtte birlik kalan kısmı ise özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler ile özel kesim tarafından sağlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Beveridge Modeli Sağlık Finansmanı, Bismarck Modeli Sağlık Finansmanı, Kamu Sağlık Harcamaları, Özel Sağlık Harcamaları, OECD Ülkeleri

## DEVELOPMENT OF HEALTH EXPENDITURES IN OECD COUNTRIES BY FINANCING TYPE: AFTER 1980

### ABSTRACT

The provision of health services is divided into two; public funding and private funding. Public financing is presented as tax-based financing (Beveridge) and social health insurance financing (Bismarck). Some indicators (total health expenditures, share of health expenditures in gross domestic product, public and private health expenditures per capita) are used in order to measure the positive effects of health on human capital.

In this study; the current situation of OECD countries in terms of health expenditures indicators is wanted to be revealed. In addition, it is possible to make comparison between the health expenditures of the countries which adopt Beveridge type health model and the countries adopting Bismarck type health model. Between 1980 and 2017, approximately 72% of the total health expenditure of the OECD average was made by the public sector. This shows that OECD countries mainly use the Beveridge or Bismarck model in health finance. The remaining part of the health financing is provided by the private sector with private health insurance and out-of-pocket payments.

**Key Words:** Beveridge Model Health Finance, Bismarck Model Health Finance, Public Health Expenditures, Private Health Expenditures, OECD Countries

<sup>1</sup> Bu çalışma 4320-YL1-15 nolu proje kapsamında SDÜ BAP tarafından desteklenen ve Dr. Öğr. Üyesi Dilek Göze Kaya danışmanlığında 2015' "1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Gelişimi: Türkiye-OECD Ülkeleri Üzerine Bir Karşılaştırma" başlıklı yüksek lisans tezinden esinlenerek güncellenmiş, geliştirilmiş ve yeniden yorumlanmıştır.

## GİRİŞ

Sağlık, bireylerin yaşayabilmesi için gerekli olan en temel faktördür. Bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, hastalık durumunda tedavi etmek ve hastalık sonucunda bireyde oluşan bir sorunu rehabilite etmek amacıyla sağlık sektörü tarafından sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

Sağlık; yarı kamusal nitelikli dışsallık özelliği yüksek bir maldır. Bu nedenle bireysel ve toplumsal sağlığı geliştirmek üzere kaynakların belirlenmesi, verimli şekilde kullanılarak sağlık hizmeti üretilmesi ve bu hizmetlerin toplum içinde adaletli şekilde dağıtılması büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri genel olarak devlet tarafından sunulsa da özel kesim tarafından da sunulmaktadır. Ülkelerin sağlık sistemi modelleri, kamu sektörü ya da özel sektör ağırlıklı hizmet sunmalarına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ancak hangi sağlık sistemi modeli kullanılırsa kullanılsın bir ülkenin gelişmişlik düzeyi göstergelerinden birisi sağlık harcamaları olarak görülmektedir. Bu nedenle ekonomik kalkınmayı hedefleyen ülkeler sağlık harcamalarını artırma eğilimi sergilemektedirler.

Bu çalışmada 1980 sonrası dönemde OECD ülkelerinin ve Türkiye'nin sağlık harcamalarına ait rakamsal verileri tablolar ve grafikler aracılığıyla sunulmaktadır. Böylece OECD ülkelerini arasında sağlık harcamaları açısından finansman türüne göre (Beveridge Modeli, Bismarck Modeli) kıyaslama fırsatı sağlamak ve Türkiye'nin diğer ülkeler içerisindeki mevcut konumunu belirlemek amaçlanmaktadır.

### 1. Sağlık Kavramı Ve Önemi

Geleneksel olarak sağlık kavramı hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanmaktadır (Akdur, 2003: 11-12). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı; "sadece sakatlık ve hastalığın yokluğu değil, sosyal, zihinsel ve fiziksel yönden tam halde olmak" şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2009: 1). WHO sağlığın fiziksel ve zihinsel olarak tam olmanın yanında; sosyal çevre, yaşam şartları ve çalışma koşullarıyla yani sosyal refah ile yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Sağlığın; günlük yaşam, çalışma hayatı, aile hayatı ve toplumsal hayatla girift olduğu kabul edilmektedir (Svalastog vd., 2017: 432). Sağlık; bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli yaşamaya olanak sağlamak ve fiziksel yeteneklerin yanı sıra sosyal gelişimi de önemsemektedir. Bu anlamda sağlıklı hissetmek günlük yaşamımızın vazgeçilmez ögesidir (Keleher ve MacDougall, 2016: 3).

Bireylerin diğer mal ve hizmetleri kullanabilmesinin ön koşulu sağlıklı olmasıdır. Bu nedenle toplumun temel ihtiyacı olarak görülen sağlık hizmetinin tüm bireylere sunulması kamusal kalkınma politikası hedefi olarak görülmektedir (Witter, 2002: 4). Çünkü sağlıklı bireyler için yapılacak özel ya da devlet destekli harcamalar ve işgücü kayıplarından doğan maliyetler zaman içerisinde milli sermayenin erimesine neden olabilmektedir. Bireylerin özel sağlık harcamaları ise tasarrufa dönüşebilecek ve ekonomik büyümeyi etkileyecek payların azalmasına neden olabilmektedir. Ayrıca iktisadi birer aktör olan bireylerin ekonomik süreçte yer alması ve bedensel, zihinsel, ruhsal olarak sağlıklı hareket etmesi toplumsal refah artışını da etkileyebilmektedir.

Görüldüğü üzere sağlık, beşeri sermaye unsurunun en önemli etki alanlarından birini oluşturmaktadır. Bir ekonomi içerisinde insana yapılan harcamalar (eğitim, sağlık vb.) en önemli yatırımlar olarak görülmektedir. Çünkü sürdürülebilir büyümenin ana kaynağı insan sermayesidir. Bilgi birikiminin, teknolojik gelişimin, endüstriyel ilerlemenin ve toplumsal refahın temel anahtarı sağlıklı ve eğitimli işgücü yaratılabilmekten geçmektedir. Bir ekonomide üretim hacmini ve verimliliği artırmanın iç dinamiği ancak beşeri sermayenin temelini oluşturan sağlıklı ve eğitimli işgücü ile gerçekleşmektedir. Bu kapsamda sağlığın beşeri sermaye birikimine pozitif katkısı; sağlık harcamalarının bütçe içerisindeki payı, kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları, kişi başına düşen özel sağlık harcamaları, hastane sayısı, hekim sayısı, hastanelerdeki yatak başına hasta sayısı, hekim başına hasta sayısı gibi göstergelerle ölçülmektedir. Ülkelerin beşeri sermaye birikimini tetikleyen en önemli unsurların başında söz konusu sağlık göstergeleri yer almaktadır (Karataş ve Çankaya, 2010: 41).

### 2. Sağlık Harcamalarının Finansman Türleri

Hastalık ve hasta sağlığı yalnızca acı çekmeye ve ölüme neden olmakla kalmamakta, önemli bir maliyete de sebep olmaktadır. Çoğu toplumda hastalık, hastalar ve aileleri için bir maliyet oluşturmakla birlikte aynı zamanda tüm toplumda geliri ve sonuç olarak gelecekteki ekonomik refahı tehlikeye atmaktadır (Damme vd., 2004: 273). Tüm toplum açısından hem beşeri sermayenin oluşumu, hem de gelir birikimini etkileyen bir konu olduğu için sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı da büyük önem taşımaktadır. Tüm toplum için önem arz eden sağlık hizmetlerinin finansmanı, toplumun arzu ettiği seviyede sağlık hizmeti sunmak için gereken mali kaynakların kamu ya da özel kesim tarafından sağlanması ile karşılanmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 187).

Sağlık hizmetlerinin finansman tipleri direkt/doğrudan/vasıtasız finansman ve dolaylı/vasıtalı finansman şeklinde gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetini talep edenlerin özel ya da kamu kurumu tarafından sunulan hizmet bedelini direkt/vasıtasız/aracısız kendilerinin ödemesine (tüketicinin hizmeti ya da malı kendi cebinden satın alması) doğrudan finansman denilmektedir. Dolaylı finansmanda, hizmet sunumunu yapan kamu ya da özel kesime ait kurum ile hizmet talebinde bulunan arasında üçüncü bir yüklenici bulunmaktadır. Sağlık sistemi içerisinde dolaylı finansman metodu genel ve özel vergiler, katılım payları/prim ve bağışlarla finanse edilmektedir. Üçüncü taraf/aracı ödeyici metodunun geliştirilmesi; bireylerin ne zaman bir sağlık problemi ile karşılaşacağına belirsiz olmasına dayanmaktadır. Bu metod ile beklenmedik bir zamanda ortaya çıkabilecek sağlık problemleri karşısında bireylerin finansal rizikosunun paylaşılması amaçlanmaktadır. Ayrıca, kişilerarası yeniden dağıtımı sağlamanın bir aracı olarak ta görülmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 2-3).

Dünya genelinde ise sağlık hizmetlerinin finansmanı; doğrudan, dolaylı ve özel finansman yöntemleri olarak üç ana modelde ele alınmaktadır. Doğrudan finansman metodunda hizmet talep edenler hizmet bedelini direkt olarak kendileri ödemektedir. Dolaylı finansman metodunda, sağlık hizmeti talep eden ile arz eden arasında ödemeyi yapan üçüncü bir aracı kurum bulunmaktadır. Özel finansman yönteminde ise, hizmet sağlayıcıları sağlık hizmetleri ile ilgili faturaların tamamını veya belirli bir miktarını ödemektedir (Aktan ve Işık, 2010: 2-3; Mutlu ve Işık, 2012: 297-298). Sağlık hizmetleri finansman modellerinin genel özellikleri aşağıda verilmektedir.

**Tablo 1-** Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri

	<b>Ulusal Finansman (Beveridge) Modeli</b>	<b>Sosyal Sağlık Sigortası (Bismarck) Modeli</b>	<b>Özel Sigorta</b>
Sağlık Hizmeti Sunucusu	Kamu Sektörü	Kamu Sektörü/ Özel Sektör	Özel Sektör
Kaynak	Vergiler	İşveren ve İşçi Katkıları	Özel Finansman
Karar Verici	Devlet	Sigorta Fonu ve Hekim Birlikleri	Özel Girişimcilik İlkeleri

Kaynak: Wild & Gibis, 2003

Fonların farklı yöntemlerle toplanmasıyla elde edilen sağlık hizmetleri finansmanını; kamusal nitelikli finansman ve özel nitelikli finansman modelleri olarak ta ayıran kaynaklar bulunmaktadır. Kamusal finansman modelleri, vergiye dayalı fonlar ve sosyal sağlık sigortası fonları olarak ikiye ayrılırken; özel finansman modeli cepten ödenen fonlar, özel sağlık sigortası fonları, tıbbi tasarruf hesabı fonları, borç, hibe ve bağışlardan aktarılan fonlardan oluşmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 4; Yenimahalleli, 2007: 15).

## 2.1. Kamu Finansmanı

Sosyal devlet sosyal faydayı sağlamayı amaçlarken yurttaşların sağlıklı yaşama haklarını da temin etmekle yükümlüdür. Kamu sektörü temel sağlık hakkını temin edebilmek için sağlık sisteminde aktif olarak bulunmaktadır. Böylece sağlık sistemini toplumun tabanına yayarak verimli şekilde kullanılmasını gerçekleştirmeye çalışmaktadır (Erumut, 2014: 97). Kamu finansmanı vergilere dayalı finansman ve sosyal sağlık sigortası sisteminden oluşmaktadır. Vergi yoluyla finansman vergi gelirlerinin sağlık hizmeti sunumunda kullanılmasıdır. Sosyal sağlık sigorta sisteminde ise işçi ve işverenler prim ödeyerek sigortalı olmakta bu toplanan primler ise hastalık halinde kendilerine sağlık hizmeti sunumunda kullanılmaktadır.

### 2.1.1. Vergiye Dayalı Finansman (Beveridge Modeli)

İlk olarak 1920'lerde vergiye dayalı finansman yöntemi uygulanmaya başlanmıştır. Sovyetler Birliği gibi kamusal hizmet sunma amacı olan sosyalist devletlerde, vergilerle finansman yöntemi kullanılarak kamusal bir görev olarak sağlık hizmetinin tüm topluma sunulması amaçlanmıştır (İstanbuluoğlu vd, 2010:92). Yeni Zelanda'nın "herkese ücretsiz bakım sağlama" temel sağlık politikası hedefi 1938'lere dayanmaktadır (Gottret ve Schieber, 2006:283). Ancak 1942 yılında yayımlanan refah devleti kavramını literatüre kazandıran Beveridge

Raporu (Kurşun ve Rakıcı, 2016: 136), İngiltere’de 1946’da yürürlüğe giren Ulusal Sağlık Hizmetleri Yasası’na ve sağlık hizmetlerinin vergiye dayalı finansman modeline temel oluşturmuştur. Böylece toplumsal faydayı artırmak ve toplumu negatif dışsallıklardan korumak amacıyla merkezi bütçe içerisinde, tedavi edici ve tedbir amaçlı sağlık hizmetleri karşılanmaya başlanmıştır (Gottret ve Schieber, 2006:75-76). Ardından Finlandiya, Norveç, İsveç, Danimarka, İzlanda, İrlanda, İngiltere, İtalya, İspanya (İstanbuluoğlu vd, 2010:92). Avusturya, Yeni Zelanda, Portekiz, Kore ve Türkiye’de bu yöntemi kullanmaya başlamıştır

Sağlık hizmetlerinin finansmanında yaygın olarak kullanılan vergilere dayalı finansman yönteminde vatandaşlardan çeşitli yollarla alınan vergiler ortak bir kasada toplanmaktadır. Sonrasında kamu kesimi karar birimleri tarafından farklı alanlarda (eğitim, savunma, sağlık gibi) kullanılmak üzere belirlenen ölçülerde kaynak dağıtımı gerçekleştirilmektedir. Bu finansman yönteminde, vatandaşlar vergiler aracılığı ile sisteme katkı sağlamış bulunmaktadır. Vergiye dayalı modele tabi olan vatandaşlar sağlık hizmetlerinden yararlanmak istediklerinde eğer sistemde belirlenmiş bir katkı payı var ise ancak onu öderler. Onun dışında bir ödemede bulunmazlar (Savaş, 2001: 107; Tatar, 2011: 112).

### 2.1.2. Sosyal Sağlık Sigortası ile Finansman (Bismarck Modeli)

Bismarck modeli; çalışanlar ile işverenlerin kamu sigorta kuruluşuna katılım payı ödemesine dayanan bir sistemdir. Söz konusu modelde katkı payı ödeyenlerin hastalık, sakatlık, iş görmezlik gibi rizikoları değerlendirilerek havuzda primler toplanmakta ve bu primler sigortalı kişinin hastalanması durumunda sigortalıya sunulan sağlık hizmetlerini finanse etmek için kullanılmaktadır (Tiryaki ve Tatar, 2002: 125-126). Sigorta kapsamında yer alanlar sağlık durumlarına bakılmaksızın ödeme güçlerine orantılı olarak prim ödemektedirler. Yani bu sistemde sağlıklı olanlardan hasta olanlara, yüksek gelirlilerden düşük gelirliye doğru kaynak aktarımı sağlanmaktadır. Hastalık, sakatlık gibi hallerde ise ödenen katkı payı dikkate alınmaksızın kişiler sağlık hizmetlerinden ücretsiz ya da kısmen bir ücretlendirmeye yararlanmaktadır (Belek, 2000: 94).

Sosyal sağlık sigortası sistemi günümüzde dünyada yaygın olarak başvurulan finansman kaynakları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin yanında yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi konuları da içeren sosyal sağlık sigortası, işverenlerin ve işçilerin katkıları yoluyla finanse edilmektedir (Tatar, 1996: 46). Bismarck modeli olarak ta bilinen sosyal sağlık sigortası sistemi; 1800’lü yılların sonlarına kadar uzanan sosyal refah devleti yapısında olan Prusya Başbakanı Otto Von Bismarck tarafından geliştirilmiştir. 1884 yılında dünyada ilk kez Otto von Bismarck, günümüzde yaygın olarak uygulanan zorunlu sağlık sigortasını başlatmıştır. Kaza, hastalık, sakatlık ve emeklilik için çalışan nüfusu kapsayan bir sosyal refah modeli geliştirilmiştir. Bismarck sisteminde bir sigorta ağı kurulumu ve sigorta ağı içerisinde finansman işveren ve işçilerden yapılan kesintilerle sağlanmaktadır (Bauernschuster vd., 2018: 1-6; Kulesherand ve Forrestal, 2014: 28). Bu çerçevede Bismarck modelini tercih eden veya ağırlıklı olarak bu modeli uygulayan ülkeler; İsviçre, Fransa, Almanya, Avusturya, Belçika, Japonya, Hollanda, Yunanistan, Slovenya, Şili, Macaristan, Slovak Cumhuriyeti, Çek Cumhuriyeti, İsrail, Lüksemburg, Litvanya, Polonya, Estonya, Letonya, Meksika’dır. Modelin geliştirilmesi sürecinde, sigorta dahilinde yer alan nüfus sayısının artırılması amaçlanmış ve ilerleyen zamanda sigorta kapsamına girmeye çalışanların pek çoğu zorunlu tutulmuştur. Dünya Bankası 1990’larda sağlık politikaları dahilinde birçok sağlık reformu gerçekleştirmiş ve Bismarck modeli en fazla tercih edilen sağlık sistemi modeli olmuştur (Kulesherand ve Forrestal, 2014: 28; Tatar, M., 2011: 124). Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, sosyal sağlık sigortası ve vergiye dayalı sağlık sistemleri göreceli olarak uygulama alanları bulmaktadır. Sosyal sağlık sigortası sistemine kuşkuyla bakan bir kesim; firmaları çalışanları işe almaktan caydırdığını ve dolayısıyla istihdamı azalttığını ve kayıt dışı işgücü piyasalarını teşvik ettiğini savunmaktadır. Ancak kuşku yaklaşım karşıtları ise; sosyal sağlık sigortasının sağlık sistemi için önemli bir ek gelir kaynağı sağlayabileceğini ve vergi finansmanlı sağlık sistemlerinden daha düşük maliyetle ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunabileceğini savunmaktadır (Wagstaff, 2009: 2-3).

### 2.1.3. Ulusal Sağlık Sigortası ile Finansman (Karma Model)

Ulusal sağlık sigortası sistemi; Beveridge ve Bismarck modellerinin farklı ilkelerini barındırdığı için karma model olarak ta adlandırılmaktadır. Ulusal sağlık sigortası sisteminde özel sağlık hizmeti sunucuları kullanılmaktadır. Ancak kamu kesimince yürütülen ve yurttaşların vergi ve prim ödemeleri ile gerçekleştirilen bir finansman aracıdır. Ağırlıklı olarak Beveridge modelini uygulayan Kanada karma sistemi benimseyen ülkelerdendir. Tayvan ve Güney Kore gibi ülkelerde de karma model uygulanmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 107).

## 2.2. Özel Finansman

Ulusal sağlık hizmetlerine fon sağlamak için kamusal finansman yöntemlerinin dışında özel alt yapıya dayalı finansman yöntemleri de bulunmaktadır. Bunlardan birisi özel sağlık sigortacılığı diğeri ise hizmetten yararlananların cepten yaptıkları ödemelerden oluşmaktadır. Cepten ödemeler; kişilerin aldıkları sağlık hizmeti karşılığında cepten yaptıkları ödemelerdir. Özel sağlık sigortası ise; kişilerin özel sağlık sigortası için ödedikleri prim ve katkı paylarıdır.

### 2.2.1. Özel Sağlık Sigortası ile Finansman

Günümüzde piyasa ekonomisi içerisinde sağlık hizmetlerinin finansman araçlarından bir diğeri özel sağlık sigortası finansman modelidir. Özel sağlık sigortası finansman modeli; "tamamlayıcı özel sağlık sigortası", "destekleyici özel sağlık sigortası", "ikame edici özel sağlık sigortası" olarak üçe ayrılmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, devlet ya da ikame edici sigortalar tarafından karşılanmayan ya da kısmi olarak karşılanan sağlık hizmetlerini (teşhis ve tedaviye ek olarak oluşan evde bakım, ulaşım maliyetleri gibi) kapsamaktadır. Destekleyici sağlık sigortası, kamu sağlık sigortası tarafından karşılanmayan lükse giren taleplerin (kamuda özel hasta odasında yatma, özel hastane talebi gibi), doktor ünvan seçme, ilaç desteği gibi hizmetleri içermektedir (Mossialos ve Thomson, 2002: 19). İkame edici özel sağlık sigortası, kamu kesimince sunulan sağlık sigortası ile aynı özellikte teminat paketleri içeren özel sağlık sigortasıdır (TSB, 2014: 5).

Sağlık finansmanında karma sistem uygulanan bir ülkede kamu sağlık sigorta sisteminden memnun olmayanlar, gelirleri doğrultusunda alternatif olarak özel sigorta kurumlarına başvurabilmektedir. Bu şekilde kamu ve özel sağlık sigorta kurumları kendi arasında uyum ve rekabet içinde olabilmektedir. Özel sağlık sigortası primleri; bireysel, grupsal ve toplumsal risklere göre belirlenmektedir. Sigorta şirketleri, kâr amaçlı/ticari olan ve ticari olmayan (dernekler gibi) şeklinde ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir (Dalgin, 2005: 45-47; İstanbulluoğlu vd, 2010:91; Thomson vd., 2009: 28).

Özel sağlık sigortası geri ödeme kurumu olarak bireyleri ya da kurumları sağlık risklerine karşı sigortalamaktadır. Cepten ödemelerdeki gibi özel sağlık sigortası da pek çok sebepten sağlık hizmetlerinin finansmanında büyük ölçüde başvurulmaması gereken bir finansman kaynağı olarak görülmektedir. ABD nüfusunun büyük bölümünün ana sağlık finansmanı özel sağlık sigortası ile sağlanırken, Fransa'da kamu sistemine tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır (Tatar, 2011: 114). Son yıllarda gelişmiş ekonomilerde yaygın olarak kullanılan özel sağlık sigortası, gelişmekte olan ekonomilerde de tercih edilir hale gelmiştir. Gelişmiş ekonomilerde özel sağlık sigortası içeriğinin artması neticesinde hükümetlerin sağlık alanındaki kamu harcamalarını kontrol altında tutmasına yardım edeceği düşünülmektedir. Gelişmekte olan ekonomilerde ise kamu kaynaklarının daha fazla kullanılarak daha fazla vatandaşın sağlık hizmetine ulaşmasının sağlanacağına inanılmaktadır (Foubister v.d., 2006: 1). Sağlık hizmetlerini finanse etmenin bir aracı olarak özel sağlık sigortasının uygulamada bazı avantajları bulunmaktadır. Nispeten gelir düzeyi yüksek olan vatandaşların özel sağlık sigortası yaptırmalarına fırsat sağlayan kamu politikası hedefi ile alt gelir gruplarının daha fazla kamu sağlık harcamasından faydalanma imkânı sunmaktadır. Özel sağlık sigortası uygulaması ile sınırlı kamu kaynaklarının özel sağlık sigortası yaptıramayan düşük gelirli, dezavantajlı gruplar için harcanmasına olanak sağlanmaktadır. Hem düşük gelirli hem de yüksek gelirli aynı faydayı sağlayabilecek altyapı için ek kaynaklar sunmaktadır. Özel sağlık sigorta kuruluşları esnekliği ve kâr amacı gütmemesi nedeniyle yenilik ve verimliliği teşvik ederek kamu sektörünün reformunu da hızlandırmakta ve tüketiciler için artan yeni seçenekler sunmaktadır (Maynard ve Dixon, 2002: 110-111). Bu hareket sağlık sektöründe hem özel hem de kamunun yenilikleri takip etmesini sağlamakta ve gelişmesini tetiklemektedir.

Özel sağlık sigortasının performansı tasarımına, düzenlemesine ve kamu sektörüyle nasıl etkileşimde bulunduğuyla bağlı olmaktadır. Özel sağlık sigortasının pratikte de potansiyel sorunları var. Buradaki analiz fayda paketinin tanımlanması ve primlerin belirlenmesi ile ilgili bilgi problemleriyle sınırlıdır (Maynard ve Dixon, 2002: 111). Bu modelde, sağlık hizmetini talep edenler ile bu hizmeti sunanlar arasında özel sağlık sigortası kuruluşları aracı konumunda yer almaktadır. Piyasa mekanizması içerisinde kamu sağlık sisteminin aksine özel sağlık sigortalarının büyük bir çoğunluğu kâr amacı güden kuruluşlardır. Bu nedenle özel sağlık sigortasının teminatının temelini "sigorta edilebilir risk" kavramına dayanmaktadır. Özel sağlık sigortası modelinde primler risk durumuna göre derecelendirilerek sigorta havuzunda toplanmakta ve bu havuzundan dağıtılmaktadır (Sekhri ve Savedoff, 2006: 362). Özel sağlık sigortaları tarafından hastalanma/sakatlanma/ameliyat olma vb. riski düşük olan vatandaşlardan sigorta havuzuna daha az sigorta primi toplanırken, hastalanma vb. riski yüksek olan vatandaşlardan daha yüksek sigorta primi toplanmaktadır. Daha az hastalanma riskine sahip yüksek gelir grupları daha düşük prim öderken, daha sık hastalanma riskine sahip düşük gelir grupları daha yüksek özel sağlık sigortası primi ödemek zorunda kalmaktadır (Sekhri ve Savedoff, 2006: 364-389). Zaman zaman bu şekilde dezavantajlı durumlar oluşmaktadır. Bunun dışında sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyacağını tahmin eden kişilerin, özel sigorta yaptıran oranları yüksek olacağından sigorta hesaplaması yapılırken kişisel rizikolar dikkate

alınarak oranlanmaktadır. Yani sağlık hizmetinden yararlanma rizikosunu fazla olan kişilerin prim ödemeleri daha fazla belirlenmektedir. Sonuçta özel sağlık sigortaları sağlık hizmetinden daha az yararlanan genç ve sağlıklı kişiler lehine ayrımcılık yapma eğiliminde bulunmaktadır. Bu nedenle, bireysel sigorta satın almak çok pahalı hale gelmekte ve ortalamadan daha yüksek bir sağlık riski olan düşük gelirli kişiler için sağlık sigortası satın almakta büyük zorluk çekmektedirler (Maynard ve Dixon, 2002: 111-112).

### 2.2.2. Cepten Ödemeler ile Finansman

Cepten ödeme, direkt olarak hastalar veya yakınlarınınca sağlık hizmetleri karşılığında yapılan ödemeleri ifade etmektedir (WHO, 2001: 45). Sağlık hizmeti yararlanıcısının satın aldığı hizmet karşılığında yasalar ve düzenlemelerle belirlenmiş olan kurallar dahilinde yapmak mecburiyetinde olduğu ödemelere formal cepten ödemeler denilmektedir (Belli vd., 2002: 7). Oluşabilecek hastalık tehlikelerine karşı finansal bir güvence içermeyen cepten ödemeler, sunulmakta olan sağlık hizmetleri kullanımı sonucunda oluşan tüm harcamaları kapsamaktadır. Bu kapsamda doğrudan bireylerin kendi bütçelerinden yaptıkları tüm harcamalara cepten harcamalar denilmektedir. Sağlık hizmetleri karşılığında cepten yapılan harcamaları sonrasında kamu veya özel herhangi bir kaynaktan geri talep edememektedirler. Yani cepten ödemelerde sunulan sağlık hizmetinin yüklenicisi doğrudan yararlanıcı olmakta ve söz konusu ödemelerini geri tahsil edememektedirler (WHO, 2000; Sekhri ve Savedoff, 2005:12; Sekhri ve Savedoff, 2006:357).

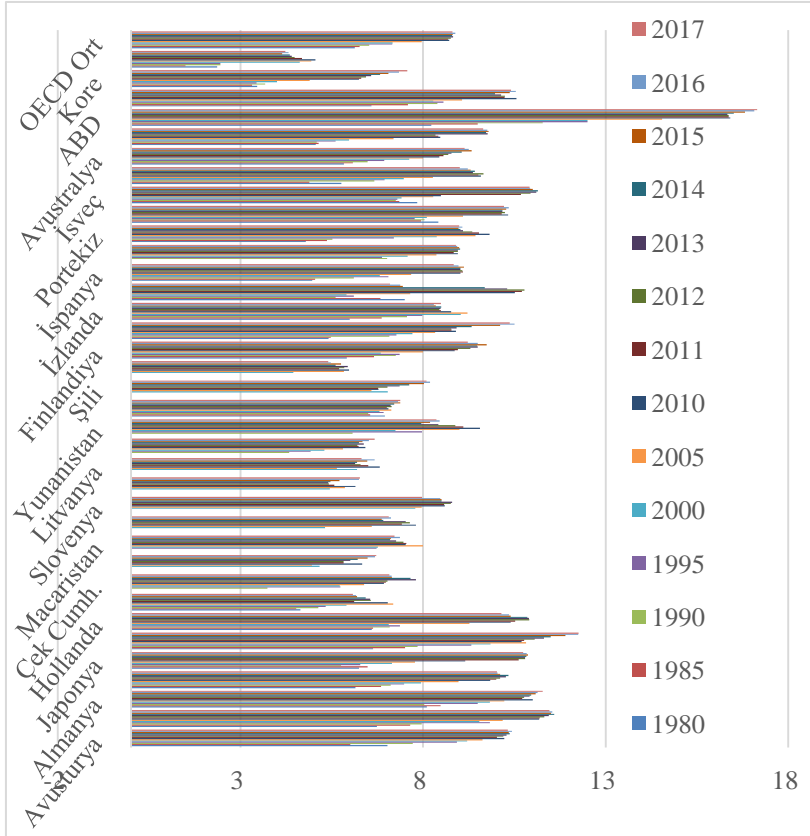
Cepten ödemeler, direkt/formal/resmi ödemeler, kullanıcı katkı payı/maliyet paylaşımı ve informal/ gayri resmi ödemeler dahil olmak üzere doğrudan yararlanan tarafından ödenen tüm maliyetleri içermektedir. Sosyal güvence kapsamı dışında kalan tüm sağlık hizmetlerine karşı yapılmış olan ödemeler doğrudan ödemeler şeklinde tanımlanmaktadır. Sosyal güvence kapsamı içerisinde yer alan hizmetlerin kullanımı sırasında yapılan ödemeler kullanıcı katkısı olarak tanımlanmaktadır. İnformal ödemeler ise sosyal sigorta dahilindeki sağlık hizmetleri karşılığında verilen ancak resmi olmayan ödemeler olarak tanımlanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 22).

Cepten yapılan ödemeler; kişilerin sağlık hizmeti talebi karşılığında direkt olarak ödedikleri ve bir kuruluş ya da kişilerce bir kısmı ya da tamamı kendilerine geri ödenmeyen harcamalardır (Özgen, 2007: 202-203). Bu harcamalar; özel sağlık hizmeti sunan kurumlara ya da doktorlara direkt ödemeleri kapsamaktadır. Yani kişi özel sağlık sigortası için ne prim ödeyecekse ya da ilaçlar için ne katkı payına katılacaksa bunların tamamını cebinden karşılamaktadır (Savaş v.d., 2002: 44).

Birçok ülkede cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına bakıldığında, kamu kesimi sağlık harcamalarının ardından ikinci sırada geldiği görülmektedir. Türkiye’de sağlık finansmanında vergiler, sosyal güvenlik primleri ve cepten harcamalar bir arada kullanılmaktadır. Sosyal güvence mekanizması geliştirememiş birçok ülkede ise toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısına yakın kısmı cepten ödeme şeklinde yapılmaktadır (Bora Başara ve Şahin, 2008: 321).

### 3. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Ülkeler coğrafi-sosyal-siyasi-kurumsal yapıları, toplumsal değer algıları, iktisadi büyüme ve kalkınma düzeyleri gibi birçok yönden farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar ülkelerin sağlığa bakış açılarını ve yaptıkları sağlık harcamaları da etkilemektedir. Ancak literatürde sağlık harcamalarını belirleyen en önemli faktörün ülkelerin gelişmişlik seviyeleri olduğu ifade edilmektedir. Çalışmada OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının gelişimi incelenmektedir. Bu amaçla ilk olarak OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının 1980-2017 yılları arasındaki payının yıllara göre oranları gösteren grafik aşağıda verilmektedir.



**Grafik 1-** OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%)

Kaynak: OECD.Stat (2019)'dan tarafımızca düzenlenmiştir.

OECD üyesi ülkelerin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payına bakıldığında; 1980 yılında %8,4 ile Danimarka ilk sırada yer alırken ikinci sıra %8,2 ile ABD ve %8,1 ile Almanya yer almaktadır. GSYİH içerisinde sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülkeler ise; %2,4 ile Türkiye, %3,5 ile Kore, %4,8 ile Portekiz sırasıyla yer almaktadır. OECD üyesi ülkelerin 2017 yılında yaptığı toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payına bakıldığında; GSYİH içerisinde sağlık harcamasına en fazla pay ayıran ülke %17,2 ile ABD ilk sırada yer almakta, %12,4 İsviçre ikinci sırada yer almakta, %11,3 ile Almanya üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye, Kore, Estonya, Meksika gibi ülkelerde sağlık harcamalarına daha az pay ayrıldığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payında son yıllarda düşüş trendi içerisinde olan ülkeler ise 2008 küresel krizinden yoğun şekilde etkilenen Yunanistan, İzlanda, Lüksemburg, Macaristan, Slovakya gibi Avrupa ülkeleri olmuştur. 2000 ile 2017 yılları arasında OECD üyesi ülkelerin sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının ortalamasına bakıldığında Türkiye, Şili, Polonya, Meksika ve Kore gibi ülkeler her zaman ortalamasının altında kalmıştır. OECD üyesi ülkelerde 1980 yılından bu yana GSYİH içerisinde sağlık harcamalarına ayırdıkları pay artış göstermektedir. 1980-2017 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına bakıldığında Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasının yaklaşık yarıya altında seyretmiştir. Karma sağlık finansman modelini benimseyen Amerika 1980 yılından bu yana sağlık harcamalarında OECD ortalamasının hemen hemen 2 katına yakın sağlık harcaması yapmaktadır.

### 3.1. Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları

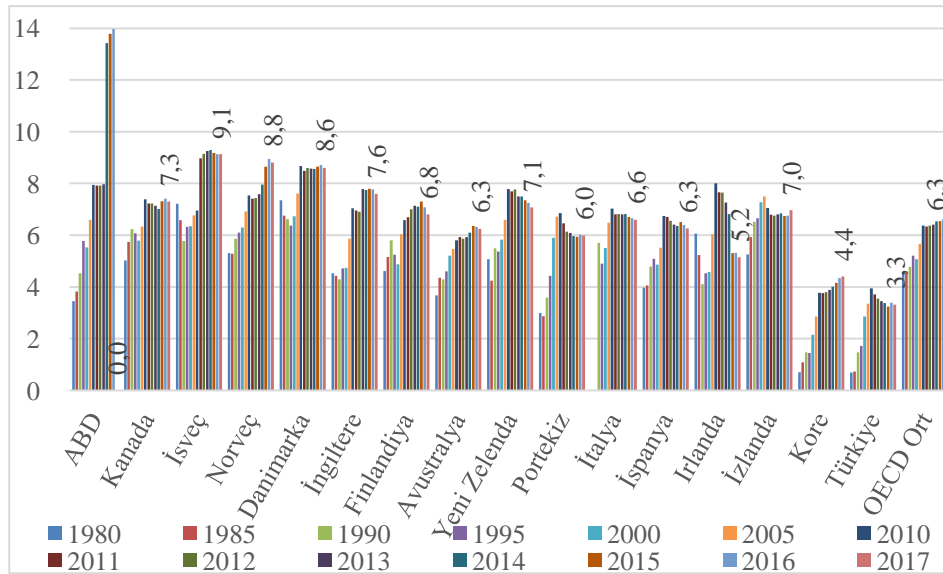
OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında karma bir yapı görülmektedir. Ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemlerine göre kamu kesimi ve özel kesimin yaptığı sağlık harcamalarının oranı farklılık göstermektedir. Kimi ülkelerde kamu kesimi sağlık harcaması fazla iken kimi ülkelerde özel kesim sağlık harcamalarının daha fazla olduğu görülmektedir.

Bismarck modelini benimseyen veya ağırlıklı olarak bu modeli uygulayan İsviçre, Fransa, Almanya, Belçika, Japonya, Hollanda, Avusturya gibi ülkelerin 38 yıllık periyotta sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranları OECD

ortalamasının genel olarak üzerinde seyrettiği görülmektedir. Kamu kesimi sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına bakıldığında 1980 ve 1985 yıllarında OECD ortalaması %4,6 olarak gerçekleşirken, 1990'da %4,8, 1995'te %5,2, 2000'de %5,1, 2005'te %5,7, 2010'da %6,4, 2017'de ise %6,3 olarak gerçekleşmiştir. 38 yıllık periyotta OECD ülkelerinde kamu kesimi sağlık harcamaları artış trendi göstermiştir. Sosyal sağlık sigortası ile finansman şekli olan Bismarck Modeli uygulayan ülkelerin kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı OECD ortalamasını yakalayan veya üzerinde seyreden ülkeler; 2000 yılında İsviçre, Fransa, Almanya, Avusturya, Belçika, Japonya, Slovenya, Çek Cumhuriyeti, 2017'de ise İsviçre, Fransa, Almanya, Avusturya, Belçika, Japonya, Hollanda olmuştur.

Kaynak: OECD.Stat (2019)'dan tarafımızca düzenlenmiştir.

Beveridge modelini benimseyen İsveç, Norveç, Danimarka, İngiltere, Finlandiya, Avusturya, Yeni Zelanda, Portekiz, İtalya gibi ülkelerin 1980-2017 yılları arasında sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranları OECD ortalamasının genel olarak üzerinde seyrettiği görülmektedir. 1980'de Vergiye Dayalı Finansman (Beveridge Modelini) sistemini ağırlıklı olarak uygulayan ülkelere Kanada, İsveç, Norveç, Danimarka, Finlandiya, Yeni Zelanda, İrlanda, İzlanda gibi ülkelerin kamu sağlık harcamaları OECD ortalamasını yakalamış ya da üzerinde gerçekleşmiştir. Beveridge Modelinde yer alan İngiltere, Avusturya, Portekiz, İspanya, Kore ve Türkiye gibi ülkelerin ve dört sistemi de bünyesinde barındıran ABD'nin 1980 yılında kamu sağlık harcamaları OECD ortalamasının altında kalmıştır. Türkiye, 1980 yılında kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına bakıldığında %0,7 ile en düşük pay ayıran iki ülkeden birisi olmuştur. Kamu kesimi sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı OECD ortalamasının üzerinde olan ülkeler; 2000'de ABD, Kanada, Avusturya, Norveç, İsveç, Danimarka, Yeni Zelanda, Portekiz, İtalya, İzlanda, 2017'de ABD, Kanada, Norveç, İsveç, Danimarka, İngiltere, Finlandiya, Avustralya, Yeni Zelanda, İtalya, İrlanda, İzlanda'dır. Yıllar itibariyle pek çok ülke OECD ortalamasını yakalamış veya üzerinde kamu harcaması yapmış olmasına rağmen Kore ve Türkiye 38 yılda OECD ortalamasının hep altında kalmıştır. Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı OECD ortalamasının 1980'lerde çok çok aşağısında seyretmekteyken, 2000'li yıllarda fark yaklaşık yarıya inmiştir. Ancak talep edilen düzeye henüz ulaşamamıştır.

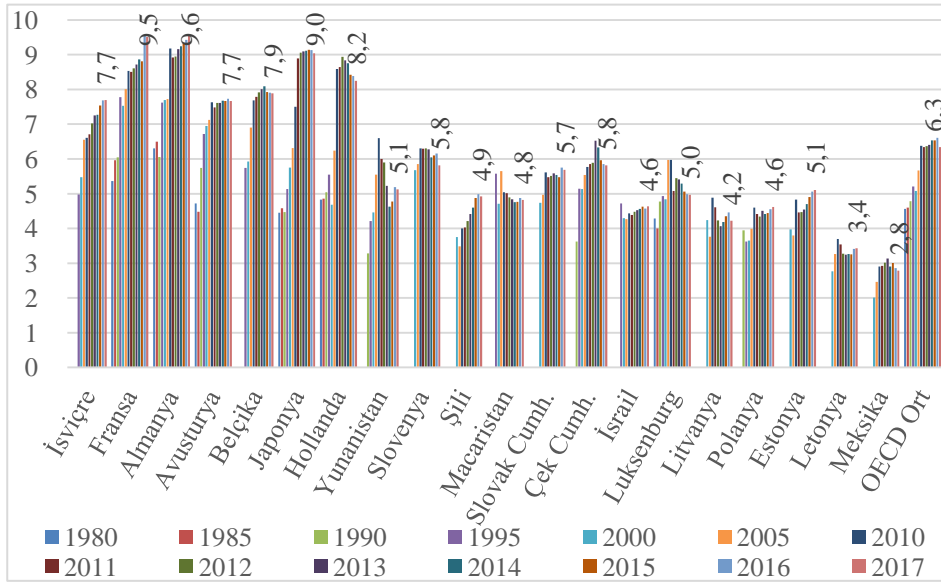


Grafik 3- Beveridge Modelini Uygulayan OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%)

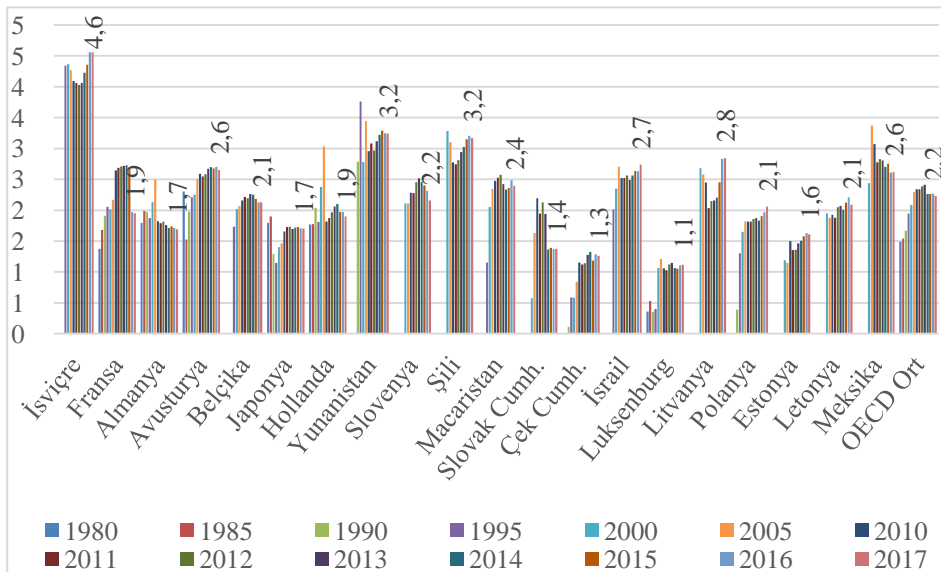
Kaynak: OECD.Stat (2019)'dan tarafımızca düzenlenmiştir.

Özel sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına bakıldığında 1980 ve 1985 yıllarında OECD ortalaması %1,5 olarak gerçekleşirken, 1990'da %1,7, 1995'te %1,9, 2000'de %2,1, 2005 ve 2010'da %2,3, 2017'de ise %2,2 olarak gerçekleşmiştir. İsviçre, Almanya, Avusturya, Hollanda, Yunanistan, Şili, İsrail, Litvanya, Meksika gibi Bismarck Modelini uygulayan ülkelerin 38 yıllık periyotta genellikle OECD ortalamasının üzerinde özel sağlık harcaması yaptığı görülmektedir. Letonya, Estonya, Lüksemburg, Polonya, Çek Cumhuriyeti, Slovak Cumhuriyeti, Japonya ve Almanya'nın ise OECD ortalamasının altında özel sağlık harcaması yaptığı görülmektedir.





**Grafik 2-** Bismarck Modelini Uygulayan OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%)

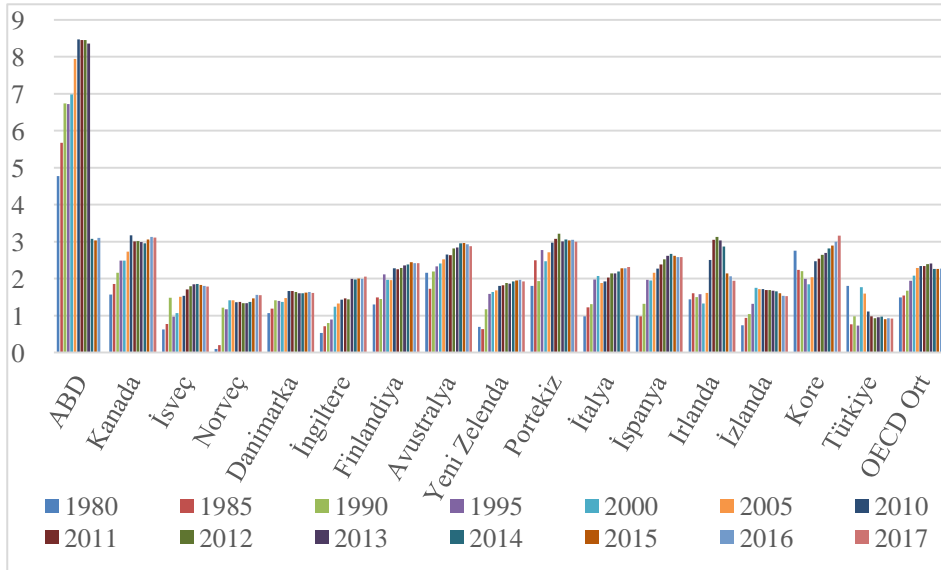


**Grafik 4-** Bismarck Modelini Uygulayan OECD Ülkelerinde Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%)

Kaynak: OECD.Stat (2019)'dan tarafımızca düzenlenmiştir.

ABD, Kanada, Avusturya, Portekiz, Kore gibi ağırlıklı olarak Beveridge Modelini benimseyen ülkelerin 38 yıllık periyotta özel sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı genellikle OECD ortalamasının üzerinde iken Finlandiya, İspanya ve İtalya ortalamaya yakın seyir izlemiş, İsveç, Norveç, Danimarka, İngiltere, Yeni Zelanda, İrlanda, İzlanda, Türkiye OECD ortalamasının altında seyretmiştir. Türkiye'nin özel sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 1980 yılında %1,8 iken 2017'de bu oran %0,9'a gerilemiştir.

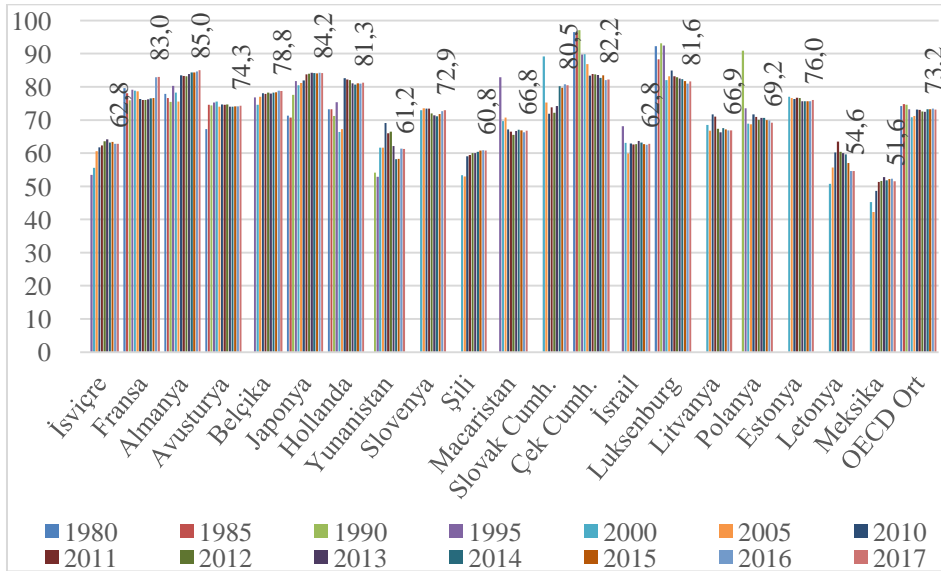
**Grafik 5-** Beveridge Modelini Uygulayan OECD Ülkelerinde Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%)



Kaynak: OECD.Stat (2019)'dan tarafımızca düzenlenmiştir.

Toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payına bakıldığında ise OECD ortalaması 1980'de %74,2, 1985'te %74,6, 1990'da %74,8, 1995'te %73,3, 2000'de 70,9, 2005'te %71,2, 2010'da %73,1, 2015'te %73,3 ve 2017'de %73,2 olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin sağlık harcamaları payının özel sağlık harcamalarından oldukça fazla olduğu görülmektedir. 38 yıllık süreçte toplam sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte üçünün vergiye dayalı finansman ve sosyal sağlık sigortası ile finansman yöntemleri kullanılarak kamu kesimi tarafından finanse edildiği, kalan dörtte birlik kısmınsa özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler ile özel kesim tarafından finanse edildiği görülmektedir.

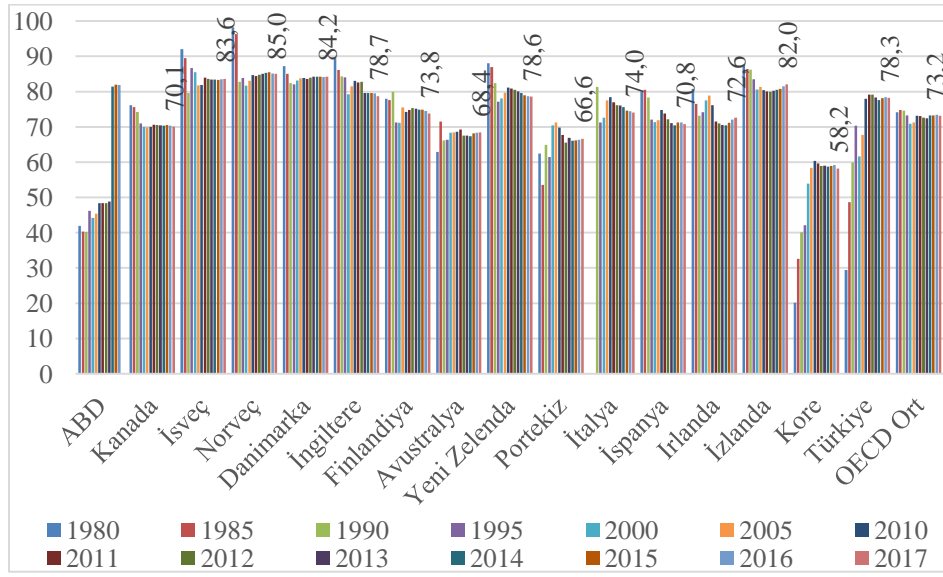
**Grafik 6-** Bismarck Modelini Uygulayan OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)



Kaynak: OECD.Stat (2019)'dan tarafımızca düzenlenmiştir.

Bismarck modelini uygulayan ülkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı genel olarak OECD ortalamasının altında kalan ülkeler İsviçre, Yunanistan, Şili, Macaristan, İsrail, Litvanya, Polonya, Letonya ve Meksika'dır.

**Grafik 7-** Beveridge Modelini Uygulayan OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)



Kaynak: OECD.Stat (2019)'dan tarafımızca düzenlenmiştir.

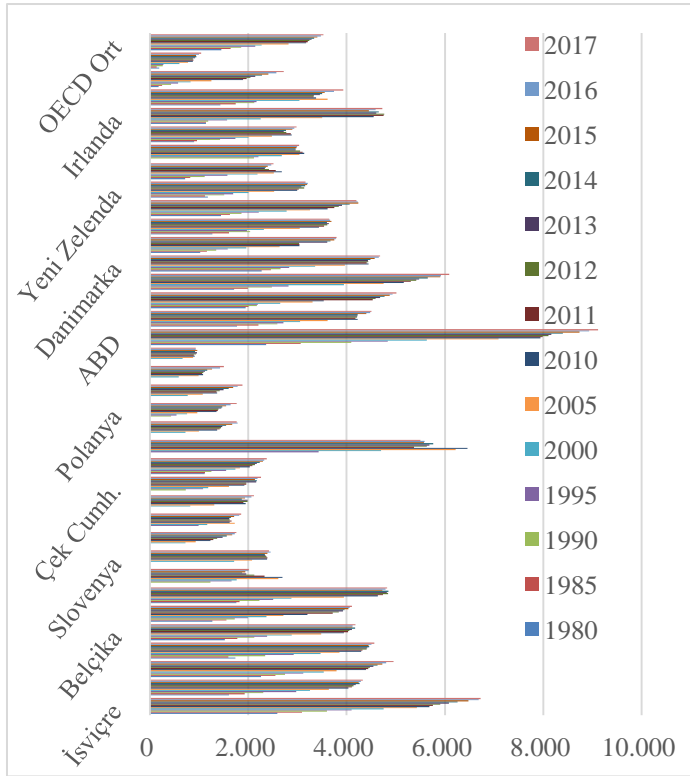
38 yıllık süreçte ağırlıklı olarak Beveridge modelini uygulayan ülkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı genel olarak OECD ortalamasının altında kalan ülkeler Kore, Portekiz, Avustralya iken OECD ortalamasına yakın ancak genelde altında kalan ülkeler ise İrlanda ve İspanya'dır. Karma sistem uygulayan Kanada ve dört ana modeli benimseyen ABD'nin de toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesimi harcamaları OECD ortalamasının genel olarak altında yer almaktadır. ABD'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamaları 1980-2013 arasında %40-49 arasında seyrederken 2014 yılında iki katına çıkarak %81-82 civarında gerçekleşmiştir.

1980-2017 arasında OECD ülkelerinin uyguladığı sağlık sistemlerine göre; sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin payı genel olarak vergiye dayalı finansman yöntemi olan Beveridge modelini uygulayan ülkelerde daha yüksek gerçekleşmiştir. Yani kamu sağlık harcaması oranı Beveridge modeli uygulayan ülkelerde Bismarck modeli uygulayan ülkelere göre daha fazla gerçekleşmiştir. Ancak 1980'lerden günümüze zaman içerisinde iki model arasındaki harcama farkı giderek düşüş göstermiştir.

### 3.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

1980-2017 yılları arası OECD ülkelerinde kişi başına yapılan toplam sağlık harcamaları grafikte verilmektedir. OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığında; 1980 yılında kişi başına en yüksek sağlık harcamasında bulunan ülke 2591\$ ile İsviçre, ardından 2363\$ ile ikinci sırada ABD ve üçüncü sırada 2270\$ ile Danimarka gelmektedir. 1980 yılında kişi başına en az sağlık harcaması yapan ülkeler ise Türkiye ve Kore'dir. 2017 yılına gelindiğinde kişi başına sağlık harcamasında 9111\$ ile ilk sırada ABD yer almakta, ardından 6726\$ ile İsviçre ve 6087\$ ile Norveç gelmektedir. 2017'de kişi başına en az sağlık harcaması yapan ülkeler ise sırasıyla; 934\$ ile Meksika, ardından 1043\$ ile Türkiye ve 1505\$ ile Letonya gelmektedir. Türkiye kişi başına sağlık harcamasında 1000\$ bandını ilk kez 2017'de aşmıştır.

**Grafik 8-** OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları (US \$-2010)

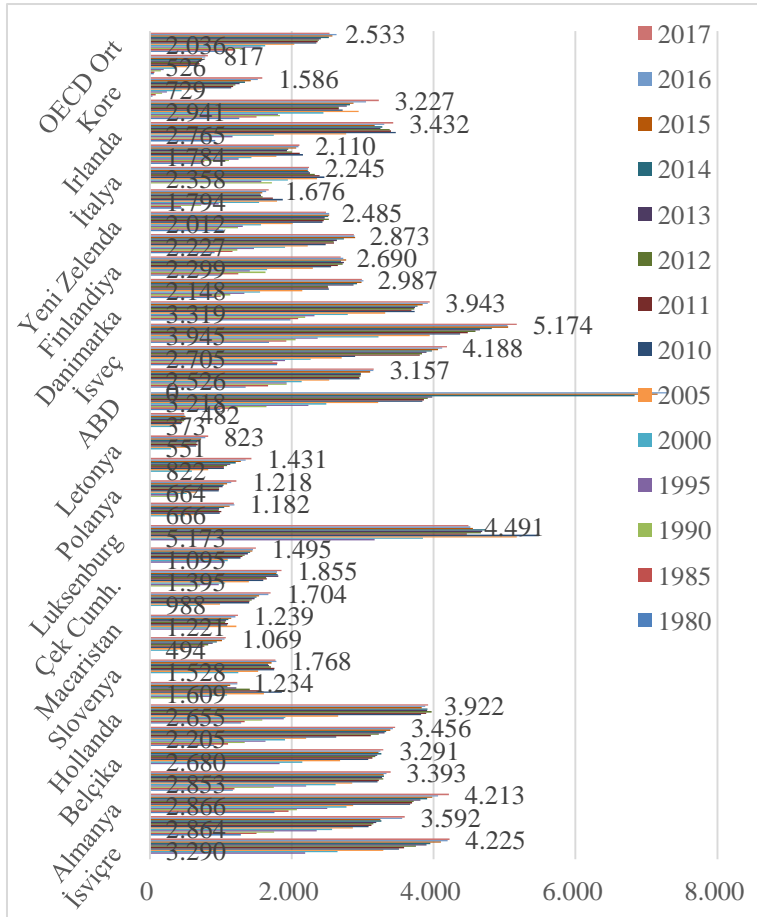


Kaynak: OECD.Stat (2019)'dan tarafımızca düzenlenmiştir.

Ülkelerin sağlık harcamaları arasındaki fark çoğu zaman kişi başına GSYİH ile hesaplanan ortalama refah düzeyiyle açıklanmaya çalışılmaktadır. Genel olarak tüm dünyada refah düzeyi yüksek ülkelerin sağlık hizmetlerine daha fazla pay ayırdığı gözlenmektedir. Söz konusu bilgiler ışığında OECD üyesi ülkelerinin pek çoğunda 2001 ve 2008 krizinin yaşandığı dönemlerde dahi sağlık harcamalarında bir azalma olmamış artış trendi devam etmiştir (Huber ve Orosz, 2003:1).

OECD üyesi ülkelerin kişi başı düşen kamu kesimi sağlık harcamalarına bakıldığında; 1980 yılında 1981\$ ile Danimarka birinci, 1791\$ ile İsveç ikinci ve 1758\$ ile Almanya üçüncü sırada gelmektedir. 1980 yılında kamu kesimi tarafından kişi başına en az sağlık harcaması yapan ülkeler ise Kore ve Türkiye'dir. 2017 yılına gelindiğinde kişi başına kamu kesimi sağlık harcamasında 5174\$ ile ilk sırada Norveç yer almakta, ardından 4491\$ ile Lüksemburg ve 4224\$ ile İsviçre gelmektedir. 2017'de kamu kesimi tarafından kişi başına en az sağlık harcaması yapan ülkeler ise sırasıyla; 481\$ ile Meksika, ardından 816\$ ile Türkiye ve 822\$ ile Letonya gelmektedir.

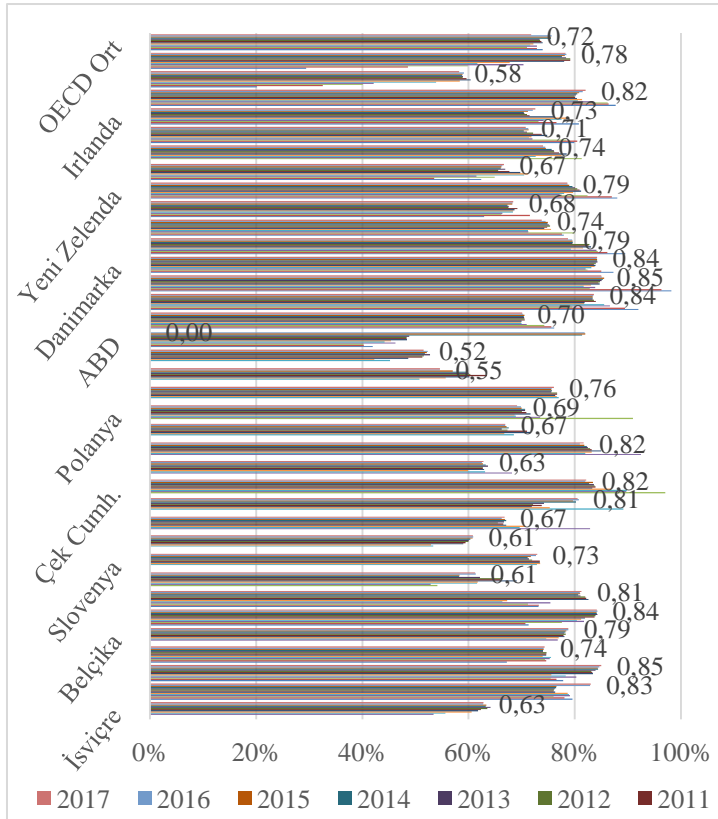
**Grafik 9-** OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları (US \$-2010)



Kaynak: OECD.Stat (2019)'dan tarafımızca düzenlenmiştir.

Kamu kesiminin mi, yoksa özel kesimin mi daha ağırlıklı olarak sağlık harcaması yaptığı ile ilgili daha sağlıklı bilgi elde edebilmek için; kişi başına toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin ve özel kesimin paylarına bakmak gerekmektedir. Grafik görüldüğü üzere kişi başına düşen kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının OECD ortalaması 1980'de %74, 1985'te %72,9, 1990'da %71, 1995'te %72,9, 2000'de 71,6, 2005'te %72,2, 2010'da %73,9, 2015'te %75,5 ve 2017'de %71,8 olarak gerçekleşmiştir. 38 yıllık süreçte kişi başına düşen kamu kesimi sağlık harcamalarının kişi başına toplam sağlık harcamalarına oranının OECD ortalaması %70'in üzerinde gerçekleşmiştir. Bu durum gösteriyor ki OECD ülkelerinde kişi başı sağlık harcamalarının yaklaşık %70'i kamu kesimince karşılanırken, yaklaşık %30'luk kısmı özel kesim tarafından yani özel sağlık sigortası harcamaları ile cepten yapılan harcamalardan karşılanmaktadır. Bu harcamaların ülkelere göre yapılan toplam sağlık harcamalarındaki payı uyguladıkları sağlık sistemlerine göre değişiklik göstermektedir. 2017 yılında Meksika %52, Letonya %55, Yunanistan ve Macaristan %61, İsviçre ve Çek Cumhuriyeti %63 ile diğer OECD ülkeleri arasında kişi başına toplam sağlık harcamaları içinde en düşük kişi başına kamu sağlık harcaması yapan ülkeler olmuştur. Meksika, Letonya, Yunanistan, Macaristan, İsviçre ve Çek Cumhuriyeti gibi ülkeler Bismarck modelini uygulayan ülkelerdir. Türkiye'nin 2005 yılı sonrasında kamu kesimi sağlık harcamalarının kişi başına toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı OECD ortalamasının hep üzerinde seyrettiği görülmektedir.

**Grafik 10-** OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)



Kaynak: OECD.Stat (2019)'dan tarafımızca düzenlenmiştir.

Türkiye'nin sağlık hizmetleri indikatörleri ve sağlık harcamaları gelişmekte olan ülkeler ile kıyaslandığında ortalamanın üzerinde olmasına rağmen, verilen grafiklerde de görüldüğü üzere OECD ülkeleri ile kıyaslandığında kötü durumda olan ülkelere birisi olarak karşımıza çıkmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015:109).

## SONUÇ

Toplumsal refahın ve mutluluğun artmasında kritik gerekliliklerden birisi sağlıklı bireylerdir. Sosyal ve ekonomik açıdan gelişmiş bir toplumun ön şartı eğitimli ve sağlıklı bireylerin yetişmesidir. Bu nedenle sağlıklı bireylerin varlığı için sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Toplumların kendi iç dinamikleri (sosyal, kültürel, ekonomik vb.) sağlık hizmeti anlayışını ve beklentisini de etkilemektedir. Ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemleri de bu nedenle farklılık göstermektedir. Genel olarak tüm dünyada sağlık hizmetleri kamu kesimi ve özel kesim tarafından sunulmakta ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı da kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Temel kabul gören sağlık sistem modelleri; Bismarck modeli, Beveridge modeli, özel sağlık sigortası, cepten ödemeler olarak gerçekleşmektedir. Kamu finansman yöntemi ile vergiye dayalı Beveridge modeli ve sosyal sağlık sigorta sistemine dayalı Bismarck modeli uygulanmaktadır. Özel finansman yönteminde ise; özel sağlık sigortası sistemi kurulmakta ya da cepten ödemeler söz konusu olmaktadır. Ancak ülkelerin tek bir finansman tipini benimseyip uyguladıklarını söylemek mümkün değildir. Ülkelerin izledikleri sağlık politikaları zaman içerisinde sağlık hizmetlerinin sunum şeklinde ve finansman modelinde değişikliğe gidebilmektedir. Bu nedenle ülkeler ağırlıklı olarak seçtikleri bir finansman tipi yanında diğer modellerden bir ya da birkaçını da sağlık sistemleri içerisine entegre edebilmektedir.

Dünya ticaretinin, üretim ve tüketiminin yaklaşık %75-85'i, dünya nüfusunun ise yaklaşık %20-25'i OECD ülkelerine aittir. Ayrıca OECD ülkeleri sağlık harcamalarında da dünya içerisinde önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle çalışmada OECD ülkeleri tercih edilerek 1980-2017 arası sağlık harcamalarının gelişimi üzerinde bir değerlendirme yapılmaktadır. Genel olarak OECD ülkelerinin sağlık harcamalarında 1980 sonrası dönemde bir artış seyri izlenmekteyken, 2008 küresel krizi özellikle Avrupa ülkelerini etkisi altında bırakmıştır. Bu durum Avrupa dışında kalan diğer OECD ülkelerini de kısmen etkilemiştir. 2008 krizi döneminde OECD ülkelerinin

toplam GSYİH'lerinde yaşanan ani düşüğe paralel şekilde toplam sağlık harcamalarında da (sağlık çalışan maaşları, ilaç ödemeleri, tıbbi ekipman alımı, sağlık kuruluşlarına yapılan katkı payı ödemeleri gibi) bir düşüş trendi izlenmiştir. OECD ülkeleri toplam sağlık harcamaları 2012 sonrası dönemde yeniden toparlanmaya başlamış ancak hala kriz öncesi hedeflenen harcama artış seviyelerine ulaşamamıştır. 2017 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının OECD ülkeleri ortalaması %8,8 olarak gerçekleşmiştir.

OECD üyesi ülkelerin GSYİH içinde toplam sağlık harcamalarının payına bakıldığında; 1980 yılında Danimarka, ABD ve Almanya ilk üçte iken, 2017 yılında ABD, İsviçre ve Almanya ilk üçte yer almaktadır. ABD ve Almanya 38 yıllık süreçte dünya genelinde en çok sağlık harcaması yapan ülkeler olurken, Türkiye, Kore ve Meksika en az sağlık harcaması yapan OECD ülkeleri arasında yer almaya devam etmiştir. 2017 yılında kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları OECD ortalaması 3527\$ iken, ABD'de 9111\$, İsviçre'de 6726\$, Norveç'te 6087\$ olarak gerçekleşmiştir. 2017 yılında OECD ülkeleri arasında Meksika 934\$'lık, Türkiye 1043\$'lık kişi başına sağlık harcaması ile ABD'nin yaklaşık onda biri kadar harcama yaparak en düşük sağlık harcaması yapan ülkeler arasında yer almışlardır.

Kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına ve kişi başına kamu kesimi sağlık harcamalarının kişi başına toplam sağlık harcamalarına olan oranlarına bakıldığında, OECD ortalamasının 38 yılda yaklaşık %72'lerde gerçekleştiği görülmektedir. Bu da OECD ülkelerinin sağlık hizmetlerinde kamu finansmanını tercih ettiğini, Beveridge (hükümet programı dahilinde vergilerle) ya da Bismarck (zorunlu sağlık sigortasıyla) modelini yoğun olarak uyguladığını göstermektedir. Sağlık harcamalarının yaklaşık %70-75'i; İsviçre, Almanya, Çek Cumhuriyeti, Slovak Cumhuriyeti, Lüksemburg, Fransa, Japonya gibi ülkelerde sosyal sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. İngiltere, Danimarka, İsveç, Finlandiya, Norveç, İzlanda gibi ülkelerde ise sağlık harcamalarının yaklaşık %80'i vergiye dayalı ulusal sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Dört ana sağlık finansman tipinin hepsini sağlık sisteminde kullanan ABD'de yıllar içerisinde kişi başına sağlık harcamalarında lider konumda yer almaktadır. Ayrıca 2017 yılında kişi başına sağlık harcamalarında ilk on sıralamasında İsviçre, Lüksemburg, Almanya, Hollanda, Avusturya gibi beş Bismarck modeli kullanan ülke yer alırken, Norveç, İsveç, İrlanda, Danimarka gibi dört Beveridge modeli uygulayan ülke yer almaktadır.

Her ülkede uygulanan sağlık sistemi içerisinde dört ana modelden (Beveridge modeli, Bismarck modeli, özel sağlık sigortası, cepten ödemeler) farklı kombinasyon ve oranlarda uygulamaya gidilmektedir. Her ülkede farklı sağlık hizmet ve finansman tipleri uygulanmakta olsa da temel ortak amaç; hızlı ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin, düşük maliyetlerle halka sunulmasının sağlanması olmalıdır.

#### KAYNAKÇA:

- Akdur, R. (2003). *Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumlu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. K. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler. [<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/anasayfa-saglikek.htm>], [[https://ziladoc.com/queue/salk-hizmetlerinin-finansman-ve-alternatif-yntemler\\_pdf?queue\\_id=-1](https://ziladoc.com/queue/salk-hizmetlerinin-finansman-ve-alternatif-yntemler_pdf?queue_id=-1)]. (Erişim: 19 Aralık 2019).
- Bauernschuster, S., Anastasia, D. ve Erik, H. (2018). *Bismarck's Health Insurance And The Mortality Decline*. Germany: IZA Institute of Labor Economics Discussion Paper Series. IZA DP No. 11628.
- Belek, İ. (2000). Nasıl Bir Sağlık Sistemi? III Sigorta Değil, Genel Vergi. *Toplum Ve Hekim*, 15(2). 92-108.
- Belli, P., Helen, S. ve Curtio M. G. (2002). *Qualitative Study On Informal Payments For Health Services In Georgia*. Washington: World Bank HNP Discussion Paper. Report No: 28904.
- Başara Berrak ve B., Şahin, İ. (2008). Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler. *H.Ü. İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 26(2). 319-340.
- Çelikay, F. ve Gümüş E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 11(1). 177-216.
- Erumut, M. C. (2014). Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem. *Sosyal Güvençe Dergisi*. 5. 593-126.
- Dalgın, N. (2005). Sosyal Güvenliğe Katkısı Bağlamında Karşılıklı Sigortalar. *Sigorta Araştırmaları Dergisi*. 1. 45-59.
- Damme, W. V., Leemput, L. V., Por, I., Hardeman, W. ve Meessen, B. (2004). Out-Of-Pocket Health Expenditure And Debt In Poor Households: Evidence From Cambodia. *Tropical Medicine And International Health*. 9(2), 273-280.

- Daştan, İ., Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları Ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırılması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 5(1). 104-134.
- Foubister, T., Thomson, S., Mossialos, E. ve McGuire, A. (2006). *Private Medical Insurance in the United Kingdom, European Observatory On Health Systems And Policies*. Trowbridge Wilts: Printed In Great Britain The Cromwell Press. ISBN 92 890 2288 4.
- Gottret, P. ve Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited A Practitioner's Guide*, Washington: The International Bank For Reconstruction And Development/ The World Bank.
- Huber, M. ve Orosz, E. (2003). Health Expenditure Trends In OECD Countries, 1990-2001. *Health Care Financing Review*. 25(1). 1-22.
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*. 85(2). 86-99.
- Karataş, M.ve Çankaya E. (2010). İktisadi Kalkınma Sürecinde Beşeri Sermayeye İlişkin Bir İnceleme. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 3. 29-55.
- Keleher, H. ve MacDougall, C. (2016). *Understanding Health*. Melbourne: Oxford University Press. ISBN 0195597419, 9780195597417.
- Kulesherand, R. ve Forrestal, E. (2014). International Models Of Health Systems Financing. *Journal Of Hospital Administration*. 3(4). 127-139.
- Kurşun, A. ve Rakıcı, C. (2016). Sosyal Refah Devletinin Tarihi Süreci ve Günümüz Bazı Refah Devletlerinin Değerlendirilmesi. *Uluslararası Ekonomi Ve Yenilik Dergisi*. 2(2). 135-156.
- Maynard A. ve Dixon A. (2002). Private Health Insurance And Medical Savings Accounts: Theory And Experience. *Funding Health Care: Options For Europe*, (Editörler: Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras ve Joe Kutzin). Buckingham & Philadelphia: Open University Press. 109-127.
- Mossialos E., Dixon A., (2002). Funding Health Care: An Introduction. *Funding Health Care: Options For Europe*, (Editörler: Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras ve Joe Kutzin). Buckingham & Philadelphia: Open University Press. 1-31.
- Mossialos, E. ve Thomson, S. (2002). Voluntary Health Insurance In The European Union: A Critical Assessment. *International Journal Of Health Services*. 32(1). 19-88.
- Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Kitabevi.
- OECD.Stat (Organisation For Economic Co-operation And Development Statistics) (2019). Health Statistics. [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\_STAT]. (Erişim: 19 Aralık 2019).
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 10(2). 201-228.
- Savaş, B. S. (2001). Türkiye'de Sağlık Sistemine 'Kısa Bir Genel Bakış'. *Yeni Türkiye Dergisi*. Sağlık-1(39). 87-128.
- Savaş, B. S., Karahan Ö. ve Saka R. Ö. (2002). *Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci Türkiye*. (Editörler Sarah Thomson ve Elias Mossialos). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı.
- Sekhri, N. ve Savedoff, W. (2005). Private Health Insurance: Implications For Developing Countries. *Bulletin Of The World Health Organization*, 83(2), 127-138.
- Sekhri, N. ve Savedoff, W. (2006). Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries. *International Journal Of Health Planning And Management*. 21, 357-392. doi: 10.1002/hpm.857
- Svalastog, A. L., Donev, D., Kristoffersen N. J. ve Gajović, S. (2017). Concepts And Definitions Of Health And Health-Related Values In The Knowledge Landscapes Of The Digital Society. *Croatian Medical Journal*. 58(I.6). 431-435.
- Tatar, F., (1996). Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları. *Toplum Ve Hekim*, 11(72). 42-50.
- Tatar, M., (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 103-133.
- Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2002). Sağlık Sigortası Teorisi ve Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 5. 123-139.
- Thomson, S., Foubister, T. ve Mossialos, E. (2009). *Financing Health Care In The European Union: Challenges And Policy Responses*. Denmark: World Health Organization The European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory. Studies Series No.17. ISBN 9789289041652.
- Türkiye Sigorta Birliği (2014). *Türkiye İçin Tamamlayıcı Ve Destekleyici Sağlık Sigortası Modeli Önerileri*. [https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/TSS\_Rapor\_16.05.14.docx]. (Erişim: 19 Aralık 2019).



- Wagstaff, A. (2009). Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems-Evidence From The OECD. Washington: The World Bank Development Research Group Human Development and Public Services Team. Policy Research Working Paper No 4821.
- Wild, C. ve Gibis, I. (2003). Evaluations Of Health Interventions In Social Insurance Based Countries: Germany, The Netherlands and Austria. *Health Policy*, 63, 187-196.
- Witter, S. (2002). *Health Financing in Developing and Transitional Countries*. York: Briefing Paper For Oxtan GB The University of York Press.
- World Health Organization (2000). *The World Health Report 2001: Health System Improving Performance*. Geneva: World Health Organization Press.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Health System Improving Performance*, Geneva: World Health Organization Press.
- World Health Organization (2009). *Basic Documents, Forty-Seventh Edition*. Geneva: World Health Organization Press. ISBN: 9789241650472.
- Yenimahalleli Y. G. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi* (Doktora Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.