

## OECD Ülkelerinin Sağlık Finansman Sistemlerinin Sürdürülebilirliğine İlişkin Bir Değerlendirme

### An Assessment of The Sustainability of Health Financing Systems of OECD Countries

Necibe Kaya \*

#### Özet

Dünya ekonomisinin en büyük sektörlerinden biri olan sağlık hizmetleri, bir ülkeyi kalkındıran ve toplum refahını yükselten en önemli faktörlerden biri olarak kabul edilebilir. Dünya nüfusunun hızlı artışı, demografik yapının farklılaşması, artan talepler ve teknolojik ilerlemeler sağlık hizmetleri finansman sisteminde değişikliklerin yapılmasına ve sistemin sürekli yenilenmesine sebep olarak tercih edilen sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğini etkileyebilmektedir. Hem sağlık hizmetlerinin finansmanında hem de sunumundaki kamu- özel karışımının dereceleri ülkelerin sosyal değerleri, verimlilik ve hakkaniyet politikalarına bağlı olarak değişebilmekte hatta ülke içinde zamanla farklılıklar gösterebilmektedir. Bu farklılıklar ise ülkelerin tercih ettikleri sağlık finansman sistemlerinin varlıklarının ne kadar sürdürülebilir olduğu problemini doğurmaktadır. Bu çalışmada OECD ülkelerinin sağlık finansmanı yapıları, sürdürülebilirlik sorunları ve uygulanan politika çözümleri ele alınarak mevcut veriler üzerinden OECD ülkelerinin sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğine ilişkin içerik analizi yapılmıştır. Bu içerik analizinde sağlık alanında en çok tercih edilen finansman modellerinin sürdürülebilirlikleri belirli değişkenler aracılığıyla değerlendirilmiştir. Çalışmada kullanılan veriler, OECD'nin resmi yayınları, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verileri, akademik makaleler ve sağlık ekonomisi üzerine yapılan kapsamlı verilerden toplanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Sistemi, Finansman, Sürdürülebilirlik, Sağlık Finansmanı, OECD.

#### Abstract

Health services, one of the largest sectors of the world economy, can be considered as one of the most important factors that develop a country and increase social welfare. The rapid increase in the world population, the differentiation of the demographic structure, increasing demands and technological advances may affect the sustainability of the preferred health financing systems by causing changes in the health services financing system and continuous renewal of the system. The degree of public-private mix in both financing and delivery of health services may vary depending on the social values, efficiency and equity policies of countries, and may even vary within countries over time. These differences give rise to the problem of how sustainable the health financing systems preferred by countries are. In this study, health financing structures of OECD countries, sustainability problems and policy solutions applied are discussed and content analyses on the sustainability of health financing systems of OECD countries are made through available data. In this content analysis, the sustainability of the most preferred financing models in the field of health was evaluated through certain variables. The data used in the study were collected from official OECD publications, World Health Organization (WHO) data, academic articles and extensive data on health economics.

**Keywords:** Health System, Financing, Sustainability, Health Financing, OECD.

\* Öğr. Gör., Şırnak Üniversitesi, Silopi Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, n.kayafiliz@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0521-6068.

## GİRİŞ

Dünya çapında en büyük sektörlerden biri olarak kabul edilen sağlık sistemi Sürdürülebilir Kalkınmanın temel bileşenlerinden biridir. Sürdürülebilir Kalkınmanın “insana” yapılacak en önemli yatırımlardan biri olan sağlığı devamlı kılma ve yaşam kalitesini artırma temel hedefleri arasındadır. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden (SKA) Hedef 3 (her yaştan herkes için sağlıklı yaşamları garanti altına almak ve refahı teşvik etmek) ve Evrensel Sağlık Kapsamı (UHC) ile ilgili Hedef 3.8 tüm insanların ve toplulukların finansal risk olmadan kaliteli sağlık hizmetlerine erişiminin önemini vurgulamaktadır (Sepetis, 2020, s. 262). Sağlık hizmetlerinin, insanların yaşam refahını yükseltmek ve toplumun korunmasını sağlamak açısından kritik bir rolü bulunmaktadır. Ancak birçok ülke sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirirken içinde bulunduğu koşullar nedeniyle finansman konusunda büyük zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Dünya nüfusunun hızlı artışı, demografik yapının farklılaşması, artan talepler ve teknolojik ilerlemeler sağlık hizmetleri finansman sisteminde değişikliklerin yapılmasına ve sistemin sürekli yenilenmesine sebep olarak tercih edilen sağlık finansman sistemlerini ve bu sistemlerin sürdürülebilirliğini etkileyebilmektedir. Hem sağlık hizmetlerinin finansmanında hem de sunumundaki kamu-özel karışımının dereceleri ülkelerin sosyal değerleri, verimlilik ve hakkaniyet politikalarına bağlı olarak değişebilmekte hatta ülke içinde zamanla farklılıklar gösterebilmektedir. Bu farklılıklar ise ülkelerin tercih ettikleri sağlık finansman sistemlerinin varlıklarının ne kadar sürdürülebilir olduğu problemini doğurmaktadır. Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri, farklı sağlık finansman sistemlerini kullanmakta olup, her birinin kendine özgü nüfusu ve imkanları bulunmaktadır. OECD ülkeleri, güçlü ekonomi ve yüksek gelir düzeyine sahip olmalarına rağmen, yaşlanan nüfus, kronikleşen yaygınlaşma ve sağlık teknolojilerinin artan maliyetleri gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum ise sağlık finansman sisteminin sürdürülebilirliğini tehlikeye sokmaktadır (OECD, 2023; Cylus vd., 2016).

Bu çalışmada, OECD ülkelerinin en çok tercih ettiği sağlık finansman modellerinden bahsedilmiş olup sağlıkta sürdürülebilirliği etkileyen değişkenlerden yararlanılarak sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirlikleri hakkında bazı değerlendirmeler yapılmıştır. Ayrıca çalışmada sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğine yönelik tehditler ve çeşitli politika önerileri ele alınmıştır.

## **KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

Finansman, sağlık sistemlerinin temel bir unsurudur ve ülkelerin evrensel sağlık kapsamına ulaşma becerisinde önemli bir etkidir. Sağlık için finansmanın güçlendirilmesi, sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle uyumlu olmalıdır. Finansman gerek ülke içinde gerekse uluslararası gelir elde etme çabalarında mevcut kaynakların verimliliği ve stratejik kullanımındaki iyileştirmelere öncelik veren bütünsel bir odaklanmayı gerektirir. Bu durum sağlığın kalkınma için ulusal bütçelere entegre edilmesini, yenilikçi finansman ve eş finansman yaklaşımlarını, eş zamanlı hastalıkları anlamayı ve ele almayı, güçlendirilmiş yönetimi ve diğer kalkınma hedefleriyle sinerjileri ve temel popülasyonlara uygun odaklanmayı sağlar (UNDP, 2023). Bir toplumun sağlıklı bireyler yetiştirmesi ve bireylerin sağlıklı bir yaşam sürme hakkına sahip olabilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmasıyla mümkün olmaktadır. Sağlık finansmanı, tüm bireylerin etkili, kaliteli ve verimli sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini sağlar. Bir sağlık hizmetinin etkili, verimli, adil ve erişilebilir olabilmesi ise sürdürülebilir bir sağlık finansman sisteminin varlığı ile güvence altına alınmaktadır. Yani, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği, sağlam bir finansman yapısına bağlıdır ve bu da toplumun genel sağlığını olumlu yönde etkiler. Sağlık finansman sistemleri açısından sürdürülebilirlik kavramının hangi anlamı karşıladığı, hangi amaçları kapsadığı ve bu amaçlara ne şekilde ulaşıldığı henüz belirli olmasa da sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirlik iki çerçevede tanımlanabilir. Bunlardan ilki sürdürülebilirliğin dar anlamda tanımı ikincisi ise geniş anlamda sürdürülebilirlik tanımıdır. Dar anlamda sürdürülebilirlik, kamu sağlık harcamaları ve kamu sağlık gelirleri çerçevesinde tanımlanırken, geniş anlamda sürdürülebilirlik, sağlık gelirlerinin ve sağlık harcamalarının tamamını kapsayan bir kavram olarak ele alınmaktadır (Özer ve Yıldırım, 2016, ss.150-151). Sağlıkta sürdürülebilirlik, sağlık harcamaları yönetiminin finansal olarak yeterli düzeyde olması ve sağlık alanında toplumsal gelişimin yakalanarak yönetilmesi anlamına gelmektedir (Oyibo, 2011, ss. 481-484). Sürdürülebilir bir sağlık finansman sisteminin üç temel özelliği vardır (Fineberg, 2012, s. 1020):

- Hastalar ve aileler, işverenler ve hükümet için satın alınabilirlik (işverenlerin ve hükümetin kaynaklar için nihai olarak tüketiciler, çalışanlar ve vergi mükellefleri olarak bireylere güvendiğini kabul ederek).

- Hastalar ve sağlık profesyonelleri de dahil olmak üzere temel bileşenler tarafından kabul edilebilirlik.

- Bir sağlık sistemini yaşanabilir kılabilmek için yeni hastalıklara, değişen demografik özelliklere, bilimsel keşiflere ve dinamik teknolojilere uyarlanabilir bir şekilde yanıt verme, yani uyarlanabilir olması.

Hkmetlerin politik ve kurumsal faktörleri sağlık finansman modellerinin tercih edilebilirliğini teşvik etmede önemli bir rol oynayabilmektedir. Bu faktörler; sağlık harcamalarının büyümesini kontrol etme ihtiyacına ve belirli hedeflere ilişkin siyasi anlaşmalar, farklı paydaşlar arasında etkili koordinasyon mekanizmaları, sağlık hizmetlerinin yerelleşme derecesi (işlevler ve gelirler açısından) ve kamu ve özel sağlık harcamaları arasındaki sınırları içermektedir. Bu destekleyici faktörler orta ve uzun vadede etki bırakabilirken, kısa vadede değiştirilmesi zordur ve yoklukları halinde sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğine yönelik riskler ortaya çıkabilmektedir (OECD, 2015). Bir ülkenin tercih ettiği mevcut sağlık hizmetleri finansman sisteminin sürdürülebilir olmasında birden fazla kriter bulunmaktadır. Bu kriterlerin esas alması gereken temel noktalar ise şunlardır: Ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi (kişi başına gelir, GSYİH, gelir düzeyi vb.), mali kapasitesi, uygulanabilirlik, hakkaniyet, verimlilik, talep kullanımı ve tüketicisi davranışı, hizmet sunumu /arz ve üretici davranışıdır. Bu kriterler sağlık hizmetleri finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğinin belirlenmesinde oldukça önemlidir (Mutlu ve Kadir, 2015, s. 278). Sürdürülebilir bir sağlık finansman sistemi ile ilgili olarak ortaya konulan birtakım sağlık göstergeleri de mevcuttur. Bunlar ağırlıklı olarak kullanılan sağlık finansman sistemleri dahilinde meydana çıkan sağlık harcamaları ve kaynakları ile ilgili göstergeler olup toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye (Gayrisafi Yurtiçi Hasıla) oranı, kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, kamu sağlık harcamalarının kamu gelirleri içindeki oranı, kamu sağlık harcamalarının ortalama büyüme oranına karşılık GSYİH'deki ortalama büyüme oranı, ortalama yaşam süresi, anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı, kişi başına düşen hekim sayısı, kamu harcamalarının kamu gelirleri içindeki oranı, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranıdır. Bu doğrultuda geriye dönük ve ileriye dönük ölçümler ve değerlendirmeler yapılabilmektedir (Ruggeri, 2006, s. 3). Sağlık göstergeleri bir ülkenin bireylerinin sağlık durumu düzeyi ve sağlık sistemlerinin performansına ilişkin bilgiler sunar. Sağlık ve sağlık sistemlerinin boyutları etrafında düzenlenen bu göstergeler dünya ülkelerine karşılaştırmalı bir genel bakış sunmaktadır. Kişi başına sağlık harcaması, genel kaynak kullanılabilirliğini özetlerken; GSYİH'den sağlığa ayrılan pay, bir ülkenin mevcut ekonomisi dahilinde sağlığa ayırdığı paya dair bilgi verir; doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranları, yükselen yaşam standartları, iyileştirilmiş yaşam tarzı ve daha kaliteli sağlık hizmetlerine erişim gibi bir dizi faktörle

ilişkilendirilebilir. Pratisyen doktor ve hemşirelerin sayısı ise sağlık çalışanlarının arz boyutu ile alakalı bilgi edinilmesine olanak sağlamaktadır (OECD, 2021).

Kendi yapısal şartlarından etkilenen ülkeler sağlık finansmanında oluşan değişimler ile sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğini literatürde tanımlı olan sağlık finansman sistemleri çerçevesinde değerlendirebilmektedir. Bazı ülkeler sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirliği sağlamak için devletin sağlık harcamalarını kendi bütçesinden karşılayacak sistemleri modellerine uyarlarlarken bazıları da hizmetten faydalananların direkt ödeme ile karşılanmasını tercih etmişlerdir (Kocataşkın, 2019, s. 270). OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ülkeleri, sağlık finansmanı açısından oldukça çeşitli sistemler kullanmakta olup bu sistemlerin sürdürülebilirliği, finansal sürdürülebilirlik, sağlık hizmetlerine erişim, kaliteli hizmet sağlama ve demografik değişimlere uyum sağlayabilme gibi birçok faktöre dayanmaktadır (OECD, 2023).

## **OECD Ülkelerinin Sağlık Finansman Modelleri**

Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapındaki ülkeleri adil, erişilebilir, nitelikli ve uygun fiyatlı sağlık hizmetleri sunabilen evrensel bir sağlık finansman sistemi oluşturmaya teşvik etmektedir. Bu sistemin sürdürülebilirliği, her ülkenin sosyopolitik nosyonlarına ek olarak, her bir toplumun yerel mali ve idari kapasitelerinin anlaşılmasına bağlıdır. Buna göre dört farklı sağlık sigortası modeli ortaya çıkmıştır. Bunlar: ABD'de Özel Sağlık Sigortası modeli, Kamusal finansman sistemleri başlığı altında; Bismarck tarafından yürütülen Yasal Sağlık Sigortası tabanlı model, Beveridge tarafından üretilen Ulusal Sağlık Hizmetleri tabanlı model ve pek çok ülkede özellikle gelişmekte olan ülkelere kullanılan Karma modeldir (İbrahim vd., 2020, s. 17).

### **Özel Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemi**

Bu sistemde finansman kaynakları özel sağlık sigortası, cepten ödemeler ve tıbbi tasarruf hesabı şeklinde başlıca üç başlık altında sınıflandırılmaktadır.

### **Özel Sağlık Sigortaları**

Özel sağlık sigortası olan ülkeler, bireysel riske göre hesaplanan primli bir sigorta planı satın alabilme veya grup bazında hesaplanan primli istihdam bazlı bir sigorta planına sahip olma teminatı ile karakterize edilir. Bu modelde devletin sınırlı kontrolü bulunmakta olup sağlık hizmeti özel aktörler tarafından verilmektedir. Sigortanın kamuya ait olduğu NHS'nin (Ulusal Sağlık Sigortası) aksine, sigorta özel sektöre aittir ve özel sektör tarafından yönetilmektedir

(Cuadrado vd., 2019, s. 22). Geri ödeme kurumu olarak bireyleri ya da kurumları sağlık risklerine karşı koruma altına alan özel sağlık sigortasının, cepten ödemelerde olduğu gibi çeşitli sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinin finansmanında genellikle tercih edilmemesi önerilmektedir. Buna rağmen gelişmiş ekonomilerde yaygın olarak kullanılan ve gelişmekte olan ekonomilerde de tercih edilen bir uygulama haline gelmiştir. ABD nüfusunun çoğunluğu ana sağlık finansmanını özel sağlık sigortası ile sağlarken, Fransa’da bu model kamu sistemine tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerin ekonomilerinde özel sağlık sigortasının yaygın kullanımının sağlanması ile hükümetlerin sağlık alanındaki kamu harcamalarını kontrol altında tutmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerinde ise kamu kaynaklarının daha çok kullanılarak daha fazla bireyin sağlık hizmetine erişiminin sağlanacağına inanılmaktadır (Gür ve Kaya, 2020, s. 40).

### Cepten Ödemeler

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlandığı gibi cepten harcamalar, bireylerin hizmet kullanımı sırasında sağlık hizmeti sunucularına doğrudan yaptığı ödemelerdir. Cepten ödemeler; (bireyler tarafından özel doktorlara ve eczanelere yapılan ödemeleri (özel işlemleri), tanımlanmış kamu veya özel fayda paketleri dahilinde kullanıcı ücretleri/pay ödemeleri (resmi hasta maliyet paylaşımını) ve gayri resmi ödemeleri (hem nakit ve aynı) kapsar. Doğrudan / cepten ödemeler özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere birçok sağlık sisteminde en önemli finansman mekanizmaları arasında yer almakta, hakkaniyeti olumsuz yönde etkilemekte ve ekonomik güvencesi bulunmayan grupları yoksulluğa sürüklemektedir. Cepten yapılan ödemeler ağırlıklı olarak dış bakım, ilaçlar ve tıbbi ürünler için harcanmaktadır (Jalali vd., 2021, s. 2). Bu sistem, ihtiyacı olan tüm vatandaşlara sağlık hizmeti sunacak sistematik bir yaklaşım sunmamaktadır. Buna rağmen model ülkelerin birçoğunda mevcuttur. Bunun nedeni ise tüm ülkelerin sadece dörtte birinin diğer modellerden birine göre yerleşik ve organize edilmiş bir sağlık sistemine sahip olduğu görüşüdür (Kos, 2018, s. 440).

### Tıbbi Tasarruf Hesapları

Tıbbi tasarruf hesapları, bireylerin veya ailelerin, uygun nitelikteki sağlık bakım giderlerini karşılayabilmek için tahsis edilmiş fonlardan para çekmesine olanak sağlayan ve işverenlerin bu olanaklara katkıda bulunduğu bir sistemdir. Bu sistemde kayıtlı kişiler, riskleri daha geniş popülasyonda bir araya getiremeseler de zaman içinde bir havuzda toplarlar. Hesaplara genellikle cepten ödemeler ve katastrofik maliyetleri kapsayan yüksek indirimli bir sigorta planı eşlik eder. ABD’de bu kombinasyon "tüketiciye yönelik sağlık hizmeti" olarak

adlandırılmaktadır (Wouters vd., 2016: 322). Tıbbi Tasarruflar şu anda Çin, Singapur, Güney Afrika ve ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir rol oynamaktadır. Bu modelin sürdürülebilirliği için ön koşullar, kişi başına yüksek gelir, ulusal bir tasarruf kültürü ve sağlık için kişisel sorumluluk ve hem sağlık sektöründe hem de finansal hizmetler sektöründe iyi işleyen, şeffaf ve düzenleyici bir ortamdır (Wouters vd., 2016, ss. 322-330).

### **Kamusal Finansman Sistemleri**

Bu sistemde finansman kaynakları üç alt başlık altında değerlendirilecektir.

#### **Beveridge (Ulusal Sağlık Sistemleri) Modeli**

Beveridge Modeli, 1948 yılında Birleşik Krallık'ta ortaya çıkmış bir sağlık sistemidir. Adını İngiliz ekonomist ve politikacı William Henry Beveridge'den almıştır. Beveridge'in belirgin özelliği, devlet tarafından finanse edilen ulusal ve yerel vergilendirmeler yoluyla tüm vatandaşlar için ulusal sağlık sigortası niteliğinde olmasıdır. Bu model İngiltere, Küba, Danimarka, İrlanda, Yeni Zelanda ve İspanya'nın sağlık sistemleri için benimsenen bir modeldir (Olha, 2019, s. 193). Genel olarak sağlık hizmetlerinin kamu kaynaklarıyla, yani genel vergilerle finanse edildiği Beveridge finansman modelinde genel vergiler haricinde küçük bir paya sahip olan Ulusal Sigorta Katkıları (National Insurance Contributions), yerel vergiler, özel sağlık sigortası primleri, belirli hizmetler için belirli kişilerin ödemekle yükümlü olduğu katkı payları ve özellikle özel hizmet sunucularında yapılan doğrudan-cepten ödemeler finansman sürecinde yer alan başlıca gelir kaynaklarıdır. Ulusal sigorta katkıları Ulusal Sağlık Sistemi'nin (National Health System) ikinci en büyük finansman kaynağıdır (Açıkoğlu, 2019, ss. 46-47). Beveridge'in Ulusal Sağlık Sistemleri (NHS) temelli modeli, sağlık hizmetinin her vatandaş için bir hak olduğu yönündeki sosyolojik düşünce üzerine inşa edilmiştir. Bu modelde vergiler sağlık sisteminin temel finansman kaynağıdır. Finansman sistemi, merkezi olarak bir kamu kurumu tarafından yürütülmektedir. Beveridge modeli finansman süreci, merkezi olarak hükümetin kontrolü altında yürütüldüğü için sağlık sistemi politik açılarından etkilenebilmektedir (İbrahim vd., 2020, s. 18).

#### **Bismarck (Sosyal Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemleri) Modeli**

Bismarck modeli, 1883 yılında Almanya'nın birleşmesi sırasında refah devleti kavramının bir parçası olarak sistemi uygulayan Prusya Şansölyesi Otto von Bismarck'tan adını almıştır. Bismarck modeli, tüm vatandaşların bir sigorta fonuna üye olmasının zorunlu olduğu bir sosyal sigorta modelidir. Çok ödemeli bir model olduğu için 'hastalık fonları' olarak da bilinen çeşitli



sigorta acentelerini kullanır. Sosyal katkılar veya işverenler ve çalışanlar tarafından ortaklaşa ödenen primler yoluyla finanse edilirler. Primler genellikle bordro kesintileri şeklindedir ve bu nedenle maliyetler yine de bir dereceye kadar hükümet tarafından kontrol edilebilmektedir. Sigorta acenteleri yüksek düzeyde özerkliğe sahiptir, bu da finansmanın sağlık hizmeti dışında başka amaçlar için kullanılamayacağı anlamına gelir. Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak yürütülürler ve tüm vatandaşları ayırım gözetmeksizin kabul etmeleri gerekir. Bismarck modeli, emek güçleri arasındaki dayanışma kavramına dayanmaktadır. Dayanışma, herhangi bir geliri olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini de garanti eden bir sistem olarak entegre edilmiştir. Sağlık hizmeti sunucuları büyük ölçüde özel olma eğilimindedir. Devletin rolü küçüktür ve esas olarak düzenleme ve pratikteki kontrolü ile ilgilidir. Bu modele dayalı sağlık sistemleri Almanya, Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, Japonya ve bir dereceye kadar Latin Amerika'da bulunabilir (Kos, 2018, s. 438). Bismarck modeli, sağlık hizmetlerini hem özel sektörde hem de kamu sektöründe eşit bir şekilde sigortalamaktadır. Ancak Bismarck modeli evrensel bir kapsam içermemektedir. İşsizler ve çalışanı olmayan işverenler, sigortasız sağlık hizmetlerinin finansal riskine karşı hala savunmasızdır. Ayrıca, merkezi olmayan yönetim, tedarik zinciriyle ilgili ölçek ekonomilerini gözden kaçırmaya sebep olarak maliyet kontrolünü artırmaktadır (İbrahim vd., 2020, s. 18).

### **Karma Model**

Ulusal Sağlık Sigortası Modeli hem Bismarck hem de Beveridge modellerinin bazı yönlerini birleştirir. Bismarck modelinde olduğu gibi, sağlayıcılar yani sigorta şirketleri özeldir ve Beveridge modelinde olduğu gibi devlet, sağlık hizmetlerini vergi geliri yoluyla finanse eder. Özel muayenehane ve hükümet düzenlemeleri arasındaki denge, sağlık sigortasının yönetimiyle ilgili maliyetlerin azaltılmasına yardımcı olur. Karma model Kanada'da uygulanmakla birlikte, Türkiye, Güney Kore ve Tayvan gibi bazı ülkeler de bu modeli benimsemiştir (Olha, 2019, s. 193).

## **YÖNTEM**

### **Araştırma Amacı**

Bu çalışmada OECD ülkelerinin sağlık finansmanı yapıları, sürdürülebilirlik sorunları ve uygulanan politika çözümleri ele alınarak mevcut veriler üzerinden OECD ülkelerinin sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğine ilişkin içerik analizi yapılmıştır. Bu içerik



analizinde sağlık alanında en çok tercih edilen finansman modellerinin sürdürülebilirlikleri belirli değişkenler aracılığıyla değerlendirilmiştir.

### **Araştırmanın Yöntemi**

Bu çalışma, nitel araştırma yöntemlerinden içerik analizine dayanmaktadır. İçerik çözümlemesi ya da diğer ismiyle içerik analizi, yazılı ya da görsel materyalin sistematik biçimde analiz edilmesidir (Aziz, 2015, s. 133). İçerik çözümlemesi/analizi ile mevcut veriler saptanabilmekte, özetlenebilmekte, standardize edilebilmekte, diğer verilerle karşılaştırılabilmekte ve nihayetinde yorumlanabilmektedir (Alanka, 2024, ss. 70-71). Veri analizi süreci, içerik analizi yöntemine dayanılarak yapılmıştır. OECD ülkelerinin kullandıkları sağlık finansman sistemleri, sürdürülebilirlik açısından değerlendirilmiştir. Ülkeler arasındaki farkları ve benzerlikleri daha ayrıntılı olarak değerlendirebilmek amacıyla demografik yapı, ekonomik büyüklük ve sağlık hizmetlerine erişim gibi temel faktörler göz önünde bulundurulmuştur. Bu bağlamda içerik analizi ile sağlık finansman sistemleri ve bu sistemlerin sürdürülebilirliği ile ilgili kaynaklar incelenerek ülkelerin mevcut kaynak modelleri, sistemleri ve uygulamaları arasındaki ortak ve farklı gelişmeler ortaya konacaktır.

### **Araştırmanın Kapsamı**

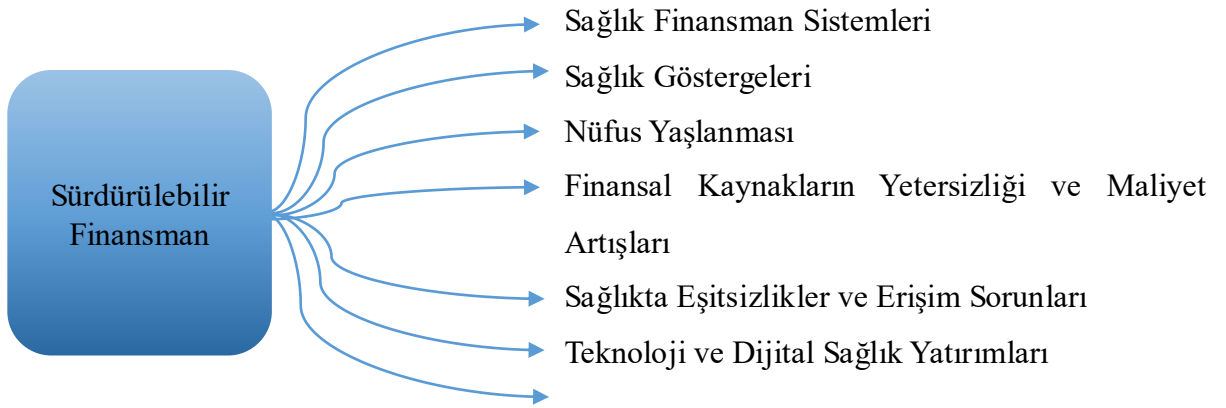
Bu çalışmada kullanılan veriler, OECD'nin resmi yayınları, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verileri, akademik makaleler ve sağlık ekonomisi üzerine yapılan kapsamlı verilerden toplanmıştır. Özellikle OECD'nin “Bir Bakışta Sağlık”, “Sağlık İstatistikleri” ve “Yaşlanan Toplumlarda Uzun Dönem Bakımın Finansmanı” gibi raporları temel veri kaynakları olarak kullanılmıştır (OECD, 2023; WHO, 2022). Veriler, sağlık finansman modelleri, finansal sürdürülebilirlik sistemleri, sağlık hizmetlerine erişim, maliyet verimliliği ve eşitliklilik gibi temel temalar çerçevesinde toplanmıştır.

### **Etik İlkelere Uygunluk**

Çalışmada, araştırma etiğine uygun olarak herhangi bir kişisel veri veya özel bilgi kullanılmamıştır. Veriler yalnızca kamuya açık kaynaklar toplanmış ve etik ilkelere uygun bir şekilde analiz edilmiştir.

## BULGULAR

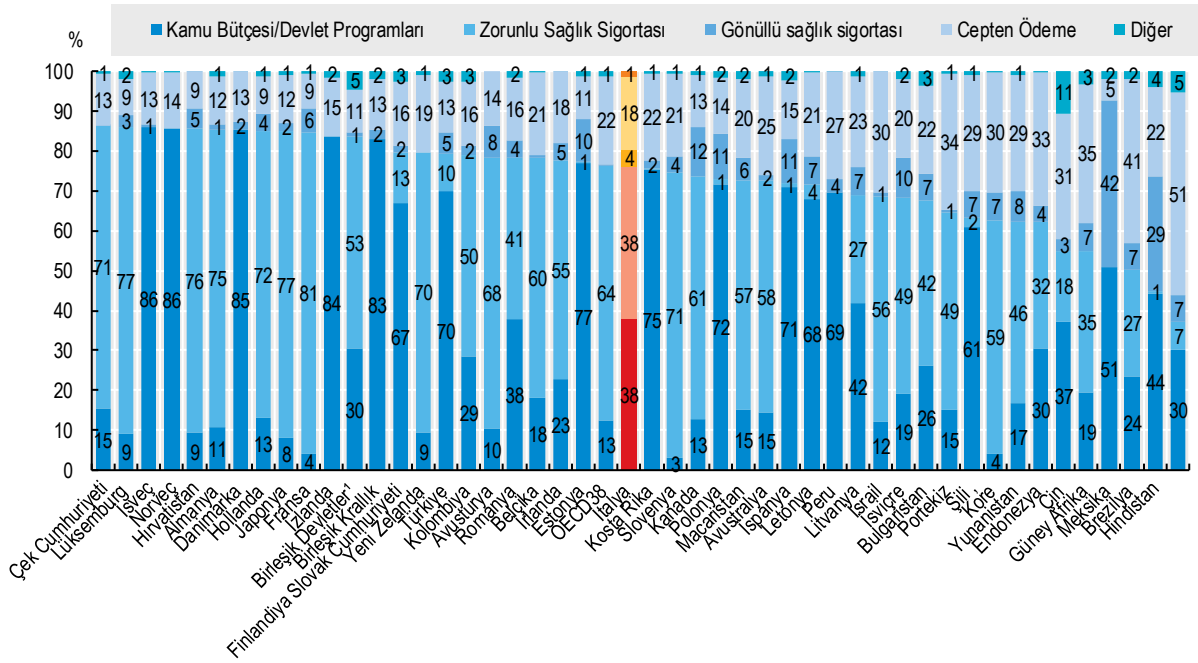
OECD ülkeleri, farklı finansman modelleri benimsemiş olsalar da her biri ortak problemlerle karşı karşıyadır. Nüfusun yaşlanması, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların artışı, talep artışı ve sağlık harcamalarının artması gibi sorunlar sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliği konusunda önemli soruları gündeme getirmektedir. Bu çalışmada OECD ülkelerinin tercih ettikleri finansman sistemleri ve bu sistemlerin sürdürülebilirliği çeşitli gösterge ve değişkenler aracılığıyla incelenecektir. OECD ülkelerindeki sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliği üzerine yapılacak bir analizde şu temel unsurlar öne çıkmaktadır (OECD, 2023):



## Reform Çabaları

### Sağlık Finansman Sistemlerinin Türleri

Bu sistemlerin sürdürülebilirliği, finansman yapılarının demografik değişimlere, ekonomik dalgalanmalara ve hizmet taleplerine göre ne kadar dayanıklı olduğuna bağlıdır. (OECD, 2023). Şekil 1'e bakıldığında OECD ülkelerinin sağlık hizmetleri finansmanında iki ana yöntem ön plana çıkmaktadır: Beveridge Modeli (Hükümet Finansman Planları) ve Bismarck modeli (Zorunlu Sağlık Sigortası). Hükümet planları, bireylere ikamet temelinde sağlık hizmeti alma hakkı tanır. İngiltere, Danimarka, İzlanda, İsveç, Norveç gibi İskandinav ülkeleri gibi ülkelerde uygulanan bu modelde sağlık hizmetleri vergilerle finanse edilir. OECD ülkelerinin neredeyse yarısı sağlık hizmeti maliyetlerini karşılamak için bu temel mekanizmayı kullanmaktadır. Bu modelin en büyük avantajı, maliyet etkinliğinin yüksek ve hizmetlere erişimin kolay olmasıdır. Dezavantajlar ise bekleme süreleri uzun olması ve hizmetlerin kalitesinin bölgelere göre farklılık gösterebilmesidir.



Şekil 1. Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları (2021 veya En Yakın Yıl). Kaynak: OECD, 2023

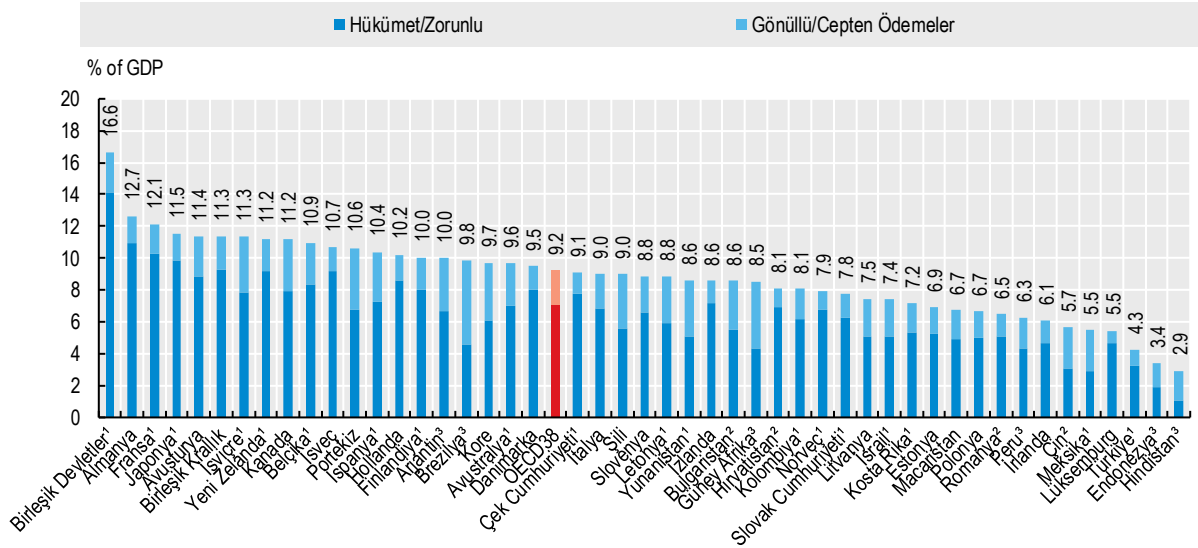
Sürdürülebilirlik açısından, ekonomik büyüme ve vergi gelirleri, sistemin devamlılığı için kritik öneme sahiptir. Ancak, ekonomik durgunluk dönemlerinde vergi gelirlerindeki düşüş, sağlık hizmetlerine yapılan yatırımları olumsuz etkileyebilir. Bismarck Modeli (Zorunlu Sağlık Sigortası) ise genellikle kamu veya özel kuruluşlar tarafından yönetilir. Almanya, Fransa ve Japonya gibi ülkelerde yaygın olan bu modelde, zorunlu sağlık sigortası primleriyle finanse edilen bir sistem bulunmaktadır. Bu model sürdürülebilirlik açısından değerlendirildiğinde yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların artışı prim gelirlerini azaltırken, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır. Bu durum, primlerin yükselmesine veya hizmetlerin kısılmasına neden olabilir. Birçok ülkede sağlık harcamalarının büyük bir kısmı hükümet veya zorunlu ödeme sistemleri tarafından karşılanmaktadır. Bu durum, evrensel sağlık sisteminin veya sosyal sigorta gücünün yaygın olduğunu göstermektedir. 2021 yılında, tüm sağlık harcamalarının yaklaşık %75'i zorunlu finansman planlarıyla karşılanmıştır. ABD gibi ülkelerde, özel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir rol oynamaktadır. Bu modelin sürdürülebilirliği, sigorta şirketlerinin karlılığı, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve düzenleyici çerçeveye bağlıdır. Yüksek sağlık maliyetleri ve sigorta primleri, özel sağlık sigortasının erişilebilirliğini sınırlayabilir. Cepten ödemeler ve gönüllü sağlık sigortası da bazı ülkelerde önemli roller oynar. "Gönüllü/Cepten Ödemeler" genellikle düşük düzeydedir bu da kişilerin doğrudan ödeme yapmak yerine sigorta sistemlerinden veya hükümet desteğinden faydalandığı anlamına gelmektedir. Bu modellerin avantajları tüketiciye daha fazla seçenek sunması, yenilikçi tedavi yöntemlerine daha hızlı erişim sağlaması; dezavantajları ise maliyetlerin yüksek olması, sigorta

kapsamının sınırlı olması, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik yaratabilmesidir. Türkiye'de hükümet harcamaları %91,2 düzeyinde, bu da pek çok ülkeye göre oldukça yüksek bir orandır. Gönüllü/cepten ödemeler ise daha düşük düzeydedir. Türkiye'nin sağlık sisteminin büyük çoğunluğu hükümetten kaynaklansa da karma bir model benimsediğini söylemek mümkündür. Bu modeldeki avantajlar ise farklı modellerin avantajlarını birleştirmesi ve esneklik sağlamasıdır. Dezavantajlar ise koordinasyon sorunlarının yaşanabilmesi ve farklı sistemlerin uyumlaştırılmasının zorluğudur. Birçok ülke, farklı finansman kaynaklarını bir araya getiren karma bir model uygulamaktadır. Bu modelin sürdürülebilirliği, farklı bileşenlerin dengeli bir şekilde yönetilmesine bağlıdır. Örneğin, kamu ve özel sektör arasındaki koordinasyon, finansal kaynakların etkin kullanımı ve hizmetlerin kalitesinin sağlanması önemlidir.

Hangi sağlık finansman modelinin daha sürdürülebilir olduğu sorusu, kesin bir cevap verilemeyecek kadar karmaşık bir konudur. Çünkü her modelin kendine özgü avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Ayrıca, bir modelin sürdürülebilirliği, o ülkenin ekonomik, sosyal ve kültürel yapısına, sağlık sisteminin mevcut durumuna ve gelecekteki hedeflerine göre farklılık gösterebilir. Sonuç olarak hangi modelin daha sürdürülebilir olduğu sorusunun yanıtı belirli bir ülkenin koşullarına ve hedeflerine göre değişir. Örneğin, bir ülke yüksek gelir seviyesine sahipse ve teknolojik altyapısı güçlüyse, özel sağlık sigortasının daha iyi bir seçenek olabileceği düşünülürken, düşük gelir seviyesine sahip bir ülke için Beveridge modeli daha uygun olabilir. Sürdürülebilir bir sağlık sistemi için önemli olan, farklı modellerin güçlü yönlerini birleştirerek, ülkenin özel ihtiyaçlarına uygun bir model geliştirmektir.

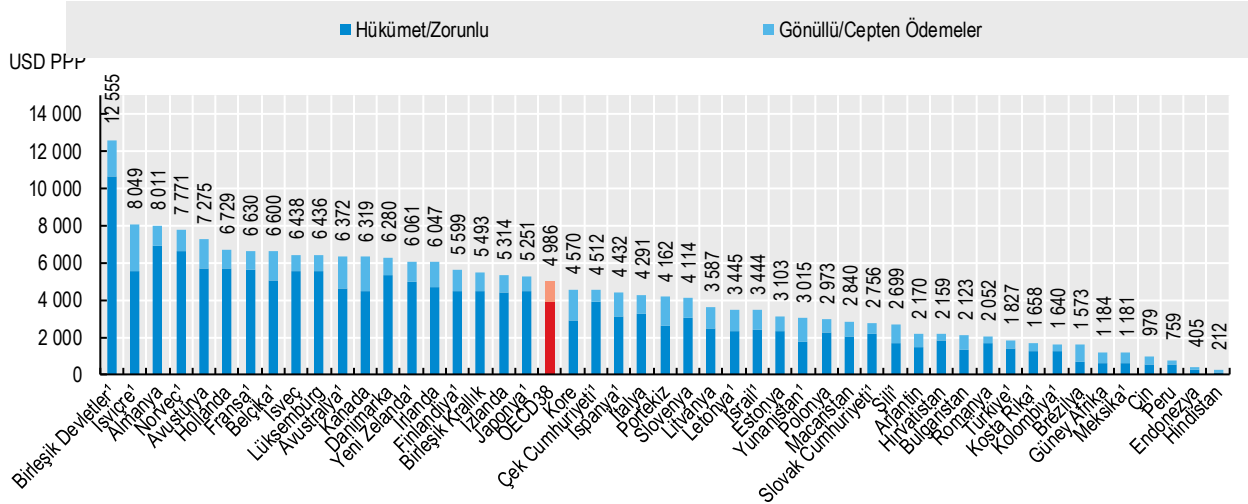
### **Sağlık göstergeleri**

Çalışmada kullanılan değişkenler sağlık sistemi değerlendirilmesi çalışmalarında ulusal ve uluslararası literatürde en çok kullanılan değişkenlerdir.



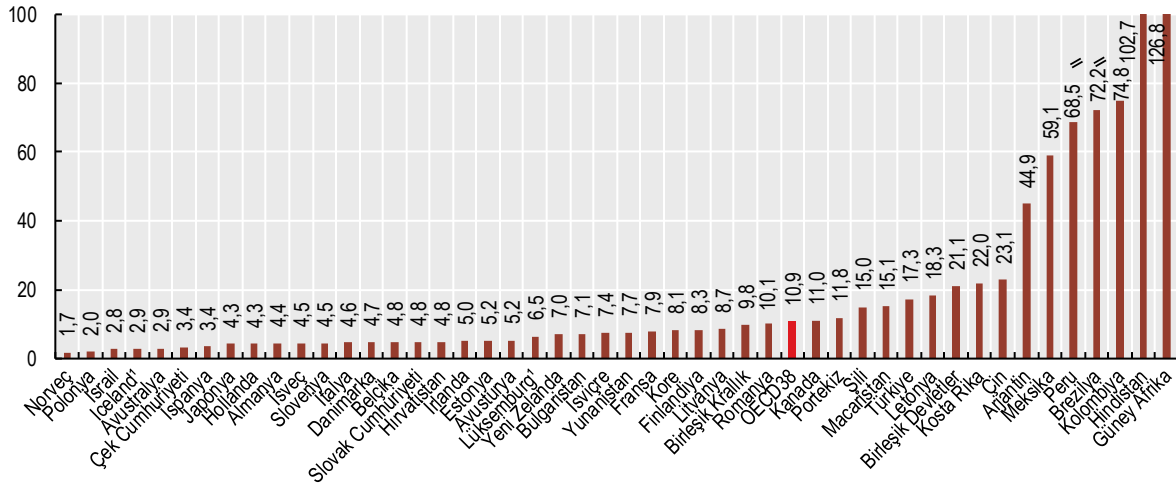
Şekil 2. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (2022 veya En Yakın Yıl). Kaynak: OECD, 2023.

Gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH), bir ülkede belirli bir dönemde üretilen mal ve hizmetlerden elde edilen katma değer standard ölçüsüdür. Bir ülkenin genel ekonomisinin büyüklüğüne kıyasla sağlık hizmetlerine ayırdığı kaynaklar hem sağlık harcamalarının büyümesi hem de genel ekonomik büyümedeki farklılıklar nedeniyle zaman içinde değişiklik göstermektedir. Ekonomik faaliyetlerde ciddi bir yavaşlama ve hızla artan sağlık harcamaları ile 2020 yılında COVID-19 salgınının ortaya çıkması, sağlık harcamalarının GSYH'ye oranında önemli bir değişime yol açmıştır. Pandemiden önce 2019 yılında OECD ülkeleri GSYH'lerinin ortalama %8,8'ini sağlık hizmetlerine harcarken 2021 yılına gelindiğinde bu oran %9,7'ye yükselmiştir (OECD, 2023). Şekil 2 incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri, GSYH'sinin %16,6'sına denk gelen oranla en fazla harcama yapan ülke iken %12,7 ile Almanya bir sonraki en yüksek harcama yapan ülke konumundadır. Amerika Birleşik Devletleri ve Almanya'dan sonra, Kanada, Fransa ve Japonya'nın da aralarında bulunduğu 15 yüksek gelirli ülkenin tamamı GSYİH'lerinin %10'undan fazlasını sağlık hizmetlerine harcamıştır. Orta ve Doğu Avrupa OECD ülkelerinin birçoğunda ve Latin Amerika'daki yeni OECD üyesi ülkelerde sağlık harcamaları GSYH'lerinin %6-9'u arasındadır. Türkiye'nin ise GSYH'sinin %6'sından daha azını sağlık hizmetlerine harcadığı görülmektedir. Bu oran OECD ülkelerinin oldukça altındadır. OECD ülkelerinin GSYİH'den sağlık harcamaları için ayırdıkları paylarda farklılıklar mevcuttur. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payını etkileyen nedenlere bakıldığında sadece piyasa ve sosyo-ekonomik değişkenlerin değil sağlık finansman sistemleri model tercihlerinin, kurumsal özelliklerin, organizasyon ve finansmanındaki farklılıkların da sağlık harcamalarının payını ve büyüme hızını etkilediğini söylemek mümkündür (Daştan ve Çetinkaya, 2015, s. 114).



Şekil 3. Kişi Başına Sağlık Harcaması (2022 veya En Yakın Yıl). Kaynak: OECD, 2023.

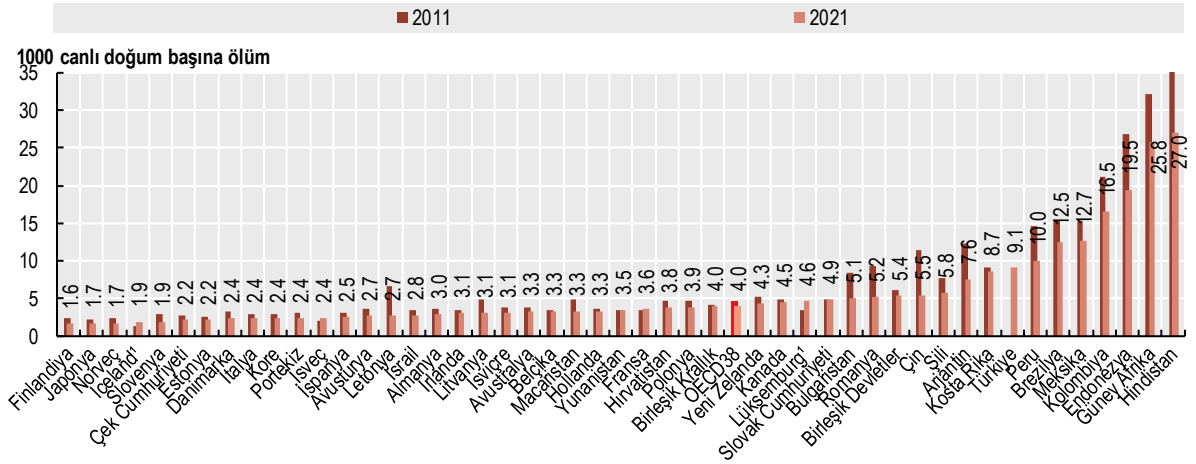
OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları Şekil 3'te açıklanmıştır. Bireysel ve toplumsal sağlık ihtiyaçlarını yansıtan kişi başına düşen sağlık harcaması düzeyi, çeşitli demografik, sosyal ve ekonomik faktörlerin yanı sıra bir ülkenin sağlık sisteminin finansman ve örgütsel düzenlemelerine bağlıdır. 2022 yılında OECD ülkelerinde kişi başına düşen ortalama sağlık harcaması yaklaşık 5.000 ABD dolarıyken Amerika Birleşik Devletleri'nde bu rakam, her ABD vatandaşı için 12.555 ABD doları olmuştur. Diğer ülkelere bakıldığında Bismarck modelini tercih eden İsviçre ve Almanya OECD'deki en yüksek harcamayı yapan ikinci ülkelerken Beveridge modelini tercih eden Batı Avrupa ülkeleri, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda 6.000-7.000 ABD doları arasında harcama yapmıştır. Güney Avrupa, Orta ve Doğu Avrupa ile Latin Amerika'daki OECD ülkelerinde sağlık harcamaları genellikle daha düşüktür; Meksika, 1.181 ve Türkiye 1.82 ABD doları ile OECD'nin gerisinde kaldığı görülmektedir. Sağlık harcamaları hükümetin sağlık planları, zorunlu sigorta veya gönüllü sigortalar ve haneler tarafından yapılan doğrudan ödemelerle sağlanmaktadır. Ancak büyük bir kısmı, hükümetin sağlık planları (Beveridge) ya da zorunlu sigorta (Bismarck) sistemleri aracılığıyla kamu tarafından finanse edilmektedir. Kalan harcamalar ise gönüllülerin özel sağlık sigortaları veya doğrudan yaptıkları ödemelerle karşılanmaktadır. Bismarck modelini kabul eden OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcaması ve bu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payları Beveridge ülkeleri ve Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip ülkelerinkinden daha düşüktür. ABD'nin kişi başı sağlık harcaması tüm OECD üyesi ülkelerin çok üzerindedir. Türkiye ise gerek kişi başı sağlık harcamalarında gerekse de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı açısından diğer OECD ülkelerinin çok gerisinde kalmıştır.



Şekil 4. Anne Ölüm Oranları (2022 veya En Yakın Yıl). Kaynak: OECD, 2023.

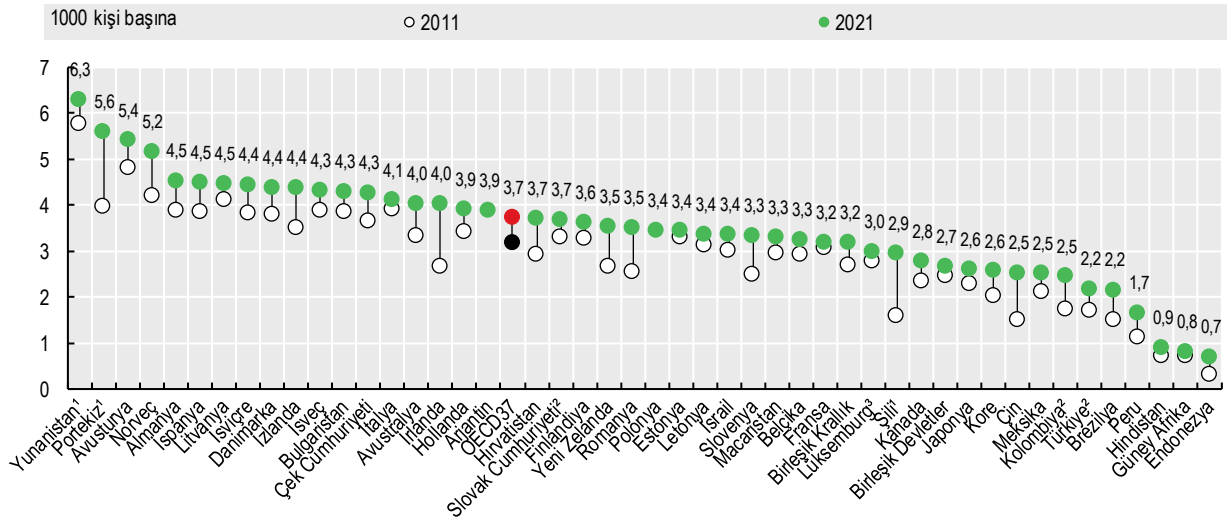
Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında 2030 yılına kadar 100.000 canlı doğum başına anne ölüm oranını 70'in altına düşürme hedefi bulunmaktadır. Anne ölüm oranı bir kadının gebelik veya doğum sırasında ya da gebeliğin sonlandırılmasından sonraki 42 gün içinde ölümü olarak tanımlanabilir. Anne ölüm oranı bir kadının sağlık durumunun önemli bir göstergesidir ve sağlık sistemi performansını değerlendirmek için kullanılır (WHO, 2023). OECD ülkelerinde, anne ölüm oranı (MMR) 2020 yılında 100.000 canlı doğumda ortalama 10,9 ölüm olarak gerçekleşmiştir. Bu oran sürdürülebilir kalkınma hedefleri tarafından belirlenen hedefin önemli ölçüde altındadır. Anne Ölüm Oranı (MMR) ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir: Norveç, Polonya, İsrail, İzlanda ve Avustralya gibi ülkelerde anne ölüm oranı (MMR) 100.000 canlı doğumda 3'ten az iken Kolombiya'da 2020 yılında MMR, 100.000 canlı doğumda 72 ölümle henüz Sürdürülebilir Kalkınma Hedefine (SDG) ulaşamamıştır. Pek çok OECD ülkesinde anne ölüm oranları yüksek seyretmektedir. Meksika'da bu oran 100.000 doğumda 55 ölümle oldukça yüksek bir seviyededir. Peru'da 100.000 doğumda 69 ölüm, Endonezya'da 100.000 doğumda 173 ölüm kaydedilmiştir. Bu farklılıklar, sağlık sistemlerinin gelişmişlik düzeyi ve kadınların sağlık hizmetlerine erişimiyle doğrudan ilişkilidir (Şekil 4). Anne ölüm oranlarının azaltılması, doğum öncesi yüksek kaliteli bakıma daha iyi erişim ve yetenekli sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan doğum ve doğum sonrası bakım yoluyla azaltılabilir. Bu hizmetlerin, hizmete ulaşamayan nüfusa sağlanmasındaki eşitsizliklerin giderilmesi ve sağlık sisteminin evrensel sağlık kapsamı çerçevesinde değerlendirilmesi, kadınların eğitimi ve şiddetle mücadele dahil anne ölümlerini azaltmak için hayati önem taşıyan faktörlerdir (WHO, 2018).





Şekil 5. Bebek Ölüm Oranı (2011 ve 2021 veya En Yakın Yıl). Kaynak: OECD, 2023.

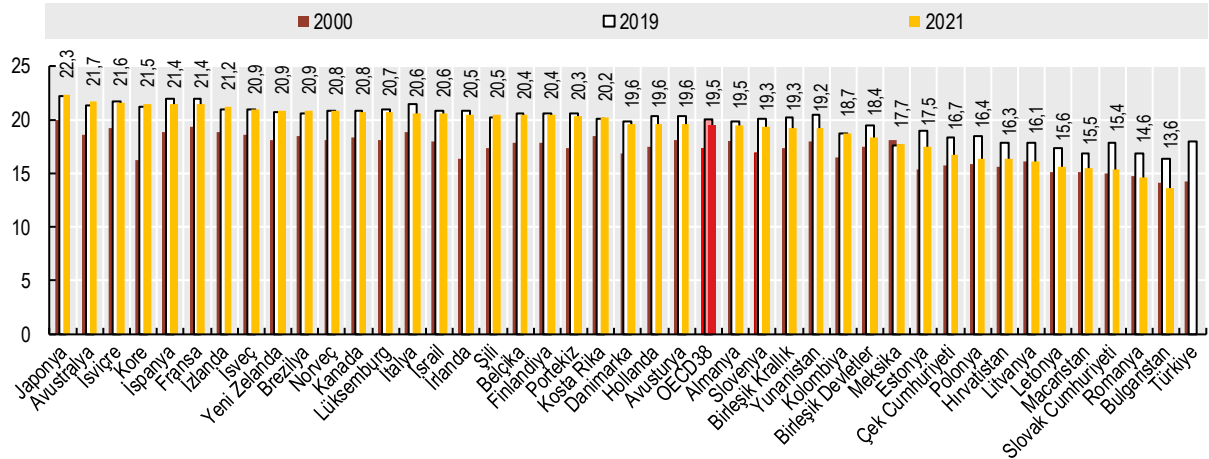
Bebek ölüm oranı, sağlık sistemlerinin etkinliğini ve ekonomik, sosyal ve çevresel koşulların anne-bebek sağlığı üzerindeki etkisini gösteren bir sağlık göstergesidir. 2021'de OECD ülkelerinde ortalama bebek ölüm oranı 1.000 canlı doğumda 4 olarak kaydedilmiştir. Bu oran Finlandiya, Japonya ve Norveç gibi ülkelerde 2'nin altındayken Kolombiya (16,5) ve Meksika'da (12,7) oranlar OECD ortalamasının oldukça üstündedir. Hindistan, Güney Afrika ve Endonezya gibi OECD ortak ülkelerinde oran 20'nin üzerindedir, ancak bu ülkeler son yıllarda önemli iyileşmeler sağlamıştır. Annenin eğitimi, doğum öncesi ve doğum bakımının kalitesi, erken doğum ve doğum ağırlıkları, acil yenidoğan bakımı ve bebek besleme uygulamaları gibi faktörler bebek ölüm oranının önemli belirleyicileridir. Bebek ölümleri; tene temas, sadece emzirme, kanguru ebeveyn bakımı, doğum sonrası bakım ve enfeksiyonların yönetimi gibi düşük maliyetli müdahalelerle azaltılabilir. OECD ülkelerinin genelinde bebek ölüm hızları çok düşüktür ve hızlar arasında küçük değişimler vardır. Fakat Türkiye, Meksika ve Şili gibi gelişmekte olan OECD ülkelerinin bebek ölüm hızları bugün hâlâ ortalamanın çok üzerindedir. Beveridge modeli sağlık sistemine sahip İsveç, Norveç, Finlandiya, Portekiz, İzlanda, Danimarka gibi ülkelerin çoğunda bebek ölüm hızları en düşük seviyelerdedir.



Şekil 6. Kişi başına Düşen Hekim Sayısı (2011 ve 2021 veya En Yakın Yıl). Kaynak: OECD, 2023.

OECD ülkelerindeki doktor sayısı 2011'de 3,5 milyonken 2021'de 4,3 milyona yükselmiştir. Tüm OECD ülkelerinde doktor sayısı son on yılda nüfus büyüklüğünden daha hızlı bir artış göstermiştir (Şekil 6). Türkiye, Kolombiya ve Meksika'da 2021'de doktor sayısı 1.000 kişi başına 2,5'un altındayken Norveç, Avusturya, Portekiz ve Yunanistan'da 1.000 kişi başına 5'in üzerine kadar çıkabilmektedir (Not: Portekiz ve Yunanistan'daki sayılar, yalnızca aktif olarak pratik yapanları değil, pratik yapma lisansı olan tüm doktorları içermektedir). Endonezya, Güney Afrika ve Hindistan'ın 2021'de 1.000 kişi başına düşen 1'den az doktor vardır. Çin'de doktor yoğunluğu 10 senede 1.000 kişi başına 1,5'ten 2,5'e hızla artmıştır. Fransa ve Japonya 2011 ve 2021 yılları arasında doktor sayısında daha sınırlı bir artış kaydetmiştir. OECD ülkelerindeki doktor sayısının son yıllarda artış göstermesinin başlıca nedenlerinden biri de tıp fakültelerinden mezun olan öğrenci sayılarındaki artıştır (OECD, 2023). Bazı ülkelerde, yabancı eğitimli doktorların göçü de mevcut doktor sayısının artmasına katkıda bulunmuştur. Bu artışa katkıda bulunan üçüncü faktör, birçok ülkede artan sayıda doktorun emeklilik yaşının uzamasıdır. Birçok OECD ülkesinde, doktor eksikliğine ilişkin nedenlerin pratisyen hekim eksikliğiyle ve kırsal bölgelerdeki doktor eksikliğiyle ilgili olduğu söylenebilir.

## Nüfus Yaşlanması ve Kronik Hastalık Yükü



Şekil 7. 65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi (2000, 2019 ve 2021 veya En Yakın Yıl). Kaynak: OECD, 2023.

OECD ülkelerinde 65 yaş üstü yaşam beklentisinde son yıllarda önemli artışlar elde edilmiştir ancak bu artışlar COVID-19'un etkisiyle sekteye uğramıştır. 2021 yılında ortalama olarak, 65 yaşındaki kişiler 19,5 yıl daha yaşlanmıştır. Nisan 2022 itibarıyla 22 OECD ülkesinde kümülatif COVID-19 ölümlerinin %90'ından fazlası 60 yaş ve üzeri kişilerde ve %50'den fazlası ortalama 80 yaş ve üzeri kişilerde meydana gelmiştir (OECD, 2023). 2019 ile 2021 yılları arasında, 65 yaşındaki yaşam beklentisi, mevcut verileri bulunan 26 OECD ülkesinin hepsinde ortalama 6 ay düşerek azalmıştır. Şekil 7'de 65 yaş üstü yaşam süresinde 2000 yılından 2019 yılına kadar genel bir yükseliş gözlenirken pandeminin sağlık üzerindeki muhtemel etkilerinden dolayı 2021 yılında bu eğilimin yavaşladığı görülmektedir. Yaşlı nüfus arttıkça, OECD ülkelerinin yaşlıları etkileyen sağlık sorunlarını önceden öngörerek dayanıklılığı artıracak yapısal reformlar yapması gerekmektedir. OECD ülkeleri, yaşlanan nüfus ve artan kronik hastalık oranları nedeniyle sağlık harcamalarında ciddi bir artış ile karşı karşıyadır. Özellikle sosyal sigorta veya vergiye dayalı sistemlerde, yaşlı nüfusun artması sağlık hizmetlerine talebi artırmakta, bu da mali yükü daha da ağırlaştırmaktadır. Yaşlı nüfusun artışı, sağlık sistemleri üzerinde ciddi bir baskı oluştursa da doğru politikalar ve stratejiler ile bu sistemlerin sürdürülebilirliği sağlanabilir. Önleyici sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi ve sosyal güvenlik reformları gibi önlemler yaşlanan nüfusla başa çıkmak için kritik öneme sahiptir. Sürdürülebilirlik açısından, yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için şu unsurlar değerlendirilmektedir (OECD, 2020):

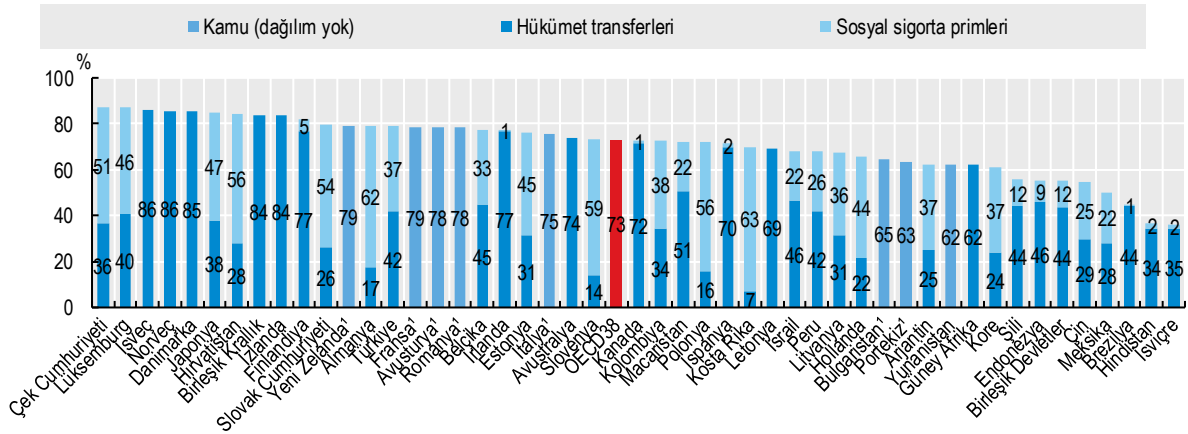
**Önleyici ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Sağlık sistemlerinde önleyici tedbirlere daha fazla yatırım yapmak, uzun vadede maliyetleri azaltabilir. Sağlıklı yaşlanma stratejileri, erken teşhis programları ve kronik hastalıkların yönetimi için dijital sağlık çözümleri gibi önlemler

sistem üzerindeki yükü azaltabilir. Örneğin diyabet gibi kronik hastalıkların yönetimi konusunda erken teşhis ve düzenli bakım hizmetlerinin desteklenmesi (WHO, 2022).

Uzun Süreli Bakım Modelleri: Yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için OECD ülkeleri arasında yaygınlaşan uzun süreli bakım modelleri, maliyetleri sürdürülebilir kılmada kritik bir rol oynayabilir (OECD, 2020).

Teknolojinin Rolü: Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için yapay zekâ destekli teşhis sistemleri, tele-tıp hizmetleri ve robotik bakım çözümleri gibi teknolojik yeniliklerden faydalanılabilir. Bu tür çözümler, maliyetleri düşürebilir ve sağlık hizmetlerine erişimi artırabilir (WHO, 2015).

### Finansal Kaynakların Yetersizliği ve Maliyet Artışları



Şekil 8. Toplam Sağlık Harcamalarının Payı Olarak Kamu Kaynaklarından Yapılan Sağlık Harcamaları (2021 (Veya En Yakın Yıl). Kaynak: OECD, 2023.

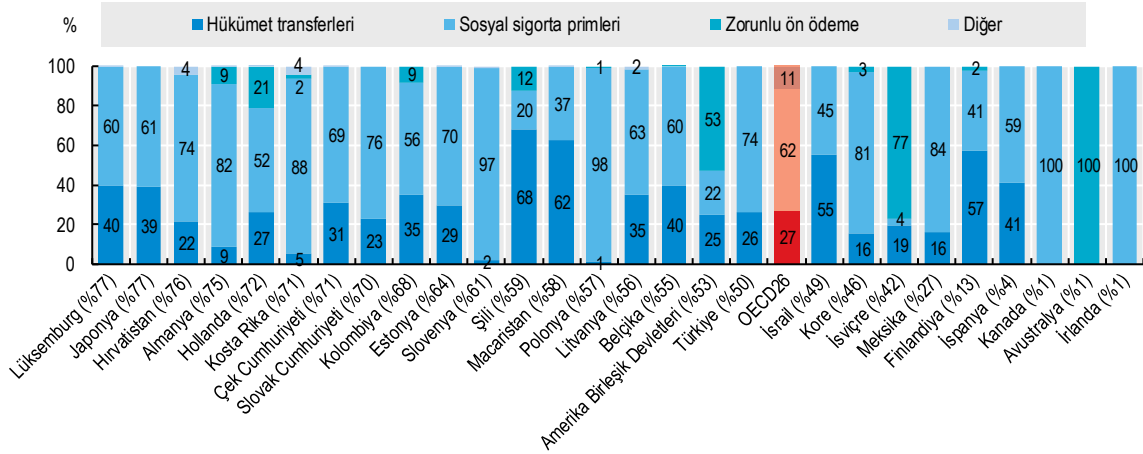
Hükümetler bireyler ve toplum adına sağlık hizmeti satın alırken oluşan harcamaları finanse etmek için farklı kaynaklardan yararlanırlar. Çoğu finansman kaynağı genel hükümet gelirlerinden (Beveridge) veya sosyal sağlık sigortalarından (Bismarck) gelir. Bireyler düzenli prim ödemeleri yoluyla özel sağlık sigortası da satın alırlar. Ayrıca sağlık hizmetlerini doğrudan ödemelerle de finanse ederler. Bunun yanı sıra bazı sağlık finansman kaynağı kâr amacı gütmeyen bağış, yatırım veya diğer ticari faaliyetlerden gelir elde edebilir. Şekil 7’de hükümet finansman planlarının temel finansman mekanizması olduğu Norveç, İsveç ve Danimarka gibi ülkelerde, hükümet transferleri sağlık harcamalarının %85’ini veya daha fazlasını finanse etmektedir. Slovenya veya Almanya gibi diğer ülkelerde, kamu finansmanının çoğunluğu işverenler ve çalışanlar tarafından ödenen sosyal sigorta katkılarıyla sağlanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası olan birçok ülkede, hükümet planları birçok sağlık hizmetini doğrudan satın

almasa da diğer finansman araçlarına transferler ve sübvansiyonlar sağlamaktadır. 2021 yılında OECD ülkelerinde genel sağlık harcamalarının %87'sini kamu kaynakları finanse etmiştir. Kamu sağlık harcamaları, hükümet transferleri ile tüm sosyal katkıların toplamı olarak tanımlanabilir. Türkiye’de ise kamu tarafından finanse edilen sağlık harcamalarının oranı %80 civarındadır (OECD, 2024). Kamu sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirliği, kamu sağlık harcamaları ile gayrisafi yurt içi hasıla (GSYH) artış oranları arasındaki fark olarak ifade edilmektedir ancak bu tanım ve bunun nasıl ölçülebileceği konusunda henüz bir fikir birliğine varılamamıştır. OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerine yapılan kamu harcamalarının sürdürülebilirliği, vergi gelirlerinin azalması ve sağlık maliyetlerinin artması gibi nedenlerle tehdit altındadır. Genel olarak sağlık harcamalarının ne kadar olması gerektiği hususunda paydaşların sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayırma isteklilikleri elzem hâle gelmiştir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının önemli paya sahip olduğu ülkelerde kamu kaynaklarının temel kaynağı olan sürdürülebilir vergi gelirleri elde etme ve kamu kaynaklarının daha verimli yönetimi de bu konu kapsamında tartışılması gereken hususlar arasında ön plana çıkmaktadır (Çelik, 2023, ss. 52-54).

Sürdürülebilirliği artırmak için, OECD ülkeleri maliyet-etkinlik esasına dayalı reformlar ve finansman kaynaklarını çeşitlendirme stratejileri geliştirmelidir (OECD, 2023): Sağlık sistemleri ve dijital sağlık teknolojilerinin kullanımı gibi yenilikler, finansal etkinlik ve maliyet azaltma stratejileri elektronik işlem maliyetlerini azaltabilir veya sağlık hizmetleri için alternatif finansman yöntemleri geliştirmek veya ek finansman kaynakları sağlamak (örneğin, tamamlayıcı özel sigorta sistemleri ve katılım payları) mali yükü hafifletebilir (Mossialos vd., 2015; Deloitte, 2012).

### **Sağlıkta Eşitsizlikler ve Erişim Sorunları**

Birçok OECD ülkesinde zorunlu sağlık sigortası veya sosyal sağlık sigortası sistemi vardır (Şekil 9). Bu sistemlerin finansmanının yaklaşık üçte ikisi sosyal katkılardan (çalışanlar ve işverenler arasında bölünen primlerden) sağlanır. OECD ülkelerinde devlet transferleri sosyal sağlık sigorta sisteminin sağlık harcamalarının %60'ından fazlasını finanse etmektedir (Not: Parantez içindeki sayılar zorunlu sağlık sigortasının toplam sağlık harcamalarına katkısını göstermektedir. "Diğerleri" kategorisi diğer yurtiçi gelirleri ve doğrudan transferleri içerir).



Şekil 9. Zorunlu Sağlık Sigortasının Finansman Kaynakları, 2021 (Veya En Yakın Yıl). Kaynak: OECD, 2023.

Vergi veya sosyal sigortaya dayalı sistemlerde erişim genel olarak geniş bir kapsama sahipken, özel sigortaya dayalı modellerde düşük gelirli nüfusun hizmetlere erişiminde eşitsizlikler yaşanmaktadır. Bu durum, sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğini etkileyen önemli bir sosyal faktördür. OECD ülkelerinde sürdürülebilir bir sağlık finansmanı için, sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması gerekmektedir. Eşitlik temelli politikalar ile düşük gelirli ve dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirecek politikalar geliştirilebilir. Ya da destek programları ve teşvikler ile düşük gelir grupları için daha düşük katılım payları veya ek sağlık destek programları sunulabilir (OECD, 2023).

## Teknoloji ve Dijital Sağlık Yatırımları

Dijital araçlar ve sağlık verilerinin kullanımı sağlık hizmetlerinin nasıl sunulduğunun, halk sağlığının nasıl korunduğunun ve kronik durumların nasıl yönetildiğinin ve önlendiğinin göstergesidir. Dijital sağlık, elektronik sağlık kayıtları, izleme ve politika için nüfus sağlık verilerinin kullanımı ve tele tıp gibi dijital araçların entegrasyonu sağlık sistemlerinde giderek artan bir rol oynamaktadır. Dijital sağlığa yönelik entegre bir yaklaşım, tüm bakım ve yönetim modları arasında güvenli teknik bağlantılar aracılığıyla kaliteli sağlık verilerini paylaşarak yapay zekanın (AI) kullanılmasını desteklemektedir (Gintux, 2023).

Tablo 1. Dijital Sağlık Hazırlığına İlişkin Göstergeler

| Dijital sağlık hazırlığının boyutu | Bu bölümde sunulan gösterge veya vekil                          | Lider ülkeler                                                       |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Analitik hazırlık                  | Veri seti kullanılabilirliği, olgunluk ve kullanım puanı (OECD) | Danimarka, Kore, İsveç, Finlandiya, Letonya                         |
|                                    | Hastaların kendi sağlık verilerine erişimi (OECD)               | Danimarka, İtalya, Litvanya, Lüksemburg, İsveç, Türkiye             |
|                                    | Küresel AI Endeksi (üçüncü taraf)                               | Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Kanada, Kore, İsrail |

|                         |                                                        |                                                                                                                                              |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Veri hazırlığı          | Veri seti yönetim puanı (OECD)                         | Danimarka, Finlandiya, Fransa, Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık                                                                 |
|                         | <b>Dijital Hükümet Endeksi (OECD)</b>                  | Norveç, Birleşik Krallık, Kolombiya, Danimarka, Japonya                                                                                      |
|                         | <b>Çalışabilirlik standardının benimsenmesi (OECD)</b> | Avustralya, Belçika, Finlandiya, Kore, Hollanda, Norveç, İsveç                                                                               |
| Teknoloji hazırlığı     | <b>Bireyler için İnternet bağlantısı (OECD)</b>        | Japonya, Estonya, Finlandiya, Danimarka, Hollanda                                                                                            |
|                         | Dijital güvenlik (OECD)                                | Avustralya, Kanada, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Almanya, İrlanda, İsrail, Kore, Hollanda, Norveç, Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri |
|                         | Tedarikçilerin sertifikasyonu (OECD)                   | Belçika, Danimarka, Finlandiya, Macaristan, Japonya, Kore, Portekiz, Slovenya, İsviçre, Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri                 |
| İnsan faktörü hazırlığı | Stratejik yönetim                                      | 35 ülkenin dijital sağlıkla ilgili stratejisi var                                                                                            |
|                         | <b>Okuryazarlık, kapasite ve yetenek</b>               | Hollanda, Finlandiya, İrlanda, Danimarka, İsveç                                                                                              |
|                         | <b>Kamu, sağlayıcı ve paydaş katılımı</b>              | Estonya, Kore, Letonya, Fransa, Litvanya                                                                                                     |

Kaynak: OECD, 2023.

Tablo 1’de tüm göstergelerde, Danimarka lider ülke olarak görünmektedir (12 göstergeden 7’sinde). Ardından Finlandiya, Kore, İsveç, Japonya, Amerika Birleşik Devletleri ve Hollanda gelmektedir. OECD ülkelerinin %95’inden fazlası en az bir kategoride lider ülkeler arasındadır (Meksika hariç hepsi). İskandinav ülkeleri tüm boyutlarda güçlüdür ve 12 göstergenin 10’unda (Küresel Yapay Zekâ Endeksi ve dijital güvenlik hariç) lider ülkeler olarak görünmektedir. Bu durum dijitalleşmenin OECD genelinde önemli bir öncelik olduğunu ve ilerleme kaydedildiği anlamına gelmektedir (<http://nordichealth2030.org/>). OECD ülkelerinde sağlık harcamaları üzerindeki baskıyı azaltmak için sağlık teknolojilerine yönelik yatırımlar artmaktadır. Dijital sağlık ve yapay zekâ gibi teknolojiler sağlık hizmetlerinin daha hızlı, erişilebilir ve maliyet-etkin olmasını sağlayarak finansman sistemlerini sürdürülebilir kılmada kritik rol oynarlar (WHO, 2022). Özellikle kırsal veya ulaşımı zor bölgelerde tele-sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması sağlık hizmetlerine erişimi artırırken maliyetleri düşürebilir. Dijital teknoloji, erişim ve okuryazarlık, sağlık, refah ve sağlık dönüşümlerini etkilediğinden dijital bir sağlık belirleyicisi olarak tanımlanmıştır. Dijital sağlık uygulamaları, hastaların sağlık durumlarını daha etkin bir şekilde izleyip yönetmelerini sağlar, bu da sağlık sisteminin üzerinde olan yükü hafifletir (Deloitte, 2012).



## **OECD Ülkelerinde Reform Çabaları**

OECD ülkeleri, sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak adına birçok reform girişiminde bulunmaktadır. Bu reformların içeriği genel olarak finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi, sağlık hizmetlerine erişim ve etkinlik konularını ele almaktadır. Almanya ve Fransa gibi sosyal sigortaya dayalı sistemlerde finansman tabanının genişletilmesi ve sağlık sigorta primlerinin daha adil bir şekilde toplanması, İngiltere ve İskandinav ülkelerinde vergi bazlı sistemlerde sağlık hizmetleri maliyetini azaltacak dijitalleşme ve maliyet-etkinlik odaklı yenilikler, ABD gibi özel sigorta temelli sistemlerde ise düşük gelirli grupların hizmetlere erişimini artırmak amacıyla kamu destekli sigorta programlarının genişletilmesi ve teşvik edilmesi bu yeniliklere ön ayak olabilir.

## **Sağlık Finansman Sistemlerinin Sürdürülebilirliğinin Tehdit Eden Faktörler**

OECD ülkelerinin sağlık istikrarının sürdürülebilirliği bir dizi değişkenden olumsuz etkilenmektedir. Bu değişkenler arasında yaşlanan nüfus, artan kronik hastalık yükü, teknolojik gelişmelerin sunduğu hizmetler ve sağlık hizmetlerine olan talebin artması yer almaktadır (Reeves vd., 2014; OECD, 2023). OECD ülkelerinde yaşlı nüfus artışları, sağlık hizmetlerine yönelik talebi artıran en önemli faktörlerden biridir. Yaşlılıkta sağlığın bozulma durumu daha fazla olduğundan, bu durum sağlık sistemi üzerindeki finansal yükü ağırlaştırmaktadır. Kronik hastalıkların yaygınlaşması ise sağlık harcamalarının büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Diyabet, kalp hastalıkları ve kanser gibi hastalıkların tedavi ve bakım maliyetleri sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (Thomson vd., 2014; OECD, 2023). Sağlık hizmetlerinde oluşum gösteren teknolojik gelişmeler, teşhis ve tedavide büyük kolaylıklar sağlar ancak bu gelişmelerin maliyeti oldukça yüksektir. Yeni sistemler, tıbbi cihazlar ve dijital sağlık çözümleri, sağlık sisteminin finansal yükünü önemli ölçüde etkilemektedir (OECD, 2023; Cylus vd., 2016). Sağlığa olan talebin artması da sürdürülebilirliği etkilemektedir. İnsanların sağlık bilinç düzeyinin artması ve yaşam standartlarını daha kaliteli bir hale getirme isteği, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır. Bu talep artışı ise sağlık hizmet sunumu ve finansmanında birtakım problemlerin yaşanmasına yol açmaktadır.

## OECD Ülkelerinin Sürdürülebilirlik İçin Politika Çözümleri

OECD ülkeleri, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak adına çeşitli stratejiler ve politikalar geliştirmiştir. Bu politikalar arasında maliyet kontrolü, kaynakların etkin kullanımı ve sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması gibi unsurlar öne çıkmaktadır (OECD, 2023). OECD ülkeleri, sağlık harcamalarını kontrol etmek amacıyla çeşitli önlemler almaktadır. İlaç fiyatlarının düzenlenmesi, gereksiz tetkik ve tedavilerin azaltılması gibi maliyetleri azaltmaya çalışmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılmasını teşvik etmektedir (Thomson vd., 2014). Bazı OECD ülkeleri de özel sektör sağlık hizmetlerine katkıda bulunmayı artırarak maliyetleri paylaşmayı hedeflemektedir. Özel sigorta planlarının teşvik edilmesi ve kamu-özel ortaklıklarının geliştirilmesi, sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğine katkı sağlayabilir (Reeves vd., 2014). Kronik hastalıkların ve yaşlı nüfusun artışı göz önünde bulundurulduğunda, OECD ülkelerinin sağlık hizmetlerine daha fazla önem vermesi gerekmektedir. Erken teşhis, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlıklı yaşamın teşviki, uzun süreli sağlık harcamalarını azaltma adına önemli adımlar arasında sayılabilir. Dijital sağlık teknolojilerinin kullanımı da sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır. OECD ülkelerinde tele sağlık, robotik cerrahi ve yapay zekâ destekli tanı sistemleri gibi dijital çözümler yaygınlaştırılarak sağlık sistemlerinin sürdürülebilir kılınması sağlanmaya çalışılabilir (OECD, 2021; Joumard vd., 2010).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

OECD ülkelerindeki sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliği, karmaşık bir yapı arz etmektedir ve her ülkenin ekonomik, demografik ve politik yapısına göre farklı çözümler gerekmektedir. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için maliyet etkinliği, dijitalleşme, eşit erişim sağlama ve demografik değişimlere adaptasyon stratejilerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu unsurlar, sağlık sistemlerinin gelecekteki maliyetleri karşılama kapasitesini güçlendirmekte ve sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir olmasını sağlamaktadır (OECD, 2023). OECD ülkelerinin sağlık finansman sistemleri, küresel sağlık sistemleri için örnek bir model teşkil etmektedir. Her ülkenin kendine özgü bir sağlık sistemi olsa da yaşanan ortak sorunlar ve uygulanan çözümler sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği konusunda değerli bilgiler sunmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talebin artması, demografik değişimler ve teknolojik gelişmeler gibi faktörler OECD ülkelerinin sağlık sistemlerini giderek daha da zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, maliyet kontrolü, harcamanın etkin kullanımı ve teşviki sağlık

hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi politika çözümleri sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak adına hayata geçirilmelidir (Joumard vd., 2010). Sürdürülebilir bir sağlık sistemi, hizmet sağlama, kaynak yaratma, finansman ve yönetim gibi temel işlevleri sürekli olarak yerine getirerek finansal adalet, erişilebilirlik, yanıt verebilirlik ve bakım verimliliği ilkelerini birleştirerek ve bunu çevresel olarak sürdürülebilir bir şekilde yaparak toplum sağlığını iyileştirebilir. PHSSR (Sağlık Sistemi Sürdürülebilirliği ve Dayanıklılığı İçin Ortaklık), 2020'den bu yana birçok ülkenin sağlık sistemleri üzerine araştırmalar yapmıştır. Bu araştırmanın özet raporu, dünya genelinde sağlık hizmetlerinde iyileştirme yapılması gereken alanları ele alma noktasında acil bir ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur. Bu alanların başında sağlık finansman sistemi yer almaktadır ve temel bulgular şunları içermektedir (PHSSR, 2023, ss.1-2):

- Sağlık sistemleri yetersiz finanse edilmekte ve mevcut finansman mekanizmaları çoğu zaman etkisiz olup daha iyi sağlık sonuçlarına teşvik etmemektedir.

- Sürdürülebilir finansmanı garanti altına almak, cepten ödemeler ve kapsam dışı bırakma gibi erişimdeki finansal engelleri hafifletmek için kademeli olarak finanse edilen hedefli reformlara ihtiyaç vardır.

- Sistemler büyük ölçüde pahalı ikincil bakım hizmetlere eğilim göstermektedir. Dolayısıyla kamu sağlık harcamaları birincil bakım ve ruh sağlığı hizmetlerine yetersiz kaynak ayırma eğilimindedir.

PHSSR sağlık finansman sistemlerinde sürdürülebilirlik adında birtakım önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler (PHSSR, 2023, ss. 37-40):

- Sürdürülebilirliği en üst düzeye çıkarmak için sağlık sistemlerinin bakıma erişimde hem yatay hem de dikey eşitliği sağlamaya çalışarak nüfusun sağlık ihtiyaçlarını ve tercihlerini yansıtacak şekilde fon tahsisine öncelik vermesi

- Cepten yapılan harcamaları azaltmaya odaklanarak dayanışmacı finansman mekanizmaları uygulanması

- Sağlığa zarar veren ürünlerden alınan tüketim vergileri de dahil olmak üzere vergi finansmanını çeşitlendirerek kamu mali kaynaklarının güvence altına alınması

- Nüfusun sağlık ihtiyaçlarına ilişkin uzun vadeli planlara dayalı çok yıllık bütçeler benimsenmesi ve sağlık yardımlarının periyodik olarak yeniden değerlendirilmesi

- Kaynak tahsis kriterlerinin demografik ve sosyoekonomik faktörler, epidemiyolojik eğilimler ve sağlık hizmetleri altyapısının dikkate alınarak sağlanması

- Nüfusun sağlık ihtiyaçlarını ve mevcut kaynakları yansıtan bir sağlık yardımları paketi tanımlamak için STD'den (Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi) yararlanarak açık öncelik belirleme yoluyla tahsisat verimliliğinin en üst düzeye çıkarılması
- Risk seçimine yönelik teşvikleri azaltmak ve hakkaniyeti sağlamak için sigortacılar arasındaki risk eşitleme mekanizmalarının iyileştirilmesi
- Hastaların uzun vadeli sonuçları için entegre ve paket ödeme yöntemlerinin teşvik edilmesi
- Nüfusun ihtiyaçlarına cevap vermeyi teşvik etmek için sağlayıcı ödeme mekanizmalarında yerel esneklik sağlanması
- Sağlayıcılar ve sigortacılar arasında iş birliğinin teşvik edilmesi
- Belirli yetersiz finansman alanlarının ele alınması
- Hastaların yardımlara erişiminin merkezileştirilmesi ve farklı hastalıklar arasında kapsamın uyumlu hale getirilmesi
- Özellikle önleyici ve temel sağlık hizmetleri için erişimin önündeki mali engelleri ortadan kaldırarak sosyal olarak savunmasız nüfusların sağlık hizmetlerine erişiminin teşvik edilmesi
- Uzun süreli bakım, diş bakımı ve ruh sağlığı gibi yetersiz finanse edilen hizmetlere erişimin genişletilmesi
- Acil durum/kriz senaryolarına dayalı bütçe tahminlerinin gerçekleştirilmesi ve planlamanın buna göre uyarlanması
- Ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar için kaynak ve risk değerlendirme yöntemlerinin oluşturulması
- Pandemiler sırasında finansal risk paylaşımının değerlendirilmesi ve gözden geçirilmesi
- Halk sağlığı acil durumları için yedek fonlar gibi özel mekanizmaların oluşturulması

## KAYNAKÇA

- Açıkoğlu, C. (2019). *Türkiye’de sağlık sigortası uygulamaları ve seçilmiş ülke uygulamalarıyla karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
- Alanka, D. (2024). Nitel bir araştırma yöntemi olarak içerik analizi: Teorik bir çerçeve. *Kronotop İletişim Dergisi*, 1(1), 64-84.
- Aziz, A. (2015). *Sosyal bilimlerde araştırma ve yöntem teknikleri*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.

- Cuadrado, C., Crispi, F., Libuy, M., Marchildon, G. & Cid, C. (2019). National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies. *Health Policy*, 123(7), 621-629.
- Cylus, J., Papanicolas, I. & Smith, P. C. (2016). *Sağlık sistemi verimliliği: Ölçümün politika ve yönetim için önemli hale getirilmesi*. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi.
- Çelik, Y. (2023). Sağlık harcamalarında sürdürülebilirlik riskte mi? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2(64), 52-57.
- Çınar, N. (2019). Sistematik Derleme. Sistematik derleme. [https://sagbil.sakarya.edu.tr/sites/sagbil.sakarya.edu.tr/file/Prof.\\_Dr.\\_Nursan\\_CINAR\\_-\\_Sistematik\\_derleme\\_.pdf](https://sagbil.sakarya.edu.tr/sites/sagbil.sakarya.edu.tr/file/Prof._Dr._Nursan_CINAR_-_Sistematik_derleme_.pdf).
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Deloitte (2012). Sürdürülebilir kamu ilaç finansman modeli için yol haritası ve süreç yönetimi. <https://docplayer.biz.tr/94300-Surdurulebilir-kamu-ilac-finansman-modeli-icin-yol-haritasi-ve-surec-yonetimi.html>.
- Fineberg, H. V. (2012). A successful and sustainable health system—how to get there from here. *New England Journal Of Medicine*, 366 (11), 1020-1027.
- Gitnux, (2023). 2023'teki en şaşırtıcı faks makinesi kullanım istatistikleri ve trendleri. <https://blog.gitnux.com/fax-machine-usage-statistics/>.
- Gür, L. & Kaya, D. (2020). Finansman türüne göre OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının gelişimi: 1980 sonrası. *Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Bilimleri Akademik Araştırmalar Dergisi*, 4(10), 36-52.
- Ibrahim, H., Mahmood, H. S. & Ali, R. (2020). The major merits of healthcare insurance models a review study. *Kerbala Journal Of Pharmaceutical Sciences*, (18), 12-19.
- Jalali, F. S., Bikineh, P. & Delavari, S. (2021). Strategies for reducing out of pocket payments in the health system: A scoping review. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19(1), 1-22.
- Joumard, I., Andre, C. & Nicq, C. (2010). *Sağlık bakım sistemleri: verimlilik ve kurumlar. OECD Ekonomi Departmanı Çalışma Belgeleri*. No 769. OECD Yayıncılık. <https://doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en>.
- Kocataşkın, E. (2019). Türkiye'de sağlık finansman sisteminde genel vergilerin yeri ve önemi. *Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(17), 270-279.
- Kos, M. (2018). *Introduction to healthcare systems*. The Pharmacist Guide To Implementing Pharmaceutical Care, 437–441.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. & Anderson, C. (2015). *International profiles of health care systems*. The Commonwealth Fund.
- Mutlu A. I. & Kadir A. (2005). *Sağlık ekonomisine giriş*. Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.

- Nordic health 2030. <http://nordichealth2030.org/>.
- OECD, (2015). Fiscal sustainability of health systems bridging health and finance perspectives. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264233386-En>.
- OECD. (2020). Financing long-term care in ageing societies. OECD Publishing.
- OECD Sağlık İstatistikleri (2021). <https://www.oecd.org/Health/Health-Data.Htm>.
- OECD. (2023). OECD Sağlık İstatistikleri. Bir bakışta sağlık: OECD göstergeleri. OECD Yayıncılık. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2023-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2023-en).
- Olha, L. (2019). The healthcare models: global background and Ukraine's development. Scientific Development of New Eastern Europe, 192.
- Oyibo, P. G. (2011). Out-of-pocket payment for health services: Constraints and implications for government employees in Abakaliki, Ebonyi State, South East Nigeria. *African Health Sciences*, 11(3), 481-500.
- Özer, Ö. & Yıldırım, H. H. (2016). Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine yönelik bir uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 149-161.
- Reeves, A., McKee, M., Basu, S. & Stuckler, D. (2014). Sıkı tasarruf ve sağlık hizmetlerinin politik ekonomisi: 27 Avrupa ülkesindeki harcama değişikliklerinin 1995–2011 yılları arasındaki ülkeler arası analizi. *Sağlık Politikası*, 115 (1), 1-8.
- Ruggeri, J. (2006). Health care spending, fiscal sustainability and public investment. The Saskatchewan Institute Of Public Policy, Public Policy Paper No: 42.
- Sepetis, A. (2020). Sustainable finance in sustainable health care system. Published By *Open Journal Of Business And Management*, 8 (1), 262-281. doi: [10.4236/ojbm.2020.81016](https://doi.org/10.4236/ojbm.2020.81016).
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M. & Kluge, H. (2014). *Ekonomik kriz, sağlık sistemleri ve Avrupa'da sağlık: Politika üzerindeki etki ve sonuçlar*. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi.
- UNDP, (2023). <https://undp-capacitydevelopmentforhealth.org/undp-support-to-sustainable-health-financing/>.
- WHO. (2018). Hayatta kal, geliş, dönüş. Kadın, çocuk ve ergen sağlığı için küresel strateji: 2030 hedeflerine doğru ilerlemeye ilişkin 2018 raporu. Dünya Sağlık Örgütü. <https://www.everywomaneverychild.org/wp%20content/uploads/2018/05/EWECGSMonitoringReport2018.pdf>.
- WHO. (2021). Yaşlanma ve sağlık konusunda küresel rapor. Dünya Sağlık Örgütü. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>.
- WHO. (2022). Health financing for universal health coverage. World Health Organization.
- WHO. (2023), Anne ölüm oranı. Dünya Sağlık Örgütü, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

Wouters, O. J., Cylus, J., Yang, W., Thomson, S. & Mckee, M. (2016). Medical savings accounts: Assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care. Health Economics, *Policy And Law*, 11(3), 321-335.