

OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

Comparing Health Systems, Health Expenditures and Health Indicators in OECD Countries and Turkey

İlker DAŞTAN

Yrd. Doç. Dr., İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Volkan ÇETİNKAYA

Yrd. Doç. Dr., Sağlık Bakanlığı

Ocak 2015, Cilt 5, Sayı 1, Sayfa 104-134
January 2015, Volume 5, Number 1, Page 104-134

P-ISSN: 2146 - 4839

E-ISSN: 2148-483X

2015/1

www.sgd.sgk.gov.tr

e-posta: sgd@sgk.gov.tr

Yazılar yayınlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dahil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayınlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

If the manuscripts are accepted to be published, the SGD has the possession of right of publication and the copyright of the manuscripts, included publishing the whole text in the digital area.

Articles published in the journal represent solely the views of the authors.

Some parts of the articles and the tables can be cited by showing the source.

Cilt : 5 - Sayı : 1 - Yıl : 2015 / Volume : 5 - Number : 1 - Year : 2015

Sahibi / Owner of the Journal

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / On behalf of the Social Security Institution

Cevdet CEYLAN (Kurum Başkan Yardımcısı / Deputy President of the Institution)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Responsible Publication Manager

Mehtap ALTINOK

Yayın Kurulu / Editorial Board

Cevdet CEYLAN

Harun HASBİ

Erdoğan ÜVEDİ

Mürsel BAKİ

Ahmet Yalçın YALÇINKAYA

Editörler / Editors

Doç. Dr. Erdem CAM

Selda DEMİR

Asuman KAÇAR

Onur ÖZTÜRK

Yayın Türü: Uluslararası Süreli Yayın / *Type of Publication: Periodical*

Yayın Aralığı: 6 aylık / *Frequency of Publication: Twice a Year*

Dili: Türkçe ve İngilizce / *Language: Turkish and English*

Basım Tarihi / Press Date: 23.03.2015

Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),

TUBİTAK ULAKBİM - TR

ASOS INDEX - TR

DOAJ - SE

EBSCO HOST - US

INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL tarafından indekslenmektedir.

Journal of Social Security (SGD), has been indexed by

TUBİTAK ULAKBİM - TR

ASOS INDEX - TR

DOAJ - SE

EBSCO HOST - US

INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL

SGD Sosyal Güvenlik Dergisi

Tüm hakları saklıdır. Bu Dergi'nin tamamı ya da Dergi'de yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı 5846 sayılı Yasa'nın hükümlerine göre Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının yazılı izni olmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayımlanamaz.

Tasarım / Design: Aren Reklam ve Tanıtım / Ankara 0.312 430 70 81 • www.arentanitim.com.tr

Basım Yeri / Printed by: EPA-MAT Matbaacılık / Ankara

İletişim Bilgileri / Contact Information

Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TURKEY

Tel / Phone: +90 312 207 88 91 – 207 87 70 • Faks / Fax: +90 207 78 19

Erişim: www.sgd.sgk.gov.tr • e-posta: sgd@sgk.gov.tr

ULUSLARARASI DANIŐMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Professor Yener ALTUNBAŐ
Bangor University – UK

Professor Jacqueline S. ISMAEL
University of Calgary – CA

Professor Ŗzay MEHMET
University of Carleton – CA

Professor Allan MOSCOVITCH
University of Carleton – CA

Professor Mark THOMPSON
University of British Columbia – CA

Asst. Prof. Sara HSU
State University of New York – USA

Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM
University of Utah – USA

ULUSAL DANIŐMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR
TŖrkiye Bilimler Akademisi

Prof. Dr. Mustafa ACAR
Aksaray Ŗniversitesi

Prof. Dr. Ŗrsan AKBULUT
TODAİE

Prof. Dr. Levent AKIN
Ankara Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Uludağ Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Faruk ANDAÇ
Çağ Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Kadir ARICI
Gazi Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Onur Ender ASLAN
TODAİE

Prof. Dr. Berrin Ceylan ATAMAN
Ankara Ŗniversitesi
Siyasal Bilgiler FakŖltesi

Prof. Dr. Hayriye ATİK
Erciyes Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Zakir AVŐAR
Gazi Ŗniversitesi
İletişim FakŖltesi

Prof. Dr. Selda AYDIN
Gazi Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Remzi AYGŖN
Gazi Ŗniversitesi
Tıp FakŖltesi

Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN
Muğla Sıtkı Koçman Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Mehmet BARCA
Yıldırım Beyazıt Ŗniversitesi
İşletme FakŖltesi

Prof. Dr. Vedat BİLĞİN
Gazi Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. NŖrşen CANİKLİŖOĐLU
Marmara Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Fevzi DEMİR
Yaşar Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİŖOĐLU
Yıldız Teknik Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. ŖstŖn DİKEÇ
Emekli Ŗğretim Ŗyesi

Prof. Dr. Ŗmer EKMEKÇİ
İstanbul Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. SŖkran ERTŖRK
Dokuz EylŖl Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Mehmet Vedat GŖRBŖZ
Yıldırım Beyazıt Ŗniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri FakŖltesi

Prof. Dr. Ali GŖZEL
Kadir Has Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Alpay HEKİMLER
Namık Kemal Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ
Pamukkale Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. TŖrksel KAYA BENGŐHIR
TODAİE

Prof. Dr. AŐkın KESER
Uludağ Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Cem KILIÇ
Gazi Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Ali Rıza OKUR
Yeditepe Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Serdar SAYAN
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Ŗni.
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Ali SEYYAR
Sakarya Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Ali Nazım SŖZER
Yaşar Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Sarper SŖZEK
Atılım Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. MŖjdat ŖAKAR
Marmara Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Erol ŖENER
Yıldırım Beyazıt Ŗniversitesi
Tıp FakŖltesi

Prof. Dr. Zarife ŖENOCAK
Ankara Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Savaş TAŐKENT
İstanbul Teknik Ŗniversitesi
İşletme FakŖltesi

Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Sabri TEKİR
İzmir Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Prof. Dr. Aziz Can TUNCA Y
Bahçeşehir Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. M. Fatih UŐAN
Yıldırım Beyazıt Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Prof. Dr. Ŗzlem Ŗzdemir YILMAZ
Ortaođu Teknik Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Doç. Dr. Tamer AKSOY
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Ŗni.
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Doç. Dr. SŖleyman BAŐTERZİ
Ankara Ŗniversitesi
Hukuk FakŖltesi

Doç. Dr. Hediye ERĞİN
Marmara Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Doç. Dr. Orhan FİLİZ
Polis Akademisi

Doç. Dr. Engin KŖŐŖKKAYA
Ortaođu Teknik Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

Doç. Dr. Adil ORAN
Ortaođu Teknik Ŗniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler FakŖltesi

OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

Comparing Health Systems, Health Expenditures and Health Indicators in OECD Countries and Turkey

İlker DAŞTAN*

Volkan ÇETİNKAYA**

ÖZ

Ülkelerin tercih ettikleri sağlık sistemleri ve bu sistemlerin özellikleri ülkelerin sağlık harcamalarını ve dolayısıyla sağlıkla alakalı çeşitli çıktıların etkileyen en önemli faktörlerdir. Bu çalışmada, çeşitli sağlık sistem modelleri kategorize edilerek OECD üyesi ülkelerin ve özel olarak ABD ve Türkiye'nin 1980-2012 yılları arasındaki sağlık harcamalarındaki değişimleri, harcamaların GSYİH içindeki payları ve harcamaların ne şekilde finanse edildiği incelenmiştir. Ayrıca, bu farklı sağlık sistemleri ve sağlık harcamalarının ülkelerin sağlık hizmetleri tedariki ve çıktılarına olan etkileri karşılaştırılmıştır. Bu amaçla, sağlık ekonomisi literatüründe sıklıkla kullanılan doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızları sağlık indikatörleri olarak, sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlere ulaşımındaki hakkaniyet kavramları sağlık çıktıları olarak ele alınmıştır. Farklı sağlık sistemlerine sahip de olsa tüm OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları ve bu sağlık harcamalarının GSYİH'ndaki payları son 30 yıl içinde önemli derecede artmıştır. Sağlık sistemleri farklı olan ülkelerdeki sağlık harcamaları farklılık gösterse de, bu farklı harcamaların sağlık göstergeleri ve sağlık sistemlerinin başarı ve verimlilikleri ile birebir bir ilişki içinde olmadığı bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sağlık sistemleri, sağlık harcamaları, sağlık göstergeleri, sağlık finansmanı, OECD ülkeleri

ABSTRACT

The health system choices of countries and their features are regarded as key determining factors of health expenditures and health indicators of countries. By categorizing a variety of health systems, this study examines changes in health spending, health spending as percentage of GDP, and health system financing in OECD countries and particularly in the US and Turkey between 1980 and 2012. This study also compares impacts of these different systems and health spending on supply of health and health outcomes. For this purpose, widely used indicators of health such as life expectancy at birth, infant mortality, and equity and accessibility to healthcare are employed. Health expenditures per capita and health expenditures as a share of GDP have dramatically increased in all OECD countries in past 30 years even though their health systems differ from each other. However, it has also been found that health systems and different health expenditure levels in OECD countries are not in line with positive health outcomes or success and efficiency of health systems.

Keywords: Health systems, health expenditures, health outcomes, health system financing, OECD countries

* Yrd. Doç. Dr., İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
ilker.dastan@ieu.edu.tr

** Yrd. Doç. Dr., Sağlık Bakanlığı
vcetinkaya@gmail.com

(Makale gönderim tarihi: 29.04.2014 / Kabul tarihi: 23.03.2015)

GİRİŞ

Ülkelerin sağlık sistemleri ve sistemlerinin özellikleri sağlık harcamalarını ve dolayısıyla sağlıkla alakalı çeşitli çıktılarını etkileyen en önemli faktörler olarak ön plana çıkmaktadır. Günümüzde ülkeler farklı sağlık sistem modelleri benimsemektedirler. Sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık harcamalarının finansmanındaki yöntemler ve kamuya ya da özel sektöre dayalı değerlendirilmeler sistemler içinde çözümlenilmeye çalışılmaktadır. Bu yüzden, ülkelerin kişi başı ve toplam sağlık harcamalarında, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasılası'ndaki (GSYİH) paylarında, bu payların kamu ve özel sektör harcamalarındaki oranlarında, cepten ödenen sağlık harcama oranlarında ve dolayısıyla ülkelerin sağlık göstergelerinde önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır.

Her ülkenin finansman sağlama yöntemi o ülkenin sosyo-ekonomik durumuna ve politik tercihlerine göre şekillenmektedir ve finansman yükü toplum tarafından çeşitli yöntemlerle paylaşılmaktadır. Sağlık harcamaları artan gelişmiş ülkelere bakıldığında sağlık harcamalarındaki artışa genelde yaşlı nüfusun neden olduğu ve nüfus yoğunluğundan ziyade o toplumdaki nüfusun niteliğinden kaynaklandığı görülmektedir (Mendelson ve Schwartz, 1993:123). Ayrıca, ülkelerin ekonomik anlamda gelişmeye devam etmeleri, tıp alanındaki teknolojik gelişmelere bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve sağlık politikalarındaki değişimler de (örneğin, ABD ve Türkiye'deki yeni sağlık sistemleri) sağlık harcamalarında ve harcama dinamiklerinde artışa sebebiyet verebilmektedir (Thorpe, 2005:1437-1439). Ülkelerin temel hedeflerinden olan kişilerin sağlık hizmetlerine hakkaniyetli olarak ulaşımını sağlamak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve çeşitli sağlık göstergelerinde gelişmeler yaratabilmek için sağlık harcamalarının etkin şekilde kontrolü eskisinden daha önemli bir hale gelmiştir.

Bu çalışmada, çeşitli sağlık sistem modelleri kategorize edilerek OECD üyesi ülkelerin ve özel olarak ABD ve Türkiye'nin 1980-2012 yılları arasındaki sağlık harcamalarındaki değişimleri, bu değişimlerin GSYİH içindeki payları ve sağlık harcamalarının ne şekilde finanse edildiği incelenmiştir. Ayrıca, bu farklı sağlık modelleri ve sağlık harcamalarının çeşitli sağlık göstergelerine ve kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımına olan etkileri karşılaştırılmıştır.

I- SAĞLIK SİSTEMLERİ MODELLERİ

Günümüz dünyasında ülkeler insanları sağlıklı tutmak, hasta tedavisini sağlamak ve sağlık harcamalarını kontrol etmek gibi mali amaçlarla çeşitli sağlık sistemleri geliştirmişlerdir. Bu sistemlerin temel dinamiklerini ise sağlık hizmetlerinin kaynakları, bu kaynakların yönetimi, organizasyonu, sunumu ve finansmanı oluşturmaktadır (Culyer ve Newhouse, 2000:13-19).

Ülkeler, giderek daha da kompleks hale gelen hukuksal, finansal ve politik yönetim sistemleri içinde en doğru şekilde sağlık hizmeti sunabilme amacıyla bu modelleri geliştirmişlerdir. Genel bir sınıflandırma zor olsa da global olarak kabul görmüş olan dört ana sistem modeli benimsenmiştir: Beveridge modeli, Bismark modeli, ulusal sağlık sigortası modeli ve cepten ödeme modeli. Bu sistemleri birbirinden ayıran temel farklar sağlık bakımı sağlayıcıları, sağlık hizmetlerinin ödenme şekli ve sağlık sigortasını sağlayan ve alan arasında finansal risklerin nasıl bir ayırım gösterdiği (Tatar, 2011:110-111; McCanne, 2010:2).

Ülkeler çoğu zaman tek bir finansman modeli takip etmedikleri ve zaman içerisinde politika değişikliklerine gidebildikleri için ülkeleri bu modellere atamak ve net bir sistem sınıflandırmasından bahsetmek her zaman mümkün olmayabilir (Berie ve Fink, 2000:27). Sağlık hizmetleri finansmanları incelendiğinde birçok ülkede finansmanın giderek daha karma bir hale geldiği, hem vergiler, hem sosyal sigorta primleri, hem hane halkının cepten yaptığı ödemeler, hem de özel sağlık sigortasından yararlanıldığı görülmektedir. Bu yüzden ülkeler sağlık finansman modelleri açısından sınıflandırılırken sistemde ağırlıklı olan finansman şekline göre sınıflandırılmıştır.

A- Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmeti)

II. Dünya Savaşı sonrasında İngiltere'nin ulusal sağlık sistemini tasarlayan William Beveridge tarafından tasarlanıp, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vergiye dayalı bir şekilde finanse edildiği ve halka sunulduğu bir sağlık sistemidir. Bu anlamda sağlık hizmetleri ulusal güvenlik, yol, köprü, ışıklandırma gibi sıradan bir kamu malı olarak görülmüştür. Sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle en çok başvurulan sağlık finansman yöntemidir. Bu sistemin kurucusu olan İngiltere'de birçok hastane ve klinik devlete aittir, devlete bağlı doktorlar kadar özel doktorlar da

ücretlerini devletten almaktadırlar. Devlet doktorların ne yapacağını ve ne kadar ücret alacağını belirleyebildiği için bu sistemi kullanan ülkelerin çoğunda kişi başı sağlık harcamaları düşük olabilmektedir. Bu sistemi kullanan ülkeler Birleşik Krallık, İspanya, çoğu İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda'dır (Immergut, 1992:5).

B- Bismarck Modeli

19. yüzyılda Almanya'nın birleşmesinin bir parçası olarak refah devleti tanımını geliştiren Otto Von Bismarck tarafından tasarlanmıştır. Bu modelde bir sigorta sistemi bulunur ve bu sigortanın finansmanı işveren ve işçilerin bordro kesintileri ile sağlanmaktadır. Alman sigorta sistemi olarak da adlandırılan bu sistem ABD'deki işçi-işveren finansmanı sisteminin aksine vatandaşın tümünü kapsamayı hedefler ve kar amacı gütmaz (Barnighausen ve Sauerborn, 2002:1560). Bu sistemi kabullenmiş ülkelerdeki hastane ve doktorlar özel olma eğilimindedirler. Bu sistem hastalık risklerine karşı sigortalama yapar ve dolayısıyla tedavi edici ve ayakta bakım hizmetlerini kapsar. Bismarck modeli gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede sıklıkla uygulanmaktadır. Bu ülkelerin başında Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Japonya, İsviçre ve bazı Güney Amerika ülkeleri gelmektedir (Tatar, 2011:110).

C- Ulusal Sağlık Sigortası Modeli

Bazı kaynaklarda karma model olarak da geçen ulusal sağlık sigortası modelinde Bismarck ve Beveridge modelinden bazı unsurlar bulunmaktadır. Bu modelde özel sağlık hizmeti sunucuları kullanılmaktadır fakat devlet tarafından işletilen ve vatandaşlar tarafından vergi ve prim ödemesi yoluyla finanse edilen bir sistemdir. Tek ödeyici olduğu, pazarlama ihtiyacı ya da kar amacı olmadığı için diğer sistemlere kıyasla daha kolay yönetilip organize edilen ve daha ucuz bir sistem olabilmektedir. Ayrıca, bu sistem maliyetleri kontrol edebilme amacıyla karşılanacak olan sağlık hizmetlerini sınırlandırabilmekte ya da hastaların hizmet alması için bekleme listesi oluşturabilmektedir. Bu sistemi kabul eden en klasik örnek Kanada'dır. Fakat yeni sanayileşmiş Güney Kore ve gelişmekte olan Tayvan gibi ülkelerde de bu sistem görülmektedir (Woolhandler, Campbell vd., 2003:773).

D- Cepten Ödeme Modeli

Cepten ödeme modeli, dünyanın birçok ülkesinde görülen bir modeldir. Sağlık hizmeti veremeyecek kadar gelir seviyesi düşük ve sağlık hizmetleri yönetimi organizesiz ülkelerde en sıklıkla görülmektedir. Bu tür ülkelerde sağlık hizmeti satın alabilmek için para ödeyebilenler bu hizmetten yararlanabilmekte, aksi takdirde hasta kalmakta ya da ölebilmektedirler. Afrika ülkeleri, Çin, Hindistan, bazı Güney Amerika ülkeleri en temel örnekleridir (Lameire, Joffe vd., 1999:6).

E- ABD Modeli

Amerika Birleşik Devletleri'nin genel sağlık sistemi, dört ana sağlık sistem modelinin her birinden bir parça barındırmaktadır. Gaziler ve çocukların sağlık hizmeti alması açısından model Beveridge modeline, yaşlılara hizmet sunumu açısından ulusal sağlık sigortası modeline, çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri açısından ise Bismark modeline benzemektedir. Son yıllarda yapılan değişiklikten önce nüfusun %15'inden fazlasının sağlık sigortası olmamasından dolayı ise model cepten ödeme modeliyle benzerlikler taşımaktadır.

Bu sistemin temelini özel sigortalar oluşturmaktadır ve temel ilke herkesin doktorunu ve hastasını seçebilme hakkına sahip olabilmesidir. Hekimlerin çoğu özel muayenelerinde çalışmayı tercih etmekte ve ödemeler ya sigorta tarafında ya da doğrudan hekime yapılmaktadır. Ülkenin sağlık uygulamalarında tam bir birlikten söz etmek mümkün değildir ve eyaletlerde farklı uygulamalar görülebilmektedir. Özel sağlık sigortasına odaklı gelişen sistemde, 1960'lı yıllarda düşük gelir seviyeli kişilerin problemleri için kamunun devreye girmesiyle özel sağlık sigortası yaptıramayanlar için Medicaid ve yaşlılar için Medicare isimli kamu kuruluşları oluşturulmuştur. Benzer uygulamalar gaziler ve çocuklar için de geliştirilmiştir (Oral, 2002:90).

Amerika Birleşik Devletleri, kişi başı sağlık harcamaları en yüksek ülke olmasına ve teknolojik açıdan gelişmiş olmasına rağmen dünyanın en sağlıklı toplumu değildir. DSÖ 2007 verilerine göre ABD bebek ölüm hızına göre 39., doğuştan beklenen yaşam süresine göre 42., global bazda 37. sırada bir sağlık performans düzeyine sahip olabilmiş, Commonwealth Fund 2013 verilerine göre OECD tarafından hazırlanmış gelişmiş ülkeler

sağlık performans sıralamasında ise son sırayı almıştır (WHO, 2012; OECD, 2013b:1). Sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve çok maliyetli olması sebebiyle 2010 yılında Başkan Obama tarafından tasarlanan ve ülke çapında bir reform olarak nitelendirilen 'Hasta Koruma ve Ekonomik Bakım Yasası (The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA))' isimli yeni sağlık sisteminde sigorta kapsamında bütün insanların yararlanacağı şekilde bir genişletme politikası yer almaktadır. Bu sigortada Medicaid erişilebilirliği genişletilip eyalet bazında sigorta değişim programıyla bireylerin sağlık sigortasını satın almaları sağlanmaya çalışılmıştır. Ancak, 30 milyon insanı sağlık sigortası kapsamına alma amacıyla yürürlüğe giren yeni sistem yasasında beklenenin aksine sadece 2-3 milyon kişi bu sigorta kapsamına dahil olmuş, medikal ilaçlar ve sağlık harcamalarında ise artışlar görülmüştür (Steinbrook, 2012:1).

F- Türkiye Modeli (Genel Sağlık Sigortası)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre sağlık hizmeti kamu malî niteliğindedir, devletin görevlerindedir ve sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık hizmetleri kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen vakıf kuruluşlarınca sağlanır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile gerçekleşmektedir (Pekten, 2006:2).

Son 20 yıl içindeki hızlandırılmış reformlarla ve 2003 yılında başlayan 'Sağlıkta Dönüşüm' programıyla Türk sağlık sistemi yeniden organize olmuş, Sosyal Güvenlik Reformu ile Genel Sağlık Sigortası sistemi yürürlüğe sokulmuştur. Bu değişiklikler sonucunda vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde kolaylıklar sağlanmış ve yüksek sağlık harcamalarına karşı düşük gelir seviyeli kesim için mali koruma durumunda iyileşmeler görülmüştür (OECD, 2008:75-87). 2012 yılı itibarı ile tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası sistemine dahil olması zorunluluğu getirilmiştir.

Türkiye gelişmekte olan ülkelere ve kendi gelir grubundaki ülkelere kıyasla sağlık indikatörleri ve sağlık harcamalarına göre ortalamanın üzerine çıkmayı başarmasına rağmen OECD üyesi ülkelerle karşılaştırıldığında hala sağlık göstergeleri açısından en olumsuz durumda olan ülkelerden biridir. Ayrıca son yıllardaki kamunun sağlık harcamalarındaki payının hızla yükselmesi finansman konusunda riskleri artırmaktadır.

II- SAĞLIK HARCAMALARI KARŞILAŞTIRMASI

Dünyada sağlık harcamalarında OECD ülkeleri önemli bir yer tutmaktadır. OECD ülkeleri dünya nüfusunun %20'sini oluştururken, 2010 yılında 6,5 trilyon dolara yakın sağlık harcamalarıyla tüm dünya sağlık harcamalarının %84'e sahiptir (OECD, 2013:1). Bu yüksek değerlerin çeşitli açıklamaları olsa da en öne çıkanlar gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması, tıp ve ilaç teknolojilerindeki gelişmeler sonucu sağlık hizmetlerinde arzın ve talebin artması ve bazı kronik hastalıklarda görülen artış olarak belirtilmektedir.

A- Kişi Başı Sağlık Harcamaları

OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları Tablo 1'de açıklanmıştır. Tablodaki veriler doğrultusunda 1980 yılında Türkiye'nin 70 dolarlık en düşük kişi başı sağlık harcamasını 86 dolar ile Kore ve 276 dolar ile Portekiz takip etmektedir. Kişi başı sağlık harcamalarında ilk üç sırayı ise 1102 dolar ile ABD, 1029 dolar ile İsviçre ve 973 dolar ile Almanya almıştır. Verilerin son yılları incelendiğinde ABD'nin halen en yüksek sağlık harcamasına sahip olduğu (\$8745), İsviçre, Norveç ve Hollanda gibi ülkelerin kişi başı sağlık harcamalarına ayırdığı kaynağın 5000 dolar üzeri seviyelere kadar yükseldiği görülmektedir.

Veriler doğrultusunda ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde kişi başı sağlık harcamalarının yüksek seviyelerde seyrettiği sonucuna varılabilmektedir. Ayrıca, genel anlamda Bismarck ve Ulusal Sağlık Sigortası sağlık sistem modellerini tercih etmiş ülkelerin kişi başı sağlık harcamalarının Beveridge modelini tercih etmiş ülkelerin harcamalarından daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bismarck modelinin önemli temsilcilerinden Almanya, Hollanda ve İsviçre'nin kişi başı sağlık harcamaları 1980 ve 2012 yılları arasında OECD ülkeleri içinde ilk 10 sırada yer almış, Kanada ve Avustralya gibi Ulusal Sağlık Sigortası modeli ülkeleri de kendilerine üst sıralarda yer bulmuşlardır.

Türkiye'de ise son yıllarda kişi başı sağlık harcaması 984 dolar civarına yükselmesine rağmen ortalamanın (\$3500) bir hayli gerisinde kalmaya devam etmiştir. Buna rağmen, 1980'li yıllarda Türkiye'nin kişi başı sağlık harcaması miktarı mukayese edilen ülkelerin ortalamasının yaklaşık onda biri iken, 2005 yılında bu rakam dörtte bire, 2012 yılında

ise üçte bire kadar yaklaşmıştır. Bütün bu veriler Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamaları miktarında önemli aşamalar kaydettiği ancak henüz OECD ülkelerinin gerisinde olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Satın alma gücü paritesine göre ABD \$)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	973	1413	1793	2270	2677	3363	4349	4811
Avustralya	639	921	1207	1617	2259	2980	3800	4500
Avusturya	774	925	1627	2250	2898	3503	4457	4896
Belçika	639	963	1351	1708	2245	3204	3965	4419
Çek Cumhuriyeti	-	-	547	895	981	1474	1884	2077
Danimarka	890	1247	1537	1864	2507	3243	4495	4698
Estonya	-	-	-	395	522	831	1274	1447
Finlandiya	563	915	1359	1473	1853	2589	3239	3559
Fransa	665	1028	1440	2093	2544	3254	4016	4288
Hollanda	731	958	1410	1791	2340	3820	5028	5099
İngiltere	467	688	958	1344	1827	2762	3422	3289
İrlanda	508	653	785	1185	1761	2938	3780	3890
İspanya	362	493	868	1188	1538	2270	3016	2998
İsrail	610	784	1028	1435	1765	1829	2081	2304
İsveç	940	1265	1589	1738	2286	2963	3717	4106
İsviçre	1029	1465	2023	2558	3221	4015	5299	6080
İtalya	-	-	1352	1495	2028	2473	3019	3209
İzlanda	750	1176	1659	1902	2740	3304	3299	3536
Japonya	540	856	1114	1557	1969	2491	3213	3649
Kanada	777	1259	1735	2054	2519	3451	4445	4602
Kore	86	155	315	479	743	1282	2086	2291
Lüksemburg	-	-	-	1903	3269	4152	4403	4578
Macaristan	-	-	-	657	852	1434	1656	1803
Meksika	-	-	295	385	508	730	976	1048
Norveç	664	937	1364	1855	3043	4301	5413	6140
Polonya	-	-	288	409	583	856	1395	1540
Portekiz	276	394	626	1012	1654	2212	2767	2457
Slovakya	-	-	-	503	605	1139	2094	2105
Slovenya	-	-	-	970	1450	1961	2364	2667
Şili	-	-	-	396	613	842	1368	1577
Yeni Zelanda	488	611	980	1246	1610	2124	3042	3182
Yunanistan	488	-	843	1258	1451	2352	2624	2409
ABD	1102	1834	2851	3788	4791	6735	8247	8745
Türkiye	69	67	157	178	453	620	1039	984
Ortalama	626	913	1182	1467	1885	2573	3340	3500

Demografik yapı ve nüfus piramidi olarak OECD ülkelerinden daha avantajlı konumda bulunmasına rağmen Türkiye’de sağlık harcamaları yıllar içinde artışlar göstermiştir (WHO, 2012a:155-165). 1980’li yıllardan itibaren ülkede oluşan toplumsal beklentiler, talep artışı ve teknolojik gelişmeler sağlık harcamalarını artıran bazı faktörlerdir (Filiz, 2010:25-27). 1982 yılındaki Anayasa değişiklikleri, sağlık kurumlarının daha verimli çalışıp yönetilmesinin sağlanması ve idari ve mali yönden özerklik kazanması amaçlı hazırlanan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2000-2005) ve 2003 yılından itibaren hız kazanan Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin etkisiyle kişi başı sağlık harcamalarında artışlar görülmüştür (Filiz, 2010:42-48). Fakat, bu değişikliklere paralel olarak Türk Sağlık Sistemi daha liberal bir hal almış, fiyatlardaki yükselmeler ve kar amaçlı yatırımlar sağlık harcamalarını artıran diğer önemli etkenler olmuştur (Erol ve Özdemir, 2014:13-14).

B- Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ndeki Payı (%)

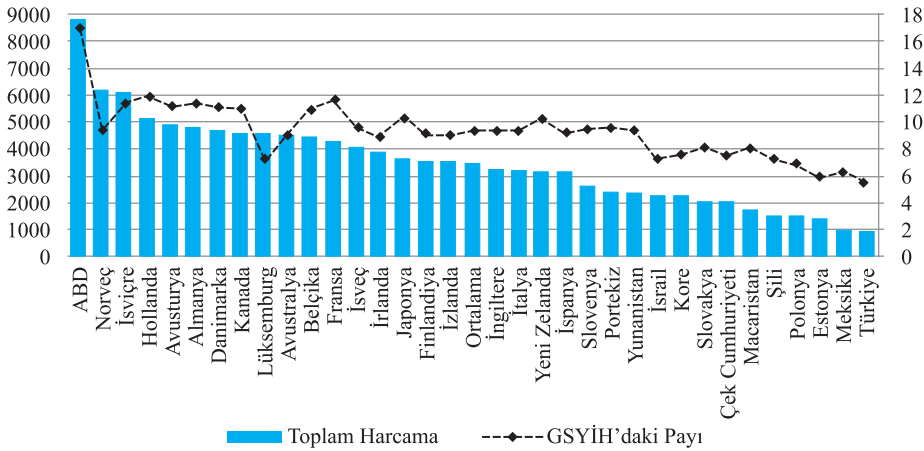
Sağlık harcamalarının ülkelerin GSYİH’ındaki yüzdelik payı Tablo 2’de belirtilmiştir. 1980 yılı verilerine göre en yüksek sağlık harcaması yüzdesine %9 ile ABD sahipken, Danimarka ve İsveç %8,9 ile ABD’yi takip etmektedir. En az payı olan ülkelere Portekiz %5,1’lik, Kore %3,6’lık paya sahipken, Türkiye ise %2,4’lük oranla paydaşlarından çok gerilerdedir. 2012 yılında Türkiye payını %5,4 civarına yükseltmeyi başarmasına rağmen pay grup ülkelerinden halen çok düşüktür. 2012 verilerine bakıldığında en yüksek sağlık harcaması yüzdesini %16,9 ile yine ABD alırken, ABD’yi %12’ye yakın paylarla Hollanda, Fransa ve Almanya takip etmektedir. Türkiye’den sonra en az payı %6,2 ile Meksika ve %5,9 ile Estonya almıştır.

1980’li yıllarda Beveridge modeline sahip Danimarka, İsveç, İrlanda gibi ülkelerin GSYİH içindeki toplam sağlık harcaması payları ABD’den sonra en yüksek ülkeler iken, yıllar içinde özellikle Almanya, Fransa, Hollanda ve İsviçre gibi Bismarck modeli ülkelerinin oranlarında önemli artışlar olmuş ve birçok Beveridge modeline sahip ülkeden daha fazla GSYİH içinde sağlık harcamalarına pay ayırır hale gelmişlerdir. Benzer değişim Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip Kanada gibi ülkelerde de görülmüş ve bu ülkelerin oranlarında özellikle 1990’ların başı ve 2000’li yıllarda önemli artışlar yaşanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü bir ülkenin sağlık harcaması payının o ülkenin GSYİH'nin en az %5'i olması gerektiğini ifade ederek gelişmekte veya az gelişmiş olan ülkelerin bunu hedef haline getirmesine işaret etmektedir. OECD ülkelerinin ortalaması 1980-2012 yılları arasında yaklaşık olarak %6,7'den %9,3'e yükselme göstermiştir. Türkiye'nin GSYİH'ndeki toplam sağlık harcaması payı 1980 yılında OECD üyesi ülkelerin GSYİH'ndeki sağlık harcamaları ortalamasının yaklaşık üçte biri iken 2012 yılında bu rakam %60'lı seviyelere ulaşmıştır.

Kişi başına düşen ortalama gelir seviyesi şeklinde de ifade edilebilen ülkelerin zenginlik seviyelerinin sağlık harcamalarıyla orantılı olduğu belirtilmiştir (Anderson ve Hussey, 2001:227). 2001 krizinden önceki yıllarda ve hatta sonraki birkaç yılda bile OECD ülkelerinin sağlık harcamalarında önemli yükselmeler görülmüştür (Huber ve Orosz, 2003:2). Ekonomik büyümelerin bile üzerinde seyreden GSYİH'daki sağlık harcamaları paylarının tüm dünyada yaşanan 2008 krizinin önemli sebeplerinden birisi olduğu belirtilmiştir (OECD, 2011).

Şekil 1. 2012 Yılı Kişi Başı Sağlık Harcamaları (ABD \$) ve GSYİH'daki Payı



Kaynak: OECD Health Data 2014

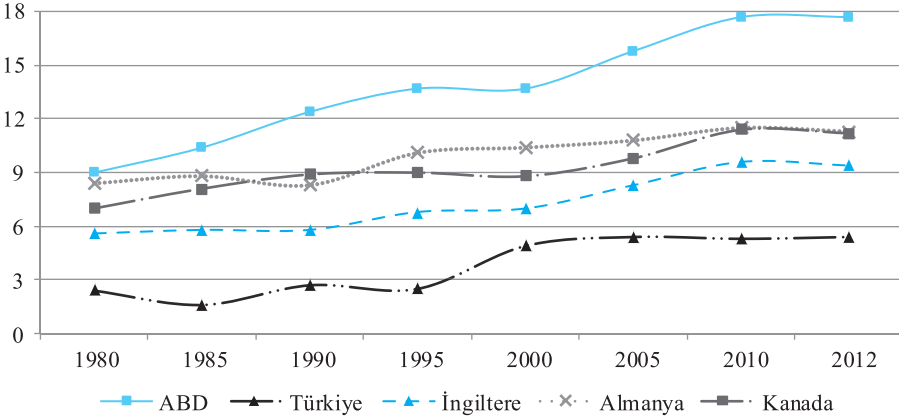
Şekil 1, ülkelerin 2012 yılı kişi başı sağlık harcamaları ve GSYİH içindeki payını göstermektedir. Kişi başına düşen sağlık harcamaları benzer olan ülkelerde sağlık harcamaları paylarında farklılıklar görülebilmektedir. Bu

durum, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payını etkileyen sebeplerin yalnızca sosyo-ekonomik ve piyasa faktörleriyle açıklanamayacağını, sağlık sistemleri model tercihlerinin, kurumsal özelliklerin, organizasyon ve finansmanındaki farklılıkların da sağlık harcamalarının payını ve büyüme hızını etkileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payı (%)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	8,4	8,8	8,3	10,1	10,4	10,8	11,5	11,3
Avustralya	6,1	6,5	6,8	7,3	8,1	8,5	8,9	9,0
Avusturya	7,5	6,4	8,3	9,6	10,0	10,4	11	11,1
Belçika	6,3	7,0	7,2	7,6	8,1	10,0	10,5	10,9
Çek Cumhuriyeti	-	-	4,4	6,7	6,3	6,9	7,4	7,5
Danimarka	8,9	8,5	8,3	8,1	8,7	9,8	11,1	11,0
Estonya	-	-	-	6,3	5,3	5,0	6,3	5,9
Finlandiya	6,3	7,1	7,7	7,8	7,2	8,4	9,0	9,1
Fransa	7,0	8,0	8,4	10,4	10,1	11,0	11,7	11,6
Hollanda	7,4	7,3	8,0	8,3	8,0	10,9	12,1	11,8
İngiltere	5,6	5,8	5,8	6,8	7,0	8,3	9,6	9,3
İrlanda	8,1	7,4	6,0	6,6	6,1	7,6	9,3	8,9
İspanya	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,3	9,6	9,3
İsrail	7,7	7,2	7,1	7,6	7,5	7,9	7,7	7,3
İsveç	8,9	8,5	8,2	8,0	8,2	9,1	9,5	9,6
İsviçre	7,2	7,6	8,0	9,3	9,9	10,9	10,9	11,4
İtalya	-	-	7,7	7,1	7,9	8,7	9,4	9,2
İzlanda	6,3	7,2	7,8	8,2	9,5	9,4	9,3	9,0
Japonya	6,4	6,5	5,8	6,8	7,6	8,2	9,6	10,3
Kanada	7,0	8,1	8,9	9,0	8,8	9,8	11,4	10,9
Kore	3,6	3,5	3,9	3,7	4,3	5,6	7,3	7,6
Lüksemburg	5,2	5,2	5,4	5,6	7,5	7,9	7,2	7,1
Macaristan	-	-	7,0	7,3	7,2	8,4	8,0	8,0
Meksika	-	-	4,4	5,1	5,1	5,9	6,2	6,2
Norveç	7,0	6,6	7,6	7,9	8,4	9,0	9,4	9,3
Polonya	-	-	4,8	5,5	5,5	6,2	7,0	6,8
Portekiz	5,1	5,6	5,7	7,5	9,3	10,4	10,8	9,5
Slovakya	-	-	-	6,0	5,5	7,0	9,0	8,1
Slovenya	-	-	-	7,5	8,3	8,4	8,9	9,4
Şili	-	-	-	5,2	6,4	6,6	7,4	7,3
Yeni Zelanda	5,8	5,0	6,8	7,1	7,6	8,4	10,2	10,3
Yunanistan	5,9	-	6,7	8,7	8,0	9,7	9,5	9,3
ABD	9,0	10,4	12,4	13,7	13,7	15,8	17,7	16,9
Türkiye	2,4	1,6	2,7	2,5	4,9	5,4	6,7	5,4
Ortalama	6,6	6,7	6,9	7,5	7,8	8,7	9,5	9,3

Şekil 2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payının 1980-2012 Arasındaki Değişimi



Kaynak: OECD Health Data 2014

Şekil 2, farklı sağlık sistem modeli tercihinine sahip beş ülkenin sağlık harcamalarının GSYİH'ndeki paylarının yıllar içindeki değişimini göstermektedir. Şekil 2'de görüldüğü gibi paylar 1980'den günümüze kadar en yüksek ABD'de, en düşük ise Türkiye'dedir. Ayrıca, Bismarck modelini tercih eden Almanya'nın sağlık harcaması payları Beveridge modeline sahip İngiltere'nin her zaman üzerinde yer almış, fakat paylardaki artışlar iki ülkede de aynı hızda seyretmiştir. Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip Kanada ise 1980 yılında Almanya ve İngiltere'nin ortalaması kadar sağlık harcaması payına sahipken, özellikle 2000'li yılların başında bu pay önemli ölçüde artmış ve günümüzde Almanya sağlık harcaması payı seviyelerine ulaşmıştır.

Tablo 3, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ndeki paylarının son 30 yıl içindeki beşer yıllık değişimlerini özetlemektedir. Tabloda görüldüğü gibi yıllar içinde ülkelerin birçoğunda önemli artışlar olmuş, ABD, İngiltere, İsviçre, Portekiz, Belçika ve Avustralya gibi ülkelerde ise tüm periyodlar içinde her zaman pozitif büyüme görülmüştür. Son yedi yıl içinde ekonomik krizin de etkisiyle Yunanistan, Macaristan ve İzlanda gibi birçok ülkenin sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payında düşüşler gözlenmiştir.

Tablo 3. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payının Beşer Yıllık Değişimi (%)

Ülke	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995	1995- 2000	2000- 2005	2005- 2010	2010- 2012
Almanya	4,8	-5,7	21,7	3,0	3,8	6,5	-2,5
Avustralya	6,6	4,6	7,4	11,0	4,9	4,7	1,1
Avusturya	-14,7	29,7	15,7	4,2	4,0	5,8	-0,3
Belçika	11,1	2,9	5,6	6,6	23,5	5,0	3,2
Çek Cumhuriyeti	-	-	52,3	-6,0	9,5	7,2	1,6
Danimarka	-4,5	-2,4	-2,4	7,4	12,6	13,3	-0,9
Estonya	-	-	-	-15,9	-5,7	26,0	-6,8
Finlandiya	12,7	8,5	1,3	-7,7	16,7	7,1	1,1
Fransa	14,3	5,0	23,8	-2,9	8,9	6,4	0,5
Hollanda	-1,4	9,6	3,8	-3,6	36,3	11,0	5,1
İngiltere	3,6	0	17,2	2,9	18,6	15,7	-1,1
İrlanda	-8,6	-18,9	10,0	-7,6	24,6	22,4	-3,6
İspanya	1,9	20,4	13,8	-2,7	15,3	15,7	-3,1
İsrail	-6,5	-1,4	7,0	-1,3	5,3	-2,5	1,1
İsveç	-4,5	-3,5	-2,4	2,5	11,0	4,4	1,2
İsviçre	5,6	5,3	16,3	6,5	10,1	0	4,7
İtalya	-	-	-7,8	11,3	10,1	8,0	-2,3
İzlanda	14,3	8,3	5,1	15,9	-1,1	-1,1	-2,7
Japonya	1,6	-10,8	17,2	11,8	7,9	17,1	7,2
Kanada	15,7	9,9	1,1	-2,2	11,4	16,3	-1,7
Kore	-2,8	11,4	-5,1	16,2	30,2	30,4	4,1
Lüksemburg	0	3,8	3,7	33,9	5,3	-8,9	-6,7
Macaristan	-	-	4,3	-1,4	16,7	-4,8	-1,2
Meksika	-	-	15,9	0	15,7	5,1	-1,6
Norveç	-5,7	15,2	3,9	6,3	7,1	4,4	-1,5
Polonya	-	-	14,6	0	12,7	12,9	-3,7
Portekiz	9,8	1,8	31,6	24,0	11,8	3,8	-6,8
Slovakya	-	-	-	-8,3	27,3	28,6	-4,3
Slovenya	-	-	-	10,7	1,2	6,0	3,3
Şili	-	-	-	23,1	3,1	12,1	2,5
Yeni Zelanda	-13,8	36,0	4,4	7,0	10,5	21,4	1,0
Yunanistan	-	-	29,9	-8,0	21,3	-2,1	-2,3
ABD	15,6	19,2	10,5	0	15,3	12,0	-0,9
Türkiye	-33,3	68,8	-7,4	96,0	10,2	3,0	-4,0
Ortalama	1,5	3,0	8,7	4,0	11,5	9,2	-0,9

Tablo 3, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ndeki paylarının son 30 yıl içindeki beşer yıllık değişimlerini özetlemektedir. Tabloda görüldüğü gibi yıllar içinde ülkelerin birçoğunda önemli artışlar olmuş, ABD, İngiltere, İsviçre, Portekiz, Belçika ve Avustralya gibi ülkelerde ise tüm periyodlar içinde her zaman pozitif büyüme görülmüştür. Son yedi yıl içinde ekonomik krizin de etkisiyle Yunanistan, Macaristan ve İzlanda gibi birçok ülkenin sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payında düşüşler gözlenmiştir.

Tablo ayrıca 1995'li yıllara kadar birçok OECD ülkesindeki sağlık harcama paylarındaki artışın kişi başına düşen GSYİH artışına paralel şekilde olduğu ve stabil bir hale geldiğini göstermektedir. 1980'li yılların başında bazı ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli değişimler yaşandığı için ülkelerin sağlık harcama paylarında önemli azalmalar olmuştur. Sonraki yıllarda ise değişim ülkelerin çoğunda %10 seviyesinin altında kalmıştır. Fakat 1995'li yıllardan sonra ekonomik gelişmeler, 2000'li yılların başındaki ekonomik kriz ve ülkelerin demografik ve sosyal karakterlerindeki değişimlere paralel olarak sağlık harcamalarının GSYİH'ndeki paylarında ülkeler arasında önemli farklılıklar görülmeye başlanmıştır.

Ülkeler arası önemli farklılıklar görülse de OECD ülkelerinin genelinde sağlık harcamaları ve harcamaların GSYİH'na paylarında önemli artışlar gerçekleşmiştir. 2012 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ndeki payı OECD ülkelerinde ortalama %9,5 civarında, ABD'de %17 seviyesinde, Türkiye'de ise %6 sınırındadır. Bu paylar 1980 yılında OECD ülkelerinde ortalama %6,5, ABD'de %9, Türkiye'de ise %2,5 seviyelerinde idi. Bu önemli artışlar göz önünde bulundurulduğunda, ülkelerin gelişmişlik seviyelerindeki artış ve demografik karakterlerindeki farklılaşmalar kadar bu ülkelerdeki risk faktörleri, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve hayat tarzına bağlı durumların oluşturduğu sağlık problemleri de önem taşımaktadır (WHO, 2007). Bu ülkelerdeki optimal sağlık harcaması tespiti ve sağlık sistemlerinin verimliliğini artırabilme amacıyla bazı araştırmalar yapılmıştır (OECD, 2008: 75-87). Bu çalışmalara göre ülkeler en etkin performansa ve GSYİH içindeki sağlık harcaması payına ulaştığında ortalama yaşam sürelerinin 2 yıla kadar artırılacağı ve GSYİH'nda %2 civarında önemli tasarruflar elde edilebileceği ön görülmüştür (OECD, 2011).

C-Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı

Tablo 4. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Harcamalarının Payı (%)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	78,7	77,4	76,2	81,4	79,5	76,6	76,7	76,7
Avustralya	62,6	70,6	66,2	65,8	66,8	66,9	67,8	67,8
Avusturya	68,8	76,1	72,9	73,5	75,6	75,3	75,8	75,9
Belçika	-	-	-	76,8	74,6	76,1	75,1	75,2
Çek Cumhuriyeti	96,8	92,2	97,4	90,9	90,3	83,7	83,8	84,0
Danimarka	87,8	85,6	82,7	82,5	83,9	84,5	85,1	85,8
Estonya	-	-	-	89,8	77,2	76,7	78,9	78,7
Finlandiya	79,0	78,6	80,9	71,7	71,3	73,8	75,4	75,0
Fransa	80,1	78,5	76,6	79,7	79,4	77,7	76,9	77,4
Hollanda	73,2	73,3	71,2	75,4	66,4	69,7	86,1	85,8
İngiltere	89,4	85,8	83,6	83,9	79,1	80,9	83,5	84,0
İrlanda	82,0	75,8	71,7	72,5	75,1	76,0	69,6	67,6
İspanya	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,9	74,2	73,0
İsrail	-	-	-	67,4	62,6	59,3	60,9	59,8
İsveç	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	81,2	81,5	81,3
İsviçre	-	50,3	52,4	53,6	55,4	59,5	65,2	65,8
İtalya	-	-	79,5	72,8	74,2	77,9	78,5	77,3
İzlanda	88,2	87,0	86,6	83,9	81,1	81,4	80,4	80,5
Japonya	71,3	70,7	77,6	82,3	80,8	81,6	82,1	82,1
Kanada	75,6	75,5	74,5	71,2	70,4	70,2	70,8	70,1
Kore	22,1	32,1	39,5	38,6	50,4	53,3	56,5	54,5
Lüksemburg	92,8	89,2	93,1	92,4	85,1	84,9	84,3	83,5
Macaristan	-	-	-	84,0	70,7	70,0	64,8	62,6
Meksika	-	-	40,4	42,1	46,6	45,0	47,3	50,6
Norveç	85,1	85,8	82,8	84,2	82,5	83,5	84,7	85,0
Polonya	-	-	91,7	72,9	70,0	69,3	71,2	69,2
Portekiz	64,3	54,6	65,5	62,6	66,6	68,0	65,9	65,0
Slovakya	-	-	-	88,5	89,4	74,4	64,5	69,7
Slovenya	-	-	-	77,7	74,0	72,7	74,0	71,5
Şili	-	-	-	48,2	52,1	40,0	47,2	46,9
Yeni Zelanda	88,0	87,0	82,4	77,2	78,0	79,7	83,2	82,7
Yunanistan	55,6	-	53,7	52,0	60,0	60,1	66,8	67,1
ABD	41,0	39,6	39,4	45,1	43,0	44,2	47,6	47,6
Türkiye	29,4	50,6	61,0	70,3	62,9	67,8	74,7	76,8
Ortalama	73,2	73,4	72,9	71,6	71,5	71,1	71,9	72,3

Ülkelerin tercih ettiği sağlık sistemlerini birbirinden ayıran temel farklar sağlık hizmetleri sağlayıcıları, sağlık hizmetlerinin ödenme şekli ve sağlık sigortasını sağlayan ve alan arasında finansal risklerin nasıl bir ayırım gösterdiğidir. Sağlık hizmetleri ve finansmanları incelendiğinde birçok ülke giderek daha karma bir hale geldiği için sağlık modelleri sistemde ağırlıklı olan hizmet sağlayıcıları ve finansman şekline göre sınıflandırılmıştır. Bu açıdan, ülkelerin toplam sağlık harcamalarında kamu ve özel sağlık harcamalarının payı ve kişilerin cebinden ödediği paylar önem arz etmektedir.

Toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının paylarına Tablo 4'te yer verilmiştir. 1980 yılında toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının en yüksek payı aldığı ülkeler %96,8 ile Çek Cumhuriyeti, %92,5 ile Lüksemburg ve İsveç olarak göze çarpmaktadır. Kamu harcamalarının en az olduğu ülkeler ise %22 ile Kore, %30 ile Türkiye ve %41 ile ABD'dir. Türkiye, OECD ülkeleri ortalaması olan %73'lük kamu harcama oranının bir hayli gerisinde yer almaktadır. 2000'li yılların başında kamu sağlık harcamalarında ilk sıraları yine doğu bloğu ülkelerinden Çek Cumhuriyeti ve Slovakya almaktadır. 2012 yılına bakıldığında kamu harcamalarının en fazla payı aldığı ülkeler %85 ile Hollanda, Danimarka, Norveç ve Çek Cumhuriyeti'dir. Kamu harcamalarının payının en düşük olduğu OECD ülkeleri ise %47 ile Şili, Meksika ve ABD olmuşlardır.

Türkiye 1980'de Kore ile birlikte en düşük kamu harcamasına sahip ülke durumunda iken, 1995 yılına kadar kamu payını %70,2'ye yükseltip OECD ortalamasını yakalamış, fakat sonrasında 2000 yılına kadar %62,9'a düşürerek ortalamasının altında kalmıştır. 2000'li yıllarla birlikte sağlıkta yapılan yatırımların etkisiyle kamunun sağlık harcamalarındaki payı %10'dan fazla artmış ve 2012 itibarıyla %76,8 ile OECD üye ülkeler ortalamasının üzerine çıkmıştır. Ayrıca, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlatıldığı 2003'ten itibaren Türkiye'de yapılan kamu sağlık harcamalarındaki artış oranı sağlığa yapılan toplam harcamaların artış oranına benzer şekilde artmakta, fakat iki oran da GSYİH'nin büyüme hızından daha yavaş ilerlemektedir (OECD, 2008:75-87). Bununla beraber, özellikle 2008'den sonraki sağlık alanındaki yeniliklere paralel olarak özel sağlık hizmetlerinin aldığı paylar da artmış, özel sağlık

harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı her yıl %1-2 artmaya başlamıştır.

Son 30 yılda ülkelerin kamu ve özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına olan payları incelendiğinde ülkelerin tercih ettiği sağlık sistemleri ile birebir bir ilişki içinde olmadığı göze çarpmaktadır. Fakat yıllar içinde bazı değişiklikler gösterse de Beveridge modelini kabul etmiş ülkelerin toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı Bismarck modeli ülkelere göre genelde daha fazla olmuştur. 2000'li yıllarda Beveridge modeli ülkelerinin kamu harcamaları oranlarındaki azalmalar ve özele daha çok yönelmeler sebebiyle Bismarck modeli ülkelerinin kamu harcama oranlarından farkları giderek azalmış, Beveridge model ülkesinin kamu harcama oranı %80-85 aralığında, Bismarck model ülkesi kamu harcama oranı ise %75-80 aralığında seyretmeye başlamıştır. Kanada, Kore gibi Ulusal Sağlık Sigortası modeli ülkelerinin payları diğer ülkelere kıyasla daha düşük olmuş, fakat en az paya sahip ülke ise kendine özgü bir sağlık sistemine sahip olan ABD olmuştur.

OECD ülkelerindeki kişilerin cepten yaptıkları sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı Tablo 5'te verilmiştir. OECD üyesi ülkelerdeki cepten ödeme paylarının ortalaması 1980'den günümüze kadar %20'li seviyelerde olmuştur. 1980'li yıllarla ilgili çoğu ülkenin bilgileri mevcut değildir. 1990'lı yıllardan günümüze kadar birçok ülkenin cepten harcama paylarında önemli değişiklikler olmamıştır. Cepten ödeme paylarının en yüksek olduğu ülkeler Meksika, Şili ve Kore olmuştur. Bu ülkelerde cepten ödeme payları %40 ve üzeridir. Bu ülkeleri, son yıllarda ekonomik krizlerle boğuşan Yunanistan, Portekiz ve Macaristan (%30) takip etmektedir. Ülkelerin tercih ettiği modellerle cepten ödeme payları arasında net bir ilişki bulunmasa da genel olarak birçok Bismarck modeli ülkenin cepten ödeme payı Beveridge modelini tercih eden ülkelerin paylarından daha düşüktür. 2012 yılında cepten ödeme payının en az olduğu ülkeler %6 civarı paylarla Bismarck modele sahip Hollanda ve Fransa'dır. Bu ülkeleri %10 seviyelerinde yer alan Beveridge model ülkeler İngiltere ve Yeni Zelanda takip etmektedir. Türkiye ise 1995 ve sonrasında cepten ödemelerin toplam harcamaların %30'una denk geldiği bir ülke iken 2000'li yıllardan sonra sağlık reformlarıyla birlikte bu payı %15'li seviyelere kadar düşürmeyi başarmıştır.

Tablo 5. *Çepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı*

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	10,3	11,2	11,1	10,0	11,4	13,5	13,1	13,0
Avustralya	15,3	13,8	16,1	16,2	19,8	18,6	19,3	19,8
Avusturya	-	-	-	15,1	15,2	17,8	17,0	16,7
Belçika	-	-	-	19,5	21,2	18,8	20,7	20,4
Çek Cumhuriyeti	-	-	2,6	9,1	9,7	10,7	14,9	15,0
Danimarka	11,4	13,6	16,0	16,3	14,7	14,0	13,2	12,4
Estonya	-	-	-	10,2	19,9	20,4	18,6	18,2
Finlandiya	18,4	18,3	15,5	22,7	22,3	20,1	18,6	18,7
Fransa	12,8	14,4	11,4	7,6	7,1	7,0	7,4	7,5
Hollanda	-	-	-	9,6	8,9	8,1	5,7	6,0
İngiltere	8,6	-	10,6	10,9	11,1	9,8	9,2	9,0
İrlanda	-	14,5	16,5	15,3	16,0	16,1	18,2	16,9
İspanya	-	-	-	23,5	23,6	22,1	19,8	20,7
İsrail	-	-	-	25,7	28,3	29,2	26,0	25,9
İsveç	-	-	-	13,3	13,7	16,7	16,3	16,5
İsviçre	-	37,6	35,7	33,1	33,0	30,6	25,1	26,0
İtalya	-	-	17,1	24,7	23,1	19,0	17,5	18,8
İzlanda	-	13,0	13,4	16,1	18,9	17,2	18,2	18,1
Japonya	-	-	-	14,0	15,4	15,4	14,4	16,3
Kanada	-	-	14,4	16,0	15,9	14,6	14,4	15,0
Kore	73,4	61,7	55,7	51,8	39,4	37,5	34,2	35,9
Lüksemburg	7,2	9,2	5,5	6,2	11,8	11,6	11,4	11,0
Macaristan	-	-	-	16,0	26,3	25,0	26,3	28,3
Meksika	-	-	58,3	56,2	50,9	51,7	49,0	45,2
Norveç	-	-	14,6	15,2	16,7	15,6	13,6	13,5
Polonya	-	-	8,3	27,1	30,0	26,1	22,1	22,7
Portekiz	-	-	-	23,9	24,3	23,9	25,8	27,3
Slovakya	-	-	-	11,4	10,6	22,6	25,9	22,6
Slovenya	-	-	-	11,2	11,4	12,6	12,2	11,9
Şili	-	-	-	38,7	36,5	39,0	36,5	31,9
Yeni Zelanda	10,4	10,8	14,5	16,2	15,4	14,1	10,5	10,9
Yunanistan	-	-	-	45,9	37,7	37,9	28,8	28,4
ABD	23,3	22,0	19,5	14,5	14,9	13,2	11,7	12,0
Türkiye	-	-	-	29,7	27,6	22,7	16,2	15,4
Ortalama	19,1	20,0	18,8	20,6	20,7	19,9	19,7	19,0

Sağlık harcamalarının finansmanı ve bu finansmanın verimliliği ve başarısı incelendiğinde harcamalarının içeriğinin tespiti önemlidir. Toplam sağlık harcamalarındaki ilaç harcamalarının payı Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo. 6 Toplam Sağlık Harcamalarında İlaç Harcamalarının Payı (%)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	13,4	13,8	14,3	12,8	13,5	15,0	14,7	14,1
Avustralya	8,8	9,0	9,9	12,2	14,8	14,3	15,4	-
Avusturya	-	-	9,6	9,2	12,1	12,8	11,8	11,7
Belçika	17,4	15,7	15,5	18,1	-	16,8	16,2	15,5
Çek Cumhuriyeti	-	-	21,0	25,1	23,4	24,8	19,9	20,0
Danimarka	6,0	6,6	7,5	9,1	8,7	8,2	7,4	6,8
Estonya	-	-	-	-	22,3	23,9	21,8	21,5
Finlandiya	10,7	9,7	9,4	13,8	15,2	16,0	13,2	13,2
Fransa	16,0	16,2	16,9	15,0	16,5	16,7	15,9	15,6
Hollanda	8,0	9,3	9,6	11,0	11,7	10,5	9,5	9,4
İngiltere	12,8	14,1	13,5	15,3	14,2	12,7	-	-
İrlanda	11,0	9,9	12,2	11,4	14,1	16,3	17,9	17,5
İspanya	21,0	20,3	17,8	19,2	21,3	20,1	18,3	17,4
İsrail	-	-	-	-	-	-	-	-
İsveç	6,5	7,0	8,0	12,3	13,8	13,4	12,5	12,1
İsviçre	-	11,3	10,2	10,1	10,8	10,6	9,7	9,4
İtalya	-	-	20,3	20,4	21,7	19,9	16,9	15,7
İzlanda	15,9	16,6	13,5	13,4	14,5	14,4	15,8	15,4
Japonya	21,2	18,0	21,4	22,2	18,4	19,7	20,3	-
Kanada	8,5	9,6	11,5	13,9	15,9	17,2	16,7	16,6
Kore	15,9	17,2	17,7	17,9	19,8	22,4	20,5	20,2
Lüksemburg	14,5	14,7	14,9	12,0	9,1	9,2	-	-
Macaristan	-	-	-	25,0	-	30,3	32,9	33,4
Meksika	-	-	-	-	19,4	25,4	-	-
Norveç	8,7	9,1	7,2	9,0	9,5	9,1	7,4	6,6
Polonya	-	-	-	-	-	28,0	22,7	22,5
Portekiz	19,9	25,4	24,9	23,6	19,9	20,7	18,5	17,9
Slovakya	-	-	-	-	34,0	31,9	26,4	27,4
Slovenya	-	-	-	-	-	20,8	19,6	19,5
Şili	-	-	-	-	-	13,9	12,9	12,6
Yeni Zelanda	11,9	13,3	13,8	14,8	-	10,7	9,5	9,4
Yunanistan	18,8	-	14,3	15,7	18,9	21,5	28,2	28,5
ABD	8,7	8,7	8,8	8,4	11,3	12,2	11,8	11,7
Türkiye	-	13,0	20,4	-	26,6	-	-	-
Ortalama	13,1	13,2	14,0	15,0	16,7	17,5	16,7	16,4

OECD ülke ortalamalarına bakıldığında yıllar içinde küçük değişimlere rağmen toplam sağlık harcamalarının ortalama altıda biri ilaç harcamalarına gitmektedir. Tıp ve eczacılık alanındaki gelişmelerle birlikte yeni bulunan ilaçlar ve nüfusun yaşlanması farmasötik ürünlerin kullanımındaki artışların temel sebebidir (Grabowski, 2011:163). Bu artış, genel olarak toplam sağlık harcamalarındaki artışlara da yansımaktadır. Fakat tabloda görüldüğü gibi farmasötik harcamaların toplam sağlık harcamalarındaki oranlarıyla ülkelerin sağlık sistemleri ve finansman teknikleri arasında net bir ilişki bulunmamaktadır. İlaç harcamaları paylarının en fazla olduğu ülkeler doğu Avrupa ülkeleridir (Yunanistan, Macaristan, Slovakya, Polonya ve Estonya). Beveridge modeli kullanan Norveç, Danimarka ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde ise farmasötik harcama payları en az seviyededir. Türkiye'nin bu alanda önemli veri eksikliği bulunmaktadır.

III- SAĞLIK İNDİKATÖRLERİ KARŞILAŞTIRMASI

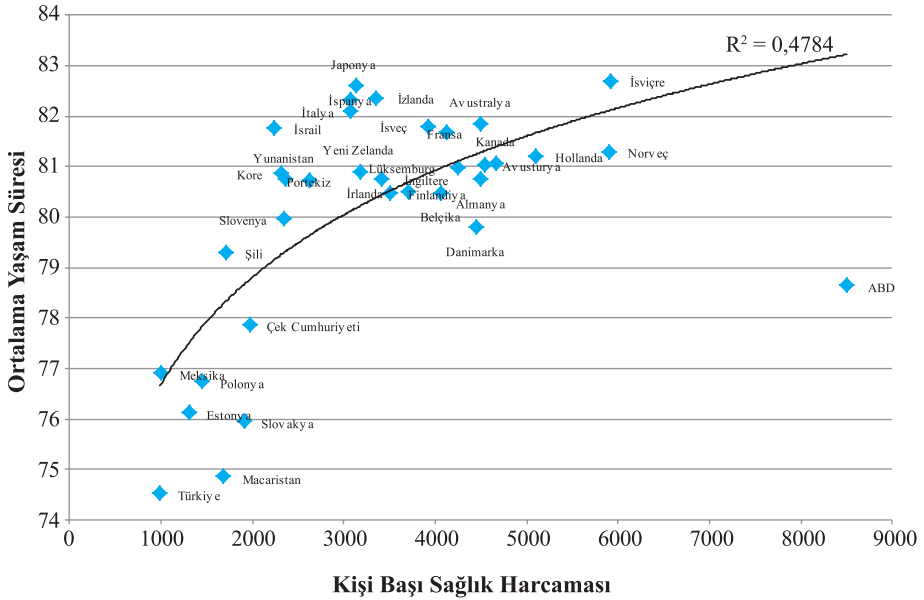
Ülkelerin ve sağlık sistemlerinin uluslararası düzeyde kıyaslanmasında çeşitli sosyo-demografik, sosyo-ekonomik göstergeler ve sağlık hizmetleri insan gücü gibi göstergeler kullanılabilir. Çelik'e (2011:69) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşlara göre sağlık indikatörleri ölüm, hastalık ve doğurganlık ölçütleri olarak üç ana grupta toplanabilir. Genel anlamda kişi başı sağlık harcamaları arttıkça bebek ölüm oranlarında azalma ve ortalama yaşam süresinde artış gibi sağlık indikatörlerinde olumlu değişiklikler beklenmektedir. Fakat çok yüksek sağlık harcamaları bu sağlık göstergelerinin daha da gelişeceği anlamına gelmemektedir.

A- Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

Doğuşta beklenen yaşam süresi en sık kullanılan sağlık indikatörlerinden birisidir. Bir nüfusun (çocuk, ergen, yetişkin ve yaşlı tüm nüfusun) doğum anındaki ortalama ölüm seviyesini gösterir. DSÖ verilerine göre dünya üzerindeki tüm ülkelerde doğuşta beklenen yaşam süresi 70 yaş civarındadır. Bu ortalama, düşük gelirli ülkelerde 60 yaşlara kadar düşerken, OECD ülkeleri gibi birçok gelişmiş ülkede ise 80 ve üzeri yaşlara ulaşmıştır. 1990'lı yıllardan günümüze kadar 20 yıllık kısa süre içinde doğuşta beklenen yaşam süresi, sağlık harcamalarındaki artışlar, tıp teknolojisindeki gelişmeler ve sağlık hizmetlerine ulaşımın artması gibi sebeplerle ortalama 6 yıl artmıştır (OECD, 2011).

Şekil 3, OECD üyesi 34 ülkenin kişi başı sağlık harcamaları ile doğuştan beklenen yaşam süresi ilişkilerini göstermektedir. Bismarck sağlık sistem modeline sahip Japonya ve İsviçre, OECD ülkeleri içinde en yüksek yaşam beklentisine sahip ülkelerdir. Bu ülkeleri Beveridge modeline sahip olan İspanya, İzlanda, İtalya, İsveç gibi Avrupa ülkeleri takip etmektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresi en düşük ülkeler ise Türkiye, Macaristan ve Slovakya'dır. 1970'li yıllardan günümüze kadar Macaristan'ın yaşam beklentisinde belirli artışlar gözlenirken, Türkiye'deki artış çok daha hızlı gerçekleşmiş ve OECD üyesi ortalamasına yaklaşmıştır.

Şekil. 3 Toplam Sağlık Harcamaları ve Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi İlişkileri



diğer birçok ülkeye (Japonya, İspanya, İtalya, İzlanda gibi) göre göreceli olarak daha düşük olduğu görülmektedir. Bu da, kişi başı sağlık harcamalarındaki artışın doğuştan beklenen yaşam süresini azalan bir şekilde artırdığını göstermektedir. Diğer bir söylemle, yaşam beklentisini yükseltmek için çok fazla sağlık harcaması gerçekleştirmek bir önkoşul olmayabilmektedir.

B- Bebek Ölüm Hızları

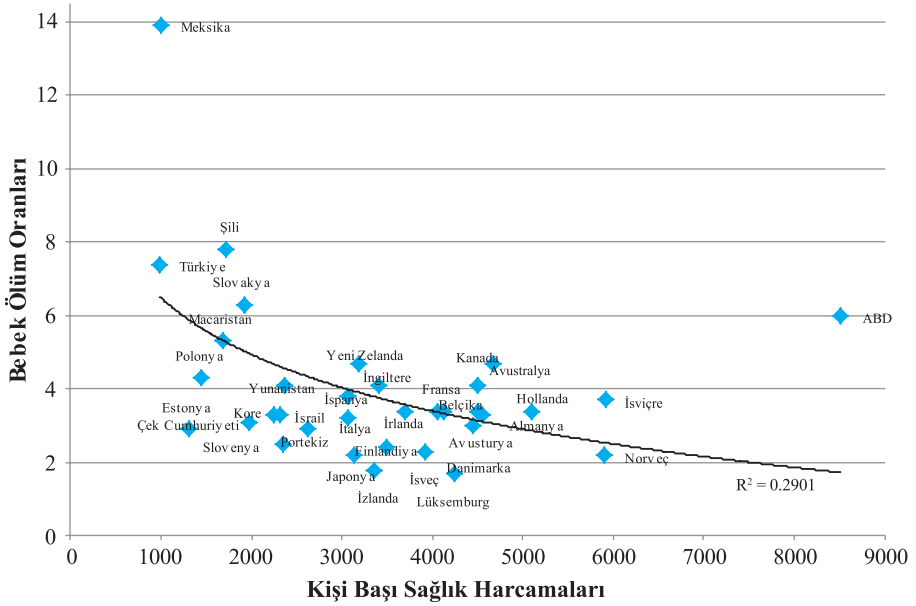
Bebeklik çağının ilk yılını tamamlayamadan ölen bebeklerin hızının ölçümü, en sıklıkla kullanılan uluslararası sağlık göstergeleri kıyaslamalarındandır. Dünya genelinde bebek ölüm hızları 1990'daki her 1000 bebekte 63 ölümden 2012 yılında her 1000 bebekte 35 ölüme kadar gerilemiştir. Fakat DSÖ verilerine göre bu sayı Afrika ülkelerinde gelişmiş Avrupa ülkelerine göre hala altı kat daha fazladır (OECD, 2013).

Bebek ölüm hızı, anne ve yeni doğanların ekonomik ve sosyal durumlarının, sosyal çevrenin, kişisel hayat tarzlarının ve dolayısıyla sağlık sistemlerinin karakteristik özelliklerini yansıtmaktadır. Çoğu ülkede sağlık harcamalarının yüksekliği ile düşük bebek ölüm hızları arasında bir ilişki bulunmasına rağmen bazı ülkelerde sağlık harcamaları az olmasına rağmen bebek ölüm hızları düşük olabilmektedir. Bu durum, bebek ölüm hızlarını en aza indirgeyebilmek için yüksek sağlık harcaması yapmanın bir önkoşul olmadığını göstermektedir.

Şekil 4, OECD ülkelerinin kişi başı sağlık harcamaları ile ortalama bebek ölüm hızlarını göstermektedir. OECD üyesi ülkelerin tamamına yakınında bebek ölüm hızları çok düşüktür ve hızlar arasında küçük değişimler vardır. Fakat Türkiye, Meksika ve Şili gibi gelişmekte olan OECD ülkelerinin hızları halen ortalamanın çok üzerindedir. İsveç, Norveç, Finlandiya, Portekiz, İzlanda, Danimarka gibi Beveridge model sağlık sistemine sahip ülkelerin çoğunda bebek ölüm hızları en düşük seviyelerdedir.

Kişi başı sağlık harcamaları arttıkça bebek ölüm hızlarında önemli miktarda azalmalar görülmektedir. Fakat kişi başı harcamalar arttıkça bebek ölüm hızlarındaki azalma hızı yavaşlamaktadır. Hatta, ABD ve İsviçre gibi ülkelerde kişi başı sağlık harcamaları çok yüksek olmasına

Şekil. 4 Toplam Sağlık Harcamaları ve Bebek Ölüm Hızı İlişkileri



Kaynak: OECD Health Data 2014

rağmen bebek ölüm hızları aynı seviyede düşmemiş, birçok düşük sağlık harcamalı ülke hızlarının üzerinde yer almıştır. Literatürde gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık harcamalarındaki artışların bebek ölüm hızlarında önemli azalmalar sağlayabileceği fakat özellikle gelişmiş ülkelerde bu etkinin çok kısıtlı olacağı belirtilmiştir (Filmer ve Pritchett, 1999:1310; Bhalotra, 2007:19). Sosyal çevre, hayat tarzları ve sağlık sistemlerinin karakteristik özelliklerini yansıtan bebek ölüm hızlarını en aza indirgeyebilmek için yüksek sağlık harcaması yapmanın bir önkoşul olmadığı anlaşılmaktadır.

IV- SAĞLIK SİSTEMLERİNE GÖRE ÜLKE KIYASLAMALARI

Farklı sağlık sistemleri kullanan ülkelerin sağlık harcamaları ile sağlık performans indikatörleri arasındaki ilişki kıyaslanıp güçlü ve zayıf yönleri ortaya çıkarılabilir. Tablo 7, Beveridge, Bismarck ve Ulusal Sağlık Sigortası sistemlerini tercih eden OECD ülkelerinin, ABD'nin ve özel olarak Türkiye'nin sağlık harcamaları, sağlık indikatörleri ve sağlık

sistemlerinin verimlilik ve başarılarını ölçen değerleri göstermektedir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin verimlilikleri, bekleme süreleri (aynı gün randevu alamama oranları) ve fazla maliyetlerden dolayı sağlık hizmeti satın alamama oranları ile ölçülebilmektedir (Matthews, Jenkins vd., 2012:106). Tablo bu verilere ek olarak, ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYİH'ndaki payını, bu harcama değerlerinin yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızları üzerindeki etkilerini karşılaştırmaktadır.

Tablo. 7 Sağlık Sistemlerinin Sağlık Harcamaları ve Sağlık İndikatörleriyle Kıyaslaması

Ülke	Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$)	Sağlık Harcaması (GSYİH %)	Ortalama Ömür Süresi	Bebek Ölüm Oranı	Aynı Gün Randevu Alamama (%)	Maliyetten Dolayı Hizmet Alamama (%)
Beveridge Ülkeleri	3401	9,5	79,9	3,2	48,5	9,5
Bismarck Ülkeleri	3345	9,1	80,7	3,4	44,0	15,5
Ulusal Sağlık Sigortası Ülkeleri	3827	10,1	80,1	4,7	77,0	25,0
ABD	8505	17,7	78,6	6,0	70,0	33,0
Türkiye	984	5,4	74,6	7,4	-	-

Kaynak: OECD Health Data 2014

Bismarck modelini kabul eden OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcaması ve bu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki pay 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.

Farklı sağlık harcamalarına sahip ülke gruplarının sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi doğuştan beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızları ile kıyaslanabilir. Tabloda görüldüğü gibi ülkelerin sağlık harcamaları

arttıkça genel olarak bebek ölüm hızları düşmekte, beklenen yaşam süreleri ise artmaktadır. GSYİH’da toplam sağlık harcamaları payı Bismarck ülkelerinden daha fazla olan Beveridge ülkelerinde görülen bebek ölüm hızları, diğer ülkelerden çok daha düşüktür. Fakat, göreceli olarak daha az sağlık harcaması yapan Bismarck ülkelerindeki beklenen yaşam süresi ise diğer model ülkelerinden daha yüksektir. Bu durum, yüksek sağlık harcaması ve farklı sağlık sistem modelleri ile sağlık göstergeleri arasında her zaman pozitif bir ilişki olmayabileceğini ve optimal sağlık harcaması yüzdesi belirlemenin önemini göstermektedir.

Farklı sağlık sistem modellerine sahip olan OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin verimlilikleri ve başarılarını ölçmek için çeşitli değişkenler kullanılmaktadır. En çok tercih edilen ve verisi kolay bulunan değişkenler bekleme süresini ölçen aynı gün içinde randevu alamama oranları ve fazla maliyetten dolayı sağlık hizmetlerine ulaşamama oranlarıdır (Matthews, Jenkins vd., 2012:106). Veri eksikliğinden dolayı Türkiye’nin performansı diğer ülkelerle kıyaslanamamaktadır. OECD üyesi ülkeleri sahip olduğu sağlık sistemine göre gruplanıp kıyaslandığında GSYİH içindeki toplam sağlık harcamaları payı fazla olan Ulusal Sağlık Sigortası modeli ülkelerinin ve ABD’nin verimlilik göstergelerinin çok düşük olduğu görülmektedir. Kişi başı sağlık harcamaları ve GSYİH içindeki sağlık harcama payları diğer ülkelere göre düşük olan Bismarck modeli ülkelerinde sağlık hizmetlerine ulaşabilme oranları daha yüksek, fakat harcamaların göreceli olarak daha yüksek olduğu Beveridge modeli ülkelerinde ise aynı gün randevu alabilme oranlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan ele alındığında, sağlık indikatörlerinde olduğu gibi, sağlık harcamaları ve sağlık sistemlerinin, ülkelerin sağlık verimliliklerini ve başarılarını tek başlarına belirleyen faktörler olmadıklarını anlaşılmaktadır (Matthews, Jenkins vd., 2012:110). Literatürde sıklıkla değinildiği gibi ülkelerin sağlık performanslarının değerlendirilebilmesi için ülkelerin sağlık sistemlerinin özelliklerinin yanında toplum tarafından kabul görmüş ve öne çıkmış hakkaniyet, verimlilik ya da kalite gibi tercihler de önemlidir. Ancak bu şekilde genel bir değerlendirmeye ülkeler arası kıyaslamalar mümkün olabilir (Lameire, Joffe vd., 1999:6-9).

SONUÇ

Bu çalışma, OECD üyesi ülkelerin çeşitli sağlık sistemleri modellerini, bu modellere göre ülkelerin yaptığı sağlık harcamalarını ve yapılan bu

harcamalar sonucunda ülkelerin sağlık hizmetleri tedarigi ve çıktılarını kıyaslamaktadır. Çalışmada, sağlık ekonomisi literatüründe sıklıkla kullanılan doğu'da beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızları gibi sağlık indikatörleri ve sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlere ulaşımındaki hakkaniyet kavramları sağlık çıktıları olarak ele alınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü günümüzde ülkelerdeki farklı sağlık sistemlerinin ülkelerin toplumlarında hakim olan temel norm ve değerlerden etkilendiğini belirtmiştir. Sağlık sistemleri diğer hizmet sistemleri gibi toplumların sosyal, kültürel ve geleneksel beklentilerini, yaşam tarzlarını ve politik sistemlerini yansıtmaktadır. Bu nedenle sağlık sistemleri tüm dünyada farklılıklar göstermektedir. Ülkeler çoğu zaman tek bir finansman modeli ve sabit bir sağlık hizmeti sunucusunu takip etmemekte ve zaman içerisinde politika değişikliklerine gidebilmektedirler (Berie ve Fink, 2000:27). Fakat, literatürde Roemer'in (1993:61) temelini oluşturduğu şekilde devletin sağlık sistemindeki müdahalesini ele alarak sistemde ağırlıklı olan finansman ve sağlık sunucusuna göre sağlık hizmetleri sistemleri dört başlıkta sınıflandırılabilmiştir (Tatar, 2011:110-111; McCanne, 2010:2). Bu sınıflandırmaya göre Kapsayıcı Tipte (Beveridge), Refah Yönelimli (Bismarck), Ulusal Sağlık Sigortası ve Serbest Piyasa Yönelimli sağlık sistem modelleri mevcuttur.

Dünyada sağlık harcamalarında OECD ülkeleri önemli bir yer tutmaktadır. OECD ülkeleri dünya nüfusunun %20'sini oluştururken, 2010 yılında 6,5 trilyon dolara yakın sağlık harcamalarıyla tüm dünya sağlık harcamalarının %84'üne sahiptir (WHO,2012). OECD üyesi ülkelerin 1980-2012 yılları arası kişi başı sağlık harcamaları incelendiğinde üye ülkelerin hepsinin harcamalarının önemli oranda arttığı görülmektedir. Bu yüksek değerlerin çeşitli açıklamaları olsa da en öne çıkanlar gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması, tıp ve ilaç teknolojilerindeki gelişmeler sonucu sağlık hizmetlerinde arzın ve talebin artması ve bazı kronik hastalıklarda görülen artış olarak belirtilmektedir (Mendelson ve Schwartz, 1993:123; Thorpe, 2005:1437-1439). Genel anlamda Bismarck ve Ulusal Sağlık Sigortası sağlık sistem modellerini tercih etmiş ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları Beveridge modelini tercih etmiş ülkelerin harcamalarından daha yüksektir. Yıllar içinde en fazla sağlık harcaması yapan ülkeler ise ABD ve İsviçre'dir. Türkiye'de ise kişi başı sağlık harcaması 1980 yılında

mukayese edilen ülkelerin ortalamasının yaklaşık onda biri iken, son yıllarda üçte bire kadar inmiştir. Bu veriler Türkiye'nin sağlık alanında yaptığı yatırımların kişi başı sağlık harcamalarının artmasını sağladığını ancak henüz yeteri kadar başarılı olunamadığını göstermektedir.

Sağlık harcamalarının ülkelere olan gerçek maliyetleri harcamaların GSYİH'ndaki paylarının incelenmesiyle daha iyi anlaşılabilir. OECD ülkelerinin ortalaması 1980-2012 yılları arasında yaklaşık olarak %6,7'den %9,6'ya yükselme göstermiştir. Türkiye'nin GSYİH'ndaki toplam sağlık harcaması payı 1980 yılında OECD üyesi ülkelerin ortalamasının yaklaşık üçte biri iken 2012 yılında bu rakam %70'li seviyelere ulaşmıştır. Yıllar içinde Bismarck modelini tercih eden Almanya'nın GSYİH içindeki sağlık harcaması payı Beveridge modeline sahip İngiltere'nin her zaman üzerinde yer almış, fakat yüzdelerdeki artışlar iki ülkede de aynı hızda seyretmiştir. Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip Kanada ise 1980 yılında Almanya ve İngiltere'nin ortalaması kadar sağlık harcaması payına sahipken, günümüzde Almanya sağlık harcaması payına ulaşmıştır. Ekonomik büyümelerin bile üzerinde seyreden harcamaların tüm dünyada yaşanan 2008 krizinin önemli sebeplerden birisi olduğu belirtilmektedir (Huber ve Orosz, 2003:2; OECD, 2011). Bu nedenle mevcut reform çabalarının maliyet kontrol merkezli olması şartıdır.

Yıllar içinde bazı değişiklikler gösterse de Beveridge modelini kabul etmiş ülkelerin kamu sağlık harcamaları oranları Bismarck modeli ülkelerinin oranlarından genelde daha fazla olmuştur. Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip ülkelerin kamu sağlık harcama oranları diğer ülkelere kıyasla daha düşük olmuş, fakat en az paya sahip ülke ise kendine özgü bir sağlık sistemine sahip olan ABD olmuştur. Türkiye 1980'de en düşük kamu harcamasına sahip ülkelere birisi durumunda iken, 1982 yılındaki Anayasa değişiklikleri, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2000-2005) ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin etkisiyle kamunun sağlık harcamalarındaki payı önemli oranda artmış ve 2012 itibarıyla %73 ile OECD üye ülkeler ortalamasının üzerine çıkmıştır (Filiz, 2010:42-48). Son 30 yılda birçok ülkenin cepten harcama paylarında önemli değişiklikler olmamıştır. Cepten ödeme oranlarının en yüksek olduğu ülkeler Meksika, Şili, Kore ve ekonomik krizlerle boğuşan Yunanistan ve Portekiz'dir. Birçok Bismarck modeli ülkenin toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamalarının payı Beveridge modelini

tercih eden ülkelerinkinden daha düşüktür. Türkiye ise 1995 ve sonrasında cepten ödemelerin toplam harcamaların %30'una denk geldiği bir ülke iken, 2000'li yıllardan sonra sağlık reformlarıyla birlikte bu pay %16'lı seviyelere kadar düşürmeyi başarmıştır.

Ülkelerin ve sağlık sistemlerinin uluslararası düzeyde kıyaslanmasında çeşitli sağlık indikatörleri kullanılmaktadır. Ortalama yaşam süresi en sık kullanılan sağlık göstergelerinden birisidir (Çelik, 2011:69). 1990'lı yıllardan günümüze kadar 20 yıllık kısa süre içinde ortalama yaşam süresi, sağlık harcamalarındaki artışlar, tıp teknolojisindeki gelişmeler ve sağlık hizmetlerine ulaşımın artması gibi sebeplerle ortalama 6 yıl artmıştır (OECD, 2011). Kişi başı sağlık harcamalarındaki artışlar ile ortalama yaşam süresi arasında pozitif bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. Fakat kişi başı sağlık harcamalarındaki artış ortalama yaşam süresini azalan bir şekilde artırmaktadır. Bebeklik çağının ilk yılını tamamlayamadan ölen bebeklerin oranının ölçümü sıklıkla kullanılan bir diğer uluslararası sağlık göstergesidir. Benzer şekilde, kişi başı sağlık harcamaları arttıkça bebek ölüm oranlarında önemli miktarda azalmalar görülmektedir, fakat kişi başı harcamalar arttıkça bebek ölüm oranlarındaki azalma hızı yavaşlamaktadır. Diğer bir söylemle, yaşam beklentisini yükseltmek ya da bebek ölüm oranlarını azaltmak için çok fazla sağlık harcaması gerçekleştirmek bir önkoşul olmayabilmektedir (Bhalotra, 2007:19).

Bu çalışmada ayrıca sağlık sistemleri ve bu farklı sağlık sistemlerine sahip olan ülkelerin sağlık ile ilgili hedeflerine ne kadar ulaştıkları değerlendirilip karşılaştırılmıştır. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Bismarck ülkelerinden daha fazla olan Beveridge ülkelerinde görülen bebek ölüm hızları diğer ülkelerden çok daha düşüktür. Fakat göreceli olarak daha az sağlık harcaması yapan Bismarck ülkelerindeki beklenen yaşam süresi ise diğer model ülkelerinden daha yüksektir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin verimlilikleri ve başarıları ise kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımındaki maddi zorluklar ve bekleme süreleri ölçülerek değerlendirilmiştir. Sağlık harcamaları fazla olan Ulusal Sağlık Sigortası modeli ülkelerinin ve ABD'nin verimlilik göstergelerinin çok düşük olduğu, sağlık harcamaları ortalaması düşük olan Beveridge model ülkelerinde sağlık hizmetlerine ulaşabilme oranlarının daha yüksek, fakat harcamaların göreceli olarak daha yüksek olduğu Bismarck modeli ülkelerinde ise aynı gün randevu

alabilme oranlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu durum, sağlık indikatörlerinde olduğu gibi optimal sağlık harcaması belirlemenin önemini göstermekte ve sağlık harcamaları ve sağlık sistem modellerinin sağlık hizmetlerinin verimlilik ve başarılarını tek başlarına belirleyen faktörler olmadıklarını göstermektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarının gösterdiği gibi farklı sağlık sistemlerine sahip de olsa tüm OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları ve bu sağlık harcamalarının GSYİH'ndaki payları son 30 yıl içinde önemli derecede artmıştır. Sağlık sistemleri farklı olan ülkelerdeki sağlık harcamaları farklılık gösterse de, bu farklı harcamaların sağlık indikatörleri ve sağlık sistemlerinin başarı ve verimlilikleri ile birebir bir ilişki içinde olmadığı bulunmuştur. Demografik faktörlerdeki değişimler ve yaşlı nüfus oranının artması ülkelerdeki prim katkısında bulunan kişilerin çok daha fazla kişiyi desteklemek zorunda kalmasına sebebiyet vermektedir. Bu durum, özellikle Bismarck ülkeleri için büyük problem oluşturmakla beraber Beveridge modeline sahip ülkelerde de sağlık harcamalarını artıran, fakat sağlık indikatörleri ve sistemleri üzerinde önemli katkılar sağlamayan bir hale gelmeye başlamıştır. Ayrıca, kronik hastalıklardaki artışlar, sağlık hizmetleri arzının teknolojiyle ve kaliteyle artması ve bu hizmete olan talebin gelir seviyesine bağlı olarak yükselmesi, ülkeler için birçok çıkmazı beraberinde getirmektedir. Bu nedenle, ülkelerin sağlık sistemlerinden bağımsız olarak önemli reform değişikliklerine ihtiyacı olduğu, bu reformların öncelikle maliyet merkezli olacağı ve optimal sağlık harcaması amacına dayanacağı kaçınılmazdır.

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarındaki ve dolayısıyla sağlık göstergelerindeki son yıllardaki artışlar dikkat çekicidir. Fakat 2012 yılı itibariyle kişi başı sağlık harcaması ve harcamaların GSYİH'ndaki payı bakımından OECD üyesi ülkeleri ortalamasının hala altında olan Türkiye ve benzer gelişmekte olan ülkeler sağlık harcamalarındaki artışın sağlık indikatörlerinde her zaman benzer bir gelişime yol açmayacağı bilinciyle hareket etmeli, harcamalardaki kontrolsüz artışı önlemek ve optimal harcama seviyesi belirlemek için reformlar geliştirmeli, makul bir maliyetle etkin bir sağlık hizmeti sağlamaya çalışmalı ve sağlık sisteminin finansmanı için diğer politika alanları ile vergi tahsisi için rekabet içinde olmalıdır.

Kaynakça

- Anderson, Gerard ve Peter S. Hussey (2001) "Comparing Health System Performance in OECD Countries", *Health Affairs*, 20(3), 219-232.
- Berié, Hermann ve Ulf Fink (2000) "Europas Sozialmodell-Die Europäischen Sozialsysteme im Vergleich: Eine volkswirtschaftliche Analyse", *WISO Institut für Wirtschaft und Soziales GmbH*, (Berlin).
- Barnighausen, Till ve Rainer Sauerborn (2002) "One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons For Middle-and Low-Income Countries?", *Soc Sci Med*, 54: 1559-87.
- Bhalotra, Sonia (2007) "Spending to Save? State Health Expenditure and Infant Mortality in India", *Health Economics*, 16(9): 911-928.
- Culyer, Anthony J. ve Joseph P. Newhouse (2000) "Introduction: The State and Scope of Health Economics", *Handbook of Health Economics (1A)*, Elsevier Science B.V., (Amsterdam, The Netherlands).
- Çelik, Yusuf (2011) "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1): 62-81.
- Çevik, Savaş (2013) "Kamu Sağlık Harcamalarının Sağlık Sonuçları Üzerindeki Etkisi: Ülkelerin Gelir Seviyelerine Göre Bir Karşılaştırma", *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 48: 113-133.
- Erol, Hatice ve Abdullah Özdemir (2014) "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1): 9-34.
- Filiz, Yasemin (2010) "Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi", Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman Anabilimdalı, Ankara.
- Filmer, Deon ve Lant Pritchett (1999) "The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?", *Social Science and Medicine*, 49(10): 1309-1323.
- Grabowski, Henry (2011) "The Evolution of the Pharmaceutical Industry Over the Past 50 Years: A Personal Reflection", *Int. J. of the Economics of Business*, 18(2): 161-176.
- Immergut, Ellen M. (1992) "Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe", (Cambridge: Cambridge University Press).
- Huber, M. ve E. Orosz (2003) "Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001", *Health Care Financing Review*, 25(1): 1-2.
- Lameire, Norbert; P. Joffe ve M. Wiedemann (1999) "Healthcare Systems-An International Review: an Overview", *Nephrol. Dial. Transplant*, 14(6): 3-9.
- Matthews, Robert; Jenkins, G. Keith ve Joey Robertson (2012) "Health Care Reform, Why Not Best Practices", *American Journal of Health Sciences*, 3(1): 97-114.

- Mendelson, Daniel N. ve William B. Schwartz (1993) “The Effects of Aging and Population Growth on Health Care Costs”, *Health Affairs*, 12(1): 119-125.
- McCanne, Don (2010) “Health Care Systems-Four Basic Models; Physicians for a National Health Program (PNHP)”, *Basın Bülteni*, Chicago, (06.04.2010). [http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php] (02.12.2013).
- OECD (2008) “OECD Reviews of Health Systems-Turkey: The Performance of the Turkish Health System and its Determinants”, (02.2008), [http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html] (10.01.2014).
- OECD (2011) “Better Policies For Better Lives. Health: Spending Continues to Outpace Economic Growth in Most OECD Countries”, (06.2011), [http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html] (11.11.2013).
- OECD (2014) *OECD* “Health Data 2013”, (06.2014), [http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm] (06.07.2014).
- OECD (2013b) “Life Expectancy in the US Rising Slower than Elsewhere, Says OECD”, (11.2013), [http://www.oecd.org/unitedstates/Health-at-a-Glance-2013-Press-Release-USA.pdf] (08.06.2014).
- Oral, A. İlhan (2002) “Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları”, (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. No: 1331).
- Pekten, Ali (2006) “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, *Sayıştay Dergisi*, 61:119-138.
- Roemer, Milton I. (1993) “National Health Systems of the World. Vol. 2.”, *Oxford, UK: Oxford University Press*.
- Steinbrook, Robert (2012) “The US Supreme Court’s ruling on the Patient Protection and Affordable Care Act”, *BMJ: British Medical Journal*, 344: 1-2.
- Taban, Sami (2006) “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, *Sosyoekonomi*, 2: 31-46.
- Tatar, Mehtap (2011) “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’deki Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, (1), 103-130.
- WHO (2012a) “World Health Statistics 2012”, Health Expenditure, 133-145. [http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012:Full.pdf] (06.06.2014).
- WHO (2012) “Spending on Health: A Global Overview”, [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index.html] (02.01.2014).
- Woolhandler, Steffie; Campbell, Terry ve David U. Himmelstein (2003) “Costs of Health Care Administration in the United States and Canada”, *New England Journal of Medicine*, 349(8): 768-775.