

**T.C  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Doç. Dr. Emre ATILGAN

**GELİŞMEKTE OLAN AVRUPA ÜLKELERİNDE  
SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Onur YILDIZ**

EDİRNE-2018

**T.C  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Doç. Dr. Emre ATILGAN

**GELİŞMEKTE OLAN AVRUPA ÜLKELERİNDE  
SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Onur YILDIZ**

EDİRNE-2018

T.C.

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü**

**ONAY**

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Doç. Dr. Emre ATILGAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Onur YILDIZ tarafından tez başlığı "**Gelişmekte Olan Avrupa Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Analizi**" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınav 06/04/2018 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Yüksek Lisans Tezi**" olarak kabul edilmiştir.

İmza

Doç. Dr. Zafer Çalışkan

JÜRİ BAŞKANI

İmza

Doç. Dr. Emre Atılgan

ÜYE

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Aysu Zekioglu

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.....  
Enstitü Müdürü



## **TEŞEKKÜR**

Çalışmamın hazırlanması esnasında akademik birikiminden yararlandığım danışman hocam Doç. Dr. Emre ATILGAN'a, yardımlarını esirgemeyen diğer bölüm hocalarıma ve öğrenci işlerinde çalışan personellere, manevi olarak her zaman yanımda olan eşim Gülşah YILDIZ'a, aileme ve arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI .....	3
GELİŞMEKTE OLAN AVRUPA ÜLKELERİNİN SAĞLIK HARCAMALARI .....	14
<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	<b>33</b>
ÇOK BOYUTLU ÖLÇEKLEME ANALİZİ (MDS) .....	33
ARAŞTIRMANIN AMACI.....	36
KULLANILAN VERİ SETİ .....	36
ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMALARI GÖSTERGELERİ.....	38
<b>SONUÇ</b> .....	<b>52</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>56</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>58</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>60</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>67</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>68</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>69</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>71</b>

## KISALTMALAR

**WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

**OECD:** The Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)

**GSMH:** Gayri Safi Milli Hasıla

**UNCHR:** United Nations High Commissioner for Refugees (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komisyonu)

**UNICEF:** United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

**ECHO:** European Commission Humanitarian Aid (Avrupa Konseyi İnsani Yardım Ofisi)

**MR:** Manyetik Rezonans

**BT:** Bilgisayarlı Tomografi

**EKO:** Ekokardiyografi

**SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu

**GSS:** Genel Sağlık Sigortası

**Bağ-kur:** Esnaf Ve Sanatkarlar Ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sigortalar Kurumu

**KETEM:** Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

**SGP:** Satınalma Gücü Paritesi

**LÖSEV:** Lösemili Çocuklar Sağlık ve Eğitim Vakfı

**IMF:** International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)

**SPSS:** Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

## GİRİŞ

Epidemiyolojik değişikler, yaşlanan nüfusun artması ve gelişen teknolojinin artırdığı sağlık harcamaları; gelişmekte olan ülkelerin bu düzene uygun bir sağlık sistemi oluşturmaları için baskı yapmaktadır. Ayrıca bu ülkeler son yıllarda bulaşıcı hastalıkların yanısıra kronik hastalıkların mali yüküyle de başa çıkmaya çalışmaktadır. Kanseri, kalp damar hastalıkları ve yüksek tansiyon gibi ilaç ve tedavileri pahalı olan hastalıklar gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalarını artırmaktadır (1, 2).

Sağlık hizmetleri ülkelerin gelişmişlik düzeyi göstergelerinden biri olduğu için bütün ülkeler için büyük önem taşımaktadır. Özellikle vatandaşların eğitim seviyesinin ve sağlık bilinç düzeyinin artması ve bununla beraber sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve teknolojik gelişmelerle birlikte artan sağlık maliyetleri ülkelerin sağlıkta maliyet etkinliklerini değerlendirmeleri ve sağlık sektörüne verdikleri önemi artırmaları gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (3).

Bireylerin sağlıklı olması üretkenliğin ve kalkınmanın devamlı olmasını sağlamaktadır. Bundan dolayı gelişmekte olan ülkeler sağlık politikalarını daha iyi hale getirebilmek için; kaynaklarını verimli kullanmak, daha etkin ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti vermek ve sağlık için yapılan çalışmaları desteklemek gibi finansal ve yapısal düzenlemeleri oluşturmalıdır (2). Kaynakların dağıtımı eksik yapılırsa veya kaynak dağıtımında hatalı

politikalar izlenirse hastaların bazılarının tedaviyi almasının önüne geçilmiş olunur. Bunun sonucunda tedavi alamayan hastaların acı içinde ölüme terk edilmesi gibi vahim durumlar görülebilir (4).

Sağlık sektörüne çok büyük yatırımlar yapıldığı için bu kaynakların etkin bir şekilde kullanımı çok önemlidir. Çünkü sağlık sektörüne yapılan yatırımlar uzun vadeli planlanmaktadır ve bu planlama yanlış yapılırsa çok büyük masraflar heba olmaktadır. Bununla birlikte ülkeler günümüz şartlarında bütün kaynaklarını verimli kullanmak durumundadır. Çünkü oluşabilecek ekonomik krizler; ülkelerin ekonomi, sağlık, güvenlik ve eğitim gibi alanlarda maliyet kısıtlayıcı bir politika oluşturmasına neden olabilir. Fakat sağlık hizmetleri toplumun en önemli ihtiyaçlarından biri olduğu için fazlaca yapılan kısıtlayıcı politikalar toplum düzeni ve varlığının devamı açısından olanaksızdır (3).

Batı ülkelerinin büyük bir kısmında sağlık modelleri ülkelere has olup, sağlık politikaları ulusal seviyede organize edilmektedir. Bundan dolayı ülkeler arasında sağlık hizmet sunumu, finansmanı, mevzuatı ve insan gücü uygulamaları konularında önemli farklılıklar vardır. Ülkeler kendi sağlık modellerinin yanında başka sağlık modellerinin iyi yönlerini kendilerine örnek alarak mükemmele en yakın sağlık sistemlerini oluşturabilirler. Bundan dolayı sağlık politikalarının oluşturulmasında ülkelerin birbiriyle olan benzerlik ve farklılıklarının dikkate alınması önemlidir (5, 6).

Bu çalışma iki bölüme ayrılmaktadır. İlk bölümde sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin finansmanı hakkında bilgiler verilmiştir. Ayrıca gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin sağlık harcamaları üzerinde durulmuştur.

İkinci bölümde ise ülkelerin sağlık göstergeleri karşılaştırılmıştır. Bu sağlık göstergeleri çok boyutlu ölçekleme analiziyle ölçülmüş ve bu ölçüm sonuçlarıyla ülkelerin sağlık harcamalarının benzerlik ve farklılıkları ortaya koyulmuş ve bu benzerlik ve farklılıklara hangi göstergelerin sebep olduğu araştırılmıştır.



## **GENEL BİLGİLER**

### **SAĞLIK HİZMETLERİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI**

#### **Sağlık ve Sağlık Hizmetleri**

Sağlık kavramının birçok tanımı bulunmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımı evrensel bir tanım niteliği taşımaktadır. WHO sağlığı 'bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali' şeklinde tanımlamaktadır (7). Bu tanımla sağlık ve sosyal faktörler arasında bir ilişki kurularak sağlık kavramı çağdaş ve bütüncül bir yaklaşıma kavuşmuştur. Bu yaklaşım sayesinde sağlık yalnızca hasta olmama anlayışından kurtulmuş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi öne çıkarılmış ve birey odaklı sağlık anlayışı yerine toplum odaklı sağlık anlayışı benimsenmiştir (8).

Sağlık hizmetleri; sağlıklı bireylerin sağlıklarını korumak, hasta bireylerin tanılarını hızlı ve doğru şekilde koyup onları tedavi etmek, sakatlıkları engellemek, sakatlıkların engellenemediği durumlarda sakat bireylere tıbbi ve sosyal hizmet sunmak ve bireylerin mutlu ve uzun bir şekilde yaşamalarını sağlamak amacıyla verilen hizmetlerdir.

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi toplumsal bir konudur. Çünkü sağlığı yerinde olan birey hem kendine hem de toplumun gelişim ve kalkınmasına yardımcı olur. Bundan dolayı sağlık hizmetlerini geliştirmek amacıyla yapılan harcamalar, harcama olarak değil yatırım olarak değerlendirilmelidir. Sağlık, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini belirlemede kullanılan bir ölçüttür. Bu durum da sağlık hizmetlerinin önemini göstermektedir (7).

## Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak sınıflandırılır.

**Koruyucu sağlık hizmetleri:** Gelecekte oluşabilecek hastalık ve sakatlıkları engellemek veya bunların belirtilerini en aza indirgeyerek toplum farkında olmadan ve hastalık semptomları belirmeden önce hastalığı teşhis ve tedavi etme yöntemine koruyucu sağlık hizmetleri denilmektedir (9).

Koruyucu sağlık hizmetleriyle sadece kişinin hasta olması engellenmez, ayrıca toplumun sağlığı da korunur. Örnek olarak aşı yaptıran bir kişi yalnızca kendi hastalığını engellemeyip, hastalığının yayılmasını da engeller. Bu sebepten dolayı koruyucu sağlık hizmetleri toplumsal fayda sağlayan bir sağlık hizmetidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bu özelliğinden dolayı sağlık harcamaları azaltılabilir. Çünkü tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha maliyetlidir. Bu sebeple devletin sağlık politikası, koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem vererek sağlık harcamalarını azaltabilir (10).

Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde de kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılır.

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri yürütür. Bu hizmetler;

- Hastalık ve sakatlıkların erken tanı ve tedavisi,
- Sağlık eğitimi,
- Beslenme durumunun saptanması ve düzenlenmesi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Hijyen eğitimi,
- Aile planlaması,
- Ana-çocuk sağlığı hizmetleri olarak sıralanabilir (11).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise sağlık personelinden ziyade farklı meslek grupları tarafından yürütülen ve insan sağlığına olumsuz etki eden fiziksel, kimyasal ve biyolojik unsurları imha ederek veya bu unsurlardan insanların etkilenmelerini engelleyerek çevreyi sağlıklı hale getirmeye çalışan hizmetlerdir (11, 12). Bu hizmetler;

- İş sağlığı ve işçi güvenliği,
- Besin sanitasyonu,
- Hava kirliliğinin denetimi,
- Gürültü kirliliğinin denetimi,
- Katı atıkların denetimi,
- Radyolojik zararlıların denetimi,
- Temiz su kaynaklarının temini,
- Zararlı canlılarla mücadele olarak sıralanabilir (11).

**Tedavi edici sağlık hizmetleri:** Hastalanan bireyin belli tanı ve tedaviler aldığı sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetleri denir (13).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin kamu sağlık harcamaları, koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu sağlık harcamalarına göre oldukça maliyetlidir. Çünkü kalifiye personel istihdamı ve fiziki şartların sağlanması ile yönetim ve finansman gibi önemli kapsamları vardır (14).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamakları aşağıda sıralanmıştır;

1-Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastalıkların ayakta teşhis ve tedavi edildiği sağlık hizmetleridir. Özel muayenehaneler ve aile-toplum sağlığı merkezleri bu hizmetleri vermektedir.

2-İkinci basamak tedavi hizmetleri: Hastalıklarının teşhis ve tedavisinde üst düzey tıbbi bilgi ve teknolojik ekipman gerektirmeyen, hastaların yatakta tedavisi için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Devlet hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetleri örnek verilebilir (15).

3-Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Özel tedavi gerektiren bir hastalığı olan kişilere, hastalığının gerektirdiği en kapsamlı olanaklara sahip hastanelerde verilen tedavi hizmetleridir. Bu hizmetler eğitim-araştırma, üniversite ve özel dal hastanelerinde verilmektedir (16).

**Rehabilite edici sağlık hizmetleri:** Hastalık veya kaza sonrasında bireylerin yitirdiği fiziksel ve zihinsel durumlarının yeniden kazanılmasına yönelik hizmetlerdir. Bu hizmetlerin amacı kişiyi eski üretkenliğine olabildiğince yaklaştırıp bu yeni durumuna alıştıırarak kişiyi topluma adapte etmektir.

Rehabilitasyon hizmetleri iki tiptedir. Birincisi fiziksel sakatlıkların olabildiğince düzeltilmesini içeren tıbbi rehabilitasyondur. İkincisi ise sakatlıklarından dolayı eski işlerini veya başka işleri yapamayan bireylere meslek eğitimi verip yeni mesleklerine uyum sağlamaları için çalışan mesleki rehabilitasyondur (17).

**Sağlığın geliştirilmesi:** Sağlığın geliştirilmesini ve yaşam kalitesi, yaşam süresi ve fiziksel ve zihinsel sağlığın artırılmasını amaçlayan hizmetlerdir. Bu hizmetler, sağlıklı bireylerin sağlık durumlarını daha iyiye taşımak için sağlanmaktadır ve bu hizmetlerde sorumluluk bireylerdedir. Bireyler yüksek yaşam standardı, iyi eğitim, iyi çalışma koşulları, dinlenme ve eğlence araçlarıyla sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunabilirler (11, 18).

### **Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

**Kamusal mal olma özelliği:** Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal niteliği taşırlar. Bu mallar tüketildiğinde kişiye özel fayda, topluma da dışsal fayda sağlar. Tedavi edici hizmetler, yarı kamusal mal ve hizmet niteliğini taşır. Fakat sağlık hizmetlerinin hepsi aynı özelliği göstermez. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri tam kamusal mal ve hizmet niteliği taşır. Çünkü bu hizmet ve mallar tüm topluma sunulur ve kişiler ödeme yapmadığı için bu hizmet ve mallardan dışlanamaz.

**Dışsallık özelliği:** Ekonomik bir birimin üretim ve tüketimi sonucu, başka birimlerin fayda-maliyet fonksiyonlarının iyi ya da kötü yönde etkilenmesine dışsallık kavramı denir. Dışsal etkenler sağlık hizmetlerinde de görülür. Örneğin; bulaşıcı bir hastalığa yakalanmamak için yapılan aşılama faaliyetleri bireysel fayda sağlarken, kişi toplumdaki diğer bireylere bu hastalığı bulaştıramayacağı için toplumsal fayda da sağlar. Buradaki toplumsal marjinal fayda, bireysel marjinal faydadan daha fazladır. Ancak bireyler toplumsal faydayı gözardı edebileceği için devlet bu tür hizmetleri zorunlu hale getirebilir (19).

**Belirsizlik ve ertelenemezlik:** Bireyler sağlık problemlerinin ne olacağını, nerede ve ne zaman belireceğini önceden bilemezler. Sağlık hizmeti talep edenler için geçerli olan bu belirsizlik, hizmeti sunan personeli de doğrudan etkiler. Ayrıca hastalığa bağlı olarak hastanın yapacağı sağlık harcamaları da belirsizdir.

**Alternatifsizlik:** Sağlık hizmetlerinde verilen bir sağlık hizmetinin yerine başka bir sağlık hizmeti verilmesi çok nadir görülen bir durumdur. Hastaya hangi sağlık hizmetinin verileceğini belirleyen sağlık personeli uzman doktordur. Hastanın uzman doktorun verdiği sağlık hizmeti haricinde herhangi bir sağlık hizmeti almasının alternatifi bulunmaz (20).

**Asimetrik bilgilendirme:** Sağlık hizmeti sağlayıcı sağlık personeliyle sağlık hizmeti alanların sağlık hizmeti bilgi seviyeleri birbirinden farklıdır. Bunun sonucu olarak sağlık

hizmeti alanlar aldıkları sağlık hizmetlerini ve yararlarını değerlendiremez ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına güvenmek zorunda kalırlar. Bu durum sağlık hizmeti alanların sağlık hizmeti kullanıcılarına bağımlı olmasına neden olmaktadır. Ancak yapılan analizlerde sağlık hizmeti alanların ne aldıklarını ve bunların kendilerine olan yararlarını bildikleri varsayılır (21).

### **Sağlık Hizmetleri Finansmanı**

Gelirlerin elde edilip fon havuzlarında toplanarak kaynakların tahsis edilmesi ve hizmetlerin satın alınmasına sağlık hizmetleri finansmanı adı verilir (22). Sağlık hizmetleri finansmanının ana hedefi, bireylerin beklenmeyen hastalık ve sakatlıklara maruz kaldıklarında, onları bu hastalık ve sakatlıkların maddi yüküne karşı korumaktır (23).

Dünyada sağlık hizmetlerinde dönüşüm yapılmasının birincil nedeni sağlık harcamalarındaki artışı engellemek olduğu için sağlık hizmetlerinin finansmanı çok önemlidir. Fakat sağlık hizmetlerindeki bu artış kaynakların gereksiz ve verimsiz kullanılmasından dolayı kaynaklanıyorsa ilk olarak bu aksaklıkların yok edilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerindeki bu artış sorunu; sağlığa ulaşım engellenmeden, dayanışma ve adalet prensipleriyle hükümet tarafından ortadan kaldırılmalıdır (24).

### **Finansman Kaynakları**

Finansman kaynakları ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Hatta ülkenin iç dinamiklerine bağlı olarak zamanla ülke içinde dahi farklı finansman kaynakları ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanında kamu kaynakları ve özel kaynaklar kullanılmaktadır (25).

#### **Kamu kaynakları:**

1-Vergiler: 'Beveridge Modeli' olarak da anılan vergilerle yapılan finansman yöntemi özellikle gelişmiş ülkelerin uyguladığı bir sağlık hizmet finansman yöntemidir. Beveridge Modeli adını 2. Dünya Savaşı'ndan sonra İngiltere'de eğitim ve sağlık hizmetlerinin ülke tarafından üstlenilmesi gerektiğini savunan bir politikacıdan almıştır.

Vergi yoluyla yapılan finansman toplumun tamamını içine alır. Ülkenin belirlediği katkı payları dışında hizmetler ücretsizdir. Kişinin sisteme mali katkısına bakılmaksızın, sadece yurttaş olduğu için hizmetlerden ücretsiz yararlanma hakkı vardır (26).

Yalnızca vergiye dayalı sağlık hizmetleri finansmanını uygulayabilmek için ülkenin gelişmiş olması gerekir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hükümetler sermaye yatırımlarına, sosyal güvenlik hizmetlerinden daha fazla önem verir. Bu nedenle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çok azında Beveridge Modeli başarı sağlamıştır (27, 28).

2-Sosyal sağlık sigortası: Bismark tarafından 1883 yılında Almanya’da uygulanmaya başlanan sosyal sağlık sigortası, en yaygın kullanılan sosyal güvenlik tekniğidir. İşçi ve işverenden alınan zorunlu primlerle sosyal sigorta fonu oluşturularak çalışanların maruz kaldığı sosyal riskler bu fondan karşılanır (28).

Sosyal sağlık sigortasının artlarından biri yöntemin öngörülebilir ve sürekli bir finansman kaynağı olmasıdır. Ülkenin nüfus yapısı, nüfus artışı ve istihdam politikaları gibi bilgiler ışığında, sosyal sigorta sisteminde kısa, orta ve uzun süreli izdüşüm yapılması kolaylaşacaktır. Bu izdüşümler sayesinde sağlık hizmeti planlayıcıları, sağlık politikacılarına önemli bilgiler verebilmektedir. Sosyal sağlık sigortasının eksi tarafı ise belirli bir gelir ve istihdam dışında kalan kişilerin nüfus saptamasının tam olarak yapılmaması yüzünden karşılaşılan zorluklar ve maliyet kontrolünde yaşanan sorunlardır (29).

WHO sosyal sağlık sigortasının; sistemin toplumun tamamına ulaşması, işverenlerin tamamından prim toplanması, sigortanın devlet veya kar amacı olmayan kuruluşlar tarafından toplanması ve gelir farkı olanlar arasında adaletli gelir dağılımı sağlayacak bir yapı oluşturulmasıyla başarılı olabileceğini öngörmüştür (30).

#### **Özel kaynaklar:**

1-Özel sağlık sigortacılığı: Bu sigortacılık yönteminde sigorta primleri özel sağlık sigorta şirketi tarafından toplanır. Primler toplanırken kişilerin hastalık riski ve sağlık hizmetlerinden faydalanma sıklığı göz önünde bulundurulur. Genellikle gelişmiş ülkelerde kullanılmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde de kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır.

Özel sağlık sigortasını sosyal sağlık sigortasından ayıran en önemli özellik, özel sağlık sigortasının topladığı primleri sosyal sağlık sigortasında olduğu gibi ortak havuzda toplamayıp, kişinin ödeyeceği primleri hastalanma riskine göre belirleyip toplamasıdır. Buna bağlı olarak yüksek primlerden dolayı özel sağlık sigortasına başvuran kişi sayısı azalır ve hatta kronik hastalığı olanların ‘kötü risk’ grubunda bulunmalarından dolayı sigorta kapsamı dışına çıkarılma riskleri vardır. Bu özellikleri yüzünden özel sağlık sigortası sağlık hizmetleri finansmanında tek başına bir yöntem olarak kullanılmayıp, vergilere veya sosyal sigorta sistemine dayalı sağlık finansmanını tamamlayan veya destekleyen bir yapıda kullanılmalıdır (29, 31, 32).

OECD üyesi 31 ülke üzerinde yapılan bir araştırma sağlık finansmanı kaynağı olarak özel kaynakları kullanan ülkelerin total sağlık harcamalarının fazla miktarda yükseldiğini ve

özel finansman kaynaklarının kişi başı total sağlık harcamalarını yükseltici etki yaptığını tespit etmiştir (33).

**Tablo 1. Sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasının özellikleri(34)**

<b>Sosyal Sigorta</b>	<b>Özel Sigorta</b>
Kamu hukuku kapsamındadır.	Özel hukuk kapsamındadır.
Tek elden yönetime doğru bir eğilim vardır.	Rekabet ve tekelleşmeyi önleme eğilimi vardır.
Toplumun refah ve mutluluğunu sağlamak, varlık ve bütünlüğünü korumayı amaçlamaktadır.	Belli hizmetleri ticari çerçevede sunarak kazanç elde etme amacını taşır.
Kişiler, yükümlülükler, yararlar yasalarla belirlenir.	Kişiler, yükümlülükler, yararlar sözleşmelerle belirlenir.
Sosyal sigortanın yararlarının ödeme miktarı ile ilişkisi yok.	Ticari sigortacılıkta ödeme ve sağlanan yararlar arasında tam bir ilişki vardır.
Kişisel sorumluluk, kendine yardım ilkeleri uyarınca; kişiler, işveren, bazı durumlarda devlet prim ödemesi yapar.	Sadece sigortadan yaralananlar prim öder.
Dayanışma ilkesi sebebiyle kişinin emek gelirleriyle orantılı olarak prim ödenir.	Aynı riskler için kişinin gelirin bakılmaksızın benzer tutarda prim alınır.
Gelirlerin yeniden dağılımı ve sosyal gelir aktarımı işlevi vardır.	Ticari sigortaların kar motifi vardır.
Kar amacı gütmaz.	Kar amacıyla yapılır.

2-Cepten ödeme: Bireylerin yaptığı ödemelere cepten ödemeler denir. Resmi ve kayıt dışı olarak ikiye ayrılır. Resmi cepten ödemeler doğrudan ödeme ve maliyet paylaşımı şeklindedir ve ödemeler yasalarla belirlenmiştir. Sağlık hizmetinin sağlık güvencesi dışında kaldığı durumlarda, sağlık hizmetinin tamamı için yapılan ödemelere doğrudan ödeme denir. Maliyet paylaşımı yöntemi katkı payını içerir. Katkı payları sağlık güvencesinde olan bir sağlık hizmetinin belli bir kısmı için kişilerin yaptığı ödemelerdir. Katkı payları maliyetleri kontrol altında tutup, hastaneye de ek gelir sağlamayı hedefler. Katkı payları, gereksiz sağlık hizmet talebini azaltabilir fakat çok fakir grubun bu hizmetlerden yararlanmalarına da ambargo koyabilir. Kayıt dışı ödeme ise sağlık güvencesi olan bireylerin sağlık hizmeti sağlayıcılarına illegal bir şekilde ayni, nakti veya hediye yoluyla yaptığı ödemelerdir (35-37).

Tüketici katkıları, sağlık hizmeti kullanıcılarının yaptığı doğrudan ödemelerle oluşur. Dünya Bankası'na gelişmekte olan ülkeler için sağlık finansman kaynaklarının yetersizliğine yönelik tüketici katkılarının artırılması önerilmiştir (25). Ödeme zorluğu yaşayacak bireylerin olması ve yapılan harcamaların geri alınmamasından dolayı sağlık hizmetleri finansmanında doğrudan harcamalar asgari düzeye indirilmelidir(38).

### **Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması**

Günümüzde ülkeler sağlık hizmetleri sunumunda çeşitli sağlık sistemlerini uygulamaktadır. Uygulanan bu sağlık sistemleri sağlık harcamalarını ve sağlıkla ilgili göstergeleri etkilemektedir. Bundan dolayı ülkelerin; ulusal sağlık harcamalarının GSMH'daki payı, toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı, toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı, genel kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı, toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı, kişi başına düşen toplam sağlık harcaması düzeyi , kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi gibi sağlık göstergelerinde farklılıklar görülmektedir (39).

Sağlık sistemleri sınıflandırmada birçok çalışma ve tipoloji olmasına rağmen bu çalışmaların içinde Roemer'in sağlık sistemleri sınıflandırması daha yaygın kullanılan ve en çok kabul gören sınıflamadır(40). Bu sınıflama tipi 4 gruba ayrılmıştır;



**Tablo 2. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması (41)**

<b>Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tip</b>	<b>Refah Yönelimli Tip</b>	<b>Kapsayıcı Hizmet Tipi</b>	<b>Sosyalist/ Merkezi Planlama Tipi</b>
1- Kişisel cepten ödeme ve/veya isteğe bağlı özel sağlık sigortalarıyla yapılan uygulamalardır. 2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da, birincil etmen değildir. 3- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde birincil etmendir.	1- Tüm vatandaşlara yönelik kişisel prim ödemeli, zorunlu sağlık sigortasıyla yapılan uygulamalardır. 2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin talebinde birincil etmendir, arzdaki payı daha küçük olabilir. 3- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında bulunabilir, talebinde ekstra olanaklar oluşturabilir.	1-Tüm vatandaşlara yönelik, zorunlu, tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğiyle talep edilen ve kamu sağlık hizmet nitelikli ve ücretsiz, uygulamalardır. 2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde birincil etmendir, bazen arzdaki payı daha küçük olabilir. 3- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında bulunabilir, talebinde ekstra olanaklar oluşturabilir.	1- Tüm vatandaşlara yönelik, zorunlu, toplumun ortak / kolektif sağlık güvencesiyle talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır. 2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde birincil etmendir. 3- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya çok nadir olarak bulunur.

**Tablo 3. Ülkelerin GSMH düzeylerine göre sağlık sistemlerinin sınıflandırılması(37)**

<b>Ekonomik Düzey (Kişi Başına GSMH)</b>	<b>Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tip</b>	<b>Refah Yönelimli Tip</b>	<b>Kapsayıcı Hizmet Tipi</b>	<b>Sosyalist/ Merkezi Planlama Tipi</b>
<b>Zengin ve Sanayileşmiş</b>	ABD	Almanya Kanada Japonya	Büyük Britanya Yeni Zelanda Norveç	Sovyetler Birliği Çek Cumhuriyeti
<b>Gelişen ve Değişen</b>	Tayland Filipinler Güney Afrika	Türkiye Brezilya Mısır Malezya	İsrail Nikaragua	Küba Kuzey Kore
<b>Çok Fakir</b>	Gana Bangladeş Nepal	Hindistan Myanmar	Sri Lanka Tanzanya	Çin Vietnam
<b>Kaynak Zengini</b>		Libya Gabon	Kuveyt Suudi Arabistan	

Beveridge ve Bismark sağlık sistemleri de sağlık sistemlerini sınıflarken kullanılan iki temel sağlık sistemidir (42). Bu sistemlerin genel hatları Tablo 4.'te gösterilmiştir.

**Tablo 4. Bismark ve Beveridge sağlık sistemlerinin özellikleri(42)**

<b>Bismark Sistemi</b>	<b>Beveridge Sistemi</b>
Ağırlıklı olarak katkılar yoluyla finanse edilir.	Genel Vergilerle finanse edilmektedir
Kamu ve özel sektör altyapı oluşturur.	Sadece kamu altyapısı vardır
Doktorlar hizmet başı ödeme alır	Doktorlar maaşlı çalışır.
Devlet tarafından organizasyon sağlanır ancak devlet tarafından işletilmez.	Devlet müdahalesi ön plandadır.
Birçok kuruluşun içinde bulunduğu bir planlama içindedir.	Hükümetin Sağlık Bakanlığı tarafından merkezi bir planlama yapılır
Almanya, Fransa, Belçika, Hollanda, Lüksemburg ve Avusturya gibi ülkelerde uygulanır.	İngiltere, İspanya, İtalya, İsveç, Danimarka, Yunanistan, İrlanda, Finlandiya ve Portekiz gibi ülkelerde uygulanır.

## **GELİŞMEKTE OLAN AVRUPA ÜLKELERİNİN SAĞLIK HARCAMALARI**

### **Sağlık Harcamalarının Önemi**

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan harcamalara sağlık harcaması denir. Ülkelerin sağlık alanında yaptığı yatırımları görebilmek için sağlık harcamalarının bilinmesine ihtiyaç vardır. Bununla birlikte ülkeleri ve sektörleri sağlık alanında karşılaştırabilmek için de sağlık harcamalarının bilinmesi gerekir. Ülkelerin sağlık harcamalarının çıktısı olan sağlık statülerinin belirlenerek, ülkelerin sağlık alanında gelişmişlik düzeyleri hakkında fikir edinilebilir (43).

Ülkenin ekonomisinin gelişimi ile sağlık düzeyi birbirine paralel olarak yol almaktadır. Ülkede vatandaşların aldığı kişi başına düşen gelir artması sağlık harcamalarını da artırmaktadır. Sağlık harcamalarının artması da ülke sağlık düzeyini yükseltmektedir. Ülke sağlık düzeyinin iyileşmesi de insan gücünü, ekonomik büyüme oranlarını ve kişi başına düşen milli geliri olumlu düzeyde etkilemektedir (5). Ayrıca yapılan araştırmalarda, ekonomik göstergelerin olumlu yönde ilerlemesi sağlık göstergelerini de olumlu bir şekilde değiştirmiştir (44).

Yapılan araştırmalara göre, hükümetin sağlık harcamalarını artırmasının, 5 yaş ve altındaki ölüm oranını; diğer hükümet harcamaları olan eğitim, temizlik ve yol gibi harcamalara oranla daha etkili bir şekilde düşürdüğü ortaya konulmuştur (45).

### **Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri**

Sağlık harcamalarının belirleyenleri içinde GSMH önemli bir yere sahiptir (46). Yapılan araştırmalarda az gelişmiş ülkelerin, GSMH'sı ile ölüm oranları arasında ciddi bir ilişki gözlenmiştir. Bununla birlikte beslenme durumunun düzeltilmesi, alınan halk sağlığı önlemleri, eğitim seviyesinin yukarı çekilmesi ve daha sağlıklı bir tıbbi tedavi ile ölüm oranlarının aşağıya çekildiği saptanmıştır. Bu araştırmayı yapan araştırmacılar yüksek gelirin sağlığın önemli bir belirleyicisi olduğunu savunmuşlardır (47). Ayrıca GSMH'sı yüksek olan ülkelerdeki vatandaşların sağlık seviyesinin artmasının eğitim seviyesinin artmasıyla ilişkili olduğu öne sürülmüştür (48).

OECD tarafından sağlığın belirleyicileri hakkında yapılan çalışmada 1991 ve 2003 yılları arasındaki bebek ölüm hızı düşüşleri ile doğumda beklenen yaşam süresi ve 65 yaşında beklenen yaşam süresi kazanımları araştırılmıştır. İncelenen sağlık belirleyicileri; sağlık harcamaları, GSMH, beslenme, eğitim, alkol tüketimi, sigara tüketimi ve kirliliktir. Çalışmada

sağlık harcamaları en önemli sağlık belirleyicisi olmuştur. GSMH ve eğitim düzeyi sağlık harcamalarından sonra sağlığın en önemli belirleyicileri olmuştur (49).

Kişilere sağlık hizmeti verilirken maliyeti yüksek olan teknolojik aletlere ve altyapıya gereksinim vardır. Sağlık harcamalarının önemli belirleyicilerinden ve sağlık harcamalarının artış sebeplerinden biri de budur. Ayrıca bu yeni teknolojiler olası tıbbi tedavilerin kapsamını ve çeşitliliğini artırarak, daha çok insana tedavi götürerek ve eski teknolojinin yerini alarak yüksek maliyetlere neden olabilmektedir.

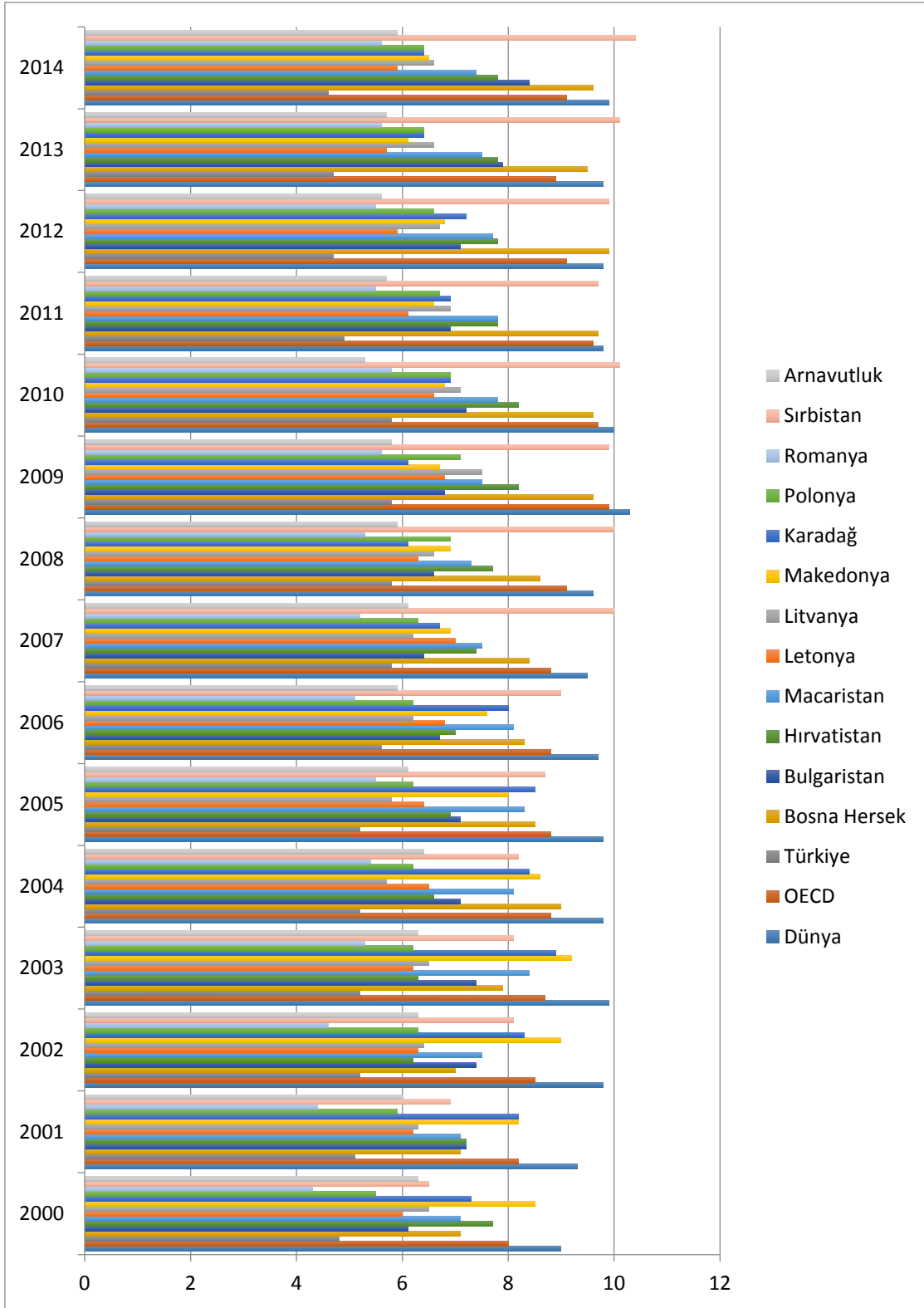
Sağlık harcamalarının artması sağlık hizmetlerinin kalitesini ve ulaştığı kişi sayısını artırarak beklenen yaşam süresini artırırken, 65 yaş üzeri nüfusun, toplum içindeki payının artması ise ülkeye daha fazla sağlık harcamasına sebep olmaktadır. Yaşlanma ve demografik değişim de teknolojik altyapı ve alet gereksinimine göre daha az sağlık harcamasına neden olmakla birlikte, önemli sağlık belirleyicilerinden biridir (50).

### **Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri**

Sağlık harcamaları GSMH içinde son yıllarda ülkemizde ve dünya genelinde oldukça artmıştır

Sağlık harcamalarının artış nedenleri şunlardır:

- Kişi başına düşen gelirin artması,
- Ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte yüksek masraflı kronik hastalıkların artması,
- Bireylerin sağlık bilincinin gelişmesi ve eğitim düzeyinin yükselmesi,
- Teknolojinin gelişmesiyle yüksek maliyetli cihaz kullanımı ve tedavilerin artması,
- Arz-talep ilişkisi,
- Sağlık sektörünün yoğun emek isteyen bir sektör olması,
- Asimetrik bilgidен dolayı sağlık masraflarının artması,
- Kentleşmenin artmasıdır.



Şekil 1. Dünyada ve Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSMH oranı (%) 2000-2014(51)

Sağlığın beşeri bir sermaye olarak düşünülmesi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesiyle ülkenin ekonomik olarak büyüme ve kalkınmasından dolayı ülkeler sağlık harcamalarında artışa gitmeye başlamışlardır. İnsan gücü ekonomik kalkınmanın temel unsurudur. Bu yüzden gelişmiş ülkeler hastalıkların tedavi edilmesi ve sağlığın korunup geliştirilmesi için sağlık harcamalarına her geçen yıl daha fazla pay ayırmaktadırlar (52).

### **Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Harcamalarının ve Politikalarının Ortak Özellikleri**

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık açısından üç ana problemi bulunmaktadır. Birincisi yeterli miktardaki kaynağın sağlık hizmetlerine arzı nasıl yapılacaktır? İkincisi sağlık hizmetlerinden doğan maliyetler nasıl kontrol edilecektir? Üçüncüsü ise sağlık hizmetleri arzı ve organizasyonu nüfusun tamamını kapsayacak şekilde nasıl yapılacaktır? Devlet kaynaklarının sınırlı düzeyde olması sağlık hizmetlerinin; eğitim, iletişim, ulaşım alanları gibi devlet kaynaklarıyla fonlanan diğer sektörlerle rekabete girmesine neden olmaktadır. Eğer sağlık hizmetlerine kaynak artırımını yapılırsa diğer sektörlerin kaynakları azalacaktır. 1980 yılından itibaren gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerine ayırdığı kaynaklar azalmaktadır. Bunun sonucunda gelişmekte olan ülkeler halk sağlığına, hastanelere ve diğer sağlık kuruluşlarına gerekli kaynağı sağlamamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerine olan beklenti ve taleplerin artışı devlet bütçesini kısıtlayıcı bir etki yaratmaktadır. Şimdiye kadar anlatılan bu sorunlar gelişmekte olan ülkelerde görülebilecek kısa dönemde ortaya çıkacak sorunlardır. Bu sorunların yanısıra uzun dönemde ortaya çıkabilecek bazı sorunlar da bulunmaktadır. Bu sorunlar ise yeni ilaçların ve tıbbi gelişmelerin sağlık sektörüne girmesi sorunudur (31).

Bireylerin sağlıklı olması üretkenlik ve kalkınmanın devamlı olmasını sağlamaktadır. Bundan dolayı gelişmekte olan ülkeler sağlık politikalarını daha iyi hale getirebilmek için; kaynaklarını verimli kullanmak, daha etkin ve ulaşılabilir bir sağlık hizmet vermek ve sağlık için yapılan çalışmalarını desteklemek gibi finansal ve yapısal düzenlemeleri oluşturmalıdır.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlığa yapılan harcamalar genellikle şehir merkezlerinde yaşayan ve gelir düzeyi yüksek olan vatandaşların pahalı tedavi masrafları için harcanmaktadır. Kırsal alanda yaşayan vatandaşların kamu sağlık hizmetlerinden yararlanma şansı kısıtlıdır ve gelir düzeyi düşük olan vatandaşlar sağlık hizmetinden faydalanmak için gelir düzeyi yüksek olan vatandaşlara göre daha çok özel sağlık harcaması yapmak zorundadır (2).

Nüfusun artışı ve demografik değişiklikler gelişmekte olan ülkelerde sıkça görülmektedir. Bunun sonucunda gelişmekte olan ülkelerin sağlık finansmanına çift taraflı yük oluşmaktadır. Bu nüfus artışı ve demografik değişimlerden dolayı; şehir merkezlerinde kronik hastalık sayısı artarken, kırsal kesimde parazitik ve enfeksiyöz hastalık sayısı artacaktır. Eğer kırsal kesime daha fazla sağlık finansmanı ayrılırsa şehir merkezlerinde kronik hastalıklar artacak, şehir merkezlerine daha fazla sağlık finansmanı ayrılırsa kırsal kesimde parazitik ve enfeksiyöz hastalık sayısı artacaktır. Bu yüzden gelişmekte olan ülkelerin sağlık finansmanını nasıl tahsis edeceği ve hangi sağlık politikaları izleyeceği üzerinde durulması gereken bir durumdur. Gelişmekte olan ülkeler; bireysel görüşleri, sosyokültürel şartları ve ekonomik durumu gözardı etmeden bir sağlık politikası oluşturmalıdır.

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarının özellikleri;

- Sağlık hizmetlerinin arzı ve finansmanı çoğunlukla devlet tarafından yapılır.
- Özel sektörün sağlık finansmanındaki rolü kısıtlıdır.
- Devlet kaynaklarının yetersiz olması sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından sorunlara yol açar.
- Mevcut kaynakların büyük bir kısmı personel harcamaları için kullanılmaktadır.
- Personelin yetiştirilmesi ve sistemi açısından sorunlar vardır.
- Uygulamada kamu finansmanlı tiplerden kamu sözleşmesi modeli ve karışık model geçerlidir.
- Altyapı yetersizdir.
- Düşük gelir seviyesi olan vatandaşların büyük bir kısmı sağlık hizmetlerinden etkin olarak faydalanamaz.
- İlaç harcamaları sağlık finansmanında önemli bir boyuttur.
- Üçüncü grup ödeyiciler gelişmemiştir.
- Sigorta kurumları yeterince gelişmemiştir ve toplumda sağlık sigortası ile ilgili yeterli sağlık bilinci bulunmamaktadır (37).

#### **Arnavutluk Sağlık Sistemi Finansmanı**

Arnavutluk sağlık sisteminin finansman gelirleri, zorunlu sigorta gelirleri ve vergilerden karşılanır. Sağlık sistemlerinin finansmanı çok düşüktür ve yetkililer sağlık sektöründe son yıllarda düşük kaynakla yüksek verim elde etme uğraşı içindedir.



Arnavutluk sağlık sisteminin en bryk finansman kaynağı devlet katkisıdır. Dış finansman kaynakları ve ozel sağlık sigortası diğer sağlık finansmanı kaynaklarıdır.

Sigorta prim ozdemeleri dusektur ve bu primler gelire gore belirlenir. Serbest meslek calışanları gelirlerinin %3-7 arası prim verirler. Ciftciler en dusek prim oranına sahiptirler. Cocuklar, yaşlılar ve ev hanımlarının sigorta primlerini devlet butcesi karşılar (53, 54).

### **Bosna Hersek Sağlık Sistemi Finansmanı**

Bosna Hersek'te zorunlu sağlık sigortası ve isteğe bağlı sigorta gelirleri olmak uzere iki tip sağlık sigortası bulunmaktadır. Duzenli geliri olan bireyler zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Fakat vatandaşların bryk kısmı zorunlu sağlık sigortasının yetersizliğinden dolayı sağlık giderlerinin coğunu isteğe bağlı sağlık sigortası yaptırarak karşılamaktadır. Etkili bir sağlık sigortası da olmadığı iwin insanlar bazı sağlık masraflarının tamamını ozdemekle yukumludurler.

Bosna-Hersek sağlık sistemine gore sağlık sigortası olan bireyin mevcut kaynakların miktarına bakılmaksızın, temel sağlık ve sosyal hizmetler paketi hakkına sahip olduğunu bildirilmektedir. Bu sağlık ve sosyal hizmetler paketinde;

- Uzman hekimden konsultasyon hizmeti,
- Hastane ve birinci basamak sağlık hizmeti,
- Hastalık suresince maaş tazminatı,
- Sağlık hizmeti ararken yapılan seyahat ucretlerinin iadesi bulunmaktadır.

Ayrıca iş sağlığı durumunda, sigorta ek olarak koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmeti sağlamaktadır.

Bosna Hersek sağlık sisteminde informal ozdemelerle hekim ve yardımcı sağlık calışanlarına onemli miktarda ozdemeler yapıldığı duseunlmektedir. 'Know How' isimli bir fon tarafından yurutulen bir hane halkı calışmasında coğu vatandaşın sağlık hizmeti alırken informal ozdemeler yaptığı saptanmıştır. Bu miktarın gayri safi milli hasılanın %4.7'si kadar olduğu tahmin edilmektedir.

Bosna Hersek'te savaştan oznce sağlık hizmetlerini finanse edebilmek iwin herhangi bir dış finansman kaynağı kullanılmamıştır. Fakat savaş sırasında sağlık hizmetlerinin finansmanı uluslararası yardım kuruluşları(WHO, UNICEF, UNCHR, ECHO ve Kızılhaç) tarafından

sağlanmıştır. Savaş sona erdikten sonra doğrudan yardımlarla Bosna Hersek sağlık sisteminin güçlenmesi ve yapılandırılması için Dünya Bankası tarafından 3 büyük proje yapılmıştır.

1. Temel Hastane Hizmetleri Projesi (33,5 milyon dolar)
2. Savaş Mağdurlarının Rehabilitasyonu Projesi (30 milyon dolar)
3. Temel Sağlık Projesi (55)

### **Bulgaristan Sağlık Sistemi Finansmanı**

Bulgaristan sağlık sistemi finansmanının karmaşık bir yapısı vardır. Sağlıklı hizmetleri zorunlu sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, vergiler ve resmi-gayrı resmi ödemelerle finanse edilir.

Bulgaristan sağlık sistemi finansmanındaki artış eğilimi; ülke ekonomisinde yeniden yapılanma, artan ücretler ve işsizliğin azaltılmasına bağlanabilir. Aynı zamanda özel sağlık sigortasının yasal hale getirilip vergiye bağlanması da sağlık sistemlerine ek finansman kaynağı sağlamıştır.

Bulgaristan, hastaların özel sağlık sigortası ödemeye alışık olmadığı ülkelerden biridir ve doğrudan doktorlarına veya hastanelerine ödeme yapmayı tercih etmektedir. Bununla birlikte, özel sağlık sigortası ilk kez 1989'da piyasaya çıktığından beri harcaması 2003 yılındaki sağlık harcamasının % 0,7'sine kadar yükselmiştir (56).

Bulgaristan vatandaşları zorunlu sağlık sigortasına gelirlerinin %6'sı kadar prim öderler. Devlet; 18 yaş ve altı öğrencilerin, işsizlerin, emeklilerin, askerlerin ve devlet memurlarının primlerini kendisi öder.

Zorunlu sağlık hizmeti paket kapsamı giderek küçültülmüş ve primlerinin üç taksidini ödeyemeyen vatandaşlara sağlık hizmeti sağlanmamıştır (53).

### **Hırvatistan Sağlık Sistemi Finansmanı**

Hırvatistan sağlık hizmet finansmanının büyük kısmı halk kaynaklarından karşılanmaktadır. Devlet, yaşlılar ve 15 yaş ve altı çocuklar için sigorta yardımı ödemektedir. Devlet ayrıca yaşlı bireylerin bakımı, anne-çocuk sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri ve sağlık eğitimi için de pay ayırmıştır. Ayrıca doğumdan dolayı işini bırakanlara ek ödeme yapılmaktadır.

Hastalar birinci basamak sağlık hizmetleri, ambulans hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve konsültasyonlar için ortak ödeme yaparlar. Ayrıca hastanelerde otel giderleri, diş protezleri, bazı reçeteli ilaçlar ve ortopedik cihazlar için de ortak ödeme yaparlar. Bu ortak ödeme, toplam ücretin %10'u civarındadır (57).

Farklı gelir gruplarındaki bireylerin cepten ödeme yoluyla yaptığı sağlık masraflarının yükünü açıklamak için yapılan bir araştırmada çoğu katılımcı (%66) önemli miktarda sağlık harcamasına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %52'si her tür kamu sağlık hizmeti için katkı payı ödediklerini, %49'unun da bir pratisyen hekim ziyaretinde bulduklarını bildirmiştir. Katılımcıların %43'ü reçeteli ilaçlar için ödeme yaptığını bildirirken sadece %9'u hastane bakımı için ek ücret ödemiştir.

Diğer sağlık harcamaları arasında, özel tıbbi tedaviler için yapılan ödemeler ve geleneksel tıbbin kullanımı gibi isteğe bağlı ve seçmeli sağlık hizmetleri için çeşitli özel ödeme formları bulunmaktadır. Katılımcılar ayrıca hediye (%14) ve "şükran parası" (%8) adı altında sağlık hizmeti sağlayıcılarına informal ödemeler yaptıklarını bildirmişlerdir. Düşük gelirli gruplar; ilaçlar, özel tıbbi tedaviler, özel diş bakımı ve geleneksel ilaçlar için sağlık hizmeti sunucularına hediye ve armağan adı altında çok daha fazla masraf yaptıklarını bildirmişlerdir.

Sonuç olarak, Hırvatistan sağlık sistemi finansmanında cepten ödeme yükünün farklı sosyoekonomik gruplar arasında eşit olarak dağılmadığı, düşük gelirli grupların yüksek gelir gruplarına göre daha ağır bir yük taşıdığını belirtilmiştir (58).

### **Macaristan Sağlık Sistemi Finansmanı**

Macaristan sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük ölçüde Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi tarafından yürütülen Sağlık Sigortası Fonu ile sağlanır. Fon aracılığıyla sağlık hizmet primleri işveren ve çalışanlardan alınır; kalan mali açık devlet bütçesinden kapatılır. İşverenlerin ödediği primler sağlık risklerine göre değil, gelire göre ödenir. İşsiz bireylerin sağlık primleri de devlet bütçesinden ödenir. Özel sağlık sigortası ise yok denecek kadar azdır (53, 59, 60).

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu İdaresi bütçesi neredeyse kurulduğu günden beri bütçe açığı vermiştir. Bu bütçe açığının başlıca nedenleri arasında; istihdam düşüklüğü, kitlesel işsizliğin ortaya çıkması, firmalar ve işçiler tarafından yaygın vergi kaçırma ve katkı paylarının ödenmemesidir. Ayrıca serbest meslek çalışanlarının yıllık kişi başı toplam katkısı

maaşlı çalışanların beşte biri kadardır ve bu da bütçe açığına neden olmaktadır. Bununla birlikte ulusal sağlık sigortası sisteminin etkinliği; sistematik verimsizlik, saptırma teşvik yapıları ve ilaç harcamalarındaki aşırı harcama ile büyük ölçüde azaltılmaktadır.

Macaristan sağlık sisteminde fazla sayıda doktor bulunmasına rağmen hemşire sayısı çok azdır ve her iki grubun da ücretleri son derece düşüktür. Fakat doktorlar bu ücret düşüklüğünü hastalardan ‘şükran ödeneği’ adı altında aldığı informal ödemelerle kapatmaktadır (61).

Ulusal Sağlık Sigortası’nın sağladığı ücretsiz hizmetler:

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Yataklı tedavi hizmetleri,
- Ayakta tedavi hizmetleri,
- İlk yardım hizmetleri,
- Diş tedavisi hizmetleri,
- Rehabilitasyon,
- Hasta hakları (53).

Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında olmayan ücretli hizmetler:

- Estetik ameliyatlara,
- Kürtaç ve vazektomi,
- Prostat antijen testleri,
- Ehliyet ve işe girmek amacıyla yapılan tıbbi muayeneler (59).

### **Letonya Sağlık Sistemi Finansmanı**

Letonya sağlık hizmetleri vergilerle finanse edilmektedir. Fakat bu finansmanın yetersizliğinden dolayı el altından alınan bütçe dışı paralar son yıllarda artmıştır.

Letonya sağlık sistemi’nin kapsadığı ücretsiz sağlık hizmetleri:

- Akut ve kronik hastalıkların tedavisi,
- Acil servis hizmetleri,
- Onkoloji ve hematoloji servisleri,
- Psikiyatrik hizmetler,
- Anne-çocuk sağlığı hizmetleri,

- Kronik akciğer hastalıkları ve tüberküloz tedavisi,
- Enfeksiyon hastalıklarının tedavisi,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi,
- Aşılama,
- Katastrof tıp,
- Belirli gruplar için ücretsiz ilaç temini.

Letonya sağlık sistemi'nin kapsamadığı ücretli sağlık hizmetleri:

- Diş bakımı ve tedavisi,
- Hayati tehlikenin bulunmadığı halde yapılan cerrahi işlemler,
- Rehabilitasyon tedavileri,
- Doğal kaynaklarla yapılan tedaviler,
- Suni döllenme,
- Kozmetik cerrahi (62).

### **Litvanya Sağlık Sistemi Finansmanı**

Litvanya'nın sağlık sistemi finansmanının büyük bir kısmı kamu yoluyla sağlanır. Sosyal sigorta, çalışan bireylerin gelirinin üçte birini almaktadır. İşsizlerin, emeklilerin, hamilelerin, 2 veya daha çok çocuğu olan annelerin, 8 yaş ve altı çocuk sahibi olan annelerin, 18 yaş ve altı kişilerin, öğrencilerin, engellilerin, sosyal yardım alanların ve hastalığı Sağlık Bakanlığı'na onaylı listede bulunan hastaların sigorta primleri devlet tarafından karşılanır. Devlet Hastalık Fonu zorunlu sağlık sigortasını yürütür ve bu fon hem belediye hem de genel bütçeden bağımsızdır. Sağlık sigorta sistemi, kaynak sıkıntısı çeken Litvanya sağlık sistemini desteklemek için yürürlüğe girmiştir. Fakat bu sistemin sağlıklı bir biçimde uygulanabilmesi için sosyal güvenlik yönetimi ve vergilendirme alanında sağlam adımlar atılması gerekmektedir.

Hastalar sağlık çalışanlarına kayıt dışı ödemeler yapmaktadır. Bu oran ayakta tedavi gören hastalarda %22,5, hastanelerde ise %35,2'dir. Litvanya sağlık sisteminde kayıt dışı ödemelerin önüne geçebilmek için mavi çipli sosyal kart sistemi yürürlüğe girmiştir. Bu kart sistemi sayesinde sağlık sistemi finansman sorunlarının bir kısmı çözülmüştür (63).

## **Makedonya Sağlık Sistemi Finansmanı**

Makedonya sağlık sisteminde finansman gelirlerinin temel kaynağı zorunlu sağlık sigortasıdır. Zorunlu sağlık sigortasına; kamu sektörü ve özel sektörde çalışanlar, vergi haricindeki gelirlerinin %8.6'sı , serbest meslek çalışanları ve çiftçiler asgari ücretin %8.6'sı tutarında sigorta primi öderler. İşverenler çalışanları için sigorta primi ödemezler. İşsizlerin sigorta primlerini İş Kuruluşu; emeklilerin primlerini Emekli Sigorta Fonu; sosyal hizmet alanlar, gaziler ve engellilerin primlerini ise hükümet öder (53).

Zorunlu sağlık sigortası sayesinde vatandaşların faydalandığı sağlık hizmetleri;

- Hastalık ve sakatlıkların engellenebilmesi için gerekli tıbbi girişim ve işlemler,
- Ayakta tedavi ve evde sağlık hizmetleri,
- Önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler,
- Acil servis hizmetleri,
- Anne çocuk sağlığı ve hamilelik konusunda tedaviler ve eğitimler,
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,
- Halk Sağlığı eğitimleri,
- Uzman sağlık personeli konsültasyonu,
- İlaç ve tedavi amacıyla kullanılan sanitasyon malzemeleri,
- Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği ortopedik cihazlar, protezler ve diğer materyallardir (64).

Makedonya sağlık sistemi finansmanında çocuklar da dahil herkes için bir ek ödeme sistemi oluşturulmuştur. Bunun yanında ek ödemeler dışında ek sigorta ödemeleri de bulunmaktadır. Hastalar; ilaçlar ve yataklı tedavi masrafları için toplam sağlık hizmetleri fiyatının %20'si kadar ek sigorta ödemesi yaparlar. Hastalar ayrıca diş protezleri ve işitme cihazları için %20, ortopedik cihazlar için de %50 ek ödeme yaparlar (53).

## **Karadağ Sağlık Sistemi Finansmanı**

Karadağ sağlık sisteminde finansman gelirlerinin temel kaynağı zorunlu sağlık sigortasıdır. Sağlık Sigorta Fonu sigorta primlerini; çalışanların gelirlerinin %15'i tutarında aldığı katkılarla, İşsizlik Fonu ve Emeklilik Fonundan aldığı katkılarla, çiftçilerden aldığı paylarla ve Maliye Bakanlığı'ndan aldığı katkılarla toplamaktadır.

Sağlık kurumlarında hastalara tedavi sunulurken yasal olmayan bir şekilde ek ücret istenmektedir. Ek ödeme yapmayan hastalar tedavi için uzun süre bekletilmektedir. Ayrıca hastalardan Sağlık Sigorta Fonunun karşılamakla yükümlü olduğu medikal cihaz ve ilaçlar için de ek ücret alınmaktadır (65).

### **Polonya Sağlık Sistemi Finansmanı**

Polonya sağlık sistemi finansmanı 1952 Anayasası ile bütün vatandaşlarına ücretsiz sağlık hizmeti sunmaktadır. Sunulan bu sağlık hizmeti kamu ve özel sektör fonlarıyla karşılanmaktadır.

Kamu fonları merkezi ve bölgesel bütçe fonlarıyla oluşmaktadır. Kamu finansmanının temel kaynağı bu kamu fonlarıdır. Merkezi bütçe sağlık harcamalarının %15'i kadardır. Merkezi bütçe temel olarak hastane hizmetlerinin sağlanmasında ve ilaç temin edilmesinde kullanılır. Ayrıca merkezi bütçeyle tıp fakülteleri için yapılan harcamalar, AIDS'i önleme, sosyal refah gibi programlara yapılan harcamalar, senatoryum harcamaları ve yönetim harcamaları finanse edilmektedir.

Bölgesel bütçeler ise sağlık harcamalarının büyük bir kısmını oluşturur. Bütçelerini Sağlık Bakanlığı yerine Maliye Bakanlığı karşılar. Bölgesel bütçeler hastahane giderleri, kan bankaları, senatoryumlar, ilkyardım gibi sağlık hizmetleri için bütçe sağlar.

Polonya sağlık sisteminin finansmanının büyük bir kısmı kamu fonlarıyla sağlanırken, kişiler doğrudan yaptıkları ödemelerle ilaç temini ve hastane konaklama hizmetleri gibi hizmetleri satın alırlar.

Polonya sağlık sistemi finansmanı ücretsiz olmasına rağmen informal ödemelerle hastalar daha hızlı ve iyi hizmetler alabilmektedir. Bir hastanın hastahane yatış süresi boyunca yaptığı harcamaların yaklaşık %46.2'si hekime veya diğer yardımcı sağlık personeline yaptığı informal ödemelerdir. Öyle ki hekimler yıllık kazançlarının iki misli geliri bu ödemelerden sağlamaktadır (53).

### **Romanya Sağlık Sistemi Finansmanı**

Romanya sağlık sistemi finansmanı devletin aldığı sigorta primleriyle karşılanır. İşçiler maaşlarının %6.5'i, işverenler ise çalışanlarının maaşlarının %7'si kadar sigorta primi öderler. İşsizler ve emeklilerin sigorta primleri hükümet tarafından karşılanır. 18 yaş altındakiler, geliri bulunmayan gaziler ve engelliler otomatik olarak sigortaya ücretsiz

katılırlar. Ayrıca hükümlülerin ve silah altındaki erlerin sigorta primleri de Adalet ve Savunma Bakanlıkları tarafından karşılanır.

Sigorta kapsamında bulunan sağlık hizmetleri;

- Tıbbi hizmetler,
- Ağız ve diş sağlığı tedavisi,
- Acil servis hizmetleri,
- Rehabilitasyon hizmetleri,
- Evde bakım hizmetleri,
- Anne çocuk sağlığı hizmetleri,
- Hastane konaklama ve beslenme hizmetleri,
- İlaç, medikal malzemeler ve ortopedik cihazların teminini kapsar.

Fakat 18 yaşından büyüklerin; estetik operasyonların, müshil, ağrı kesici, kusma önleyici, hafif düzey solunum rahatsızlıkları için gerekli ilaçların ve görsel-işitsel bozuklukları düzelteren bazı tıbbi cihazların ücretini cepten ödemeleri gerekmektedir. Ayrıca sağlık sigortası ileri teknoloji gerektiren sağlık hizmetlerini, meslek hastalıkları ve iş kazalarını, birtakım diş tedavisi hizmetlerini, hastane yatışı sırasında yapılan lüks konaklama hizmetlerini ve işyerinde yapılan sağlık hizmetlerini kapsamaz (53).

### **Sırbistan Sağlık Sistemi Finansmanı**

Sırbistan sağlık sistemi finansmanı kamu finansmanı ve cepten ödemeler aracılığıyla karşılanmaktadır. Sırbistan Sağlık Sigortası Fonu kamu finansmanının temelini oluşturmaktadır. Sırbistan Sağlık Sigortası Fonu işverenlerden, işçilerden, emeklilerden, çiftçilerden, serbest meslek çalışanlarından ve işgücü piyasası fonlarından prim almaktadır. Sırp Hükümeti'nden alınan ödenekler ise sağlık yatırımları, işsizler, yaşlılar ve mültecilerin sağlık giderleri ve Sırbistan Sağlık Sigortası Fonu'nun bütçe açıkları için harcanmaktadır (53).

### **Türkiye Sağlık Sistemi Finansmanı**

Türkiye sağlık sistemi finansmanı vergiler, özel sigorta primleri, sosyal güvenlik primleri ve vatandaşın yaptığı cepten ödemelerle karşılanmaktadır (66).

Türk Sağlık sistemi 2003 yılında 'Sağlıkta Dönüşüm' isimli programla revize edilerek büyük bir yenilik hareketine dahil olmuştur. Bu dönüşüm programıyla Genel Sağlık Sigortası

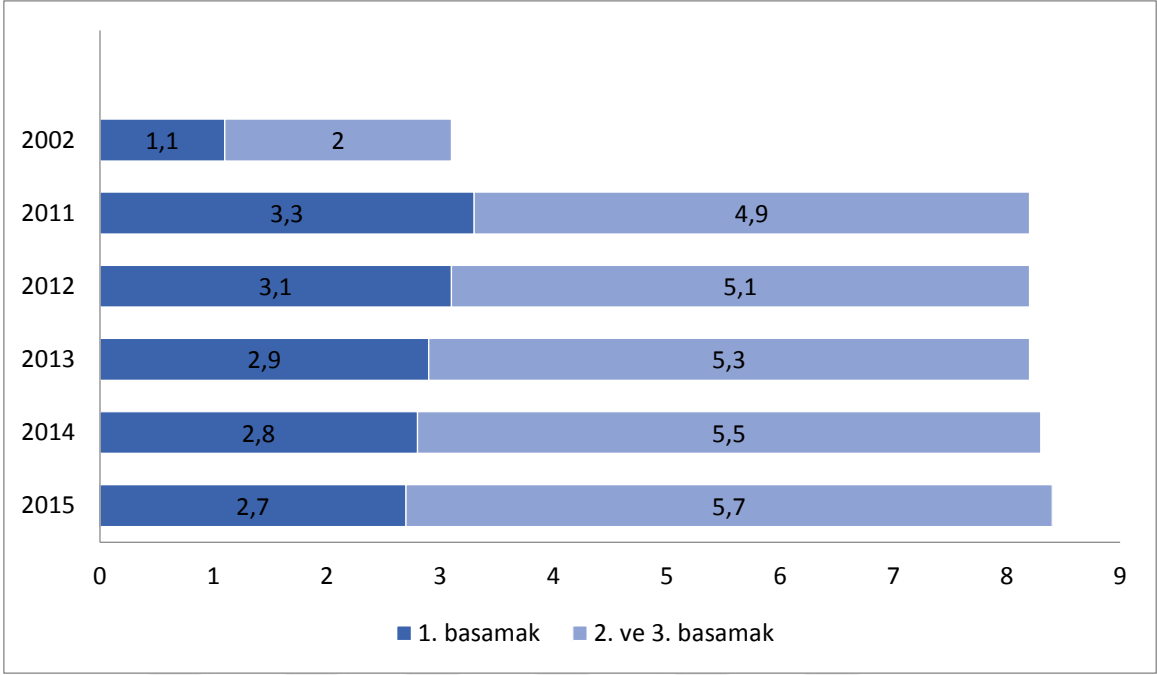


(GSS) ve Sosyal Güvenlik Reformu uygulamaya koyulmuştur. Vatandaşlar sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşım sağlamış ve düşük gelir seviyeli vatandaşlar koruma altına alınmıştır. GSS 2012 yılıyla birlikte tüm vatandaşlar için zorunlu hale getirilmiştir (29).

Başlıca amacı ‘bireylerin maddi durumuna göre prim toplayıp, bireylere ihtiyacı olan hizmeti vermek’ olan GSS prim toplama yoluyla işlevini sürdüren bir finans sistemidir. Fakat gelir düzeyi düşük olan bireyleri korumada yetersiz kalmıştır. Çünkü bireyin aylık kazancı asgari ücretin üçte birinden fazla ise prim ödemek zorundadır. Buradaki ana problem ise yoksulluk sınırının asgari ücretin üçte biri gibi düşük miktarda belirlenmiş olmasıdır. Bu sınır gerçek hayatta yoksulluk sınırına karşılık gelmemektedir. Bu yüzden bu bireyler primlerini ödeyemedikleri için sağlık hizmetlerinden faydalanamamaktadır (24). Ayrıca Kasım 2017’de herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna (SGK) kayıtlı olmayıp çalışan nüfus %33,6 oranındadır (67). Bununla birlikte Bağ-kurlu hastalar sağlık hizmetine ihtiyaçları olduğunda 60 günü aşan prim borçlarının bulunması halinde sağlık hizmetinden faydalanamamaktadır. Bütün bunların sonucunda GSS’nin ‘bütün toplumu kucaklama’ ve ‘sağlık hizmetlerinden herkesi yararlandırma’ istekleri gerçekleşmemektedir (24).

GSS hakkında diğer bir problem ise, kaynak yetersizliğinden dolayı verilen sağlık hizmet paket içeriğinin azaltılmasıdır. SGK her yıl GSS’nin vereceği hizmeti planlamakta ve her yıl bazı sağlık hizmetleri paket kapsamı dışında bırakılmaktadır. Bunun sonucunda da paket içinde bulunmayan sağlık hizmeti hastalar tarafından ‘cepten ödeme’ veya ‘özel sağlık sigortası’ yoluyla karşılanmaktadır. Bu temel sağlık paketinin kısıtlı tutulması hastalara GSS primi vermelerinin yanında hastaları cepten ödeme yapmak zorunda bırakmaktadır (68).

Türkiye sağlık alanında son yıllarda çok hızlı bir büyüme göstermiştir. Bu büyümenin ana nedeni olarak SGK’nun ve kamu bütçesinin sağlık alanı için yaptığı finansman artışı gösterilmiştir. Sağlık alanındaki bu büyüme ile özel sağlık sektörünün gelişimi hızlanmıştır (27). 2002 senesinde 1156 olan toplam hastane sayısı 2016’da 1510’a, 271 olan özel hastane sayısı ise 565’e yükselmiştir (69).



**Şekil 2. Yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı, tüm sektörler, Türkiye (71)**

Şekil 2'ye bakıldığında 2002'de 3,2 olan kişi başı müracaat sayısı 2015'te 8,4'e çıkmıştır. Birinci basamakta 2002 yılında 1,1 olan müracaat sayısı, aile hekimliği uygulamasının da etkisiyle 2015 yılında 2,7'ye, 2 olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaat sayısı da 5,7'ye ulaşmıştır. Bunun sonucunda da Şekil 3'te görüldüğü üzere sağlık harcamalarında artış yaşanmıştır.

**Tablo 5. Türkiye’de yataklı tedavi kurumları cihaz sayıları karşılaştırması (2002 ve 2016 yılları) (71)**

Cihaz Adı	Yıllar		Artış Oranı (%)
	2002	2016	
MR	58	836	1441
BT	323	1152	357
EKO	259	694	268
Ultrason	1005	5470	544
Doppler Ultrason	681	4679	687

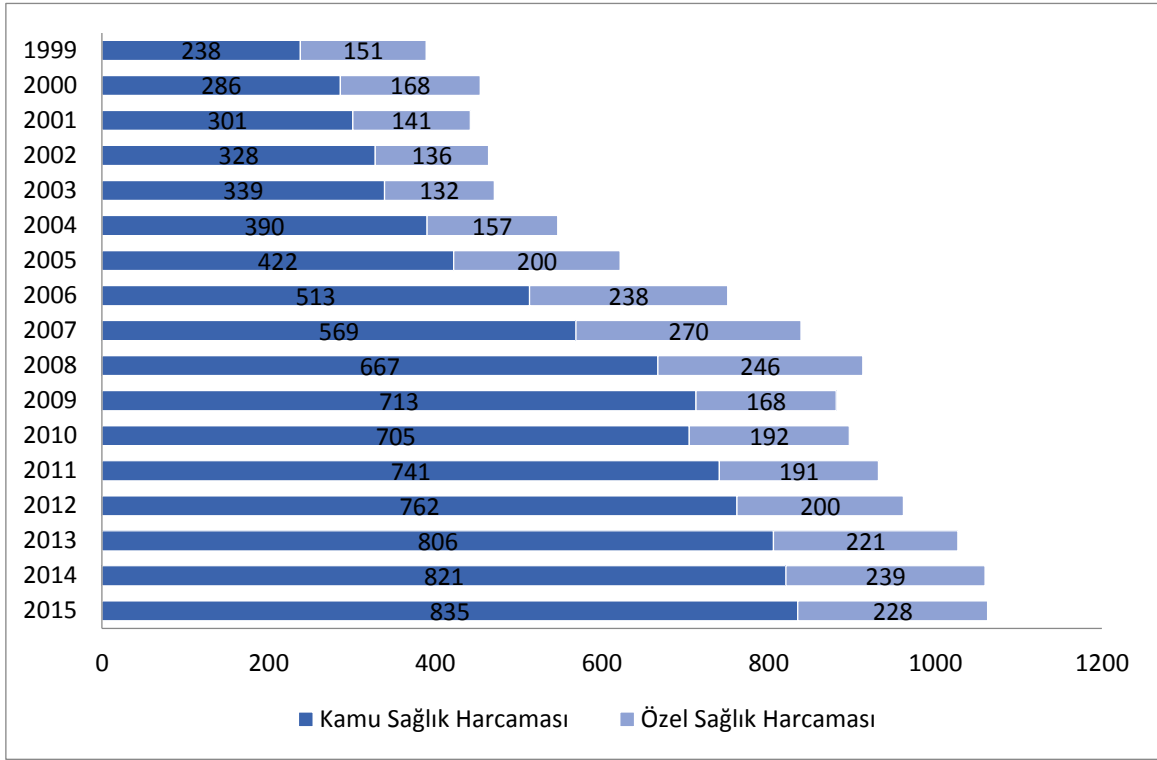
Tablo 5’e bakıldığında yataklı tedavi kurumlarında kullanılan bütün teknolojik cihaz sayılarında artış görülmüştür. Bunun sonucunda da Şekil 3’te görüldüğü üzere sağlık harcamalarında artış yaşanmıştır.

Aile Hekimliği Birimi, Aile Sağlığı Merkezi ve KETEM sayıları 2015 yılına göre 2016 yılında sırasıyla 21.696’dan 24.428’e, 6.902’den 7.636’ya ve 156’dan 159’a yükseldi. 112 Acil Sağlık Ambulans sayısı 2015 yılında 4.237 iken %14,2 artış göstererek 2016 yılında 4.840’a ulaştı (69). Bunun sonucunda da Şekil 3’te görüldüğü üzere sağlık harcamalarında artış yaşanmıştır.

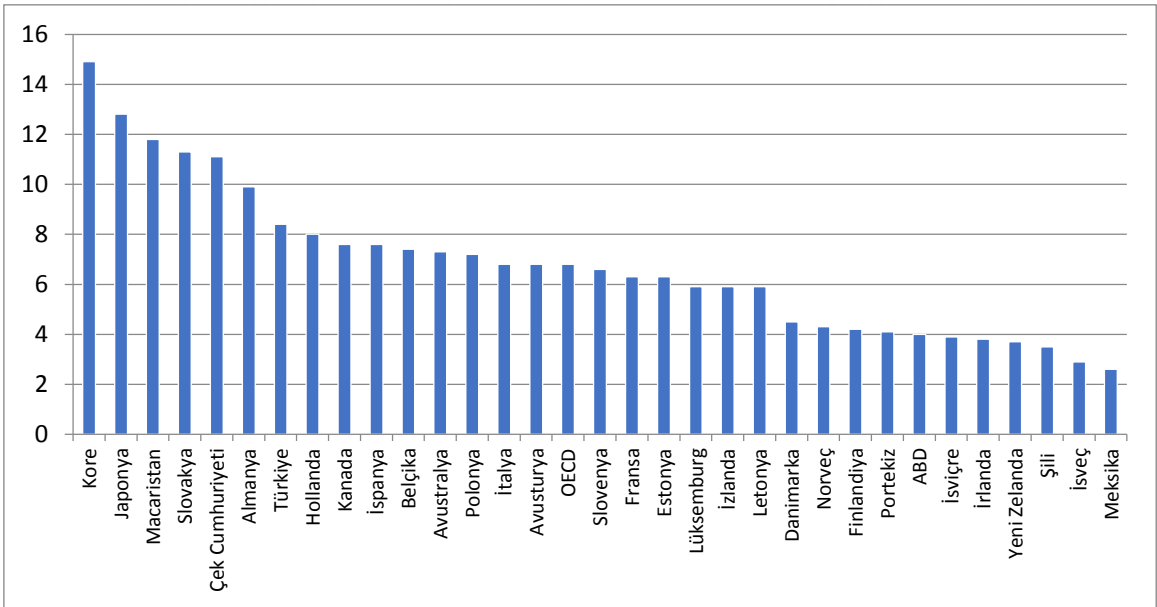
**Tablo 6. Türkiye’de tedavi ve ilaç giderleri (milyar TL) (2002-2011) (71)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	Yıllık Artış Oranı (%)
Toplam Kamu Sağlık Harcaması (Sadece Tedavi ve İlaç Gideri)	9,9	13,6	16,8	17,6	23,0	26,7	32,6	38,5	39,7	45,0	17,9
İlaç	5,2	6,8	7,9	8,7	10,1	11,1	13,0	16,1	15,3	16,0	13,3
Tedavi	4,2	6,1	8,1	7,9	12,1	14,7	18,5	21,0	22,4	25,2	21,8
Devlet Hastaneleri	2,6	4,0	5,4	4,9	7,8	9,2	10,2	11,9	12,7	14,2	19,6
Üniversite Hastaneleri	1,1	1,4	1,7	1,8	2,2	2,7	3,4	3,6	4,1	4,6	17,2
Özel Hastaneler	0,6	0,8	1,0	1,3	2,1	2,8	4,8	5,5	5,5	6,4	33,0
Diğer Sağlık Giderleri**	0,5	0,7	0,8	1,0	0,8	0,9	0,7	0,5	0,5	0,6	-
Aile Hekimliği	0	0	0	0	0	0	0,5	0,8	1,4	3,1	-
Toplam SGK Harcamaları (Sadece Tedavi ve İlaç Gideri)	7,6	10,7	13,2	13,6	17,7	20,0	25,4	28,8	32,5	36,5	18,2
Tedavi	2,8	4,4	5,9	5,6	8,5	10,3	14,0	15,1	18,5	21,9	24,4
İlaç	4,3	5,6	6,4	7,0	8,4	8,8	10,7	13,2	13,5	14,1	14,0
Devlet Hastaneleri	1,8	3,0	4,1	3,5	5,4	6,4	7,3	7,9	9,6	11,3	20,0
Üniversite Hastaneleri	0,6	0,8	1,1	1,1	1,3	1,5	2,3	2,5	3,6	4,1	23,0
Özel Hastaneler	0,4	0,5	0,7	1,0	1,7	2,3	4,4	4,7	5,2	6,4	40,0
Diğer Sağlık Giderleri**	0,5	0,8	0,8	1,0	0,8	1,0	0,7	0,5	0,5	0,5	-

Tablo 6’ya bakıldığında Türkiye’de tedavi ve ilaç giderlerinin de artış içinde olduğu görülmüştür. Bunun sonucunda da Şekil 3’te görüldüğü üzere sağlık harcamalarında artış yaşanmıştır.



Şekil 3. Yıllara göre kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması, SGP ABD \$, Türkiye (71)



Şekil 4. Kişi başı hekime başvuru sayısının uluslararası karşılaştırılması, 2015 (71)

Şekil 4 verilerine göre 2015 yılında OECD üyesi ülkelerde kişi başı hekime başvuru sayısı ortalaması 6,8 iken, Türkiye’de 8,4’e ulaşmıştır. Demografik veriler sağlık harcamalarında başlıca faktördendir. Avrupa Birliği ülkelerinde 60 yaş ve üzeri nüfusun

toplam nüfusa oranı %23.5 iken, bu oran Türkiye’de %11’dir (70). Türkiye’de OECD ülkelerine göre daha az yaşlı nüfus bulunmasına rağmen OECD ülkelerinden daha fazla hekime başvuru yapılmıştır. Nüfusun yaşlanmasına paralel olarak başvuru sayısı daha da artacağından sağlık harcamalarında ciddi artışların yaşanması sürpriz olmayacaktır.

Türkiye sağlık sisteminin finansmanında ve arzında çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluşlar görev almaktadır. Kamu sektöründe Sağlık Bakanlığının yanısıra, tıp fakülteleri, sağlık hizmetleri talebini üniversite hastaneleri aracılığıyla karşılamaktadır. Özel sektörde ise kar amaçlı kurulan özel hastaneler ve azınlıkların kurduğu vakıf hastaneleri sağlık hizmeti talebini karşılamaktadır. Ayrıca kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarının dışında bazı gönüllü kuruluşlar (LÖSEV, Kansere Savaş Derneği vb.) da bulunmaktadır (71).



## **GEREÇ ve YÖNTEMLER**

### **ÇOK BOYUTLU ÖLÇEKLEME ANALİZİ (MDS)**

MDS, tek değişkeni olan analizlerin kullanılmadığı zaman kullanılan, birden çok değişken arası uzakların hesaplanarak değişkenler arasındaki benzerlik durumunu ortaya koyan bir araştırma yöntemidir. MDS ilk olarak psikometri alanında kullanılsa da zamanla sağlık, eğitim, finans, sosyoloji, pazarlama, teknoloji, üretim, kimya, biyoloji ve arkeoloji gibi alanlarda da kullanılmaya başlanmıştır (72-74).

MDS değişkenler arasında gruplandırma ve sınıflandırma yapmasından dolayı diskriminant analizi ve kümeleme analizi ile benzerlik göstermektedir. MDS'nin genel amacı, değişkenlerin uzaklıkları kullanılarak aralarındaki ilişkiyi en doğru biçimde göstermektir. Diskriminant ve kümeleme analizlerinde değişkenlerin normal dağılım göstermesi gerektiği varsayılmaktadır. Fakat bu normallik varsayımı prensipte kalıp, uzaklık değerlerinin normalliği yeterli sayılmaktadır. MDS, kümeleme analizi gibi normallik dağılımı gerektirmeyen bir analiz olmasına rağmen, kümeleme analizinde amaç değişkenlerin sadece birim uzaklıklarına göre kümeleme ataması iken, MDS'de bu kümeleme atamasının yanında değişkenler arası ilişkinin serpilme grafikleriyle gösterilmesi avantajı da bulunmaktadır. Bu sayede MDS kümeleme analizine göre avantaj sağlamaktadır (74).

MDS, faktör analizine seçenek olarak ortaya çıkmış bir analiz yöntemidir. Faktör analizi yapılırken değişkenler ve bu değişkenler arasındaki korelasyonlardan faydalanırken, MDS yapılırken birimler arası benzerlik ve farklılıklardan faydalanılarak daha az boyutta değişkenin şekil yoluyla açıklanması amaçlanmaktadır (75, 76).

MDS’de veri tipinin uygun ölçek türüne göre seçilmesi bu analizin uygulanmasında çok önemlidir. Bu analizde, çözüme ulaşabilmek için uzaklıklar matrisi kullanıldığı için, uzaklıklar matrisinin değişkenlere göre seçilmesi gerekmektedir(56). Eğer değişkenler orantılı veya aralıklı ölçekli ise farklılık matrisi Minkowski, Chebychev, Blok, Öklid uzaklığı ve Karesel Öklid uzaklığı şeklinde hesaplanır. Öklid ve Karesel Öklid uzaklığı  $n \times p$  boyutlu bir veri matrisinden de  $i$ . ve  $j$ . birimler arasındaki uzaklıkları doğrudan ölçü biriminde ya da karesel uzaklıklar biçiminde belirleyen bir ölçüdür. Öklid uzaklığı,  $i$ . ve  $j$ . birimlerin  $p$  değişkenine göre farkların kareleri toplamının karekökü alınarak bulunur (74). Ayrıca değişkenler farklı ölçeklerden oluşturulmuşsa bu değerler uygun yöntemlerle standart bir değere dönüştürülmelidir. Birçok standartlaştırma yöntemi olmasına rağmen MDS’de en çok kullanılan standartlaştırma yöntemleri; maksimum değer 1 olacak şekilde dönüştürme, z skor, standart sapması 1 olan değerlere dönüştürme, 0 ile 1 aralığında dönüştürme ve ortalama 1 olacak şekilde dönüştürme yöntemleridir(76).

**Tablo 7. Veri tipi ve uzaklık elde etme yöntemleri (77)**

Veri Tipi Ölçeği	Uzaklık (farklılık) Elde Etme Yöntemleri
Aralık ve orantılı ölçek	Öklid uzaklığı, Karesel Öklid uzaklığı, Chebychef, Blok, Minkowski
İkili (Binary) ölçek	Öklid uzaklığı, Karesel Öklid uzaklığı, Size difference, Pattern difference, Varyans uzaklığı, Lance-Williams uzaklığı
Sayım değerleri (Count)	Ki-kare, Fi-kare ölçüsü

MDS, değişkenlerin türüne bağlı olarak metrik, metrik olmayan ve yarı metrik şeklinde üç tipte uygulanmaktadır. Analiz edilen değişkenler sıralayıcı veya sınıflayıcı ölçüm düzeyinde ölçülmüşse yarı metrik veya metrik olmayan ölçekleme yöntemi kullanılmaktadır. Analiz edilen değişkenler orantılı veya aralıklı ölçüm düzeyinde ölçülmüşse metrik ölçekleme yöntemi kullanılmaktadır.

Metrik MDS, değişkenler arasındaki uzaklıklardan yararlanarak yapılan bir analizdir.  $n$  tane değişkenin aralarındaki uzaklıklar belli iken, bu değişkenler  $(n-1)$  boyutlu uzayda,  $n$  nokta ile belirtilir. Metrik MDS’de, bu  $n$  tane noktanın uzaklıkları  $(d_{ij})$  ile tahmini uzaklıklarının  $(\hat{d}_{ij}, f(\hat{d}_{ij}))$  birbirlerine yakınlığından hareketle aşağıdaki formül sayesinde en uygun boyutta ilişki saptanmaya çalışılır.



$$L = \sum (d_{ij} - \hat{d}_{ij})^2$$

Metrik olmayan MDS, değişkenler arası uzaklıkların sıralamasından yararlanılarak yapılan bir analizdir. Sıra numaraları aracılığıyla tahmini uzaklıklar ve uzaklıklar arasındaki uyumu saptamak için aşağıdaki formül yardımıyla Kruskal stres istatistiği hesaplanır (78).

$$Stress = \sqrt{\frac{\sum \sum (\hat{d}_{ij} - d_{ij})^2}{\sum \sum d_{ij}^2}}$$

MDS birçok analiz yöntemini kapsamaktadır. Bu analiz yönteminde ilk olarak değişkenlere uygun olan standardizasyon yöntemiyle değişkenler dönüştürülür. Farklı ölçeklerden gelen değişkenler için uygulanması şarttır.

$$X = \begin{bmatrix} x_{11} & x_{12} & \dots & x_{1n} \\ x_{21} & x_{22} & \dots & x_{2n} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ x_{p1} & x_{p2} & \dots & x_{pn} \end{bmatrix}$$

Uygun uzaklıklar matrisi değişkenlere göre hesaplanır.

$$d_{ij} = \sqrt{\sum (x_{ik} - x_{jk})^2}$$

$$D = \begin{bmatrix} 0 & & & & \\ d_{21} & 0 & \text{Simetrik} & & \\ \vdots & \vdots & \ddots & \ddots & \\ d_{p1} & d_{p2} & \dots & \dots & 0 \end{bmatrix}$$

Bu hesaplamadan ardından p değişkenli p boyutlu değişken matrisine sahip birim veya nesnenin kaç boyutlu bir uzayda gösterileceği belirlenir. Boyut olarak 2, 3, 4 gibi boyutlar kullanılır ve bu boyutların hepsi için MDS çözümleri elde edilir. Seçilen her p boyutu için elde edilen çözümlerin stres ölçüsü hesaplanır. Değişken uzaklıklarına göre konfigürasyon uzaklıkları dij'nin regresyonu değişkenin tipine göre hesaplanır. Değişken tipine göre regresyon yöntemlerinden (polinomial, doğrusal ya da monotik) uygun olanı seçilir. Yaklaşık konfigürasyon uzaklıkları regresyon denklemi aracılığıyla belirlenir. Bu yaklaşık uzaklıklara 'fark' denir. Fark ile konfigürasyon uzaklıklar arasındaki uygunluğu saptamak için stres istatistiği hesaplanır. Stres istatistiği; Young stres istatistiği ve Kruskal stres istatistiği gibi istatistik yöntemleriyle hesaplanabilir. Kruskal stress istatistiği; yaklaşık konfigürasyon

ölçüleri ile konfigürasyon ölçüleri arasındaki farkların yaklaşık konfigürasyon uzaklıklarına oranının karekökü alınarak hesaplanır ve konfigürasyon uzaklıkları ile veri uzaklıkları arasındaki uygunluğu ifade eder.

MDS’de üç veya üçten az boyutta bir çözüme ulaşılmaması istenir. Bu sayede değişkenlerin irdelenebilir ve izlenebilir hali bulunan bir grafik elde edilir. Stres istatistiğinin sıfıra yakın olması MDS’de istenen bir sonuçtur. Stres istatistiği sıfıra ne kadar yakın olursa boyut çözümlenmeleri o kadar uygun nitelendirilir. Bu durumda;

$$Stress = \sqrt{\frac{\sum \sum (\hat{d}_{ij} - d_{ij})^2}{\sum \sum d_{ij}^2}}$$

- $0 < stres < 0.025$  Tam uyum
- $Stres < 0.05$  Mükemmel uyum
- $0.05 \leq stres < 0.10$  İyi uyum
- $0.10 \leq stres < 0.20$  Orta uyum
- $Stres \geq 0.20$  Kötü uyum şeklindedir.

Bütün işlemlerin sonunda uygun boyut düzeyinde değişkenlerin koordinatları elde edilir. Bu koordinatlar uzayda gösterilerek her değişken arasındaki ilişkiler değerlendirilir (53,55).

#### **ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu araştırmanın amacı, WHO tarafından belirlenen temel sağlık harcamaları göstergeleri çerçevesinde, Türkiye ve diğer gelişmekte olan 12 Avrupa ülkesinin grafiksel düzlemde gösteriminin sağlanarak alt gruplara ayrılması, aralarında var olabilecek benzerlik ve farklılıkların ortaya konulması ve ülkemizin genel eğilime göre konumunun tespitinin yapılmasıdır. WHO’nün açıklamış olduğu raporlardan ve Dünya Bankası’ndan elde edilen veriler 13 ülke için toplanmış ve ilgili veriler MDS yöntemi ile analiz edilmiştir.

#### **KULLANILAN VERİ SETİ**

Bu araştırma Uluslararası Para Fonu (IMF)’nin belirlediği gelişmekte olan 14 Avrupa ülkesinde gerçekleştirilecektir (79). Bu çalışmada 14 ülkeye ait WHO sağlık sistemi performans göstergelerinden olan sağlık harcaması göstergeleri kullanılması planlanmıştır. Bu göstergeler WHO tarafından şu şekilde sıralanmıştır;

- Ulusal sağlık harcamasının GSMH'daki payı
- Toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı
- Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı
- Genel kamu harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı
- Toplam sağlık harcamaları içinde dış kaynak harcamalarının payı
- Genel kamu sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarının payı
- Toplam ve özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı
- Kişi başına toplam sağlık harcaması düzeyi
- Kişi başına toplam kamu sağlık harcaması düzeyi
- Kişi başına toplam cepten harcamaların düzeyi
- Genel kamu sağlık harcamalarının GSMH'daki payı
- Toplam özel sağlık harcamaları içinde özel sigorta harcamalarının payı
- Genel kamu harcamaları içinde kamu ödemelerinin payı
- Toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığı harcamalarının payı
- Toplam ve kamu sağlık harcamaları içinde yatan hasta harcamalarının payı (80)

Analiz sonuçlarının güvenilirliği açısından seçilen ülkelerin tümüne ait ulaşılabilen sağlık harcamaları göstergeleri analize dahil edilmiştir. WHO tarafından sağlık harcamaları göstergesi olarak kabul edilmesine rağmen ülkelerin birçoğunda verilerine ulaşılamayan; toplam sağlık harcamaları içinde dış kaynak harcamalarının payı, kişi başına toplam kamu sağlık harcaması düzeyi, genel kamu sağlık harcamalarının GSMH'daki payı, genel kamu sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarının payı, toplam özel sağlık harcamaları içinde özel sigorta harcamalarının payı, genel kamu harcamaları içinde kamu ödemelerinin payı, toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığı harcamalarının payı, toplam ve kamu sağlık harcamaları içinde yatan hasta harcamalarının payı gibi sağlık harcamaları göstergeleri analize dahil edilmemiştir. Bu araştırmanın bir sınırlılığıdır. Ayrıca IMF'in belirlediği gelişmekte olan 14 Avrupa ülkesinden biri olan Kosova'nın 2014 yılına ait hiçbir sağlık harcamaları göstergesi bulunmadığından bu ülke analiz kapsamının dışında tutulmuştur. Araştırmanın diğer sınırlılığı da budur. Araştırma diğer gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin bütün sağlık göstergelerine ulaşılan en yakın tarih olan 2014 yılı sağlık göstergelerine göre yapılmıştır.

## ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMALARI GÖSTERGELERİ

Ülkelerin sağlık durumlarının araştırılarak kalkınmışlık düzeyi hakkında bilgi elde etmek ve ülkelerin sağlık düzeylerini karşılaştırabilmek için tarafsız, sayılabilen ve standart bazı göstergelere ‘sağlık göstergeleri’ adı verilmektedir (81).

Ülkelerin sağlık harcamaları göstergelerinin uluslararası kuruluşlar (OECD, Dünya Bankası, WHO gibi) aracılığıyla raporlanması bu ülkelerin sağlık hizmeti için kullandığı kaynakları ortaya koyar . Özellikle sağlık harcamaları kısıtlı olan az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu raporlar daha çok önem arz etmektedir (43). Sağlık göstergeleri; sağlık hizmetlerinin yönetilmesi, sağlık alanındaki isteklerin tayin edilmesi ve karşılanması, temel sağlık hizmetleriyle ilgili politikaların tayin edilmesi, planlanması ve programlanması, ülkelerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi, sağlık sorunlarının saptanması ve tedavisi, toplum sağlığının farklı boyutlarının demografi, nüfus ve cinsiyet gibi birtakım etkenlere göre değişiminin ölçülmesi sonucunda oluşturulan ölçütlerdir (82).

Sağlık göstergeleri sayesinde ülkelerin sağlık durumu, sorunları ve sağlık hizmetlerinin işleyişi konularında bilgi sahibi olunabilir. Ayrıca sağlık göstergeleri sayesinde sağlıkla ilgili bazı durumların değişik zaman dilimlerindeki değişimlerinin değerlendirilmesi ve ülkelerin sağlık düzeylerinin karşılaştırılmasının yapılması mümkün olmaktadır. Ülkelerin nüfus farklarından dolayı ülkeler arası karşılaştırma yapılırken yüzde, oran, olasılık, hız gibi üniteler kullanılarak bu farklılıklar yok edilmeye çalışılır (83). Bu sayede sağlık göstergeleri ülkelerin o anki sağlık düzeyi hakkında bilgi vermekle birlikte farklı zaman dilimlerinde sağlık düzeyi değişiklikleri hakkında da bilgi verebilmektedir (81). Ülkeler arasında yapılan bu karşılaştırmalar, verilen sağlık hizmetlerinin hangi alanında başarısız, hangi alanında başarılı olduğunu belirlemede ve başarısız olunmuş alanda düzeltici çalışmalar yapılması adına çok önemli ve faydalıdır (84).

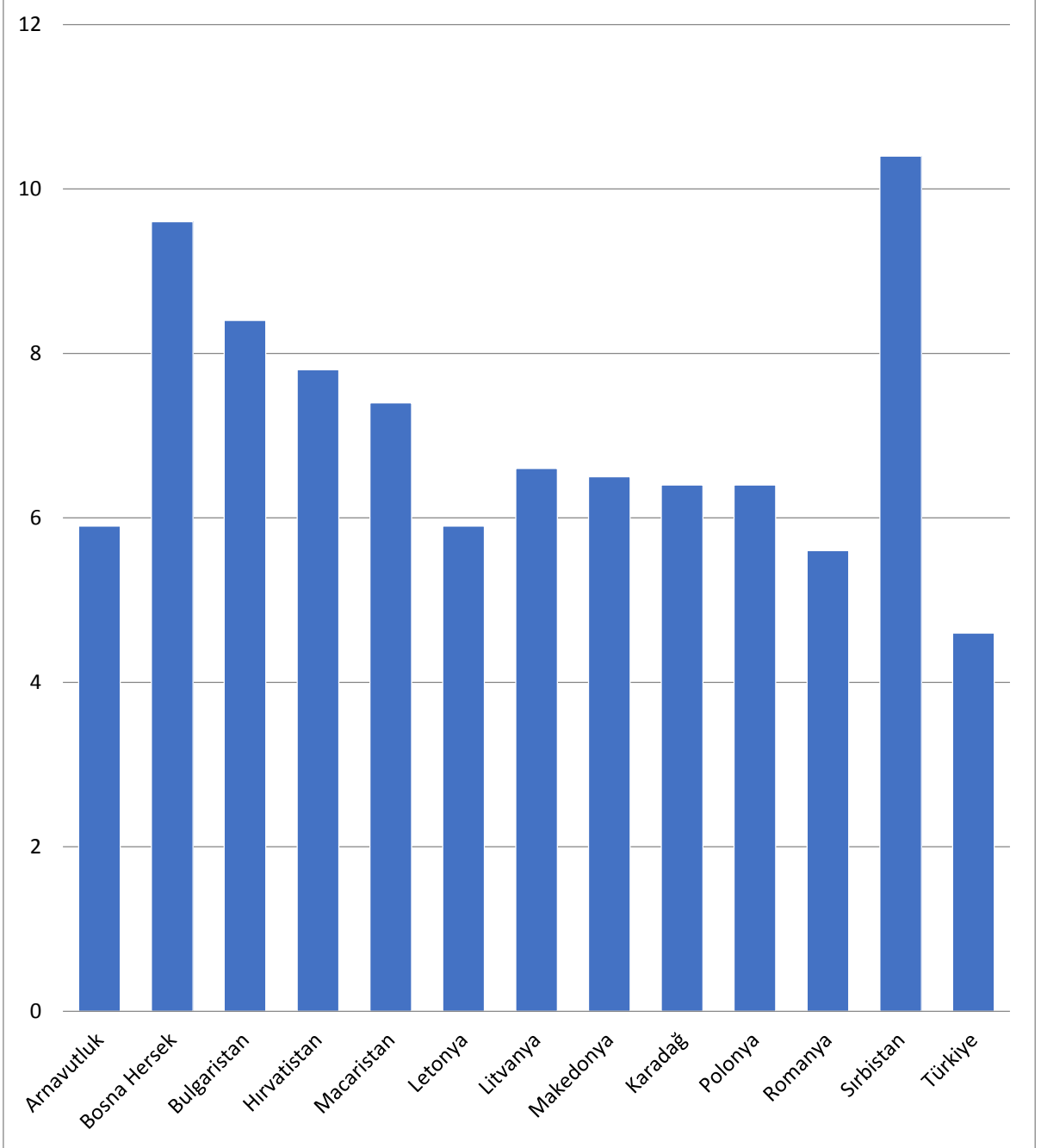
Eskiden sağlık göstergesi olarak sadece yaşam ve ölüm ölçütleri ele alınırken değişen toplum düzeniyle sağlık durumunun saptanması için çeşitli sağlık göstergeleri ortaya çıkmıştır (82). 1970’li senelere kadar ülkeler arası sağlık sistemleri karşılaştırılırken sadece ülkeler arası denge kriterine bakılırken; 1980’li senelerle birlikte sağlık harcaması düzeyleri, yönetim masrafları, tedavi masrafları ve yatak sayıları gibi ekonomik ölçütler sağlık göstergelerine eklenmeye başlanmıştır. 1990’lı yıllarla birlikte ise sağlık sistemlerinin verimliliğini ortaya koyacak ayrıntılı sağlık göstergeleri oluşturulmaya başlanmıştır (85) . Son yıllarda ulusal ve uluslararası kuruluşlar, akademisyenler ve referans gruplarca oluşturulan birçok sağlık

göstergesi bulunmaktadır. Fakat WHO tarafından oluşturulan “Çekirdek Sağlık Göstergeleri Küresel Referans Listesi” sayesinde 100 adet sağlık göstergesi ayrıntılandırılmış ve bütün sağlık göstergeleri için alt boyutlar tanımlanmıştır . “Çekirdek Sağlık Göstergeleri Küresel Referans Listesi” nde bulunan sağlık göstergelerinin ana başlıkları şunlardır:

- Mortalite
- Morbidite
- Bulaşıcı olmayan hastalıklar
- Anne-çocuk-ergen-yenidoğan sağlığı
- Aşılama
- HIV
- Tüberküloz
- Sıtma
- Beslenme
- Doğurganlık
- Üreme sağlığı
- Enfeksiyonlar
- Yaralanmalar
- Çevresel risk faktörleri
- Tarama ve önleyici tedavi
- Akıl sağlığı
- Tedavi kalitesi ve güvenliği
- Sağlığa erişim
- Sağlık insangücü
- Sağlık bilgisi
- Sağlık finansmanı
- Sağlık güvenliği (86) .

### Ulusal Sağlık Harcamalarının GSMH'daki Payı

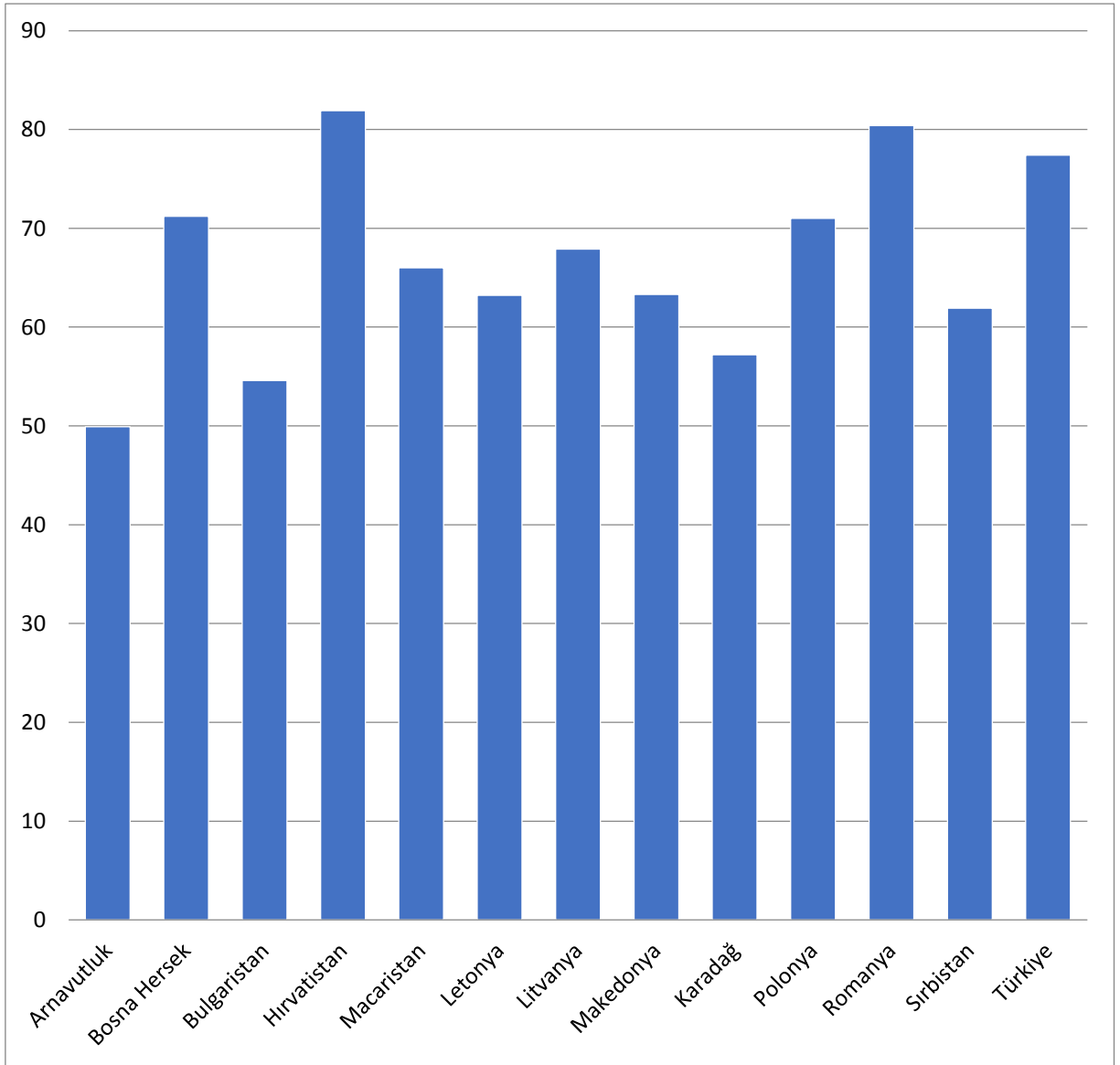
Gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin 2014 yılına ait ulusal sağlık harcamalarının GSMH'daki payı Şekil 5'te gösterilmiştir. Bu tabloya göre Sırbistan %10,4 ile GSMH'ından ulusal sağlık harcamalarına en yüksek payı ayırırken, Türkiye % 4,6 ile GSMH'ından ulusal sağlık harcamalarına en payı ayırarak son sırada yer almıştır.



Şekil 5. Ulusal sağlık harcamalarının GSMH'daki payı (87)

### Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcamalarının Payı

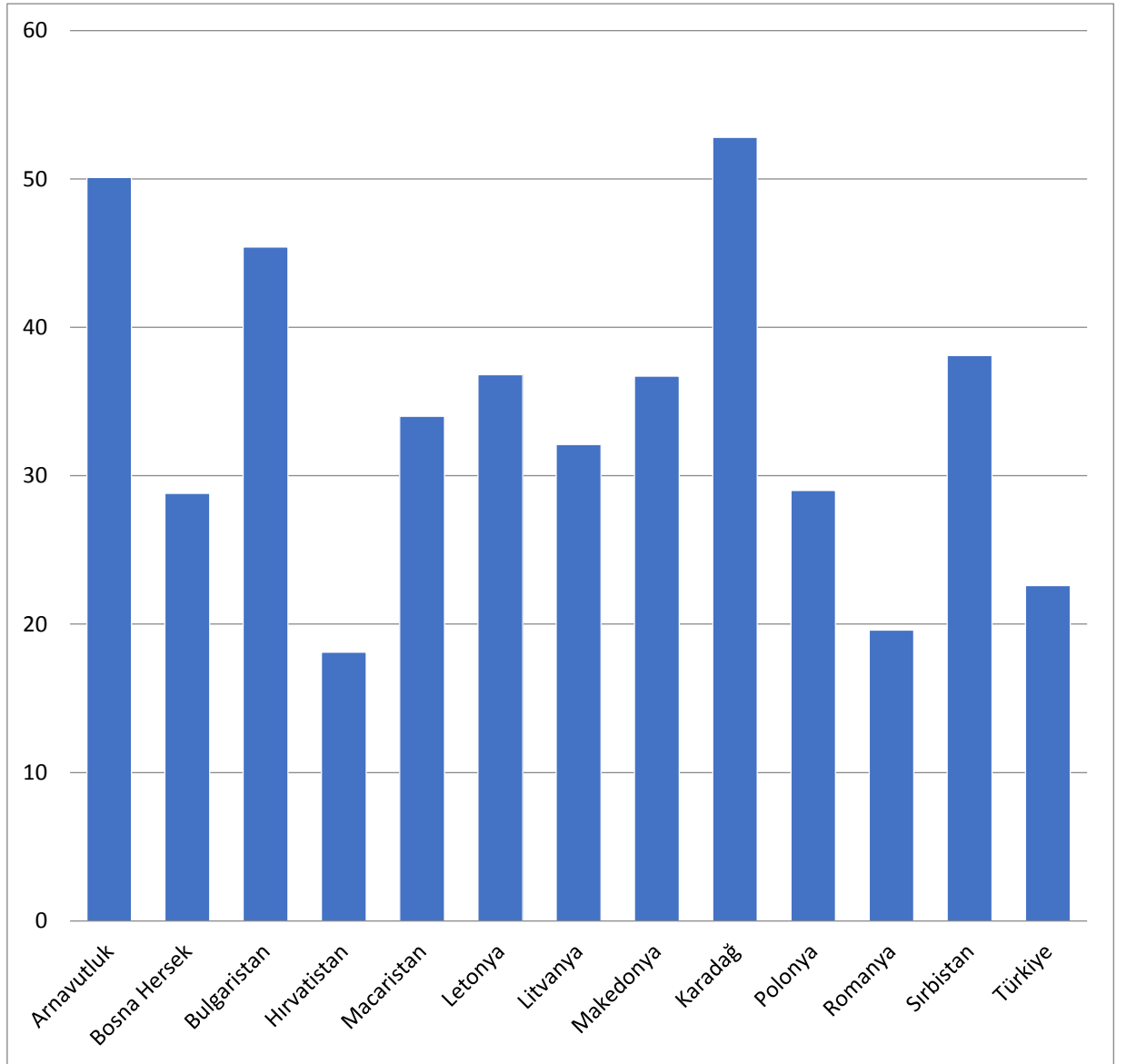
Gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin 2014 yılına ait toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı Şekil 6'da gösterilmiştir. Bu tabloya göre Hırvatistan %81,9 ile toplam sağlık içinde kamu sağlık harcamaları payı en yüksek ülke olurken, Arnavutluk %49,9 ile toplam sağlık içinde kamu sağlık harcamaları payı en düşük ülke olmuştur. Türkiye, Hırvatistan ve Romanya'nın ardından toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamaları payı en yüksek olan 3. ülke olmuştur.



Şekil 6. Toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı (87)

## Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Özel Sağlık Harcamalarının Payı

Gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin 2014 yılına ait toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı Şekil 7’de gösterilmiştir. Bu tabloya göre Arnavutluk %50,1 ile toplam sağlık içinde özel sağlık harcamaları payı en yüksek ülke olurken, Hırvatistan %18,1 ile toplam sağlık içinde özel sağlık harcamaları payı en düşük ülke olmuştur. Türkiye, Hırvatistan ve Romanya’nın ardından toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamaları payı en düşük olan 3. ülke olmuştur.

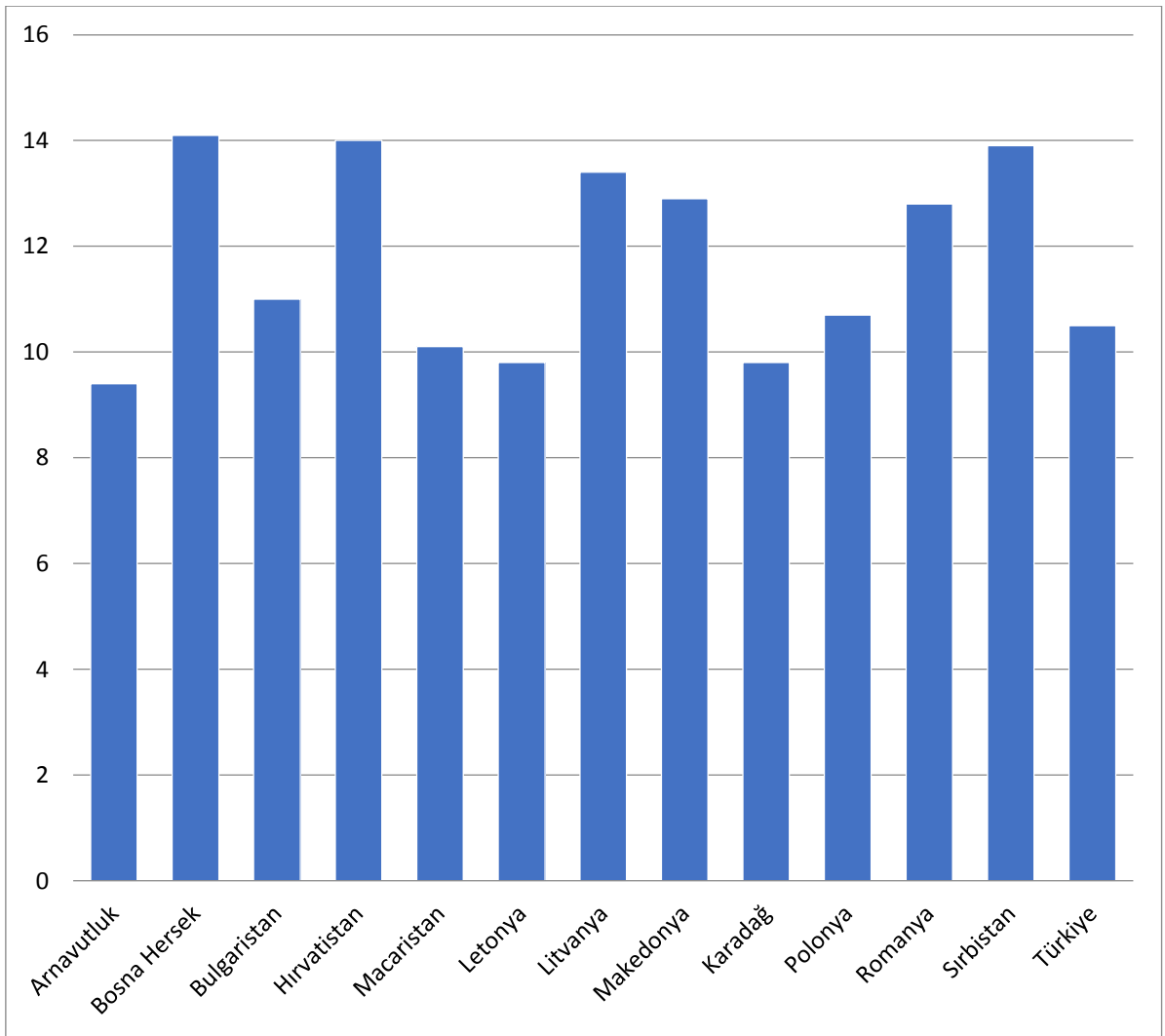


Şekil 7. Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı (87)



### Genel Kamu Harcamaları İçinde Sağlık Harcamalarının Payı

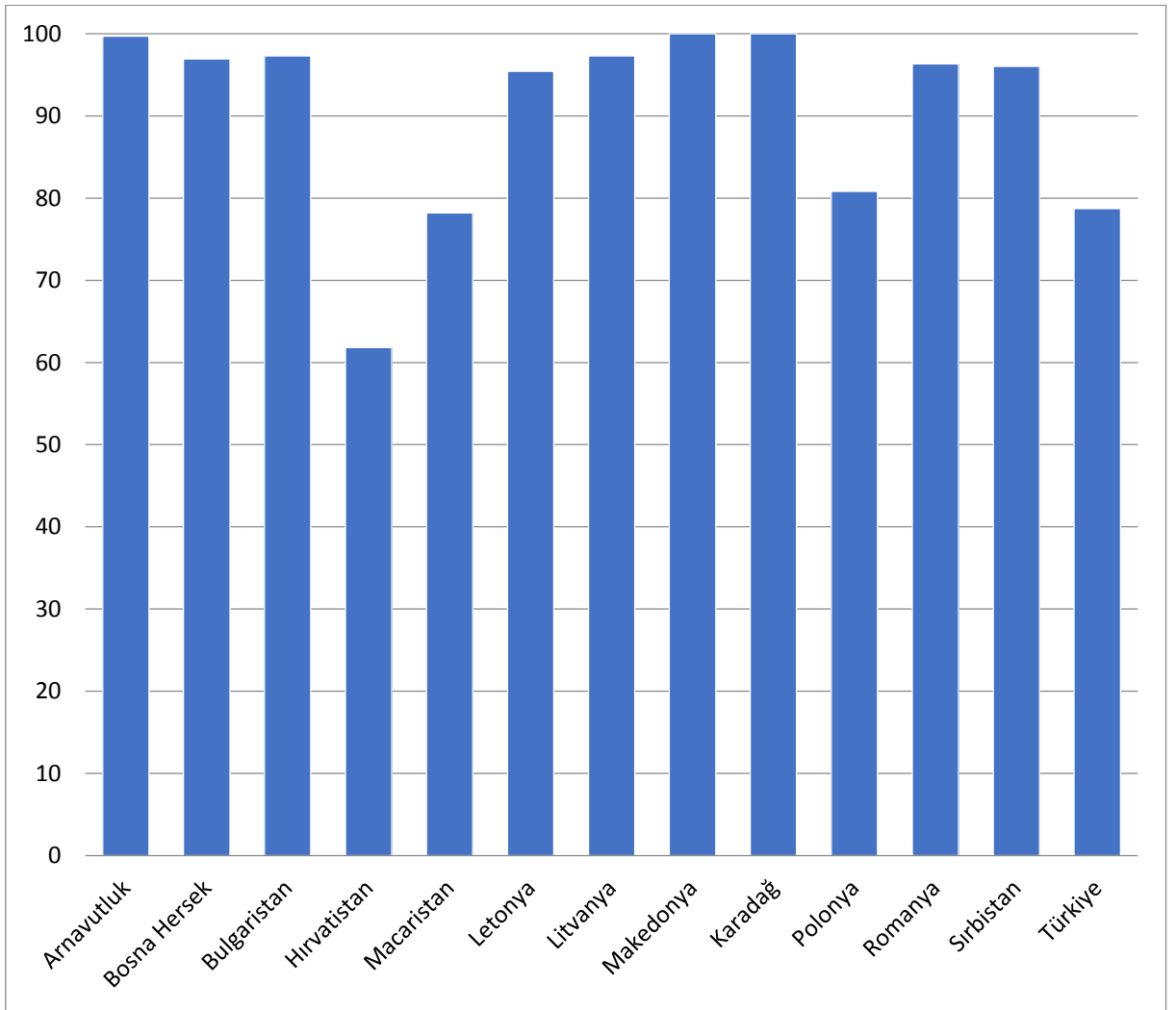
Gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin 2014 yılına ait genel kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı Şekil 8’de gösterilmiştir. Bu tabloya göre Bosna Hersek %14.1 ile genel kamu harcamaları içinde sağlık harcamaları payı en yüksek ülke olurken, Arnavutluk %9,4 ile genel kamu harcamaları içinde sağlık harcamaları payı en düşük ülke olmuştur. Türkiye ise Arnavutluk, Karadağ, Letonya ve Macaristan’ın ardından genel kamu harcamaları içinde sağlık harcamaları payı en düşük ülke olmuştur.



Şekil 8. Genel kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı (87)

## Toplam Özel Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Yapılan Ödemelerin Payı

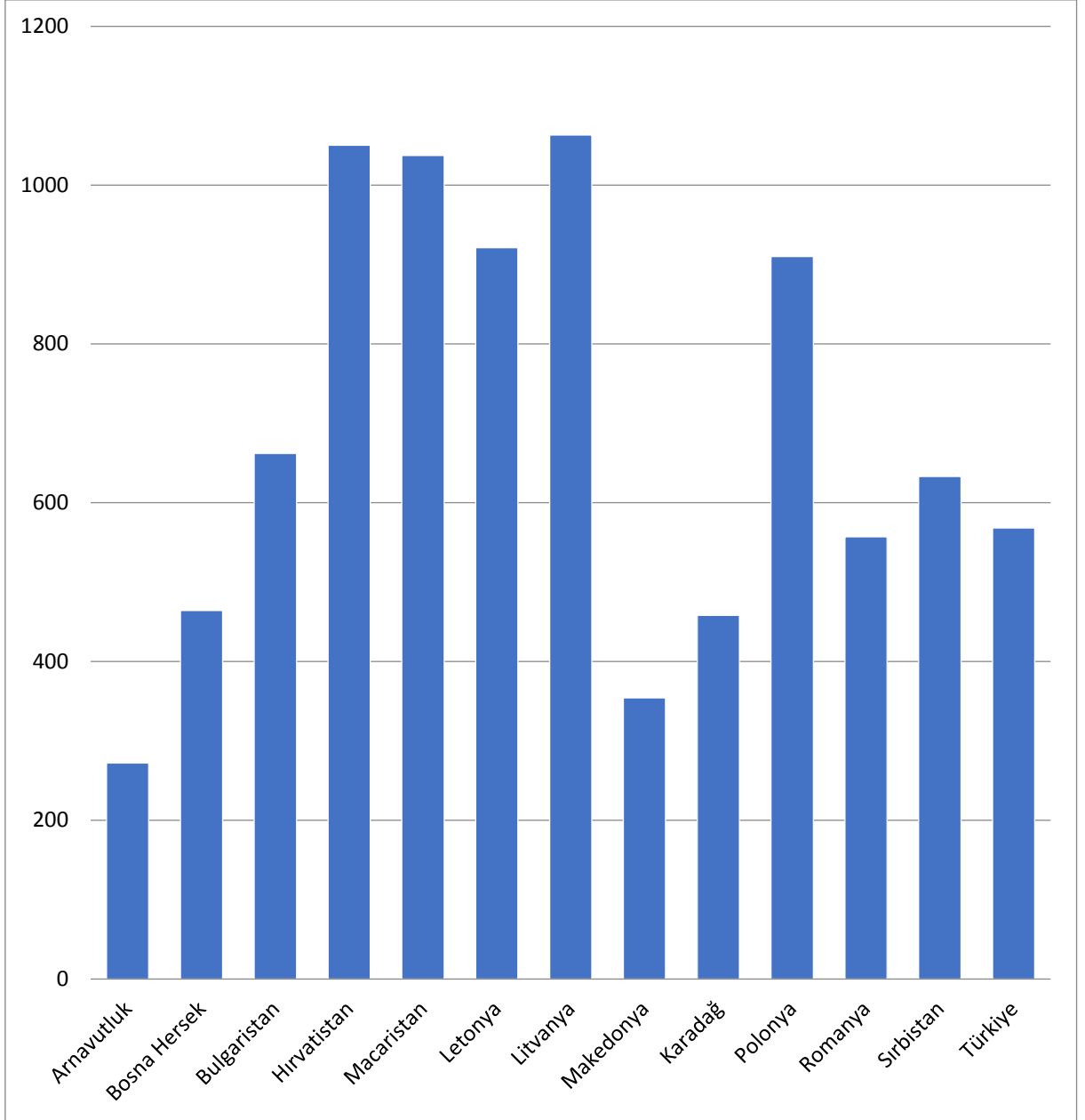
Gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin 2014 yılına ait toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı Şekil 9'da gösterilmiştir. Bu tabloya göre Makedonya ve Karadağ %100 ile toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı en yüksek olan iki ülke olurken, Hırvatistan %61,8 ile toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı en düşük olan ülke olmuştur. Türkiye ise Hırvatistan ve Macaristan'dan sonra toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı en düşük olan üçüncü ülke olmuştur.



Şekil 9. Toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı (87)

### Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması Düzeyi

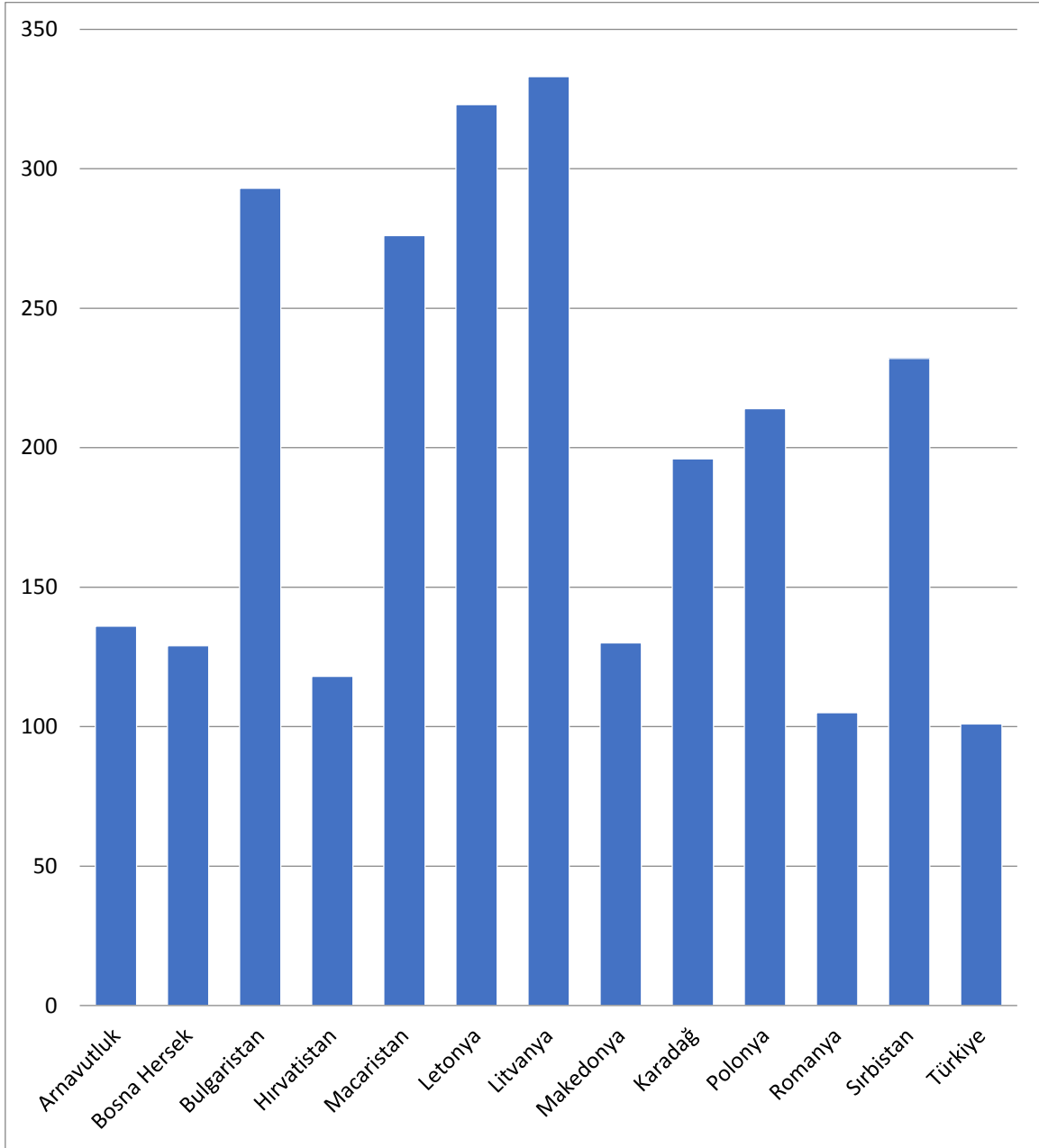
Gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin 2014 yılına ait kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları düzeyi Şekil 10’da gösterilmiştir. Bu tabloya göre Litvanya 1063 \$ ile kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları düzeyi en yüksek ülke olurken, Arnavutluk 272 \$ ile kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları düzeyi en düşük ülke olmuştur. Türkiye bu 13 ülke içinde kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları düzeyi en yüksek sekizinci ülke olmuştur.



Şekil 10. Kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları düzeyi (cari-ABD \$) (76)

### Kişi Başına Düşen Toplam Cepten Ödenen Sağlık Harcamaları Düzeyi

Gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin 2014 yılına ait kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi Şekil 11’de gösterilmiştir. Bu tabloya göre Litvanya 333 \$ ile kişi başına düşen toplam cepten sağlık harcamaları düzeyi en yüksek ülke olurken, Türkiye 101 \$ ile kişi başına düşen toplam cepten sağlık harcamaları düzeyi en düşük ülke olmuştur.



Şekil 11. Kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi (cari-ABD \$) (76)

## Analiz Sonuçları

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS Student Version 13.0 (authorization code: d0220f5639a9d060b38b) istatistik paket programı kullanılmıştır. Spss’de verilerin analizine başlamadan önce verilerin normalizasyonunun yapılması gerekmektedir. Çünkü kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları düzeyi dolar cinsinden veriler barındırırken, diğer sağlık harcamaları göstergeleri yüzdelik oran içeren veriler barındırmaktadır. Bu araştırmada verilerin normalizasyonu Min-Max Normalizasyonu adı verilen bir normalizasyon yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem verilerin normalizasyonunu doğrusal olarak yapar. Verinin alabileceği en küçük değer minimum olarak ifade edilirken, verinin alabileceği en büyük değer maksimum olarak ifade edilir ve bu minimum-maksimum değerleri 0 ile 1 arasında olur. Normalizasyonun formülü şu şekildedir;

$$x' = \frac{x_i - x_{min}}{x_{max} - x_{min}}$$

$x'$  = Normalize edilen veriyi,

$x_i$  = Girilen veriyi,

$x_{min}$  = Veri seti içindeki en küçük veriyi

$x_{max}$  = Veri seti içindeki en büyük veriyi ifade eder (88).

Gelişmekte olan 13 Avrupa ülkesinde yapılan MDS’nin stres faktörü 0,03762 çıkmıştır. Bu durum verilerin analizle iyi bir uyum gösterdiğini kanıtlamaktadır. MDS iki boyutta gerçekleşmiştir. Bu ülkelerin sağlık harcamaları değişkenlerine göre oluşturduğu tablo aşağıdadır.

**Tablo 8. Koordinatlar tablosu**

Ülke	1. Boyut	2. Boyut
Arnavutluk	-,869	,277
Bosna Hersek	,138	,602
Bulgaristan	-,482	-,286
Hırvatistan	1,052	-,068
Macaristan	,021	-,533
Letonya	-,272	-,588
Litvanya	,257	-,676
Makedonya	-,160	,550
Karadağ	-,711	,000
Polonya	,233	-,250
Romanya	,465	,499
Sırbistan	-,234	,297
Türkiye	,563	,177

Koordinatlar tablosuna bakıldığında birinci boyutta 1 değerinin üzerinde bulunan tek ülke olan Hırvatistan sağlık harcamaları göstergeleri açısından diğer ülkelere göre daha yüksek değerlere sahiptir ve bu iki ülke birinci boyutta sağlık harcamaları göstergeleri açısından diğer ülkelere göre daha yüksek değerlere sahiptir ve bu iki ülke birinci boyutta sağlık harcamaları göstergeleri açısından diğer ülkelere göre daha yüksek değerlere sahiptir ve bu iki ülke birinci boyutta sağlık harcamaları göstergeleri açısından diğer ülkelere göre daha yüksek değerlere sahiptir. Diğer ülkelerin değerleri sifıra yakındır ve birbirleri arasında benzerlik gösterse de herhangi bir ayrıştırıcı değere sahip olmadığı için bu boyutta önemi olmayan ülkelerdir.

Koordinatlar tablosuna bakıldığında ikinci boyutta Bosna Hersek, Makedonya ve Romanya pozitif ve diğer ülkelere göre daha yüksek değerlere sahiptir ve bu üç ülke ikinci

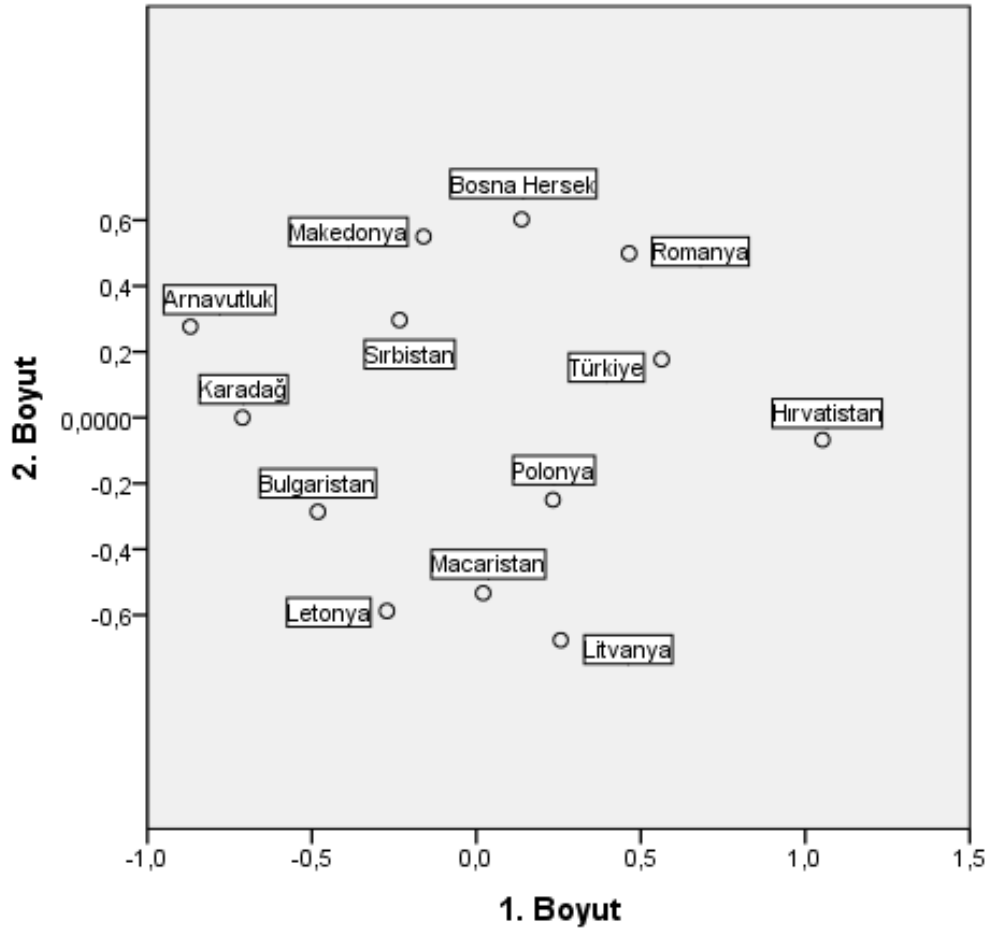
boyutta sağlık harcamaları göstergeleri açısından diğer ülkelerden ayrışmaktadır. Ayrıca bu üç ülkenin aldıkları değerler diğer ülkelerden daha yüksek olduğu için ikinci boyutta bu ülkeler en önemli ayrıştırıcılar olarak düşünülebilir. Bulgaristan, Hırvatistan, Macaristan, Letonya, Litvanya ve Polonya ikinci boyutta negatif değerler almışlardır. Bu nedenle bu ülkeler bu boyutta nemsizdirler.

**Tablo 9. Farklılıklar matrisi**

lkeler	Arnavutluk	B. Hersek	Bulgaristan	Hırvatistan	Macaristan	Letonya	Litvanya	Makedonya	Karadağ	Polonya	Romanya	Sırbistan	Türkiye
Arnavutluk	,000												
B. Hersek	1,059	,000											
Bulgaristan	,683	1,083	,000										
Hırvatistan	1,952	1,134	1,550	,000									
Macaristan	1,203	1,142	,560	1,132	,000								
Letonya	1,051	1,259	,368	1,423	,297	,000							
Litvanya	1,475	1,284	,835	1,002	,276	,536	,000						
Makedonya	,760	,303	,896	1,361	1,098	1,143	1,295	,000					
Karadağ	,319	1,041	,366	1,765	,905	,734	1,180	,778	,000				
Polonya	1,222	,858	,716	,840	,354	,607	,427	,891	,976	,000			
Romanya	1,352	,343	1,230	,817	1,124	1,313	1,194	,627	1,277	,784	,000		
Sırbistan	,636	,481	,633	1,337	,868	,885	1,089	,264	,562	,718	,727	,000	
Türkiye	1,436	,602	1,143	,547	,894	1,132	,906	,814	1,286	,539	,337	,806	,000

Farklılıklar matrisi incelendiğinde ülkelerin birbirleri arasındaki değer 0'a ne kadar yakınsa ülkeler sağlık harcamaları açısından o kadar benzerdir. Ülkelerin birbirleri arasındaki değer 1'in üzerindeyse ülkeler sağlık harcamaları açısından birbirinden farklı olarak değerlendirilebilir (5). Farklılıklar matrisi incelendiğinde; Arnavutluk ile Karadağ, Bosna Hersek ile Sırbistan, Bulgaristan ile Karadağ, Macaristan ile Letonya, Macaristan ile Polonya, Letonya ile Bulgaristan, Litvanya ile Macaristan, Makedonya ile Bosna Hersek, Polonya ile Litvanya, Romanya ile Bosna Hersek, Sırbistan ile Makedonya ve Türkiye ile Romanya 0'a yakın değerlerle sağlık harcamaları açısından birbirine benzer ülke konumunda

bulunmaktadır. Farklılıklar matrisi incelendiğinde göze çarpan başka bir bulgu ise Hırvatistan'ın hiçbir ülkeyle yakın bir benzerlik göstermemesidir. Birbirine en uzak iki ülke olarak 1,952 değeriyle Hırvatistan ve Arnavutluk göze çarpmaktadır. Birbirine en yakın iki ülke ise 0,264 değeriyle Sırbistan ve Makedonya olmuştur. Türkiye'nin ise en benzer olduğu ülke 0,337 değeriyle Romanya olurken, en farklı olduğu ülke 1,436 değeriyle Arnavutluk olmuştur.



**Şekil 12. Öklid mesafesi modeli**

Şekil 12’de analizdeki veriler kullanılarak oluşturulan Öklid mesafeli modeli görülmektedir. Öklid mesafeli modelinde iki boyutlu uzayda veriler orantılı ve aralıklı ölçümler sonucunda grafiksel düzlemde gösterilmektedir.

Şekil 12’de yer alan Öklid mesafesi modeline göre benzer olarak algılanan ülkelerin bir arada toplandıkları görülmektedir. Öklid modelinde sağlık harcaması değişkenlerine göre Türkiye’nin en benzer durumda olduğu ülkenin Romanya, en çok farklılık gösterdiği ülkenin ise Arnavutluk olduğu tespit edilmiştir. Şekilde Macaristan, Letonya ve Litvanya’nın bir alt



grup oluşturduğu gör÷lmektedir. Şekil incelendiğinde gelişmekte olan 13 Avrupa ÷lkesinde diğer ÷lkelerden en çok ayrışan ÷lkenin Hırvatistan olduğu g÷ze çarpmaktadır.



## SONUÇ

Toplumun sağlıklı ve güvenli bir şekilde yaşayabilmesi için kamu sağlık hizmetleri her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır. Bunun sonucunda toplumlar sağlık hizmetlerinin sınırlarının genişletilmesi gerektiği fikrini her geçen gün daha fazla benimsemektedir. Sağlık sektörü ülke ekonomisinin gelişimi açısından önemli bir rol oynadığı gibi; ülke ekonomisi de sağlık hizmetleri ve sağlık finansmanına pozitif veya negatif etki edebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde ekonomik analizler yapılmaktadır. Bu ekonomik analizlerin yapılma amacı sağlık hizmetlerinin gelişerek daha kaliteli ve etkin duruma gelebilmesine katkı sağlayan sağlık politikalarının koyduğu hedeflere ulaşmasına yardımcı olmaktır. Sağlık harcamaları, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde fiziki ve beşeri sermaye birikimi sayesinde ekonomik büyümeye etki eder. Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ve halkın refah düzeyi arasında doğrudan ve dolaylı bir ilişki bulunmaktadır (89).

Bir ülkenin izlediği sağlık politikaları ülkenin ekonomisiyle doğrudan ve dolaylı etkileşim halinde olan sağlık hizmetlerinin verimli ve etkin olup olmayacağını belirler. Ülkede uygulanan sağlık politikası dolaylı ve doğrudan etkenlerle belirlenir. Ülkenin GSMH ve ekonomik kalkınmışlık düzeyi, sosyo-kültürel durumu ve nüfus dağılımı ülkede uygulanan sağlık politikasını doğrudan etkilerken; savaşlar ve salgın hastalıklar dolaylı yönden etkilemektedir.

Sağlık harcamaları sağlık sisteminin en önemli göstergelerinden biridir ve insana yapılan bir yatırımdır. Sağlık harcamalarıyla birlikte olası hastalıkların önüne geçilebilir ve işgücü korunur. Bu sayede sağlık harcamalarında tasarruf sağlanarak ekonominin gelişmesine katkıda bulunulabilir.

Bireylerin sağlık bilincinin gelişmesi, eğitim düzeyinin yükselmesi, ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte yüksek masraflı kronik hastalıkların artması, teknolojinin gelişmesiyle yüksek maliyetli cihaz kullanımı ve tedavilerin artması ve nüfus artışı gibi nedenlerden dolayı sağlık harcamaları her geçen gün artmaktadır. Kamu sermayesi tarafından finanse edilen sağlık harcamalarındaki artışı oranları, sağlık hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için finansmanın çok önemli olduğunu göstermektedir.

Bu alışmada WHO tarafından belirlenen temel sağlık harcamaları göstergeleri çerçevesinde, Türkiye ve diğer gelişmekte olan 12 Avrupa ülkesinin grafiksel düzlemde gösteriminin sağlanarak alt gruplara ayrılması, aralarında var olabilecek benzerlik ve farklılıkların ortaya konulması ve ülkemizin genel eğilime göre konumunun tespitinin yapılması amaçlanmıştır. MDS sonuçlarına göre Türkiye'nin en çok benzerlik gösterdiği ülkenin Romanya, en çok farklılık gösterdiği ülkenin ise Arnavutluk olduğu görülmüştür. Macaristan, Letonya ve Litvanya'nın bir alt grup oluşturduğu görülmektedir. Gelişmekte olan 13 Avrupa ülkesinde diğer ülkelerden en çok ayrışan ülkenin Hırvatistan olduğu göze çarpmaktadır.

Araştırmada alt grup oluşturan Macaristan, Letonya ve Litvanya'nın bu alt grubu neden oluşturduğunu anlayabilmek için sağlık harcamaları göstergeleri incelenmiştir. İnceleme sonucunda bu ülkelerin 'kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları' ve 'kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi'nin diğer ülkelerle ayrıştığı görülmüştür. Diğer 10 ülkenin 'kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları' ortalaması 592 \$ iken Macaristan, Letonya ve Litvanya'nın 'kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları' sırasıyla 1037 \$, 921 \$ ve 1063 \$ kmıştır. Diğer 10 ülkenin 'kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi'nin ortalaması 165 \$ iken Macaristan, Letonya ve Litvanya'nın 'kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi' sırasıyla 276 \$, 323 \$ ve 333 \$ kmıştır.

Hırvatistan ise diğer ülkelerden en fazla farklılık gösteren ülke olmuştur. Bu farklılığın sebebi sağlık harcamaları göstergelerinde araştırıldığında; 'toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı', 'toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı', 'kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları düzeyi' ve 'kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi' Hırvatistan'ın diğer ülkelerden farklı olduğu görülmüştür. Diğer 12 ülkenin 'toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı' %35.5 iken Hırvatistan'ın 'toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı' %18.1 kmıştır. Diğer 12 ülkenin 'toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan

ödemelerin payı' %93 iken Hırvatistan'ın 'toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı' %61.8 çıkmıştır. Diğer 12 ülkenin 'kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları düzeyi' 658 \$ iken Hırvatistan'ın 'kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları düzeyi' 1050 \$ çıkmıştır. Diğer 12 ülkenin 'kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi' 205 \$ iken Hırvatistan'ın 'kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi' 118 \$ çıkmıştır.

Uluslararası sağlık verilerinin, regresyon eğrilerine veya ortalamalarına uyumlu duruma getirilmesi doğru veya yanlış olarak nitelendirilemez. Bu veriler, ortak bir gruba ait ülkelerin ortalama davranışlarını gösterir. Ortalamanın üstünde veya altında kalmak, başarılı veya başarısız olduğu anlamına gelmez. Bununla birlikte sağlık sektöründe çok fazla etken olduğu için birçok değişkenin birlikte değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Örneğin, sağlık finansmanının düşük düzeyde olması, ülkenin (benzer ülkelere göre) sağlığa gereken finansmanın yapılmadığı manasına gelebileceği gibi ülkenin sağlık finansmanını çok verimli kullandığı manasına da gelebilir. Bu yüzden benzer harcamaların sonucunda alınan hasta memnuniyeti, sağlık sistemi sonuçları ve mali koruma gibi göstergeleri değerlendirilmelidir. Fakat eldeki veriler bunu yapmaya her zaman olanak sağlamayabilir. Bunun yanında bir ülkenin bulunduğu grubun ortalamasından veya regresyon eğrilerinden farklılık göstermesi bu ülkenin sağlık sisteminin işleyişi açısından şüphe uyandırabilir ve daha detaylı bir inceleme gerektirir (46).

Sağlık harcamaları göstergeleri incelendiğinde Türkiye'nin diğer ülkelerle en çok ayrıştığı göstergeler 'ulusal harcamalarının GSMH'daki payı' ve 'kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi'dir. Diğer 12 ülkenin 'ulusal harcamalarının GSMH'daki payı' ortalaması %7,2 iken Türkiye'nin 'ulusal harcamalarının GSMH'daki payı' %4.6'dır. Diğer 12 ülkenin 'kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi' ortalaması 207 \$ iken Türkiye'nin 'kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi' 101 \$'dır.

Türkiye'nin gelişmekte olan diğer Avrupa ülkelerine göre sağlık hizmetlerinin verimliliğinin ve etkinliğinin daha fazla yükseltilebilmesi için 'ulusal harcamalarının GSMH'daki payı' artırılmalıdır. Sığırlı'nın AB' ne tam üyeliğe aday olan ülkemizin sağlık göstergeleri ile AB ülkelerinin sağlık düzeyi ölçütlerinin incelenmesi konusunda yaptığı benzer bir çalışmada da sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması için GSMH'dan sağlığa ayrılan payın yükseltilmesi gerektiği belirtilmiştir (90). Ayrıca uygun sağlık ve ekonomik politikalar geliştirilerek sağlık sisteminin güçlendirilmesi, sağlık sistemi

performansının düzeltilmesi ve hükümetin özkaynaklarının gereksiz yere harcanmaması gerektiği belirtilmiştir (44).

Türkiye ve gelişmekte olan diğer Avrupa ülkelerinin son yıllarda sağlık alanında gösterdikleri başarılı grafik önemlidir. Fakat bu ülkeler 2014 yılı baz alındığında ‘kişi başı toplam sağlık harcamaları’ ve ‘ulusal sağlık harcamalarının GSMH'daki payı’ açısından OECD ülkeleri ortalamasının gerisindedirler. Bu yüzden gelişmekte olan ülkeler sağlık harcamalarında yaptıkları artışın her zaman son yıllardaki başarıya benzer bir başarıyı getirmeyeceğinin bilincinde davranmalı, sağlık alanındaki gereksiz harcamaları önlemeli, vatandaşlarına makul harcamayla kaliteli bir sağlık hizmeti vermeyi amaçlamalıdır (39).



## ÖZET

Toplumun sağlıklı ve güvenli bir şekilde yaşayabilmesi için kamu sağlık hizmetleri her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır. Bunun sonucunda toplumlar sağlık hizmetlerinin sınırlarının genişletilmesi gerektiği fikrini her geçen gün daha fazla benimsemektedir. Sağlık sektörü ülke ekonomisinin gelişimi açısından önemli bir rol oynadığı gibi; ülke ekonomisi de sağlık hizmetleri ve sağlık finansmanına pozitif veya negatif etki edebilmektedir.

Sağlık harcamaları göstergeleri ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde kullanılan önemli göstergelerdendir. Son yıllarda kişi başına düşen gelirin artması, nüfusun yaşlanması, bireylerin sağlık bilicinin ve eğitim düzeyinin yükselmesi, teknolojik cihaz ve tedavilerin daha fazla kullanılması gibi nedenlerden dolayı ülkelerin sağlık harcamalarında artış görülmüştür.

Bireylerin sağlıklı olması üretkenliğin ve kalkınmanın devamlı olmasını sağlamaktadır. Bundan dolayı gelişmekte olan ülkeler sağlık politikalarını daha iyi hale getirebilmek için; kaynaklarını verimli kullanmak, daha etkin ve ulaşılabilir bir sağlık hizmet vermek ve sağlık için yapılan çalışmaları desteklemek gibi finansal ve yapısal düzenlemeleri oluşturmalıdır.

Bu çalışmada sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin finansmanı hakkında bilgiler verilmiştir. Ayrıca gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin sağlık harcamaları üzerinde durulmuştur. Gelişmekte olan Avrupa ülkelerinin sağlık harcamaları göstergeleri çok boyutlu ölçekleme analizine sokulmuştur. Analiz sonucunda ülkelerin birbirlerine olan benzerlik ve farklılıkları saptanmıştır. Türkiye'nin en benzer durumda olduğu ülkenin Romanya, en çok

farklılık gösterdiği ülkenin ise Arnavutluk olduğu tespit edilmiştir. Macaristan, Letonya ve Litvanya'nın bir alt grup oluşturduğu görülmüştür. Gelişmekte olan 13 Avrupa ülkesinde diğer ülkelerden en çok ayrışan ülkenin Hırvatistan olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılıkların oluşma sebepleri sağlık harcamaları göstergeleri aracılığıyla değerlendirilmiştir. Türkiye'nin geliştirmekte olan diğer Avrupa ülkelerine göre en çok ayrıştığı sağlık harcamaları göstergeleri tespit edilmiştir. Son olarak geliştirmekte olan ülkelerin sağlık harcamalarını daha verimli kullanabilmesi için öneriler verilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık harcamaları, sağlık göstergeleri, geliştirmekte olan Avrupa ülkeleri, çok boyutlu ölçkleme analizi



# **ANALYSIS OF HEALTH EXPENDITURES IN THE DEVELOPING EUROPEAN COUNTRIES**

## **SUMMARY**

Public health services are becoming more and more important in order for society to live in a healthy and safe way. As a result, societies are increasingly adopting the idea that health care needs to be extended. Just as the health sector plays an important role in the development of the country's economy; the country's economy can also have a positive or negative impact on health care and health financing.

Health expenditure indicators are important indicators used in determining the level of development of countries. In recent years, there has been an increase in countries health spending due to increase in income per capita, aging of the population, increase in the level of health and education of individuals, and increased use of technological devices and treatments.

The health of individuals ensures the continuity of productivity and development. In order to improve health policies, developing countries should establish financial and structural arrangements such as efficient use of resources, providing a more efficient and accessible health service and supporting studies for health.

In this study, information has been provided on health services and financing of health services. It also has been focused on the health expenditure of developing European countries. Health expenditure indicators of developing European countries have been included in the multidimensional scale analysis. It has been determined that the country in which Turkey is in the most similar situation is Romania and the country in which it differs most is Albania. It



has been seen Hungary, Latvia and Lithuania constitute a subgroup. It has been determined that Croatia is one of the most divided countries in the developing 13 European countries. The reasons for these differences has been evaluated through health expenditures indicators. It has been determined that Turkey's health spending indicators, which are most differentiated compared to other developing European countries. Finally, recommendations have been given to the developing countries to use their health expenditures more efficiently.

**Keywords:** Health expenditure, health indicators, developing European countries, multidimensional scale analysis



## KAYNAKLAR

1. Çalışkan Z. OECD ülkelerinde sağlık harcamaları: panel veri analizi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009;(34):117-37.
2. Ener M, Yelkikalan N. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin yeniden yapılanması ve finansmanı: Türkiye deneyimi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2003;6(2):99-113.
3. Kocaman AM, Mutlu ME, Bayraktar D, Araz ÖM. OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin etkinlik analizi. Engineer & the Machinery Magazine. 2012;23(4):14-31.
4. Yiğit ÖGDV, Erdem R. Sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2014;19(2):211-36.
5. Canser B, Haydar S. Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkelerin sağlık harcamaları açısından benzerlik ve farklılık analizi. Sosyal Güvence Dergisi. 2016;(9):23-46.
6. Öztürk Z, Karakaş ET. Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkelerin sağlık harcamaları açısından benzerlik ve farklılık analizi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2015;1(2):39-59.
7. Önder ÖR. Davranış Bilimleri. (Yayımlanmamış Ders Notları). In press 2008-2009.
8. Hansluwka HE. Measuring the health of populations, indicators and interpretations. Social Science & Medicine. 1985;20(12):1207-24.

9. Yaş SZ. Toplam kalite yönetimi anlayışının sağlık sektöründe uygulanması: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi'nin karşılaştırılması (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2009.
10. Cantürk Ö. Sağlık Sektöründe hizmet konumlandırması: Ankara ilinde kamu hastanesi uygulama örneği (tez). Ankara: Atılım Üniversitesi; 2012.
11. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2012.
12. Akdur R. Sağlık sektörü: temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde durum ve Türkiye'nin birliğe uyumu. Ankara: Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi; 2003.
13. Çelikay F, Gümüş E. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2010;11(1):177-216.
14. Altay A. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi. 2007;64:33-58.
15. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık işletmeleri yönetimi. Ankara: Nobel Yayınevi; 2014.
16. Gemlik N, Şişman FA. Sağlık kurumlarında yönetim. İstanbul: Beşir Kitabevi; 2011.
17. Yıldız Y. Yataklı sağlık kuruluşlarında yönetsel sorunların incelenmesi Edirne ilinde örnek bir uygulama (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.
18. Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. Journal of Public Health Policy. 1992;13(3):267-76.
19. Alpugan O. Sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan incelenmesi. İktisat Fakültesi Mecmuası. 1984;40(1-4):133-60.
20. Turan N. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve sağlık sektöründe temel sorunlar: çözüm için sağlık kooperatifçiliğinden yararlanma gereği ve olanakları. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2004.
21. Çelik Y. Sağlık ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2011.
22. İstanbulluoğlu H, Güleç M, Oğur R. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi. 2010;85(2):86-99.
23. Organization WH. The World Health Report 2000: Health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
24. Erol H, Özdemir A. Türkiye'de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2014;4(1):9-34.

25. Yalçın T, Yıldırım H. Sağlık hizmetleri finansmanı. Yeni Türkiye Dergisi. 2001; Sağlık Özel Sayı (40):1642-56.
26. Uğurluoğlu Ö, Çelik Y. Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve Dünya Sağlık Örgütü yaklaşımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2005;8(1):3-29.
27. Başak G. Türk sosyal güvenlik sistemi ve kamu bütçesi ilişkisi (1994-2003) (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2004.
28. Yazgan T. İktisatçılar için sosyal güvenlik ders notları. İstanbul: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları; 1992.
29. Tatar M. Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD). 2011;1(1):103-33.
30. Pala K. Türkiye için nasıl bir sağlık reformu? 2007.  
[https://www.researchgate.net/publication/280230044\\_Turkiye\\_icin\\_nasil\\_bir\\_saglik\\_reformu](https://www.researchgate.net/publication/280230044_Turkiye_icin_nasil_bir_saglik_reformu)
31. Ünal K. Türkiye’de sağlık sigortası organizasyon süreci, işleyişi, yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1998.
32. Şakar M. Sosyal sigortalar uygulaması el kitabı. İstanbul: Der Yayınları; 2004.
33. Eunwhan L. Sağlık sisteminin kişi başına toplam sağlık harcaması üzerine etkisi: kamu sektörüne karşılık özel sektör. Kapitalizmin krizi ve sağlık. 2011; Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı. 125-6.
34. Sargutan E. Sosyal politika bilimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. 2006;250(168):39.
35. Özgen H. Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: nedir? neden önemlidir? Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2007;10(2):201-28.
36. Aktan CC, Saran U. Sağlık ekonomisi ve sağlık yönetimi. İstanbul: Aura Yayınları; 2007.
37. Mutlu A, Işık AK. Sağlık ekonomisine giriş. Bursa: Ekin Kitabevi; 2012.
38. Chirikos T. Identifying efficiently and economically operated hospitals: the prospects and pitfalls of applying frontier regression techniques. Journal of Health Politics, Policy and Law. 1998;23(6):879-904.
39. Daştan İ, Çetinkaya V. OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2015;5(1):104-34.
40. Roemer MI. National health systems of the world. Londra: Oxford University Press; 1993.

41. Sargutan AE. Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2005;8(3):400-28.
42. Yıldırım H. Avrupa birliği sağlık politikaları ve Avrupa Birliği'ne üye ve aday ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı teknik verimlilik analizi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2004.
43. Yıldırım HH, Yıldırım T, Erdem R. Sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkıları: genel bir bakış ve türkiye için bir durum değerlendirmesi. Amme İdaresi Dergisi. 2011;44(2):71-98.
44. Ersöz F. Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya. 2008;1(2):95-104.
45. Gottret PE, Schieber G, Waters H. Good practices in health financing: lessons from reforms in low and middle-income countries: World Bank Publications; 2008.
46. OECD, Bank W. OECD sağlık incelemeleri, Türkiye. 2008.
47. Cutler D, Deaton A, Lleras-Muney A. The determinants of mortality. Journal of Economic Perspectives. 2006;20(3):97-120.
48. Feinstein L, Sabates R, Anderson TM, Sorhaindo A, Hammond C. What are the effects of education on health. Proceedings of the Copenhagen Symposium" Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement. 2006:171-354.
49. Joumard I, André C, Nicq C, Chatal O. Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency. France: OECD Publishing; 2010.
50. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L, et al. Addressing financial sustainability in health systems. Denmark, Copenhagen: Who Regional Office for Europe 2009.
51. Newhouse JP. Medical care costs: how much welfare loss? The Journal of Economic Perspectives: 1992;6:3-21.
52. Tokgöz E. Sosyal gelişmede sağlık. Türkiye ikinci iktisat kongresi sosyal gelişme ve istihdam komisyonu tebliğleri. Ankara: DPT Yayınları; 1981.
53. Sargutan AE. 84 ülke ve türkiye'nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri 2010. [www.sargutan.com](http://www.sargutan.com).
54. Besim N, Tragakes E. Health system review: Albania. Health Syst Transition. 2002;4:1-102.
55. Cain J, Duran A, Fortis A, Jakubowski E, Organization WH. Health care systems in transition: Bosnia and Herzegovina. 2002.
56. Georgieva L, Salchev P, Dimitrova R, Dimova A, Avdeeva O, Organization WH. Bulgaria: health system review. Health systems in transition: 2007;9(1).

57. Vulic S, Healy J. Health care systems in transition: Croatia. Copenhagen: WHO regional office for Europe, European observatory on health care systems, 1999.  
[www.who.dk/documents/e68394.pdf](http://www.who.dk/documents/e68394.pdf)
58. Mastilica M, Bozиков J. Out of pocket payments for health care in Croatia: implications for equity. Croatian Medical Journal. 1999;40(2):152-9.
59. Gaál P, Riesberg A, Organization WH. Health care systems in transition: Hungary. 2004;6(4):1-147.
60. Ferguson SC, Irvine B. Hungary's healthcare system. London: Civitas- The Institute for the Study of Civil Society, 2003.
61. Orosz E, Burns A. The healthcare system in Hungary. Paris: OECD economics department working; 2000.
62. Organization WH. Health care systems in transition: Latvia; 2001.
63. Morkūnienė A, Murauskiene L. Health care system in Lithuania: A Phare ACE research project; 2002. Report No: P98-1023-R2002. <https://www.etla.fi/lithuania/dokut/chapter5.pdf>
64. Ivanovska L, Ljuma I. Health sector reform in the Republic of Macedonia. Croatian Medical Journal. 1999;40(2):181-9.
65. Zver E, Marn S. Technical Assistance in the Design and Production of the National Health Accounts in Montenegro: The Montenegro health system improvement project; 2008 Dec. Report No: 27981.
66. Pekten A. Genel sağlık sigortası sistemi ve getirdiği yenilikler. Sayıştay Dergisi. 2006;61:119-38.
67. TÜİK işgücü istatistikleri 2017[Available from:  
<http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=27687>].
68. TTB. Genel sağlık sigortası. Ankara: TTB yayını; 2005.
69. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık istatistikleri yılı 2016 haber bülteni. 2017. Rapor No:5.
70. WHO. World Health Statistics 2012, Health expenditure. 2012.
71. Dayanıklı BF. Sağlık politikaları, sağlıkta finansman ve bütçeler. Yeni Türkiye Dergisi. 2001;Sağlık II(40):1667-75.
72. Suner A, Çelikoğlu CC. Uygunluk analizinin benzer çok değişkenli analiz yöntemleri ile karşılaştırılması. İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya. 2008;1(1):9-15.

73. Guha M. Encyclopedia of statistics in behavioral science: Wiley Publishing; 2005.
74. Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım; 2010.
75. İşler Büyüker D. Akaryakıt istasyonları marka konumlandırma süreci: isparta'da çok boyutlu ölçekleme analizi ile bir uygulama. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2014;17:447-84.
76. Özdamar K. Paket programları ile istatistiksel veri analizi-2 (çok değişkenli analizler). Eskişehir: Kaan Kitapevi; 2002.
77. Bülbül S, Köse A. Türkiye'de bölgelerarası iç göç hareketlerinin çok boyutlu ölçekleme yöntemi ile incelenmesi. İstanbul University Journal of the School of Business Administration. 2010;39(1):75-94.
78. Nemlioğlu AK. Benzerlik analizleri: varsayımlara uymayan kategorik verilerde çok değişkenli analiz: correspondence & homogeneity. İstanbul: Beşir Kitabevi; 2005.
79. IMF. World economic outlook: slowing growth, rising risks. 2011.
80. WHO. World Health Organization 2017 . Available from: <http://www.who.int/countries/en/>.
81. Altıntaş T. Türkiye ve Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin sağlık göstergeleri açısından çok değişkenli istatistik yöntemlerle karşılaştırılması (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2012.
82. Lorcu F, Bolat BA, Atakişi A. Examining turkey and member states of european union in terms of health perspectives of millennium development goals. Quality & Quantity Journal. 2012;46(3):959-78.
83. Vehid S. Temel demografik ve sağlık düzeyi ölçütleri açısından türkiye ile Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin karşılaştırılması. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2000;31(2):100-6.
84. Sümbüloğlu V, Sezer R, Sümbüloğlu K. Epidemiyoloji ve araştırma teknikleri. Ankara: Somgür Yayıncılık; 1999.
85. Çelebi K, Cura S. Etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemleri: karşılaştırmalı bir analiz. Maliye Dergisi. 2013;164:47-67.
86. Alptekin N, Yeşilaydın G. Oecd ülkelerinin sağlık göstergelerine göre bulanık kümeleme analizi ile sınıflandırılması. İşletme Araştırmaları Dergisi. 2015;7(4):137-55.
87. Who. World Health Organization 2017 . Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>.
88. Yavuz S, Deveci M. İstatistiksel normalizasyon tekniklerinin yapay sinir ağı performansına etkisi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012;(40):167-87.

89. Öztürk S, Uçan O. Türkiye’de sağlık harcamalarında artış nedenleri: sağlık harcamalarında artış –büyüme ilişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2017;22(1):139-52.
90. Sığırlı D, Ediz B, Cangür Ş, Ercan İ, Kan İ. Türkiye ve Avrupa Birliği’ne üye ülkelerin sağlık düzeyi ölçütlerinin çok boyutlu ölçekleme analizi ile incelenmesi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 2006;13(2):81-5.





## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Dünyada ve Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSMH oranı (%) 2000-2014(51) .....	16
Şekil 2. Yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı, tüm sektörler, Türkiye (71).....	28
Şekil 3. Yıllara göre kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması, SGP ABD \$, Türkiye (71) .....	31
Şekil 4. Kişi başı hekime başvuru sayısının uluslararası karşılaştırılması, 2015 (71) .....	31
Şekil 5. Ulusal sağlık harcamalarının GSMH'daki payı (87).....	40
Şekil 6. Toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı (87) .....	41
Şekil 7. Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı (87) .....	42
Şekil 8. Genel kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı (87) .....	43
Şekil 9. Toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı (87).....	44
Şekil 10. Kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları düzeyi (cari-ABD \$) (76) .....	45
Şekil 11. Kişi başına düşen toplam cepten ödenen sağlık harcamaları düzeyi (cari-ABD \$) (76) .....	46
Şekil 12. Öklid mesafesi modeli.....	50

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasının özellikleri(34) .....	9
Tablo 2. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması (41) .....	11
Tablo 3. Ülkelerin GSMH düzeylerine göre sağlık sistemlerinin sınıflandırılması(37) .....	12
Tablo 4. Bismark ve Beveridge sağlık sistemlerinin özellikleri(42) .....	13
Tablo 5. Türkiye’de yataklı tedavi kurumları cihaz sayıları karşılaştırması (2002 ve 2016 yılları) (71) .....	29
Tablo 6. Türkiye’de tedavi ve ilaç giderleri (milyar TL) (2002-2011) (71) .....	30
Tablo 7. Veri tipi ve uzaklık elde etme yöntemleri (77).....	34
Tablo 8. Koordinatlar tablosu.....	48
Tablo 9. Farklılıklar matrisi.....	49

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Ad</b>	ONUR
<b>Soya</b>	YILDIZ
<b>Doğum Yeri</b>	Karaman
<b>Doğum Tarihi</b>	05.03.1991
<b>Görev Yeri</b>	Eskişehir Tepebaşı İlçe Sağlık Müdürlüğü
<b>E-Posta Adresi</b>	onury91@windowslive.com
<b>Telefon no</b>	0 (554) 584 25 36
<b>Adresi</b>	Gültepe Mahallesi Tokyol Sokak No:3 Daire:2 Tepebaşı-Eskişehir

<b>Tarih</b>	<b>Eğitim</b>
2009-2013	Ege Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (Lisans)
2015-Devam	Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi A.D. (Yüksek Lisans)

<b>İş Tecrübesi</b>	
2013-2014	T.C. Sağlık Bakanlığı- Edirne Toplum Sağlığı Merkezi- Diyetisyen
2014-2015	Gülhane Askeri Tıp Akademisi- Diyetisyen ve Yedek Subay
2015-2016	T.C. Sağlık Bakanlığı- Edirne Toplum Sağlığı Merkezi- Diyetisyen
2017-Devam	T.C. Sağlık Bakanlığı- Eskişehir Tepebaşı Toplum Sağlığı Merkezi- Diyetisyen

<b>Yabancı Dil</b>	İngilizce
<b>Yabancı Dil Sınav Notu</b>	YDS-60

## **EKLER**

EK-1. ETİK KURUL ONAYI

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/168	
	İPROTOKOL ADI	Gelişmekte Olan Avrupa Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Analizi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Emre ATILGAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15/09	Tarih:06.09.2017	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Emre ATILGAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Onur YILDIZ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOÇAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL  
Dekan a.  
Dekan Yrd.