

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
VE
AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDEKİ SAĞLIK
HARCAMALARININ
SAĞLIK FİNANSMANINA
GÖRE
KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

TUĞBA ARSLAN

İSTANBUL, 2019

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME (YÜKSEK LİSANS TEZPROGRAMI)

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
VE
AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDEKİ
SAĞLIK HARCAMALARININ
SAĞLIK FİNANSMANINA
GÖRE
KARŞILAŞTIRILMASI

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: DOÇ.DR. HAKKI ÖZTÜRK

İSTANBUL, 2019

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME (TÜRKÇE, TEZLİ)

Tezin Adı: Türkiye Cumhuriyeti ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Harcamalarının Sağlık Finansmanına Göre Karşılaştırılması

Öğrencinin Adı Soyadı: Tuğba ARSLAN

Tez Savunma Tarihi:

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

Doç. Dr. İsmail Burak KÜNTAY
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Fatma ULUCAN ÖZKUL
Program Koordinatörü

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmzalar

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hakkı ÖZTÜRK

Üye

Ünvan, Adı ve SOYADI

Üye

Ünvan, Adı ve SOYADI

TEŞEKKÜR

Tez konumun seçiminden basımına kadar bütün aşamalarında desteğini benden esirgemeyen, her konuşmamızda beni teşvik eden, yapabileceğime inandıran, ufkumu açan, tez danışmanım sayın Doç. Dr. Hakkı Öztürk' e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca Bahçeşehir Üniversitesi' nde derslerini aldığım hocalarıma,

BAU MBA ve BAU SAĞLIK BİLİMLERİ bölümlerindeki program arkadaşlarıma,

BAU' nun ilgili enstitü birimlerine,

Hayatım boyunca her konuda sonsuz destek ve sevgilerini gördüğüm, her zaman varlıklarıyla, sesleriyle ve sevgileriyle beni ayakta tutan sevgili annem Nazife ve sevgili babam Tahir Arslan' a,

Gece gündüz benimle oturup bu sürecin her aşamasında yardımcı olan ve geleceğim için beni bu yola itme çabalarından dolayı sevgili kardeşlerim Tuğçe ve Emre' ye,

Bu süreçte yalnız olmadığımı hissettiren birbirinden kıymetli dostlarıma,

Değerli yol göstericim YUMOS' a çok teşekkür ederim.

TEMMUZ, 2019

TUĞBA ARSLAN

ÖZET

TÜRKİYE CUMHURİYETİ VE AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDEKİ SAĞLIK HARCAMALARININ SAĞLIK FİNANSMANINA GÖRE KARŞILATIRILMASI

Tuğba ARSLAN

İşletme (Türkçe, Tezli)

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hakkı ÖZTÜRK

Nisan 2019, 88 sayfa

Bu çalışmanın amacı, özel sigorta sağlık finansmanı ve zorunlu sigorta sağlık finansmanı modellerini, sağlık yatırım düzeyleri, bireyler tarafından erişilebilirlik ve bireylerin sağlık harcamaları seviyeleri bakımından incelemek ve karşılaştırmalı ve istatistiksel tablolar yöntemleriyle mukayese etmektir. Özel sigorta sağlık finansmanı ve zorunlu sigorta sağlık finansmanı modellerini incelemek için Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık harcamalarının sağlık finansmanına göre karşılaştırılması yapılmıştır. Türkiye'de sağlık finansmanında zorunlu sigorta modeli uygulanırken, Amerika Birleşik Devletleri'nde özel sigorta modeli uygulanmaktadır. Bu nedenle Türkiye'nin sağlık harcamaları için egemen olan sağlık finansman modeli, kamu desteklidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamaları için egemen olan sağlık finansman modeli ise özel sektördür. Bununla birlikte Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarında uygulanan sağlık finansman modellerine göre sağlık hizmetlerinin, halka yansıtılmasında farklılıklar vardır. Türkiye'de gelir düzeyi ayırt etmeksizin tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi kolaydır. Fakat Amerika Birleşik Devletleri'nde gelir düzeyi düşük vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimleri zordur. Vatandaşlara genel bir sağlık sistemi sunulmayan Amerika Birleşik Devletleri'nde 2017 yılı verilerine göre sağlık için kişi başı yaklaşık yıllık 10.739 dolar harcanmakta ve halkın yüzde 60'ından daha azı bir işveren tarafından sağlık sigortası kapsamına alınmaktadır. Diğer taraftan, Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarında sağlık finansman modeli özel sektör ağırlıklı olduğu için sağlık uygulamalarında araştırma ve geliştirme faaliyetlerine büyük harcamalar yapılmaktadır. Bu sebeple Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık uygulamaları alanında çok gelişmiş bir ülke konumundadır. Türkiye ise sağlık finansman modeli kamu kaynaklı olduğu için sağlık uygulamalarında araştırma ve geliştirme faaliyetlerine yeterince harcama yapamamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Finansmanı, Türkiye Cumhuriyeti, ABD

ABSTRACT

COMPARISON BETWEEN MEDICPAL EXPENSES IN REPUBLIC OF TURKEY AND UNITED STATES IN THE WAY OF FINANCING

Tuğba ARSLAN

MBA

Thesis Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Hakkı ÖZTÜRK

April 2019, 88 pages

The purpose of this study is to examine and compare private insurance health financing and mandatory insurance health financing models in terms of health investment levels, accessibility by individuals and levels of health expenditures of individuals and to compare them using comparable and statistical tables. To investigate the private and mandatory based health insurance financing models, comparison has been conducted for health spending levels between Turkey's and United States of America's health financing models. It is observed that while Turkey applies mandatory health insurance financing model, United States of America implies private insurance model within their health management processes. Thus, while health financing model for health expenditure is based on publicly funded in Turkey, it is funded by private sector in United States of America. Therefore, there is a difference observed in how these financial applications and foundations reflects to public service and citizens between Turkey's and United States of America's according to their dominant health financing models. In Turkey, it is easy access to all citizens to health care without discriminating socio-economic conditions, in the United States, where citizens do not have a general health system, according to 2017 data, approximately \$ 10,739 per person is spent per year for health and less than 60 percent of the population is covered by an employer's health insurance. On the other hand, since the health financing model in health expenditures is predominantly private sector in the United States, large expenditures are made on research and development activities in health practices. Therefore, it is a highly developed country in the field of health practices. The health care financing model in Turkey does not spend sufficient capital on research and development activities for the publicly funded health application. We have offered the comparison of this work with Turkey and the United States within the scope of the health care system, literature is going to be contributed how public and private sector-based health financing generates difference in development, accessibility, spending rates in health care systems.

Keywords: Health, Health Care Finance, Turkish Republic, the United States

İÇİNDEKİLER

TABLolar	ix
ŞEKİLLER	xi
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR TARAMASI	4
3. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE SAĞLIK SİSTEMİ	14
3.1 AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ SAĞLIK SİSTEMİNİN YAPISI	15
3.1.1 Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü	20
3.1.2 Ordu Sağlık Hizmetleri	21
3.1.3 Gazi İlişkileri Bölümü	22
3.1.4 Çalışma Bölümü	22
3.2 AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	22
3.2.1 Birincil Sağlık Hizmetleri	22
3.2.1.1 Halk sağlığı hizmetleri	24
3.2.1.1.1 <i>Federal düzeyde halk sağlığı hizmetleri</i>	25
3.2.1.1.2 <i>Eyalet düzeyinde halk sağlığı hizmetleri</i>	25
3.2.1.1.3 <i>Yerel düzeyde halk sağlığı hizmetleri</i>	25
3.2.2 İkincil ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	25
3.2.3 Hastane Hizmetleri	26
3.2.3.1 Federal Hastane Hizmetleri	26
3.2.3.2 Halk Hastane Hizmetleri	27
3.2.3.3 Kar Amaçlı Hastane Hizmetleri	27
3.2.3.4 Kar Amacı Olmayan Hastaneler	27
3.3 AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NİN SAĞLIK HARCAMALARI	27
3.4 AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NİN SAĞLIK FİNANSMANI	34
3.4.1 Kamu Sağlık Sigortaları Finansmanları	34
3.4.1.1 Medicare	34
3.4.1.2 Medicaid	35
3.4.1.3 Gazi İlişkileri Bölümü Sağlık Hizmetleri	37
3.4.1.4 Savunma, Adalet ve Amerikan Yerlileri Sağlık Sigorta Programı	38

3.4.2 Özel Sağlık Sigortaları Finansmanları	38
3.4.2.1 Kar Amaçlı Olmayan Sigorta Kuruluşları	38
3.4.2.2 Kâr Amaçlı Olan Özel Sağlık Sigortaları	39
3.4.2.2.1 Grup sağlık sigortası	39
3.4.2.2.2 Bireysel sağlık sigortası.....	39
3.4.2.3 Sağlık Güvencesi Bulunmayan Nüfus	39
4. TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK SİSTEMİ.....	41
4.1 TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN SAĞLIK SİSTEMİNİN YAPISI.....	42
4.2 TÜRKİYE CUMHURİYETİ'N DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	44
4.2.1 Birinci Sağlık Hizmeti.....	45
4.2.2 İkinci Sağlık Hizmeti	45
4.2.3 Üçüncü Sağlık Hizmetleri.....	45
4.3 TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN SAĞLIK HARCAMALARI	46
4.4. TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN SAĞLIK FİNANSMANI	58
4.4.2 Kamu Finansman Modeli.....	77
4.4.3 Karma Finansman Modeli	81
5. SONUÇLAR	82
KAYNAKÇA	87

TABLULAR

Tablo 1.1: Egemen olan finansman modellerine göre bazı ülkeler (2012 Yılı İtibari ile).....	8
Tablo 3.1: Amerika Birleşik Devletleri ile bazı ülkeler arasında fiyat karşılaştırması...	18
Tablo 3.2: Bazı ülkelerde yapılan tedavileri Amerika Birleşik Devletleri ortalamasına göre maliyet oranları	19
Tablo 3.3: Toplam sağlık harcamalarının GSYH' a oranı.....	29
Tablo 3.4: Amerika Birleşik Devletleri için sağlık harcama verileri	31
Tablo 4.1: Türkiye'nin sağlık harcama verileri.....	49
Tablo 4.2: Türkiye için sağlık harcama verileri.....	50
Tablo 4.3: 2002-2016 dönemi için kişi başı sağlık harcamaları.....	53
Tablo 4.4: Kişi başı kamu sağlık harcamaları (2002-2016).....	55
Tablo 4.5: Kişi başı özel sağlık harcamaları (2002-2016).....	57
Tablo 4.6: Sağlık harcamaları için kamu ve özel sektörün finansman dağılımı (2002-2017).....	61
Tablo 4.7: Sağlık harcamalarının finansmanını sağlayanlara göre dağılımı (2002-2016).....	65
Tablo 4.8: Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi (2002-2017).....	68
Tablo 4.9: Özel sağlık harcamaları (2002-2017, milyon TL/USD).....	71
Tablo 4.10: Özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi 2002-2017.....	72
Tablo 4.11: Cepten yapılan sağlık harcamaları 2002-2017.....	75
Tablo 4.12: Diğer özel sağlık harcamaları (2002-2017, milyon TL).....	77

Tablo 4.13: Sağlık finansmanına göre kamu sağlık harcamaları (2002-2017, milyon TL).....80

Tablo 4.14: Sağlık finansmanına göre sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları (2002-2017, milyon TL/USD).....80

ŞEKİLLER

Şekil 3.1: Amerika Birleşik Devleti sağlık gelirleri (2017).....	15
Şekil 3.2: Amerika Birleşik Devleti sağlık giderleri (2017).....	16
Şekil 3.3: Amerika Birleşik Devleti'nde sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin branşlarına göre dağılımı (2018).....	24
Şekil 3.4: Amerika Birleşik Devleti için sağlık harcamaları verileri.....	29
Şekil 3.5: Amerika Birleşik Devletleri'nin 2016 yılı itibari ile kişi başı sağlık harcamaları.....	33
Şekil 4.1: Türkiye'nin kamu ve özel sağlık harcamaları (2017).....	51

1. GİRİŞ

Dünya sağlık sistemleri günümüzde ekonomik veriler analiz edilerek belirlenen bir yapıya sahip oldukları anlaşılmaktadır. Bu veriler sayesinde ülkelerin sağlık alanında yaptıkları yatırımlar incelenebilmekte ve o ülke hakkında fikir edinilebilmektedir. Bu çalışmada sağlık finansmanına ait veriler sayesinde Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık yapısı incelenerek mevcut durum somut bir şekilde ortaya konacaktır. Bu sayede toplumdaki bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma imkânı ve düzeyi hakkında fikir sahibi olunacaktır.

Sağlık sistemlerinde günümüzde ülkelerin geneline bakıldığında, dünya genelinde ekonomik anlamda en büyük faaliyet alanlarından birisi olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 2016 yılı itibariyle sağlık sektörü için dünyada yapılan harcamalar 7,5 trilyon doları bulmaktadır. Dünya üzerinde kişi başı sağlık harcaması yıllık 1.000 Dolar seviyesindeyken, dünya ülkelerinin yarısından fazlası kişi başı sağlık harcamasına 350 doların altında ayırmıştır (World Health Organization 2016). Söz konusu büyük harcama dünyada sağlık harcamalarının ekonomik anlamda önemli bir güç haline getirmiştir. Bununla birlikte, sağlık sistemleri tarafından gerçekleştirilen büyük harcamalar nedeni ile ortaya çıkan ilave masraflar, hastalıklar veya erken ölümlerden dolayı karşılaşılan ekonomik zararların engellenmesiyle telafi edilmektedir (World Health Organization 2016). Diğer taraftan dünya genelinde ülkelerin sağlık sistemlerinin karşı karşıya kalmış oldukları en önemli problemler, sağlık sistemi için ayrılan kaynakların kullanımının çok adaletsiz bir biçimde dağıtılmasıdır. Bu sebeple ülkeler, vatandaşları için sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için ulaşılabilir ve adil olarak yeterli finansal kaynak sağlamakta çok büyük zorluklarla karşılaşabilmektedirler (World Health Organization 2016). Buna ilave olarak düşük gelir seviyesindeki ülkelerde sağlık harcamalarına devlet bütçesinden ayrılan pay giderek düşmektedir; bu oran 2000 yılında yüzde 7,9 iken 2016 yılına gelindiğinde yüzde 6,8'e gerilemiştir. Ancak yine de bir bütün olarak bakıldığında Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 raporuna göre, devletlerin sağlık harcamalarına ayırdığı pay, kişi başı gelirdeki ve devletlerin bütçelerinden daha fazla pay ayırmaya başlamasıyla az da olsa bir artış trendi içerisindedir.

Dünyada sağlık sistemleri ve söz konusu sağlık sistemlerinin özellikleri sağlık harcamalarını etkileyen en önemli etkenler olarak ön plandadır. Bununla birlikte ülkeler kendilerine özgü farklı sağlık sistemlerini benimsemektedirler. Ayrıca sağlık hizmetleri, sağlık harcamalarının finansmanındaki yöntemler kamu veya özel yöntemlere göre değerlendirilmektedir. Bu sebeple, ülkelerin sağlık harcamalarındaki kişi başı ve toplam sağlık harcamalarında, sağlık harcamalarının toplam Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'sındaki (GSYH) paylarında, söz konusu payların kamu ve özel sektör harcamalarındaki oranlarında, cepten ödenen sağlık harcamaları oranlarında ve dolayısıyla ülkelerin sağlık göstergelerinde önemli farklılıklar mevcuttur.

Ülkelerin finansman yapıları söz konusu ülkenin sosyoekonomik durumuna göre değişiklik göstermektedir. Sağlık harcamaları ilgili ülkenin nüfuslarının niteliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlık alanındaki teknolojik gelişmelere bakıldığında, ülkelerin ekonomik gelişmeleri ile paralel yönde tıp teknolojisinde de değişim ve gelişmeler olacaktır. Ülkelerin ana hedefleri arasında yer alan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamak, sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmak ve çeşitli sağlık göstergelerinde gelişmeler yaratabilmek için sağlık harcamalarının etkin şekilde kontrolünün yapılması gerekmektedir.

Tüm bu bilgilerin ışığında değerlendirildiğinde, bu çalışmanın ana konusu, kamu ve özel sektör odaklı iki farklı sağlık finansmanı ve modelleme şekillerinin, toplumsal bağlamda nasıl bir kazanç/kayıp ve sonuç doğurduğunu detaylı anlamda incelemek ve buradan yola çıkarak, güncel ve gelecekteki toplumsal düzenlemeler için bir referans noktası oluşturabilme gayesi ile seçilmiştir. Bu sayede hem kamusal hem de özel sektör bazlı sağlık yönetimi türlerinin avantaj ve dezavantajlarının aynı potada değerlendirilmesi, durumun daha açık ve holistik bir açıdan incelenmesini ve söz konusu alan odağında daha verimli ve etkin stratejiler oluşturulmasını sağlayabilir. Bu da hem akademik hem de alan çalışmaları anlamında ulusal ya da uluslararası bir katkı oluşturabilir.

Buradan hareketle, çalışmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir;

- a. Özel sigorta sağlık finansmanı modeli, sağlık yatırımları düzeyi anlamında zorunlu sigorta sağlık finansmanı modeline göre daha iyidir.

- b. Özel sigorta sağlık finansmanı modeli, bireyler tarafından erişilebilirlik konusunda zorunlu sigorta sağlık finansmanına göre daha iyidir.
- c. Özel sektör sağlık finansmanı modeli, bireylerin sağlık harcamaları seviyeleri konusunda zorunlu sigorta sağlık finansmanı modeline göre daha iyidir.

Çalışmanın içeriğinde, ilk bölümde sağlık finansmanı modeli ve sağlık harcamaları kavramları detaylı olarak literatür bilgileri nezdinde tanıtılacak ve bu kavramların günümüz sağlık sisteminde ne derece önemli oldukları ve nasıl bir konumda buldukları açıklanacaktır. Sonrasında, çalışmanın ikinci bölümünde, Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sistemi, sağlık finansman modeli, sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık harcamaları detaylı olarak incelenirken, bir sonraki bölümde Türkiye'nin sağlık sistemi, sağlık finansman modeli, sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık harcamaları incelenecektir. Daha sonra, çalışmanın araştırma şekli, dizaynı, örnekleme ve yapısı tanıtılacak ve bulgulara yer verilecektir.

Bu çalışmanın yürütülmesi ile birlikte, özel sigorta ve zorunlu sigorta sağlık finansmanı modellerinin sağlık sistemi, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık harcamaları, sağlık yatırımları ve bireylere erişilebilirlik sağlamaları konuları üzerinde detaylı bir bilgi elde edileceği amaçlanmaktadır. Bu bilgiler nezdinde, güncel ve gelecek dönemdeki sağlık alanı politikalarının belirlenmesi, revize edilmesi, planlanması ve uygulanmasında, hem akademik hem de alan çalışmalarına son derece önemli bir katkı sağlanacağı öngörülmektedir.

Çalışmanın örnekleme, 2002 ve 2018 yılları arasında, Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık finansmanı ve harcamaları istatistiksel çıktılarında oluşmaktadır. Bu çıktılar ise OECD, TÜİK, Medicare ve Medicaid servisleri merkezinden elde edilmiştir.

2. LİTERATÜR TARAMASI

Dünya Sağlık Örgütü sağlık sistemini; sağlığı yükseltmeyi temel amaç edinmiş kurumlar ve kaynaklardan oluşacak şekilde tanımlar. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sistem performansının değerlendirilmesi için kullandığı üç stratejisi vardır. Söz konusu stratejiler; sağlığı yükseltmek, yeterlilik ve finansmanda adalet olmaktır. Bu temel stratejiler, dünyadaki tüm ülkeler tarafından sürekli olarak izlenebilmeli ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından desteklenen programlarda, sağlık sisteminin performansını değerlendirmek için temel ölçüt olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, ülkelerin sağlık sistemlerini değerlendirmede bu üç amacın ölçümü üzerinde odaklanması gerekmektedir (World Health Organization 2016). Ayrıca ülkelerin kendi sağlık sistemlerine ait performanslarını ölçmelerini sağlamak, ona etki eden faktörleri anlamak, onu geliştirmek, ihtiyaç duyulan reform alanlarına ve hizmet sunulan insanların beklentilerine daha iyi yanıtlar vermek anlamına gelmektedir.

Ülkeleri kendi sağlık sistemlerinin performansından sorumlu tutmak en önemli amaç olarak kabul edilir. Dünya Sağlık Örgütüne göre, eğer sağlık sistemi yukarıdaki üç stratejiyi başarıyla gerçekleştirmeyi sağlayacaksa, bir sağlık sisteminin yerine getirmesi gereken dört genel fonksiyonun olduğunu belirtmektedir. Bunlar:

- a. Hizmetlerin sağlanması
- b. Kaynakların yaratılması
- c. Finansman
- d. İdare (stewardship) (World Health Organization 2016).

Yukarıda belirtilen dört genel fonksiyon ülkeler için yalnızca bu amaçların değil, aynı zamanda dağılımları açısından da önemlidir. Sağlığı yükseltme ve yeterlilik ölçülmek istendiğinde, dağılımın (bu başarının halkın tüm kesimlerine eşit dağılımı) ölçümü de önemlidir. Dağılımda eşitsizlikler, sosyal, ekonomik, demografik ve eşitsizliğin diğer biçimlerinden kaynaklanıyor olabilir.

Ülkelerin sağlık sistemleri, kendilerine özgü mevcut sosyal, ekonomik ve siyasi ve mekanizma ile uyum gösterir. Bu sebeple ülkeler arasında sağlık sistemleri kapsamında birtakım farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar, ülkeler arası karşılaştırmaları yapmak için araçlar olarak tanımlanabilir. Bu sebeple sağlık sistemleri ülkelere özgü olmasından dolayı hem uluslararası hem de ülkeler arası etkileşimlerin sağlanması ve ülkeler arası sağlık sistemlerin karşılaştırmasına olanak sağlayacaktır. Bununla birlikte sağlık sistemleri açısından ülkeler arasında karşılaştırmalar yapmak, önemli bir husus olmasıyla beraber dikkat edilmesi gereken bir analiz yöntemidir. Bunun sebebi sosyo-politik değişkenlerin belirlenmesinin zor olması ve ülkelerin kendine özgü sağlık sistemini belirlemesi gibi kısıtlar ülkeler arası karşılaştırmaların yapılabilmesini zorlaştırabilmektedir. Sonuç olarak sağlık sistemlerinde sınıflandırma yapılırken söz konusu sınıfları kesin çizgilerle birbirinden ayırmak mümkün olmasa da ülkelerin ağırlıklı olarak kullandıkları finansman yöntemine göre sınıflandırılma yapılabilir.

Ülkelerin sağlık hizmetleri için ayırdıkları ekonomik pay, ülkelerin Gayri Safi Milli Hasıla GSMH' nin önemli bir kısmına denk gelmektedir. OECD 2017 yılı raporuna göre dünyada sağlık harcamalarının toplam GSMH'deki payı yüzde 8,8 seviyesindedir. Yüzde 17,2 ile sağlık harcamalarının GSMH'ye oranının en yüksek olduğu ülke Amerika Birleşik Devletleri'dir. Bu oran en yakın olan İsviçre (yüzde 12,3) ve Fransa (yüzde 11,5)'ya göre oldukça yüksek bir orandır. Türkiye'de ise bu oran yüzde 4,2'dir. Bu sebeple sağlık hizmetleri ülke ekonomilerinin önemli bir parçasıdır. Bununla birlikte ülkelerde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, ülkelerin öncelikli olarak yeterli finansman kaynaklarına sahip olması gerekmektedir (World Health Organization 2017). Ayrıca bir ülke sağlık hizmetlerinde ilerleme sağlayabilmesi için sağlık harcamaları etkileyen faktörleri tespit etmesi gerekmektedir (Akın 2007, s. 78).

Sağlık sistemleri, hem insanların sağlığını yükseltmek hem de insanları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve insanları saygınlıkla tedavi etmek sorumluluklarına sahiptirler. Sağlık sistemleri bu yönüyle üç önemli amaca sahiptir. (Uğurluoğlu ve Çelik 2005, ss. 63-74). Bunlar:

- a. Hizmet sunulan halkın sağlığını yükseltmek
- b. İnsanların sağlık kapsamında beklentilerine yanıt vermek
- c. Hastalık ya da sağlığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamaktır.

Sağlık sistemleri, ülkelerin mevcut ekonomik, siyasi ve sosyal mekanizma ile eş güdümlü olmasıyla beraber, ülkeler arasında sağlık sistemleri açısından farklılıklar bulunmaktadır. Söz konusu farklılıklar, ülkeler arası kıyaslama ile ortaya konulabilir. Bu nedenle ülkelerarası etkileşimler sağlanarak, ülkelerdeki sağlık durumunun gelişimi olumlu yönde etkilenebilir. Sağlık sistemleri kapsamında ülkeler arasında kıyaslamalarda bulunmak, önemli bir husustur. Çünkü bulunan sonuçların hem yanıtıcılığının yüksek olması hem de göstergelerde uyumun olmaması ve her ülkenin kendine özgü sağlık sistemini belirlemesi gibi kısıtlamalar, ülkeler arası karşılaştırmaların yapılabilmesini zorlaştırabilmektedir (Çelebi ve Cura 2013, ss. 47-67). Bu yüzden sağlık sistemlerinde sınıflandırma yoluna gidilirken söz konusu sınıfları kesin çizgilerle birbirinden ayırmak olanaklı olmamakla beraber, ülkeler daha çok kullanılan finansman yöntemine göre sınıflandırılmaktadır (Öztürk ve Karakaş 2015, ss. 39-59). Bu kapsamda ülkeleri, daha çok finansman yöntemine göre sınıflandırmak mümkündür (Atabey 2012, s. 187). Sonuç olarak ülkelerin sağlık sistemi hakkında fikir sahibi olmamız için ülkelerin sağlık harcamalarının bilinmesi gerekmektedir.

Diğer taraftan sağlık harcamaları kamu ya da özel sektör tarafından yapılmaktadır. Sağlık harcamaları kapsamında bazı ülkelerde egemen olan model kamu ağırlıklı iken bazı ülkelerde ise özel sektör olabilmektedir. Bununla birlikte hem kamu sağlık finansman modelinde hem de özel sektör sağlık finansman modelinde sağlık harcamaları doğrudan ülkelerin ekonomik gelişmelerine bağlıdır. Ayrıca, kamu ve özel sağlık finansman modelleri, sağlık harcamalarının çeşitli sağlık göstergelerine ve kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımını doğrudan etkilemektedir.

Tablo 1.1'de bazı ülkeler için egemen olan finansman modelleri yer almaktadır. Tablo 1.1 incelendiğinde Türkiye için egemen olan sağlık finansman modeli zorunlu sosyal sigorta iken Amerika'da egemen olan sağlık finansman modeli özel sağlık sigortası olduğu görülmektedir (Atabey 2012, s. 187). Türkiye'de uygulanan zorunlu sağlık modeli

uzun yıllardan beri uygulanmaktadır. Türkiye’de uygulanan zorunlu sağlık modelinde amaç tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanılması amaçlanmıştır.

Tablo 1.1 incelendiğinde, dünya genelinde çok sayıda lke Türkiye gibi zorunlu sigorta finansmanını uygulamaktadır. Fakat dünya genelinde Amerika Birleşik Devletleri’nden başka egemen olan özel sağlık finansmanı modeli olan ülke yoktur. Amerika Birleşik Devletleri bu yönüyle sağlık finansmanında farklı bir ülke konumundadır. Diğer taraftan dünyada en çok kullanılan sağlık finansmanı modeli genel vergi modelidir. Sağlık finansmanı kapsamında genel vergi modelini, cepten ödeme ve zorunlu sigorta modelleri takip etmektedir. lkelerde egemen olarak kullanılan özel sigorta, karma sistemi ve dış kaynaklar modelini az sayıda ülkelerde uygulanmaktadır.

Tablo 1.1: Egemen Olan Finansman Modellerine Göre Bazı Ülkeler (2012 Yılı)

Zorunlu Sosyal Sigorta	Özel Sağlık Sigortası	Cepten Ödeme	Genel Vergi	Karma Sistemi	Dış Kaynaklar/ Yardımlar
Türkiye	Amerika Birleşik Devletleri	Vietnam	Suudi Arabistan	Arjantin	Sahra-Altı
Endonezya		Togo	İran	Avusturalya	Afrika Ülkeleri
Kosta Rika		Pakistan	İzlanda		
Bolivya		Nepal	Brezilya		
Şili		Myanmar	Rusya		
Japonya		Lübnan	Çin		
Meksika		Laos	Romanya		
Güney Kore		Gine-Bissau	Polonya		
İsrail		Gine	Litvanya		
Avusturya		Fildişi sahili	Kazakistan		
Slovenya		Kamerun	Arnavutluk		
Macaristan		Kamboçya	İspanya		
Estonya		Burundi	Kuzey Kore		
Hırvatistan		Bangladeş	Sri Lanka		
Çek. Cum.		Afganistan	Leone		
Belçika		Uruguay	Sierra		
Lüksemburg		Hindistan	Filipinler		
Hollanda		Kırgızistan	Venezüella		
Almanya		Tacikistan	Grönland		
Fransa		Gürcistan	Yunanistan		
	Azerbaycan	İtalya			
	Ermenistan	İrlanda			
		Finlandiya			
		Bulgaristan			
		Küba			
		Yeni Zelanda			
		Portekiz			
		Norveç			
		Kanada			
		İsveç			
		Danimarka			
		İngiltere			

Kaynak: Atabey 2012, s. 187.

Bununla birlikte dünyada egemen olan sağlık finansmanı modellerinden biri de genel vergi modelidir. Bu modele göre, sağlık harcamalarının tümü genel bütçeden ya da diğer bir tanımla toplanan vergilerden finanse edilmekte olup riskler tüm toplum tarafından paylaşılmaktadır. Genel vergiden sonra dünyada en çok yaygın olan ikinci sağlık finansmanı modeli ise cepten ödeme modelidir. Özel bir finansman yöntemi olan cepten ödeme kapsamında, vatandaşların sağlık hizmetleri kullanımını için direk yaptığı tüm harcamalardır. Hastalık riski için vatandaşlara herhangi bir finansal koruma yer almamaktadır. Cepten deme modeline; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan demeler girmektedir. Dünya genelinde genel vergi ve cepten ödeme modellerinden sonra en yaygın sağlık finansman modeli zorunlu sosyal sigorta modelidir. Zorunlu sosyal sigorta modelini dünyada ilk uygulanması 1883 yılında gerçekleşmiştir. Bu modelin kurucusu Almanya’da Otto Von Bismarck tarafından geliştirildiği için “Bismarck Modeli” olarak da adlandırılmaktadır (elik 2012, s. 210).

Bir finansman mekanizması olarak adlandırılan sağlık sigortası (Bismarck Modeli) genellikle tüm vatandaşların katılımını zorunlu kılan ve sosyal primlere dayanmaktadır. Zorunlu sosyal sigorta finansmanı; düzenli ve istikrarlı bir finansman modeli olup, özerk yönetim ve denetime izin veren işveren ve işçi katkılarını ngren bir mekanizmaya sahiptir. Modelde genelde Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kurumu gibi bir düzenleyici kurum vardır (Yıldırım 2012, s. 112). Zorunlu sağlık sigortası, toplumda refahın dağıtımına iki şekilde katkıda bulunur. İlkin, primler vatandaşın hastalık riskleriyle bağlantılı olmaması nedeniyle düşük risk gruplarından yüksek risk gruplarına bir sübvansiyon söz konusudur. İkincisinde riskle bağlantısı olmayan bu primlerin gelirle orantılı olarak toplanan primler yoluyla yüksek gelir grubundan düşük gelir grubuna sübvansiyon sağlanmaktadır (elik 2012, s. 210).

Sağlık finansman modellerinde dünyada genel vergi, cepten ödeme ve zorunlu sosyal sigorta modelleri en yaygın modellerdir. Bununla birlikte özel sağlık sigortası, karma sistem ve dış kaynaklar (yardımlar) dünya genelinde yaygın olmayan sağlık finansmanı modelleridir. Özel sağlık sigortası, kişinin kendi isteği ile özel sigorta kuruluşlarından yararlandığı sigorta modeli olarak tanımlanır (Pekten 2006, ss. 119-138). Bu sigorta

modeli kapsamında vatandaşlar, isteklerine ve ödeme güçlerine göre, belli bir ölçüdeki fayda ve koşulları içeren sigorta türü arasında tercih yaparlar.

Özel sağlık sigortası aracılığıyla karşılanan fonların, yoksullar için finansman sağlaması hiç kolay değildir. Bu sebeple bu model kapsamında, özel sağlık sigortası olmayan vatandaşlar, sağlık hizmetlerine erişim konusunda zorluk yaşayabilirler (Robert vd. 2004, s. 162). Karma sistem sağlık finansmanı modeli, bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sağlık sigortası yer alırken, diğer taraftan da serbest piyasa sistemi içerisinde kâr güdüsü ile faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşları ile genel vergilerle finanse edilen sağlık sistemleri yer almaktadır (Yurdadoğ 2007, ss. 591-610). Dış kaynak ve yardımlara dayalı olan sağlık hizmetleri finansman modeli ise uluslararası yardım ve fonlara bağlı olarak sahra altı ve diğer Afrika ülkelerinde sağlık hizmetleri uygulanmaktadır.

Sağlık harcamaları hem kamu hem de özel kaynaklardan sağlanmaktadır. OECD raporuna göre 2016 yılı kamu sağlık harcamaları 5,6 trilyon dolar olurken, bu rakam bir önceki yıla göre yüzde 2 artmıştır. Bu rakamın toplam 7,5 trilyon dolarlık harcamadaki oranı yüzde 74,7'dir. Türkiye'de sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların büyük bir kısmı kamu kaynaklıdır. Fakat son yıllarda sağlık harcamalarıyla ilgili özel sektördeki büyüme daha belirgindir (Akın 2007). Sağlık hizmetlerinin sunumu ülkelerin ekonomik yönden gelişmişliklerine göre değişmektedir. Ülkelerin ekonomik yönden iyi olmaları, sağlık hizmetlerin de iyi olmalarını gerektirir. (Karabulut 1999, ss. 139-152). Türkiye ekonomisi, gelişmekte olan ülkeler kategorisindedir. Bu sebeple Türkiye ekonomik yönden orta gelirli sınıftadır. Türkiye'nin 2017 yılı için kişi başına düşen geliri 10.540 dolardır (Dünya Bankası 2018). Diğer taraftan Amerika Birleşik Devletleri, Türkiye'ye göre gelişmiş ülkeler kategorisindedir. 2017 yılı için Amerika Birleşik Devletleri'nde kişi başına düşen milli gelir 59.531 dolardır (Dünya Bankası 2018). Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri yüksek kişi başına düşen milli gelir bakımından dünyanın sıralı ülkelerinden birisidir.

Literatür incelendiğinde sağlık finansmanı ile ilgili bazı yayınlar ön plana çıkmaktadır.

Öztürk ve Karakaş, Avrupa Birliği Ülkelerin sağlık sistemlerini incelemişlerdir. İnceleme sonucunda söz konusu ülkelerin sağlık sistemlerinin kamu kaynaklı finansmanından özele doğru kaydığını belirtmişlerdir (Öztürk ve Karakaş 2015, ss. 39-59).

Tutar ve Kılınç, Türkiye'de hem kamu kaynaklı hem de özel kaynaklı olmak üzere sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Tutar ve Kılınç 2007, ss. 31-54).

Kurşun ve Rakıcı, Türkiye'nin sağlık harcamalarıyla ilgili yaptıkları çalışmada, Türkiye'nin yıllar içinde sağlık için yaptığı kamu harcamalarında sürekli artış olduğunu belirtmişlerdir (Kurşun ve Rakıcı 2014, ss. 77-105).

Öztürk ve Karakaş, batı ülkelerinde, sağlık hizmetlerinin sunumu, ülkelere özgü olduğunu belirtmişlerdir. Bu sebeple batı ülkelerinde uygulanan sağlık politikalarında ciddi farklılıklar bulunduğunu belirtmişlerdir (Öztürk ve Karakaş 2015, ss. 39-59).

Yurdadoğ, Türkiye için sağlık harcamalarının finansal analizini yapmıştır. Analiz sonucunda Türkiye'de sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmı hastane hizmetleri için yapıldığını belirtmiştir (Yurdadoğ 2007, ss. 591-610).

Yıldırım, sağlık hizmetleri kapsamında özel sektörün rolünün artırılması hususunda karar alıcılar tarafından sağlık politikaları uygulandığı belirtmiştir (Yıldırım 2000, ss. 276-281).

Kurtulmuş, halk sağlığın korunması, sosyal devlet ilkelerinden biridir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin tamamen serbest piyasa koşullarına bırakılmayacağını belirtmiştir (Kurtulmuş 1998, s. 163).

Kurşun ve Rakıcı, Sağlık harcamalarının kontrol edilebilmesi için sağlık hizmetlerini istenilen kalitede, en az maliyetle sunulması gerektiğini belirtmişlerdir (Kurşun ve Rakıcı 2014, ss. 77-105).

Çelik (2011, ss.62-81), özel sağlık harcamaları için de cepten yapılan harcamaların oranını bilmek, sağlık sektörünün kamuya olacak yükünü tahmin etmek açısından önemli olduğunu belirtmiştir.

Orhaner (2014, s. 114), sağlık hizmetlerin sunumu, ülkeler ve dönemlere göre farklılık gösterdiğini belirtmiştir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin arzından dolayı piyasada mal ve hizmetlerin talebinde artış olduğunu, bu durumda ülke ekonomisine olumlu etki yaptığını belirtmiştir.

Ersöz (2008, ss. 95-104), ülkelerin ekonomik yönden gelişmesiyle, sağlık hizmetleri için daha çok kaynak aktardıklarına dikkat çekmiştir.

Köksal ve diğ. (2016, ss. 205-2012), ülkelerin sağlık düzeylerini belirlemek için ülkelerin sosyo-ekonomik durumunu ortaya koyan ölçütlerin bilinmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Sayılı ve diğ. (2017, 1-12), Türkiye ve OECD ülkeleri arasında sağlık göstergelerinde önemli farklar olduğunu belirtmişlerdir. Tespitlerine göre; Türkiye, OECD ülkeleri için sağlık harcamalarının bütçedeki payı en düşük ülke konumundadır. Onlara göre Türkiye'nin sağlık göstergelerinin iyileştirilebilmesi için sağlık sisteminin alt yapısını oluşturmak esas alınmalı ve bütçeden sağlığa ayrılan payın artırılması gerekmektedir. Bu sebeple Türkiye'nin Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği normlara uygun faaliyetlerde bulunması gerektiğine dikkat çekmişlerdir.

Aktan ve Işık (2017), gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ve özel kesimin bir arada olduğu karma bir sistemle karşılandığı, gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ağırlıklı olduğunu belirtmişlerdir. Bu sebeple geliş-

mekte olan ülkelerde kamunun sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli rol üstlendiğine dikkat çekilmiştir.

Kırılmaz ve diğ. (2017) Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizini incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda; yürütme organının yapısı ve merkezilik derecesi ile idari örgütlenme yapısı açısından Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nin temel farklılıklara sahip olduğunu; söz konusu farklılıkların temelinde siyasal ve yönetsel farklılıklar, sosyoekonomik farklılıklar, sağlık sisteminde kamu ve özel sektörün ağırlığının yer aldığını; bu farklılıkların sağlık sistemlerinin yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sunumu boyutlarını doğrudan etkilediğini yorumlamışlardır.

Bu çalışmanın önceki çalışmalardan farkı gelişmekte olan ülkeler kategorisinde yer alan Türkiye'deki ve gelişmiş ülkeler kategorisinde yer alan Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık harcamalarının sağlık finansmanına göre karşılaştırılmasıdır. Çalışma üç bölüme ayrılmıştır. Çalışmanın Birinci ve İkinci bölümünde sırasıyla Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye'nin sağlık sistemlerinin özellikleri, sağlık harcamaları ve sağlık finansmanları ayrıntılı olarak incelenecektir. Çalışmanın son bölümde ise Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sistemleriyle ilgili olarak bulgular tanımlanacak, kıyaslanması yapılacak ve öneriler sunulacaktır.

3. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE SAĞLIK SİSTEMİ

Amerika Birleşik Devletleri'nin nüfusu 2018 yılı itibariyle 327.2 milyondur. Amerika Birleşik Devletleri'nin yönetim sistemi federal cumhuriyet şeklinde olup 50 eyalete ayrılmıştır ve başkenti Washington'dur (TC Sağlık Bakanlığı 2017). Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri ekonomik yönden gelişmiş ekonomi ülkeleri kategorisinde yer almakta olup GSMH 2018 yılı itibariyle 20.351 trilyon dolardır.

Amerika Birleşik Devletleri kişi başına sağlık harcaması yönünden dünyada sayılı ülkeler arasındadır. OECD istatistiklerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nin yıllık kişi başına sağlık harcaması 10.209 dolardır (OECD 2017). Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri de sağlık harcamaları için GSMH'dan ayrılan pay yüzde 17,2'dir. Diğer taraftan Amerika Birleşik Devletleri'nde yönetim şekli federal cumhuriyet olduğu için her eyaletin kendi has sağlık hizmeti sunumu vardır. Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetleri için hiyerarşik bir yapı söz konusudur (TC Sağlık Bakanlığı 2017). Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemi; yaşlılara sunulan hizmetler bakımından ulusal sağlık sigortası modeline, gazi ve gazi çocuklarına sağlanan sağlık hizmeti bakımından Beveridge modeline, çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri bakımından Bismark modeline ve yüzde 9,1'inin sağlık sigortası olmamasından dolayı da cepten ödeme modeliyle benzerlikler taşımaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015, s 108; Kırılmaz vd. 2017).

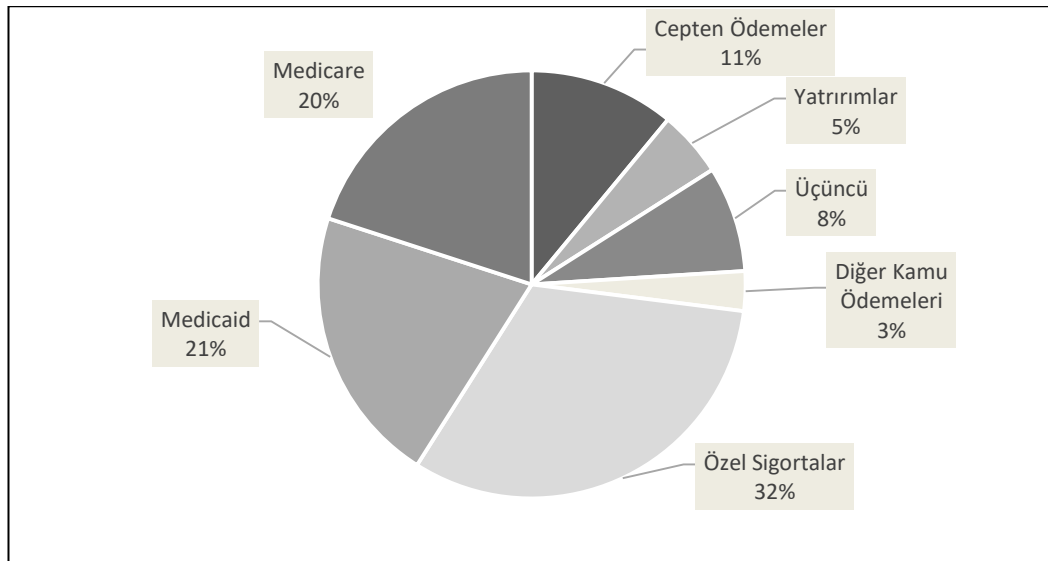
Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık hizmetlerinin temelini özel sağlık sigortaları oluşturmaktadır. Söz konusu özel sağlık sigortalarının sağlık hizmetleri kapsamında çok çeşitli poliçeleri vardır. Bununla birlikte kamu tarafından sağlanan en büyük sigorta sistemi Obamacare olarak adlandırılan Affordable Care Act (ACA) dır. Söz konusu sigorta sistemine göre herkesin bütçesine uygun sağlık hizmeti sunulması hedeflenmektedir. ACA 2010 senesinde yasalaşmış ve bu sistem ile sağlık sigortaları hakkında önemli düzenlemeler yapılmıştır. ACA ile bütün Amerika Birleşik Devletleri vatandaşlarının zorunlu sağlık sigortası kapsamına girmesi, Medicaid programının eyaletlerde genişletilmesi ve düşük gelirli bireylerin sigortalanması amaçlanmıştır. (Kırılmaz vd. 2017; Rice vd 2012 s.301). Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sigortası olmayanların ceza

ödemesi zorunludur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2014 yılı itibariyle sigortasız nüfus, toplam nüfusun yüzde 11,5 (TC Sağlık Bakanlığı 2017) iken son yapılan araştırmalara göre yeni başkan Donald Trump döneminde bu rakam artarak 2018 yılında yüzde 15,5 seviyesine ulaşmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde çalışan tıp doktorların büyük bir kısmı kamudan ziyade özel sektörde çalışmaktadırlar. Bununla birlikte tıp doktorları bir nevi performans olarak adlandırılan hizmet başına ücret almaktadırlar. Diğer taraftan tıp doktorları iki yılda bir sürekli eğitim kapsamında eğitim almaları zorunludur. Tıp doktorlarının sürekli eğitim kapsamında eğitim almamaları halinde lisansları iptal edilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017).

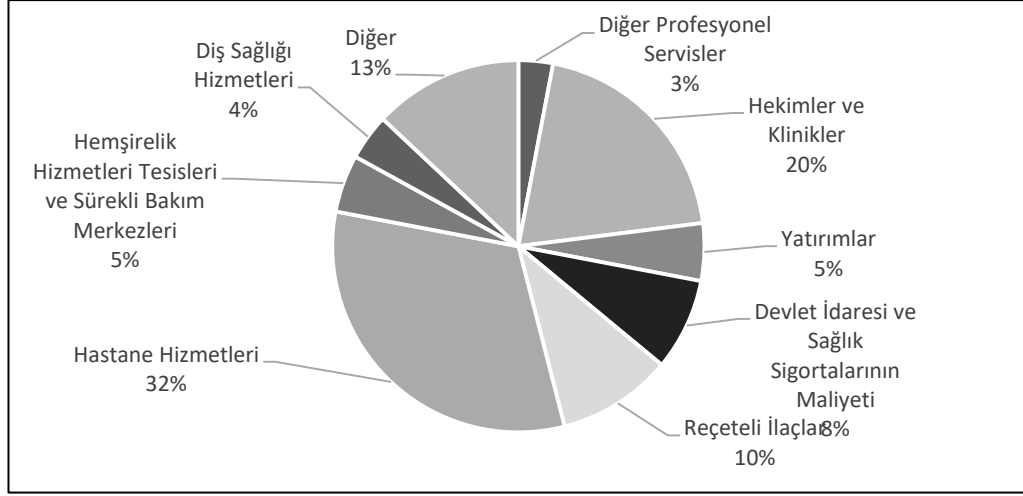
3.1 AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ SAĞLIK SİSTEMİNİN YAPISI

Şekil 3.1: Amerika Birleşik Devleti Sağlık Gelirleri 2017



Kaynak: (<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CFORReport/index.html>)

Şekil 3.2: Amerika Birleşik Devleti Sağlık Giderleri 2017



Kaynak: (<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CFORepor/index.html>)

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sisteminin temelini özel sağlık sigortaları oluşturmaktadır Şekil 3.1'de görülebilmektedir. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nde herkesin doktorunu ve hastasını seçebilme hakkına sahip bir ülkedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp doktorlarının büyük bir çoğunluğu kendi açtıkları özel muayenehanelerinde çalışmayı tercih etmektedirler. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sigortası olmayanlar ceza ödemek zorundadır. Bu sebeple Amerika Birleşik Devletleri'nde sigortasız nüfus 2013'te yüzde 14,4'lük iken bu oran 2014'te yüzde 11,5'e düşmüştür (Türkiye Halk Sağlık Kurumu 2017). Fakat yapılan son araştırmalara göre 2016 yılında yüzde 12,7 olan sigortasız nüfus, 2018 Mayıs ayına gelindiğinde yüzde 15,5 seviyelerine yükselmiştir.

Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerinin sunumunda her eyalette farklı uygulamalar söz konusudur. Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık uygulamalarında tam bir uyum söz konusu değildir. Amerika Birleşik Devletleri'nin yönetim şekli dolayısıyla ülkede sağlık hizmetlerinin örgütsel yapısı federal, eyalet ve yerel düzeyde olmak üzere üç farklı aşamadan oluşmaktadır. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nde merkezi yönetim bölümünde sağlık ve insan bölümü-

nün olmasına rağmen sağlık hizmetleri faaliyetlerinde hiyerarşi bir yapılandırma yoktur (Barton 1999, ss. 29-354).

Diğer taraftan Amerika Birleşik Devletleri dünyada sağlığa en fazla harcama yapan sayılı ülkelerden biridir Şekil 3.2’de görülebilmektedir. Ayrıca sanayileşmiş 24 OECD ülkesi arasında sağlığa en fazla harcama yapan ülke konumundadır. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri’nde bebek ölüm hızı ve yaşam süresi gibi sağlık göstergelerinde OECD ülkeler arasında iyi durumda değildir. Amerika Birleşik Devletleri dünyada sağlık için yapılan ar-ge harcamaları bakımından sayılı ülkeler arasındadır. Ayrıca hasta başına düşen sağlık personeli sayısı üst düzeydedir. Fakat Amerika Birleşik Devletleri’nde nüfusun yaklaşık yüzde 15’inin sağlık sigortasının bulunmadığından dolayı sağlık hizmetlerinden faydalanamamaktadır (Lasseý vd. 1997, ss. 27-67). Bu sebeple Amerika Birleşik Devletleri’nde vatandaşların büyük bir kısmı sağlık sistemlerin iyileştirecek reformları talep etmektedirler (Lasseý vd. 1997, ss. 27-67). Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık harcamalarının önemli bir kısmı yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak uzun süreli tedavi masrafları oluşturmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri sağlık alanındaki teknolojik gelişimlerin lideri ve bu nedenle teknolojik bakımından oldukça güçlü bir ülkedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde hekimler dünyada saygınlık oluşturan ve talep edilen oldukça iyi bir eğitim sistemi sonunda mezun olan donanımlı bireylerden oluşmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık kurumları çeşitli akreditasyon sistemleri ile akredite edilmiş ve yüksek kalite standartlı sağlık hizmeti sunulmaktadır (Lasseý vd. 1997, ss. 27-67).

Tıbbi işlemlerin uluslararası boyutta fiyat karşılaştırılmasının yapılması kapsamında Tablo 3.1’de Amerika Birleşik Devletleri eyaletler ortalaması ile çeşitli ülkeler arasındaki fiyat karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 3.1: 2018 yılı itibariyle Amerika Birleşik Devletleri ile bazı ülkeler arasında fiyat karşılaştırması

Medikal prosedür	ABD	Türkiye	Kosta Rika	Kolombiya	Hindistan	Ürdün	Güney Kore	Meksika	İsrail
Kalp Bypass	\$123,000	\$13,900	\$27,000	\$14,800	\$7,900	\$14,400	\$26,000	\$27,000	\$28,000
Anjiyoplasti	\$28,200	\$4,800	\$13,800	\$7,100	\$5,700	\$5,000	\$17,700	\$10,400	\$7,500
Kalp Kapakçık Değişimi	\$170,000	\$17,200	\$30,000	\$10,450	\$9,500	\$14,400	\$39,900	\$28,200	\$28,500
Kalça artroplastisi	\$40,364	\$13,900	\$13,600	\$8,400	\$7,200	\$8,000	\$21,000	\$13,500	\$36,000
Kalça yüzeyi değiştirme	\$28,000	\$10,100	\$13,200	\$10,500	\$9,700	\$9,000	\$19,500	\$12,500	\$20,100
Diz replasman	\$35,000	\$10,400	\$12,500	\$7,200	\$6,600	\$9,500	\$17,500	\$12,900	\$25,000
Omurga Füzyonu	\$110,000	\$16,800	\$15,700	\$14,500	\$10,300	\$10,000	\$16,900	\$15,400	\$33,500
Diş İmplantı	\$2,500	\$1,100	\$800	\$1,200	\$900	\$900	\$1,350	\$900	\$1,200
Mide kelepçesi	\$14,000	\$8,600	\$9,450	\$8,500	\$7,300	\$7,000	\$10,200	\$6,500	\$17,300
Mide manşon	\$16,500	\$12,900	\$11,500	\$11,200	\$6,000	\$7,500	\$9,950	\$8,900	\$20,000
Mide bypass	\$25,000	\$13,800	\$12,900	\$12,200	\$7,000	\$7,500	\$10,900	\$11,500	\$24,000
Histerektomi	\$15,400	\$7,000	\$6,900	\$2,900	\$3,200	\$6,600	\$10,400	\$4,500	\$14,500
Meme İmplantı	\$6,400	\$4,500	\$3,500	\$2,500	\$3,000	\$4,000	\$3,800	\$3,800	\$3,800
Rinoplasti	\$6,500	\$3,100	\$3,800	\$4,500	\$2,400	\$2,900	\$3,980	\$3,800	\$4,600
Yüz germe	\$11,000	\$6,700	\$4,500	\$4,000	\$3,500	\$3,950	\$6,000	\$4,900	\$6,800
Liposakşın	\$5,500	\$3,000	\$2,800	\$2,500	\$2,800	\$1,400	\$2,900	\$3,000	\$2,500
Karın estetiği	\$8,000	\$4,000	\$5,000	\$3,500	\$3,500	\$4,200	\$5,000	\$4,500	\$10,900
Göz Lazeri (iki göz)	\$4,000	\$1,700	\$2,400	\$2,400	\$1,000	\$4,900	\$1,700	\$1,900	\$3,800
Kornea (tek göz)	\$17,500	\$7,000	\$9,800	N/A	\$2,800	\$5,000	N/A	N/A	N/A
Katarakt ameliyatı (tek göz)	\$3,500	\$1,600	\$1,700	\$1,600	\$1,500	\$2,400		\$2,100	\$3,700

Kaynak: (<https://medicaltourism.com/Forms/price-comparison.aspx>)

Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemleri alanında çok başarılı ve prestijli sağlık kurumlarına sahip olmasına karşın son yıllarda küçülen ekonomik piyasalar hem geri ödeme kurumlarının hem de cepten ödeme yapan bireylerin maliyet faktörünü daha fazla göz önüne aldıkları görülmektedir. Tablo 3.2’de bazı ülkelerde yapılan tedavilerin Amerika Birleşik Devletleri ortalamasına göre maliyet oranları verilmiştir. Tablo 3.1 incelendiğinde Karayipler’den, Uzakdoğu’ya, Latin Amerika’dan Türkiye’ye kadar değişik kalitede sağlık hizmeti sunucularından örneklerden görüleceği gibi sağlık turizmi amaçlı seyahatler Amerika Birleşik Devletleri ekonomisine dolaylı yoldan (maliyet azalımı) katkı sağlamaktadır.

Tablo 3.2: Bazı ülkelerde yapılan tedavilerin Amerika Birleşik Devletleri ortalamasına göre maliyet oranları

Ülke	Tedavi Türü	Amerika Birleşik Devletleri Lehine
Antigua	Bağımlılık Tedavisi	Yüzde 40
Barbados	IVF	Yüzde 45
Brezilya	Kozmetik Cerrahi	Yüzde 20
Kosta Rika	Diş Tedavileri	Yüzde 60
Hindistan	Kalça Protezi	Yüzde 60
Malezya	Check-up Taraması	Yüzde 70
Türkiye	Klasik Göz Cerrahisi	Yüzde 50

2018 yılında yapılan ölçümlere göre Amerika Birleşik Devletlerin de hiçbir noktada sağlık sigortası olmayan 28,5 milyon kişi (nüfusun yüzde 8,8'i) vardır. Ülkede sigortalı sayısı 294.6 milyondur. Özel sağlık sigortalarının oranı yüzde 67,2, devlet sigortalarının oranı ise yüzde 37,7'dir. İşveren bazlı sigortalar en yaygın sigorta türü olarak nüfusun yüzde 56'sını kapsamaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2017 yılı itibariyle Medicare ve Medicaid kapsamında kamu sağlık harcaması 1.312 trilyon dolardır. Söz konusu kamu sağlık harcaması Türkiye'nin kamu sağlık harcamasının çok üstünde bir harcamadır. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşen sağlık harcamaları gelişmiş ülkelere göre de çok yüksek düzeydedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyal güvenlik fonları 2017 yılı itibariyle 3,2 trilyon dolardır. Amerika Birleşik Devletleri kamu sağlık harcaması gibi sosyal güvenlik fonları da çok yüksek düzeydedir. Son olarak 2017 yılı itibariyle Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık prim gelirleri toplam 3,5 trilyon dolardır.

Amerika Birleşik Devletleri'nin genel sağlık sistemi, dört ana bölüm tarafından organize edilmektedir. İlgili bölümlerin hedef kitlesi farklıdır. Söz konusu bölümler Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sistem modelini kapsamaktadır. İlgili bölümler aşağıda açıklanmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017).

3.1.1 Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü

Amerika Birleşik Devletleri'nde merkezi yönetim tarafından organize edilen sağlık ve insan hizmetleri bölümü (The Department of Health and Human Services HHS), ülkedeki vatandaşların sağlığını korumak ve onlara temel sağlık hizmetleri sunmak amacıyla kurulmuştur. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri merkezi yönetim tarafından organize edilen sağlık hizmetleri faaliyetlerinin uygulanması eyaletler ve yerel düzeydeki yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Sağlık ve insani hizmetler bölümü finansman araçları hem merkezi yönetim ve hem de özel sektör hibeleriyle sağlanmaktadır. Sağlık ve insan hizmetleri bölümünün 2017 yılına ait bütçesi 1.017 trilyon dolardır. Diğer taraftan Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetleri finansal yönetimi (Health Care Financial Administration- HCFA) tarafından Amerika Birleşik Devletleri vatandaşlarına sağlık hizmeti yardımı sağlayan Medicare ve Medicaid programları vardır. Medicare, sağlık programının amacı yaşlı ve sakat Amerika Birleşik Devletleri vatandaşlarına sağlık sigortası sağlamaktır. Medicaid programı ise çocuk ve düşük gelirli bireylerin sağlık giderlerini karşılamaya yönelik sağlık sigortasıdır (Targonski 2006, ss. 52-63). Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık ve insani hizmetler bölümüne bağlı diğer kuruluşlar şunlardır;

Ulusal sağlık enstitüsü: Tıbbi araştırma faaliyetleri yürütmektedir. Özellikle araştırma faaliyetleri kanser, AIDS ve diyabet gibi hastalıkları kapsamaktadır.

Gıda ve ilaç yönetimi: Gıda ve kozmetik ürünlerin güvenirliliği konusunda çalışmalar yapmaktadır.

Hastalık Kontrol ve önlem merkezi: Bu merkezin amacı salgın hastalıklarla ilgili koruma ve korunma konusunda mücadele etmektir.

Amerikan yerlileri sağlık hizmeti merkezi: Bu merkezin amacı Amerikan ve Alaska yerlilerinin sağlık hizmetlerini karşılamaya yönelik faaliyetler yürütmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Amerikan ve Alaska yerlilerin nüfusu 1.6 milyon civarındadır.

Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi: Sağlığın iyileştirilmesi ve sağlık eşitliği sağlanması için birincil Federal kurumdur. Coğrafi olarak izole edilmiş, ekonomik veya tıbbi açıdan savunmasız olan insanlara sağlık hizmeti sunmaktadır (Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi 2017).

Madde bağımlıları ve ruh sağlığı hizmetleri yönetimi: Bu merkezin amacı uyuşturucu gibi madde bağımlılar ve ruh sağlığı hizmetleri kapsamında faaliyetler yürütmektedir (United States Department of Health & Human Services).

Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurulu (AHRQ): Bu kurul sağlık hizmetlerinin daha güvenli, daha kaliteli, daha erişilebilir, eşit ve uygun fiyatlı hale getirilmesi için kanıtlara dayalı araştırmalar yapmakla yükümlüdür. Bu araştırmalar sonucunda elde edilen bulguları Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü ve diğer kuruluşlar ile paylaşmaktadır (Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurulu 2017).

Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri: Bu merkez neredeyse dört Amerikalıdan birine sağlık hizmet sunmaktadır. Medicare merkezinin amacı yaşlı ve sakat kimselerin sağlık hizmetlerini yürüten merkezdir. Medicaid ise çocuklar ve düşük gelir sahibi kişiler için sağlık hizmetleri sunan bir merkezdir.

Çocuk ve Aileler Yönetimi: Bu merkezin amacı aileler ve çocukların sosyo-ekonomik yönden gelişmesi için faaliyetler yürütmektedir (United States Department of Health & Human Services).

Yaşlılar İdaresi: Bu merkezin amacı hem yaşlılar hem de onların bakmakla oldukları kimseler için sağlık hizmetlerini organize etmektir.

3.1.2 Ordu Sağlık Hizmetleri

Bu merkezin amacı Amerika Birleşik Devletleri'nin ordu mensupları için sağlık hizmetleri faaliyetleri yürütmektir (Smith 2005, s. 126). Bununla birlikte bu merkezin amacı Amerika Birleşik Devletleri Ordusunda görev yapan tüm personeller için sağlık seviye-

lerinin yükseltici hizmetler sunmaktır (Smith 2005, s. 126). Ayrıca bu merkez ordu için tıbbi faaliyetler konusunda ar-ge faaliyetlerini de yürütmektedir.

3.1.3 Gazi İlişkileri Bölümü

Bu merkezinin amacı hem sakat ordu mensupları ve hem de emekli olmuş eski ordu mensupları için sağlık faaliyetlerini yürütmektir. Bu merkez aracılığıyla hastane ve huzurevlerinde gaziler ve emekli olmuş ordu mensuplarına sağlık faaliyetlerinde destek sağlanmaktadır (Targonski 2000, ss. 52-63).

3.1.4 Çalışma Bölümü

Bu bölümün amacı çalışanlarla ilgilidir. Çalışanların mesleki güvenlik gibi çalışma koşullarını iyileştirmek misyonu çalışma bölümü tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca çalışma bölümü Amerika Birleşik Devletleri'nde işçi ve işveren arasındaki sosyal güvenlik konularında arabulucu rolü de üstlenmektedir (Targonski 2000, ss. 52-63).

3.2 AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

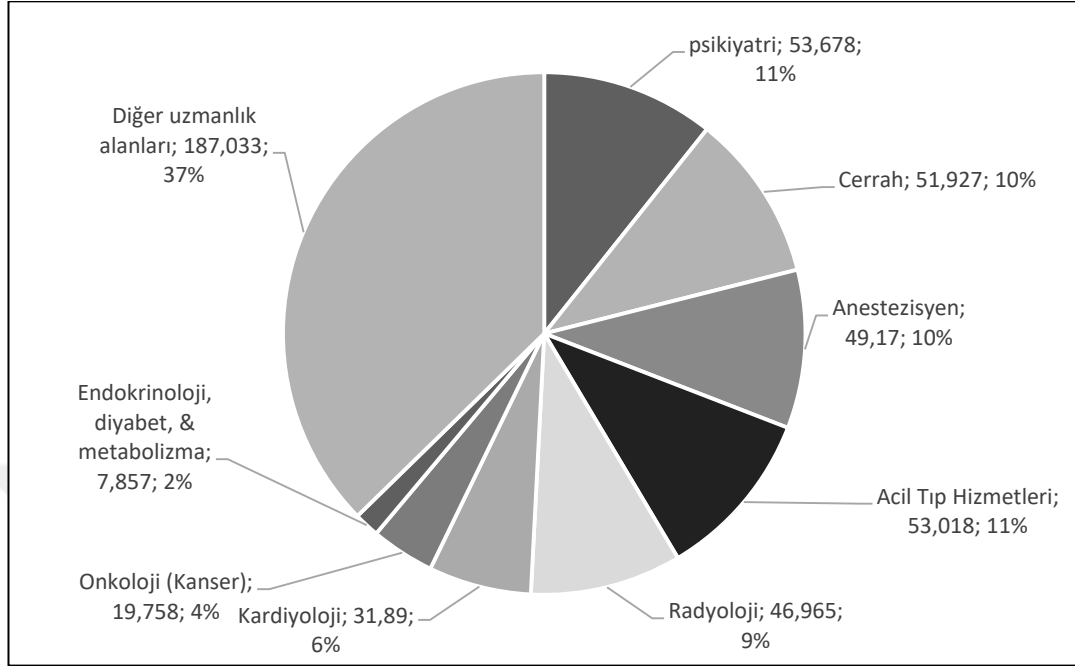
Amerika Birleşik Devletleri de genel kapsayıcı ve tek tip sağlık hizmetleri sunumuna sahip değildir (Sargutan). Bununla birlikte ülke yönetiminin federal biçimde olmasından dolayı eyaletler arasında sağlık hizmetlerinin sunumunda farklılıklar olabilmektedir. Diğer taraftan Amerika Birleşik Devletleri'nde hastalanan kişi sağlık hizmetleri için başka doktora ya da üst basamağa başvurabilmektedirler. Ancak bu imkân hastalanan kişinin gelir düzeyine ve sahip olduğu sigorta poliçesiyle sınırlı kalmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017 2017).

3.2.1 Birincil Sağlık Hizmetleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde birincil sağlık hizmetleri, hastanın sağlık sistemine giriş kapısı olarak görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde birincil sağlık hiz-

metleri 'Halk sağlığı hizmetleri' adı altında verilmektedir. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri vatandaşları rahatsızlandıklarında gidebilecekleri hastane veya özel muayeneler birincil sağlık hizmetleri kapsamındadır (Kılıç 1994, ss. 29-35). Birincil sağlık hizmetleri genellikle kişiye yönelik tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Donaldson vd. 1996, ss. 76-81). Amerika Birleşik Devletleri'nde birinci sağlık hizmetlerinde çalışanlar; Aile hekimleri, genel pratisyenler, çocuk doktorları ve kadın hastalıkları uzmanı doktorlar tarafından yürütölmektedir. Birincil basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin branşlarına göre dağılımları Şekil 3.3'de verilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017). Şekil 3.3'e bakıldığında birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin en çok aile hekimi branşına sahiptir. Birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler kapsamında aile hekiminin payı yüzde 41'dir. Birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler kapsamında aile hekimini sırasıyla dahiliye uzmanı (yüzde 25), pediatri uzmanı (yüzde 11), diyetisyen ve jinekolog (yüzde 13), takip etmektedir. Diğer taraftan, Amerika Birleşik Devletleri'nde birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler kapsamında aile hekiminin payı yüzde 41 olarak yüksek düzeydedir. Aile hekimi, vatandaşların ikamet yerlerinin yakınlarında ilk başvuracakları kişiye yönelik koruyucu hizmeti sunan tabipler olarak tanımlanır. Özellikle aile hekimi olan tabipler, vatandaşlara birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı, tedavi ve danışmanlık hizmetlerini sunmaktadırlar.

Şekil 3.3: Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin branşlarına göre dağılımı-2018



Kaynak: <https://www.statista.com/statistics/209424/us-number-of-active-physicians-by-specialty-area/>

Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp doktorlarının neredeyse yüzde 41'i birincil sağlık hizmetlerinde çalışmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017). Diğer taraftan Amerika Birleşik Devletleri'nde birincil sağlık hizmetleri kapsamında kamudaki sağlık kurumlarında sigortası olmayan hastalara da sağlık hizmeti sunulmaktadır.

3.2.1.1 Halk sağlığı hizmetleri

Halk sağlığı hizmetlerinin amacı Amerika Birleşik Devletleri vatandaşlarının sağlık seviyesini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlarına ulaştırmasını sağlamaktır. Ayrıca savaş, deprem gibi özel hal şartlarında ilaç ve teçhizat gibi sağlık malzemelerini hazır bulundurmaktır.

3.2.1.1.1 Federal düzeyde halk sağlığı hizmetleri

Federal düzeyde halk sağlığı hizmetleri, adında anlaşılacağı üzere federal hükümet tarafından organize edilmektedir. Bu sağlık hizmeti kapsamında eyalet ve yerel düzeydeki halk sağlığı programlarını yönlendirir. Bununla birlikte ulusal bazda gıda ve ilaç yönetimi kapsamında koruyucu çalışmalar da yürütmektedir (Barton 1999, ss. 29-354).

3.2.1.1.2 Eyalet düzeyinde halk sağlığı hizmetleri

Amerika Birleşik Devletleri yönetim sistemi federal cumhuriyet olmasından dolayı eyaletlere ayrılmıştır. Bu sebeple her eyaletin sağlık hizmetleri kapsamında halk sağlığı bölümü vardır. Eyalet düzeyindeki halk sağlığı hizmetleri bölümüyle ilgili yapılan sağlık hizmetleri faaliyetleri eyaletlere göre farklılık gösterebilmektedir.

3.2.1.1.3 Yerel düzeyde halk sağlığı hizmetleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerinin sunumunda en alt kademesini yerel düzeyde sağlık hizmetleri oluşturur. Bu hizmetler yerel hastaneler aracılığıyla yürütülür. Söz konusu yerel hastanelerde ağırlıklı olarak yerel düzeydeki düşük gelirli kişilerin sağlık hizmetlerine yöneliktir (Wall 1996, ss. 1-6).

3.2.2 İkincil ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde birincil sağlık hizmetleri için ağırlıklı olarak basit vakaları kapsamaktadır. Fakat ikincil sağlık hizmetlerinde daha ciddi vakaları kapsamaktadır. Üçüncü sağlık hizmetleri ise ciddi uzmanlık gerektiren hastalıkların tedavi edilmesini kapsamaktadır. Psikiyatri hastaneleri, AIDS merkezleri ve yanık üniteleri üçüncü sağlık hizmetlerine dahildir.

İkincil sağlık hizmetleri diyabet, kanser gibi kronik hastalıkların tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun sürekli artmasıyla Amerika Birleşik Devletleri vatandaşlarının ikincil sağlık hizmetlerine başvuruları artmaktadır. Ay-

rica Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşlı nüfusun artmasıyla da ikincil sağlık hizmetlerine başvuruları arttırmaktadır. Diğer taraftan kronik hastaların tedavisi kapsamında Amerika Birleşik Devletleri dünyada en çok ar-ge faaliyetleri yürüten ülkeleri arasındadır. Bu sebeple Amerika Birleşik Devletleri teknoloji avantajından yararlanarak kronik hastaların iyileştirme süresini düşürmektedir (Barton 1999, ss. 29-354).

3.2.3 Hastane Hizmetleri

Hastane hizmeti kapsamında Amerika Birleşik Devletleri'nde 2003 yılı itibariyle 1000 kişiye düşen yatak sayısı yaklaşık 2,8 iken OECD'de ortalamasında 4,1'dir (Chua 2006). Görüldüğü üzere Amerika Birleşik Devletleri'nin hastane yatak sayısı OECD'nin ortalamasının altındadır. Fakat Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hastanelerde sağlık hizmetleri sürekli gelişmektedir. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık alanında yüksek bütçeli ar-ge harcamaları yapılmaktadır. Bu yönüyle Amerika Birleşik Devletleri'nde dünyada sayılı ülkeler arasındadır. Söz konusu sağlık harcamaları, sağlık alanının tamamına yayılmıştır. İlaçtan, biyomedikal cihazlara kadar sağlık alanındaki tüm sektörlerde bu durum görülmektedir. Sonuç olarak Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hastaneler yüksek düzeyde sağlık cihazları bulundurmaktadır. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneler bu yönüyle sürekli gelişmektedirler. Amerika Birleşik Devletleri'nde yer alan hastane tipleri ve özellikleri aşağıda sıralanmıştır.

3.2.3.1 Federal Hastane Hizmetleri

Adında anlaşılacağı üzere federal yönetim tarafından kurulan ve işletilen hastanelerdir (Chartbook on Trends in the Health of Americans). Şu an için federal yönetimin işlettiği hastane sayısı 250 civarındadır. Bununla birlikte geçmişten günümüze federal yönetim tarafından işletilen hastane sayılarında sürekli bir azalma olmaktadır (Chartbook on Trends in the Health of Americans). Bu durumun sebebi kuşkusuz Amerika Birleşik Devletleri'nde serbest ekonomiden kaynaklanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri diğer kamusal hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetinde de faaliyetlerin özel sektör aracılığıyla yapılmasını teşvik etmektedir.

3.2.3.2 Halk Hastane Hizmetleri

Halk hastaneleri sağlık hizmetleri açısından faaliyetleri küçük çaplıdır. Bu nedenle uzun dönemli bakım ihtiyacı olan hastalara hizmet vermemektedir. Bu hastaneler kısa dönemli hastaneler sınıfında yer almaktadır. Kısa dönemden kasıt, yatış ve tedavi hizmetlerinin maksimum 30 gün sürmesidir (Chartbook on Trends in the Health of Americans). Halk hastaneleri de bir kamusal hizmet alanındadır. Federal hastanelerde olduğu gibi halk hastanelerinin de sayıları azalmaktadır.

3.2.3.3 Kar Amaçlı Hastane Hizmetleri

Kâr amaçlı hastaneler, adından anlaşılacağı üzere özel teşebbüs ile kurulan ve işletilen hastanelerdir. Bu hastaneler özel teşebbüsle kuruldukları için özel hastaneler sınıfında yer almaktadır. Ayrıca bu hastaneler kamu hastaneleri olmadığı için yıllara göre sürekli bir artmıştır (Chartbook on Trends in the Health of Americans).

3.2.3.4 Kar Amacı Olmayan Hastaneler

Kâr amacı olmayan hastaneler, kar dışı amacı gütmeyen hastanelerdir. Bu hastaneler dernek ve sivil toplum örgütleri tarafından kurulan ve işletilen hastanelerdir (Chartbook on Trends in the Health of Americans). Diğer taraftan kâr amacı olmayan hastaneler yıllara göre sürekli azalmıştır (Chartbook on Trends in the Health of Americans).

3.3 AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ’NİN SAĞLIK HARCAMALARI

Amerika Birleşik Devletleri’ne ait sağlık harcamalarının detayları Tablo 3.3’de verilmiştir (OECD). Tablodaki verilere göre Amerika Birleşik Devletleri’nin sağlık harcamalarıyla ilgili verileri incelendiğinde 2000 yılından 2015 yılına göre bir artış söz konusudur. 2015 yılında Sağlığa ayrılan pay yüzde 16,9’dur. Gayri Safi Yurt İçi Hasıla’da (GSYH) sağlığa ayrılan pay 2000 yılından 2015 yılına göre bu artış yüzde 4,4 artarak yüzde 16,9 olarak belirlenmiştir. 2017 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nin sağlığa ayırmış olduğu pay yüzde 17,2’dir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2015 yılı itibariyle toplam harcamalar içinde sağlık harcamalarının payının yüzde 29 olarak gerçekleşmiştir. Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde toplam harcamalar içinde sağlık harcamalarının payı yüksek düzeyde gerçekleşmektedir. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri dünya genelinde sağlık faaliyetleri konusunda önemli harcamalar gerçekleştiren bir ülkedir. Amerika Birleşik Devletleri hem sağlık ekipmanları konusunda hem de sağlık tedavilerindeki ar-ge çalışmalarında önemli harcama yapan bir ülke konumundadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyal güvenlik harcamalarında artış olması önemlidir. Çünkü Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarının finansmanın da en önemli finansman kalemi özel sigortacılık anlayışıdır. Amerika Birleşik Devletleri yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerinden faydalanması için sosyal güvenlik harcamasını yükseltmiştir. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri Başkanı Obama döneminde yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerinden faydalanmasına yönelik önemli reformlar gerçekleşmiştir.

Diğer taraftan Tablo 3.3 incelendiğinde 2000-2015 döneminde Amerika Birleşik Devletleri'nde GSYH'da sağlığa ayrılan payın en yüksek olduğu yıl 2015 yılında gerçekleşmiştir. 2015 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde GSYH'da sağlığa ayrılan pay yüzde 16,9 olarak gerçekleşmiştir. 2000-2015 döneminde Amerika Birleşik Devletleri'nde GSYH'da sağlığa ayrılan payların 2009 yılından 2013 yılına kadar yüzde 16,4 ile devam edip 2014 yılında yüzde 16,6 2015 yılında 0,2 artışla yüzde 16,6 ya yükselmiş 2015 yılında ise yüzde 16,9'a yükselmiştir. İlgili dönemler içinde sağlığa ayrılan oran kamuda 2000 yılında yüzde 5,5, özelde yüzde 7 oranında gerçekleşirken, 2015 yılında ise bu oranlar kamuda yüzde 8,4, özelde ise yüzde 8,5 olarak gerçekleşmiştir.

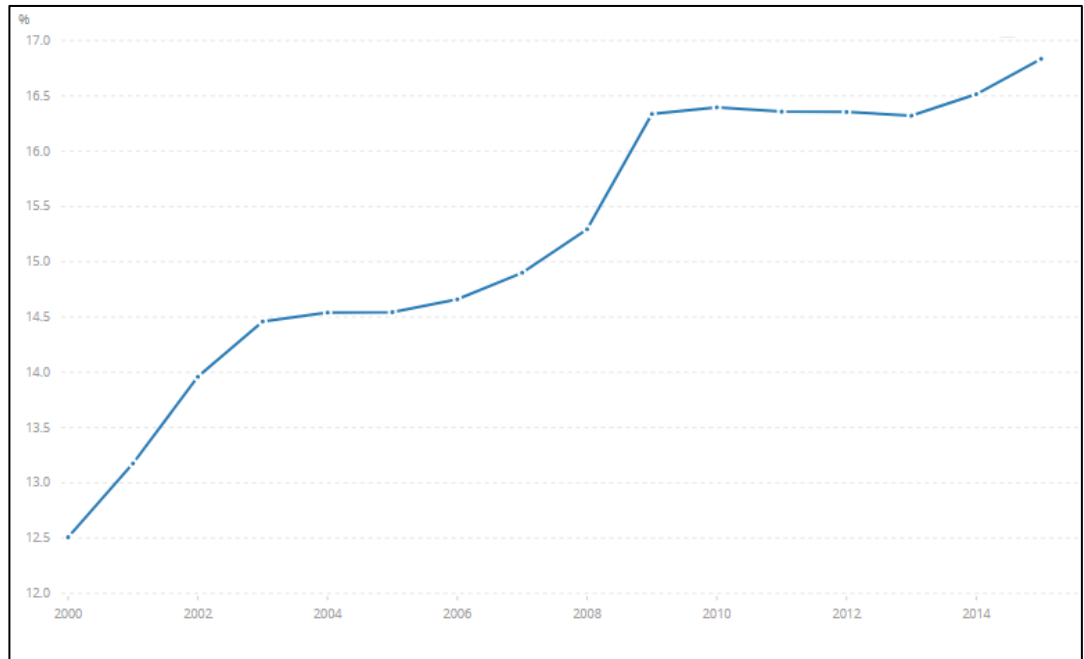
Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyoekonomik yönden geri kalmış vatandaşların sosyal güvenlik aracılığıyla sağlık uygulamaları kapsamında güvencelerinin sağlanması için sürekli politikalar geliştirilmektedir. Sosyal güvenlik, gelirleri ne olursa olsun, kişilere belirli sosyal riskler karşısında gelir ve sağlık güvencesi sağlama görevini yerine getiren uygulamalar olarak tanımlanmaktadır.

Tablo 3.3: Toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı (2000-2015, %)

Ülke	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Türkiye	4,7	5,0	5,2	5,2	5,1	5,1	5,4	5,5	5,5	5,8	5,3	5,0	5,0	5,1	5,1	5,2
Kamu	2,9	3,4	3,7	3,7	3,7	3,5	3,7	3,8	4,0	4,7	4,2	4,0	3,9	4,0	3,9	4,0
Özel	1,8	1,6	1,5	1,5	1,4	1,6	1,7	1,7	1,5	1,1	1,1	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2
ABD	12,5	13,2	14,0	14,5	14,5	14,5	14,7	14,9	15,3	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,6	16,9
Kamu	5,5	5,9	6,3	6,5	6,5	6,6	6,8	6,9	7,2	7,9	7,9	7,9	7,9	8,0	8,2	8,4
Özel	7,0	7,3	7,7	8,0	8,0	7,9	7,9	8,0	8,1	8,5	8,5	8,5	8,5	8,4	8,4	8,5

Kaynak: OECD STAT

Şekil 3.4: Amerika Birleşik Devletleri için sağlık harcamaları verileri (2000-2014, %)



Kaynak: Dünya Bankası

Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık harcamalarıyla ilgili bir başka veriler Tablo 3.4'de verilmiştir. Tablo 3.4'e bakıldığında OECD verilerine göre 1980 yılından 2012 yılına kadar, kişi başı sağlık harcamalarının sürekli artış gösterdiği görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nin toplam sağlık harcamaları içerisindeki kamu harcamaları 1980'den 2012 yılına kadar inişli çıkışlı olmuştur. Bununla birlikte 2012 yılında geçmiş yıllara göre yüksek düzeye çıkmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nin 2012 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı yüzde 47,6'dır. Amerika Birleşik Devletleri'nin 1980 yılında sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı ise

yüzde 41'dir. Sonuç olarak 2012 yılındaki sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı 1980 yılına göre önemli bir artışı vardır.

Diğer taraftan 1990 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarında kamu harcamalarının en düşük oranı gerçekleşmiştir. 1990 yılında sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı yüzde 39,4 olarak gerçekleşmiştir. 2010 ve 2012 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payının en yüksek olduğu yıllardır. 2010 ve 2012 yıllarında sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payları yüzde 47,6 olarak gerçekleşmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı Türkiye'ye kıyasla çok yüksek düzeyde değildir. Bunun en önemli sebebi Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarında özel teşebbüsler tarafından yapılan harcamaların yüksek düzeyde olmasından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarında özel sağlık harcamalarının payı her zaman yüksek düzeydedir.

Tablo 3.4 incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri'nde 1980-2012 yılları arasında kişi başı sağlık harcamaları sürekli artmıştır. 1980 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kişi başı sağlık harcaması 1.102 Amerika Birleşik Devletleri doları iken bu tutar 2012 yılında 8.745 Amerika Birleşik Devletleri dolarına yükselmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1980-2012 yılları arasında kişi başı sağlık harcamasında en yüksek olduğu yıl 2012 yılında gerçekleşmiştir. 2012 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kişi başı sağlık harcaması 8.745 Amerika Birleşik Devletleri dolarıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1980-2012 yılları arasında kişi başı sağlık harcamasında en düşük olduğu yıl ise 1980 yılında gerçekleşmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı 1980 yılında yüzde 23,3 iken bu oran 2012 yılında yüzde 12,0'dir. 2012 yılında cepten yapılan sağlık harcamaları, 1980 yılına göre çok düşük düzeydedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1980-2012 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının en yüksek olduğu yıl 1980 yılında gerçekleşmiştir. 1980 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki içindeki payı yüzde

23,3'tür. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1980-2012 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki içindeki payının en düşük olduğu yıl ise 2010 yılında gerçekleşmiştir. 2010 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki içindeki payı yüzde 11,7'dir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde cepten yapılan sağlık harcamalarındaki içindeki oranlar 1980-2012 döneminde değişken bir seyir izlemiştir. 1980-2012 döneminde ağırlıklı olarak cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı azalmıştır. Bununla birlikte 2012 ve 2000 yıllarında cepten yapılan harcamaların payı bir önceki yıllarına göre artış kaydedilmiştir. 2010 yılında cepten yapılan harcamaların payı yüzde 11,7 iken bu pay 2012 yılında yüzde 12'ye yükselmiştir ve 1995 yılında cepten yapılan harcamaların payı yüzde 14,5 iken bu pay 2000 yılında yüzde 14,9'a yükselmiştir.

Tablo 3.4: Amerika Birleşik Devletleri için sağlık harcamaları verileri

Yıl	Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Satın Alma Gücü Paritesine Göre Amerika Birleşik Devletleri \$)	Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Harcamalarının Payı (yüzde)	Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı	Toplam Sağlık Harcamalarında İlaç Harcamalarının Payı (yüzde)
2015	10.348	50,3	11,1	12,6
2014	9.515	49,9	11,4	12,6
2013	9.121	48,8	11,9	11,7
2012	8.745	47,6	12	11,8
2010	8.247	47,6	11,7	12,4
2005	6.735	44,2	13,2	12,3
2000	4.791	43	14,9	11,8
1995	3.788	45,1	14,5	8,8
1990	2.851	39,4	19,5	9,3
1985	1.834	39,6	22	8,7
1980	1.102	41	23,3	8,7

Kaynak: OECD 2016.

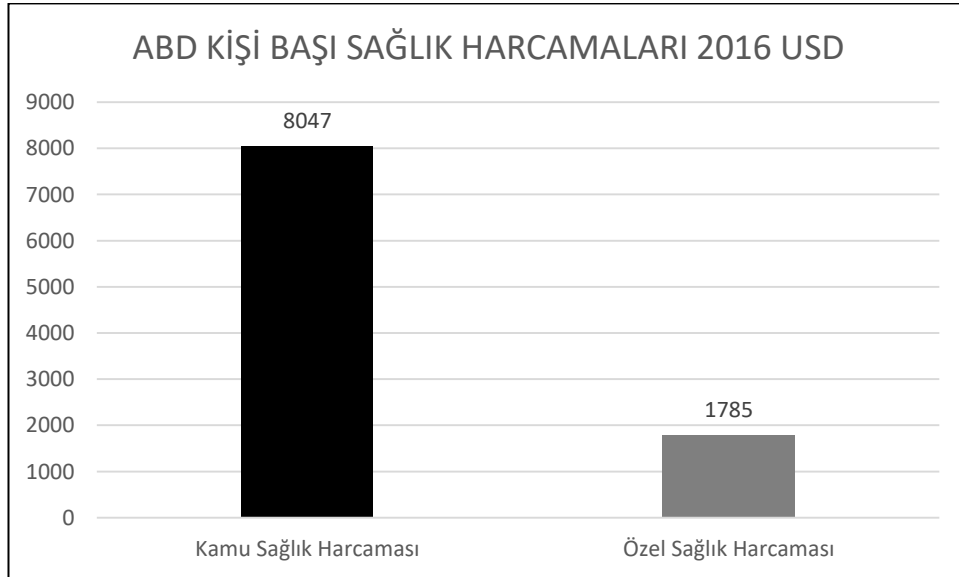
Tablo 3.4 incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri'nde toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı 1980 yılında yüzde 8,7 iken bu oran 2015 yılında yüzde 12,6'ya yükselmiştir. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nde 1980-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payının en düşük olduğu yıl 1995 yılında gerçekleşmiştir. 1995 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı yüzde 8,8'dir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1980-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payının en yüksek olduğu yıl ise 2015 yılında gerçekleşmiştir. 2015 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı yüzde 12,6'dır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1980-2015 döneminde toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı sürekli artmamıştır. 1980-1985 döneminde toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı yüzde 8,7 olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payları artış oranı azalarak devam etmiştir. Toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı 1995 yılında yüzde 8,8, 2010 yılında yüzde 12,3 ve 2012 yılında yüzde 11,8 2015 yılında ise bu oran yüzde 12,6 olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı 1990, 2000 ve 2005 yıllarında toplam sağlık harcamalarındaki ilaç harcamalarının payları ise bir önceki yıllara göre yükselmiştir.

OECD'ye göre 2016 yılı itibariyle Amerika Birleşik Devletleri'nin kişi başı kamu ve özel sağlık harcamaları Şekil 3.4'de verilmiştir (OECD 2015). Şekil 3.5'e bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri'nde kişi başı özel sağlık harcaması, kişi başı kamu sağlık harcamasının üstündedir. 2013 Yılı itibariyle Amerika Birleşik Devletleri kişi başı özel sağlık harcaması 4.510 Amerika Birleşik Devletleri doları iken kişi başı kamu sağlık harcaması 4.190 Amerika Birleşik Devletleri dolarıdır. Bu harcamalara göre Amerika Birleşik Devletleri'nde kişi başı özel sağlık harcaması toplam harcamanın yüzde 55-60 civarı iken kişi başı kamu harcaması toplam harcamanın yüzde 40-45 civarına denk gelmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kişi başı sağlık harcamaları benzer gelişmiş ülkelere kıyasla çok yüksek düzeydedir. Bununla birlikte Sargutan'a göre Amerika Birleşik Devletleri'nde hem kamu ve hem de özel sağlık harcamalarının gelişmiş ülkelere kıyasla çok fazla olmasına rağmen elde edilen sonuçlar aynı oranda olmadığını belirtmiştir (Sargutan). Bunun en önemli sebebi Amerika Birleşik Devletleri'nde vatan-

daşların sağlık hizmetlerinin pahalı olmasından kaynaklanmaktadır. Özellikle sosyal güvenlik alanında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan reformlara rağmen yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde özellikle Obama döneminde yoksul kesimlere sağlık erişiminin kolaylaştırılmasına dönük çalışmalara başlanılmıştır. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri Başkanı Obama döneminde birçok sağlık reformu da gerçekleştirilmiştir.

Yapılan sağlık reformlarına rağmen yoksul kesimlerin sağlık erişimine yönelik kısıtlamalar tamamen bitmemiştir. Özellikle günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde yoksul kesimlerin sağlık erişimine yönelik kısıtlamaların birçoğu devam etmektedir. Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri'nde gelir yüksek düzeyde olan vatandaşlar Amerika Birleşik Devletleri'nin yüksek standartlarına sahip sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Diğer taraftan Türkiye'de Amerika Birleşik Devletleri'ne kıyasla yoksul kesimlerin sağlık erişimleri daha kolaydır. Türkiye'de geliri olmayan vatandaşların sağlık güvenceleri sağlanmaktadır. Bu yönüyle Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri'nin yoksul kesimlerin sağlık erişimi yönünden daha avantajlı bir ülke konumundadır.

Şekil 3.5: Amerika Birleşik Devletleri'nin 2016 yılı itibariyle kişi başı sağlık harcamaları



Kaynak: OECD, 2017.

3.4 AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NİN SAĞLIK FİNANSMANI

Dünya genelinde olduğu gibi Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık finansmanı devlet ve özel sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamaları için baskın olan finansman modeli, özel sağlık sigortası modelidir (Songur 2016, ss. 197-224). Dünya sağlık örgütüne göre Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sisteminin büyük oranda özel sağlık sigortasına bağlı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Dünya sağlık örgütü, Amerika Birleşik Devletleri'nde kişi başına sağlık harcamaları çok düzeyde olmasına rağmen, Amerika Birleşik Devletleri toplumunun sağlık çıktıları iyi olmadığını belirtmiştir (Dünya Sağlık Örgütü 2018).

3.4.1 Kamu Sağlık Sigortaları Finansmanları

Amerika Birleşik Devletleri'nde kamu sağlık sigortaları modelleri vergilerden elde edilen gelirle finanse edilmektedir. Söz konusu kamu sağlık modelleri; Medicare, Medicaid, Eyalet Çocuklarının Sağlık Sigorta Programları, Savunma ve Adalet Bakanlığı ve Amerikan Yerlileri Sağlık Sigorta Programlarından oluşmaktadır. Diğer taraftan Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun yüzde 18'i sigortasızdır. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaşın üzerindeki kişiler kanun gereği Medicare sigortası kapsamındadır.

3.4.1.1 Medicare

Medicare sağlık sigortası doğrudan federal hükümet tarafından finanse edilen bir programdır. Medicare sağlık sigortası, yaşlılar ve kalıcı özürlülere yönelik bir sağlık modelidir. Söz konusu sağlık sigortası 1965 yılından itibaren Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulanmaktadır. Bu sağlık sigortasından 65 yaş ve üzeri kişiler faydalanmaktadır (Lassey 1997, ss. 27-67). Medicare sağlık sigortası kapsamında hastane hizmetleri, hekim hizmetleri ve ilaç hizmetleri sunulmaktadır (Lassey 1997, ss. 27-67). Medicare sağlık sigortasının Medicaid'den farkı, Medicare sağlık sigortasında kişilerin gelir düzeyi bu sigorta programına girebilmesi için bir ölçüt olarak kullanılmaz. Bu sebeple bazı Amerikan vatandaşları her iki programa katılmak için başvuruda bulunabilirler. Amerika'da

Medicare sağlık sigortası, tıbbi masrafların yüzde 80'ini karşılamaktadır. Medicare'den yararlananlar kalan yüzde 20 için özel sigorta şirketlerinden "tamamlayıcı sigorta" satın almak ya da ceplerinden ödemek yapmak zorundadırlar (Medicaid ve Medicare Servisleri Merkezi 2017).

Medicare sağlık sigortasının giderleri, çalışanların bordrolardan kesilen vergilerle finanse edilmektedir; bordrodan yüzde 2,9 (yarısı işçi, yarısı işverenden) kesinti yapılmaktadır. Kendi hesabına çalışanlar da kendi paylarını (yüzde 1,45) ödemektedirler (Özcan ve Özgen 2001, ss. 1494-1513). Bu sebeple devlet çalışanlardan kestiği vergilerle, çalışanlara 65 yaşından sonra hizmet sunmuş olmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2009 yılı verilerine göre Medicare'den yararlananların sayısı 43,4 milyon kişidir. Belirtildiği üzere Amerikalılar bireysel durumlarına göre aynı anda hem Medicare, hem de Medicaid güvencesine dâhil olabilmektedirler. Amerika Birleşik Devletleri'nde toplam olarak hem Medicare ve hem de Medicaid sağlık programlarından yararlanan kişi sayısı yaklaşık 46.5 milyondur.

Tıbbi sigorta ile hastane sigortasının kapsamadığı bazı hizmetlere, esas olarak ayaktan tıbbi hizmetlere yardımcı olmaktadır. Bu kapsamda Medicare bu hizmetlerin yüzde 80'ini karşılamakta olup gerisi cepten ödenmektedir. Sigorta hekim ve hemşire hizmetlerini, röntgen, laboratuvar testlerini, grip aşılarını, diyaliz hizmetlerini, sınırlı ambulans hizmetini, kemoterapi masraflarını ve bazı hormon tedavilerini kapsamaktadır.

3.4.1.2 Medicaid

Medicaid sağlık sigortası Amerika Birleşik Devletleri'nde yoksullar ve özürlülere yönelik sağlık programıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Medicaid sağlık sigortasının finansmanı eyalet hükümeti ve federal hükümet tarafından beraberce yürütülür. Amerika Birleşik Devletleri'nde Medicaid sağlık sigortası bir sosyal program olarak değerlendirilir. Bu sağlık modeli Amerika Birleşik Devletleri'nde Medicare ile birlikte 1965 yılından beri uygulanmaktadır. Bu sağlık sigortasının amacı özürlü bireyler ve düşük gelirli Amerika Birleşik Devletleri vatandaşları için sağlık finansmanı sağlar. Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun yaklaşık yüzde 10,3'ü Medicaid sağlık sigortasından

faaydalanmaktadır. Medicaid kapsamında kapsamlı yardımlar vardır. Bununla birlikte özel sağlık kuruluşları Medicaid sağlık sigortasına sahip kişileri kabul etmemektedir. Çünkü Medicaid sağlık sigortası düşük ödeme oranlarında finansman desteği sağlamaktadır (Medicaid ve Medicare Servisleri Merkezi 2017; Özcan ve Özgen 2001, ss. 1494-1513).

Medicaid sağlık sigortasının uygulanmasında eyaletlere göre farklılıklar olmaktadır. Bazı eyaletlerde Medicaid yardımı almaya hak sahibi kişilere hizmet sunanlara doğrudan ödeme yapılırken, diğerlerinde hizmet sunuculara taşeron özel sigorta şirketleri aracılığı ile ödeme yapılmaktadır. Bununla birlikte Medicaid sağlık sigortası kapsamında eyaletler tarafından yardım asla kişilere para olarak yapılmaz. Bazı eyaletlerde özel sigortalar veya sağlık kurumları doğrudan eyaletin Medicaid departmanıyla kişi başına belli bir ücret üzerinden anlaşma yapmaktadırlar.

Medicaid sağlık sigortasının, Medicare'den farkı belirtildiği üzere sadece başvuranların gerçekten yardıma gereksinimi olup olmadığının araştırılmasıdır. Bu kapsamda ilgili kişilerin sadece gelirlerine bakıldığı sosyal bir programdır. Medicaid sağlık programı, Medicare'den daha kapsamlıdır. Bu sebeple son yıllarda yoksulluğun çok fazla artması nedeniyle eyalet bütçelerini sıkıntıya sokmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde eyaletler arasında Medicaid tarafından karşılanan hizmetler ve bu hizmetlerden yararlanabilme koşulları farklılıklar olmaktadır. Hizmet alanların tıbbi faturalarının tamamını ya da bir kısmını karşılayan Medicaid genel olarak iki başlıkta hizmet sunmaktadır. Bu iki başlık; Hastalık sigortası olmayan veya hastalık sigortaları yetersiz insanlara yardım ve bakım evlerinde kalanların bakımevi ücretlerinin karşılanmasıdır.

Bilinmelidir ki hem Amerika'da uygulanan Medicaid hem de Medicare sağlık programları gelir düzeyi düşük olan ve sağlık hizmetlerinden tam yararlanamayan vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaya yöneliktir (Özcan ve Özgen 2001, ss. 1494-1513). Amerika'da gelir düzeyi yüksek vatandaşlar ile gelir düzeyi düşük vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi noktasında büyük farklar vardır. Bu sebeple Medicaid ve Medicare sağlık uygulamaları ile tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımı-

nın kolaylaştırılması hedeflenmiştir (Özcan ve Özgen 2001, ss. 1494-1513; Medicaid ve Medicare Servisleri Merkezi 2017).

Diğer taraftan Medicaid sağlık programı yardımlarından yararlanabilmek için yoksul olmak birincil koşuldur. Fakat bu koşul tek başına yeterli değildir. Medicaid'den yararlanabilmek için yoksul olmanın yanında belirli ölçütlere uymak gereklidir. Bu ölçütlerin bazıları şunlardır:

- a. Üzerinde mülk olmamak
- b. Kabul görmüş göçmen olmak
- c. Amerika vatandaşı olmak
- d. Gelir düzeyi düşük olmak
- e. Engellik oranı yüksek olması

Yukarıda yer alan koşullara göre Amerika Birleşik Devletleri vatandaşları Medicaid sağlık programından faydalanmaktadır. Bununla birlikte, çocukların durumu, ailelerinin veya kendilerine bakanların yardımlara hak sahibi olup olmamalarına bakılmaksızın değerlendirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Medicaid sağlık programı kapsamında 2001 yılında 46 milyondan fazla Amerikalının tıbbi faturalarını ödemiştir. 2002 yılında Medicaid yardımı alan 39,9 milyon kişinin 18.4 milyonunu çocuklar oluşturmuştur. Medicaid yardımları 2008'de 204 milyar dolara ulaşmıştır. Son olarak Medicaid'den yararlananların sayısı 2008 yılında 42,6 milyon iken, bu rakam 2009 yılında 47,8 milyona yükselmiştir (Özcan ve Özgen 2001, ss. 1494-1513).

3.4.1.3 Gazi İlişkileri Bölümü Sağlık Hizmetleri

Bu sağlık programı adından da anlaşılacağı üzere Amerika Birleşik Devletleri ordusunda gazi olmuş kişileri sağlık harcamalarının finansmanı için oluşturulmuş bir sağlık sigortası modelidir. Bu program kapsamında gazi hastaneleri tarafından gaziler için tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bu sağlık programının faaliyetleri bizzat federal yönetim tarafından organize edilmektedir (Lasey 1997, ss. 27-67).

3.4.1.4 Savunma, Adalet ve Amerikan Yerlileri Sağlık Sigorta Programı

Bu sağlık sigortasının faaliyetleri, gazi ilişkileri bölümü sağlık hizmetlerinde olduğu gibi federal yönetim tarafından organize edilmektedir. Bu sağlık sigortası kapsamında savaşa katılmış personeller ve aktif ordu mensupları faydalanmaktadır (Lassesey 1997, ss. 27-67).

3.4.2 Özel Sağlık Sigortaları Finansmanları

Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun büyük çoğunluğu özel sağlık sigortası kapsamındadır. Bu çoğunluk Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun yüzde 75'ine denk gelmektedir. Bununla birlikte bu oran dünyada sadece Amerika Birleşik Devletleri'ne aittir. Dünya genelinde ülkelerin nüfusları Amerika Birleşik Devletleri'nin nüfusu kadar özel sağlık sigortası kapsamında değildir. Sonuç olarak Amerika Birleşik Devletleri vatandaşları için sağlık harcamalarının en kapsamlı finansman kaynağı özel sağlık sigortaları kuruluşlarıdır.

Özel sağlık kuruluşları, sağlık hizmetleriyle ilgili farklı paket programları işverenler tarafından satın alınır (Lassesey 1997, ss. 27-67). Ayrıca vatandaşlar tarafından da bütçelerine göre özel sağlık sigortaları paketlerinden faydalanırlar. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nde özel sağlık sigortası zorunlu değildir. Diğer taraftan Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık sigortalarının hepsi kâr amaçlı değildir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kâr amacı gütmeyen sağlık sigortaları da mevcuttur. Bu sebeple Amerika Birleşik Devletleri'nde özel sağlık sigortaları kâr amacı güden ve gütmeyen olarak iki kategoriye ayrılmaktadır (Lassesey 1997, ss. 27-67).

3.4.2.1 Kar Amaçlı Olmayan Sigorta Kuruluşları

Amerika Birleşik Devletleri'nde kâr amaçlı olmayan sigorta programları, Blue Cross ve Blue Shield kuruluşlarıdır. Blue Cross işçi grupları üzerinden düşük aidat ücreti alınarak hastana hizmeti veren bir programdır. Blue Shield ise hastane dışı hekim hizmetleri sunan bir programdır. 1978 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Blue Cross ile Blue

Shield programları birleşerek Blue Cross ve Blue Shield Birliği adı altında sağlık için sigorta faaliyetlerini yürütmüşlerdir.

3.4.2.2 Kâr Amaçlı Olan Özel Sağlık Sigortaları

Blue Cross ve Blue Shield Planları'nın sağlık sigortaları kâr amaçlı özel sağlık sigortalarının girişlerine ön ayak olmuşlardır. (Lasseey 1997, ss. 27-67).

3.4.2.2.1 Grup sağlık sigortası

İşletmeler veya fabrikaların işverenleri tarafından çalışanları için yapılan toplu sigorta poliçesine denir. Bu sigorta programı kapsamında işveren çalışanlarından belli kesintileri karşılığında çalışanlarına sağlık sigortası yaparlar. Söz konusu kesintiler sabit olmayıp, farklılıklar göstermektedir (Sargutan).

3.4.2.2.2 Bireysel sağlık sigortası

Bireysel sağlık sigortası, kişinin işverenden bağımsız herhangi bir sigorta şirketi aracılığıyla sağlık sigortası olmasıdır. Bu sağlık sigortası kapsamında Amerika Birleşik Devletleri vatandaşı bütçesine göre sigorta şirketi aracılığıyla sağlık sigorta poliçesi satın alır. Söz konusu sigorta poliçesi kapsamında sağlık harcamalarını finanse eder (Sargutan).

3.4.2.3 Sağlık Güvencesi Bulunmayan Nüfus

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan vatandaşların hepsi sağlık sigortası kapsamında değildir. Çünkü Amerika Birleşik Devletleri yönetimi tarafından tüm vatandaşları sağlık sistemini dahil eden bir sağlık sistemi mevcut değildir. 2000 yılı için toplam nüfusun yüzde 14 sağlık güvencesi olmayan kesimi oluşturmaktadır (Sargutan). Sonuç olarak Medicaid sağlık programına rağmen Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun önemli bir kesimi hala sağlık sigortası kapsamında değildir (Fowler 1994, ss. 35-38). Diğer taraftan sağlık sigortası olmayanların büyük bir kısmı yetişkinler tarafından oluşmaktadır. Söz konusu sağlık sigortası olmayan yetişkin kesim Amerika Birleşik

Devletleri yaşıyan gelir seviyesi düşük ve yoksul kişilerden oluşmaktadır. Sağlık sigortası olmayanların küçük bir kısmını çocuklar oluşturmaktadır. Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuk nüfusunun büyük bir kısmının sağlık güvencesinin olduğu söylenebilmektedir.

Resmi istatistiklere göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 2008 yılında yüzde 13,2 (39,8 milyon kişi) olan yoksulluk hızı, 2009 yılında yüzde 14,3'e (43,6 milyon kişi) yükselmiştir. Bu rakam, yoksulluk hesaplamalarının yapılmaya başlandığı 1959 yılından beri ulaşılan en yüksek rakamdır (Fowler 1994, ss. 35-38). Yoksulluk hızı 18 yaş altı çocuklarda yüzde 20,7'ye yükselirken, 18-64 yaş grubunda yüzde 12,9 ve 65 yaş üzerindeki için yüzde 8,9 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılında ise durum daha da kötüleşerek resmi yoksulluk hızı yüzde 15,1'e (46,2 milyon kişi) yükselmiştir. Böylece yoksulluk hızı 2007'den beri üçüncü kez ardı ardına yükselmektedir ve son 52 yılın zirvesine ulaşmaktadır. Çocuk yoksulluğu da yüzde 22'ye çıkarak bir rekor kırmıştır (Fowler 1994, ss. 35-38).

Amerika Birleşik Devletleri'nde herhangi bir (özel, istihdama dayalı veya Medicare/Medicaid aracılığı ile genel bütçeden) hastalık sigortası olmayanların oranı 2008'de yüzde 15,4 (46,3 milyon kişi) iken, 2009'da yüzde 16,7'ye (50,7 milyon kişi) ulaşmıştır ve bu 1987'den beri ulaşılan en yüksek rakamdır. Böylece herhangi bir şekilde hastalık sigortası olanların sayısı bu dönemde 255,1 milyondan 253,6 milyona gerilemiştir (Fowler 1994, ss. 35-38).

4. TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK SİSTEMİ

Türkiye Cumhuriyeti'nin nüfusu 2018 yılı itibariyle 82.3 milyondur. Başkenti Ankara'dır. Türkiye Cumhuriyeti'nin yönetimi Cumhuriyet şeklinde olup 81 vilayeti bulunmaktadır. Bununla birlikte Türkiye Cumhuriyeti Devleti ekonomik yönden gelişmekte olan ülkeler kategorisinde yer almakta olup GSMH 2018 yılı itibariyle 3,7 trilyon Amerikan dolarıdır. Türkiye'de sağlık sistemlerinin sunumu kamu ağırlıklı olup özel sağlık sigortası kamu oranında paya sahip değildir.

OECD'nin 2017 yılı istatistiklerine göre Türkiye'nin yıllık kişi başına sağlık harcaması 1.194 dolardır (OECD). Ayrıca Türkiye'de sağlık harcamaları için GSMH' dan ayrılan pay yüzde 4,2'dir.

Türkiye'nin sağlık sistemi sürekli gelişme göstermektedir. Özellikle Türkiye'de sağlık sistemi herkesim tarafından faydalanacak bir model üzerine oturmaktadır. Türkiye'de merkezi randevu sistemi, sağlık sigortası olmayanlara sağlık hizmetinin sunulması, gelişen hastane hizmetleriyle sağlık sistemi sürekli gelişim göstermektedir. Bu kapsamda Türkiye'nin sağlık sisteminin refah yönelimli olduğunu söyleyebiliriz. Bununla birlikte Türkiye'de sağlık sistemlerinin sunumu kamu ağırlıklıdır. Türkiye'de özel hastane hizmetleri gelişme göstermiştir. Fakat Türkiye'de özel sağlık sigortası gelişmemiştir.

Geçmişten günümüze Türkiye'de sağlık hizmetleri hızla iyileşmekte ve bazı bakımlardan OECD ortalamalarına yaklaşmaktadır. Fakat Türkiye'deki ortalama yaşam süresi diğer OECD ülkelerindekilerden daha düşük ve bebek ölüm oranı da daha yüksektir. Bununla birlikte sağlıkta dönüşüm programı kapsamında gerçekleşen iyileşmelere rağmen, Türkiye ile diğer OECD içi ve dışı üst orta gelirli ülkeler arasında sağlık hizmetleri kapsamında kıyaslamalar yapıldığında Türkiye'deki sağlık durumunun, söz konusu ülkelere göre daha düşük düzeydedir.

Türkiye'deki sağlık durumunun iyileşmesini sağlayan pek çok unsur vardır. İlâveten sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların daha yüksek ve daha etkili olması, bu iyileş-

melerin önemli bir kısmının sebebidir. Toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamaları çok aşırı gözükme de diğer OECD ülkelerindeki harcama düzeylerine bakıldığında ve üst orta gelir grubu ülkelerle kıyaslandığında, toplam sağlık harcamalarının aşırı olmadığı görülmektedir. Ancak sağlık alanındaki kamu harcamaları, diğer ülkelere kıyasla ortalama seviyede veya bu seviyenin üstündedir. 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programının başlatılmasını takip eden ilk 3 yıl içinde, sağlık harcamaları hızla yükselmesine rağmen toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamalarındaki artışların, Türkiye'deki ekonomik büyüme hızlı olduğu için, karşılanabilir düzeyde olmuştur.

Diğer taraftan Türkiye'de uygulanan sağlık modeli, genel sağlık sigortası olarak adlandırılmaktadır. Genel sağlık sigortası modelinin amacı tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaktır. Anayasaya göre Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık hizmetinin kamu niteliğinde olduğu ve ayrıca devletin görevleri arasında olduğunu belirtilmektedir. Türkiye'de genel sağlık sigortasının tam olarak uygulanması 2012 yılında gerçekleşmiştir. Genel sağlık sigortası kapsamında ekonomik yönden geri kalmış vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmıştır.

4.1 TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN SAĞLIK SİSTEMİNİN YAPISI

Türkiye için sağlık politikası kararları Meclis, Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, Belediyeler ve Anayasa Mahkemesi tarafından verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2017). Söz konusu karar alıcılar tarafından Türkiye'nin sağlık sistemini yönlendirilmektedir.

Türk sağlık sisteminde yer alan kurumların görev ve fonksiyonları dört temel başlık altında incelenebilir. Bu başlıklar sırası ile politika oluşturma, idari karar alma, finansman ve hizmet sunumu şeklindedir (Tengilimoğlu vd., 2015: 147):

- a. Politika oluşturma, Sağlık Bakanlığı başta gelmek üzere devlet planlama teşkilatı, özel sektör ve sivil toplum kurumları roller üstlenmektedir. Politikaların yasal zeminin hazırlanması aşaması TBMM ve Anayasa Mahkemesi, sağlık insan gücünün yetiştirilmesi ve planlanması aşamasında ise Yüksek Öğretim Kurumu danışmanlık hizmetleri sunmaktadır.

- b. İdari karar alma aktörlerini Sağlık Bakanlığı ile il sağlık müdürlükleri oluşturmaktadır.
- c. Finansman aktörlerini ise Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, özel sigortalar ve tamamlayıcı sağlık sigortaları ve uluslararası kuruluşlar oluşturmaktadır.
- d. Hizmet sunumu ise kamu hastaneleri ve özel hastaneler tarafından gerçekleştirilmektedir.

Bununla birlikte Türkiye'nin şu anda yürürlükte olan sağlık modeli 1961 tarihli 224 sayılı karar ile Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasasıyla gerçekleşmiştir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile sağlık hizmetlerinin birleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması, öncelik sağlık hizmeti ve tek elden yönetimi ilke edinmiştir. Diğer taraftan 1983 yılında ülkenin tamamını kapsam altına alan sağlık sistemi tam olarak uygulanamamıştır (Eren 1985, s. 147 ve Fişek 1985, s. 159).

Türkiye'de her ne kadar sağlık hizmetlerinde kamusal sistem baskın gözükse de 24 Ocak 1980 kararları ile başlayan liberalleşme süreci sağlık sektörüne de yansımıştır. Bu kapsamda anayasada yer alan devletin sağlık hakkını sağlama maddesi 1982 anayasası ile kaldırılmıştır. 1982 Anayasasında devletin sadece sağlık hizmetlerini düzenlemekle sorumlu olduğu belirtilmiştir. Bu sebepten dolayı araştırmacılar 1982 anayasası ile Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde devletçilik ilkesinin terk edildiğini belirtmişlerdir (Soyer ve Belek 1998, s. 123).

Elli dokuzuncu Hükümeti'n Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye'nin sağlık sisteminde köklü değişiklikler öngörülmüştür. Bu değişiklikler kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısında ve sağlık hizmetleri sunumunda önemli değişiklikler planlanmıştır. Söz konusu değişikliklerle Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının, özel sektöre devredilmesinin önü açılmıştır (Güler 2003, s. 104).

Türkiye'de uygulanmakta olan Aile Hekimliği Uygulaması, sağlık sisteminde yapılan değişiklikler ile faaliyete geçmiştir. Aile hekimliği uygulaması birinci basamakta uygulanan tedavi hizmetidir (Türk Tabipleri Birliği 2006, s. 120).

Yukarıda belirtilen faaliyetler haricinde sağlık sisteminde yapılan reformlarla birçok değişiklikler getirilmiştir. Genel sağlık sigortası bu değişikliklerden biridir. Genel sağlık sigortası ile tüm vatandaşların ortak sigorta kapsamına alınması hedeflenmiştir. Ayrıca genel sağlık sigortası ile kamunun özel sağlık kuruluşları ile sözleşmeler yoluyla hizmet satın alması desteklenmiştir (Gülbiye 2007, s. 124).

4.2 TÜRKİYE CUMHURİYETİ'N DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Türkiye sağlık personeli açısından yeterli düzeyde değildir. Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye sağlık personeli sayısı olarak geridedir. Özellikle Türkiye tıp doktoru sayısında çok geridedir. Bununla birlikte Türkiye hemşire sayısında da Avrupa Ülkelerinin çok gerisindedir. Türkiye'nin sağlık sisteminde hem sağlık personeli ve hem de sağlık hizmetlerinin sunumunda Avrupa Ülkelerine kıyasla yetersizlik söz konusudur. Bununla birlikte Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgeler arasında büyük farklar vardır. İstanbul'da verilen sağlık hizmetleri sunumunun kalitesi, Hakkâri'de düşmektedir (Gülbiye 2007, s. 124). Türkiye'de sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sunulmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kullanımında bölgesel ve kırsal-şehir ayrımından kaynaklanan eşitsizlikler vardır. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında şehir-kırsal arasında ve bölgeler arasındaki sağlık hizmetlerinde iyileştirilmeler yapıldı. Fakat hala bölgeler arasında sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda problemler devam etmektedir. Türkiye'nin doğusunda sunulan sağlık hizmetleri ile batısında sunulan sağlık hizmetleri birbirinden farklıdır. Türkiye'nin batısında sunulan sağlık hizmetleri Türkiye'nin doğusuna göre daha iyi bir durumdadır. Bununla birlikte Türkiye'de şehirlere kıyasla kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişimi daha zor ve daha pahalıdır. Sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri yerine daha maliyetli olan yatan hasta tedavisi ve ayakta tedaviye yönelik hastane bazlı hizmetlere tahsis edilmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında, Türkiye'nin ihtiyacın en yoğun olduğu doğusunda ve güneydoğusundaki sağlık personeli sayısında önemli bir artış olmasına rağmen, günümüzde söz konusu bölgelerde yeterli düzeyde sağlık hizmeti en uygun düzeyde olmamaktadır. Yine de geçmiş yıllara kıyasla önemli iyileştirmeler yapılmıştır.

4.2.1 Birinci Sağlık Hizmeti

Birincil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler kapsamına başta aile hekimleri olmak üzere pratisyen hekimler, çocuk hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları hekimleri ve diyetisyenler girmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017). Bununla birlikte, birinci basamak hizmetleri kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından iller düzeyinde sağlık ocakları, sağlık merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri ve dernekleri ile sunulan temel sağlık hizmetlerini içermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri genel olarak kırsal bölgelerde daha iyi bir altyapıya sahiptir.

4.2.2 İkinci Sağlık Hizmeti

Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetleri, genel hastane hizmetlerini kapsamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2017). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde hastane yatak sayısı AB ülkelerinin ortalamasının altındadır. Özellikle Türkiye'de özel hastanelerdeki yatak sayısı AB ortalamasının çok gerisindedir.

4.2.3 Üçüncü Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de sağlık hizmetleri kapsamında üçüncü basamak hizmetleri olarak adlandırılan sağlık hizmetleri; üniversitelerin eğitim hastaneleri ve bu hastanelerinin sunduğu hizmetleri kapsamaktadır.

4.3 TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN SAĞLIK HARCAMALARI

2003 yılı itibariyle başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programında sosyal sigorta sistemi korunmuştur. Bununla birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık harcamalarının kontrol edilmesi sağlanmıştır. Diğer taraftan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye'nin kamu sağlık harcamaları sürekli artmıştır. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında özel sağlık sigortacılık faaliyetlerinin gelişmesi de sağlanmıştır.

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık harcamaları çok hızlı bir şekilde artmıştır (Belek 2012, s. 142). Bununla birlikte toplam sağlık harcamaları artışına paralel olarak kamu sağlık harcamaları da yüksek oranda artmıştır (Belek 2012, s. 142). Kamusal sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının artışının büyük bir kısmı kamunun kişisel harcamalarından kaynaklanmıştır. Kamunun kişisel harcamaları ilaç ve tedavi hizmetlerini kapsamaktadır (Yılmaz ve Yentürk 2012, s. 62). Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında kamusal sağlık harcamalarının hızlı artmasının başka nedenleri de vardır. Bu nedenlerden biri, yeşil kart sahiplerinin artışıdır. Türkiye'de yeşil kart sahibi vatandaşların sayısı 2000 yılında yaklaşık 7 milyondur (Sosyal Güvenlik Kurumu 2010). 2012 yılı itibariyle Yeşil Kart uygulamasına son verildi. Bu tarihten itibaren Genel Sağlık Sigortası (GSS) iş ve işlemleri yürütülmeye başlandı. GSS primleri devlet tarafından ödenen kişi sayısı 2012 yılında yaklaşık 9,1 milyon 2015 yılında ise yaklaşık 9 milyon olmuştur. (Sosyal Güvenlik Kurumu 2015). Ayrıca yeşil kartlı vatandaşlara sunulan sağlık hizmetleri neredeyse diğer sigortalılarla eşit hale gelmiştir.

Sağlıkta dönüşüm reformu sonrasında özel sağlık kuruluşlarından vatandaşların belirli bir fark ücreti kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanması da kamunun sağlık harcamalarını arttırmıştır. Türkiye'de kamunun sağlık harcamalarında sürekli artış olmasına rağmen, kamu sağlık harcamalarında ve kişisel harcamalarında OECD ülkeleri arasında en düşük oranda olan ülkeler kategorisindedir (Yılmaz ve Yentürk 2012, s. 62; Kırılmaz vd. 2017).

Sağlık bakanlığı tarafından 2011-2014 yılları arasında Türkiye'nin sağlık harcamalarının verileri Tablo 4.1'de verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2017). Bu tabloya göre 2010 yılından 2017 yılına kadar sağlık harcamasının artmış olduğu görülmektedir. 2010 yılında Türkiye'nin toplam sağlık harcaması 61,6 milyar TL iken, bu harcama kalemi 2017 yılında 140,6 milyar TL'ye çıkmıştır. Buna karşılık; GSYH' da sağlığa ayrılan payın bu yıllar arasında gittikçe azaldığı görülmektedir. Bu değer 2010 yılında yüzde 5,3 iken 2017 yılında yüzde 4,5 değerine kadar düşmüştür.

Benzer şekilde 2017 yılı itibariyle toplam harcamalar içinde sağlığa ayrılan pay 2010 yılına göre düşük düzeydedir. Tablo 4.1'e göre 2017 yılında toplam sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarına ayrılan pay 2010 yılına göre yüksek düzeydedir. Fakat 2017 yılına ait sosyal güvenlik harcaması yine de 2012 yılına göre düşük düzeydedir. 2010-2012 yılları arasında toplam sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamaları sürekli artmıştır. Bununla birlikte toplam sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarına ayrılan payın en yüksek olduğu yıl 2012'dir. Diğer taraftan, 2010 yılında sağlık harcamalarının GSYH' dan aldığı pay yüzde 5,3 iken bu pay 2017 yılında yüzde 4,5'e düşmüştür.

Türkiye'de 2010-2017 döneminde sağlık harcamalarının GSYH' dan aldığı payın en yüksek olduğu yıl da 2010 yılında (yüzde 5,3) gerçekleşmiştir. Takip eden yıllarda bu yüzde oran zamanla azalmıştır. 2014 yılında Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYH' dan aldığı pay yüzde 4,6 olarak gerçekleşmiştir. 2017 yılında ise yüzde 4,5 ile en düşük orana inmiştir. Türkiye'de 2010-2014 yılları arasında toplam harcamalar içinde sağlığa ayrılan payın en yüksek olduğu yıl, 2011 yılında gerçekleşmiştir. 2011 yılında Türkiye'de toplam harcamalar içinde sağlığa ayrılan pay yüzde 11,25 olarak tespit edilmiştir.

Toplam harcamalar içinde sağlığa ayrılan pay kapsamında 2011 yılını 2010 yılı takip etmiştir. 2010 yılında toplam harcamalar içinde sağlığa ayrılan pay yüzde 10,96 olarak tespit edilmiştir. 2010-2014 yılları arasında toplam harcamalar içinde sağlığa ayrılan payın en düşük olduğu yıllar, 2013 ve 2014 yıllarında gerçekleşmiştir. Türkiye'de 2013 ve 2014 yıllarında toplam harcamalar içinde sağlığa ayrılan pay yüzde 10,5 olarak gerçekleşmiştir.

2010-2017 döneminde Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarına ayrılan payın en yüksek olduğu yıl 2013 yılında gerçekleşmiştir. 2013 yılında Türkiye’de sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarına ayrılan pay yüzde 70,96 olarak tespit edilmiştir. Sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamaları kapsamında 2013 yılını 2012 yılı takip etmiştir. 2012 yılında Türkiye’de sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarına ayrılan pay yüzde 70,82 olarak tespit edilmiştir. 2010-2014 döneminde Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarına ayrılan payın en düşük olduğu yıl ise 2010 yılıdır. 2010 yılında Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarına ayrılan pay yüzde 63,31 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarına ayrılan pay 2010 yılında yüzde 63,31 iken bu pay 2014 yılında yüzde 69,98’e yükselmiştir. 2014 yılındaki sosyal güvenlik harcamasının 2010 yılına göre yüksek düzeyde olması Türkiye açısından olumlu bir göstergedir. Çünkü Türkiye’de geçmiş yıllara göre sosyal güvenlik harcamalarının artmasıyla refah artışı sağlanmıştır. Bununla birlikte Türkiye’nin ekonomisindeki gelişmeler sosyal güvenlik harcamalarını doğrudan etkilemektedir. Ülkelerin ekonomik yönden gelişmişlik düzeylerinin artmasıyla sosyal güvenlik harcamaları olumlu yönden etkilemektedir. Çünkü herhangi bir ülkede ekonomideki değişim sosyal güvenlik harcamalarıyla paralel düzeydedir. Türkiye ekonomisi gelişmekte olan ülkeler kategorisindedir. Bu sebeple Türkiye'nin sosyal güvenlik harcamaları gelişmiş ekonomilere sahip ülkelerin harcamalarından daha düşük düzeydedir. Ayrıca Türkiye’de geçmiş yıllarda yaşanan ekonomik krizler sosyal güvenlik harcamalarını düşürmüştür. DSÖ; bir ülkenin sağlık harcaması payının o ülkenin GSYH’ nın en az yüzde 5’i olması gerektiğine vurgu yapmakta ve gelişmekte olan ülkeler için bu oranı hedef olarak göstermektedir. Türkiye’de bu oran 2010 yılından itibaren hedeflenen oranın altına düşmüştür. Halbuki OECD ülkelerinin ortalaması 1980-2012 yılları arasında yaklaşık olarak yüzde 6,7’den yüzde 9,3’e yükselmiştir. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payını etkileyen sebeplerin yalnızca sosyoekonomik ve piyasa faktörleriyle açıklanamayacağını, sağlık sistemleri model tercihlerinin, kurumsal özelliklerin, yönetim, örgütlenme ve finansman farklılıklarının da sağlık harcamalarının payını ve büyüme hızını etkileyebileceğini göstermektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 113-114).

Tablo 4.1: Türkiye'nin sağlık harcamaları verileri (2010-2017)

Yıl	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH' ye Oranı (yüzde)	Toplam Harcamalar İçinde Sağlığa Ayrılan Pay (yüzde)	Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Devlet Harcamalarının Payı (yüzde)
2017	140.647	4,5	-	78,2
2016	119.756	4,6	-	78,4
2015	104.568	4,5	-	78,1
2014	94.750	4,6	10,5	77,5
2013	84.390	4,7	10,5	78,3
2012	74.189	4,7	10,77	79,1
2011	68.607	4,9	11,25	77,9
2010	61.680	5,3	10,96	67,75

Kaynak: OECD, TÜİK, SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017.

Türkiye'nin sağlık harcamaları için başka bir veriler Tablo 4.2'de sunulmuştur. Tablo 4.2 de yer alan veriler OECD tarafından sağlanmışır (OECD 2018). Türkiye kişi başı sağlık harcamalarında 1985'ten 2017 yılına kadar sürekli artmıştır.

Tablo 4.2'ye göre; toplam sağlık harcamalarında kamu harcamaların payının en yüksek düzeyde olduğu yıl 2012 yılında yüzde 79,1 olmuştur. 2017 yılında toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı yüzde 78,2'dir. Bununla birlikte 2017 yılında toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı 1980 yılına göre büyük artış olmuştur. 1980 yılında toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı en düşük düzeydedir 1980 yılında toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı yüzde 48,32'tür.

Tablo 4.2'ye bakıldığında OECD tarafından sağlanan veriler arasında cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı ile toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı için tüm yıllara ait veriler yer almamaktadır. Bununla birlikte OECD bazı yıllar için verdiği verilere göre; 1995 yılı cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payının yüzde 29,7 en yüksek olduğu yıldır. OECD verilerine göre Türkiye'de toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının payı 1985'de yüzde 13 iken bu oran 2000 yılında yüzde 26,6'a yükselmiştir. 2000 yılında Türkiye'deki sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı 1985 yılına göre ortalama iki kat artmıştır.

Tablo 4.2: Türkiye için sağlık harcamaları verileri (1980-2017)

Yıl	Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Amerika Birleşik Devletleri \$)	Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Harcamalarının Payı (yüzde)	Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (yüzde)	Toplam Sağlık Harcamalarında İlaç Harcamalarının Payı (yüzde)
2017	1.194	78,2	21,7	-
2016	1.092	78,4	21,6	-
2015	1.029	78,1	21,8	-
2014	1.043	77,5	22,3	-
2013	978	78,3	21,6	-
2012	917	79,1	15,4	-
2010	872	77,9	16,2	-
2005	583	67,75	22,7	-
2000	426	61,5	27,6	26,6
1995	239	70,2	29,7	-
1990	199	59,7	-	20,4
1985	89	48,3	-	13
1980	98	29,5	-	-

Kaynak: OECD 2018.

Ülkelerin sağlık hizmetleri kapsamında harcadıkları paranın artması o ülkenin sosyal ve ekonomik yönden gelişmişlik düzeyine işaret etmektedir. Bununla birlikte, Türkiye için 2017 yılı itibariyle sağlık harcamaları kapsamında kamu ile özel sağlık harcamalarının

karşılaştırılması Şekil 4.1’te verilmiştir. Şekil 4.1’e göre Türkiye’nin kamu sağlık harcamaları, özel sağlık harcamalarına göre çok yüksektir. Türkiye için 2017 yılında kamu sağlık harcamaları 934 dolar iken özel sağlık harcamaları 260 dolardır (OECD 2018). Türkiye’nin sağlık harcamalarında eski yıllara göre bir artış söz konusudur. Fakat gelişmiş ülkelere göre kıyaslandığında Türkiye’nin sağlık harcamaları düşük düzeydedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık harcamalarında özel sağlık harcamaları kamu sağlık harcamalarına göre daha fazla iken bu durum Türkiye’de tam tersidir. Türkiye’de sağlık harcamalarında kamunun sağlık harcamaları özel sağlık harcamalarından daha fazladır. Bununla birlikte Türkiye geliştirmekte olan ülkeler kategorisinde sağlık alanında yapılan reformlardan dolayı sağlık şartlarının vatandaşlara sunumunda iyi durumdadır.

Şekil 4.1: Türkiye’nin kamu ve özel sağlık harcamaları 2017



Kaynak: OECD, 2017.

Türkiye’nin 2002-2016 dönemi yıllara göre kişi başı sağlık harcamalarıyla ilgili veriler Tablo 4.3’de verilmiştir. Tablo 4.3 incelendiğinde kişi başı sağlık harcamaları 2002 yılında 284 TL iken 2016 yılında bu tutar 1.524 TL’ye yükselmiştir. Ayrıca 2002 yılında kişi başı sağlık harcamaları 189 dolar iken bu oran 2016 yılında bu oran 504 dolara yükselmiştir. Bununla birlikte Tablo 4.3’e göre 2002-2016 döneminde kişi başı sağlık harcamaları nominal olarak yüzde 290, reel olarak yüzde 40 artmıştır. Ayrıca 2002-2016 döneminde Türkiye’deki ekonomik gelişmelere bağlı olarak Amerika Birleşik Devletleri

dolarında kişi başı sağlık harcamaları yüzde 209 ve Amerika Birleşik Devletleri dolarında satın alma gücü paritesi olarak da yüzde 117 artmıştır. Sonuç olarak 2016 yılına ait Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamaları 2002 yılına göre çok artmıştır.

Bununla birlikte Türkiye'de sağlık harcamaları yıllara göre artmasına rağmen, bu artışlar yeterli düzeyde değildir. Bunun sebebi kuşkusuz Türkiye'nin ekonomik durumundan kaynaklanmaktadır. Bu sebeple 2009 yılında Türkiye'de yaşanan ekonomik krizden dolayı 2009 yılında kişi başı sağlık harcaması bir önceki yıla (2008) göre düşmüştür. 2008 yılında kişi başı sağlık harcaması 813 TL iken bu harcama 2009 yılında 804 TL'ye düşmüştür. Fakat Türkiye'deki ekonomik gelişmenin 2010 yılından itibaren gelişmesine paralel olarak 2010 yılında tekrar kişi başı sağlık harcaması yükselmiştir. 2010 yılında kişi başı sağlık harcaması 843 TL'ye yükselmiştir. Bununla birlikte Türkiye'de vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimi konusunda önemli iyileştirilmeler yapılmıştır. Türkiye'nin sağlık harcamaları gelişmiş ülkelere göre düşük düzeydedir. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık harcamaları Türkiye'nin çok üstündedir. Fakat Türkiye, ülke ekonomisinin gelişmesine paralel olmak üzere sağlık harcamalarını sürekli arttırmaktadır.

Tablo 4.3: 2002-2016 Dönemi için Kişi Başı Sağlık Harcamaları (2002-2016, TL/USD)

Yıllar	TL	2016 Yılı Fiyatlarıyla TL	USD	SGP USD
2002	284	792	189	466
2003	363	808	243	472
2004	444	909	312	548
2005	517	978	385	622
2006	636	1.098	444	751
2007	726	1.152	557	839
2008	813	1.168	629	913
2009	804	1.088	520	885
2010	843	1.051	562	897
2011	924	1.082	553	937
2012	987	1.061	551	937
2013	1.110	1.110	584	1.010
2014	1.232		563	
2015	1.345		496	
2016	1.524		504	
2002-2016 Artış (Kat)	2,9	0,4	2,09	1,17

Kaynak: TÜİK

Diğer taraftan Türkiye'nin 2002-2016 dönemi için kişi başı kamu sağlık harcamalarına ilişkin veriler Tablo 4.4'de verilmiştir. Tablo 4.4 incelendiğinde Türkiye için kişi başı

kamu sağlık harcamaları 2002-2016 yılları arasında sürekli artmıştır. 2002 yılında Türkiye'nin kişi başı kamu sağlık harcaması 201 TL iken 2016 yılında bu harcama 1.196 TL'ye yükselmiştir. 2016 yılında Türkiye'de en yüksek kişi başı kamu sağlık harcaması gerçekleşmiştir. 2016 yılında gerçekleşen kişi başı kamu sağlık harcaması 2002 yılındaki kişi başı kamu sağlık harcamasından 995 TL fazladır. 2002-2016 yılları arasında Türkiye'de en düşük kişi başı kamu sağlık harcamasının olduğu yıl ise 2002 yılında gerçekleşmiştir.

Türkiye'de kişi başı kamu sağlık harcaması kapsamında 2014 yılında bir önceki yıla (2013) göre en büyük artış gerçekleşmiştir. Türkiye'de 2013 yılında kişi başı kamu sağlık harcaması 871 TL iken bu harcama 2014 yılında 1.232 TL'ye yükselmiştir. 2008 yılında kişi başı kamu sağlık harcaması 361 TL artmıştır. 2002-2016 döneminde Türkiye'de kişi başı kamu sağlık harcamalarında TL para birimi cinsinde yüzde 3,33 kat artış sağlanmıştır. Bu verilere göre, 2002-2013 döneminde kişi başı kamu sağlık harcamaları nominal olarak yüzde 3,33 reel olarak yüzde 56 artmıştır. Sonuç olarak, Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık reformları sonucunda sağlık harcamalarında önemli artışlar gerçekleşmiştir.

Tablo 4.4: Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları (2002-2016, TL/USD)

Yıllar	TL	2016 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	201	560	134	329
2003	261	581	175	339
2004	316	648	222	391
2005	351	663	261	422
2006	435	750	304	513
2007	492	781	378	569
2008	593	853	459	667
2009	651	881	421	716
2010	663	826	442	705
2011	735	861	440	745
2012	782	841	436	743
2013	871	871	458	793
2014	1.232		435	
2015	1.055		389	
2016	1.196		395	
2002-2016 Artış (Kat)	3,33	0,56	2,43	1,41

Kaynak: TÜİK

Türkiye için 2002-2016 dönemine ait kişi başı özel sağlık harcamaları Tablo 4.5’de verilmiştir. Tablo 4.5 incelendiğinde 2002 yılı için kişi başı özel sağlık harcamaları ortalama 83 TL (55 dolar) iken; bu tutar 2016 yılında 327 TL’ye (108 dolar) yükselmiştir.

Ayrıca Tablo 4.5'e göre 2002-2016 döneminde kişi başı özel sağlık harcamaları nominal olarak yüzde 186 ve reel olarak ise yüzde 3 artmıştır. Bununla birlikte 2002-2016 yılları arasında kişi başı özel sağlık harcamaları yıllara göre sürekli artmamıştır. Bunun sebebi Türkiye ekonomisinde yaşanan ekonomik krizlerin etkisidir. Türkiye ekonomisinin gelişmesi veya daralmasına paralel olarak kişi başı özel sağlık harcamaları artmış veya azalmıştır. Özellikle 2008 yılında Türkiye ekonomisinde yaşanan daraldan dolayı, 2008 yılında kişi başı özel sağlık harcamaları düşmüştür.

Türkiye'de 2002-2007 yılları arasında kişi başı özel sağlık harcamaları sürekli artmıştır. Fakat 2007 ve 2009 yılları arasında kişi başı özel sağlık harcamaları düşmüştür. 2007 yılında Türkiye'de kişi başı özel sağlık harcamaları ortalama 233 TL iken bu tutar 2008 yılında ortalama 219 TL'ye düşmüştür. Türkiye'de kişi başı özel sağlık harcamalarında düşüş 2009 yılında da devam etmiştir. 2009 yılında Türkiye'de kişi başı özel sağlık harcaması 153 TL'ye düşmüştür. 2009 yılından sonra Türkiye'de tekrar kişi başı özel sağlık harcamaları artmıştır. Türkiye'de 2010 yılında kişi başı özel sağlık harcamaları 180 TL'ye çıkmıştır.

Türkiye'de 2009-2016 yılları arasında tekrar sürekli olarak kişi başı özel sağlık harcamaları artmıştır. Türkiye'de kişi başı özel sağlık harcamaları; 2011 yılında 189 TL'ye, 2012 yılında 205 TL'ye ve 2016 yılında 327 TL'ye yükselmiştir. Türkiye'de 2008-2012 yılları arasında gerçekleşen kişi başı özel sağlık harcamaları 2007 yılına göre daha düşük bir harcama olmuştur. 2016 yılında Türkiye'deki kişi başı özel sağlık harcamaları 2007 yılını geçmiştir. Türkiye'de 2007 yılında kişi başı özel sağlık harcamaları 233 TL iken bu tutar 2016 yılında 327 TL olarak gerçekleşmiştir. Sonuç olarak Türkiye'de 2008 yılında gerçekleşen ekonomik kriz vatandaşların özel sağlık harcamalarını uzun süre etkilemiştir.

Tablo 4.5 incelendiğinde, Türkiye'de 2002-2016 döneminde kişi başı özel sağlık harcamaları TL cinsinden yüzde 1,86 kat artış sağlamıştır. Türkiye'de 2002-2016 döneminde kişi başı özel sağlık harcamalarında 2013 fiyatlarıyla ise TL olarak yüzde 0,03 kat artış sağlanmıştır. Son olarak Türkiye'de 2002-2016 döneminde kişi başı özel sağlık harcamalarında dolar cinsinden yüzde 1,27 kat artış sağlanmıştır.

Tablo 4.5: Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları (2002-2016, TL/USD)

Yıllar	TL	2016 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	83	232	55	137
2003	102	227	68	132
2004	128	261	90	158
2005	166	314	124	200
2006	201	348	141	238
2007	233	371	179	270
2008	219	315	170	246
2009	153	207	99	168
2010	180	225	120	192
2011	189	221	113	191
2012	205	220	114	195
2013	239	239	126	217
2014	278		127	232
2015	289		106	
2016	327		108	
2002-2016 Artış (Kat)	1,86	0,03	1,27	0,59

Kaynak: TÜİK

4.4.TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN SAĞLIK FİNANSMANI

Türkiye’de sağlık harcamaları için sağlık finansman yapısı karma özellik göstermektedir (Atasever 2014, s. 145). Bir taraftan belirli bir kesim için özel sağlık sigortacılığı uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Kamu yardımı modelinde özel harcamalar da pay almaktadır.

Türkiye’de 2003 yılından itibaren sağlık finansmanında bir dizi reformlar gerçekleşmiştir. Bu kapsamda farklı sağlık sigortası sistemleri ve yeşil kart sahiplerine yönelik çeşitli reformlar uygulamaya geçirilmiştir. Örneğin yeşil kart sahipleri 2005’te, ayakta tedavi hizmeti ve ilaçlara erişim hakkına kavuşmuştur. Bu değişikliklerle birlikte Yeşil Kart sahipleri, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ile aynı haklara erişim sahibi olmuştur. Bunun sebebi, Yeşil Kart sahiplerinin mali koruma ve hizmete erişim imkânlarını artırmaktır.

Bununla birlikte 2005 yılında SSK hizmetlerinden faydalanmakta olan tüm vatandaşlara tüm devlet hastanelerine ve eczanelere erişim imkânı sağlanmıştır. 2006 yılın da yeşil kart sahiplerini de kapsayacak şekilde tüm sağlık sigortası sistemlerindeki pozitif ilaç listeleri entegre edilmiştir. 2007 yılında alınan yasal tedbirler ile her Türk vatandaşının sosyal güvenlik sistemi bünyesinde yer alması bile birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim sahibi olması resmî hale getirilmiştir. 2007 yılı Sağlık Uygulama Tebliği ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sağlık sigorta sistemleri bünyesinde yer alan haklar daha fazla uyumlu hale getirilmiştir. Özel sağlık kuruluşlarına erişimler önceki düzenlemeyle aynı şekilde kalmıştır. Yani SSK ve Bağ-Kur mensupları sağlık sigorta sistemlerinin sözleşmeli olduğu özel sağlık kuruluşlarından ayakta tedavi ve yatan hasta hizmeti almaya devam ettiler. Sözleşmesi olmayan özel bir kuruluştan ayakta tedavi ve tanı hizmeti almak için ise sevk gerekliydi. Bu değişikliklerle birlikte SSK ve Bağ-Kur mensuplarının hakları Emekli Sandığı seviyesine gelecek şekilde düzeltilmiştir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun işler hale getirilmesi ile birlikte teminat paketlerinin uyumlu hale getirilmesi tamamlanmıştır. Böylece yeşil kart sahipleri resmî olarak Genel Sağlık Sigortasına katılmıştır. Ayrıca Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigorta Kanunu kapsamında, Genel Sağlık Sigortasının primli ve primsiz unsur-

larında da değişiklikler yapılması öngörülmektedir. Primli sistem kapsamında, kamu sektörü ve özel sektördeki mavi yakalılar, çalışan devlet memurları, beyaz yakalılar ve serbest çalışanların emeklilik maaşlarının yüzde 12,5'i toplanacaktır. Bu miktarda işverenin katkısı yüzde 7,5 olacaktır. Primsiz sistem için Yasa, mevcut Yeşil Kart sisteminin uygunluk ve finansman koşullarını değiştirmektedir. Yeni bir para ve mal varlığı soruşturma sistemi uygulamaya geçirilecektir. Yeni para ve mal varlığı soruşturma mekanizmasının çeşitli etkilerinin olması beklenmektedir. İlk olarak, şu anda Yeşil Kart kapsamında olan nüfusun bazı kesimlerinin primsiz sağlık sigortasına hak kazanamaması beklenmektedir. Bu grup için Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu indirimli bir prim oranı tanımlamaktadır. Bunun da söz konusu grubun katılımı için teşvik oluşturması beklenmektedir. Primsiz ödemeler ve indirimli prim oranı, kayıt dışı sektör çalışanlarının Genel Sağlık Sigortasına kaydolmalarını sağlamaya yönelik temel mekanizmalardır.

Tablo 4.6'da Türkiye'nin 2002-2017 tarihleri için sağlık harcamalarının finansmanına göre harcamalar verilmiştir. Tablo 4.6 incelendiğinde 2002 yılında sağlık harcamalarının finansmanının büyük bir kısmı kamu kaynağıyla karşılanmıştır. 2002 yılı için sağlık harcamalarının yüzde 70,7'si kamu tarafından finanse edilmiştir. Bununla birlikte 2002 yılında sağlık harcamalarının yüzde 29,3'ü ise özel kurumlar tarafından finanse edilmiştir. 2017 yılında ise kamunun finansman oranı yüzde 78,0 yükselirken özel kurumların finansman oranı yüzde 21,9'a düşmüştür. Sonuç olarak, Türkiye'nin sağlık harcamalarının finansmanında kamunun payı yüksek düzeydedir (Türkiye İstatistik Kurumu).

Diğer taraftan Tablo 4.6 incelendiğinde sağlık harcamalarının finansmanın yıllara göre sürekli bir artış söz konusudur. 2002 yılı için sağlık harcamalarının kamu finansmanının büyüklüğü 13,3 milyar TL iken 2017 yılında kamu finansmanının büyüklüğü 109,7 milyar TL'ye yükselmiştir. Aynı durum özel sektörün finansman büyüklüğü içinde geçerlidir. 2002 yılı için sağlık harcamalarının özel kurumlar tarafından finanse edilen toplam tutar 5,5 milyar TL iken 2017 yılında özel kurumların finansman büyüklüğü 30,9 milyar TL'ye yükselmiştir. Bu sebeple 2002 yılından 2013 yılına kadar toplam finansman büyüklüğü sürekli artmıştır. Fakat 2002-2017 döneminde kamunun sağlık harcamaları özel

sağlık harcamalarının çok üstünde gerçekleşmiştir. Türkiye’de sağlık kapsamında özel sektör yatırımları büyümektedir.

Sağlık kapsamında Türkiye’de özel sektör yatırımları olmasına rağmen söz konusu yatırımlar kamunun yatırımlarının gerisindedir. 2002-2017 döneminde Türkiye’de en yüksek özel sağlık harcamalarının olduğu yıllar 2005 ve 2007 yıllarında kaydedilmiştir. 2005 ve 2007 yıllarında Türkiye’de özel sağlık harcamalarının oranı yüzde 32,2 olarak gerçekleşmiştir. 2005 ve 2007 yıllarında da Türkiye’de en düşük kamu sağlık harcamalarının olduğu yıllardır. Türkiye’de sırasıyla 2005 ve 2007 yılında gerçekleşen özel sağlık harcamaları ise 11,4 milyar TL ve 16,4 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. 2005 ve 2007 yıllarında Türkiye’nin kamu sağlık harcamalarının oranı yüzde 67,8 olarak gerçekleşmiştir. 2005 ve 2007 yıllarında Türkiye’de sırasıyla kamu sağlık harcamaları 24 milyar TL ve 34,5 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Türkiye’de 2002-2017 döneminde en yüksek kamu harcamasının olduğu yıl 2009 yılında kaydedilmiştir. 2009 yılında Türkiye’nin kamu sağlık harcamasının oranı yüzde 81 olarak gerçekleşmiştir. 2009 yılında Türkiye’nin kamu sağlık harcaması ise 46,9 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Ayrıca 2009 yılında Türkiye’nin en düşük özel sağlık harcamasının gerçekleştiği yıl olmuştur. 2009 yılında Türkiye’nin özel sağlık harcamasının oranının yüzde 19 olarak gerçekleşmiştir. 2009 yılında Türkiye’nin özel sektör harcaması 11 milyar TL olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 4.6: Sağlık Harcamaları için Kamu ve Özel Sektörün Finansman Dağılımı
(2002-2017, milyon TL)**

Yıl	Kamu Sağlık Harcaması (milyar TL)	Özel Sağlık Harcaması (milyar TL)	Toplam Sağlık Harcaması (milyar TL)	Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (yüzde)	Özel Sağlık Harcamalarının Payı (yüzde)
2002	13,3	5,5	18,8	70,7	29,3
2003	17,5	6,8	24,3	71,9	28,1
2004	21,4	8,6	30	71,2	28,8
2005	24	11,4	35,4	67,8	32,2
2006	30,1	14	44,1	68,3	31,7
2007	34,5	16,4	51	67,8	32,2
2008	42,2	15,6	57,8	73	27
2009	46,9	11	58	81	19
2010	48,5	13,2	61,7	78,6	21,4
2011	54,6	14,1	68,6	79,6	20,4
2012	58,8	15,4	74,2	79,2	20,8
2013	66,2	18,2	84,4	78,5	21,5
2014	73,4	21,4	94,8	77,4	22,5
2015	82,1	22,4	104,6	78,5	21,4
2016	94	25,7	119,8	78,5	21,4
2017	109,7	30,9	140,6	78	21,9

Kaynak: TÜİK

Diğer taraftan Türkiye’de 2002-2017 döneminde en yüksek özel sektör sağlık harcamasının olduğu 2017 yılında gerçekleşmiştir. 2017 yılında özel sektörün sağlık harcaması 30,9 milyar TL olarak kaydedilmiştir. Türkiye’de 2002-2017 döneminde en düşük özel sağlık harcamasının olduğu yıl 2002 yılında olmuştur. 2002 yılında Türkiye’de özel sağlık harcaması 5,5 milyar TL olarak gerçekleşmiştir.

Bununla birlikte Türkiye’de 2002-2017 yılları arasında en fazla kamu sağlık harcamasının yapıldığı yıl 2017 yılına aittir. 2017 yılında Türkiye’de kamu sağlık harcaması 109,7 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Son olarak 2002-2017 yılları arasında Türkiye’de en düşük sağlık harcamasının olduğu yıl 2002 yılına aittir. 2002 yılında Türkiye’nin kamu sağlık harcaması 13,3 milyar TL’dir.

Türkiye için 2002-2016 dönemine ait sağlık harcamalarının finansmanı sağlayanlara göre dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir. Söz konusu dönemde sağlık harcamalarının finansmanını sağlayan kurumlar açısından yapısal değişiklikler olmuştur. 2002-2016 döneminde sosyal güvenlik kurumları birleştirilmiş, devlet memurları ve yeşil kartlıların ödemeleri Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmiştir. Bu sebeple bu dönemde sağlık harcamalarının finansmanı sağlayanlar açısından en önemli artış Sosyal Güvenlik Kurumu’nun harcamalarında yaşanmıştır. 2002 yılına göre 2017 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu’nun sağlık harcamalarında sekiz kata yakın artış olmuştur. Bu artışın sebepleri olarak, Sosyal Sigorta Kurumuna bağlı hastanelerinin Sağlık Bakanlığına bağlanması, özel hastanelerin Sosyal Güvenlik Kurumuna açılması, başta ilaç olmak üzere diğer sağlık hizmetlerinde erişimin kolaylaştırılması, sıralanabilir. Ayrıca 2002-2017 döneminde memurların ve yeşil kartlıların sağlık giderlerinin Sosyal Güvenlik Kurumundan karşılanmıştır.

Türkiye’de sağlık harcamalarının kamu tarafından finansman edilmesinde 2002-2017 yılları arasında sürekli bir artış olmuştur. 2002 yılında toplam kamu sağlık harcamaları 13,3 milyar TL iken 2017 yılında bu harcamalar 109,7 milyar TL’ye yükselmiştir. Ayrıca 2002 yılında kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı yüzde 70,7 iken 2017 yılında bu pay yüzde 78,0’a yükselmiştir. Türkiye’de toplam kamu sağlık harcamaları 2002-2017 döneminde yaklaşık yedi kat artış göstermiştir.

Tablo 4.7 incelendiğinde vatandaşların sağlık harcamaları için cepten finansman tutarları 2002-2016 yılları arasında yıllara göre artan ve azalan bir oran izlemiştir. 2002 yılında cepten harcama yapılan sağlık giderleri 3,7 milyar TL iken bu tutar 2016 yılında 19,6 milyar TL'ye yükselmiştir. 2016 yılında sağlık harcamalarının finansmanı kapsamında cepten yapılan harcamalar fiyat olarak en yüksek düzeye ulaşmıştır. Sağlık harcamalarının finansmanı kapsamında cepten yapılan harcamalarının payı 2002 yılında yüzde 19,8 iken bu pay 2016 yılında yüzde 16,3'e düşmüştür. Cepten yapılan harcamalar, sağlık harcamalarının finansmanındaki payı azalmasına rağmen harcamalarının büyüklüğü 2002-2016 döneminde artmıştır. Sağlık harcamalarının finansmanına göre cepten yapılan sağlık harcamaları 2002-2016 döneminde 5,3 kat artmıştır.

Sağlık harcamaları için “diğer özel sağlık harcamaları” tarafından finansman edilen tutar miktarı 2002 yılı itibariyle 1,8 milyar TL iken bu tutar 2016 yılında 6,2 milyar TL'ye yükselmiştir. Toplam sağlık harcamaları için diğer özel sağlık harcamalar payı 2002 yılında yüzde 9,5 iken bu pay 2016 yılında yüzde 5,1 olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte 2002-2016 döneminde diğer özel sağlık harcamalar finansmanı 3,5 kat artış göstermiştir. Bununla birlikte toplam özel sağlık harcamaları 2002-2016 yılları arasında değişken bir ivme izlemiştir. Söz konusu yılların bazılarında toplam özel sağlık harcamaları artarken bazı yıllarda da azalmıştır. Bununla birlikte toplam özel sağlık harcamalarının en yüksek olduğu yıl 2016 yılında gerçekleşmiştir. 2016 yılında toplam sağlık harcamaları 25,7 milyar TL'dir. 2016 yılında gerçekleşen özel sağlık finansmanı 2002 yılının yaklaşık 4.7 katıdır.

Tablo 4.7'ye bakıldığında Türkiye'nin sağlık harcamalarında sağladığı finansman tutarları 2002-2016 yılları arasında sürekli artmıştır. 2016 yılında Türkiye sağlık harcamaları için en büyük sağlık finansmanı gerçekleştirmiştir. 2016 yılında Türkiye'nin sağlık harcamaları için gerçekleştirdiği sağlık finansman tutarı toplam 119,8 milyar TL'dir. 2016 yılında gerçekleşen toplam sağlık finansmanı tutarı 2002'ye göre yaklaşık 6,4 kat civarındadır. Sağlık harcamaları için merkezi yönetim tarafından finansman edilen tutar miktarı 2002 yılı itibariyle 5,3 milyar TL iken bu tutar 2016 yılında 28,7 milyar TL'ye yükselmiştir. Toplam sağlık harcamaları için Merkezi Yönetimin payı 2002 yılında yüzde 28,1

iken bu pay 2016 yılında yüzde 23,9 olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte 2002-2016 döneminde Merkezi Yönetiminin finansmanı yüzde 5,4 kat artış göstermiştir.

Sağlık harcamaları için sosyal güvenlik kurumları tarafından finansman edilen tutar miktarı 2002 yılı itibariyle 7,7 milyar TL iken bu tutar 2016 yılında 64,2 milyar TL'ye yükselmiştir. Toplam sağlık harcamaları için sosyal güvenlik kurumlarının payı 2002 yılında yüzde 40,6 iken bu pay 2016 yılında yüzde 53,5 olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte 2002-2016 döneminde sosyal güvenlik kurumlarının finansmanı 8,4 kat artış göstermiştir. Sağlık harcamaları için “yerel yönetimler ve diğer kamu kurumları” tarafından finansman edilen tutar miktarı 2002 yılı itibariyle 356 milyon TL iken bu tutar 2016 yılında 1.118 milyon TL'ye yükselmiştir. Toplam sağlık harcamaları için yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının payı 2002 yılında yüzde 1,9 iken bu pay 2016 yılında yüzde 0,9 olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte 2002-2016 döneminde yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının finansmanı 3,1 kat artış göstermiştir.

Tablo 4.7: Sağlık harcamalarının finansmanı sağlayanlara göre dağılımı (2002-2016, TL x milyon)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2016	2002-2016 Artış(kat)
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	64.163	8,4
	yüzde	40,6	43,9	44,1	39,6	40,1	38,7	43,9	48,8	49,8	50,9	56,1	55,7	53,5	
Merkezi Yönetim	TL	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	28.731	5,4
	yüzde	28,1	26	25,5	26,9	26,7	27,4	27,6	31	27,9	27,8	22,2	21,8	23,9	
Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları	TL	356	482	500	467	683	867	865	667	577	557	662	810	1.118	3,1
	yüzde	1,9	2	1,7	1,3	1,6	1,7	1,5	1,2	0,9	0,8	0,9	1	0,9	
Kamu Sağlık Harcamaları	TL	13.270	17.462	21.389	23.987	30.116	34.530	42.159	46.890	48.482	54.580	58.785	66.228	94.012	7,1
	yüzde	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73	81	78,6	79,6	79,2	78,5	78,5	
Çeşitli Harcamalar	TL	3.725	4.482	5.775	8.049	9.684	11.105	10.036	8.142	10.062	10.590	11.750	14.156	19.562	5,3
	yüzde	19,8	18,5	19,2	22,8	22	21,8	17,4	14,1	16,3	15,4	15,8	16,8	16,3	
Diğer Özel Sağlık Harcamaları	TL	1.779	2.335	2.856	3.323	4.269	5.269	5.545	2.879	3.134	3.438	3.654	4.006	6.182	3,5
	yüzde	9,5	9,6	9,5	9,4	9,7	10,4	9,6	5	5,1	5	4,9	4,7	5,1	
Özel Sektör Sağlık Harcamaları	TL	5.504	6.817	8.632	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	25.744	4,7
	yüzde	29,3	28,1	28,8	32,2	31,7	32,2	27	19	21,4	20,4	20,8	21,5	21,4	
Toplam	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	119.756	6,4

Kaynak: TÜİK

Bununla birlikte sağlık harcamaları için toplam kamu harcamaları tarafından finansman edilen tutar miktarı 2002 yılı itibarıyla 13,3 milyar TL iken bu tutar 2016 yılında 94 milyar TL'ye yükselmiştir. Toplam sağlık harcamaları için toplam kamu harcamalarının payı 2002 yılında yüzde 70,7 iken bu pay 2016 yılında yüzde 78,5 olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte 2002-2016 döneminde toplam kamu harcamalarının finansmanı 7,1 kat artış göstermiştir.

Türkiye’de hem özel hem de kamu kurumları olmak üzere yapılan toplam sağlık harcamalarının finansmanı 2002 yılında 18,8 milyar TL iken bu tutar 2016 yılında 119,8 milyar TL’ye yükselmiştir. 2002-2016 döneminde Türkiye’de toplam sağlık harcamasının finansmanı 6,4 kat artmıştır.

Tablo 4.8’de 2002-2013 dönemine ait sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre değişimi verilmiştir. Tablo 4.8 incelendiğinde 2002-2013 döneminde sağlık harcamalarının hizmet sunucuları kapsamında 2002 yılına göre birçok değişiklikler olmuştur. 2002-2013 döneminde ticari serbest eczanelerin sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 37,0’den yüzde 23,7’e düşmüştür. 2002-2013 döneminde sağlık tesislerinin payı yüzde 8,4’ten yüzde 8,9’a çıkmıştır. 2002-2013 döneminde Sağlık Bakanlığının payı yüzde 29,5’den yüzde 44,7’e yükselmiştir. 2002-2013 döneminde özel sağlık kurumlarının payları yüzde 17,1’den yüzde 18,8’e yükselmiştir. 2002-2013 döneminde diğer sağlık harcamalarının payı da yüzde 7,9’dan yüzde 3,8’e düşmüştür. Sonuç olarak Türkiye’nin sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre önemli artışı söz konusudur. Bununla birlikte 2002-2013 döneminde hizmet sunucularına göre sağlık harcamaları açısından reel olarak en ciddi artış, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde olmuştur.

Türkiye’de uygulamaya geçilen Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmet sunumunda hem nicelik ve hem de nitelik anlamında yaşanan önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Bu gelişmeler; sağlık personelleri için performansla göre ek finansman desteği, SSK’ya bağlı olarak işletilen sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığına devir edilmesi, sağlık çalışanları için tam gün uygulama sistemine geçilmesi, hastanelerin acil hizmetlerinde sağlanan gelişmeler, Türkiye’de aile hekimliği modeline geçilmesi olarak sıralana bilinir. Türkiye’de sağlık sisteminde yaşanan bu gelişmelerden dolayı Sağlık Bakanlığının sağlık harcaması reel olarak yüzde 145 olarak artmıştır. Diğer taraftan sağlık harcamaları kapsamında farklı hizmet sunucularında da reel olarak önemli artışlar olmuştur. Üniversitelerin sağlık harcamalarında yüzde 70, özel sağlık işletmelerinde yüzde 78 ve özel ticari eczanelerde yüzde 3’lük artış gerçekleşmiştir.

Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcama 2002 yılında 5.536 milyon TL iken bu tutar 2013 yılında 37.755 milyon TL’ye çıkmıştır. Ayrıca 2013 yılında sağlık bakanlığı tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamanın en yüksek olduğu yıldır. 2002 yılında

sağlık bakanlığı tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamanın en düşük olduğu yıldır. Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamalar 2002-2013 döneminde 5,8 kat artış göstermiştir.

Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında üniversiteler tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamada 2002 yılında 1.578 milyon TL iken bu tutar 2013 yılında 7.469 milyon TL'ye çıkmıştır. Ayrıca 2013 yılında üniversiteler tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamanın en yüksek olduğu yıldır. 2002 yılında üniversiteler tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamanın en düşük olduğu yıldır. Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında üniversiteler tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamalar 2002-2013 döneminde 3,7 kat artış göstermiştir.

Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında özel teşebbüsler tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamada 2002 yılında 3.214 milyon TL iken bu tutar 2013 yılında 15.903 milyon TL'ye çıkmıştır. Ayrıca 2013 yılında özel teşebbüsler tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamanın en yüksek olduğu yıldır. 2002 yılında özel teşebbüsler tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamanın en düşük olduğu yıldır. Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında özel teşebbüsler tarafından sağlık tesisleri için yapılan harcamalar 2002-2013 döneminde 3,9 kat artış göstermiştir.

Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında diğer yapılan harcamalar 2002 yılında 1.491 milyon TL iken bu tutar 2013 yılında 3.221 milyon TL'ye çıkmıştır. 2008 yılında Türkiye'de diğer yapılan sağlık harcamalarının en yüksek olduğu yıldır. 2008 yılında Türkiye'de diğer yapılan sağlık harcamalar 4.868 TL olmuştur. 2002 yılı ise diğer yapılan sağlık harcamalarının en düşük olduğu yıldır. Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında diğer yapılan sağlık harcamalar 2002-2013 döneminde 1,2 kat artış göstermiştir.

Tablo 4.8: Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi (2002-2017, milyon TL)

Hizmet Sunucuları/ Yıllar		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2016	2017	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri*	TL	5.536	7.546	9.528	10.462	14.372	16.862	19.328	20.884	23.905	26.976	32.673	37.755			5,8
	yüzde	29,5	31,1	31,7	29,6	32,6	33,1	33,5	36,1	38,8	39,3	44	44,7			
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	1.578	2.033	2.526	2.804	3.408	4.113	4.848	5.100	5.920	6.690	6.612	7.469			3,7
	yüzde	8,4	8,4	8,4	7,9	7,7	8,1	8,4	8,8	9,6	9,8	8,9	8,9			
Özel Sağlık Tesisleri	TL	3.214	4.152	4.793	6.547	8.468	11.034	12.242	9.460	9.898	12.006	14.396	15.903			3,9
	yüzde	17,1	17,1	16	18,5	19,2	21,7	21,2	16,3	16	17,5	19,4	18,8			
Serbest Eczaneler	TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042			1,9
	yüzde	37	35,5	33,3	32,3	30,8	28,8	28,5	33,5	30,5	28,7	23,8	23,7			
Diğer	TL	1.491	1.938	3.180	4.133	4.268	4.242	4.868	3.061	3.165	3.274	2.831	3.221	6182	6900	1,2
	yüzde	7,9	8	10,6	11,7	9,7	8,3	8,4	5,3	5,1	4,8	3,8	3,8			
Toplam	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	119.756	140.647	3,5

Kaynak: TÜİK

Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında serbest eczaneler ile yapılan harcamalar 2002 yılında 6.955 milyon TL iken bu tutar 2013 yılında 20.042 milyon TL'ye yükselmiştir. 2013 yılı Türkiye'de serbest eczaneler kapsamında sağlık harcamalarının en yüksek olduğu yıldır. 2002 yılı ise serbest eczaneler kapsamında sağlık harcamalarının en düşük olduğu yıldır. Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında serbest eczaneler ile yapılan harcamalar 2002-2013 döneminde 1,9 kat artış göstermiştir.

Türkiye'de sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında toplam yapılan sağlık harcamalar sürekli artmıştır. Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında toplam yapılan sağlık harcamaları 2002 yılında 18.774 mil-

yon TL iken bu tutar 2013 yılında 84.390 milyon TL'ye yükselmiştir. Ayrıca toplam yapılan sağlık harcamalarında 2002-2013 döneminde sırasıyla 2013 ve 2002 yılları en fazla ve en az harcama yapılan yıllardır. Türkiye'de sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında toplam yapılan sağlık harcamaları 2002-2013 döneminde 3,5 kat artmıştır.

4.4.1 Özel Finansman Modeli

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı, Türkiye'nin sağlık finansmanında yeterince yer almamaktadır. Özel sağlık sigortacılığının Türkiye sağlık finansmanında düşük bir payı vardır. Bu sebeple Türkiye'de sağlık harcamaları için baskın olan sağlık finansmanı modeli "kamu sağlık sigortası" modelidir. Türkiye'nin sağlık sisteminin finansmanı büyük oranda kamu sağlık sigortasına bağlıdır. Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı ilk defa gemi işçileri için 1950 yılında Ankara Sigorta tarafından gerçekleştirilmiştir. Daha sonra 1970 yılında Başak ve Anadolu özel sigorta şirketleri tarafından banka mudileri için yapılmıştır (Karacık 2001, s. 1488-1493).

Türkiye'de 1980 yılında özel sağlık sigortalarına talep artmıştır. Bu gelişmeler sonucunda Bakanlar Kurulu kararı ile Türkiye'de 1990 yılından itibaren özel sigortacılık içerisinde hastalık sigorta konsepti oluşturulmasına yönelik yasal düzenlemeler yapılmıştır (Karacık 2001, s. 1488-1493). Özel sağlık sigortacılık sektörü yasal düzenleme sonucunda kendini geliştirmeye devam etmiştir. Bununla birlikte Türkiye'de 2000 yılında meydana gelen ekonomik kriz sebebiyle özel sağlık sigortası sektörü küçülmüştür. Türkiye'nin ekonomik olarak gelişmesine paralel olarak özel sağlık sigortacılık sektörü büyümeye devam etmiştir. Sonuç olarak Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı konsepti geç başlamıştır. Bu sebeple Avrupa ülkeleri gibi Türkiye'de özel sağlık sektörü yeterince gelişmemiştir. Fakat özel sağlık sigortacılığı Türkiye'nin ekonomik durumuna bağlı olarak gelişme göstermektedir. Şu an için Türkiye'de sağlık harcamaları için baskın olan finansman modeli, kamu tarafından sağlanan zorunlu sosyal sigorta modelidir (Sönuğur 2016, ss. 197-224).

Diğer taraftan 2003 yılında başlatılan sağlık dönüşüm reformunda Türkiye'nin sağlık sisteminin finansmanında baskın olan sosyal sigorta modelinin korunması tercih edildi (T.C. Sağlık Bakanlığı 2017). Bu tercihle birlikte reform sonrasında kamunun sağlık harcamaları belirgin bir şekilde artmıştır. Bu kapsamda katılım payları kapsamında vatandaşlar tarafından cepten yapılan sağlık harcamaları artmıştır. Ayrıca sağlıkta dönüşüm reformu kapsamında özel sağlık sigortacılığının önü açılarak gelecekte özel sağlık harcamalarının artması teşvik edilmiştir (Yılmaz 2013 ss. 53-75).

Tablo 4.9'da Türkiye'de özel sağlık kurumları kapsamında yapılan sağlık harcamalarının 2002-2017 verileri verilmiştir. Tablo 4.9'a bakıldığında Türkiye'nin özel sağlık harcamalarında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Türkiye'de 2002-2017 döneminde özel sağlık harcamaları kapsamındaki artış 5,6 kat olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte 2002-2016 döneminde özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise yüzde 29,3'den yüzde 21,9'a düşmüştür. Çünkü Türkiye'de kamu sağlık harcamaları 2002-2013 döneminde özel sağlık harcamalarına göre daha fazla artmıştır. 2002 yılında Türkiye'de özel sağlık harcaması 5,5 milyar TL iken bu harcama 2017 yılında 30,9 milyar TL'ye yükselmiştir. Dolar olarak da 2002 yılında Türkiye'de özel sağlık harcaması 3,7 milyar dolar iken bu harcama 2013 yılında 9,6 milyar dolara yükselmiştir. Türkiye'de 2002-2013 döneminde özel sağlık harcamaları dolar para cinsinden 1,6 kat artış gerçekleşmiştir. Türkiye'de 2002-2013 döneminde 2013 yılı fiyatlarıyla TL cinsinden özel sağlık harcamaları 0,2 kat artış sağlanmıştır. Bununla birlikte Türkiye'de 2002 yılında özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı yüzde 1,6 iken bu pay 2009 yılında yüzde 1,2'ye, 2014'te yüzde 1,03, 2017 yılında ise yüzde 0,99 kadar düşmüştür.

Türkiye'de özel sağlık harcamalarının GSYH içinde en yüksek pay oranına sahip olduğu yıl 2007 yılında gerçekleşmiştir. 2007 yılında Türkiye'de GSYH içinde özel sağlık harcamalarının payı yüzde 1,9 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de özel sağlık harcamalarının GSYH' da içinde en düşük pay oranına sahip olduğu yıl ise yüzde 0,96 ile 2015 olmuştur.

Tablo 4.9: Özel sağlık harcamaları (2002-2017, milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2002-2017 Artış (Kat)
TL	5.504	6.817	8.632	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	21.368	22.446	25.744	30.904	5,6
2013 Yılı Fiyatlarıyla	15.331	15.157	17.671	21.521	24.093	25.998	22.399	14.911	16.446	16.420	16.558	18.162					0,2
USD	3.655	4.566	6.069	8.482	9.750	12.581	12.051	7.124	8.795	8.400	8.594	9.552					1,6
SGP USD	9.019	8.844	10.653	13.691	16.483	18.931	17.505	12.129	14.030	14.213	14.631	16.538					0,8
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı(yüzde)	29,3	28,1	28,8	32,2	31,7	32,2	27	19	21,4	20,4	20,8	21,5	22,5	21,4	21,4	21,9	
GSYH İçindeki Payı(yüzde)	1,6	1,5	1,5	1,8	1,8	1,9	1,6	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	1,03	0,96	0,98	0,99	

Kaynak: TÜİK

Tablo 4.10’de Türkiye’nin 2002-2017 dönemi için özel sağlık harcamalarının hizmet sunuculara göre gelişimi verilmiştir. Tablo 4.10’ye bakıldığında Türkiye’de 2002-2013 döneminde özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişiminde en fazla pay özel sağlık tesislerine aittir. Özel sağlık tesislerinin payı 2013 yılında yüzde 47,3 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte Türkiye’de 90’lı yıllarda yaygın olan özel sağlık muayene kurumlarının belli bir kısmı 2002-2013 döneminde özel sağlık hastanelerine dönüşmesi gerçekleşmiştir.

2002-2013 döneminde Türkiye’de Sağlık Bakanlığı kapsamında faaliyet gösteren özel sağlık kurumlarının, özel sağlık harcamaları 2002 yılında yüzde 6,2 olan payı 2013 yılında yüzde 13,1’e yükselmiştir. Ayrıca 2002-2013 döneminde Türkiye’de Sağlık Ba-

kanlığı kapsamında faaliyet gösteren özel sağlık kurumlarının, özel sağlık harcamaları 2002 yılında 340 milyon TL iken bu tutar 2013 yılında 2,4 milyar TL'ye yükselmiştir. 2002-2013 döneminde Türkiye'de Sağlık Bakanlığı kapsamında faaliyet gösteren özel sağlık kurumlarının, özel sağlık harcamaları 6 kat artış sağlamıştır.

Türkiye'de özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında 2002 yılında üniversitelerin sağlık tesislerinin harcamaları 170 milyon TL iken bu harcama 2013 yılında 455 milyon TL'ye yükselmiştir. 2002 yılında üniversitelerin sağlık tesislerinin payı yüzde 3,1 iken bu pay 2013 yılında yüzde 2,5'e düşmüştür. Bununla birlikte Türkiye'de özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında 2002-2013 döneminde üniversitelerin sağlık tesislerinin harcamaları 1,7 kat artmıştır.

Türkiye'de özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında 2002 yılında serbest eczaneler ile yapılan harcamaları 1,5 milyar TL iken bu harcama 2013 yılında 4,6 milyar TL'ye yükselmiştir. 2002 yılında serbest eczaneler ile yapılan harcamaların payı yüzde 26,8 iken bu pay 2013 yılında yüzde 5,3'e düşmüştür. Fakat Türkiye'de özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında 2002-2013 döneminde serbest eczaneler ile yapılan harcamalar 2,1 kat artmıştır.

Türkiye'de özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında 2002 yılında diğer harcamalar 943 milyon TL iken bu harcama 2013 yılında 2,1 milyar TL'ye yükselmiştir. 2002 yılında diğer harcamalarının payı yüzde 17,1 iken bu pay 2013 yılında yüzde 11,8'e düşmüştür. Yine de Türkiye'de özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında 2002-2013 döneminde diğer harcamalar 1,3 kat artmıştır.

Türkiye'de özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında 2002 yılında yapılan toplam harcamalar 5,5 milyar TL iken bu harcama 2013 yılında 18.2 milyar TL'ye, 2017 yılında ise 30.9 milyar TL'ye yükselmiştir.

Türkiye’de özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi kapsamında 2002-2017 döneminde toplam harcamalar 5,6 kat artmıştır.

Tablo 4.10: Özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi (2002-2017, milyon TL)

Hizmet Sunucuları/ Yıllar		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri*	TL	340	419	553	558	626	726	801	1.023	1.986	1.553	1.654	2.379					6
	yüzde	6,2	6,1	6,4	4,9	4,5	4,4	5,1	9,3	15,1	11,1	10,7	13,1					
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	170	242	242	380	421	602	603	602	790	384	398	455					1,7
	yüzde	3,1	3,5	2,8	3,3	3	3,7	3,9	5,5	6	2,7	2,6	2,5					
Özel Sağlık Tesisleri	TL	2.575	3.313	3.713	5.191	6.298	8.140	7.226	4.085	4.652	5.912	7.600	8.593					2,3
	yüzde	46,8	48,6	43	45,6	45,1	49,7	46,4	37,1	35,3	42,1	49,3	47,3					
Serbest Eczaneler	TL	1.477	1.661	2.011	2.610	3.275	3.439	3.176	3.282	3.439	3.751	3.866	4.600					2,1
	yüzde	26,8	24,4	23,3	22,9	23,5	21	20,4	29,8	26,1	26,7	25,1	25,3					
Diğer	TL	943	1.183	2.113	2.633	3.332	3.468	3.775	2.030	2.329	2.427	1.885	2.135					1,3
	yüzde	17,1	17,4	24,5	23,2	23,9	21,2	24,2	18,4	17,6	17,3	12,2	11,8					
	TL	5.504	6.817	8.632	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	21.368	22.446	25.744	30.904	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK * 2005 yılına kadar SSK Sağlık Tesislerine

Bir ülkenin sağlığa verdiği önem ve ekonomik gelişmişlik seviyesi için kullanılan verilerden birisi de toplam sağlık harcamalarının finansmanındaki kamu-özel bölüşümüdür. Kamu sağlık harcamalarının düşük olduğu ya da sağlığa ilişkin kamu sosyal güvenlik kapsamının sınırlı olduğu ülkelerde kişilerin yeterli sağlık hizmeti alabilmesi için cepten ödeme ya da özel sigortalar yoluyla sağlık harcaması yapması gerekmektedir. Özel sağlık harcamalarının en önemli finansmanlarından birisi cepten yapılan harcamalardır (Sayım 2017). Tablo 4.11’de Türkiye için 2002-2017 dönemine ait cepten yapılan sağlık harcamalarının verileri verilmiştir. Cepten yapılan harcamalar vatandaşların sağlık giderleri için yaptığı harcamaları kapsamaktadır. 2002-2017 döneminde cepten yapılan

sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, yüzde 19,8'den yüzde 17'ye düşmüştür. Bunun en büyük sebebi özel sağlık muayenelerinin büyük bir kısmının özel sağlık hastanelerine dönüşmesi ve kurumsallaşmasıdır. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki pay en yüksek 2005 yılında (yüzde 22,8), en düşük ise 2009 yılında (yüzde 14,1) saptanmıştır.

Türkiye vatandaşlarının özel sağlık hastanelerinden faydalanmasına yönelik katkı payı ile desteklemektedir. Türkiye'de vatandaşlar özel sağlık hastanelerinde sağlık hizmetlerinden faydalandıklarında, sağlık hizmetinin belli bir kısmı Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. Türkiye'de 2008 yılında sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan yönerge ile özel sağlık hastanelerinin kanser, yanık ve kalp cerrahi işlemlerinden ilave fark ücreti alması yasaklanmıştır. Ayrıca 2010 yılında Türkiye'de Başbakanlık genelgesi ile vatandaşların acil vakalarda özel sağlık kurumlarından ücretsiz faydalanması sağlanmıştır. Buradaki amaç Türkiye'de vatandaşların özel sağlık kurumlarından faydalanılmasını kolaylaştırmaktır. Fakat bununla birlikte Türkiye'nin ekonomik gelişmesine paralel olarak vatandaşların özel sağlık kurumlarında ödediği fark ücreti yıllara göre değişiklik göstermiştir. Bu kapsamda 2012 yılı mart ayında özel hastanelerin hastalardan alabileceği ilave ücretlerin üst sınırı yüzde 70'ten yüzde 90'a çıkarılmış iken; bu oranlar 2013 yılı Ekim ayında ise yüzde 90'dan yüzde 200'e yükseltilmiştir (Atasever 2014).

Bununla birlikte Türkiye'de 2002-2017 dönemi için cepten yapılan sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı da yüzde 1,1'den yüzde 0,77'ye düşmüştür. Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamalarının 2002-2017 döneminde GSYH' da payının en yüksek düzeye ulaştığı yıllar, 2006 ve 2007 yıllarında gerçekleşmiştir. 2006 ve 2007 yıllarından cepten yapılan sağlık harcamalarının GSYH' da ki payları yüzde 1,3 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamalarının 2002-2017 döneminde GSYH' da payının en düşük düzeye ulaştığı yıl, 2015 olmuştur. Söz konusu yılda cepten yapılan sağlık harcamalarının GSYH' da ki payları yüzde 0,74 olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye'de 2002 yılında cepten yapılan sağlık harcaması 3,7 milyar TL iken bu tutar 2013 yılında 14,2 milyar TL'ye, 2017 yılında ise 24 milyar TL'ye yükselmiştir. Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamalarının 2002-2017 döneminde TL cinsinden 6,4 kat

artış göstermiştir. Türkiye’de 2002 yılında cepten yapılan sağlık harcaması 2.474 milyon dolar iken bu tutar 2013 yılında 7.445 milyon dolara yükselmiştir. Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamalarının 2002-2013 döneminde dolar cinsinden 3,0 kat artış göstermiştir. Türkiye’de 2002 yılında cepten yapılan sağlık harcaması 2013 fiyatlarıyla 10,4 milyar TL iken bu tutar 2013 yılında 14,2 milyar TL’ye yükselmiştir.

Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamalarının 2002-2013 döneminde 2013 yılı fiyatlarıyla TL olarak 0,4 kat artış göstermiştir. Türkiye’de cepten yapılan harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payının 2002-2013 döneminde en yüksek düzeye ulaştığı yıl 2005 yılında gerçekleşmiştir. 2005 yılında Türkiye’de cepten yapılan harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 22,8 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye’de cepten yapılan harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payının 2002-2013 döneminde en düşük düzeye ulaştığı yıl 2009 yılında gerçekleşmiştir. 2009 yılında Türkiye’de cepten yapılan harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 14,1 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4.11: Cepten yapılan sağlık harcamaları (2002-2017, milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2002-2013 Artış (Kat)
TL	3.725	4.482	5.775	8.049	9.684	11.105	10.036	8.142	10.062	10.590	11.750	14.156	16.819	17.315	19.562	24.004	6,4
2013 Fiyatlarıyla TL	10.375	9.965	11.824	15.233	16.721	17.632	14.428	11.016	12.540	12.395	12.630	14.156					0,4
USD	2.474	3.002	4.061	6.003	6.766	8.533	7.762	5.263	6.707	6.341	6.555	7.445					2
SGP USD	6.103	5.815	7.128	9.691	11.440	12.840	11.275	8.960	10.699	10.730	11.161	12.890					1,1
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (yüzde)	19,8	18,5	19,2	22,8	22	21,8	17,4	14,1	16,3	15,4	15,8	16,8	17,8	16,5	16,3	17	
GSYH İçindeki Payı (yüzde)	1,1	1	1	1,2	1,3	1,3	1,1	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,82	0,74	0,75	0,77	

Kaynak: TÜİK

Türkiye için 2002-2013 dönemine ait özel sağlık harcamaları kapsamında harcanan diğer sağlık giderlerin verileri Tablo 4.12’de verilmiştir. Tablo 4.12’e bakıldığında 2002 yılı için diğer özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki oranı yüzde 9,5 iken bu oran, 2017 yılında yüzde 4,9’a gerilemiştir. 2013 yılı Türkiye’de diğer özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı yüzde 4,7 ile en düşük olduğu yıl olmuştur. Bununla birlikte Türkiye’de 2002-2017 yılları arasında diğer özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payının en yüksek orana 2007 yılında ulaşmıştır. 2007 yılında Türkiye’de diğer özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı yüzde 10,4 olarak gerçekleşmiştir.

Diğer taraftan 2002-2017 döneminde diğer özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı da yüzde 0,5’den yüzde 0,3’e düşmüştür. Türkiye’de 2002-2013 yılları arasında diğer özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının en yüksek olduğu yıl 2006, 2007 ve 2008 yıllarında gerçekleşmiştir. Söz konusu yıllarda diğer özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı yüzde 0,6 olarak tespit edilmiştir. Türkiye’de 2002-2013 yılları arasında diğer özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının en düşük düzeyde olduğu yıllar 2009-2017 yılları arasında gerçekleşmiştir. Bu yıllarda sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı yüzde 0,3 olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye’de diğer özel sağlık harcamaları 2002 yılında 1,8 milyar TL iken, bu tutar 2013 yılında 4 milyar TL’ye, 2017 yılında ise 6.9 milyar TL’ye yükselmiştir. Türkiye’de 2002-2017 döneminde diğer özel sağlık harcamalarının en yüksek düzeye ulaştığı yıl 2017 yılında gerçekleşmiştir. Türkiye’de diğer özel sağlık harcamaları TL cinsinden 2002-2017 döneminde 3,9 kat artış göstermiştir. Türkiye’de diğer özel sağlık harcamaları dolar cinsinden ise 2002-2013 döneminde 0,8 kat artış göstermiştir. Son olarak Türkiye’de diğer özel sağlık harcamaları 2013 yılı fiyatlarıyla TL olarak da 2002-2013 döneminde 0,2 kat düşüş gerçekleştirmiştir.

Tablo 4.12: Diğer özel sağlık harcamaları (2002-2017, milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2002-2013 Artış (Kat)
TL	1.779	2.335	2.856	3.323	4.269	5.269	5.545	2.879	3.134	3.438	3.654	4.006	4.549	5.131	6.182	6.900	3,9
2013 Yılı Fiyatlarıyla TL	4.955	5.191	5.847	6.288	7.372	8.366	7.971	3.895	3.905	4.024	3.928	4.006					-0,2
USD	1.181	1.564	2.008	2.478	2.983	4.048	4.289	1.861	2.089	2.059	2.038	2.107					0,8
SGP USD	2.915	3.029	3.525	4.000	5.043	6.092	6.230	3.168	3.332	3.483	3.471	3.648					0,3
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (yüzde)	9,5	9,6	9,5	9,4	9,7	10,4	9,6	5	5,1	5	4,9	4,7	4,8	4,9	5,1	4,9	
GSYH İçindeki Payı (yüzde)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	

Kaynak: TÜİK

4.4.2 Kamu Finansman Modeli

Sağlık harcamalarının tamamı kamusal kaynaklarla finanse edilen modeldir. Bu modelin finansman gelir kaynakları vergiler ve primlerden oluşmaktadır. Türkiye'nin 2002-2017 dönemine ait sağlık finansmanına göre kamu sağlık harcamaları Tablo 4.13'de verilmiştir. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının finansmanı ağırlıklı olarak özel sektör tarafından karşılanırken, bu durum Türkiye için tam tersi söz konusudur. Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafından karşılanmaktadır. Tablo 4.13 incelendiğinde 2002 yılında yüzde 70,7 olan kamu sağlık harcamalarının payı, 2017 yılında yüzde 78,2'e yükselmiştir.

Diğer taraftan 2009 yılında Türkiye'nin sağlık harcamalarının finansmanının en yüksek payına ulaşmıştır. 2009 yılında sağlık harcamalarında kamu finansman payı yüzde 81'dir. Ayrıca yıllara göre 2009 yılında Türkiye için sağlık harcamalarının kamu tarafından finansında GSYH içindeki payı da en yüksek düzeye ulaşmıştır. 2009 yılında

sağlık harcamalarının kamu tarafından finansman edilmesinde GSYH içindeki pay yüzde 4,9'dur.

Bununla birlikte Türkiye için 2002-2017 döneminde, sağlık harcamalarının dağılımında önemli değişiklikler olmuştur. Tablo 4.14'de Türkiye için 2002-2013 dönemine ait sağlık finansmanına göre sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları verilmiştir. 2002-2017 döneminde sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması sağlanmıştır. Bu sebeple Sağlık finansmanında önemli değişiklikler yapılmıştır. 2007 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığının Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleşmesi gerçekleşmiştir. 2010 yılında devlet memurlarının ve 2012 yılında yeşil kart harcamaları Sosyal Güvenlik Kurumu'na geçmiştir. Bu yüzden 2002 yılında yüzde 40,6 olan Sosyal Güvenlik Kurumunun sağlık harcamalarının içindeki payı 2012 yılında yüzde 56,1 seviyesine kadar yükselmiştir. 2017 yılında ise bu pay yüzde 51,9 düzeyindedir. Sosyal güvenlik kurumunun 2002 yılında GSYH içindeki payı yüzde 2,2 iken bu oran 2009 yılında yüzde 3'e yükselmiştir. 2010-2012 yılları arasında yüzde 3'ün biraz altında seyretmiş olsa da 2013'te yeniden yüzde 3'e yükselmiştir. Bu pay 2017 yılında yüzde 3,1 düzeyindedir.

Bununla birlikte sağlık harcamaları için sosyal güvenlik kurumu tarafından sağlanan finansman tutarı 2002 yılında 7,6 milyar TL iken bu tutar 2017 yılında 73.1 milyar TL'ye yükselmiştir.

Sağlık finansmanına göre sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları TL cinsinden 2002-2013 döneminde 5,2 kat artmıştır. Sağlık finansmanına göre sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları dolar cinsinden ise 2002-2013 döneminde 3,9 kat artmıştır. Son olarak sağlık finansmanına göre sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları 2002-2013 döneminde 2013 yılı fiyatlarıyla TL olarak da 2002-2013 döneminde 1,2 kat artmıştır. Türkiye'de 2002-2013 yılları arasında sosyal güvenlik kurumu tarafından sağlanan finansman tutarı maksimum düzeyde gerçekleştiği yıl 2013 yılında gerçekleşmiştir. Ayrıca Türkiye'de 2002-2013 yılları arasında sosyal güvenlik kurumu tarafından sağlanan finansman tutarları sürekli artmıştır.

Türkiye’de sağlık finansmanına göre sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarının içindeki payı 2002-2013 döneminde sürekli bir artış göstermemiş. 2005 ve 2007 yıllarında sağlık finansmanına göre sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarının diğer yıllara göre düşük olduğu görülmüştür. 2004 yılında sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarının içindeki payı yüzde 44,1 iken bu pay 2005 yılında yüzde 39,6’a düşmüş ve 2006 yılında sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarının içindeki payı yüzde 40,1 iken bu pay 2007 yılında yüzde 38,7’e düşmüştür. 2002-2012 döneminde (2005 ve 2007 yılları haricinde) sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları içindeki payları sürekli artmıştır. 2012 yılında sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 56,1 olarak gerçekleşmiştir. 2013 yılında; sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarının içindeki payı yeniden düşme trendine girmiştir. 2013 yılında yüzde 55,7 olan bu pay, 2017 yılında yüzde 51,9 seviyesindedir.

Türkiye’de 2002-2013 yılları arasında sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları içindeki payının en düşük düzeyi 2007 yılında görülmüştür. 2007 yılında sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 38,7 olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerinde pozitif etki oluşturduğu görülse de, kamu sağlık harcamasının OECD ülke ortalamasının oldukça altında olduğu gerçeğinden hareketle, Türkiye’de devletin sağlık alanına daha çok kaynak ayırması gerekmektedir. Bu nedenle, daha yüksek bir insani gelişim için devletin kamu sağlık harcamalarının nicelik ve nitelik yönünden artırması gerekmektedir (Yalçın ve Çakmak 2016).

Tablo 4.13: Sağlık finansmanına göre kamu sağlık harcamaları (2002-2017, milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2002-2013 Artış (Kat)
TL	13.270	17.462	21.389	23.987	30.116	34.530	42.159	46.890	48.482	54.580	58.785	66.228	73.382	82.121	94.012	109.744	4
2013 Yılı Fiyatlarıyla TL	36.959	38.824	43.790	45.395	52.004	54.825	60.608	63.443	60.421	63.886	63.190	66.228					
USD	8.812	11.695	15.038	17.890	21.044	26.531	32.608	30.310	32.313	32.682	32.795	34.833					
SGP USD	21.742	22.654	26.398	28.878	35.579	39.923	47.367	51.604	51.547	55.302	55.835	60.306					
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (yüzde)	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73	81	78,6	79,6	79,2	78,5	77,4	78,5	78,5	78,2	
GSYH İçindeki Payı (yüzde)	3,8	3,8	3,8	3,7	4	4,1	4,4	4,9	4,4	4,2	4,1	4,2	4,3	4,2	4,3	4,2	

Kaynak: TÜİK

Tablo 4.14: Sağlık finansmanına göre sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları (2002-2017, milyon tl/usd)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2002-2013 Artış (Kat)
TL	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	51.356	55.908	64.163	73.125	5,2
2013 Yılı Fiyatlarıyla TL	21.253	23.705	27.087	26.496	30.508	31.274	36.438	38.260	38.254	40.894	44.749	46.993					1,2
USD	5.067	7.141	9.302	10.442	12.345	15.134	19.604	18.279	20.459	20.920	23.224	24.716					3,9
SGP USD	12.503	13.832	16.329	16.855	20.872	22.773	28.477	31.120	32.636	35.400	39.541	42.791					2,4
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (yüzde)	40,6	43,9	44,1	39,6	40,1	38,7	43,9	48,8	49,8	50,9	56,1	55,7	54,2	53,4	53,5	51,9	
GSYH İçindeki Payı (yüzde)	2,2	2,3	2,4	2,2	2,3	2,3	2,7	3	2,8	2,7	2,9	3	3	3,1	3,2	3,1	

Kaynak: TÜİK

4.4.3 Karma Finansman Modeli

Bu finansman modelinde; kamusal ve özel finansman modeli bir arada yer alır. Bu kapsamda sağlık harcamalarının finansmanının bir kısmı kamusal olarak finanse edilirken kalan diğer kısım özel olarak finanse edilmektedir. Cepten yapılan harcamalar, vergiler, primler ve özel sağlık sigortaları özel finansman modelinin kapsamında olan harcamalardır. Türkiye, sağlık hizmeti ve finansmanı konusunda karma sistemi benimseyen ülkelerden birisi olmakla birlikte sağlık hizmetleri büyük oranda kamu tarafından sunulmaktadır (Ağır ve Tıraş 2018).

5. SONUÇLAR

Hemen hemen bütün dünya ülkeleri sağlık sistemlerinin karşı karşıya olduğu en önemli iki problem, sağlık sistemine ayrılan kaynakların çok adaletsiz bir biçimde dağıtılması ve sağlık problemlerinin dağılımına göre bir tahsis yapılmamasıdır. Düşük ve orta gelirli ülkeler dünya gelirinin yalnızca yüzde 18'ini elde etmekte ve global sağlık harcamalarının yüzde 11'ini gerçekleştirmektedirler (250 milyar dolar ya da bu ülkelerdeki gayri safi milli hasılanın yüzde 4'ü). Dünya nüfusunun yüzde 84'ü bu ülkelerde yaşamakta ve dünyanın hastalık yükünün yüzde 93'ünü taşımaktadırlar. Bu ülkeler, halklarının sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta adil ve ulaşılabilir bir biçimde yeterli finansman sağlamak ve yetersiz kaynaklar için bir çözüm bulmakta çok büyük zorluklarla karşılaşmaktadırlar (WHO 2000). Bu çalışmada Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemleri ile ilgili bilgiler verilmiştir. Ayrıca Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri arasındaki sağlık sistemleri arasında kıyaslama da yapılmıştır. Sağlık harcamalarının yükselmesi bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Bununla birlikte ülkelerin sağlık hizmetlerine harcadığı paranın artması ile sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi arasında önemli bir ilişki vardır. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sistemleri arasında çok büyük farklar vardır. Bu farkların temelini oluşturan ise egemen olan sağlık finansmanı modelidir. Türkiye'de egemen olan sağlık sistemi modeli zorunlu sosyal sigorta modeli iken; Amerika Birleşik Devletleri'nde egemen olan sağlık sistemi modeli ise özel sağlık sigortasıdır.

Türkiye'de özellikle son yıllarda sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlık sisteminin görünümünde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Diğer taraftan Türkiye'nin sağlık harcamaları kapsamında, Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması artmasına rağmen OECD ülkeleri arasında hala düşük düzeydedir. Fakat Türkiye'de kişi başına sağlık harcamasının düşük olması sağlık hizmetlerine erişim açısından kendi başına olumsuz bir duruma işaret etmemektedir. Özellikle vatandaşların hasta memnuniyeti konusunda önemli iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda Türkiye'de tüm vatandaşların sağlık erişimine yönelik kolaylaştırıcı hizmetler devreye girmiştir ve önemli kolaylaştırmalar

yapılmıştır. Türkiye’de 2003 yılından itibaren sağlık finansmanında bir dizi reformlar gerçekleşmiştir. Bu kapsamda farklı sağlık sigortası sistemleri ve yeşil kart sahiplerine yönelik çeşitli reformlar uygulamaya geçirilmiştir. Örneğin yeşil kart sahipleri 2005’te, ayakta tedavi hizmeti ve ilaçlara erişim hakkına kavuşmuştur. Bu değişiklikle birlikte Yeşil Kart sahipleri, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ile aynı sosyal haklara erişim sahibi olmuştur. Bunun sebebi, Yeşil Kart sahiplerinin mali koruma ve hizmete erişim imkânlarını artırmaktır. Sağlık erişimi konusunda Amerika Birleşik Devletleri’nde de farklı girişimler yapılmıştır. Bununla birlikte sosyoekonomik yönden geri kalmış kişilerin sağlık erişimi kapsamında Türkiye Amerika Birleşik Devletleri’ne göre daha avantajlı bir ülke konumundadır. Türkiye’de vatandaşları gelir düzeyi ne olursa olsun sağlık erişimi konusunda hizmetlerden faydalanabilmektedir. Fakat aynı durum Amerika Birleşik Devletleri için geçerli değildir.

Türkiye’de geçmiş yıllara göre sosyal güvenlik harcamalarının artmasıyla refah artışı sağlanmıştır. Bununla birlikte Türkiye’nin ekonomisindeki gelişmeler sosyal güvenlik harcamalarını doğrudan etkilemektedir. Ülkelerin ekonomik yönden gelişmişlik düzeylerinin artması sosyal güvenlik harcamaları olumlu yönden etkilenmektedir. Çünkü herhangi bir ülkede ekonomideki değişim sosyal güvenlik harcamalarıyla paralel düzeydedir. Türkiye ekonomisi gelişmekte olan ülkeler kategorisindedir. Bu sebeple Türkiye’nin sosyal güvenlik harcamaları gelişmiş ekonomilere sahip ülkelerin harcamalarından daha düşük düzeydedir. Ayrıca Türkiye’de geçmiş yıllarda yaşanan ekonomik krizler, Türkiye’nin sosyal güvenlik harcamalarının oranlarını düşürmüştür. Bununla birlikte Türkiye’nin sağlık sisteminin geliştirilmesinde en büyük zorluk finansal sürdürülebilirliğin kırılma noktası olmasıdır. Çünkü Türkiye’de sağlık harcamalarının ağırlıklı olarak kamu tarafından finansman edilmektedir. Ayrıca Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı kapsamında ortaya çıkan maliyet, Türkiye’nin ekonomik gelişmesine bağlıdır. Bu bağlamda Türkiye ekonomisinin daralması durumunda, Türkiye’de kamu sağlık harcamaları azalabilir. Türkiye ekonomisine bağlı olarak ileriki yıllarda sağlık harcamaları üzerine maliyet kısıtlaması riski vardır. Şu anda Türkiye’nin sağlık alanında gelişmesi Türkiye ekonomisinin gelişmesiyle doğrudan bağlantılıdır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarında egemen olan model Türkiye'den farklı olarak özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar Türkiye'ye kıyasla çok yüksektir. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nin ekonomi yapısı gelişmiş ülkeler kategorisinde yer almaktadır. Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri'nin ekonomik kırılabilirliği Türkiye'ye kıyasla daha düşük düzeydedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık giderlerine büyük maddi kaynak aktarılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri sağlıkta gelişim kapsamında dünyada sayılı ülkelerden birisidir. Amerika Birleşik Devletleri tüm OECD ülkeleri arasında en yüksek kişi başı sağlık harcamasına sahip olan ülke konumundadır. Özellikle tıbbi ekipmanlar ve sağlık alanında büyük harcamalar yapılmaktadır. Sağlık alanındaki teknolojik gelişmelerin lideri olmakla birlikte ekonomik ve teknolojik bakımından oldukça güçlü bir ülkedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde hekimler dünyada saygınlık oluşturan ve talep edilen oldukça iyi bir eğitim sistemi sonunda mezun olan donanımlı bireylerden oluşmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık kurumları çeşitli akreditasyon sistemleri ile akredite edilmiş ve yüksek kalite standartlı sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bununla birlikte belirtildiği üzere Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık finansmanında egemen olan model özel sağlık sigortasıdır. Bu sebeple Amerika Birleşik Devletleri'nde gelir düzeyi yüksek olan vatandaşlar için sağlık hizmetlerinden faydalanma ayrıcalıklı durumdadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde gelir düzeyi yüksek vatandaş ile gelir düzeyi düşük vatandaş arasında sağlık erişimine yönelik hizmetlerde büyük farklar vardır.

Bilinmelidir ki hem Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulanan Medicaid hem de Medicare sağlık programları gelir düzeyi düşük olan ve sağlık hizmetlerinden tam yararlanamayan vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaya yöneliktir. Amerika Birleşik Devletleri'nde gelir düzeyi yüksek vatandaşlar ile gelir düzeyi düşük vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi noktasında büyük farklar vardır. Bu sebeple Medicaid ve Medicare sağlık uygulamaları ile tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımının kolaylaştırılması hedeflenmiştir.

Her ne kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde yoksul kesimler için geliştirilen Medicare veya Medicaid sağlık programları olsa da söz konusu programların işlevselliği sınırlı

düzyededir. Amerika Birleşik Devletleri ekonomisinin durgunlaşması durumunda özel sağlık programından yararlananların sayısı azalacaktır. Bununla birlikte yoksul kesimlerin sağlık programlarından faydalanmaları zorlaşmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Obama döneminde yoksul kesimler (65 yaş üzerindeki, engellileri, çalışamayan durumda olanları ve çalışmak istediği halde iş bulamayanları) için Medicare ve Medicaid'in kapsamını genişletilmesi için girişimlerde bulunulmuştur. Fakat söz konusu girişim Amerika Birleşik Devletleri'ndeki özel sigorta firmaları ve aşırı sağ tarafından engellenmiştir.

Sağlık hizmetleri tüm dünyada ülke vatandaşlarının eşit şekilde faydalanması gereken en temel hak olması gerekliliğindedir. Fakat ilgili araştırmalarda temel ekonomik değerler incelendiğinde sağlık hizmeti ve sağlık sistemi ekonomik bir veri olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ve OECD verileri incelendiğinde karşılaştığımız en önemli sorun ülkelerin ekonomik göstergelerinde sağlık sisteminin gerekli desteği görmemiş olmasıdır. Bu değerleri iki ülke arasında kıyasladığımızda Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye olarak Dünya Sağlık Örgütü ve OECD verileri incelendiğinde iki ülke arasında ekonomik farklılıklar mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri kişi başı sağlık harcamalarında OECD ülkeleri arasında yüzde 17,2'lik dilimle ilk sırada yer alırken Türkiye yüzde 4,2'lik bir payla yer almaktadır. Dünyada sağlık hizmetlerine ayrılan pay ortalaması yüzde 8,8 iken bu oranlara bakıldığında da iki ülke arasında önemli kabul edilebilecek kadar büyük ekonomik farklılıklar bulunmaktadır. Ancak tek başına bu mevcut ekonomik verilere göre değerlendirme yapılmamalıdır. Bu noktada, ekonomik değerlerin mi yoksa sağlık sisteminin kaynakların toplumun tüm bireylerine ulaştırılabilirliğinin mi daha öncelikli olduğu göz önünde bulundurulması gereken bir konudur.

Amerika Birleşik Devletleri ekonomik anlamda sisteme hâkim olduğu ve kendi beklentileri doğrultusunda bir sistem oluşturduğu sağlık ve finansman konusunda kendi çıkarları doğrultusunda çalışma yapan kurumlar olduğu için ülke vatandaşlarına endeksli bir fayda sağlayan durum söz konusu olmamaktadır. Bu durumdan dolayı ekonomik anlamda gelişmiş olan Amerika Birleşik Devletleri'nde gelir düzeyi yüksek olanlar sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için aldıkları poliçe karşılığında hizmet görebilmektedirler. Bu poliçelerde aldıkları poliçe miktarı karşılığında sağlık hizmeti alabilmektedirler. Örneğin 10.000 dolarlık bir poliçe satın alan bir kişi bundan fazla hizmet göreme-

mektedir. Bu durum Türkiye’de tam tersi karşımıza çıkmaktadır sağlık sistemi Türkiye’de sosyal bir yardım olarak görüldüğünden dolayı ve son yıllarda yapılan çalışmalarla birlikte dağınık olan kurumların tek elde birleştirilmesiyle sağlık alanında büyük reformlar yapılarak tüm vatandaşların gelir düzeyi düşük gelir düzeyi yüksek ayırt edilemeksizin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi sağlanmıştır. Bu durum sayesinde ücret ayırt edilmek sizin ülke vatandaşlarının tamamı bütün sağlık hizmetlerinden ücret alınmadan sağlık hizmetlerinden faydalanılması sağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinden faydalanmak sosyal bir hak ise ekonomik verilerin önemi sadece hizmetlerin daha elverişli ve kaliteli olması için gereklidir. Ekonomik faydaların çok iyi olduğu bir ülkede her kesime ulaştırılmayan bir sağlık sistemi pek yeterli olmayacaktır. Temel hak ve değerlerin eşit şekilde tüm topluma dağıtılması sağlık açısından önemli bir etken olacağı düşünülmektedir.

Sağlık hizmetleri toplumun yaşam kalitesini etkileyen en önemli unsur olarak görmek devletlerin başlıca asli görevi olmalıdır. Bu önemli unsurun maddi getiri sağlayan bir unsur olarak görmeden toplum faydası gözetilerek yapılması en önemli görev olacaktır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

Atabey, S.E., 2012. *Sağlık Sistemleri ve Politikası*, Ankara: Gazi Kitabevi, Birinci Baskı.

Atasever, M., 2014. *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, Bakanlık Yayın No: 983, Basım: Ankara, s. 145.

Barton, P. L., 1999. *Understanding The U. S. Health Services System*, Health Administration Press, Chicago, Amerika Birleşik Devletleri, ss. 29-354.

Barton, P.L., 1999. *Understanding The U. S. Health Services System*, Health Administration Press, Chicago, Amerika Birleşik Devletleri , ss. 29-354.

Belek, İ., 2012. *Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*, İstanbul: Yazılama Yayınları, s. 142.

Çelik, Y., 2012. *Sağlık Ekonomisi*, Ankara: Siyasal Kitabevi, Birinci Baskı, s. 210.

Eren, N., 1985. *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Hatipoğlu Yayınevi, 2.Baskı, Ankara, s. 147.

Fişek, N.H., 1985. *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi , DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara, s. 159.

Güler, B.A., 2003. *Kamu Yönetimi Temel Kanunu*, Tıp Dünyası, Türk Tabipleri Birliği Türk Tabipleri Birliği Yayını, s. 104.

Kurtulmuş S., 1998. *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul, s. 163.

Lassey, M. L., Lassey W. R., Jinks, M. J., 1997. Health Care Systems Around The World, Prentice Hall; New Jersey, USA, ss. 27-67.

Orhaner E., 2014. *Türkiye 'de Sağlık Sigortası*, Siyasal Kitabevi, s. 114.

Roberts, M.J., Hsiao, W.B., Michael, R.R., 2004. *Sağlık Reformun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, Ankara: Onur Matbaacılık Ofset Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti., s. 162.

Smith, M.I., 2005. *Pharmacy and the U.S. Health Care System*, Third Edition, Pharmaceutical Products Pres, s. 126.

Soyer, A., ve Belek, İ., 1998. *Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler, Türkiye 'de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme*, Türk Tabipleri Birliği, Ankara, s. 123.

Targonski, R., 2000. *Ana Hatları ile Amerika Birleşik Devletleri Devlet Yapısı*, Amerika Birleşik Devletleri Dışişleri Bakanlığı Enformasyon Programlar Dairesi, Amerika Birleşik Devletleri , ss. 52-63.

Türk Tabipleri Birliği, 2006. *Aile Hekimliğinde Son Durum*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, s. 120.

Wall, A., 1996. *Health Care Systems in Liberal Democracies*, New York, ss. 1-6.

Yıldırım, H.H., 2012. *Sağlık Sigortacılığı, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı*, Eskişehir, Açık Öğretim Fakültesi, s. 112.

Yılmaz, V., ve Yentürk, N., 2012. *Türkiye 'de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi, s. 62.

Sürekli Yayınlar

- Ağır, H., Tıraş, HH., 2018. Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), ss. 643-670.
- Çelebi, K., ve Cura, S., 2013. Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz, *Maliye Dergisi*, (164), ss. 47-67.
- Çelik, Y., 2011. Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, ss. 62-81.
- Daştan, İ., Çetinkaya, V., 2015. “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5, 1, ss.104-134.
- Donaldson, M.S., Yordly, K.D., Lohr, N.K., Vanselow, N.A., 1996. Primary Care- America’s Health in New Era, *Institute of Medicine; National Academy Press; Washington D.C., USA*, ss. 76-81.
- Ersöz F., 2008. Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. *İstatistikçiler Dergisi*, (2), ss. 95- 104.
- Fowler, J., 1994. Amerika Birleşik Devletlerin'de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 9(64), ss. 35-38.
- Karabulut, K., 1999. Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması, *Ankara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 13(1), ss. 139-152.

Karacık, 2001:1488: Karacık, A., 2001, Türkiye’de Sağlık Sigortaları, *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II*, S.40, Temmuz-Ağustos, s.1488-1493.

Kılıç, B., 1994. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 9(64), ss. 29-35.

Kırılmaz, H., Amarat M., Ünal Ö., 2017. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Strategic Public Management Journal*, 3, ss 78-104. (DOI : 10.25069/spmj.342134).

Köksal, S.S, Sipahioğlu, N.T, Yurtsever, E., 2016. Vehid S., Temel Sağlık Düzeyi Göstergeleri Açısından Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri, *TJFMPC*, 10(4): ss. 205-212.

Kurşun, A., Rakıcı, C., 2014. Türkiye ve Sosyal Refah Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Analizi, *İnsan Hakları Yıllığı*, (32), ss. 77-105.

Özcan, Y.A., ve Özgen, H., 2001. Sağlık Sigortacılığı Politikasında Amerikan Sağlık Sigorta Sisteminden İzlenimler, *Yeni Türkiye Dergisi*, (40), ss. 1494-1513.

Öztürk, Z., ve Karakaş, E.T., 2015. Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(2), ss. 39-59.

Öztürk, Z., ve Karakaş, E.T., 2015. Avrupa’nın Sağlık Sistemi, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(2), ss.39-59.

Öztürk, Z.,ve Karakaş, E.T., 2015. Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(2), ss. 39-59.

- Pekten, A., 2006. Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler, *Sayıştay Dergisi*, (61), ss. 119-138.
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., Barnes, A. J., Saltman, R. B., and Van Ginneken E., 2012. Health systems in transition, United States of America: Health System Review., 15, 3, ss. 1-431.
- Sayılı, U., Sayman, A.Ö., Vehid, S., Köksal, S.S., 2017. Erginöz, E., Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), ss. 1-12.
- Sayım, F., 2017. Türkiye’de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri Ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi, *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, ss. 13-30.
- Schieber, G., ve Akiko, M., 1999. Health Care Financing and Delivery in Developing Countries, *Journal Health Affairs*, ss. 193-205.
- Sonuğur, C., 2016. Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), ss. 197-224.
- Tutar, F., ve Kılınç, N., 2007. Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli Ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi, *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, 10(1), ss.31-54.
- Uğurluoğlu, Ö., ve Çelik, Y., 2005. Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), ss. 63-74.
- Yalçın, AZ., Çakmak, F., 2016. Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(4), ss. 705-723.

Yılmaz, V., 2013. Changing origins of inequalities in access to health care services in Turkey: From occupational status to income, *New Perspectives on Turkey*, (48), ss. 53-75.

Yurdadoğ, V., 2007. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), ss. 591-610.



Diğer Yayınlar

AKIN, C.S., (2007). Sağlık ve Sağlık harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Çukurova Üniversitesi SBE İktisat Ana Bilim Dalı.

Aktan, C.C. ve Işık A.K., Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, www.canaktan.org/ekonomi/saglik [Erişim tarihi 08.11.2017].

Chartbook on Trends in the Health of Americans, US Department of Health and Human Services, Maryland, 2005. <http://www.cdc.gov/nchs/hus.html> [Erişim tarihi: 13/12/2017].

Chua, K.P., 2006. Overview of the U.S. Health Care System, <http://www.amsa.org/uhc/HealthCareSystemOverview.pdf>, [Erişim Tarihi: 13/12/2017].

Dünya Bankası, (2014). <http://data.worldbank.org/topic/> [Erişim Tarihi: 13.03.2018].

Dünya sağlık örgütü, <http://www.who.int/en/>, [Erişim tarihi: 14.01.2018].

Gülbiye Y.Y., (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye için Sağlık Finansman Modeli önerisi, *Yayınlanmış Doktora Tezi*, TC Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, s. 124.

Medicaid ve Medicare Servisleri Merkezi (Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS) <https://innovation.cms.gov/About/> (1 Mart 2017).

OECD Health Data 2014, Health Data 2013, <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-healthstatistics-2014-frequently-requesteddata.htm>, [Erişim tarihi: 17.02.2018].

OECD Health Data CD-Rom 2006, <https://data.oecd.org/healthres/healthspending.htm>,
[Erişim tarihi: 14.02.2018].

OECD, 2013. Health Data 2013, <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-healthstatistics-2013-frequently-requesteddata.htm>, [Erişim tarihi: 14.12.2017].

OECD, 2015. OECD Database, <https://data.oecd.org/healthres/healthspending.htm>
[20.11.2017].

Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurulu (The Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ), <https://www.ahrq.gov/> [Erişim Tarihi: 10/10/2017].

Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi (The Health Resources and Services Administration (HRSA), <https://www.hrsa.gov/about/index.html> [Erişim Tarihi: 10/10/2017].

Sargutan, A.E., Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi, <http://www.sargutan.com/>

Sosyal Güvenlik Kurumu, 2010. Primsiz demeler Genel Müdürlüğü Eylül Ayı İstatistik Bülteni. Ankara.

Sosyal Güvenlik Kurumu, 2014. Aylık Temel Göstergeler-Nisan. Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, <http://shgm.saglik.gov.tr/>
[Erişim Tarihi: 10/10/2017].

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 (Sağlık Bakanlığı Yayın No 1106)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017, yeni.thsk.gov.tr/depo/thsk/denetim-hizmetleri-db/.../Sunum/Amerika_Sunum.pdf, [Erişim Tarihi: 10/12/2017].

Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.TÜİK.gov.tr>, [Erişim tarihi: 14.02.2018].

United States Department of Health & Human Services Organizational Chart, 2006.

<http://www.hhs.gov/about/orgchart.html>, [Erişim tarihi: 10/12/2017].

World Health Organization (WHO), <http://www.who.int/en/>. [Erişim Tarihi: 13.02.2018].

Yıldırım, H.H., 2000. Türk Sağlık Reformları Neden Uygulanamıyor? Avrupa Sağlık Reformları Işığında Bir Değerlendirme, 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi: 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, Ankara 20-21 Mayıs, ss. 276-281.

<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CFOReport/index.html>)