



Review article

# OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemlerinin Sağlık Göstergeleri Açısından Değerlendirilmesi <sup>1</sup>

## Evaluation of Health Systems in OECD Countries in Terms of Health Indicators

Hülya Diğ̃er <sup>a, \*</sup> & Rıfat Bilgin <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Department of Health Management, Social Sciences Institute, Fırat University, Elazığ, Turkey

<sup>b</sup>Department of Social Work, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Fırat University, Elazığ, Turkey

### Özet

Bu çalışma, OECD ülkeleri bağlamında sağlık sistemlerini karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Sağlık çıktıları üzerinde sağlık harcamaları, devlet/sosyal sigorta, özel sigorta ile hastane sayısı gibi faktörlerin etki oluşturduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda ülkelerarası sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasıyla Türkiye sağlık sisteminin değerlendirilmesine yönelik katkılar sunulacağını söylemek mümkündür. Çalışmanın sonuçlarına göre en fazla sağlık harcaması ile hastane sayısına sahip olan ülke Almanya'dır. En az sağlık harcamasına sahip olan ülke ise Türkiye'dir. Ayrıca devlet/sosyal sigorta oranı en fazla olan ülkelerin Kanada, İsrail ile Slovenya olmasının yanı sıra en düşük orana sahip olan ülke Almanya'dır. Özel sigorta açısından en fazla orana sahip olan ülke Fransa, en düşük orana sahip olan ülke ise Türkiye'dir. Ülkeler arasında en az hastanesi bulunan ülkenin Slovenya olduğu elde edilen diğer sonuçlar arasındadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sistemleri, OECD Ülkeleri.

### Abstract

The aim of this study is to compare health systems in OECD countries. It is thought that some factors such as health expenditures, public/social insurance, private insurance and the number of hospitals have an impact on health outputs. In this sense, it is possible to say that the comparison of international health system will tend the evaluation health system of Turkey. According to the results of the research, Germany is the country with the highest health expenditure and number of hospitals. The country with the least health expenditure is Turkey. In addition, the countries with the highest public/social insurance ratio are Canada, Israel and Slovenia, while the country with the lowest ratio is Germany. The country with the highest rate of private insurance is France and the lowest rate is Turkey. Slovenia is the country with the least number of hospitals among the countries examined.

**Keywords:** Health, Health Services, Health Systems, OECD Countries.

**Received:** 04 November 2021 \* **Accepted:** 22 December 2021 \* **DOI:** <https://doi.org/10.29329/ijiasos.2021.419.2>

<sup>1</sup> Bu çalışma, Doç. Dr. Rıfat BİLGİN'in danışmanlığında hazırlanan "OECD Ülkelerinde Hastane Göstergelerinin Sağlık Üzerindeki Etkisi: Panel Veri Analizi", başlıklı Hülya DİĞ̃ER'in doktora tezinden türetilmiştir.

\* **Corresponding author:**

Hülya Diğ̃er, Department of Health Management, Social Sciences Institute, Fırat University, Elazığ, Turkey  
Email: [hulyadiger@gmail.com](mailto:hulyadiger@gmail.com)

## GİRİŞ

Sağlık, üzerinde birçok unsurun etki oluşturduğu bir kavramdır. Etki oluşturan unsurları göz önünde bulundurmak suretiyle istenilen sağlık çıktısına ulaşma konusuna göre sağlık sistemleri tasarlanması gerekmektedir. Sağlık sistemleri, her ülkenin sosyal, kültürel ve ekonomik bağlamları dikkate alınarak dizayn edilmesinin önemsenmesi gereken bir durum olarak ifade edilebilir. Bu sebeple de her ülkenin sağlık sistemi, birbirinden farklılık göstermektedir. Birbirlerinden farklılığın yanı sıra sağlık sistemlerinde öncelik durumu bulunmaktadır.

Sağlık sistemlerindeki öncelik durumu sistem tasarımına konu olmaktadır. Dolayısıyla her sağlık sistemi, tasarlandığı ülkenin niteliklerine bağlıdır. Bu nedenle de her sağlık sistemi farklı bir yapıya sahiptir. Bu farklı yapılar, daha iyi sağlık çıktılarına olanak sağlarken daha kötü sonuçlara da zemin hazırlayabilmektedir. Dolayısıyla ülkeler arası kıyaslamaların yapılması, sağlık sisteminizdeki yanlış uygulamaları, yapıları, eylemleri ortaya çıkarabilmekte ve daha iyi sonuçlara, uygulamalara ve politika oluşturabilmeye olanak sağlayabilmektedir.

Yukarıda yapılan değerlendirme kapsamında çalışmada ülkelerin sağlık sistemleri değerlendirilecektir. Değerlendirmelerden ortaya çıkan olumlu sonuç, uygulama ve politikaların Türkiye bağlamında nasıl olması gerektiği konusunda çalışmanın yol gösterici olacağı varsayılmaktadır. Bu ifade edilen bağlamları da dikkate alarak çalışma ülkelerin sağlık sistemlerini değerlendirmeyi hedeflemektedir. Ayrıca verilerin başlangıç yılı olan 2003 yılı itibariyle incelenmesi ile Türkiye'nin 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' açısından değerlendirilmesi de çalışmanın alt amaçları arasındadır. Yapılan karşılaştırmalardan hareketle Türkiye açısından önerilerde bulunmak çalışmanın önemini oluşturmaktadır. Sağlık sistemi konusunda yapılan çalışmalar genellikle başlangıç yılı olarak daha geçmiş yılları kabul etmektedir. Bu çalışmanın sağlıkta dönüşüm bağlamında 2003 yılını başlangıç tarihi olarak kabul etmesi, diğer çalışmalardan farklı olarak özgün değerine işaret etmektedir.

## SAĞLIK SİSTEMİ

Sistem kavramı olarak, istenilen amaçlara ulaşma konusunda birbirleriyle uyumlu olan unsurlardır. Bu bağlamda sağlık sistemi, sağlık düzeyini geliştirme konusunda sisteme ait çeşitli faktörleri barındıran girdi, süreç ve çıktıdan oluşmaktadır. Belirli amaç çerçevesinde sağlık sistemleri tasarlanmaktadır. 2000 yılında "Sağlık Sistemleri Performansı Arttırmak" isimli raporu Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanmıştır (WHO, 2000).

Sağlık sisteminin ilk amacı sağlığı iyileştirmektir. Bununla birlikte sistem sağlığı koruma ile geliştirme amaçlarına da sahiptir. Bu kapsamda sağlık sistemi, kaynaklar ile faaliyetlerin birlikte olmasıyla sağlık hizmet çıktısına odaklanmaya yönelik yönetim olarak tanımlanabilir (WHO, 2000; Ertaş ve Çiftçi Kırac, 2017: 30). Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen sağlık sistemi amaçları şu şekilde ifade edilebilir (WHO, 2000);

- Geliştirilen sağlık,
- Karşılanan hasta beklentileri,
- Adaletli finansman.

Sağlık sisteminin başlangıç ve bitiş yeri bir kesinlik içermemektedir. Alternatif tıptan profesyonel sağlık hizmetlerine kadar olan süreçte yer alan birçok unsur, sağlık sisteminin içerisinde yer almaktadır (WHO, 2000).

### **Sağlık Sistemi Modelleri**

Ülkelerin politik yönetimleri her geçen gün farklılaşmaktadır. Bu farklılaşan yönetimde doğru sağlık hizmetlerini sunabilme amacıyla sağlık sistem modelleri geliştirilmiştir. Sağlık sistemlerinde evrensel olarak kabul gören dört sistem bulunmaktadır. Sağlık sistemi modelleri şu şekildedir (Tatar, 2011: 110-111; Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106) ;

- *Beveridge Modeli,*
- *Bismarck Modeli,*
- *Ulusal Sağlık Sigortası Modeli,*
- *Cepten Ödeme Modelidir.*

Ülkelerde uygulanan sağlık sistem modelleri zamana bağlı olarak farklılaşmaktadır (Berié ve Fink, 2000: 27). Prim, vergi, cepten ödeme ile özel sağlık sigortası gibi faktörler sağlık finansman kaynaklarıdır. Sağlık finansmanı konusunda da ülkeler sınıflandırılmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106).

## **ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİ**

Ülkelerin sağlık sistemleri kapsamında Kanada, Fransa, Almanya, İsrail, Hollanda, Slovakya, Slovenya ile Türkiye'nin sağlık sistemleri incelenmek suretiyle alt başlıklarda sunulmuştur.

### **Kanada Sağlık Sistemi**

Kanada'nın sağlık kurumları ilk olarak dini duygular ile hayırseverlik altında kurulmuştur. 1957 yılında kabul edilen "*Hastane Sigortası ile Teşhis Hizmetleri Yasası*" 1958 yılında yürürlüğe girmiştir. Yürürlüğe giren yasa, temel sağlık hizmetlerinin yanı sıra standartlaştırılmış ulusal raporlamayı da öngörmektedir. Federal ile kamunun sosyal sigorta sistemini düzenleyen "*Tıbbi Bakım Yasası*" kabul edilmiştir. 1957 yılında kabul edilen "*Hastane Sigortası ile Teşhis Hizmetleri Yasası*" ile 1966 yılındaki "*Tıbbi Bakım Yasası*"nın birleşimiyle "*Birleşik Sağlık ile Hastane Programları*" oluşturulmuştur. Birleşik Sağlık ile Hastane Sigorta Programlarını ifade etmek için "*Medicare*" kavramı

kullanılmaktadır. 1984 yılında kabul edilen Kanada Sağlık Yasası'nın kapsamında 5 temel ilke yer almaktadır. Bu ilkeler (Koçak, 2014: 82);

- *Kamu Yönetimi,*
- *Kapsamlılık,*
- *Tek Tiplilik,*
- *Erişilebilirlik,*
- *Taşınabilirlik (Ülke vatandaşlarının yurt içi ve yurt dışı taşınma durumlarında sağlık hizmetlerinden faydalanmaya devam etmesi).*

Kanada'da bulunan bazı sağlık problemleri, sistemde zorluklara neden olmaktadır. Bu zorluklardan en önemlileri şu başlıklar altında değerlendirilebilir;

- Yaşlı nüfus,
- Kronik hastalıklar,
- Sınırlı bütçe,
- Teknolojinin hızlı değişimi.

Uzmanlaşmış bakım ile akut sağlık hizmetlerinde farklılıkların oluşturulması (yoğunlaşan tesisin merkeziliği, daha büyük hizmetlerin varlığı vb.) teknoloji ile tıbbi uzmanlığın verimli kullanımının yanı sıra bakım kalitesinde daha iyi sonuçlara olanak sağlamaktadır. Sağlık sisteminde yer alan zorlukları iyileştirebilmek amacıyla kamu özel ortaklığı modelleri tasarlanmaktadır (Gerard vd., 2009: 1114–1120).

2003 yılından günümüze kadar 50'den fazla hastane kamu özel ortaklığı çerçevesinde geliştirilmiştir. Geliştirilen hastaneler kapsamında inşaat ile satın alınma aşamalarında bulunanların yanı sıra faaliyette olanları da bulunmaktadır. Kamu özel ortaklığı ile ülkenin sağlık altyapısının gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır (Mckee vd., 2006: 890–893).

Kamu özel ortaklığı sayesinde Kanada'da birçok başarı elde edilmiştir. Elde edilen başarılar, ülkedeki hastaneler ile eyaletlerin altyapılarını oluşturan ajanslar üzerinde etki oluşturmuştur. Kamu özel ortaklığının başarısında projelerin zamanında teslim edilmesi, bütçede değişikliğin oluşmaması, uzun vadeli maliyet kesinliği gibi durumlar etki oluşturmuştur. Kanada'da klinik yenilikler, kamu özel ortaklığı sayesinde sağlanmıştır. Sağlanan yenilikler ise, hastaların memnuniyetini artırmıştır. Hastalar tarafından tercih edilmek isteyen kamu özel ortaklığı hastanelerinde girdi özelliği sergileyen unsurlar şu şekildedir (Albayrak, 2020: 49);

- Planlama ve tasarım sürecinde büyük oranda klinik kullanıcı gruplarının bulunması,

- Özel sektörün isteklerine yönelik güçlü rekabetin bulunması,
- Özel sektörün tekliflerini değerlendirmede klinik işlevselliğin önem arz etmesi,
- Hastane tarafının yanı sıra hastane planlaması ile tasarımı konusunda uluslararası uzmanların bulunması.

### **Fransa Sağlık Sistemi**

Hastaneler açısından Fransa sağlık sistemi incelendiğinde, kamu ile özel hastanelerin sistemi oluşturduğu görülmektedir. Kamu hastanelerinin kapsamına kâr amacı gütmeyen kuruluşlar da katılarak genel nüfus refahı için hizmet verilmektedir. Bu çerçevede devlet hastanesi kapsamında yapılan her hasta başvurusu kabul edilmektedir (Weill, 1994: 127).

Fransa'daki sağlık hizmet sunumu şu şekildedir (Weill, 1994: 126);

- Tıbbi uygulamalardaki özgürlük ile sosyal güvenlik ülke çapında birleştirilmiştir.
- Zorunlu sağlık sistemi nedeniyle ülkede yer alan herkes, sistemden faydalanabilmektedir.
- Sağlık hizmet sunumu kamunun yanı sıra özel kurumlar aracılığıyla da yapılmaktadır.
- Hekimlere erişim her hasta için ücretsizdir.
- Sağlık hizmet masrafları sigorta sistemi tarafından karşılanmaktadır. Hastalar tarafından yapılan ödeme durumlarında ise, sigorta sistemi ilgili ücreti iade etmektedir.
- Sağlık hizmetlerindeki evrensel erişimler, genel olarak ulusal sağlık sigorta sistemleri aracılığıyla garantilenmektedir.
- Bir yıldan daha fazla süre işsiz kalma suretiyle sosyal güvenceden faydalanamayan kişilere yardımlar sağlanmaktadır.
- Sağlık harcamalarında finans, kronik olarak bir sosyal politika problemi şeklinde yer almaktadır.
- Sağlık harcamalarının finansmanı %75'ten fazla kamu, diğer kısımlarda ise özel sigortalar aracılığıyla sağlanmaktadır.

Fransa'nın sağlık sistemi, temelini Bismarck'ın oluşturduğu karma bir modele sahiptir. Bu kapsamda oturma izni bulunan herkes için sağlık sigortası merkezi rolde, özel sigortalar ise tamamlayıcı rolde yer almaktadır (Cura, 2012: 58). Ülkenin sahip olduğu zorunlu sağlık sigortasına erişim konusu sosyal durum ile mesleğe bağlı olarak farklılık göstermektedir. Bu bağlamda üç temel alan belirlenmek suretiyle sağlık sigortası sınıflandırılmıştır (Cura, 2012: 58);

- *Genel program;* sanayi ve ticaret alanında faaliyet gösteren kişiler ile ailelerini kapsayan programdır.
- *Tarımsal program;* tarım alanında çalışan çiftçilerin yanı sıra yardımcı işçilerin kendileriyle ailelerini içeren programdır.
- *Serbest meslek erbabı programı;* esnaf ile çiftçiler hariç serbest meslek alanında çalışan kişileri kapsayan programdır.

Fransa'nın sağlık finansmanı vergi, prim, gönüllü sağlık sigortası ve cepten ödemeler ile sağlanmaktadır. Zorunlu sağlık sistemi, 1946 yılı itibariyle kullanılmaya başlanmasının yanı sıra nüfusun tamamını kapsamaktadır. Yıllık Sosyal Güvenlik Finansman Yasası ise, 1997 yılı itibariyle oluşturulmuştur (Cura, 2012: 59).

### **Almanya Sağlık Sistemi**

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunumuyla Almanya, uluslararasıda önemli bir yere sahiptir. Koruyucu sağlık hizmetleri çoğunlukla istenilen mesajların iletimi ile halkın eğitilmesi hakkındadır. Bu bağlamda sağlık eğitimlerinde federal, eyalet ile belediyelere önemli sorumluluklar yüklenmektedir (Kırcı Çevik ve Yüksel, 2019: 214; Yüksel, 2017: 92).

Sağlık eğitimi hakkındaki çalışmalar BZgA (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung-Federal Sağlık Eğitimi Merkezi*) tarafından Sağlık Bakanlığına bağlı olmak suretiyle gerçekleştirilmektedir. Ayakta tedavi sunucuları, diş hekimleri ile aile hekimleridir. Aile hekimi seçimi konusunda özgür olunan Almanya'da en az üç ay kişiler aynı aile hekimine bağlı olmak zorundadır. Aile hekimleri görevlerini Hausarzt isimli sözleşmeye bağlı olmak suretiyle gerçekleştirmektedir. Bu kapsamda hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından sunulmaktadır. Aile hekimlerinin ücret ödemeleri hizmet durumlarına bağlı olarak farklılaşmaktadır. Sunulan her sağlık hizmetinin bir tarife ile sunum süresi tespit edilmiş, ödemeler buna bağlı olarak belirlenmiştir (Kavukçu ve Burgazlı, 2011: 2; Yüksel, 2017: 92).

Hastaların sağlık hizmet sürecinde aile hekimlerine başvurmaları zorunludur. Sevk zincirine önem verilen Almanya'da direk ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalar sağlık giderlerini cebinden karşılamaktadır (Mossialos vd., 2017:71).

Almanya'nın sağlık sisteminde iki özellik dikkat çekicidir;

- Eyaletler ile federal hükümetler, sağlık sunucuları ve ödeyicileriyle sağlık hizmetleri konusundaki yetkilerini paylaşabilmektedir (Busse and Blümel,2014).
- Özel sağlık sigortası (PHI) ile yasal sağlık sigortası (SHI), sigorta sistemlerinin uzun süreli bakımı konusunda aynı sağlayıcılardan faydalanabilmektedir. Sağlık kurumları ile hekimler tarafından kamunun yanı sıra özel sigortalı hastalara da tedavi hizmeti verilmektedir. Bu

bakımından Almanya sağlık sistemi birçok ülkeden farklılık göstermektedir (Mossialos vd., 2017:71).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, özel ile kamunun işbirliği şeklinde gerçekleştirilmektedir. Aynı şekilde sağlık güvenlik sistemi, özel sağlık sigortası ile zorunlu sağlık sigortasının birleşimi ile sağlanmaktadır. Zorunlu sağlık sigortasında finansman, prim ve diğer gelirler aracılığıyla elde edilmektedir. Kişilerden alınan prim katkıları, sigortalı kişinin gelirine bağlı olarak belirli bir yüzde şeklinde belirlenmektedir. Bu bağlamda alınan prim oranları her yıl farklılık gösterebilmektedir (Karaman, 2019: 28).

### **İsrail Sağlık Sistemi**

İsrail'in sağlık sisteminde dört sağlık planı bulunmaktadır. Bu planlar; Clalit\*, Maccabi†, Meuhedet‡ ile Leumit§'tir. Planlar kapsamında pazarda en büyük payı bulunan plan, %53 oranı ile Clalit'tir. 1911 yılında kurulan Clalit planı, 1980 yılına kadar %80 oranında üyeye sahip olmuştur. Clalit planında devletin denetimindeki hastaneler ile doktorlar tarafından planın kendi üyelerinin yanı sıra diğer plan üyelerine de sağlık hizmeti sunulmaktadır (HIT Summary: Israel, 2009).

Tarihsel süreçte İsrail'in sağlık sistemi birçok problemi bünyesinde barındırmıştır Sağlık sistemindeki problemler şu şekildedir (Chernichovsky ve Chinitz, 1995: 130);

- Yetkilendirmenin açıkça yapılmaması; sigortalı olmasına rağmen çoğu zaman kişiler, hastalık fonlarından bakım alamamıştır.
- Sağlık politika tasarısı; değişen koşullara uyum sağlayabilme ve yön verebilme suretiyle güvenli politikanın oluşum mekanizması bulunmamaktadır. Bu kapsamda sağlığın en acil konularında bile devlet desteği aracılığıyla politika tasarlanmıştır.
- Yetersiz bilgi sistemleri.
- Hesap verilebilirlik ile mali sorumluluklar konusundaki eksiklikler.

Tarihsel geçmişinde çeşitli problemlere sahip olan İsrail, günümüzde sağlığın birçok alt dalında ilerlemeler elde etmiştir. Bu ilerlemelerin belirleyicileri şu şekilde ifade edilebilir (Skorecki ve Horton, 2017: 2);

- Sağlığın ulusal amaç olduğu önceliklendirme konusunda tespit edilen net bir vizyon,
- İstenilen sağlık çıktısına ulaşma konusunda kişi ile uzun süreli taahhüt,
- Ülkede birden fazla ırkın yaşaması,

\* İsrail'in %80 oranına sahip olan en büyük sağlık planı.

† %4 oranına sahip olan İsrail'in ikinci sağlık planı.

‡ İsrail sağlık planı.

§ İsrail sağlık planı.

- Ülkenin geleceğine yönelik güçlü tartışmaların yapılması,
- Sağlık bakımı hakkındaki düzenlemelere yönelik oluşturulan ulusal mevzuatlar,
- Güçlü kurumlar aracılığıyla ulusal kalkınmanın temelini oluşturulması,
- Din ile kültür tarihleri açısından araştırmalar, bağışlar ile burslar,
- Ekonomiyi genişletme suretiyle sağlıktaki eşitsizliklerin giderilmesi,
- Uluslararası anlamda sağlığın da yer aldığı birçok alanda kabul görme arzusu,

Sağlık alanındaki ilerlemeye yönelik girişimler, İsrail sağlık sistemindeki dönüm noktaları açısından önem arz etmektedir. Bu bağlamda ülkede bulunan ilerlemeler, şu kategoriler altında değerlendirilebilir (Skorecki ve Horton, 2017: 2);

- Temel bir standarda erişebilme amacıyla evrensel sağlık sigortası,
- Bakanlık tarafından belirlenen düzenleyici yönetim aracılığıyla sağlığa uyum,
- Kâr amacı bulunmayan sağlık planlamalarıyla rekabet edebilme konusunda yanıt verme ve kalite ile maliyet konularında denge sorumluluğu,
- Koruyucu hekimlik ile halk sağlığının –özellikle çocuklarda- geliştirilmesi,
- Stratejik planlamaların nüfusun yaşlanmasından önce yapılması,
- Tıp eğitimi konusunda ilerlemelerin yapılması,
- Önceden bulaşıcı hastalıklara yönelik kontrollerin yapılması,
- Bulaşıcı olmayan hastalıklarda iyileşmelerin elde edilmesi,
- İlaç endüstrilerindeki büyümeler,
- Sağlıklı yaşam ile beslenme konusunda halkın bilinçlendirilmesi,
- Ulusal sağlık yasası kapsamında genişlemelerin elde edilmesi,
- Kapsamlı, erişilebilir ile iyi organizasyonu olan birincil sağlık bakım hizmetleri,

1980’li yılların sonuna doğru İsrail halkının yaklaşık %95’i dört sağlık planından\* biri aracılığıyla sosyal güvence altına alınmıştır. Dört sağlık planında da kâr amacı bulunmamakta, halk tarafından istenilen plan seçilebilmektedir. Sosyal güvence kapsamında 1995 yılında ‘*Ulusal Sağlık Sigortası*’ kurulmuştur. Sağlık sigorta fonlarının dağılımda hükümet, yaş dağılımı ve üye sayısı gibi faktörleri göz önüne almaktadır (HIT Summary: Israel, 2009).

---

\* Clalit, Maccabi, Meuhedet, Leumit.



- İsrail sağlık sistem finansı vergi ile primler aracılığıyla sağlanmakta, nüfusun tamamı sağlık güvencesi kapsamında yer almaktadır (Koçak, 2014: 72-73).
- Sağlıkta finansmanın sağlanması ile sağlık bakım hakkı kamu ve yarı kamu kurumları arasında karma şekilde yapılmaktadır. Sağlık finansı aile sağlığı istasyonları ile vergi fonları aracılığıyla sağlanmaktadır. Temel bakım hizmetlerinde yer alan aşılama hizmeti için belirli bir ücret belirlenmiştir. Fakat ödeme gücüne sahip olmayan kişiler için de aşılama hizmeti sunulmuştur. Hizmete dâhil olma konusu, psikiyatri, doğum ile uzun süreli bakım konusunda da geçerlidir. Bu sağlık hizmetlerindeki mali sorumluluk, Ulusal Sigorta Enstitüsü (NII)'ne aittir (Chernichovsky ve Chinitz, 1995: 128).
- Birincil, ikincil ile üçüncül sağlık bakımı sigorta üyesi olan kişilere sunulmuştur. Sağlık finansman fonları, primler, vergiler ile aidatlar aracılığıyla karşılanmıştır. Ödeme gücü bulunmayan kişilerin ise, sağlık sigortaları Ulusal Sigorta Enstitüsü aracılığıyla hükümet tarafından karşılanmıştır. Ödeme gücü bulunmayan kişiler için alınan ilaçlardaki az bir ücret ile 1984 yılında getirilen katkı payı dışında ücretsiz şekilde sunulmaktadır. Toplum Uzun Vadeli Sigorta Yasasının 1983 yılındaki kabulü ile –bilhassa ağır vakalar konusunda- toplumun uzun vadeli bakım finansmanı sağlanmıştır (Chernichovsky ve Chinitz, 1995: 128).

### **Hollanda Sağlık Sistemi**

Hollanda'nın sağlık hizmetleri ilk olarak kâr amacı olmayan dini organizasyonlar ile gönüllü belediyeler tarafından sunulmuştur. Bu kapsamda sağlık hizmetleri, kamuya bağlı olarak faaliyet göstermiştir. Kâr amaçlı olan sağlık hizmetleri ise, hukuk açısından ayrı şekilde düzenlenmektedir. Hollanda'da sağlık hizmetleri genel olarak özel sektör aracılığıyla sunulmaktadır. Fakat hizmet yönlendirmelerinde hükümet sorumluluğu bulunmaktadır. Sağlık sistemindeki uygulamalar, çeşitli kurallara bağlı olarak yapılmaktadır. Bu kurallar, sağlık hizmet sunumu ve finansına ek olarak sosyal güvenliğin düzenine yönelik yönlendirmeler için kullanılmaktadır. Sağlık sisteminde finansman, genellikle özel ile kamu sigortaları aracılığıyla sağlanmaktadır. Ayrıca hükümetin yardımları ile doğrudan ödemeler yoluyla da desteklenmektedir. Hollanda'nın üst düzey sağlık hizmetlerinin yanı sıra diğer bütün sağlık hizmet sunum süreci "*Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı (SRSB)*" sorumluluğunda bulunmaktadır (Exter vd., 2004).

Hollanda'nın sağlık sistemi, özel sağlık sektörü ile kamunun kombinasyonu olarak oluşturulmuştur. Bu kapsamda hizmetlerin geliştirilmesine yönelik konularda özel sağlık kurumları yüksek oranda etki oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, varlığı ve finansmanı yasalarla garantiye alınmıştır. Sağlık finansmanı, sağlık harcamalarının tamamını kapsamamasının yanı sıra vergilerle finanse edilmektedir. Ayrıca Hollanda'nın sağlık politikaları ile ilişkili olan politikaları bünyesinde barındıran Sağlık Hizmetleri Programı, sağlık harcamalarını özel ile ulusal anlamda var olan

primler aracılığıyla karşılanmasını öngörmektedir. Programdaki harcamalar genel olarak ulusal sağlık sigortası ve özel sigorta primlerine ek olarak kişisel katkılardan oluşmaktadır (Exter vd., 2004).

Toplumun refahını sağlamaya yönelik politikaları tasarlamak, Hollanda Sağlık Bakanlığı tarafından amaçlanmaktadır. Belirlenen amaç önderliğinde Hastalık Fonları Yasası (ZFW) ile Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) kapsamında sağlık sigortalarına yönelik planlamalar yapılmaktadır. Kamu sağlığı hizmetleri hakkındaki konular, yerel yönetimlerle Sağlık Bakanlığının eşit sorumluluğu altındadır. Aynı şekilde toplum sağlığı konusunda önemli olan Ulusal Toplum Sağlığı ve Çevre Enstitüsünü de Sağlık Bakanlığı yönetmektedir. Toplumun refahı ile sağlık hizmetleri konusunda yapılan faaliyetlerin denetimi müfettişler aracılığıyla yapılmaktadır. Bu kapsamda üç tür müfettiş bulunmaktadır. Bunlar; gençlik sağlığı, sağlığı koruma ile yiyecek ve tüketim müfettişleridir (Koçak, 2014: 67).

Hollanda'nın sağlık sistemi yönetimi farklı kurumlar aracılığıyla yapılan ve farklı düzenlemeleri bünyesinde barındıran üç tür sigortaya sahiptir. Bu sigorta türleri şu başlıklar altında değerlendirilebilir (Koçak, 2014: 67);

- *Ulusal sağlık sigortası;* İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) liderliğinde düzenlenen bir sigorta türüdür. Bu sigorta, yüksek maliyetler ile uzun süreli bakımları kapsamaktadır.
- *Zorunlu sağlık sigortası;* Belirli bir gelir seviyesinin altında olan kişilerin tıbbi bakım harcamalarını kapsamaya yönelik sigortadır.
- *Özel sağlık sigortası.*

Sağlığın finansmanında üç tür sigortanın yanı sıra vergi, cepten ödeme ile gönüllü sigortalar da ek fon kaynağı olarak yer almaktadır. Sigortaların kapsamı, prim tutarı ile şartları sigortayı sağlayanlar tarafından belirlenmektedir (Koçak, 2014: 68). Hollanda'da 2006 yılında yapılan sağlıkta reformlar aracılığıyla özel sağlık sigortası ve zorunlu sağlık sigortası birleştirilerek "*zorunlu ulusal sağlık sigortası*" oluşturulmuştur. Oluşturulan sosyal güvence sistemi, özel sigorta tasarlayıcılar tarafından yönetilmektedir. Bu reformlar ile sağlık hizmetleri ve sigorta açısından rekabetin artırılması ile verimliliğin sağlanması amaçlanmıştır (Thomson vd., 2012).

### **Slovakya Sağlık Sistemi**

1968 yılında Slovakya Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Kurulduğu yıllarda Bakanlığın görevi olarak sağlık hizmetlerinde sunumun birleşik olabilmesinin garanti edilmesi belirlenmiştir. Sosyalist sağlık hizmetinde yer alan temel ilkeler şu şekildedir (Batar vd., 2006: 2394);

- Hizmetlerin devlet sorumluluğunda bulunmasının yanı sıra devlete ait olması,
- Tüm toplum için sağlık hizmetlerinin tasarımı,

- Sağlık hizmetlerindeki planlama, uygulama ve hizmet sağlamlarının birleşik şekilde olması,
- Sağlık hizmetlerindeki odak noktasının sağlığı koruma olması,
- Sağlık hizmetlerine ulaşımın evrensel olarak ücretsiz olması,
- Sağlık hizmetlerine katılımında halkın aktif olması.

Sağlık alanında kıt kaynak ile sınırsız ihtiyaç dengesizliğinin devam ettiği süreçte devlet bütçesinin %5'i sağlık için ayrılmıştır. Ayrıca sosyalist sağlık sistemindeki başarı ile Slovakya'nın hastane, yatak ile sağlık personeli sayısı artış göstermiştir. Bu durumlar sağlık hizmetleri kapsamında arz fazlalıklarına zemin hazırlamış, en basit sağlık problemlerinde dâhi hastaneye yatmak isteğine neden olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tercih edilmemesi ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde bir takım problemlere sebebiyet vermiş, sağlık personelinin psikolojisini olumsuz olarak etkilemiştir. Slovakya sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin tamamını ücretsiz sunmasına rağmen istenilen sağlık çıktıları elde edilememiştir (Batar vd., 2006: 2394).

Slovakya'nın sosyal güvence finansmanı 1994 yılı itibariyle ilk olarak kâr amacı bulunmayan 12 sigorta kurumunun faaliyetleri ile başlangıç göstermiştir. Bu kurumların çoğunluğu büyüyen borçlar ile kısıtlamalar nedeniyle birkaç yıl içerisinde kapanmak zorunda kalmıştır. 2003 yılında sigorta kurumlarından sadece 5 tanesi aktif şekilde faaliyet göstermiştir. Bu sigorta kurumlarından 2 tanesine ait olan borçlar, devlet koruması altına alınmıştır. Devlet korumasına alınma durumu, hesap vermede sorumsuzluklar ile bütçede sınırlara neden olmuştur. Bu bağlamda borçlar daha da artış göstermiş, kurumlar korunamamıştır. (Batar vd., 2006: 2399).

Sigorta gelirleri ile sigortalılar içerisinde yeniden dağıtım konusunda düzenlemelerin yapılabilmesi amacıyla bir mekanizma tasarlanmıştır. Bu kapsamda sigorta gelirlerinin %60'ı ekonomik olarak aktif olan ya da olmayan kişi sayısına uygun olacak şekilde yeniden dağıtılmıştır. 1999 yılı sonrasında ise, gelirlerin %85'i demografik risklere uygun şekilde yeniden dağıtıldığı bir mekanizma tasarlanmıştır. Slovakya'da bulunan tüm sağlık kurumları, sunucularla çalışma ve hizmet sunumu konusunda aynı kişilerle işbirliği zorunluluğuna sahiptir. Bu bağlamda sigorta kurumları, tüm hizmetleri kapsayan sağlık hizmetlerine erişim konusunun ücretsiz olmasını garanti etmektedir. Belirtilen hizmetler hakkında Tedavi Kanunu'nda belirlenen ilaç, kaplıca hizmetleri ile tıbbi yardım konularını kapsayan prosedür

### **Slovenya Sağlık Sistemi**

Slovenya'da sağlık hizmetleri kamu tarafından iki kurum nezdinde sunulmaktadır. Bu kurumlar; sağlık istasyonları ile sağlık merkezleridir. Sağlık merkezlerinde en az temel sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Sağlık istasyonlarında ise, aile sağlığı, acil sağlık hizmetleri ile genel bakım gibi sağlık konuları en yakın sağlık kurumuna bağlı olmak suretiyle sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Daha üst

seviyede sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulması halinde hastalar bir üst basamağa sevk edilmektedir (Koçak, 2014: 98).

Slovenya sağlık hizmetleri sunumu üç basamak altında sınıflandırılmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri şu şekildedir (Koçak, 2014: 97);

- *1.Basamak*; Eczacılık faaliyetleri ile temel sağlık hizmetleri yer almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastalar, hekim seçme hakkına sahiptir. Diğer sağlık basamaklarına erişim ise, doktor sevkine bağlıdır.
- *2.Basamak*; İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hastane hizmetleri ile ayakta tedavi yer almaktadır.
- *3.Basamak*; Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde üniversitelerin medikal bölümleri ile endüstrilerinde sunulan sağlık hizmetleri yer almaktadır.

Slovenya’da sağlık finansmanı Sağlık Bakanlığı aracılığıyla karşılanmıştır. Ancak 1992 yılında çıkarılan kanun aracılığıyla finansını istihdamın sağladığı yönetimini kamu sağlık sigortasının yaptığı bir yönteme geçilmiştir. Sağlık finansmanı zorunlu sağlık sigortaları aracılığıyla sağlanmaktadır. Bu kapsamda Slovenya’da sigorta sistemi 2 grup ile 21 kategoriden meydana gelmektedir. Bu gruplar şu başlıklar altında incelenebilir (Koçak, 2014: 96);

- *Beyaz ile mavi yakalı çalışanlar*; sigorta fonlarının tespitinde çalışan gelirleri göz önüne alınmaktadır. Gelirlerin belirli bir oranı sigorta sistemine aktarılmaktadır.
- *Katkılar*; zanaatkar, çiftçi ile serbest çalışan gibi meslek mensuplarının gelirlerinin –vergiler alındıktan sonra- sabit bir oranı net gelirler üzerinden ulusal fona aktarılmaktadır. Emekliler açısından ise, maaşın brüt değeri üzerinden belirli bir oranı prim olarak ödenmektedir.

### **Türkiye Sağlık Sistemi**

Türkiye’nin sağlık hizmet sunumunda üç kurum önem arz etmektedir. Bu kurumlar Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar ile üniversitelerdir. Sağlık hizmet sunum sürecinde çeşitli kurumların bulunması, hizmetler konusunda parçalı ile karmaşık durumların oluşmasına sebebiyet vermektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük rol Sağlık Bakanlığı’na aittir. Bununla birlikte basamak şeklinde sunulan sağlık hizmetleri, Bakanlık tesislerinde sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ise, sadece Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlara sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, sağlık evi örnek olarak verilebilir (Kırcı Çevik ve Yüksel, 2019: 212).

2003 yılında sağlık alanında reform gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda 3 Ocak 2003 tarihinde “*Herkese Sağlık*” başlığı altında sağlık alanında şu amaçlar planlanmıştır (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003):

- *Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması,*
- *Tüm hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi,*
- *İdari ile mali açıdan hastanelere özerklik verilmesi,*
- *Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının ayrılması,*
- *Genel sağlık sigortası sisteminin tasarlanması ile kurum olarak kurulması,*
- *Aile hekimliğine geçilmesi suretiyle sevk zincirinin oluşturulması,*
- *Koruyucu hekimliğe verilen önemin artması,*
- *Anne-çocuk sağlığına yönelik önemin artması.*

Sağlık sektörüne özel yatırımların özendirilmesi amacıyla acil eylem planı açıklanmış, daha sonra ise, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” hazırlanmıştır. Sağlıkta dönüşümün şekillendiği kararlar şu şekilde ifade edilebilir (Akdağ, 2008: 20):

- *Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,*
- *Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,*
- *Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,*
- *Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,*
- *Etkili, kademeli sevk zinciri,*
- *İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,*
- *Bilgi ve beceriyle donanmış, yüksek motivasyonlu çalışan sağlık insan gücü,*
- *Sistemi denetleyecek eğitim ve bilim kurumları,*
- *Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ile akreditasyon,*
- *Akılca ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma.*

Sağlıkta Dönüşüme yönelik çalışmalar, sektör programlarına destek oluşturmasına ek olarak beş bileşeni kapsamında barındırmaktadır. Bu bileşenler şu şekilde ifade edilebilir (Altıntaş, 2012: 43-44);

- *Koruyucu Sağlık Hizmetleri Bağlamında Sağlık Bakanlığı'nun Kapasitesinin Artırılması,*
- *Evrensel Sağlık Sigortası,*
- *Sağlık Hizmet Sürecinin Tekrardan Düzenlenmesi,*
- *İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi,*

- *Ulusal Sosyal Güvenlik ve Sağlık Bilgi Sistemi.*

2003 yılında “*Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu*” adıyla bir rapor oluşturulmuştur. Bu reform dört alt başlık altında değerlendirilebilir (Ataay, 2008:170; Erol ve Özdemir, 2014);

- *Sosyal Güvenlik Sistemi,*
- *Aile Hekimliği,*
- *Sağlık İşletmesi,*
- *Düzenleyici Sağlık Bakanlığı.*

### **OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Çalışmanın amacı, OECD ülkelerinde sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasıdır. Mevcut amaç kapsamında Türkiye açısından önemli katkılar elde edebilmek çalışmanın önemini oluşturmaktadır. Çalışmada yer alan verilerin yıl aralıkları –verilerin tam olmasına göre değişiklik gösterse de- 2003-2019 olarak belirlenmiştir. Başlangıç yılı olarak 2003 yılının seçilmesindeki amaç, sağlık sistemimizin ‘*Sağlıkta Dönüşüm Programı*’ bakımından da incelenmesini sağlayabilmektir.

Çalışma kapsamında 8 ülkenin (Kanada, Fransa, Almanya, İsrail, Hollanda, Slovakya, Slovenya, Türkiye) sağlık hizmet bilgileri değerlendirilmiştir. Değerlendirilen bilgiler, ülkelerin sağlık sistemleri incelenmek suretiyle yorumlanmıştır.

**Tablo 1.** Kanada Sağlık Hizmetleri Bilgileri

<b>Kanada</b>	<b>Sağlık Harcamaları (%)</b>	<b>Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)</b>	<b>Özel Sağlık Sigortası (%)</b>	<b>Hastane Sayısı</b>
2003	-	100	66	756
2004	-	100	66	734
2005	-	100	66	737
2006	-	100	67	732
2007	-	100	67	730
2008	-	100	68	724
2009	-	100	68	724
2010	10,7	100	68	724
2011	10,3	100	68	725
2012	10,4	100	67	720
2013	10,3	100	67	722
2014	10,3	100	67	720
2015	10,7	100	67	719
2016	11,0	100	67	722

2017	10,8	100	68	722
2018	10,8	100	68	715
2019	10,8	100	69	-

Kaynak: OECD Statistics.

2019 yılı itibariyle Kanada'nın sağlık harcaması %10,8 olarak belirlenmiştir. Ülkenin sağlık harcamaları incelenen 9 yıl içerisinde %0,1'lik artış göstermiştir. Değerlendirilen yıllar içerisinde sağlık harcamaları artan-azalan şekilde değişiklik gösterse de en fazla harcama 2016 yılında %11 oranı ile gerçekleştirilmiştir. Kanada'nın devlet/sosyal sağlık sigortası herkesi kapsayacak şekilde %100 oranındadır. Özel sigorta ise, %69 oranında ülkede yer almaktadır. İncelenen yıllarda özel sigorta %3 oranında artış göstermiştir. Ülke hastane sayısı bakımında incelendiğinde, 2018 yılı itibariyle 715 hastaneye sahiptir. Değerlendirilen yıllarda ülkenin hastane sayısı genel olarak azalmıştır.

**Tablo 2.** Fransa Sağlık Hizmetleri Bilgileri

Fransa	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	-	99,9	-	3000
2004	-	99,9	87,3	2960
2005	-	99,9	-	2924
2006	-	99,9	91,6	2883
2007	-	99,9	-	2845
2008	-	99,9	93,7	2790
2009	-	99,9	-	2757
2010	11,2	99,9	95,8	2707
2011	11,2	99,9	-	2681
2012	11,3	99,9	95	2657
2013	11,4	99,9	-	3192
2014	11,6	99,9	95,5	3111
2015	11,5	99,9	-	3089
2016	11,5	99,9	-	3065
2017	11,4	99,9	-	3046
2018	11,3	99,9	-	3042
2019	11,2	99,9	-	-

Kaynak: OECD Statistics.

2019 yılı itibariyle Fransa'nın sağlık harcamaları %11,2'dir. Ülkenin sağlık harcamaları incelenen yıllarda farklılık göstermesinin yanı sıra en yüksek harcama %11,6'lık oran ile 2014 yılında yapılmıştır. Devlet/sosyal sağlık sigortası bakımından Fransa, %99,9'luk orana sahip olmuştur. Özel sigorta açısından ise ülke, 2014 yılı itibariyle %95,5'lik bir orana sahiptir. Değerlendirilen yıllarda özel sigorta, %8,2 oranında artış göstermiştir. Fransa'da 2018 yılı itibariyle 3.042 hastane bulunmaktadır.

**Tablo 3.** Almanya Sağlık Hizmetleri Bilgileri

Almanya	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	-	89,8	9,9	3513
2004	-	89,6	10,1	3460
2005	-	89,5	24,7	3409
2006	-	89,3	26,5	3359
2007	-	89,2	28,3	3326
2008	-	89,3	29,8	3322
2009	-	89	31	3324
2010	11,1	88,9	31,6	3301
2011	10,8	88,8	32,5	3278
2012	10,8	88,8	33	3229
2013	11,0	89	33	3183
2014	11,0	89,1	33,8	3138
2015	11,2	89,2	33,9	3108
2016	11,2	89,3	33,9	3100
2017	11,4	89,4	34,3	3084
2018	11,5	89,4	34,7	-
2019	11,7	-	-	-

Kaynak: OECD Statistics.

Sağlık harcaması bakımından Almanya 2019 yılı itibariyle %11,7'lik bir orana sahiptir. Ülkenin sağlık harcamaları farklılık gösterse de değerlendirilen yıllarda, %0,6 oranında artış göstermiştir. 2018 yılı itibariyle devlet/sosyal sağlık sigortası bakımından Almanya, %89,4'lük bir orana sahiptir. Değerlendirilen yıllar kapsamında sigorta %0,4 oranında azalmıştır. Özel sağlık sigorta oranı ise, 2018 yılı itibariyle %34,7 oranına sahiptir. Değerlendirilen yıllar içerisinde özel sigortanın kapsamı %24,8 oranında artış göstermiştir. Ülkede 2017 yılı itibariyle 3.084 hastane bulunmaktadır. Değerlendirilen yıllar içerisinde Almanya'nın hastane sayısı toplamda 429 hastane azalış göstermiştir.



**Tablo 4.** İsrail Sağlık Hizmetleri Bilgileri

İsrail	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	-	100	74,6	89
2004	-	100	75,6	90
2005	-	100	77,2	87
2006	-	100	79	82
2007	-	100	78,9	85
2008	-	100	79,7	85
2009	-	100	80,7	85
2010	7,0	100	80,6	86
2011	7,0	100	80	87
2012	7,1	100	80,3	86
2013	7,1	100	82,9	86
2014	7,2	100	83,9	85
2015	7,1	100	83,4	84
2016	7,2	100	83,1	84
2017	7,5	100	83,2	85
2018	7,5	100	84,1	85
2019	7,5	100	-	85

Kaynak: OECD Statistics.

İsrail'in sağlık harcamaları, 2019 yılı itibariyle %7,5 oranındadır. İsrail'in sağlık harcamaları eşit ve artan oran şeklinde değişiklik göstermiştir. Değerlendirilen yıllarda sağlık harcamaları %0,5 oranında artış göstermiştir. Devlet/sosyal sigorta bakımından İsrail, herkesi kapsamına alacak şekilde %100 oranında yer almıştır. Ülkenin özel sigortası ise, 2018 yılı itibariyle %84,1 oranındadır. Değerlendirilen yıllarda İsrail'in özel sigorta oranı %9,5'lik artış göstermiştir. 2019 yılı itibariyle İsrail'in hastane sayısı 85'tir. İncelenen yıllarda hastane sayısı farklılık gösterse de genel olarak 4 hastane artış göstermiştir.

**Tablo 5.** Hollanda Sağlık Hizmetleri Bilgileri

Hollanda	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	-	62,6	92,9	199
2004	-	62,5	92,7	198
2005	-	62,1	92,8	198
2006	-	99,5	93	193
2007	-	99,6	93	190
2008	-	99,6	92	182
2009	-	99,6	90	416
2010	10,2	99,6	89	427
2011	10,2	99,6	89,2	449
2012	10,5	99,7	88	499
2013	10,6	99,8	85,7	509
2014	10,6	99,8	84,5	505
2015	10,3	99,8	84,1	517
2016	10,3	99,9	84,3	534
2017	10,1	99,9	84,1	546
2018	10,0	99,9	83,6	549
2019	10,0	-	-	-

Kaynak: OECD Statistics.

2019 yılı itibariyle Hollanda'nın sağlık harcama oranı %10'dur. Ülkenin sağlık harcamaları artış ile azalış gösterse de değerlendirilen yıllar bazında %0,2 oranında azalmıştır. Devlet/sosyal sağlık sigortası bakımından Almanya 2018 yılı itibariyle %99,9'luk bir orana sahiptir. Sosyal sigortanın kapsamı, incelenen yıllarda %37,3 oranında artmıştır. Özel sigorta açısından ise, 2018 yılı itibariyle ülke %83,6'lık bir orana sahiptir. Değerlendirilen yıllarda özel sigorta oranı %9,3'lük azalış göstermiştir. 2018 yılı itibariyle Hollanda'nın hastane sayısı 549'dur. İncelenen yıllar içerisinde Hollanda'nın hastane sayısı 350 hastane azalış göstermiştir.

**Tablo 6.** Slovakya Sağlık Hizmetleri Bilgileri

Slovakya	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	-	96,9	0	138
2004	-	95,6	0	144
2005	-	97,6	0	142
2006	-	96,3	0	149
2007	-	95,5	0	149
2008	-	95,4	0	138
2009	-	95,2	0	140
2010	7,7	94,8	0	137
2011	7,4	95,2	0	140
2012	7,6	95	0	137
2013	7,5	94,6	0	136
2014	6,9	94,2	0	134
2015	6,8	93,8	0	134
2016	7,0	94,5	0	133
2017	6,8	94,6	0	131
2018	6,7	-	0	130
2019	6,9	-	-	-

Kaynak: OECD Statistics.

2019 yılı itibariyle Slovakya'nın sağlık harcama oranı %6,9'dur. Değerlendirilen yıllarda ülkenin sağlık harcama oranı %0,8'lik azalış göstermiştir. Ayrıca genel olarak ülkenin sağlık harcamaları azalış göstermiştir. 2017 yılı itibariyle Slovakya'nın devlet/sosyal sigortası %94,6'dır. Değerlendirilen yıllarda sosyal sigortanın kapsamı farklılık göstermiştir. Özel sigorta ise, genel olarak ülke genelinde %0 olarak belirlenmiştir. Hastane sayısı bakımından Slovakya değerlendirildiğinde, ülkenin 2018 yılı itibariyle 130 hastanesi bulunmaktadır. Değerlendirilen yıllar kapsamında toplam hastane sayısı 8 hastane azalış göstermiştir.

**Tablo 7.** Slovenya Sağlık Hizmetleri Bilgileri

Slovenya	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	-	99	71,4	27
2004	-	99	72,5	29
2005	-	99	73,6	29
2006	-	99	74,7	29
2007	-	99	75	29
2008	-	100	75,2	29
2009	-	100	74,4	29
2010	8,6	100	73,2	29
2011	8,5	100	72,9	29
2012	8,7	100	72,8	29
2013	8,7	100	73,2	29
2014	8,5	100	77	29
2015	8,5	100	87,1	29
2016	8,5	100	84,3	29
2017	8,2	100	85,7	29
2018	8,3	100	88,7	29
2019	8,3	-	87,6	29

Kaynak: OECD Statistics.

2019 yılı itibariyle Slovenya'nın sağlık harcama oranı %8,3'tür. Değerlendirilen yıllar kapsamında ülkenin sağlık harcamaları artan azalan şekilde farklılaşmıştır. Devlet/sosyal sağlık sigortası bakımından Slovenya %100 oranında herkesi kapsamına almaktadır. İncelenen yıllar içerisinde sigorta oranı farklılaşsa da 2008 yılı itibariyle eşit oranda seyir etmiştir. Özel sağlık sigorta oranı 2019 yılı itibariyle % 87,6 olarak belirlenmiştir. Yıllar kapsamında özel sigortanın oranı artış göstermiştir. 2019 yılı itibariyle Slovenya'nın hastane sayısı 29 olarak belirlenmiştir. Değerlendirilen yıllar kapsamında genel hastane sayısı 2 hastane artış göstermiştir.

**Tablo 8.** Türkiye Sağlık Hizmetleri Bilgileri

Türkiye	Sağlık Harcamaları (%)	Devlet/Sosyal Sağlık Sigortası (%)	Özel Sağlık Sigortası (%)	Hastane Sayısı
2003	-	71,6	1	1174
2004	-	83,8	1,2	1217
2005	-	86,6	1,4	1196
2006	-	90,3	1,8	1203
2007	-	93,2	2,5	1317
2008	-	93,2	3,1	1350
2009	-	94	2,5	1389
2010	5,1	96,2	2,8	1440
2011	4,7	97,6	4,6	1453
2012	4,5	98,2	5,5	1483
2013	4,4	98	5,6	1517
2014	4,3	98,4	5,8	1528
2015	4,1	98,4	5,4	1533
2016	4,3	98,2	7,6	1510
2017	4,2	99,2	6,7	1518
2018	4,2	98,5	8,3	1534
2019	4,4	-	-	-

Kaynak: OECD Statistics.

2019 yılı itibariyle Türkiye'nin sağlık harcama oranı %4,4'tür. İncelenen yıllarda sağlık harcamalarının artış azalış göstermesinin yanı sıra belirli yıl aralıklarında eşit oranda olduğu tespit edilmiştir. Devlet/sosyal sağlık sigortası açısından Türkiye, 2018 yılı itibariyle %98,5'lik bir orana sahiptir. Ülkenin sosyal sigortasının kapsamı, belirli yıllarda eşit olmasına ek olarak sürekli olarak artış göstermiştir. Özel sigorta oranı ise, 2018 yılı itibariyle %8,3'tür. Ülkenin sigorta oranı, incelenen yıllarda sürekli olarak artış göstermiştir. Türkiye'de 2018 yılı itibariyle 1.534 hastane bulunmaktadır. Değerlendirilen 15 yıl içerisinde toplam hastane sayısı 360 hastane artmıştır.

## SONUÇ

Ülkelerin sağlık sistemleri birçok unsura bağlı olarak farklılaşmaktadır. Fakat bu farklılıklar sağlık çıktısı bakımından olumlu-olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Dolayısıyla ülkeler arası sağlık sistemlerinin karşılaştırılması, sağlık çıktılarını değerlendirebilme açısından önem arz etmektedir.

Sağlık harcaması bakımından en fazla harcamaya sahip olan ülke, %11,7'lik oran ile Almanya'dır. Değerlendirilen ülkeler arasında en az sağlık harcamasına sahip olan ülke ise, %4,4'lük oran ile Türkiye'dir. Almanya gelişmiş ekonomisi ve sosyal refahı önemseyen bir ülke konumunda

sağlık faaliyetlerini sürdürmektedir. Gelişmişlik düzeyi, kaynakların doğru kullanımı, kaynakları amaçlar yönünde harekete geçirme, sağlık teknolojisi, ilaç sektörü gibi konularda gelişmiş seviyede yer alan Almanya'nın yüksek gelir seviyesine sahip olmasının, sağlık konusundaki harcamalarına katkı sağladığı düşünülmektedir. Türkiye'nin en düşük sağlık harcamasına sahip olmasının ülkenin sosyo-ekonomik özellikleri ve ekonomik gelişmişlik düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca sağlıkta dönüşümde yer alan “*etkili, kademeli sevk zinciri*” ile “*idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri*” kararlarının etkili uygulanmasının sağlık harcamaları üzerinde olumlu sonuçları olduğu öngörülmektedir.

Devlet/sosyal sağlık sigorta oranı bakımından en fazla orana sahip olan ülkeler, Kanada, İsrail ile Slovenya'dır. En düşük orana sahip olan ülke ise, Almanya'dır. Kanada, İsrail ile Slovenya'nın sosyal sigorta yöntemi herkesi kapsamına alacak şekilde tasarlanmış olan ve genel manada vergi ile primler aracılığıyla finanse edilen bir yöntemdir. Ülkeler fon kaynağı konusunda birbirinden farklı olarak, Kanada'da özel sigorta ile işçilerin desteklenmesi yer alırken, Slovenya'da fon kaynakları beyaz ile mavi yakalı çalışanlarla katkılar şeklinde sınıflandırılmasıdır. Öte yandan İsrail'de ödeme gücü bulunmayan kişilerin sağlık fonları Ulusal Sigorta Enstitüsü (NII) tarafından karşılanmaktadır. Dolayısıyla ülkelerin devlet/sosyal sağlık sigorta oranı bakımından yüksekte yer almasının bahsedilen unsurlar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Almanya'nın devlet/sosyal sağlık sigorta oranı bakımından en düşük seviyede yer almasının kişilerin sağlık algıları ile ilişkili olduğu öngörülmektedir. Almanya fonlarını primler ile sağladığı Beveridge sosyal güvence modeline sahiptir. Fakat gerek sağlık alanındaki gelişmeler gerekse de ülkenin gelişmiş refah toplumu olma seviyesinin kişileri özel sigortalara yönlendirdiği, belirlenen sonucun da bu durum ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Ülkeler açısından en fazla özel sigorta oranına sahip olanı Fransa'dır. En düşük orana sahip olan ülke ise, Türkiye'dir. Fransa, devlet sosyal güvencesi bağlamında zorunlu sağlık sigortasına sahiptir. Fakat zorunlu sağlık sigortasına erişebilme kişilerin sosyal durumları ile mesleklerine göre farklılık göstermektedir. Öte yandan Fransa'da yer alan hastanelerin üçte biri özel hastanedir. Dolayısıyla bu unsurların kişileri özel sigortalara yönlendirdiği, belirlenen yüksek oran durumunun da bu nedenle olduğu öngörülmektedir. Türkiye'nin özel sigorta oranında en düşük seviyede yer almasının ‘*Sağlıkta Dönüşüm Programı*’ ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda ülkenin sosyal güvenlik sisteminde de düzenlemeler yapılmış ve 2012 yılı itibarıyla genel sağlık sigortasına geçilmiştir. Sağlık fon kaynağını primler oluşturmaktadır. Kişilerden alınan primlerin miktarı ise, herkesin ödeme gücüne bağlı olarak belirlenmektedir.

Çalışmada yer alan ülkeler arasında en fazla hastaneye sahip olan ülke Almanya'dır. En az hastanesi bulunan ülke ise, Slovenya'dır. Almanya'da fazla hastanenin bulunmasının, yüksek gelir seviyesi, ülke nüfusunun fazla olması ile sağlık sistemindeki köklü geçmişin hastane sayılarını olumlu etkilemesi nedeniyle olduğu öngörülmektedir. Bununla birlikte Almanya ile Slovenya arasında

bulunan hastane sayısı farkının hitap edilen kesimin özellikleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Ülkeler arası gelişmişlik seviyesi ve özellikle nüfusun sayısal büyüklüğü açısından büyük farklar bulunmaktadır. Dolayısıyla söz konusu farkların sağlık hizmet sunumunu da yönlendirdiği söylenebilir.

### **Ek Beyan**

Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Makalenin tüm süreçlerinde IJIASOS'ın araştırma ve yayın etiği ilkelerine uygun olarak hareket edilmiştir.

### **KAYNAKÇA**

- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Albayrak, Ç. (2020). Şehir Hastanelerinin Sağlık Turizmine Etkisinin Swot Analizi İle Değerlendirilmesi. (İstanbul Aydın Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul.
- Altuntaş, T. (2012). Türkiye Ve Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerin Sağlık Göstergeleri Açısından Çok Değişkenli İstatistik Yöntemlerle Karşılaştırılması. (İstanbul Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul.
- Ataay, Faruk (2008), "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", Amme İdaresi Dergisi, 41(3), 169-184.
- Batar, E. Kolak, H. Topsakal, N. ve Balun S., (2006). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri İçinde 'Slovakya Sağlık Sistemi' Editör Sargutan E. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Berié, H. ve Ulf, F., (2000). Europas Sozialmodell-Die Europäischen Sozialsysteme im Vergleich: Eine volkswirtschaftliche Analyse. WISO Institut für Wirtschaft und Soziales GmbH, (Berlin).
- Busse R, Blümel M (2014). Health systems in transition, Health.
- Chernichovsky, D. Ve Chinitz, D. (1995). The Political Economy Of Health System Reform In Israel. Health Economics. 4, 127-141.
- Cura, S. (2012). Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Sistemlerinin Ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz. (Celal Bayar Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi). Manisa.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V., (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması, Sosyal Güvenlik Dergisi, 5(1), 104- 134.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014), Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, Sosyal Güvenlik Dergisi, 4(1), 9-34
- Exter, A., Hermans, H., Dosljak, M., ve Busse, R. (2004). Health Care Systems in Transition, Netherlands. Erişim Tarihi: 01.07.2021.
- Gerard, M. Forgia, L. ve April, H. (2009). Public-Private Partnerships And Public Hospital Performance In São Paulo, Brazil, Health Affairs 28, no. 4 1114–1126; 10.1377/hlthaff.28.4.1114
- HIT, Summary: İsrail (2009). Health System in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. 11, 2.

- Karaman, S. (2019). Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemi İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması: Türkiye – Almanya Örneği. Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.
- Kavukçu, E. ve Burgazlı, M., (2011). Almanya'da Aile Hekimliği Uzmanlığı Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım. *Turkish Family Physician*, 2(2), 1-4.
- Kırcı Çevik, N. ve Yüksel, O., (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 209-218.
- Koçak, E. (2014). OECD Ülkelerin Sağlık Sistemlerine İlişkin Etkinlik Analizleri. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Ankara.
- Mckee, M. Edwards, N. ve Atun, R. (2006), Public private partnerships for hospitals. *Bull World Health Organ* 84(11):890–896
- Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D (2017). International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund.
- OECD Statistics. <https://stats.oecd.org/> Erişim Tarihi: 20.09.2021
- Skorecki, K. ve Horton, R. (2017). Israel: health and beyond, *The Lancet*, 1-12.
- T.C. Başbakanlık (2003). 58. Hükümet Acil Eylem Planı. Ankara: T.C. Başbakanlık.
- Tatar, M., (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının 313 Türkiye'deki Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, (1), 103-130.
- Thomson, S., Osborn, R., Squires, D. ve Jun, M. (2012), International Profiles of Health Care Systems 2012, The Commonwealth Fund, 1-111.
- Weill, C. (1994). Health Care Technology In France. *Health Policy*. 30, 123-162.
- WHO (2000). World Health Report 2000, Health System: Improving Performance, Switzerland Geneva.
- Yüksel, O. (2017). Sağlık Reformları Sürecinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları: Seçilmiş Ülkeler ve Türkiye Örneği. Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.