



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANINDA KATASTROFİK
SAĞLIK HARCAMALARI VE HESAPLAMA
YÖNTEMLERİNE YÖNELİK BİR DEĞERLENDİRME**

SUNA BİLGİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. S. Haluk Özşarı

İSTANBUL-2019



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANINDA KATASTROFİK
SAĞLIK HARCAMALARI VE HESAPLAMA
YÖNTEMLERİNE YÖNELİK BİR DEĞERLENDİRME**

SUNA BİLGİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. S. Haluk Özşarı

İSTANBUL-2019

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Haziran 2019

Suna BİLGİN



ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Günümüzde giderek artan teknolojik gelişmelerin sağlık alanına getirmiş olduğu yenilikler yaşamdan beklenen sürenin uzamasının yanı sıra kaliteli bir yaşam sürdürülmesinide sağlamaktadır. Bu durum aynı zamanda sağlık hizmet harcama maliyetlerinin artması, ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerinin farklılık göstermesi ve hanehalkları tarafından yıkıma (katastrofik) sebebiyet vermesi, literatürde yer alan çalışmaların eksiklikleri incelenmekte, belirlenen yöntem doğrultusunda mevcut durum tespiti yapılarak gerekli politik düzenlemeler için önerilerde bulunulmuştur.

Öncelikle tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup bana yardımcı olan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. S. Haluk ÖZSARI'ya, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programındaki değerli hocalarıma, gelişimi ve başarıyı her zaman teşvik eden değerli yöneticilerim, Acıbadem Labmed Sağlık grubu Mali İşler Direktörü Çiğdem NATAN ve Mali İşler Müdürü Serkan METİN'e, her zaman başarımla için beni destekleyen ve sabırla yanımda olan annem Ayla BİLGİN, babam Ali BİLGİN, ablam Hülya KARABULUT ve yeğenim Zeynep Ela KARABULUT'a tez yazım dönemindeki hassasiyetleri ve bana olan katkılarından dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım.

Haziran 2019

Suna BİLGİN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
BEYAN	i
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Sağlık Hizmeti	8
2.1.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı	8
2.1.2. Koruyucu sağlık hizmetleri	10
2.1.3. Tedavi hizmetleri	11
2.1.4. Rehabilitasyon hizmetleri	11
2.1.5. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri	12
2.1.2. Sağlık hizmetlerinde devletin önemi	12
2.1.3. Sağlık hizmetleri piyasası.....	13
2.1.4. Sağlık hizmetleri ile toplumsal ve ekonomik gelişme arasındaki ilişki ..	15
2.1.5. Sağlık alanındaki uluslararası kuruluşlar	15
2.2. Sağlık Hizmeti Finans Sistemine Genel Bakış	17
2.2.1. Sağlık hizmet finansman yöntemleri	19
2.2.1. Vergi ile finansman yöntemi	20
2.2.2. Sigorta primleri ile finansman yöntemi	23
2.2.2.1 Sosyal sağlık sigortası yöntemi	23
2.2.2.2. Özel sağlık sigortası yöntemi	25
2.2.3. Cepten ödeme yoluyla finansman yöntemi	27
2.2.4. Diğer finansman yöntemleri.....	28
2.3. Türkiye’de ve Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının İncelenmesi	29
2.3.1. Sağlık harcamaları kavramı ve kapsamı	29

	Sayfa No
2.3.2. Türkiye’de ve seçilmiş OECD ülkelerinde sağlık harcamaları	30
2.4. Katastrofik Sağlık Harcamaları	33
2.4.1. Katastrofik sağlık harcamaları tanımı ve anlamı	33
2.4.2. Katastrofik sağlık harcamalarının hesaplanma yöntemleri eşik değer Yaklaşımları	37
2.5. Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerinde Yapılan Katastrofik Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması	46
3. TARTIŞMA VE SONUÇ	53
4. KAYNAKÇA	56
5. ÖZGEÇMİŞ	60



KISALTMALAR LİSTESİ

AB : Avrupa Birliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

BM : Birleşmiş Milletler

COICOP : Amaca Yönelik Kişisel Tüketim Sınıflaması

DB : Dünya Bankası

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GSS : Genel Sağlık Sigortası

GSYH : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

G-8 : Sekizler Grubu

HF.3 : Sağlık Dışı Ödeme Planı

ICHA-HF : Sağlık Hesapları Sınıflamasına

NAFTA : Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması

OECD : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

PAHO : Pan Amerikan Sağlık Sistemi

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

SKH : Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

SUT : Sağlık Uygulama Tebliği

UNDP : Birleşmiş Milletler Kalkınma Örgütü

UNICEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı	32
Tablo 2. Katastrofik Sağlık Harcamalarının Hesaplamasında Dört Yöntemin Karşılaştırılması	45
Tablo 3. OECD ülkelerinin katastrofik sağlık harcaması çalışmasında seçilmiş özellikleri	48



ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları.....	9
Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Taraflar.....	14
Şekil 3. Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri	18
Şekil 4. Sağlık Finansman Yöntemleri	20
Şekil 5. Katastrofik Aşım ve Katastrofik Kafa Sayısı Oranlar	43
Şekil 6. Cepten Ödemler ile Finanse Edilen Toplam Sağlık Harcamalarının Payı 2016 (veya en son yıl)	50
Şekil 7. Beşte Birlik Dilimlere Göre Katastrofik Sağlık Harcamalarının hanehalkı paylaşımı (en son yıl mevcut anket verilerine göre	51

ÖZET

Sağlık sistemleri sadece nüfusun sağlık durumunu iyileştirmek için değil aynı zamanda insanların beklentilerine cevap vermek ve onları hastalığın maddi yüküne karşı korumak için de kullanılabilir. Sağlık finansmanı sistemleri doğru kurgulandığında sağlık için gelir sağlarken, ihtiyaç duyulan hizmetleri insanlar için uygun fiyatlı hale getirmekle birlikte onları yıkıcı (katastrofik) maliyetlerden korumaktadır. Bu amaçla son yıllarda sağlık politika belirleyicilerinin temel hedefleri arasında, yoksul ve zengin hanehalkları arasındaki gelir eşitsizliğinden kaynaklanan farklılıklar ile mücadele edebilmek için sağlık sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesi yer almaktadır.

Bu sav baz alınarak yapılan değerlendirmede, öncelikle sağlık hizmetleri ve devletin bu alandaki rolü, sunulan sağlık hizmetlerinin toplumsal ve ekonomik gelişmişlik düzeyi ile olan ilişkisinin yanı sıra bu alanda faaliyet gösteren uluslararası kuruluşlara yer verilmiştir. Literatürde yer alan finansman yöntemleri, sağlık harcamaları ve katastrofik sağlık harcaması hesaplama yöntemleri incelenmektedir. Bu inceleme sonrasında belirlenen yöntem ile Türkiye ve seçilmiş OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ülkelerinde yapılan katastrofik sağlık harcamaları tespit edilmiştir. Çalışma kapsamına dahil edilen ülkelerin sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte biri doğrudan hanehalkları tarafından cepten ödemeler ile karşılanmaktadır. Bu oran Fransa'da %10 civarında iken, Litvanya, Letonya, Macaristan ve Polonya'da %20'nin üzerindedir.

OECD ülkeleri arasında katastrofik sağlık harcamalarının görülme sıklığı, Fransa, İsveç ve İngiltere'de %2'den az iken, Polonya, Litvanya, Macaristan ve Letonya'da %8'den fazlasına kadar önemli ölçüde değişmektedir.

Sonuç olarak Türkiye ve seçilen OECD ülkeleri için yıkıma sebebiyet veren sağlık harcamalarına karşı yürütülen politikalar değerlendirilerek, çözüm önerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Katastrofik sağlık harcamaları, Hesaplama yöntemleri, Sağlık hizmetleri, Sağlık hizmetleri finansmanı



ABSTRACT

An Evaluation of Catastrophic Health Expenditures and Calculation Methods in Healthcare Financing

Health systems can be used not only to improve the health status of the population, but also to respond to the people's expectations and protect them against the financial burden of the disease. Health financing systems provide income for health when properly constructed, it makes the services needed affordable for people and protects them from catastrophic costs. To this end, the main objectives of health policy-makers in recent years are to review health systems in order to combat the differences in income inequality between poor and rich households.

In this assessment based on this argument, first of all, the role of the health services and the state in this field, the relationship between the level of social and economic development of the health services provided and the international organizations operating in this field are included. Financing methods in the literature, health expenditures and catastrophic health expenditure calculation methods are examined. This investigation after determining methods with Turkey and selected OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) made catastrophic health expenditure in the country have been identified. Approximately one-fourth of the health expenditures of the countries included in the study are covered by out-of-pocket payments directly by households. This rate is around 10% in France, but over 20% in Lithuania, Latvia, Hungary and Poland.

The incidence of catastrophic health expenditure among OECD countries varies significantly from less than 2% in France, Sweden and the UK, to more than 8% in Poland, Lithuania, Hungary and Latvia.

As a result, Turkey and selected by evaluating the policies carried out against health spending for OECD countries, causing destruction, have been made in the proposed solutions.

Keywords: Catastrophic health expenditures, Calculation methods, Healthcare, Healthcare financing



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç önceden belirlenebilir nitelikte olmaması nedeniyle sağlık hizmetlerini kullanan bireyler ve hanehalkları öngörülemeyen finansal yüke maruz kalmaktadırlar. Sağlık sistemleri de bu yükü cepten harcamalar olarak birey veya hanehalklarına yansıtmaktadır. Farklı ülkelerde ve bölgelerde değişen ölçüler ve şekillerde kullanılan cepten harcamalar, bir yandan ilave kaynak sağlamak ve maliyetleri azaltmak amacıyla bireyler ve sistem açısından olumlu etkiler oluştururken, diğer yandan bireyler ve sistem açısından önemli sorunlara da yol açabilmektedir. Bu finansman kaynağı sosyal devlet anlayışına sahip ülkelerin temel finansman politikaları kapsamında yer alan en önemli sorunların başında gelmektedir.

Ülkelerin sağlık sistemlerinin yapısı ve işleyişi, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesi noktasında önemli bir göstergedir. Sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet kavramları sağlık hizmet sunumunun tüm aşamalarında göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Finansman sistemlerine sağlanan mali katkı, yoksullar ve onlara göre daha iyi durumda olanlar arasında eşitsizliklere neden olmaktadır. Yoksullar gelir düzeyleri nedeniyle sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymalarına rağmen, daha az sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Yoksulların sağlık hizmetlerinden daha az yararlanıyor olması, zenginlere göre gelirlerinin göreceli olarak daha büyük bir oranını sağlık harcamalarına ayırmalarına sebebiyet vermektedir. Ayrıca gerçekte yoksul olmadığı halde cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle sağlık harcamalarının artması sonucu yoksul durumuna düşen hanehalkları da mevcuttur(1).

Tüm dünyada sağlık politikası belirleyicilerinin temel hedefleri arasında, yoksul ve zengin hanehalkları arasındaki gelir eşitsizliğinden kaynaklanan farklılıklar ile mücadele edebilmek için sağlık sistemlerinin revize edilmesi yer almaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde finansal kısıtlılıklar nedeniyle hanehalklarının sağlık hizmetlerine erişimi ve finansmanda ciddi sorunlar

yaşadıkları görülmektedir. Uluslararası kuruluşlar, bu nedenle hanehalklarının katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerden korunması ve daha adil bir finansman sistemine erişim sağlayabilmeleri üzerinde durmaktadırlar(2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan 2000 yılındaki rapora göre sağlık sistemlerinin performansını belirleyen temel unsur sağlık finansman sisteminde hakkaniyet ve eşitliktir (3). 2010 yılında yayınlanan DSÖ raporunda ise ülkeleri sağlık hizmetleri finansmanında daha adil olma konusunda Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemini teşvik etmektedir. Küresel olarak bakıldığında yaklaşık olarak 150 milyon kişinin cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle finansal katastrofik etkiye maruz kaldıkları, bu kişiler içerisinde 100 milyondan fazla kişinin ise yoksulluk sınırının altında olduğu bildirilmektedir(4).

Düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık sisteminde uygulanan karma politikalar, sağlık hizmetleri finansmanında yoksulluk yanlısı politikaların daha önemli hale gelmesine neden olmaktadır. Bu ülkelerde sağlık finansmanın sağlanmasına yönelik olarak varlığını sürdüren kamu ve özel kurumlar bulunmaktadır. Bu kurumların birçoğu ulusal sağlık otoriteleri tarafından idare edilmekte olup, sağlık hizmetleri hanehalkları tarafından yapılan cepten ödemeler yolu ile finanse edilmektedir. Düşük gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının ortalama olarak %50'si, orta gelirli ülkelerde ise %30'u cepten harcama yolu ile finanse edilmektedir(5).

Günümüzde artan teknoloji ve sağlık alanında yapılan yenilikler sonucunda artan maliyetler bireylerin ve toplumların katastrofik harcama yapılması konusunu gündeme getirmiştir. "Sağlık Hizmeti Finansmanında Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Hesaplama Yöntemlerine Yönelik Bir Değerlendirme" isimli çalışma üç bölümden oluşmaktadır. İkinci bölümde sağlık hizmetleri; bu alanda devletin rolü, piyasadaki durumu, toplumsal ve ekonomik gelişme arasındaki ilişkide ve bu alanda hizmet veren uluslararası kuruluşlardan söz edilmektedir. Sağlık hizmet finans sistemi genel olarak değerlendirilmeye birlikte bu alandaki finansman yöntemleri açıklanmaktadır. Türkiye ve seçilmiş

OECD ÷lkelerinde sağlık alanında yapılan harcamalar incelenmektedir. Katastrofik sağlık harcamalarının tanımına ve eşik değer yaklaşımlarına yer verilmiştir. T÷rkiye ve seçilmiş OECD ÷lkelerinde yapılan katastrofik sağlık harcamaları karşılaştırılarak, son b÷lümde uygulanan politikaların geliştirilmesi yönünde çıkarımlar yapılmış ve önerilerde bulunulmuştur.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmeti

2.1.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı

Genel olarak mevcut sağlık düzeyinin korunması ve tedavi sürecinde yapılan çalışmalar sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir. Sağlık hizmetlerini daha geniş anlamı ile ifade edecek olursak, “insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarının tümü” şeklinde ifade edebiliriz(6).

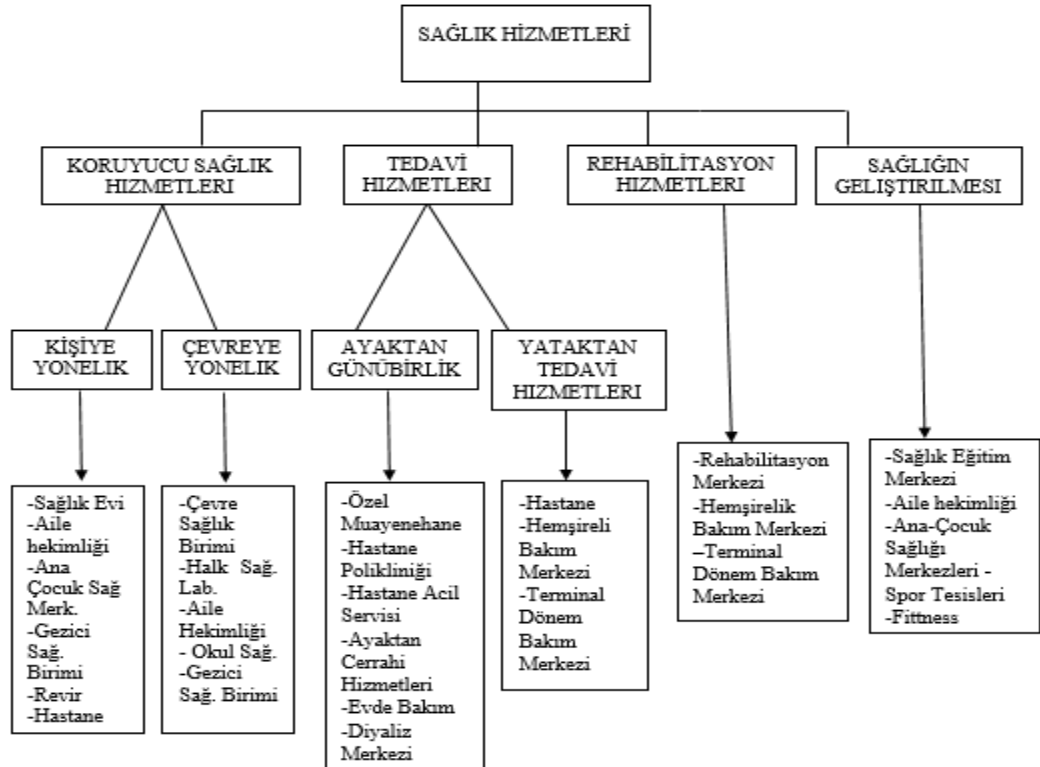
Sağlık hizmetleri aynı zamanda toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rahabilitasyonu amacıyla sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmetlerdir. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'nin 4. Maddesine göre, sağlık hizmetleri(7); “insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastalıkların tedavi edilmesi için yapılan hizmetler” olarak tanımlamaktadır.

Toplum ve birey sağlığını etkileyen çok sayıda faktör sağlık hizmetinin etkisini ve kapsamının belirlenmesi beraberinde birçok tartışmayı da gündeme getirmektedir. Eğitim, barınma, istihdam gibi etkenler, insan sağlığını sağlık hizmetlerinden daha fazla etkilemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerini, toplum sağlığını geliştirmeyi doğrudan amaç edinen organizasyonları görmek olasıdır. Bu etkenlerin geliştirilmesi gibi hizmetler her ne kadar sağlığı etkilese de öncelikli amacı sağlık statüsünü yükseltmek değildir(8).

Sürekli olarak gelişen ve değişen toplumun sağlık hizmetleri ile beklentileri farklılaşmaktadır. Hastalıkların önlenmesi, hastalık belirtilerinin giderilmesi, işlev kayıplarının azaltılması, yaşamdan beklenen sürenin uzaması gibi

beklentilerin yanı sıra, insanların yeni beklentileri ortaya çıkmaktadır. İnsanların birçoğu fiziksel ve mental olarak sağlıklı olsalar bile, estetik kaygıları nedeni ile daha iyi hissetmek amacıyla sağlık hizmetlerine yönelmektedirler(9).

Şekil 1’ de sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört ana grupta toplanmaktadır. Sağlık kurumları tarafından üretilen hizmet türlerine göre farklılık göstermektedir. Bunun yanı sıra sağlık kurumlarının büyük bir kısmı dört grupta toplanan sağlık hizmetini değişik düzeylerde üretmektedirler. Örneğin; aile sağlığı merkezinin temel işlevi koruyucu sağlık hizmeti sunmak olmasına rağmen, teşhis ve tedavi hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesine yönelik (sağlık eğitimi gibi) hizmetlerde sunmaktadır. Hastanelerin temel işlevi olan yataklı tedavi hizmetlerinin sunumuna ek olarak koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi yönünde hizmet vermektedirler (10).



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları

Kaynak: Kavuncubaşı, Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara. Siyasal Kitabevi. 2010. 35.

2.1.2. Koruyucu sağlık hizmetleri

Toplumu hastalık etkenlerinden uzak tutmaya veya hastalık etkenlerinin tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik uygulanmakta olan hizmetler koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri toplum temelli olmakla birlikte, dışsal fayda oranı yüksektir. Toplumda hastalık olasılığı azaltılırsa, bu durumdan tüm toplum bireyleri fayda sağlamaktadır(11).

Koruyucu sağlık hizmetleri hem çevreye hem de kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır. Çevreye yönelik hizmetlerin asıl amacı, evre sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri ortadan kaldırmak ve bu etkenlerin bireyleri olumsuz yönde etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir(12). evre sağlığı hizmetleri kapsamında yürütülen hizmetler(13):

- Su ve besin sanitasyonu,
- Katı ve tehlikeli atıkların denetimi,
- Zararlı canlılar ile mücadele,
- Hava ve gürültü kirliliği denetimi,
- İş sağlığı ve güvenliği.

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; hemşire, hekim gibi sağlık mesleği mensupları tarafından yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetlerden bazıları aşağıdaki gibidir(14).

- Bağışıklama,
- Beslenmeyi düzenleme (Obezite ile mücadele),
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- Anne ocuk sağlığı hizmetleri,

- Hamilelik kontrolü,
- İlaçla korunma,
- Kişisel temizlik ve bakım,
- Sağlık eğitimi.

2.1.3. Tedavi hizmetleri

Tedavi hizmeti, sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlıklı günlerine dönmeleri için verilen sağlık hizmetidir. Muayene, teşhis, tedavi çalışmalarını kapsayan bir süreçtir. Asıl amaç, alınan sağlık önlemlerine rağmen oluşabilecek hastalık durumunda; erken tanı ve teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa sürede sağlığına kavuşmasıdır(15).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık sigortaları, kişiler veya devlet tarafından karşılanmaktadır.

2.1.4. Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri kaza veya hastalık sonucunda ortaya çıkan bedensel ve zihinsel becerilerin kişilere geri kazandırılması amacına yönelik olarak yapılan hizmetlerdir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde, “organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile, kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum ve servisler” rehabilitasyon merkezi olarak tanımlanmaktadır.

2.1.5. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi bireylerin sağlık konusunda bilinçlendirilmesine yönelik yapılırken, sağlığın geliştirilmesi sağlık eğitimini de kapsayan daha geniş kapsamlı hizmetleri ifade etmektedir. Sağlık eğitiminin kapsamı, bireyin sağlık ve hastalık, insan vücudu ve işleyişi, hastalıklardan korunma ve mücadele etme, sağlık sistemini kullanma ve sağlığı etkileyen sosyal, politik ve çevresel etmenler hakkında bilinçlendirmektedir(16). Sağlığı geliştirilmesi hizmeti ise toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesine yönelik tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Böylelikle çevrenin, ulusal ve uluslararası düzeyde politik ve sosyal yapının değiştirilmesi amaçlanmaktadır.

2.1.2. Sağlık hizmetlerinde devletin önemi

Sağlık hizmet sunumunda, koruyucu ve sağlığın geliştirilmesi yönünde yapılan hizmetler tam kamusal mal ve hizmetler niteliği taşımakta olup, finansmanı doğrudan vergiler ile karşılanmaktadır. Tam kamusal mal ve hizmetler, tamamen devlet tarafından üretilen ve toplumun sağlık düzeyinin korunması ve geliştirilmesi açısından önem taşıyan hizmetlerdir. Bu tür mal ve hizmetler, toplumun ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak geliştirilmekle birlikte, toplumdaki hiçbir birey için bu mal ve hizmetten yararlanamama durumu söz konusu olmamaktadır(17).

Tedavi edici sağlık hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri sağladıkları faydanın bir bölümünün ayrıştırılabildiği ve fiyatlandırılabilir olduğu yarı kamusal mal ve hizmet özelliği taşımaktadır. Bu mal ve hizmetler piyasada üretilebilir olsa da devlet tarafından üretilmelerinde sosyo-ekonomik faktörler etkili olmaktadır(18).

Yarı kamusal mal ve hizmetlerin tamamen piyasaya bırakılması sonucunda; kaynak tahsisinin yetersiz kalması durumunda hizmet sunumunda yaşanabilecek

aksaklıklar meydana gelebilmektedir. Bu durum sadece bireyler açısından değil, aynı zamanda toplum açısından da zararlı sonuçlar doğurabileceği gibi, toplumsal maliyetleri de artırabilmektedir. Toplumların öncelikli hedefleri arasında sağlıklı bireylerin varolması yer almaktadır. Bu hizmetlerin tamamen piyasaya bırakılması durumunda; maliyetlerin artması, sağlığa erişimin zorlaşması, kar odaklı sağlık kurumları hizmet sunumunu azaltması gibi durumlar ile karşılaşılabilir. Bu nedenlerden dolayı özel sağlık kurum ve kuruluşları bu hizmet üretimini yapsalar dahi hükümetlerin hizmet sunumuna devam etmeleri zorunluluk arz etmektedir.

Devlet doğrudan üretici olarak sağlık hizmetleri piyasasına girmese bile sağlık politikalarının belirlenmesinde, sağlık hizmet piyasasının düzenlenmesinde, gerekli görülen durumlarda önlem alınmasında etkili ve güçlü olma zorunluluğu bulunmaktadır.

Toplumun devletten beklentisi, hiçbir ayrımcılık yapılmadan, erişilebilir, uygun ve kaliteli hizmet sunumu yönündedir. Dünyada sunulan sağlık hizmetleri aynı olmasına karşın her ülkenin farklı sağlık sistemlerini uyguluyor olması sağlık hizmet finansmanındaki payı farklılık göstermektedir. Bunun yanı sıra tüm toplumlar için sunulan sağlık hizmetlerinde devlet mutlaka mevcudiyetini korumalıdır.

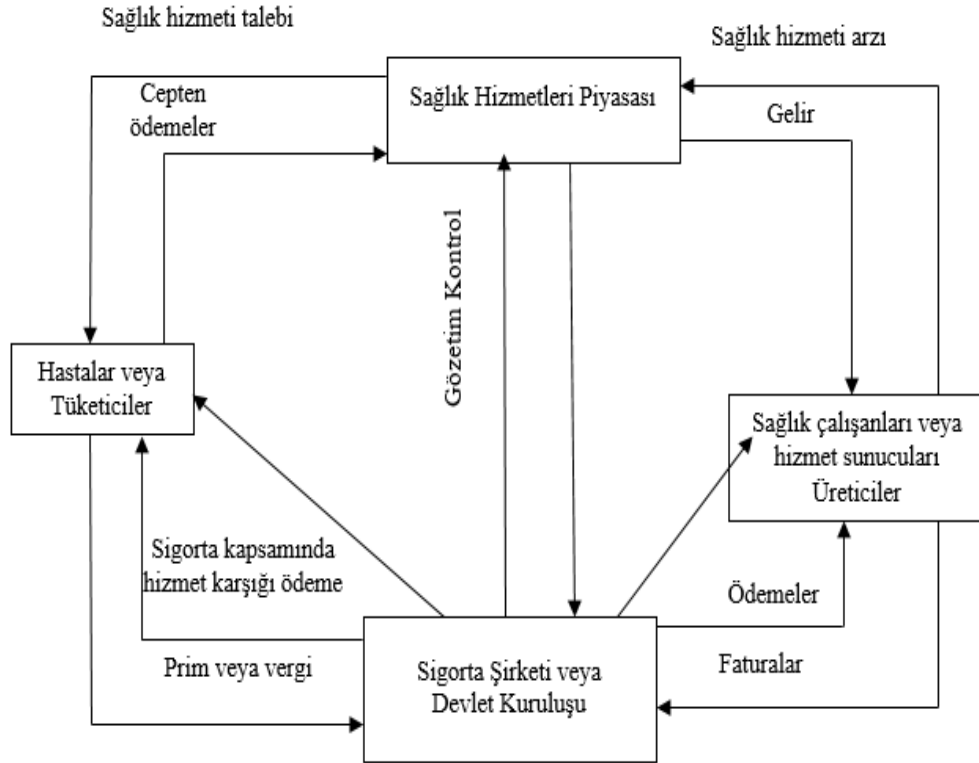
2.1.3. Sağlık hizmetleri piyasası

Piyasa, arz ve talep edenlerin karşılaştığı bir ortamdır. Sağlık hizmeti piyasasında ise sağlık hizmetini arz edenler (hekim, hemşire, vb.) ile talep edenler yani bireyler veya kurumlar karşılaşmaktadırlar. Sağlık hizmet talebinde bulunan birey ya da tüketiciler bu talepleri doğrultusunda cepten ödeme yapmalarının yanı sıra devletin ve sigorta kuruluşlarının da maddi desteğini alabilmektedirler.

Sağlık sigorta kurumları ve devlet, sağlık hizmetleri piyasasında sağlık harcamalarını üstlenmektedir. Devlet ve sağlık sigorta kurumları, sahip oldukları üyelerini maliyetleri yüksek olan sağlık hizmetlerinin artan fiyatlarına karşı korumaktadırlar.

Sağlık sigorta kurumları, sigortalı sayısını arttırarak daha fazla prim ile kullanıcılar arasındaki riski paylaşırma esasına dayanmaktadır. Aynı zamanda sigorta kuruluşları, sağlık hizmet sunucularını gözlem altına almakla birlikte, maliyetlerin kontrol altına alınmasında ve fiyatların makul düzeylerde tutulmasında yardımcı olmaktadır.

Devlet, etkin ve verimli sağlık hizmet sunumunu organize edilmesi ve finansmanının sağlanmasından sorumludur. Böylelikle dolaylı olarak sağlık hizmet piyasasına müdahale etmektedir.



Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Taraflar

Kaynak: Orhaner, E., Türkiye’de Sağlık Sigortası. Ankara. Siyasal Kitabevi. 2014. 37.

2.1.4. Sağlık hizmetleri ile toplumsal ve ekonomik gelişme arasındaki ilişki

Toplum sağlığına zararlı çeşitli etkenlerin azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması sağlık hizmetleri ile mümkün hale gelmektedir. Bireylerin ve toplumların sağlıklı olması ülkelerin gelişmişlik düzeylerini de olumlu yönde etkilemektedir. Sağlıklı bir toplumda yaşayan bireyler ekonomik kalkınmaya daha fazla katılım sağlayabaktadırlar.

Ülkelerin gelişmesi ekonomik açıdan, istihdam olanaklarının ve gelirlerin artmasını, sağlık ve eğitime olan talebi de artırmaktır. Ekonomik yönden gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri de gelişmektedir. Bunun nedeni ise ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları payın fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Gelişme süreci içerisinde yer alan ülkeler hem hızla kalkınmak hem de ulusal gelirlerini artırmak zorundadırlar. Bu nedenlerden ötürü sağlık ile ekonomik kalkınma arasında çok sıkı bir ilişki bulunmaktadır.

2.1.5. Sağlık alanındaki uluslararası kuruluşlar

Sağlık alanında faaliyet gösteren ve ülkelerin sağlık sorunlarının çözüme kavuşturulması için yardımcı olan uluslararası sağlık kuruluşları, aynı zamanda ülkelerin sağlık politikalarını da etkilemektedir.

19. yüzyılın başlarında Avrupa kıtasında kolera salgını nedeniyle ilk kez sağlık alanında uluslararası işbirliği yapılma ihtiyacı doğmuştur. Paris'te yapılan I. Uluslararası Sağlık Yönetmeliği 23 Temmuz 1851'de yayımlanmıştır. On dokuzuncu yüzyıl sonuna kadar toplam on iki kez düzenlenen bu konferanslarda; Avrupa'yı kolera, veba gibi bulaşıcı hastalıklara karşı korumak ve bu hastalıklar nedeni ile ticaret ve ulaşımdaki engelleri ortadan kaldırmak başlıca konular arasında yer almaktadır(19).

Merkezi New York'ta bulunan UNICEF, çocuk sağlığı, beslenme, güvenli annelik ve aile planlaması, zor koşullardaki çocuklar, su ve çevrenin sağlıklı hale getirilmesi, kente yönelik hizmetler, eğitim gibi alanlarda doğrudan ya da dolaylı olarak hizmet vermektedir.

2.2. Sağlık Hizmeti Finans Sistemine Genel Bakış

Toplumu oluşturan bireylerin varlıklarını sürdürebilmeleri için DSÖ tanımında da yer alan '*yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali*' durumunda olmaları gerekmektedir. Günümüzde giderek gelişen teknoloji, artan kentleşme oranları, insanların gelir seviyelerinin artması ve yaşam sürelerinin uzaması sonucunda sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın varlığı sağlık hizmet maliyetlerinin artışının ana etkenleri arasında yer almaktadır.

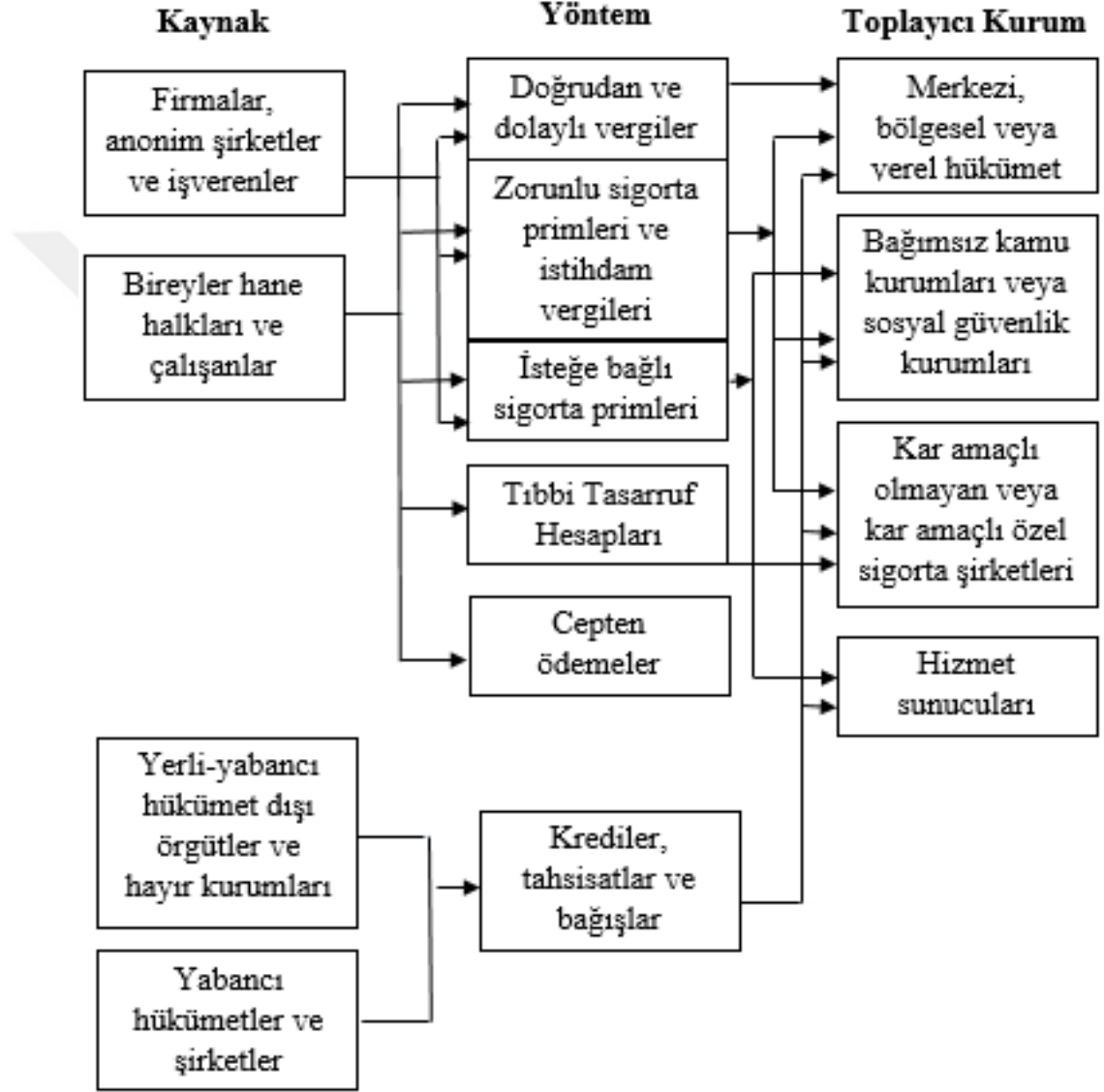
Sağlık hizmetlerinin finansmanı; sağlık sektöründe gerçekleştirilen faaliyetleri finanse etmek için nasıl bir yol izlenmesi gerektiğini içermektedir. Sağlık hizmetlerinin ana amacı, toplumlarının sağlık seviyelerinin yükseltilmesiyle birlikte sağlık kapsamının geliştirilmesidir. Sağlık hizmetleri sunumu finansmanı için bu amaç önemli bir araç olmak durumundadır(19).

İnsanların sağlık hizmetine finansal yönden erişebilmelerini sağlamak için; yeterli ve süreklilik arz eden kaynak tahsisi sağlamalı, elde edilen kaynakları etkin bir biçimde kullanmak, finansmanda adil ve kaynakların oluşum sürecinde kişilerin yoksullaşmasının engellenmesi gibi hedefler oluşturulmalıdır.

Sağlık hizmet finansmanında üç ana fonksiyon mevcuttur; gelirin toplanması, fonların havuzlanması ve hizmet sunanlara ödeme yapmaktır.

Gelirin toplanması yöntemi; hükümet tarafından toplanan vergiler, zorunlu uygulanan sosyal sağlık sigortası primleri, özel sektör sağlık sigortası primleri, kişisel tıbbi tasarruf hesapları, cepten yapılan ödemelerin yanı sıra borçlar ve

bağışlardan oluşturmaktadır. Tüm bu yöntemler vatandaşlar tarafından, hizmet almadan önce karşılanmaktadır. Bu nedenle toplanan gelirlerin oranı, finansal risk derecesi ve gelir seviyesi düşük bireyler için ne oranda destekleneceği konusu gelir toplama düzeyi ve finansman kaynaklarının kullanımında adalet açısından önem taşımaktadır.



Şekil 3. Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri

Kaynak: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. Funding health care: options for Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press. 2002,5.

Fon havuzlama; öngörülemeyen sağlık hizmeti ihtiyaçlarına yapılacak ödeme risklerinin fonlara katkı sağlayan tüm bireyler ile hizmet alımı için

yapılan ön ödemenin paylaşılmasına dayanan bir finansal birikim ve süreç yönetim şeklidir. Toplanan gelirler üyelerin sağlık hizmeti kullanımı sonrasında hizmet sunuculara aktarımı, yani sağlık finansmanı hizmeti sunan kurumlara ödeme yapılması olarak özetlenebilmektedir. Fon biriktiren ve ödemeyi hizmet sunuculara yapan kurumlar genellikle aynıdır. Hizmet sununan kurumlara yapılan ödeme metodları; alınan hizmet (vaka) başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleri, kişi başına ödeme, verilen gün sayısı başına ödemelerdir. Her yöntemin farklı dezavantajları ve avantajları bulunmaktadır(21).

2.2.1. Sağlık hizmet finansman yöntemleri

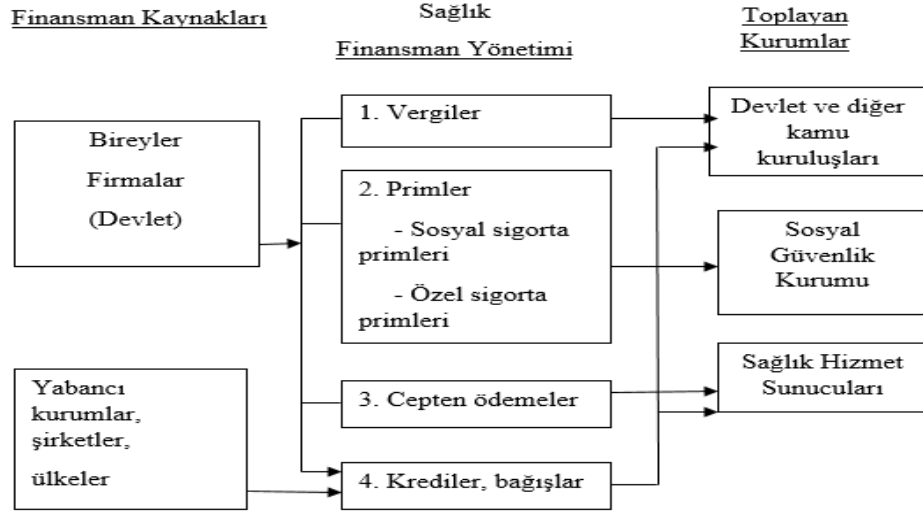
Toplumların sosyal güvenlik ve sosyal dayanışma konularındaki arayışları geçmişten günümüze kadar gelişmekte olan birçok ülke için çözüm bekleyen problemlerin başında gelmektedir. Son dönemlerde yaşanan ekonomik anlamdaki çöküntüler birçok gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerin sosyal güvenlik sistemleri açısından problem yaşamalarına neden olmaktadır. Ayrıca sağlık harcamaları kapsamında geri ödeme planlarında tasarruf sağlayabilmek adına sağlık politikalarında değişik yöntemler uygulanmaya başlanmıştır.

Sağlık politikaları incelendiğinde genellikle iki ayrı yöntem üzerinden hareket edildiği görülmektedir. Bu yöntemlerin ilki sağlığın toplumsal olgu, sağlıklı bir yaşam sürme ve tıbbi alanda yapılan bakım hizmetlerinin doğuştan kazanılan temel bir insanlık hakkı olmasıdır. Bu noktada asıl yükümlülük sahibi devlettir. Sağlık hizmetlerini, toplumsal dayanışmanın ve toplumsal geliri dağıtmanın bir fonksiyonu olarak ele alırken, hizmetten yararlanma eşitliği konusunda öngörülerde bulunmaktadır. İkinci yöntem ise, sağlığı bireysel hak olarak gören, sağlık haklarının gerekliliklerinin yerine getirilmesi konusunu toplumsal bir görev olarak değil, bireysel sorumluluk olarak tanımlayan ve piyasanın arz talep kurallarına bırakarak insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını sağlayan, sağlık hizmet sunumunu kâr aracı olarak gören politikadır. Bu yöntemin benzeri, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde tüm toplumu kapsamı altına alan zorunlu sigorta sisteminin var olmaması, sağlık

ihtiyaçlarının karşılanmasında özel sektörün hüküm sürdüğü politikaların yansıması olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetleri finansman stratejileri belirlenirken ülkeler bazı temel unsurları dikkate almak zorundadırlar. Bunlar; sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, finansal kapasite, uygulanabilir, etkin, adil, tüketici davranışları ile arz/hizmet sunumu ve hizmet sunucusu davranışlarıdır. Sağlık hizmetleri finansmanında genel olarak literatürde dört temel yöntem yer verilmektedir(22).

- Vergi ile finansman yöntemi,
- Sigorta primleri ile finansman yöntemi,
- Cepten ödeme yoluyla finansman yöntemi,
- Diğer finansman yöntemleri,



Şekil 4. Sağlık Finansman Yöntemleri

Kaynak : Orhaner, E., Türkiye’de Sağlık Sigortası, Ankara, 2014, 95

2.2.1. Vergi ile finansman yöntemi

Kamu gelirlerinin büyük bir bölümü vergilerden elde edilmekte ve kamu bütçesinde gösterildiği için bu yöntem genel vergiler ile finansman ya da kamu bütçesine dayalı finansman da denilmektedir. Bu yöntem, İngiltere de Beveridge

Raporu ile gündeme geldiği için ‘Beveridge Modeli’ adı ile bilinmemektedir. Hükümet tarafından toplanan gelirlerinin belli bir oranı, genel veya yerel bütçe kanalı ile sağlık hizmet sektörüne ayrılmaktadır.

Dünya Bankası’nın (DB) hazırlamış olduğu Dünya Kalkınma Raporu’nda sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin belli bir rol üstlenmesi gerekliliği vurgulanmıştır. DB ulusal düzeyde tanımlanan asgari sağlık hizmetlerinin yoksullara verilmesi gerektiği ve finansmanın da devlet tarafından karşılanmasını önermiştir(23).

Sağlık sistemlerinde, sağlık hizmetlerine yönelik yapılan harcamalarındaki en önemli finansman kaynağı vergiler aracılığı ile tahsis edilmektedir. Devletin kamu hizmetlerini sağlamak amacıyla vatandaşlardan topladığı vergiler kaynağını Anayasadan almasının yanı sıra siyasi ve hukuki bir cebir unsuru taşımaktadır. Vergiler, devletten sağlanan teminat oranında değil, kişilerin ödeme kapasitelerine göre toplanmaktadır. Aynı zamanda kamu hizmetlerine harcanması durumunda kişilerin bu hizmetlerden faydalanma derecesine bakılmamaktadır(24).

Ülkelerin vergi sistemleri aracılığı ile topladığı vergilerin türü farklı gelir gruplarının hangi yönde etkilendiği ve ne kadar hakkaniyetli olduğu konusunda önemli bir belirleyicidir. Bu nedenle en önemli nokta doğrudan vergiler ile dolaylı vergiler arasındaki ayrımın iyi belirlenmesidir.

Doğrudan vergiler, kişilerin, hanehalkları veya şirketlerin direkt gelirleri veya kârlarından alınmakta olan vergilerdir. Bir verginin adil olup olmadığını tespit etmenin en önemli faktörü, artan oranlı olup olmaması ve bunun sağlanabilmesi için vergi oranlarının düşük gelir grupları için daha düşük, yüksek gelir grupları için daha yüksek olması gerekliliğidir. Ancak informal ekonominin yaygın olduğu ülkelerde kayıt dışı gelirin yüksek olması nedeni ile doğrudan vergilerin toplanması konusunda sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Dolaylı vergiler ise mal ve hizmet kullanımları sonucunda ödenen vergilerdir.

Bu kapsamın içerisinde g m ruk vergisi, özel tüketim vergisi, katma değer vergisi gibi vergiler verilebilecek örneklere bazılarıdır. Dolaylı vergilerin en belirgin özelliği ise bireylerin gelirleri ile değil tüketim ile iliŐkili olduğu için azalan oranlı olabilmeleridir. Bu tür vergiler, özellikle kayıt dışı ekonomilerin yaygın olduğu ülkelerde görünebilir olmaları ve ödemekten kaçınmanın mümkün olması nedeniyle sıklıkla kullanılmaktadır. Dolaylı vergilerin yüksek olduğu ekonomilerde sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından ortaya çıkan en önemli sorun ise finansal yükün kim tarafından karŐılanacaęıdır. Bu vergiler gelir düzeyi ile iliŐkili olmaması nedeniyle dolaylı vergilerin aksine genel vergi havuzunda gelir düzeyi düşük olanların, yüksek gelir grubuna oranla daha çok katkıda bulunması gerektiği anlamı taşımaktadır(25).

Devlet sağlık sistemi içerisinde, hastanelere ödemeyi harcama kalemleri bütçe veya genel bütçe (global bütçe) ile yapabilir. Bu  demelerin kaynağı, belirli bir dönem için ileriye dönük olarak devletin sağlık kuruluŐlarına, enflasyon etkisi ile daha önce yapmış olduğu ödeme miktarları da baz alınarak yapmış olduğu ödemelerdir. Harcama kalemleri bütçe ödeme yöntemi, genel olarak gelecek bir yıl boyunca kamu hizmetleri, ilaç ve sarf malzeme, personel, vb. gibi harcama kalemleri için sabit bir miktarın tahsis edilmesidir.

Global bütçe ise belirli bir dönem için toplam sağlık harcamalarını karŐılanmak üzere önceden ödenmesi öngörülen m ktarın belirlenmesidir. Global bütçe, sunulan hizmetin ücret ve kalitesini belirleyen genel bir harcama sınırı olarak tanımlamak mümkündür. Global bütçeler, kaynakların daha verimli kullanımlarına olanak sağlamaktadırlar. Verimlilik artışı ise bütçenin nasıl oluŐturulduęuna ve yöneticilerin bu konudaki performanslarına bağlı kalmaktadır. Global bütçe yönteminde karmaŐık ve pahalı hizmetlere ek ödeme yapılmamaktadır. Maliyetlerin  nlenmesi, hizmetlerin daha organize ve planlı kullanımı, gereksiz hizmet kullanımlarının önlenmesi konusunda fayda sağlamaktadır (26).

2.2.2. Sigorta primleri ile finansman yöntemi

Sigorta, henüz gerçekleşmemiş fakat gerçekleşme olasılığı bulunan tehlikelerden doğacak olan zararların öncesinde yapılan ödemeler karşılığında bireylerin, hanehalklarının ve şirketlerin güvence altına alınmasıdır. Aslında insanların karşılaştıkları veya karşılaşılabilecekleri tehlikelere karşı birleşmeleri ile tek başlarına katlanacakları kayıpları aralarında bölüşmeleri fikri ile ortaya çıkmış bir sistemdir.

Sağlık sigortası ise bireylerin, tıbbi yardım, tedavi ve ilaç harcamalarına karşı teminat veren sigorta türüdür. Sosyal güvenliğin sağlanması açısından sigorta, sosyal ve özel sigorta olmak üzere iki grupta toplanmaktadır.

2.2.2.1 Sosyal sağlık sigortası yöntemi

Zorunlu kamu sigortalarının tarihine bakıldığında, sadece dar gelirli işçiler kapsam altına alınırken, daha sonra işçi kavramının genişletilmesi ile birlikte sigorta edilen işçilerin sayısı artmıştır. Sigorta kapsamına girişin zorunlu olması toplumda refah dağıtımına iki farklı yöntem ile katkı sağlamaktadır: (i) bazı istisnalar hariç ödenen primlerin bireysel risk ile bağlantılı olmaması, düşük risk gruplarından yüksek risk gruplarını sübvanses etmesi, (ii) yüksek gelir risk gruplarının düşük gelir gruplarına göre sisteme daha fazla katkı yapması, bireysel risklerle bağlantısı olmayan bu primlerin gelire orantılı olarak toplanmasına neden olmaktadır.

İyi kurgulanmış olan sistemlerin içerisinde yer alan ilk gönüllü dernekler, üyelerine işsiz kaldıklarında ve belirli bir gelir elde edemediklerinde, gelir kayıplarını tazmin etmeyi ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamıştır.

Sistem özünde çalışan, işveren katkıları ile finanse ediliyor olsa da genel anlamda “ devlet katkısı” ndan da söz etmek mümkündür. İlk zorunlu hastalık sigortası yasası 1883 yılında Almanya tarafından kabul edilmiş ve işçilerin

önceleri isteğe bağlı olan fonlara üyeliği zorunlu kılınmıştır. Kaza, yaşlılık, uzun süreli sakatlık, zor günler ve işsizlik sigortası yasaları sırasıyla 1927 yılına kadar yürürlüğe girmiştir. Neredeyse bütün diğer Avrupa ülkeleri, Almanya'nın izinden gitmiş ve 1930 yılına kadar sosyal sigorta Avrupa çapında yaygınlaşmıştır(27). Sosyal sigortanın gelişimi tüm koşullarda daha çok grubun sisteme dahil edilmesini ve böylece kapsam altına alınan nüfusun arttırılmasını içermektedir.

Sosyal sigortacılık sisteminin en önemli ilkesi sosyal dayanışma ilkesidir. Dayanışma ise en genel anlamıyla "ortak bir amaç için herhangi bir hesap olmaksızın yapılan işbirliği" olarak tanımlanmaktadır(28).

Avrupa'da sosyal sigorta sistemlerinin tamamı aynı ilkelere sahip olması ve aynı hedef doğrultusunda planlanmalarına rağmen, bu sistemler arasında önemli farklılıklar söz konusudur. Bu durumun temel sebepleri ise sosyal sigorta finansmanı yıllar içinde yavaş yavaş gelişmekle birlikte ülkelerin, sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki farklılıklardan doğmaktadır.

Sosyal sigorta ile finanse edilen sağlık hizmetleri hem çalışanın hem de işverenin, belirli kurallar çerçevesinde bireylerin gelirleri baz alınarak ödemesi gereken prim, bu primlerin bir havuzda toplanabilmesi ve daha sonra sağlık ihtiyacı doğduğunda bu havuzda biriken kaynakların kullanımı ile sağlık hizmetlerinden faydalanması söz konusudur. Sosyal sağlık sigortası prim miktarları ve toplanma şekli, gelirlerin toplanması ve harcamaların yapılmasından sorumlu kurum sayısı ve örgütlenme şekilleri ile sağlık hizmet sunumları ülkeler arasında farklılık göstermektedir(29).Sistem içerisinde sigortalanacak kesimin düzenli ve belirli bir miktara sahip olması nedeniyle üyeliğin zorunlu olduğu bir kamu sigortasıdır. Sistem içerisine kırsal nüfus, marjinal sektör çalışanları ve işsizlerin dahil edilmesi mümkün değildir.

Gelişmişlik düzeyi yüksek gelire sahip ülkelerdeki tüm nüfusun kapsanma olasılığı mevcut iken, gelişmekte olan ülkelerde kapsam daralmaktadır.

Ülkelerin ekonomik gücü sigorta ile garanti altına alınan hizmetlerin kapsamı ve sigorta fonu ile orantılıdır. Eğer nüfusun tamamını kapsayan bir sistem mevcut ise buna genel sağlık sigortası ya da sağlıkta genel sigorta denilmektedir. Türkiye genel sağlık sigortası sistemi her ne kadar 2008 yılında yürürlüğe girmiş olsa da, zorunlu olarak 2012 yılında uygulanmaya geçilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sağlık sigortasının teminatları şunlardır(30):

- Sağlık politika ve hedeflerinin gerçekleşmesine yardımcı olur,
- Sağlık hizmet sunumunda etkinlik sağlar,
- Sağlık sektörüne aktarılan fonlar rahatça görülebilir,
- Sağlık hizmetleri için düzenli bir gelir kaynağı oluşturur,
- Risk havuzu sayesinde finansal kaynağın farklı hizmet gruplarına bölünmesini sağlar, ödeme gücüne göre finansal yükü dağıtır.
- Hasta haklarının korunmasına yardımcı olur.

2.2.2.2. Özel sağlık sigortası yöntemi

Özel sağlık sigortası finansman sistemi cepten yapılan ödemelerin olumsuz özelliklerini bir ölçüde giderebilen nitelikleri bünyesinde barındırmaktadır. Bu sistemde, hizmeti kullananlar ile hizmeti sunucular arasında aracı rol oynayan özel sağlık sigortası kuruluşları mevcuttur(31). Daha önceden tahmin edilemeyen sağlık harcamaları için gelir kaybını önlemeye çalışan özel sağlık sigortaları ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte sosyal güvenlik sisteminin yetersiz kaldığı noktada ortaya çıkmaktadır. Bu sistem daha çok özel hizmet talep edenlerin beklentilerini karşılamaktadır.

Özel sigortalar, sosyal sigortaları tamamlayıcı nitelikte faaliyet göstermekle birlikte, kendi kendine yardım fikrine dayanan özel sigortalar, sosyal güvenliğin sağlanmasına da tamamlayıcı rol alabilmektedirler.

Bu finansman yönteminin esas amacı, bireylerin sigortalarının başlangıç tarihinden itibaren ortaya çıkabilecek olan risklerin teminat kapsamına alınmasıdır. Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan bir takım hastalık durumu var ise bu durum kapsam dışı bırakılmaktadır. Asıl dikkat çekilmesi gereken nokta, riskin gerçekleşmesi durumunda sigorta firmasının görevi, sigortalının sigorta yaptırmadan önceki haline dönmesidir. Özel sağlık sigortaları, tıbbi harcamalar ve işgörmezlik geliri konularında güvence sağlamaktadır.

Özel sağlık sigortaları, hizmet alanların özel çıkarlarının çeşitli risklere karşı teminat altına alınması için sigorta sözleşmesi ile ortaya çıkan risk teminatıdır. 1950 yılının sonlarına doğru sanayileşmiş ülkelerin birçoğu, yurttaşlarını genel sağlık sigortacılığı kapsamına alırken hizmetlerin kullanımı, fiyatlar ve enflasyon artışı hükümetleri öncelik belirlenme ve talebin karşılanabilmesi için yoğun baskı altına girmiştir. Bu dönemde devletler toplumdaki artan talebi karşılamak ve kendi üzerindeki mali yükün hafiflemesi için, mevcutta varolan özel sektör ve özel sağlık sigortacılığını teşvik edici ve geliştirici uygulamalar geliştirmişlerdir.

Özel sağlık finansman yöntemleri; fonksiyonlarına, bireylerin ödedikleri primlerin hesaplanma yöntemlerine, yapılan yardımların tespit edilmesine ve sigorta şirketlerinin durumuna göre farklılaşmaktadır. Fonksiyonları açısından zorunlu sağlık sigortası kullanımı yerine bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentilerini karşılaması için "özel sağlık sigortası" veya zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alanlar için uygulanabilecek olan "tamamlayıcı özel sağlık sigortası" olarak ikiye ayrılmaktadır. Primlerin hesaplanma yöntemleri; bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre belirlenen faktörler için özel sağlık sigortaları bulunmaktadır. Sigorta şirketleri konumu açısından, kâr amaçlı olanlar ve olmayanlar olarak ikiye ayrılabilir(32).

Sistemin temelinde, ödeme gücü olan bireyler için oluşturulan sağlık teminatına dayanmaktadır. Aksi bir durumda olan bireylerin sağlık sorunu yaşamaları durumunda sosyal devlet anlayışı gereği bu kişilerin kendi kaderine

terk edilmeleri söz konusu değildir. Günümüzde, ABD’de uygulanan Medicare ve Medigap sistemlerinin yanı sıra, Avustralya ve İsviçre gibi ülkeler özel sağlık sigortacılığına ağırlıklı bir yer vermektedirler(33).

Sağlık hizmet sunucuları ile sağlık hizmet talebinde bulunanlar serbest piyasa koşullarında karşılıklı denge fiyatı benimsenerek sağlık hizmet sunumu gerçekleştirmektedirler. Böyle bir durumda hizmeti alanlar doğrudan cepten ödeme yapabilecekleri gibi özel sağlık sigortaları aracılığı ile ödeme yapabileceklerdir. Bu aşamada en önemli nokta, devletin bu süreçte herhangi bir müdahalede bulunmamasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu özel kişi veya kuruluşların fon aktarım mekanizmaları ile finanse edilmektedir(34).

2.2.3. Cepten ödeme yoluyla finansman yöntemi

Cepten ödeme yöntemi, bireylerin hastalık risklerine karşın herhangi bir finansal korumaya dahil olmadan, sağlık hizmetleri kullanımına karşılık doğrudan yaptıkları tüm harcamalardır. Bu harcamayı yapanlar sonrasında kamu ve özel bir takım kaynaklardan iade olarak tahsil etmemekte, aldıkları hizmetin finansman yükünü tamamen kendileri karşılamaktadırlar(35).

Cepten ödemeleri üç farklı şekilde gruplandırabiliriz: (i) doğrudan ödeme, (ii) kullanıcı katkıları ve (iii) kayıt dışı ödemeler.

Doğrudan ödemeler, herhangi bir sigorta kapsamı dışında kalan tüm hizmetler için yapılan ödeme türüdür. Genellikle kapsam dışında kalan ilaçlar, laboratuvar hizmetleri, dış hekimleri, özel hekim muayeneleri ve özel hastaneler gibi hizmet sunuculara yapılan ödemelerdir.

Kullanıcı katkıları; sigortanın kapsam dışında kalan hizmetlerin kullanımı esnasında yapılan ödemelerdir. Kullanıcı katkı oranları arttıkça sağlık finansman kaynaklarının yükü gelir düzeyi düşük olan bireyler ile sağlık durumu daha kötü olan kişilere kayma olasılığını artırmakta ve toplumsal dayanışma azalmaktadır.

2000 yılında yayınlanan DSÖ raporunda, ücretsiz hizmet sunumunun doğrudan aşırı ve gereksiz kullanıma yol açmakla birlikte ücret alınmayan hizmetler gerçekte tamamen ücretsiz değildir. Son yıllarda cepten yapılan ödeme miktarları birçok ülkede artmaktadır. Almanya’da 2003 yılında kabul edilen yasa gereği ek kullanıcı katkıları nedeni ile, 2004 yılının ilk üç ayında doktor başvuru sıklığı yüzde 4,6 azalmıştır.

Kayıt dışı (enformel) ödemeler, sigorta kapsamı içinde yer alan fakat, bireyin hizmetten yararlanabilmesi için yapılan ve resmi olmayan ödemelerdir. Bu tür ödemelere kamu sistemindeki finansal kaynak yetersizliği, özel hizmet alma isteği, hizmet sunucuları etkileme ve kültürel etkenler neden olabilmektedir. Bu durum diğer cepten ödemelerde olduğu gibi hakkaniyet ilkesini zedelemektedir.

2.2.4. Diğer finansman yöntemleri

Sağlık harcamalarının finansman kaynakları arasında, yabancı firmalar, kurumlar, uluslararası sağlık örgütleri ya da yabancı ülkeleri görmek mümkündür. Özellikle AB, NAFTA, G-8 ülkeleri gibi kuruluşlar, üye ülkelerde sağlık hizmetlerinin gelişmesine yönelik proje kredileri vermektedirler. Dünya Bankası, Avrupa Yatırım Bankası, kalkınmakta olan ülkelerde eğitim, sağlık gibi kamu hizmetlerinin daha etkin sunulması için kredi tahsis etmekte, hibe yoluyla sağlık harcamalarına katkıda bulunmaktadır. Yabancı ülkelerdeki ve ülke içindeki vatandaşlar ile firmalar, dini örgütler, sağlık araç-gerecini ya da sağlık hizmetleri finansmanında, diğer finansman yöntemleri, diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ağırlıklı bir yere sahip olmadığı gibi düzenli bir finansman kaynağıda değildir(36).

2.3. Türkiye’de ve Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının İncelenmesi

2.3.1. Sağlık harcamaları kavramı ve kapsamı

Genellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan harcamalar sağlık harcamalarının kapsamına girmektedir. Bu alanda yapılan harcamaların artması bireylerin ve toplumların yaşam kalitelerinin yanı sıra süresini de olumlu yönde etkilemektedir. Günümüzde devletler sağlık harcamalarına daha fazla önem vermektedirler.

Sağlık harcamalarının düzeyi ekonomik kalkınmanın sağlanması temel etken olmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri bu etkinin yönünü de belirlemektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlığa ayrılan pay, gelişmekte olan ülkelere oranla daha fazla olmaktadır. Aynı zamanda sosyal devlet anlayışına sahip ülkeler, hem sağlık hem de eğitim gibi temel kamu hizmetlerine daha fazla kaynak ayırmaktadır.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye olan pozitif katkısı Bloom ve Canning’e göre (37);

- Sağlıklı bireylerin daha verimli olduğu,
- Sağlıklı bireyler beşeri sermayeyi pozitif etkilemekte,
- Ortalama beklenen yaşam süresinin uzun olması, fiziksel yatırımların ortalaması, bunun ile birlikte ortalama yaşam süresinin fazla olmasını desteklemekte ve bu durumda uzun dönemde ekonomik büyümeyi artırmaktadır.

Sağlık harcamalarının yüksek olması her zaman toplumların sağlık çıktılarının olumlu olması ile doğru orantılı olmamaktadır. Örneğin DSÖ’ nün 2000 yılındaki raporunda büyük oranda özel sağlık sigortası temelli finansman modeli üzerine kurulan ABD sağlık sisteminin dünyada en yüksek düzeyde kişi

başına sağlık harcaması oranına sahip iken, Amerikan toplumunun sağlık çıktılarının daha az oranda harcama yapan ülkelere oranla çok daha olumsuz olduğunu yayımladı. Diğer yandan, vergi temelli finansman modeline dayalı ulusal sağlık sisteminin tüm vatandaşlarına eşit erişim olanağını sunan İngiltere, bu sistemde harcamaların kontrol altında tutmasının yanı sıra sağlık çıktılarının da Amerikan sistemine oranla çok daha olumlu olduğu sonucuna varılmıştır (38).

2.3.2. Türkiye’de ve seçilmiş OECD ülkelerinde sağlık harcamaları

Türkiye’de uygulanmakta olan sağlık sistemi yapı bakımından karma özellik göstermektedir. Sağlık hizmetleri kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra özel kurum ve kuruluşlardan da temin edilebilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri gerek hizmet arzı gerekse hizmet talebi açısından farklılık göstermektedir.

Sağlık hizmet sunumları hem kamu hem de özel sektörde faaliyet gösteren değişik kurum ve kuruluşlar tarafından yapılmakla birlikte, hizmetleri talep edenler sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar tarafından yapılmaktadır.

Türkiye’de merkezi idarenin genel bütçe gelirleri ile sağladığı sağlık hizmet finansmanını; vergi gelirleri, zorunlu sigorta primleri ve bireyler tarafından talep edilen hizmet karşılığında yapılan cepten ödemeler oluşturmaktadır(39).

Tablo 1’de Türkiye ve seçilmiş bazı OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYH (Gayri Safi Yurtiçi Hasıla) içindeki payı gösterilmektedir. Tablo 1’den de anlaşılacağı üzere Türkiye sağlık harcamaları konusunda diğer ülkelerin gerisinde kalmıştır. 2008 yılında ortaya çıkan küresel kriz döneminde sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı 5,3 iken , 2019 yılında bu oran 5,5’e yükselmiş, 2010 yılından itibaren ise bu oran giderek azalmıştır. Diğer bir ifade ile sağlık harcamaları, küresel kriz döneminde olumsuz

etkilenmiştir. Özellikle Fransa ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları yüksek oranda gerçekleşmiştir.



Tablo 1. Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı

Ülkeler	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Avusturya	7,9	8,1	8,0	8,0	8,0	8,3	8,6	8,4	8,5	8,6	8,7	9,0	9,3	9,3	9,1
Fransa	10,0	10,1	10,2	10,3	10,3	10,5	11,2	11,2	11,2	11,3	11,4	11,5	11,5	11,5	11,40
Almanya	10,3	10,1	10,2	10,1	9,9	10,2	11,1	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1	11,3
Macaristan	8,1	7,8	7,9	7,8	7,2	7,1	7,2	7,5	7,5	7,4	7,2	7,1	7,1	7,4	7,2
Letonya	5,5	6,2	5,9	5,7	5,5	5,6	6,2	6,1	5,6	5,4	5,4	5,5	5,7	6,2	6,3
Litvanya	6,2	5,5	5,6	5,8	5,8	6,2	7,4	6,8	6,5	6,3	6,1	6,2	6,5	6,7	6,3
Polonya	6,0	5,9	5,8	5,8	5,9	6,4	6,6	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,3	6,5	6,7
İsveç	8,5	8,3	8,3	8,2	8,0	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11,0	10,9	10,9
İngiltere	6,9	7,1	7,2	7,3	7,4	7,7	8,5	8,5	8,4	8,3	9,8	9,7	9,8	9,8	9,6
Türkiye	5,1	5,0	4,9	5,2	5,3	5,3	5,5	5,1	4,7	4,5	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2

Kaynak : OECD Health Data 2017, <https://www.oecd-ilibrary.org/statistics>, Erişim Tarihi : 24 Şubat 2019

2.4. Katastrofik Sağlık Harcamaları

2.4.1. Katastrofik sağlık harcamaları tanımı ve anlamı

Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için dünya genelinde her yıl milyonlarca insan ödeme kapasitelerinin yetersiz olması sebebiyle finansal açıdan problem yaşamaktadır. Bu durum eş zamanlı olarak, kişilerin çalışmalarına engel olacak kadar hasta olmaları durumunda yaşanacak gelir kayıpları söz konusu olduğunda finansal açıdan katastrofi yaşayabilmelerine neden olmaktadır. Bahsi geçen etken sadece düşük gelir gruplarında değil, yüksek gelir gruplarında da aynı durumun yaşanması söz konusu olabilmektedir (40).

Gelir düzeyinin düşük olduğu ülkelerde sağlık finansmanı hala cepten yapılan ödemelerin baskın olduğu, vergi ve sağlık sigortası gibi ön ödeme mekanizmalarının nispi eksikliğini ifade etmektedir. Genel sağlık sigortası kapsamında olmayan hanehalkları, hastalanmaları durumunda büyük tıbbi bakım harcamalarına maruz kalma riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca, bir hanehalkının hastalanması durumunda, tıbbi yardımın cepten yapılan harcamalarla alınması hanehalkının maddi yaşam standartlarını bozabilmektedir. Sağlık harcamaları hanehalkının kullanabileceği kaynaklara göre büyükse, yaşam standartlarında olan bu bozulma yıkım (katastrofik) sayılabilmektedir. Sağlık alanında adalet anlayışından bir tanesi, hanelerin bu kadar yıkıcı tıbbi harcamalara karşı korunması gerektiğidir(41).

Katastrofik sağlık harcaması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek olmasının yanı sıra standartlara bakıldığında düşük miktarda yapılan bir sağlık harcaması yoksul hanehalklarının gıda, konut veya eğitim gibi temel harcamalarından vazgeçmelerine sebebiyet vermesi de finansal katastrofiye neden olabilmektedir. Ayrıca, cepten yapılan bu ödemeler katastrofik harcamaların yanı sıra sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Pek çok kişi, konsültasyonlar, ilaçlar ve laboratuvar testleri gibi doğrudan maliyetleri veya ulaşım ve özel gıdalar gibi dolaylı maliyetleri karşılamayacaklarından hizmetten

yararlanmaktan vazgeçebilmektedirler.

Hastalık şoklarına cevaben tıbbi bakım satın alındığında ideal olarak boylamsal verilerin yaşam standartlarının ne kadar ciddi şekilde etkilediğinin tahmin edilmesinde kullanılacaktır. Bu durum, bir sağlık şokundan sonra tıbbi olmayan mal ve hizmetlere yapılan harcamaların nasıl değiştiğini tanımlayabilecektir(42).

Ancak çoğu zaman yalnızca enine kesit verileri bulunabilmektedir. Sağlık harcamalarının maddi yaşam standartları üzerindeki katastrofik etkisine bazı yaklaşımlar yapılmaktadır. Popüler bir yaklaşım, belirli bir dönemde, genellikle bir yıl hane halkı gelirin veya toplam harcama miktarının bir kısmını aşan tıbbi harcamalar “katastrofik” olarak tanımlamaktadır(43).

Buradaki ana fikir, hanehalkı bütçesinin büyük bir bölümünü diğer mal ve hizmetlerin tüketiminin pahasına sağlık hizmetlerine harcama yapması gerektiği düşüncesidir. Bu fırsat maliyeti, kısa vadede sağlık hizmetinin cari tüketimi azaltarak finanse edilmesi durumunda, uzun vadede ise tasarruflar, varlıkların satışı veya krediyle finanse edilmesi durumunda ortaya çıkabilmektedir.

Kesit verileriyle, ikisini birbirinden ayırt etmek zordur. Bunun yanı sıra, yaklaşımın başka kısıtlamaları da var. Birincisi, yalnızca katastrofik tıbbi harcamalara maruz kalan hanehalklarını tanımlar ve böylece tedaviden vazgeçenler ile bu harcamaları karşılayamayanları görmezden gelmektedir. Daha sonra sağlığın bozulmasından dolayı, bu tür hanehalkları muhtemelen katastrofik ödemeleri yapanlardan daha büyük bir refah kaybına uğramaktadırlar. İkincisi, tıbbi harcamalara ek olarak, hastalık şokları da kazanç kaybı nedeniyle katastrofik ekonomik sonuçlara yol açmaktadır(44).

Yaklaşımın altında yatan iki temel değişken, toplam hanehalklarının cepten yapılan (OOP) sağlık bakımı ödemeleri ve hanehalkı kaynaklarının bir ölçümüdür. İkinci yaklaşım için gelir, gider veya tüketim kullanılabilir.

Bunlardan sadece gelir, tıbbi harcamalara doğrudan cevap vermemektedir. Bu durum bir avantaj olarak kabul edilebilmektedir. Bununla birlikte, sağlık ödemelerinde gelir oranının, sağlık hizmetlerini finanse etme yöntemlerine cevap vermiyor olması bir dezavantaj olarak değerlendirilebilmektedir.

Toplam hanehalkı harcaması payda olarak kullanılıyorsa, katastrofik ödemeler sağlık ödemeleri bütçe payına göre belirlenir. Bu yöntemin en önemli sorunu bütçe payının gelir düzeyi düşük olan ülkelerde, yoksul haneler için düşük olacaktır. Bütçe kısıtlamasının şiddeti aracılığıyla çoğu kaynağın, sağlık hizmetleri için çok az harcama bırakarak, gıda gibi devam ettirilmesi için gerekli olan maddeler tarafından yok edilmesi anlamına gelmektedir. Katastrofik ödemelerini karşılayamayan hanehalkları görmezden gelinmektedir.

İkincisi “zorunlu harcama” (Wagstaff ve van Doorslaer 2003) veya “ödeme kapasitesi” olarak adlandırılmıştır (Xu ve ark. 2003). Buradaki zorluk, isteğe bağlı olmayan harcama tanımında yatmaktadır. Yaygın bir yaklaşım, hanehalkı harcamalarında, yaşam standartlarının bir göstergesi olarak net gıda harcamalarını kullanılmasıdır. Tüm gıda alımları isteğe bağlı değildir. Ancak gıda dışı harcamalar, zengin ile yoksul arasındaki farkı toplam harcamalardan daha iyi ayırt edebilmektedir.

Katastrofik harcamalar yükselen gelir ile otomatik olarak ortadan kalkmaz. Ulusal sağlık finansmanı sistemleri, yalnızca insanların ihtiyaç duyduklarında hizmetlere erişmelerine izin vermek için değil, aynı zamanda cepten yapılan harcamaları azaltarak hanehalklarını mali felaketten korumak içinde tasarlanmalıdır. Uzun vadede amaç, sosyal sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin vergiye dayalı finansmanı veya bazı ön ödeme mekanizmaları karışımı gibi ön ödeme mekanizmalarının geliştirilmesi olmalıdır. Böyle bir sisteme geçişte, ülkenin ekonomik kalkınma aşamasına ve sosyo-politik açıdan bağlı olacak şekilde esnek kısa vadeli müdahalelere ihtiyacı olacaktır(45).

Tüm ülkeler için gelişimin her aşamasında katastrofik harcamalar meydana gelebilmektedir. Örneğin, OECD'nin birçok ülkesinde sağlık sistemleri ve finansal risk havuzu mekanizmaları geçen on yıl içerisinde gelişmiştir. Ancak, oldukça gelişmiş finansal risk koruma mekanizmalarına rağmen, bu ülkelerdeki bazı hanehalkaları hala katastrofik ödemelere maruz kalmaktadır. Birçok orta gelirli ülkede, sağlık hizmetlerinin kullanımı hızla artarken, risk koruma mekanizmalarının gelişimi geride kalmıştır.

Genel olarak, sağlık hizmetleri için daha az cepten ödeme gerektiren sağlık sistemleri, yoksulları katastrofik harcamalara karşı daha iyi korumaktadır. Ülkeler hastalıklar için ön ödeme yapmaları durumunda hastalık ile karşılaştıklarında cepten yapacakları ödeme oranı düşük olacaktır. Bu şekilde, insanlar sağlık hizmetlerini öngörülebilir bir şekilde finanse etmeye katkıda bulunurlar ve beklenmedik bir şekilde hastalandıklarında hizmetlerin bedelini ödemek için aniden para bulmalarına gerek kalmamaktadır.

Ön ödeme mekanizmaları katastrofik harcama olasılığını azaltırken, otomatik olarak ortadan kaldırmamaktadır. Ön ödeme planlarının sadece bazı sağlık ihtiyaçlarını karşıladığında (örneğin, sigortalar için teminat paketinin çok büyük olmaması veya vergilerin yalnızca sınırlı sayıda hizmeti desteklemesi), yalnızca yüksek gelirli grupları kapsaması durumunda geçerlidir, ya da hanehalkları resmi veya gayri resmi ödemeler yoluyla kendilerine ait bakım veya ilaç masraflarının bir kısmını karşılamaları gerekir.

Sağlık harcamalarının yıkıcı olup olmadığını tespit etmek için kullanılan eşik değerler ile ilgili olarak tek bir noktada uzlaşma sağlanamamıştır. Yapılan bazı araştırmalarda cepten sağlık harcamalarının toplam gelir içindeki payına bakarken, bazıları ise cepten sağlık harcamalarının toplam harcama içindeki payını dikkate almaktadır(46).

Wagstaff ve von Doorslaer'un (2003) yapmış oldukları 1993-98 yılları arasında Vietnam'da sağlık hizmetleri için katastrofik ve yoksullaştırıcı

ödemeleri adlı çalışmalarında sağlık harcamalarının ihtiyari olmayan harcamalar (nondiscretionary expenditure) içindeki payını eşik değer olarak belirlerken, Xu vd. aynı yıl yapmış oldukları çalışmalarında hane halklarının ödeme kapasitesini (capacity to pay) baz almışlardır (47).

2.4.2. Katastrofik sağlık harcamalarının hesaplanma yöntemleri eşik değer yaklaşımları

Sağlıkta katastrofik harcamaları ölçmek için tam anlamı ile doğru veya yanlış bir yaklaşım yoktur. Farklı çalışmalar farklı yaklaşımlar benimsemektedir. Yapılan çalışmalarda kullanılan eşik değerler %10,%15, %25 ve %40 olarak baz alınarak kullanılan yöntemler arasında farklılıklar söz konusudur.

Literatürde yer alan bazı çalışmalar hanehalkı gelirlerinin %5'ini eşik değer alırken (Berki,1986), bazıları %20 (Wyszewianski, 1986) değerini referans olarak almışlardır. Genel olarak sağlık harcamalarının toplam hanehalkı harcamaları içindeki payının %10'u katastrofik sağlık harcaması olarak değerlendirilmektedir.

Bazı çalışmalar, bir hanenin sağlık hizmeti için cepten yapılan sağlık harcamalarını belirli bir gelir veya tüketim yüzdesini (örneğin, %10 veya %25) aştığında katastrofik olarak tanımlamaktadır. Bu “bütçe paylaşımı” olarak adlandırılan yaklaşım Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) 3.8.2. kapsamında kabul edilmiştir (48).

SKH göstergesi 3.8.2., katastrofik sağlık harcamalarının görülme sıklığını “sağlık için büyük hane harcaması olan nüfusun, toplam hanehalkı harcama payına veya gelirine oranı” olarak tanımlamaktadır. Büyük hane harcamasını tanımlamak için iki eşik değer %10 ve %25 kullanılmaktadır(49).

Nüfus, ortalama hanehalkının toplam hane halkı harcaması ya da gelir payı olarak büyük oranda harcaması olan kişi sayısıdır.

$$\sum_i w_i 1 \left(\frac{\text{hanehalkı sağlık harcamaları}}{\text{toplam sağlık harcama ya da gelir}} > \tau \right)$$

Bir hanehalkını $i,1()$ gösterge işlevidir, w_i , kişi başına temsili numaralar elde etmek için hane halkının hane büyüklüğü ile çarpılan örnek ağırlıklarına karşılık gelir, τ , sağlık için orantısız harcamaları tanımlayan bir eşiktir (örneğin, % 10). Eğer örneklem kendi ağırlığında ise, hanehalkı büyüklüğü hesaplamada ağırlık olarak kullanılır. Gösterge 3.8.2, sağlık harcama oranına dayanmaktadır. Pay oluşturmak için (sağlık için hane halkı harcaması), uluslararası Sağlık Hesapları Sınıflamasına (ICHA-HF) göre sınıflandırma sonrası sağlık dışı ödeme planlarının (HF.3) ardından cepten ödemelerin tanımına uyulmalıdır. Payın bileşenleri (hane halkının sağlık harcaması), 2018 Birleşmiş Milletler (BM) Bireysel Tüketim sınıflandırmasının Amacına (COICOP) göre sınıflandırılması 06 bölümünde önerilen yapıya uymalıdır. Gösterge 3.8.2 (hanehalkı toplam harcama veya gelir) paydası (COICOP) tarafından önerilen tüm mal ve hizmetlerde tüketimi yakalamalıdır.

Dünya Bankası (DB) tarafından benimsenmiş olan yaklaşıma göre, sağlık harcamaları, gıda harcamaları dışındaki toplam harcama içindeki payını %10 veya %40 eşik değeri geçtiğinde katastrofik sağlık harcaması olarak nitelendirilmektedir. Diğer bir yaklaşım ise DSÖ'nün benimsediği yaklaşımdır. Bu yaklaşıma göre hanehalklarının öncelikli olarak ödeme kapasitesi belirlenmektedir. Belirlenen ödeme kapasitesi %40 eşiği geçen hanehalkları tarafından yapılan sağlık harcamaları katastrofik olarak tespit edilmektedir. İki yaklaşımı özetleyebilmek adına öncelikle DSÖ Geneva 2004 Ke Xu tarafından hazırlanan katastrofik harcama ve sağlık harcamalarının dağılımı raporunda geliştirdiği metodolojisine göre değişken tanımları ve yapıları aktarılmaktadır (50).

Cepten sağlık harcaması (oop) : Herhangi bir geri ödeme mekanizması tarafından hanehalkları için hizmet sunucuları ödeme yapılmayan sağlık harcamalarıdır.

Hanehalkı tüketim harcaması (exp) : Hanehalkları tarafından hizmet ve mal alımı için yapılan tüm harcamalardır.

Gıda harcaması (food) : Hanehalkları tarafından tüketilen tüm gıda harcamalarını içermektedir. Bu harcamalar hesaplanırken alkollü içecekler ve tütün ürünlerine yapılan harcamalar kapsam içine alınmamaktadır.

Yoksulluk sınırı (pl) ve hanehalkı asgari geçim harcaması (se) : Yoksulluk sınırı, asgari geçim düzeyini temsil etmektedir. Hanehalkı asgari geçim harcaması, bir toplumdaki temel yaşamı sürdürmek için asgari gerekliliktir. Yoksulluk sınırı elde etmenin birçok farklı bir metodu vardır. Bu metoda göre hanehalklarının, toplam harcama içerisindeki gıda harcamalarının göre yüzdelik dilimlere ayrılmaktadır. Bu ayırdım sonrasında 45. ve 55. dilimler arasında yer alan hanelerin toplam harcamalarının içindeki gıda harcamaları oranının ortalaması yoksulluk sınırı olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda bu oranın eşdeğer hane ölçüğü için farklı hane büyüklükleri için de ağırlıklandırılması gerekmektedir. Her bir hanehalkının asgari geçim harcama düzeyini tespit etmek için gıda harcamalarının eşdeğer birey ölçüğü ile tekrar hesaplanması gerekmektedir. Bir hane için hesaplanan asgari geçim düzeyinin yapılan tüketim harcamasından yüksek olması durumunda yoksul, düşük olması durumunda ise yoksul olmadığı kanısına varılmaktadır.

Asgari geçim harcamaları aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır:

1. Hanehalklarının toplam harcama içindeki gıda harcamaları ayrılarak, her hanehalkı için gıda harcama payı ($foodexp_h$) oluşturulmalıdır:

$$\text{foodexp}_h = \frac{\text{food}_h}{\text{exp}_h}$$

2. Her hanehalkı için eşdeğer hanehalkını aşağıdaki gibi oluşturulmalıdır:

$$\text{eqsize}_h = \text{hysize}_h^{0.56}$$

3. Her hane için eşdeğer gıda harcamaları, hanehalkı gıda harcamalarının eşdeğer hane büyüklüğüne bölünmelidir:

$$\text{eq food}_h = \frac{\text{food}_h}{\text{eqsize}_h}$$

4. Tüm örneklem boyunca %45 ile %55 arasında olan toplam hanehalkı harcamalarının gıda harcaması payları belirlenerek, bu iki değişkeni gıda45 ve gıda55 olarak adlandırılmalıdır. Eğer anket bir hane ağırlıklandırma değişkeni içeriyorsa, yüzdelik hesaplama ağırlığını dikkate almalıdır.

5. Ağırlıklı ortalama için gıda harcamasının yüzde 45 ile 55'i arasındaki yüzdesini hesaplanmalıdır. Bu, aynı zamanda yoksulluk sınırı (pl) olan kişi başına yapılan harcamayı verir:

$$\text{pl} = \frac{\sum w_h \cdot \text{eqfood}_h}{\sum w_h}$$

6. Son olarak, her hane için asgari geçim harcaması (se) şu şekilde hesaplanmaktadır:

$$\text{se}_h = \text{pl} * \text{eqfood}_h$$

Bir hanehalkı, toplam hane harcamaları geçim harcamalarından daha küçük olduğunda, yoksul olarak kabul edilmektedir.

$$pl_h = 1 \text{ eğer } exp_h < se_h$$

$$pl_h = 0 \text{ eğer } exp_h \geq se_h$$

Hanehalkı ödeme kapasitesi (ctp) : Hanehalkının asgari geçim harcamaları dışında kalan kısmını baz almaktadır. Hanehalkları tarafından yapılan toplam harcamalardan asgari geçim harcamalarının çıkarılması ile hanehalklarının ödeme kapasiteleri belirlenmektedir:

$$ctp_h = exp_h \cdot se_h$$

Cepten sağlık harcamalarının hanehalklarının ödeme kapasitesine oranı (oopctp): Sağlık ödemelerinin mali yükü, bir hanenin ödeme kapasitesinin bir yüzdesi olarak yapılan cepten ödemelerdir.

$$oopctp_h = \frac{oop_h}{ctp_h}$$

Katastrofik sağlık harcaması (cata) : Katastrofik sağlık harcaması, bir hanenin toplam cepten yaptığı sağlık harcamalarının; hanehalkının ödeme yapma ya da asgari geçim harcamaları kapasitesinin% 40'ına eşit olduğu veya onu aşması durumunda meydana gelmektedir. Ülkelerin özel durumuna göre% 40'lık eşik değişebilir.

$$cata_h = 1 \text{ eğer } oop_h / ctp_h \geq 0,4$$

$$cata_h = 0 \text{ eğer } oop_h / ctp_h < 0,4$$

Yoksullaştırma (impoor) : Katastrofik sağlık harcaması yaptığı tespit edilen ailelerin yoksulluğa düşüp düşmediklerini tespit etmek için kullanılmaktadır. Yoksul olmayan bir hane sağlık hizmetleri için ödeme yaptıktan sonra yoksul hale geldiğinde sağlık ödemeleri tarafından yoksullaştırılmaktadır.

$\text{impoor}_h = 1$ eğer $\text{exp}_h \geq \text{se}_h$ ve $\text{exp}_h \cdot \text{oop}_h < \text{se}_h$

$\text{impoor}_h = 0$ eğer $\text{exp}_h < \text{se}_h$ ve $\text{exp}_h \cdot \text{oop}_h < \text{se}_h$

Doorlaer'in (2003) çalışması aynı zamanda Dünya Bankası'nın yaklaşımına da kaynaklık etmektedir. Çalışma kapsamında kafa sayısı endeksi ve katastrofik aşım endeksinin elde edilmektedir (51). Wagstaff ve van Doorlaer'in çalışması kapsamında katastrofik sağlık harcaması için kullanılan eşik değer Z_{CAT} olarak belirlenmiştir. Bu değer katastrofik ödeme yapan kafa sayısını ifade etmektedir. Dikey ekseninde oopexp 'nin gösterildiği grafik orjine göre dışbükey olup, tüm gözlem için hanehalklarının toplam harcama içindeki sağlık harcamalarının oranı yatay ekseninde oopexp ($=\text{oop}/\text{exp}$)'e göre büyükten küçüğe sıralanan %1'lik grupların yığılımlı olarak toplamını göstermektedir. Bu eğrinin Z_{CAT} ile kesiştiği noktadaki yığılımlı hanehalkı oranı, katastrofik sağlık harcaması yapan hanehalklarının kafa sayısını (H_{CAT}) oranını vermektedir:

$E = 1$ eğer $\text{oopexp} \geq Z_{\text{CAT}} (0, 1)$ ise

$E = 0$ eğer $\text{oopexp} < Z_{\text{CAT}} (0, 1)$ ise ve,

$$H_{\text{CAT}} = \frac{1}{N} \sum_i^N E_i = \mu_E$$

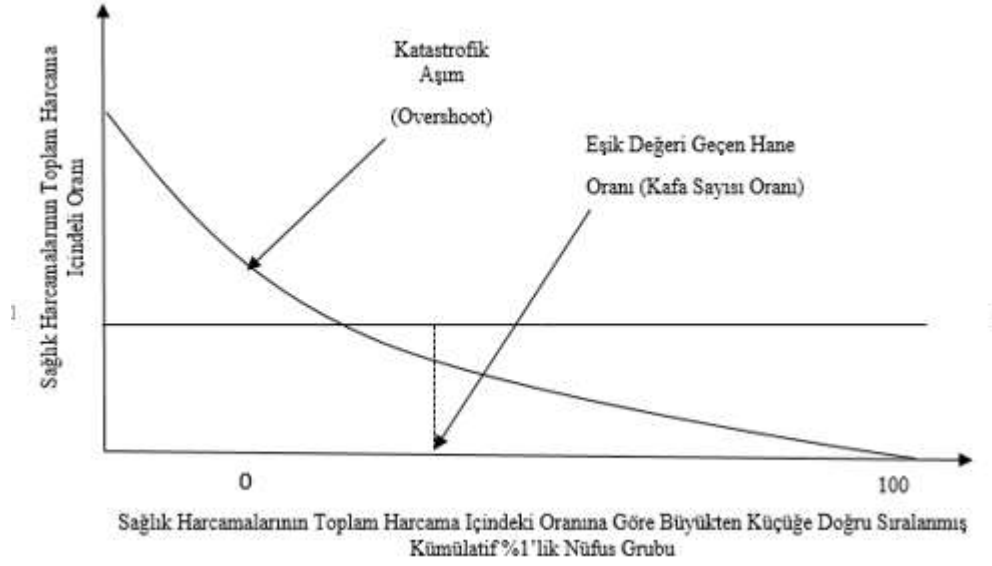
Bu yöntemde katastrofik sağlık harcamasının tespiti için kafa sayısının oranı hesaplanmaktadır. Ayrıca bu harcamanın derinliğini tespit edebilmek için katastrofik aşım değeri ile katastrofik harcama yapan hanelerin belirlenen eşik değerden ne kadar uzakta olduklarının ortalama değeri bulunabilmektedir.

Katastrofik ödeme aşımı için O_i değeri verilirse,

$$O_i = E_i (\text{oopexp} - Z_{\text{CAT}}) \text{ ve}$$

Tüm hanelerin gözlemi için katastrofik aşım değeri aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır;

$$O_{\text{CAT}} = \frac{1}{N} \sum_i^N O_i = \mu_O \text{ olarak hesaplanmaktadır.}$$



Şekil 5 : Katastrofik Aşım ve Katastrofik Kafa Sayısı Oranları

Kaynak : O' Donnell, Van Doorslear. Analysing Health Equity Using Household Survey Data A Guide to Techniques and Their Implementation. The World Bank, Washington D. C. 2008. 165.

Katastrofik aşım oranı, sağlık harcaması oranı eğrisi ile eşik değer doğruları arasında kalan alan ile ölçülmektedir.

Yoğunlaşma endeksini hesap edebilmek için E_i nin ağırlıklandırılması gerekmektedir. Bu ağırlıklandırma, oopexp'ye göre sıralandığında hanehalkının alacağı sıra numarası ile yapılmaktadır. Her bir hane için ağırlıklandırma katsayısına w_i , hanenin sıralamadaki yerine r_i ve hane sayısı N olursa, her bir hanenin ağırlık katsayısı aşağıdaki gibi elde edilmektedir.

$$w_i = 2 * \frac{N+1+r_i}{N}$$

Eğer E_i 'yi w_i ile ağırlıklandırırız, ağırlıklandırılmış kafa sayısı oranı (W_{CAT}^E):

$$W_{CAT}^E = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N w_i E_i$$

Bu formülden yoğunlaşma endeksi;

$$W_{CAT}^E = \mu (1 - C_E) \text{ ile elde edilmektedir.}$$

DSÖ ve DB tarafından geliştirilen bu yöntemler ışığında farklı hesaplama metodolojileri de geliştirilmiştir. Bu alanda Cylus vd. tarafından yapılan “Avrupa’da Katastrofik Sağlık Harcamaları: Farklı Hesaplama Yöntemlerinin Eşitlik ve Politika Etkileri” adlı çalışmalarında rutin olarak kullanılan hesaplama yöntemlerinin yanı sıra farklı hesaplama metodolojileri kullanılmıştır.

Katastrofik sağlık harcamalarını ölçmek için yaygın kullanılan yöntemler öncelikle bir hanehalkının sağlık hizmeti için ödeme yapma yeteneğini nasıl tanımladıklarına göre ayrılmaktadır. Bütçe payı yönteminde, payda toplam hanehalkı harcamalarıdır ki hanehalklarının tüm kaynaklarının sağlık harcamaları için uygun olduğunu varsaymaktadır. Diğer üç yöntem ise hanehalklarının sağlık harcamalarından önce temel ihtiyaçların karşılanması gerekliliğini kabul etmektedir. Bu “ödeme kapasitesi” olarak adlandırılan yöntemler, sağlık hizmetleri için ödeme kapasitesini, toplam hanehalkı harcamasından temel ihtiyaçlara karşılık gelen tutarı çıkararak tespit etmektedir. Her yöntem bu tutarı farklı tanımlamaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Katastrofik Sağlık Harcamalarının Hesaplamasında Dört Yöntemin Karşılaştırılması

Metod	Pay	Paydanın Bazı	Payda	Hanehalkının sağlık hizmetlerinde ödeme kabiliyetini (veya kapasitesini) hesaplamak için kullanılan temel ihtiyaçlar	Genelde yıkıcı harcamaları belirtmek için kullanılan eşikler	Küresel veya bölgesel evrensel sağlık sigortası izlemesinde kullanım
Bütçe paylaşımı	Cepten ödemeler	Varsa, hanehalkı toplam harcaması, aksi takdirde gelir	Varsa, hanehalkı toplam harcama, aksi takdirde toplam gelir	Yok	%10 ve %25	SKH;Dünya Bankası
Gerçek gıda harcaması	Cepten ödemeler	Hane halkı toplam harcaması	Hanehalkı toplam harcamaları eksi asıl gıda harcaması	Hane halkı asıl yemek harcaması	%25 ve %40	PAHO; Dünya Bankası
Kısmi normatif gıda harcaması	Cepten ödemeler	Hane halkı toplam harcaması	Hanehalkı harcamaları eksi geçim masraflarını temsil eden standart bir miktardır. Geçimlik seviyenin altında kalan haneler hariç; Bu durumda hanehalkı toplam harcamalarını eksi asıl gıda harcaması kullanılmaktadır.	Toplam harcamanın gıda payı% 45 ile 55 arasında olan haneler arasında (eşdeğeri) 3 kişi başına ortalama gıda harcaması	40%	Dünya Sağlık Örgütü
Gıda, barınma ve kamu hizmetleri için normal harcama	Cepten ödemeler	Ev halkı toplam harcaması	Hanehalkı toplamı harcama eksi gıda, rant ve kamu hizmetleri (su, elektrik, gaz ve diğer yakıtlar) için harcanan harcamaları temsil eden standart bir miktar; Tüm hanehalklarına uygulanır, böylece bazı yoksul hanelerin ödeme kapasitelerinin olumsuz olması gerekebilmektedir.	Yemek, kira ve kişi başına harcama (bu maddeler için harcayan hane halkı için) kişi başına toplam harcamanın 25. ve 35. yüzdeleri arasında (eşdeğer kişi (bu yüzde oranı için ortalama kullanılarak))	40%	Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölge Ofisi

Kaynak : BuilWorld Health Organ Catastrophic Health Spending in Europe: Equity and Policy Implications of Different Calculation Methods, (DSÖ). 2018. 599-609.

2.5. Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerinde Yapılan Katastrofik Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Cylus vd. tarafından yapılan “Avrupa’da Katastrofik Sağlık Harcamaları: Farklı Hesaplama Yöntemlerinin Eşitlik Ve Politika Etkisi” adlı çalışmalarında üç farklı hesaplama yöntemi bütçe paylaşımı ile karşılaştırmıştır. Bu çalışma sonucunda bütçe paylaşımı yönteminin yoksul insanlar için maddi sıkıntıyı hafife alma ihtimalinin en yüksek olduğunu ve zengin insanlar için ödeme güçlüğüne abartıldığını tespit etmiştir. Bu durum, politika yapıcıların katastrofik sağlık harcaması kalıpları hakkında yanıltıcı bilgiler almasına neden olabileceği gibi yanlış politika geliştirilmesine de sebebiyet verebilmektedir. Ödeme kapasitesi yaklaşımı bütçe payı yönteminin sınırlamalarına doğrudan bir cevap niteliği taşımaktadır(52).

Bütçe payı yöntemi, bütün hanehalklarının vergi gelirlerinde aynı payı ödemesini gerektiren düz gelir vergisine benzetilmektedir. Bu durum, bazı insanlar için adil olarak görünse bile, yoksul insanların kaynaklarının zengin insanlara kıyasla temel ihtiyaçlarını karşılamak için kullandıklarını kabul etmemektedir. Bu nedenle yoksul insanlar, sağlık üzerinde aynı bütçe payını harcayan zengin hanelerden daha büyük finansal baskılara maruz kalmaktadırlar. Servetten bağımsız olarak, aynı eşğin tüm hanehalkları için uygulanması, yoksul haneler için ödeme kabiliyetini abartmakta ve bu da özellikle %25 eşğinde mali zorluğun azalmasına neden olmaktadır. Bu durum ayrıca zengin haneler arasında ödeme kabiliyetini düşük göstererek, finansal katastrofinin özellikle en alt %10 eşğinde daha fazla tahmin edilmesine neden olmaktadır.

Literatürde yer alan diğer çalışmalar, sağlık harcamalarını toplam gelir veya tüketim yerine ihtiyaçlar için bir kesinti ile ilişkilendirmektedir. Bu bağlamda kullanılan ilk yöntem gerçek gıda harcaması, her bir hanenin gıda için fiili harcamalarını bütçelerinden düşerek, ödenmesi gereken kapasitenin belirlenmesidir. Örneğin, bir hane sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapmaya ihtiyaç duyduğu için gıdaya daha az harcıyorsa, daha yüksek ödeme kapasitesine sahip gözükebilir, gıda için daha yüksek harcama yapan

karşılaştırılabilir bir haneye göre katastrofik harcama yapan hane sayılma olasılığı daha düşük olabilmektedir.

Fiili gıda harcaması yöntemi kullanılarak, hanehalkları arasındaki etkili eşikte toplam hanehalkı harcamasının eşdeğer kişi başına karşılanabilir oranı önemli farklar oluşturmaktadır.

Kısmi normatif gıda harcaması yöntemi, fiili gıda harcama yönteminin sınırlamalarını, her hanenin bütçesinden standart yapılan gıda harcamasının, hanehalkı bütçesinden düşürerek ele almaktadır. Bu standart tutar, toplam hanehalkı harcamasının gıda payının toplam örneklemin %45 ile %55'i arasında olduğu ve daha sonra hanehalkı başına düşen ortalama gıda harcamasına dayanmaktadır. Bu, temel ihtiyaçları temsil eden standart bir harcama seviyesine ulaşılması amaçlanmaktadır. Haneler arasındaki harcama dayanağından, hane halkının toplam gıda harcamasına göre sıralanmaktadır. Bu durum hem zengin hem de yoksul hane halkının rastgele gıda harcamasının bir karmasını yakalamaktadır. Hane halkının standart miktardan daha az harcadığı durumlarda, yöntem hanenin ödeme kapasitesinin negatif kalmadığından emin olmak için gıdaya yapılan gerçek harcamaları çıkarmaktadır. Metod bu nedenle sadece kısmen normatif olarak değerlendirilmektedir.

Gıda, barınma ve kamu hizmetleri için normal harcama yönteminde ilk olarak, konut (kira) ve kamu hizmetleri (elektrik, su, gaz ve diğer yakıtlar) gıdaya ek olarak temel ihtiyaçlar olarak değerlendirilmektedir. Daha sonra; gıda, kira ve kamu hizmetleri için geçim harcamasını temsil eden standart miktarı belirlemek için kullanılan yöntem, hane halkları arasındaki bu kalemler için toplam örneklemin 25. ve 35. yüzdeleri arasında eşdeğer kişi başına toplam hane halkı harcamasına göre ortalama harcamayı hesaplamaktadır.

Çalışma kapsamına dahil edilen 10 ülkenin ekonomik çeşitliliği, gelişmişlik düzeyi ve sağlık sistemi yapısı Tablo 3'de gösterilmektedir.

Tablo 3. OECD ülkelerinin katastrofik sağlık harcaması çalışmasında seçilmiş özellikleri

Ülkeler	Araştırma Yılı	Nüfus (Milyon)	Gayri safi yurtiçi hasıla (2016) kişi başına SGP	Sabit genel hükümet harcamaları (2016) kişi	SGP'ne göre kişi başı cari sağlık harcaması	Cari sağlık harcamaları için zorunlu finansman düzenleme oranı (%)	Kamu tarafından finanse edilen sağlık bakımı için satınalma rejim türü
Avusturya	2015	8.6	50.219	25.838	5.194	74	Bölgesel rekabet etmeyen sağlık sigortası fonları
Fransa	2011	65.0	37.667	22.897	4.217	76	Rekabet etmeyen sağlık sigortası fonları
Almanya	2013	80.6	45.301	21.157	4.945	84	Rekabet eden sağlık sigortası fonları
Macaristan	2015	9.9	26.114	13.034	1.860	67	Tek sağlık sigortası fonu
Letonya	2013	2.0	22.551	8.718	1.218	60	Tek sağlık sigortası fonu
Litvanya	2012	3.0	24.528	9.200	1.542	67	Tek sağlık sigortası fonu
Polonya	2014	38.0	25.598	10.808	1.599	71	Bölgesel rekabet etmeyen sağlık sigortası fonları
İsveç	2012	9.5	44.897	23.448	4.911	84	Bölgesel rekabet etmeyen satınalma ajansı
İngiltere	2014	64.4	40.873	17.995	3.974	80	Bölgesel rekabet etmeyen satınalma ajansı
Türkiye	2014	77.0	24.030	7.924	1.045	78	Tek sağlık sigortası fonu

Kaynak : DSÖ Global Health Expenditure Database. Erişim Tarihi: 25 Şubat 2019

Almanya 80.6 milyon ile en yüksek nüfus oranına sahip iken, 2.0 milyon ile Letonya en düşük nüfusa sahiptir.

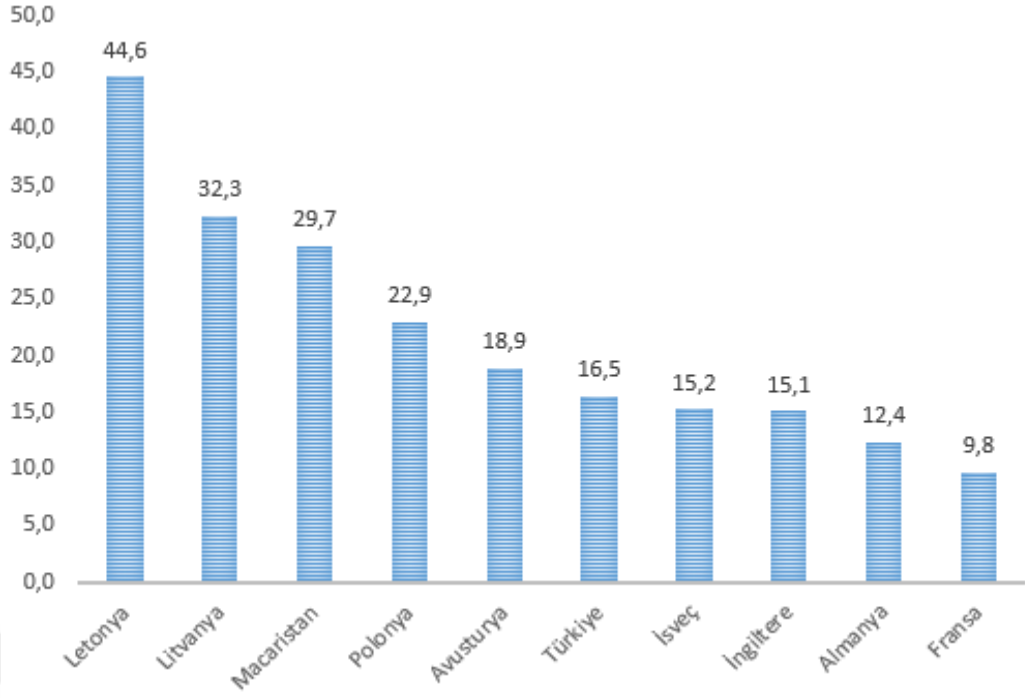
2016 yılı baz alındığında satınalma paritesine göre kişi başına düşen GSYİH 50.129 usd ile Avusturya en yüksek orana sahip iken, 22.551 usd ile Letonya en düşük paya sahiptir.

2016 yılı baz alındığında satınalma gücü paritesine göre sabit genel hükümet harcamaları Avusturya'da 25.838 usd iken, Türkiye'de 7.924 usd ile en düşük değeri almaktadır.

Araştırma kapsamında alınan en son yıl anket verileri, satınalma gücü paritesine göre kişi başı cari sağlık harcaması 5.194 usd ile Avusturya en yüksek harcamaya sahipken, 1.218 usd ile Letonya en düşük harcamaya sahiptir.

İsviçre cari sağlık harcamaları için zorunlu finansmanı %84 oranı ile en yüksek kapsam oranına sahip iken, Letonya %60 oranı ile en düşük kapsam oranına sahiptir.

Toplam düzeyde, cepten ödenen toplam sağlık harcamalarının payı, bir ülkenin mali koruma kapsamının üç farklı boyutunu yansıtmaktadır. Bunlar sırasıyla, kapsam içine alınan nüfusun payı, kamu yararı sepetine dahil edilen hizmetlerin kapsamı ve her bir hizmet için üçüncü tarafların toplu ödeme planları tarafından kapsanan maliyet oranıdır. Bu nedenle, cepten yapılan ödeme payı, nüfusun önemli gruplarının kapsama alanı dışında tutulduğu, kamu yararı paketine dahil olmayan önemli sağlık hizmetleri veya bazı hizmetler için sınırlı olan kamu mükelleflerinin maliyet paylaşımının olmadığı ülkelerde daha yüksektir (Şekil 6).

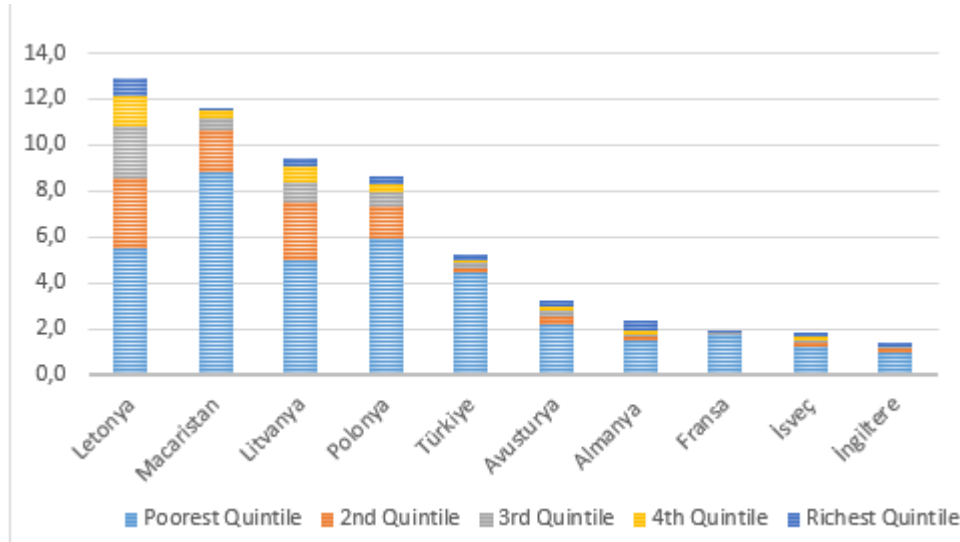


Şekil 6. Cepten ödemeler ile finanse edilen toplam sağlık harcamalarının payı 2016 (veya en son yıl)

Kaynak: OECD Health Statistics 2018. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> Erişim Tarihi: 25.03.2019

Ülke bazında yapılan toplam sağlık harcamalarının cepten ödemeler ile finansmanın da Fransa %10 civarında en düşük orana sahip iken, Letonya %45 oranında en yüksek paya sahiptir. Türkiye ise %15,2 ile ortalamanın altında bir değer almıştır.

Hanehalkları için cepten yapılan ödemelerle ilgili finansal sıkıntıları ölçmek için kullanılan en yaygın gösterge sağlık üzerindeki felaket harcamalarının görülme sıklığıdır(53). Katastrofik sağlık harcamalarının görülme sıklığı; Letonya, Litvanya, Macaristan, Polonya ve Türkiye’de yoksul kesim için ortalama %5,9 iken, zengin hanehalklarında bu oran ortalama %0,3’e kadar düşmektedir. Avusturya, Almanya, Fransa, İsveç ve İngiltere’de yoksul kesimde katastrofik sağlık harcamalarının görülme sıklığı ortalama %1,5 iken, zengin hanehalklarında bu oran %0,2 düzeyindedir(Şekil 7).



Şekil 7. Beşte birlik dilimlere göre katastrofik sağlık harcamalarının hanehalkı paylaşımı (en son yıl mevcut anket verilerine göre)

Kaynak: WHO Regional Office for Europe 2018. <http://dx.doi.org/10.1787/888933836295>
Erişim Tarihi:25.03.2019

Letonya'da yoksul hanehalklarında katastrofik sağlık harcamalarının görülme sıklığı %5,5 iken, zengin hanehalklarında bu oran %0,7'dir.

Türkiye'deki mevcut duruma bakıldığında yoksul hanehalklarının %4,4 oranında, zengin hanehalklarının ise %0,2 oranında katastrofik sağlık harcamalarına maruz kaldığı görülmektedir.

İngiltere'de yoksul hanehalklarının katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalma sıklığı %1 iken, zengin hanehalklarında bu oran %0,2'dir.

Tüm ülkelerde gelişimin her aşamasında katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalınabilmektedir. OECD üyesi çoğu ülkenin sağlık sistemleri ve finansal risk havuzu mekanizmaları on yıl üzerinde geliştirilmiş olmasına karşın, bu ülkelerin bazılarında özellikle yoksul hanehalkları katastrofik sağlık ödemelerine maruz kalmaktadır. Sağlık alanında kamu harcamalarının yüksek olduğu ülkelerde cepten yapılan ödeme oranları düşük kalırken, tam tersi durumda bu oran yükselmektedir. Bu nedenle ülkelerin bu alanda uyguladıkları politika seçimleri oldukça önemlidir.

Sürdürülebilir bir sağlık sisteminin temini için her ekonomide temel teşkil eden iki kavram hakkaniyet ve eşitliktir. Artan dünya nüfusu ve maliyetlerdeki yükseliş ile yoksul haneler zenginlere göre kötü sağlık sonuçlarına sahip olması bu kavramların ülkelerin güncel sorunları arasında yer almasına neden olmaktadır. Yoksul kesimlerin diğerlerine oranla daha yüksek mortalite ve morbiditeye sahip olmaları, sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymalarına rağmen bu hizmetten daha az yararlanmaktadırlar (54).

Zengin haneler ile yoksul hanelerin gelirleri karşılaştırıldığında sağlık harcamalarına ayrılan payın yüksek olması iki hane arasında sağlık hizmet finansmanı bakımından farklılıklar ortaya koymaktadır. Bu farklılıklar uzun vadede sağlık sisteminin kalitesi ve sürdürülebilirliğini tehlikeye düşürmekte, cepten sağlık harcamalarında ise artış gözlenmektedir.

Sağlık hizmeti alanlar hizmet sırasında doğrudan yaptıkları ödemelere işaret eden cepten harcamalar, vergiler, sigorta ödemeleri ile karşılaştırıldığında oldukça adaletsiz bir harcama türü olarak değerlendirilmektedir. Toplam sağlık harcamaları içinde cepten sağlık harcamalarının payının artması, toplumların sağlık statüsünde düşüşe ve sağlık sistemlerinin kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir.

3. TARTIŞMA VE SONUÇ

DSÖ tarafından yayınlanan 2016 yılı istatistiklerinde, dünyada her 100 kişiden yaklaşık 2'si katastrofik sağlık harcaması yapmakta ve her 100 kişiden biri ise cepten harcamalar nedeniyle yoksulluk sınırının altında yaşamak zorunda kalmaktadır (55).

SKH gündeminin merkezinde “hiç kimseyi geride bırakma” taahhüdü yer almaktadır. Cylus vd. tarafından yapılan çalışma sonucunda “SKH kapsamında katastrofik sağlık harcamaların ölçmenin, yoksul insanların maddi sıkıntılarını hafife almakta, zengin insanların ödeme güçlüğüne abarttığı tespit edilmiştir. Bu durum politikacıların, katastrofik sağlık harcaması kalıpları hakkında yanıtıcı bilgiler almasına, uygun politika çözümlerinin geliştirilmesi açısından yanıtıcı etkiler doğurabileceği tespit edilmiştir.” Fakat diğer yöntemler, sağlık harcamaları için ileriye dönük bir yol sunmaktadır. Ödeme kapasitesi yaklaşımı, bütçe payı yönteminin sınırlamalarını doğrudan ortandan kaldırmaya yöneliktir. Her yöntem, bir önceki yöntemin sınırlamaları ele alırken, normatif gıda, kira ve kamu hizmetleri yöntemi diğer yöntemlere oranlara hanehalkları tarafından yapılan katastrofik harcamalarının görülme sıklığına ilişkin daha doğru tespitlerde bulunmaktadır.

Doğrudan cepten yapılan ödemeler (resmi ve gayri resmi) insanları sağlık hizmeti için ödeme kabiliyetleri bakımından olduğundan büyük maddi sıkıntı yaşayabilmelerine neden olabilmektedir. Cepten yapılan küçük ödemeler bile yoksul haneler ve kronik hastalıklara yönelik ilaçlar gibi uzun süreli tedaviler için ödeme yapmak zorunda kalanlar için maddi sıkıntıya neden olabilmektedir.

Türkiye’de Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’nde yer alan kronik hastalıklar listesinde yer almayan, başka bir tanının tespit edilmesi durumunda kullanıcıların katılım payı ödemek zorunda kalması katastrofik sağlık harcamalarına yol açabilmektedir. Sağlık sistemlerinin yeterli mali koruma sağlayamaması durumunda, insanlar sağlık bakımı için ödeme yapacak veya

diğer temel ihtiyaçları karşılayacak kadar paraya sahip olmayabilirler. Bu durumda sosyal sigorta teminat paketlerindeki mevcut listenin kapsamının genişletilmesi gerekmektedir.

Bazı ülkelerde kullanıcı ücretleri politikasındaki değişikliklerin etkisinin açık bir kanıtı vardır. Örneğin, Letonya'da zaman içinde yıkıcı harcamalara bakıldığında, 2009 yılında çok yoksullar için yapılan tüm ödemelerden muafiyetlerin getirilmesi, muafiyetlerin 2010 yılında diğer yoksul kişileri kapsamaması ve en yoksul haneler dışındaki herkes için 2012 yılında muafiyetlerin kaldırılması, yoksullar arasında finansal korumada bir iyileşme ve bozulma ile aynı zamana denk gelmiştir (56).

SKH gündeminin merkezinde “hiç kimseyi geride bırakma” taahhüdü; GSS kapsamına geçiş aşamasında farklı yaklaşımlar benimsenmesine gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sosyal sağlık sigortasının halihazırda kayıtlı sektördeki çalışanları kapsadığı ülkelerde, kapsama alanı bağımlıları ve kendi hesabına çalışanlar kapsam içerisine alınacak şekilde genişletilebilir. Özellikle orta ve yüksek gelirli gruplar arasında, sınırlı kamu kaynaklarının büyük ölçüde yoksul nüfusa tahsis edilebilmesi için isteğe bağlı sigorta kapsamının genişletilmesi gerekebilir. Genel devlet harcamalarından sağlık alanına daha fazla pay ayrılması yoksul hane halkları üzerindeki finansal katastrofik etkiyi azaltabilir.

Özellikle Fransız hükümeti tarafından benimsenen Refah Yönelimli/Sigorta tipi nüfusun büyük ölçüde kapsam içerisine almasından dolayı 2000 yılında DSÖ tarafından diğer sağlık sistemlerine örnek olacak birinci sistem olarak seçilmiştir. Hastalık sigortasının yanı sıra, halkın büyük bir kısmını kapsayan ve işverenler tarafından sağlanan isteğe bağlı olarak ödenmektedir. Kapsam dışında kalan hane halklarının hastalık masrafları Fransız hükümeti tarafından karşılanmaktadır.

Yoksul haneler için hazırlanan teminat paketlerindeki en yaygın görülen eksikliklerin başında sadece sınırlı hizmetlerin yer alması ve ortak ödemelerin

yüksek olmasıdır. Teminat paketlerinin hazırlanmasında özellikle yaşlılar, engelliler, kronik hastalar ve özel hastalıklara sahip olanlar göz önünde bulundurularak gerekli tedbirler alınarak politikaların geliştirilmesi gerekmektedir.



4. KAYNAKÇA

1. O'Donnell, O., Doorslaer, E., Wagstaff, A., Lindelow, M. Analysing Health Equity Using Household Survey Data A Guide to Techniques and Their Implementation. The World Bank, Washington D. C. 2008. 165.
2. Asante, A. D., Price, J., Hayen, A., Irava, W., Martins, J., Guinness, L., Ataguba, J. E., Limwattananon, S., Mills, A., Jan, S., Wiseman, V. Assessment of Equity in Healthcare Financing in Fiji and Timor-Leste: A Study Protocol. *BMJ Open* 2014. 1-9.
3. WHO (World Health Organization). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance, World Health Organization, Geneva .2000. 49.
4. Ke X., David B. Evans, Guido Carrin, Ana Mylena Aguilar-Rivera, Philip Musgrove, and Timothy Evans. Protecting Households From Catastrophic Health Spending. 2007. 972.
5. Mills, A. Health Care Systems in Low-and Middle-Income Countries. *The New England Journal of Medicine*, 2014. 370(6). 552-557.
6. Akdur, R. Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. Ankara. A.Ü. Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. 2003. 12.
7. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara. 2000.
8. Black, N., Gruen, R. Understanding Health Services. Berkshire. Open University Press. 2005. 22.
9. Greenwald, H.P. Healthcare in United States: Organization, Management and Policy. San Francisco. Jossey Bass. 2010.8.
10. Kavuncubaşı, Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara. Siyasal Kitabevi. 2010. 35.
11. Bulutoğlu, K. Kamu Ekonomisine Giriş. İstanbul. Filiz Kitabevi. 1981. 297.
12. Fişek, N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara. Çağ Matbaası, 1983: 5.
13. Schulz, R. Johnson, A.C. Management of Hospitals. New York. McGraw Hill Book Company. 1976. 10.
14. Hayran, O., Sur, H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim Mevzuat. İstanbul. Yüce Yayın. 1998. 15-32.
15. Tengilimoğlu, D., Çalık, C. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve Çözüm Önerileri, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 2000. 3-12.
16. Baric, L. The Meaning of Words: Health Promotion. *Journal of Health Education*. 1985:23(1). 367-372.
17. Akdoğan, A. Kamu Maliyesi. Gazi Üniversitesi Yayın No:67. Ankara. 1985. 43.
18. Orhaner, E. Kamu Maliyesi. 2. Baskı. Ankara. Siyasal Kitabevi. 2007: 9.
19. Çelik, Y. Sağlık Ekonomisi. 3. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014: 172.

20. Kavuncubaşı, Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara. Siyasal Kitabevi. 2010. 33-35.
21. Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras, J Kutzin (eds). Funding health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press. 2002: 21. 1-30.
22. Orhaner, E., Türkiye’de Sağlık Sigortası, 2. Baskı. Ankara, Siyasal Kitabevi, 2014: 95.
23. Tatar, F. Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları. Toplum ve Hekim. Mart-Nisan. II (72). 43.
24. Orhaner, E., Kamu Maliyesi. 3. Baskı. Ankara, Siyasal Kitabevi. 2007. 132.,
25. WHO (World Health Organization). The World Health Report 2010 - Health Systems Financing for Universal Coverage, World Health Organization, Switzerland, Geneva 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1 Erişim Tarihi : 25.02.2019
26. Akyürek, Ç.E. Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2012:137-139.
27. Bodenheimer, T. & Grumbach, K. Financing universal health insurance: taxes, premiums, and the lessons of social insurance. Journal of health politics, policy and law, 1992. 17 (3). 438-462.
28. Saltman, R.B., Dubois H.F.W.. The historical and social base of social health insurance systems. 2004: 27.
29. Normand ve Busse, R.B., Busse R. ve Figueras J. Social Health Systems in Western Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, (Berkshire: Open University Press): 2002; 21-33.
30. Çelik, Y. Sağlık Ekonomisi. Siyasal Kitabevi. Ankara. 2016:179.
31. Sekhri, N. ve Savedoff, W. Regulating Private Health Insurance to Servet he Public Interest: Policy Issues for Developing Countries. International Journal of Health Planning and Management. 2006:(21) 357-392.
32. Mossialos E, Dixon A. Funding health care: an introduction. ‘In: Mossialos E, Dixon A, Figueras |, Kutzin J, eds. Funding Health Care: Options for Europe. 1sted. Philadelphia: Open University Press; 2002; 1-31.
33. Thorpe KE, Florence CS, Howard DH, Joski R The rising prevalence of treated disease: effects on private health insurance spending. Health Affairs 2005; 24(4J):317-25.
34. Çelikay, F., Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği EOÜ Sosyaş Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2009 (Danışmanı: Doç.Dr. Erdal Gümüş).
35. Sekhri, N, Savedoff, W. Regulating Private Health Insurance To Serve The Public Interest: Policy Issues For Developing Countries. International Journal Of Health Planning and Management. 2006; 21:357.
36. Orhaner, E., Türkiye’de Sağlık Sigortası. Siyasal Kitabevi. 3. Baskı. Ankara.2014. 100.
37. Bloom, D. E, Canning D. The Health and Wealth of Nations, Science. 2000:287.
38. Moran, M. Governing The Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom.

- the United States and Germany. Manchester and New York, Manchester University Press. 1999.
39. Mutlu, A., Işık, A. Sağlık Ekonomisi ve Politikaları. Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi. İstanbul. 2002:14.
 40. Xu, K., & Evans, D. B., Carrin, G. Protecting Households From Catastrophic Health Spending. Health Affairs 2007; 26(4), 972-983.
 41. DSÖ, Catastrophic Payments for Health Care. Chapter 18. 203.
 42. Gertler, P., and J. Gruber. Insuring Consumption against Illness. American Economic Review. 2002; 92(1): 51-70.
 43. Berki, S. E. A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor. Health Affairs 1986; 138-45.
 44. <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/459843-1195594469249/HealthEquityCh18.pdf> Erişim Tarihi : 04.03.2019
 45. WHO, K. Xu, D., Evans, G., Carrin and A.M. Aguilar-rivera, “Technical Briefs for Policy-Markers” Desining Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. 2005.2.
 46. Berki, S. E. A Look at Catastrophic Medikal Expenses and the Poor. Health Affairs, 2986; 5(4), 138-145.
 47. Donnall O’, Doorslaer O. van,, Wagstaff E, Lindelow A. M. Analyzing Health Equity Using Household survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington D.C. World Bank Institute Learning Resources Series.2007
 48. <https://www.who.int/health-financing/topics/financial-protection/monitoring-sdg/en/> Erisim Tarihi: _17.03.2019
 49. The World Bank, “Tracking Universal Health Coverage: Global Monitoring Report” 2017. 25.
 50. Xu K., Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditures Methodology by Ke Xu” (WHO Geneva 2004) 2005. 3-5.
 51. Donnall O’, Doorslaer O. van,, Wagstaff E, Lindelow A. M. Analysing Health Equity Using Household Survey Data A Guide to Techniques and Their Implementation, The World Bank, Washington D. C. 2008.
 52. Cylus, J., Thomson S., Evetovits T., Catastrophic Health Spending in Europe: Equity and Policy Implications of Different Calculation Methods, (WHO). 2018: 599-606.
 53. . Donnall O’, Doorslaer O. van,, Wagstaff E, Lindelow A. M. Analysing Health Equity Using Household Survey Data A Guide to Techniques and Their Implementation, The World Bank, Washington D. C. 2008.
 54. Xu, K., Klavus J., Aguilar-Rivera, A. M., Carrin, G., Zeramardini, R., Murray, C. J. L. Summary Measures of the Distribution of Household Financial Contributions to Health, Health Systems Performance Assessment. D.B.2003.

55. WHO Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. WHO Regional Office for Europe. 2018.

56. Thomson, S., T. Evetovits and J. Cylus, Financial protection in high- income countries. A comparison of the Czech Republic, Estonia and Latvia, WHO Regional Office for Europe. 2018: 599-606.



5. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Suna	Soyadı	BİLGİN
Doğum Yeri	Zonguldak	Doğum Tarihi	15.03.1989
Uyruğu	T.C.	Telefon	0543 922 13 31
E-mail	sunabilgin@windowslive.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	2019
Lisans	Lefke Avrupa Üniversitesi	2015
Lise	Şile 50. Yıl Ç.P.L. (Y.D.A)	2007

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. İştirakler Mali İşler Uzmanı	Acıbadem Labmed Sağlık Hiz. A.Ş.	06-2019 /
2. İştirakler Mali İşler Uzman Yardımcısı	Acıbadem Labmed Sağlık Hiz. A.Ş.	08-2018 / 06.2019
3. İşletme Uzman Yardımcısı	Acıbadem Labmed Sağlık Hiz. A.Ş.	05-2016 / 08-2018

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Yabancı Dil Sınav Notu *								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE	DiĞER

* Başarılımış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

* KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Office	İyi
Oracle	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınlan/Bildirileri/Sertifika/Ödülleri/Diğer

Sertifika Adı	Kurum	Yıl
İleri Excel Tüm Versiyonları	Udemy	2018
Finans ve Muhasebe	İstanbul İşletme Enstitüsü	2018
İş Analizi ve Görev Tanımı	İstanbul İşletme Enstitüsü	2016
Bordro ve Bordro Uygulamaları	İstanbul İşletme Enstitüsü	2016
İnsan Kaynakları Yönetimi	İstanbul İşletme Enstitüsü	2016
Liderlik Becerileri ve Motivasyon Teknikleri	Educon	2014
İlk Yardım	KKTC Sivil Savunma Teşkilat Başkanlığı	2011