

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM
ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AZERBAIJAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI
UYGULAMASI: KANADA VE JAPONYA GENEL
SİGORTASI SİSTEMLERİ İLE
KARŞILAŞTIRMA

Nazrin HUSEYNOVA

2501181620

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. Zahide AYYILDIZ ONARAN

İSTANBUL - 2022

ÖZ

KANADA VE JAPONYA’DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İNCELENMESİ VE AZERBAJCAN İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ

NAZRİN HUSEYNOVA

İnsanlar ekonomik, kültürel ve sosyal haklardan önce yaşama ve sağlık hakkına sahiptir. Sağlık hakkı olmadan diğer haklara sahip olmak insanoğlu için önemini tamamen kaybetmektedir. Sağlık hakkı tanım olarak; bireylerin toplumdan ve devletten, gerektiği durumlarda tedavi ve hastalığın çıkış nedeninin ortadan kaldırılmasını talep edebilmesidir. Sağlık sigortaları da bu aşamada devreye girmektedir.

Tüm dünya ülkelerinde sağlığın finansmanında benzer sorunlar yaşanmaktadır. Çalışma kaynak taraması metodu ile yapılmış olup Azerbaycan, Kanada ve Japonya sağlık sistemleri ile sınırlandırılmıştır. Bu çalışmada Azerbaycan; 2021 yılına kadar yasal sağlık sigortası sistemi olmayan bir ülke olarak dünyanın en iyi sosyal sağlık sigortası uygulamasına sahip olan Kanada ve Japonya sağlık sistemiyle karşılaştırma yaparak bu sorunlara karşı aldığı önlemler araştırılmış olup Azerbaycan için bir model önerisinde bulunulmuştur. İncelemek için Kanada ve Japonya’nın seçilmesi bu ülkelerin sağlık sigortası sistemlere bakıldığı zaman Azerbaycan’da uygulanabilirliği yüksek bir model önerilmesi mümkün olduğu içindir.

Anahtar Kelimeler: Genel sağlık sigortası, sigorta, sağlık sigortası, sosyal sağlık.

ABSTRACT

REVIEW OF HEALTH INSURANCE SYSTEM IN CANADA AND JAPAN AND A MODEL PROPOSAL FOR AZERBAIJAN

NAZRIN HUSEYNOVA

People have the right to life and health before economic, cultural and social rights. Without the right to health, having other rights completely loses its importance for human beings. By definition, the right to health; It is the ability of individuals to demand treatment and elimination of the cause of the disease from the society and the state when necessary. Health insurance also comes into play at this stage.

There are similar problems in the financing of health in all countries of the world. The study was conducted with the literature review method and was limited to the health systems of Azerbaijan, Canada and Japan. In this study, Azerbaijan; By comparing the health systems of Canada and Japan, which have the best social health insurance practices in the world, as a country that does not have a legal health insurance system until 2021, the measures taken against these problems have been researched and a model proposal has been made for Azerbaijan. Choosing Canada and Japan for the study is because it is possible to propose a model with high applicability in Azerbaijan when looking at the health insurance systems of these countries.

Key Words: General health insurance, insurance, health insurance, social health.

ÖNSÖZ

Gerek yüksek lisans eğitimimde değerli katkılarıyla birçok konuda bana yol gösteren, gerek tez döneminde bu çalışmanın ortaya çıkmasında bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendirerek yardımlarını esirgemeyen, her adımda beni yalnız bırakmayarak elinden gelenin fazlasını sunan, güler yüzünü ve samimiyetini benden eksik etmeyen çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Zahide Ayyıldın Onaran'a sonsuz teşekkürlerimi sunmayı kendime borç bilirim.

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, bana inanan başta annem olmak üzere, babama, kardeşime, çok değerli anneanneme teşekkür ederim.

Son olarak hayatımın her anında yanımda olan ve zor dönemlerde yanımda olduğunu hissettiğim, varlıklarıyla hayatıma renk katan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

NAZRİN HUSEYNOVA

İSTANBUL, 2022

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİGORTASI VE FİNANSMANI

1.1. Sağlık Sigortası.....	4
1.2. Sağlık Sigortası Türleri.....	5
1.2.1. Genel Sağlık Sigortası	6
1.2.2. Özel Sağlık Sigortası	7
1.2.3. Genel Sağlık Sigortası İle Özel Sağlık Sigortası Arasındaki Farklar	8
1.3. Sağlık Sigortasının Önemi	11
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Kavramı	13
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Modelleri	15
1.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri Belirlenmesi için Temel Kriterler	19
1.6.1. Uygulanabilirlik.....	20
1.6.2. Mali Kapasite	21

1.6.3. Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi	21
1.6.4. Verimlilik	21
1.6.5. Hakkaniyet	22
1.6.6. Talep/Kullanım ve Tüketici Davranışı.	22
1.6.7. Arz/Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışı.	22
1.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	23
1.7.1. Cepten Ödemeler	23
1.7.2. Özel Sağlık Sigortalar	24
1.7.3. Sosyal Sağlık Sigorta.....	26
1.7.4. Vergilerle Finansman.....	27
1.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Evrensel Kapsam Mekanizmaları	29
1.8.1. Sistem Hedeflerine Ulaşmak.....	29
1.8.2. Sağlık Sistemi İçin Fon Seferberliği.....	29
1.8.3. Riski Paylaşma Ve Yönetme.....	30
1.8.4. Tedarikçilerden Satın Alma Hizmetleri.....	31
1.8.5. Tasarım Konuları.....	31

İKİNCİ BÖLÜM

KANADA VE JAPONYA'DA SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İNCELENMESİ

2.1. Kanada	32
2.1.1. Kanada'nın Sağlık Sistemi.....	33
2.1.2. Kanada'nın Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı.....	38
2.1.3. Kanada'daki Hastaneler Ve Sağlık Çalışanları	43
2.1.4. Kanada'nın Sigorta Sistemi.....	44
2.1.5. Kanada'nın Sağlık Sisteminin Finansmanı	45

2.2. Japonya	48
2.2.1. Japonya'nın Sağlık Sistemi	50
2.2.2. Japonya'nın Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı.....	52
2.2.3. Japonya'daki Hastaneler Ve Sağlık Çalışanları	56
2.2.4. Japonya'nın Sigorta Sistemi.....	57
2.2.5. Japonya'nın Sağlık Sisteminin Finansmanı	60

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AZERBAYCAN'DAKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN İNCELENMESİ

3.1. Azerbaycan'nın Genel Ekonomik Durumu	63
3.2. Azerbaycan'nın Sağlık Sisteminin Genel Durumu	66
3.3. Azerbaycan Sağlık Sistemi	70
3.4. Azerbaycan'daki Sağlık Sistemi Organizasyonu ve Yapısı	73
3.4.1. Kamu Sektörü	75
3.4.2. Özel Sektör	77
3.5. Azerbaycan Sağlık Harcamaları	77
3.6. Azerbaycanda Sağlık Finansmanının Zorlukları	81
3.7. Azerbaycan, Kanada ve Japonya Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	81

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AZERBAYCAN'DA SOSYAL SAĞLIK SİGORTASI UYGULANMASI

4.1. Genel Sağlık Sigortasına Yönelik Öneriler	86
4.2. Hükümetin Yapması Gereken Reformlar	90

4.3. Sağlık Eğitiminde Değişiklikler	90
4.4. Özel Sağlık Kuruluşları	91
4.5. Kaynak Kullanımdaki Verimsizlik ve Adaletsizlik.....	91
SONUÇ.....	93
KAYNAKÇA.....	95
ÖZGEÇMİŞ.....	105



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Genel ve Özel Sigorta Arasında Farklar	10
Tablo 2. Sağlık sistemleri finansman modelleri	18
Tablo 3. Nüfusun Eğitim Düzeyi.....	64
Tablo 4. 2019 Yılı Devlet Bütçesi Sağlık, Sosyal Koruma Ve Sosyal Güvenlik Harcamaları	78
Tablo 5. Kanada' nın Genel Bilgileri ve Göstergeleri	33
Tablo 6. Kanada'da Sağlık Harcamalarındaki Eğilimler: 2000-2019	45
Tablo 7. Kanada' nın Genel Bilgileri ve Göstergeleri	49
Tablo 8. Japonya'da Sağlık Harcamalarındaki Eğilimler: 2000-2019.	61
Tablo 9. Azerbaycan Sağlık Sisteminin Kanada ve Japonya Sağlık Sistemi ile Karşılaştırılması.....	82

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni	20
Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Cepten Ödeme.....	24
Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı : Özel Sağlık Sigortaları	25
Şekil 4. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemlerinin Piramit Modeli	27
Şekil 5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Genel Vergi Gelirleri Finansmanı.....	28
Şekil 6. Sağlık finansmanı hedefleri ve nihai sağlık sistemi hedefleri	30
Şekil 7. Sağlık Finansmanında Kilit Tasarım Konuları	31
Şekil 8. Petrol ve Petrol Dışı Sektörün Büyüme Hızı.....	66
Şekil 9. Azerbaycan Hükümet Yapısı.....	73
Şekil 10. Kanada Sağlık Sistemi.....	38
Şekil 11. Japonya'nın Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	52

KISALTMALAR

AB : Avrupa Birliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

BM : Birleşmiş Milletler

CIHI : Kanada Sağlık Bilgileri Enstitüsü

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

FAO : Dünya Tarım Örgütü

GSYİH : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

NHI : Ulusal Sağlık Sigortası

OECD : Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

STK : Sivil Toplum Kuruluşları

TBB : Türk Tabibler Birliği

TUIK : Türkiye İstatistik Kurumu

UNDP : Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı

UNFPA : Birleşmiş Milletler Nüfus Faaliyetleri Fonu

UNICEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

GİRİŞ

Sağlıklı yaşam hakkı en temel ve vazgeçilmez insan haklarından biridir. Toplumun sosyo-ekonomik ilerlemesi sağlıklı bir kişiliğin oluşmasına bağlıdır. Bu nedenle ülkeler sundukları sağlık hizmetlerini çok iyi organize etmeli ve sağlam kaynaklarla finanse etmelidirler.

Dünyada sağlık sistemlerinin organizasyonunda sağlık sisteminin finansman yapısı baskın rol oynamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunulma şekli, ülkelerin ekonomik, politik ve sosyal yapısı ile gelir dağılımı gibi diğer konuların da sağlık sistemlerinin oluşumunda kuşkusuz etkisi vardır. Bu bağlamda sağlık sistemleri farklı şekillerde sınıflandırılabilir de literatürde belirtilen ve gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan üç ana sağlık sistemi ön plana çıkmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi bu sistemlerin dışında çeşitli sistemlerde uygulanabilmesine rağmen, sonuç itibarıyla sistemin finansmanı noktasında, ya kamu ağırlıklı bir model esas alınarak finansman vergilerle karşılanmakta, ya sigorta ağırlıklı bir sistem esas alınarak finansman alınan primlerle sağlanmakta ya da her iki sisteminde kullanıldığı karma bir sistem esas alınmaktadır.

Sağlık sigortası, hastalık riskine ve sonuçlarına karşı önlem alma ihtiyacı, ortaya çıkmasının ana nedeniydi. Burns ve arkadaşlarının (Burns, Batavia ve DeJong, 1991) belirttiği gibi, sağlık sigortası, bir grup ve birey tarafından sağlanan tıbbi hizmetlerin yüksek maliyetlerini karşılayamama riskini topluma veya diğerlerine yayan bir uygulamadır.

1991 yılında bağımsızlığını kazanan Azerbaycan Cumhuriyeti ekonomik ve sosyal açıdan gelişme hızına göre bölgenin en öncü ülkelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu, ülkenin hızlı ekonomik gelişmesinden kaynaklanmaktadır. Nüfusun yaşam standartlarını yükseltmek amacıyla farklı alanlarında birçok programlar hazırlanıp gerçekleştirilmektedir. Fakat, aynı şeyler ülkenin sağlık sistemi için söylenemez. 2021 yılından itibaren ülkede sosyal sağlık sigortası uygulanmaya başlamıştır.

Yapılan literatür araştırmasında Azerbaycanın sağlık sistemi ile ilgili az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bu çalışmalara aşağıda açıklanmıştır.

Erdal Sargutan 2006 yılında “Azerbaycan Sağlık Sistemi” isimli çalışmasında ülkenin sağlık sistemini incelemiştir. Bu çalışma Azerbaycan sağlık sistemi için en önemli çalışmalardan biridir. Çalışma, sağlık sistemini detaylı olarak ele almış, bu sistemi Avrupa ve Türkiye sağlık sistemi ile karşılaştırmıştır.

Erica Ricardson, Fuad Ibrahimov, Aybaniz Ibrahimova, Jenni Kehler tarafından 2010 yılında “Azerbaijan: Health system review” isimli çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada ülkenin sağlık sistemi detaylı olarak ele alınmış, karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların giderilmesi için önerilere yer verilmiştir. Çalışmada önemle vurgulanan “sosyal sağlık sigorta sistemi kısa bir sürede uygulamaya geçilmelidir” tezi, 2020 yılından uygulanmaya başlanılmıştır.

Ali Unal 2016 yılında “Sağlık Sisteminde Desantralizasyon: Türkiye Ve Azerbaycan Sağlık Sistemleri Üzerine Bir İnceleme” isimli çalışma yapmıştır. Çalışmanın amacı, desantralizasyonun sağlık sistemi üzerindeki etkisini, sistemin mali durumunu ve nüfusa olan faydalarını değerlendirmektir. Bu amaçla Türkiye ve Azerbaycan'daki sağlık kurumlarının teşkilat yapısı, mali tabloları ve sağlık göstergeleri incelenmiş ve karşılaştırmalar yapılmıştır. Çalışma sonucunda, yetkinin ve karar alma mekanizmasının merkezden uzaklaşması, yerel düzeyde özerkliğin artması ile sağlık politikalarında etkinliğin arttığı, daha iyi ulaşım ve kullanım sağlandığı, bölge ihtiyaçlarına daha uygun uygulamaların geliştirilebildiği tespit edilmiştir. Ayrıca desantralizasyonun yarattığı olumlu katkıların yanı sıra sistem üzerindeki kontrolün azalması ve bölgesel farklılıkların oluşması gibi olumsuz etkilere de neden olduğu tespit edilmiştir.

Yukarıdaki çalışmalara ilave olarak Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın (2016) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (2018) Azerbaycan sağlık sistemi ile ilgili yayımladığı raporlar mevcuttur. Her iki raporlarda ülkenin sağlık sistemi tüm yönlerden ele alınarak incelenmiştir.

Bu çalışmanın amacı; Azerbaycan için, bir sosyal sağlık sistemi modeli oluşturmaktır. Amaca yönelik olarak, dünyanın en iyi sağlık sistemleri arasında

gösterilen Kanada ve Japonya sağlık sistemi incelenmiştir. Demografik değişimler için Kanada'nın ve Japonya'nın uyguladığı önlemler ve özel sağlık sigortası ile sosyal sağlık sigortasından oluşan karma sistem yapısı üzerinde durularak Azerbaycan için uygun bir model oluşturulması amaçlanmaktadır. Çalışma için kaynaklar toplanarak araştırma yapılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde sosyal sigortaların da anlaşılabilmesi açısından; Sağlık Sigortası, önemi, ve sağlık sistemlerinin kavramsal çerçevesi ve tarihsel gelişimi ele alınmıştır. Bu bölümde dünyada sosyal sağlık sigortası vasıtasıyla evrensel kapsamı yönünde geçiş hızını etkileyen genel faktörler detaylı olarak incelenmiştir. Ayrıca bu bölümde sağlık hizmetlerinin finansmanı kavramı, modeli, yöntemleri ve sağlık hizmetlerinin finansman modeli belirlenmesi için temel kriterler bahsedilmiştir.

İkinci bölümde Azerbaycan'nın genel ekonomi durumu, Azerbaycan sağlık sistemi ve Azerbaycan sağlık sektöründe sağlık finansmanın zorlukları anlatılmıştır.

Üçüncü bölümde Kanada ve Japonya'nın sigorta sistemi incelenmiş ve Azerbaycan sağlık sistemi ile karşılaştırılmıştır.

Sonuncu bölümde ise yapılan karşılaştırma sonucunda Azerbaycan'de sağlık sistemi oluşturması için neler yapmalı açıklanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİGORTASI VE FİNANSMANI

1.1. SAĞLIK SİGORTASI

Sağlık, insanlar açısından hastaliksızlık hali olarak tanımlanırken, uzmanlar için sağlıklı bir kişi ve sağlıktaki en ufak bir sapma hastalık olarak kabul edilmektedir (Çoban, 2009: 211). Eskiden sağlığı etkileyen faktörler sosyal ve ruhsal faktörler olarak düşünülmüştür. Ama, pek çok faktör sağlığı etkilemektedir. Bu faktörler kültürel, biyolojik, sosyal, fiziksel ve ekonomik faktörler olarak sıralanmaktadır (Bolsoy & Sevil, 2006).

Sağlık kavramı, diğer kavramlar gibi, içerik ve kapsam olarak gelişen ve değişen, ekonomik, politik, sosyal ve kültürel alanlarda, kısacası insanlığın tarihsel mirası boyunca biriken bir kavramdır (Ünal, 2013: 160).

Sigorta kavramı, insanların belirli yaşam koşullarında karşılaşılabilecekleri kayıp ve zararlara yol açan olayların doğurduğu ekonomik sonuçlardan kendini korumak için önceden önlem alma ihtiyacından doğmuştur. Sosyal güvenlik aracı olarak sigorta, bireylerin belirli koşullar altında hasara ve gelir kaybına neden olan durumların ekonomik sonuçlarından korunmak için risklerini belirli bir prim karşılığında transfer ettikleri bir anlaşmalardır. Bu kavram belli bir grubun uğradığı belirli rastlantısal olayların, dar sınırlar içinde tahmin edilmesini sağlayan, varlıkları ya da kişisel grubu bir yönetim altında bir araya getirerek en aza indirmeyi hedefleyen ekonomik bir kurum altında faaliyet gösteren ve aynı zarara maruz kalabilecek iken, her nasılsa kalmamış, aynı durumdaki diğer insanlardan bu tür zarara uğrayabilecek bir kişiye tazminat ödenmesine izin veren bir sistemdir (Biçerli, 2007: 8).

Adından da anlaşılacağı gibi sağlık sigortası sağlık programları ile değil, hastalık olgusu ile ilişkilidir. Sağlık sigortası, hastalık denen bir durumun üstesinden gelmek ve sağlığa kavuşmak için gerekli olan mali yükü üstlenmeyi amaçlayan bir sigorta türüdür. Kısaca Sağlık sigortası: Sağlık sorunları ile ilgili muayene ve tedavi

masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür. Sigorta kapsamındaki tüm tıbbi masrafları karşılar. Amacı, gelecekteki sağlık sorunlarının mali yıkıma neden olmasını önlemektir. Sağlık sigortası, hastalığı sosyal bir sorun olarak ele alarak ve ortaya çıkan riskin mali yükünü bu sigorta yöntemiyle örgütlenen topluma dağıtarak etkin bir sosyal koruma önlemi sağlamaktadır.

Sosyal sağlık sigortasının tarihsel gelişimi incelendiğinde, sanayi devriminin bu süreçte bir dönüm noktası oluşturduğunu ve bu olaydan sonra modern sosyal güvenlik sistemlerinin ortaya çıktığı vurgulanmaktadır. Sanayi Devrimi nedeniyle köklü değişimler geçiren sosyal yaşam, sosyal güvenlik alanındaki en önemli değişimlerden birini yaşadı. Endüstriyel ilişkilerde yaşanan değişiklikler nedeniyle sosyal yapı ve iş bölümü de değişmiştir. Kısa sürede toplum iki sınıfa ayrıldı. Bu iki sınıf çok zengin kapitalistler ve yoksul işçilerdi, geliri olan tek iş gücü. İşçiler için kötü çalışma koşulları, uzun çalışma saatleri, çok sayıda endüstriyel kazalar, yetersiz ücretler, yoksulluk, hastalık, işsizlikten kaynaklanan huzursuzluk ve gelecekteki güvenlik çogu zaman isyanlara yol açtı. 19. yüzyılın sonunda Almanya'da Bismarck, sosyal güvenlik kavramını sosyal politikanın önemli bir aracı olarak uyguladı. Bir yandan işgücünün yeniden üretimine izin veren, çalışanların sisteme entegrasyonunu kolaylaştıran bir sosyal sigorta modeli yaratarak modern anlamda öncülük etmiş ve diğer Avrupa ülkeleri de aynı yolu izlemiştir. Özellikle 2. Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında sosyal güvenlik alanındaki çabalar artarak günümüze kadar gelmiştir (Güvercin, 2000).

1.2. SAĞLIK SİGORTASI TÜRLERİ

Sağlık sigortası uygulamaları çoğunlukla genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olmak üzere iki başlık altında incelenmekteydi. Fakat son dönemlerde “tamamlayıcı sağlık sigortası” kavramı ortaya çıkmıştır. Çalışmanın bu bölümünde her üç sağlık sigortası incelenecektir.

1.2.1. Genel Sağlık Sigortası

Bir toplumun sosyal politikasının bir parçası olan sosyal güvenlik sistemi, toplumda yaşayan insanların güvenliğini sağlamak için devlet veya özel teşebbüsler tarafından oluşturulan tüm kurum ve kuruluşlardır. Toplumdaki sosyal güvenlik sisteminin en önemli unsurlarından biri olan sağlık hizmetlerine kolay ve ekonomik erişim için kişilerin sağlık güvencelerine sahip olunması gerekmektedir. Bir toplumun genel sağlık endeksindeki artış, ancak insanların tıbbi hizmetlere kolay erişimleri varsa mümkündür (Öztürk v.d., 2011: 154).

İnsanların ekonomik gücü ve iradesi ne olursa olsun ortaya çıkacak hastalık riskine karşı zorunlu olarak yaptırılan sigorta türü, genel sağlık sigortası olarak tanımlanmaktadır (TTB, 2005). Topluluğun tüm üyeleri genel sağlık sigortasından yararlanır. Bu, sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesine dayanmaktadır. Genel sağlık sigortası, yüksek gelirli kişilerin düşük gelirli, sağlıklı bireylerin hastaları ve bekar kişilerin ailesi olanları finanse ettiği ve fon sağladığı bir risk paylaşım sistemidir.

Genel sağlık sigortası devlet tarafından sağlanıyorsa zorunlu (yasal) sağlık sigortası şeklinde de tanımlanmaktadır. Günümüzde genel sağlık sigortası tarihsel özünü korumakla birlikte, yapısal, teknik yönleri ve işleyişi açısından ülkelerin ekonomik, kurumsal, sosyal ve ideolojik yapılarının farklılıklara bağlı olarak farklılık göstermektedir. Sosyal sağlık sigortası sistemlerinin temel özelliklerinden bazıları şu şekilde sıralanmıştır (İstanbuluoğlu, 2010 :86-99):

- Üye olmak zorunludur.
- İlk uygulama işverenlerin ve çalışanların katkılarıyla başlamış, belirli bir süreden sonra devlet de finansmana katılmıştır.
- Oluşturulan primler genellikle işveren ve çalışan arasında bölünür.
- Genel vergiler, bu sağlık sigortası sisteminin finansmanında önemli bir rol oynamaktadır.
- Bazı ülkelerde sigorta şirketleri kar elde etme amacını gütmeseler de, bazı ülkelerde kar sözkonusudur.

Genel sağlık sigortası, toplumdaki tüm insanlar için sağlık hizmetlerini finanse etmek için tasarlanmış ve yararlanıcılardan prim tahsiline dayanan bir sosyal sigorta olarak tanımlanabilir. Genel sağlık sigortası, bir hastalık veya engellilik sigortası endüstrisi değil, sağlık hizmeti sunumu için bir sosyal politika seçimidir. Genel sağlık sigortası, bir hizmet sunum modeli değil, finansman modelidir. Genel Sağlık Sigortasına prim toplamak, Genel Sağlık Sigortasını bir sosyal sigorta sektörü haline getirmez; aslında alınan sağlık hizmetinin karşılanması için toplanan bir vergidir (Şakar, 2014: 207-208).

1.2.2 Özel Sağlık Siğortası

Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olup olmadığına bakılmaksızın, sigortalının bir kaza veya hastalık nedeniyle ihtiyaç duyabileceği teşhis, tedavi ve aynı zamanda ilaç maliyetlerini karşılayan bir sigorta türüdür. Kamu sağlık sigortası sistemini uygulayan ve gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir şekilde kullanılan bir sağlık finansman sistemidir.

Özel sağlık sigortasının amacı, sigortanın başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkabilecek riskleri karşılamaktır. Kişinin sigortanın başlangıç tarihinden önce meydana gelen bir sağlık sorunu varsa bu durum sigorta kapsamı dışında tutulur. Bir risk durumunda, sigorta yükümlülüğünün, sigortalının statüsünü sigortadan önceki yani, eski haline getirmek olduğu unutulmamalıdır. Bu sağlık sigortasının amacı zenginleştirme değildir.

Özel sağlık sigortalarının güvenlik sağladığı iki ana konu mevcuttur. Bunlar sağlık giderleri ve iş göremezlik gelirleridir (Oral, 2003: 17). Bununla birlikte, bazı durumlarda, bu tür bir sigortanın özel zorluklarından biri, sağlık riskinin ve riske neden olan durumun sigorta süresi içinde ortaya çıkıp çıkmadığını belirlemektir. Bireylerin tamamen sağlıklı bir şekilde sigorta sistemine girmeleri beklenmez veya sağlık sigortası sadece tamamen sağlıklı kişilere pazarlanmaz. Yüksek tedavi maliyetlerine neden olması beklenmeyen kabul edilebilir hastalıkları ve rahatsızlıkları olan kişileri sigortalamak da mümkündür. Bireyler, kendilerine özgü

hastalık ve rahatsızlıklarını sigorta şirketine bildirirler. Bireyler, bu sağlık beyanında listelenen ve düşük riskli olarak sınıflandırılan bazı mevcut hastalıklar için belirli hastalık ve rahatsızlıklarını sigorta şirketine bildirirler, finansal yüke göre risk altında olacağı öngörülen bazı hastalıklar için sigorta şirketi, bir hastalığı tedavi etmek için ek sigorta primi tahsis edecektir (Ekener,1995).

Böylelikle özel sağlık sigortası tarafından sağlanan garantiler, sigorta sonrası ortaya çıkan risklerle sınırlı kalmamaktadır. Bu değerlendirmeler yapıldıktan sonra özel sağlık sigortası, sigorta süresi boyunca kaza veya hastalıktan kaynaklanan tedavi masraflarının poliçede belirtilen limit dahilinde, sigorta kurumunun masraflara katılım payı oranında ve sigortalının muafiyet tutarı kısmı dışında ödendiği bir sigorta türü olarak tanımlanabilir (Güvel, 2004: 25).

Teoride, özel sağlık sigortasının en büyük yararı, görece daha yüksek gelire sahip kişilerin özel sağlık sigortasını seçmelerine olanak sağlaması ve sınırlı kamu kaynaklarının özel sigortaya erişemeyen dezavantajlı düşük gelirli gruplara harcanmasına izin vermesidir. Özel sağlık sigortasının sağlık yatırımları için ek kaynaklar yaratması, yenilikçiliği ve verimliliği destekleyerek kamu sektörü reformunu canlandırması ve tüketici tercihini artırması da mümkündür (İstanbuloğlu v.d., 2010: 89).

Özel sağlık sigortası; ikame (yedek), destekleyici veya tamamlayıcı (ekleme) olarak düzenlenebilir. Yedek sağlık sigortası, yasal olarak genel sigortası olmayan ve kamu sigorta sisteminin ikamesi olarak edinilen kişilere hizmet sağlar. Destekleyici sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine daha geniş ve daha hızlı erişim sağlayarak hizmet kalitesini artırır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, sosyal sigorta kapsamına girmeyen veya belirli bir kısmının ödendiği hizmetlerin artan kısımlarını karşılamaya yöneliktir (TSB, 2019).

1.2.3. Genel Sağlık Sigortası İle Özel Sağlık Sigortası Arasındaki Farklar

Genel Sağlık Sigortası ile özel sağlık sigortası arasındaki önemli farklardan biri risk finansmanıdır. Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişilerin ödediği sigorta

primleri gelirleriyle ilgilidir ve kişinin sağlık durumuyla hiçbir ilgisi yoktur. Özel sağlık sigortasında, bir kişinin ödediği sigorta primi miktarı, sağlık riskleri ve sağlık koşulları ile ilgilidir. Hastalanan veya hasta olma riski yüksek olan kişiler özel sağlık sigortasında daha yüksek prim öderler. Bu durumda sağlık finansmanı modelinin gerekli ve önemli bir özelliği olan sağlıklı bireyden kötü sağlıklı bireye doğru finansman akışı ters yönde çalışmaktadır (Tatar, 2011: 106).

Diğer bir fark ise, özel sağlık sigortasının ters (elverişsiz) seçilmesi nedeniyle, sağlık hizmetleri maliyetlerinin finansmanı için temel olarak kullanılamamasıdır. Özel sağlık sigortasında, yüksek riskli hastalardan daha yüksek prim alma zorunluluğu, primlerin zamanla artmasına neden olurken, düşük riskli sağlık sigortası primleri, yüksek primli sigortalardan kaçınmaktadır. Bu durum, sigorta havuzunda sadece yüksek riskli hastaların kalması nedeniyle, sigorta şirketinin gelir gider dengesinin zaman içinde olumsuz yönde değişmesine neden olmaktadır.

Bu iki sigorta arasındaki bir diğer önemli fark, riskin sigorta başlangıç tarihinden önce ortaya çıkıp çıkmadığıdır. Primleri kısa sürede ödeyen Genel sağlık sigortası, sigorta başlangıç tarihinden önce olsun ya da olmasın bireylerin hemen hemen tüm sağlık giderlerini karşılar. Özel sağlık sigortasında ise başvuruda belirtilen hastalıklar sigorta kapsamı dışında tutulur ve sadece sigorta sözleşmesi tarihinden sonra ortaya çıkan kaza ve hastalıklara ilişkin sağlık giderleri karşılanır.

Genel sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası arasında farkı Yazgan (1997) maddeler halinde şu şekilde açıklamıştır:

- Genel sağlık sigortasında bireylerin katılımı zorunlu iken, özel sağlık sigortasında katılım bireylerin isteğine bağlıdır.
- Genel sigorta, genel faydaları ve kamu yararını korur.
- Genel sigortanın kapsamı kanunla belirlenirken, özel sigorta herkese açıktır.
- Genel sigortayı düzenleyen hükümler kanunla belirlenirken, özel sigorta, sigortalı ile sigorta şirketi arasındaki sözleşme temelinde çalışır.

Genel sigorta ile Özel sigorta arasındaki temel farklar aşağıdaki tabloda daha detaylı olarak ele alınmıştır.

Tablo 1. Genel ve Özel Sigorta Arasında Farklar

ÖZEL SİGORTALAR	GENEL SİGORTALAR
İstisnalar dışında herkes için gönüllüdür	Çalışan herkes için zorunludur
Riskler ve faydalar sözleşmelerle tanımlanır, sigorta süresi belirlidir	Riskler ve faydalar yasalarla tanımlanır, sigorta süresi devamlıdır
Özel hukukta düzenlenmiştir	Kamu hukukunda düzenlenmiştir
Faaliyet ilkesi bireyseldir	Faaliyet ilkesi kolektiftir
Özel çıkarları gözetir	Kamu çıkarlarını gözetir
Asıl amaç kar elde etmektir, bu nedenle hizmet kalitesi yüksektir	Asıl amaç kar elde etmek değildir, bu nedenle hizmet kalitesi düşüktür
Yüksek riskleri sigortalamaktan kaçınır veya yüksek prim ister	Riskleri sigortalamaktan kaçınmaz ve herkesten eşit prim alır
Prim ödeyebilecek olanlara hizmet verir	Prim ödeyemeyenlere de hizmet verir
Primlerle finanse edilir ve primleri birey ödediğinden kendi kendine yardım etmiş olur	Primler dışında devletin genel gelirleriyle de finanse edilir; çalışanın yanında işveren ve devletin katkısı olabilir
Zarara uğrayıp uğramamaya göre, sigortalı sözleşme yenilenirken daha çok veya daha az prim ödeyebilir	Sigortalı zarara uğrasa da uğramasa da prim miktarı değişmez
Fonlama, rekabet ve tercihlilik ilkelerine egemendir	Gelirin yeniden dağılımı, tekellik, tek tiplilik ilkeleri egemendir
Fayda ve katkı oranları, sigorta şirketinin ve sigortalının rızası olmadan değişmez	Fayda ve katkı oranları, çalışanın rızası olmaksızın değişebilir
Nesiller arası dayanışma sağlamaz	Nesiller arasında dayanışma sağlar
Birden fazla sigorta şirketiyle aynı anda sigortalılık ilişkisi kurulabilir	Birden fazla kurumla aynı anda sigortalılık ilişkisi kurulamaz
Alınan primle sağlanan yardım arasında sıkı bir ilişki vardır	Alınan primle sağlanan yardım arasında sıkı bir ilişki yoktur
Zararların tazmininde sadece sigortalı birey kapsamdadır	Gelir kayıpları telafisinde sigortalının ailesi de kapsamdadır
Sosyal risklerin yanı sıra ekonomik riskleri de kapsamaktadır	Sadece sosyal riskleri

Kaynak: Uğur, 2004: 6

1.3. SAĞLIK SİGORTASININ ÖNEMİ

Sigorta, sosyal ve ekonomik yaşam için çok önemlidir. Sigorta sayesinde insanlar beklenmedik durumlarla karşılaştıklarında büyük kayıplara uğramazlar ve geleceklerini güvence altına alırlar. İnsanlar gelirlerinin belirli bir kısmı ile sigorta yaptırdıkları zaman, ileride karşılaşılabilecekleri risklere karşı önlem alırlar. Öte yandan sağlık sigortası, sigorta türleri arasında en önemli yeri alanlardan biridir ve güvenlik, tasarruf, aile koruması, hastalıkları önleme ve ekonomik kalkınma üzerindeki olumlu etkisi nedeniyle toplum ve kuruluşları ile yakından ilişkilidir (Malatyalı, 2008: 21).

Modern tıbbi bakım maliyetinde yüksek ve sürekli artış çoğu insan ve ailenin mali kapasitesini aştığından, bazı hastalık vakalarında tedavi için kişiler ve aileler ihtiyaç duydukları her şeyi satmak veya borç almak zorunda kalacaklar. Bu durumda birey ve aileler ya sağlıklarına kovuşamıyacaklar, ya da sağlıklarına kovuşmalar bile sonraki süreçte ekonomik olarak sıkıntı çekecekler. Tüm bunlar sonucunda bireylerin ve ailelerin mutluluğu düşecektir ki, bireysel mutluluk, aile mutluluğu, ilerleme ve toplum refahı için çok önemlidir. Sağlık sigortası bu sorunların giderilmesinde, ilerleme ve toplum refahının kaldırılmasında önemli etkiye sahiptir. Ayrıca, sağlık sigortası, çalışan kategorilerinin psikolojik ve sosyal istikrarının sağlanmasına ve yeterli tedavi yöntemlerinin bulunmamasından kaynaklanan olası endişelerin giderilmesine büyük katkı sağlamaktadır.

Sigorta sadece insanlara güvenlik sağlamakla kalmaz, aynı zamanda ülke ekonomisine de katkıda bulunur. Sigorta, toplumdaki riskleri korumak için kullanılan en önemli finansal araçtır. Bu özelliği sayesinde ekonomik büyüme için önemlidir. Sağlık sigortası ise, sağlık sektörü ve çeşitli endüstrilerindeki yatırım fırsatlarını artırarak ve yatırımcıları paralarını sağlık projelerine yatırmaya teşvik ederek ülke ekonomisinin desteklenmesine yardımcı olmaktadır.

Sağlık sigortasının amaçlarından biri de önleme ve erken tedavi faaliyetleri yürütülerek hastalığın önlenmesi ve sağlığın sürdürülmesidir. Burada da yüksek düzeyde sağlık, azalan hastalık oranları ve azalan pahalı tedavi maliyetleri söz

konusudur. Sonuç olarak ise sağlık sigortası, çalışanların sağlığından sorumlu devletlerin, şirketlerin ve kişilerin mali yükünü azaltmaktadır (Pitacco, 2014: 162).

Literatürde sağlık sigortasının sağlığı iyileştirip iyileştirmeyeceğine yönelik tartışmalar mevcuttur. Bu tartışmalarda çoğunlukla sağlık sigortasının insan sağlığına olumlu yönde etki etdiği fikri savunulmaktadır. Sağlık sigortasının sağlığı iyileştireceği bir gerçektir; Sonuç olarak, sağlık sigortası kesinlikle tüketilen sağlık hizmeti miktarını artırır ve birçok tıbbi müdahalenin çok faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Bununla birlikte, artan sayıda kanıt, birçok insanın çok az klinik fayda ile marjinal bakım aldığı göstermektedir. Daha fazla tıbbi bakım her zaman daha iyi değildir ve bazen daha kötüdür.

Bu konu ile ilgili çalışmalar 3 gruba ayrılmıştır; gözlemsel çalışmalar, doğal deneyler ve deneysel çalışmalar. Levy ve Meltzer (2008) bu çalışmaları şu şekilde açıklamıştır. (Levy & Meltzer, 2008: 309-409)

Gözlemsel çalışmalarda ana konu endojenite (içsellik) ile ilgilidir ve bu sorunu gidermek için çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmaların çoğu sağlık sigortası ile sağlık arasında pozitif bir ilişki bulmaktadır. Fakat, içsellik sorununu kapsayan bu tür yaklaşımlara güvenilmemektedir; Poliçe sahibi ile sigortacı arasındaki gözlemlenemeyen farklılıklar, sağlık sonuçlarında gözlemlenebilir farklılıklara neden olabilir. Gözlenemeyeni karıştırma kabiliyetinden dolayı, sağlık sigortası kapsamının sağlık üzerindeki nedensel etkisini anlamak için gözlemsel çalışmalara güvenilmemektedir.

Doğal deneyler ise, tam ölçekli deneyler veya yarı deneyleri kapsamaktadır. Bu çalışmalar, sağlık sigortasında sağlık dışı ve sağlık sigortasının diğer belirleyicileriyle sonuçlanan değişikliklere yol açan politika değişikliklerini veya diğer harici olayları analiz etmektedir. Değişen araştırma sonuçları, farklı popülasyonlar için geçerli oldukları için mutlaka farklı değildir. Ancak bu farklılıklar "Sağlık sigortası sağlığı nasıl etkiler?" sorusunun karmaşık olduğunu ve yanıtın sağlık sigortası ile ne demek istendiğine ve hangi sağlık durumunun dikkate alındığına bağlı olacağını vurguluyor.

Üçüncü grup çalışmaları ise gerçek bir sosyal deneyleri kapsayan deneysel çalışmalardır. RAND sağlık sigortası deneyimi bu çalışmalara verilebilecek en iyi örneklerden biridir. RAND sağlık sigortası deneyimi programı, sağlık sigortasının rastgele bireylere tahsis edildiği ve sonraki sağlık sonuçlarının deney grupları arasında karşılaştırıldığı bir sosyal deneydir. Bu tür bir randevu, tıp dünyasındaki nedenselliği değerlendirmek için, randomize bir klinik araştırmaya benzeyen altın standarttır. RAND deneyi, sigorta cömertliğinin ortalama bir yetişkinin çeşitli sağlık göstergelerini önemli ölçüde etkilemediğini gösterdi. Ancak, RAND çalışması, kişileri sağlık sigortası almayacak şekilde randomize etmedi; bunun yerine, yalnızca değişen derecelerde jenerasyon derecesine sahip bireyler sağlık sigortası satın aldılar. Bununla birlikte, az gören veya yüksek tansiyonu olan kişiler için, daha cömert bir sigorta kapsamı sağlık durumunu daha da iyileştirmiştir. Bu nedenle, RAND deneyinin sonuçları bir kez daha sağlık sigortasının sağlık üzerindeki etkisinin büyük ölçüde kimin sağlığı üzerinde çalışılana bağlı olduğunu altını çizmektedir.

Levy ve Meltzer (2008), sağlık sigortasının belirli sağlık göstergelerini veya nüfusun alt gruplarının sağlığını ciddi ölçüde iyileştirdiği fikrini doğrulayan bazı kanıtlar olduğu sonucuna ulaşmıştır. Aynı zamanda, çalışma, sağlık sigortasına sahip olmanın nüfusun sağlığını ortalama olarak iyileştirdiğine dair az sayıda kesin kanıt bulmuştur. Özellikle, sağlık sigortasının sağlık üzerinde nedensel bir etkiye sahip olduğunu ileri süren birçok gözlemsel çalışmanın, yukarıda bahsedilen içsel problemi çözmede başarısız olduklarına dair kesin kanıt sağlamadığı sonucuna varmıştır (Levy & Meltzer, 2008: 309-409).

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI KAVRAMI

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık sistemlerinin insan refahını sürdürme ve iyileştirme yeteneği için sistemin en temel parçasıdır. Şunu vurgulamak gerekir ki, gerekli fonlar olmadan hiçbir sağlık çalışanı istihdam edilmeyecek, ilaç bulunamayacak ve sağlığın teşviki veya önlenmesi yapılmayacaktır. Sağlık hizmetleri finansmanının genel olarak ana hedefi sağlık sektöründeki mali kaynakları

harekete geçirmek ve kullanmaktır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin giderilmesi için kaynak bulmak ve insanları, toplumu sağlık ihtiyaçlarıyla bağlantılı mali yükten adil bir şekilde korumaktır (Tıraş ve Ağır, 2018: 644).

Hedefler çeşitli şekillerde ifade edilebilir, ancak sağlık finansmanı sistemlerinin yalnızca sağlık için yeterli fon sağlamayı amaçlamaması gerektiği, aynı zamanda bunu insanların ciddi mali zorluk riski olmaksızın ihtiyaç duyulan hizmetleri kullanmalarına izin verecek şekilde yapması gerektiği konusunda genel bir fikir birliği vardır; finansal krize ve yoksullaşmaya engel olmak. Bunun için de yeterli fon yaratmak ve nüfusa finansal risk koruması sağlamak temel hedeflerdendir. Mevcut fonlar verimli bir şekilde kullanılırsa, bu hedeflere ulaşmak daha kolay olacaktır, bu nedenle kaynaklardaki verimlilik üçüncü bir hedef olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2008: 2).

Sağlık hizmeti finansmanının biri biri ile ilişkili ve önemli olan üç işlevi vardır. İlk işlev, sağlık hizmetleri maliyetlerini karşılamak için kaynak bulunmasıdır. İkinci işlev ise risk paylaşımı doğrutusunda kaynakların havuzlanmasıdır. Sonucusu ise hizmetlerin satın alınması yada sağlanması sürecinde kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasıdır (DSÖ, 2008: 2).

Sağlık hizmetleri finansmanının tarihi on dokuzuncu yüzyıla dayanmaktadır ve kökeni Almanya'dır. Bu dönemde sosyal sağlık sigortası aracılığıyla sağlık hizmetlerine fon sağlanmaktaydı. Sağlık sigortası ve sağlık hizmeti finansmanı bu dönemde devletin müdahalesi olmadan büyük ölçekte gelişmiştir. Ardınca sanayi devrimin hız kazanmasıyla süreç daha da hızlanmıştır (Busse & Riesberg, 2004).

Sağlık hizmetleri finansmanı mekanizmalarını tanımlamanın iki ana yönü vardır: (1) hizmet türleri ve (2) sağladıkları kapsamin türü. Hizmet türlerine tıbbi hizmetler dahildir. Kapsama alanı ise, önceden belirlenmiş bir dizi tıbbi hizmetin maliyeti için tazminat düzeyini içermektedir (Paolucci, 2011).

Araştırmacılar, sağlık hizmetleri finansmanını coğrafi bölge, primlerin nasıl ödendiği, kişi başına milli gelir gibi birçok parametreye göre sınıflandırmışlardır. Dünya bankası ise sağlık hizmetleri finansmanını ikiye ayırmıştır; kamu sağlık sigortaları ve özel sağlık sigortaları. Ayrıca bu kurum özel sağlık sigortasını da ikiye

ayırımıdır; kar amacı güden ve kar amacı gütmeyen sağlık sigortası (Kurtulmuş, 1996: 84). Literatürde de genel kabul görmüş sınıflandırma kamu ve özel sınıflandırma şeklindedir.

Kamu finansman kaynakları genel olarak dört başlıkta toplanmaktadır; genel vergi gelirleri, özel amaçlı vergi gelirleri, sosyal sigorta ve primler. Özel finansman kaynakları ise altı başlık altında incelenmektedir; özel sağlık sigortacılığı, işveren finansman, toplumsal finansman, katkı payları, döner sermaye ve doğrudan cepten ödemeler (Kumbasar, 2016: 77-80).

1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI MODELLERİ

Sağlık finansmanı modellerini farklı yönlerden incelemeye başlamadan önce, hangi model seçilirse seçilsin, incelenmesi gereken mevzulara ve cevaplanması gereken sorulara odaklanmak gerekir. Roberts ve diğerlerine (2004) göre, bir finansman modelini incelerken veya değerlendirirken, dikkate alınması gereken ilk şey, seçilen finansman modelinin hakkaniyet üzerindeki etkisi, risk havuzunun derecesi ve bir bütün olarak ekonomi üzerindeki etkisidir. Bunlarla bağlantılı olarak sorulması gereken sorular şunlardır: 1) Mali yükü kim üstleniyor? Yüksek riskli ve düşük riskli bir perspektiften bakıldığında, seçilen finansman yöntemi yüksek riskli grupları ne ölçüde koruyor? Bu soruların cevabı, seçilen finansal modelin hakkaniyet derecesini belirlemede en önemli faktördür. 2) Yatırım teşvikleri ve istihdam fırsatları gibi bir finansman yönteminin ekonomik faydaları neler olabilir? Genel ekonomik denge ile sağlık finansman modeli arasında bir bağlantı kurmak, sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak için kritik öneme sahiptir (Tatar, 2011: 109).

Sağlık hizmetlerinin finansman modellerine dair bir fikir edinmek için 200 farklı sağlık sisteminin incelenmesi gerekmektedir. Tüm yerel varyasyonlar için, sağlık hizmetleri sistemleri genel kalıpları izleme eğilimindedir. En geniş anlamda dört ana sağlık hizmeti modeli vardır: Beveridge modeli, Bismarck modeli, Ulusal sağlık sigortası modeli ve Liberal model. Her model kendi içinde farklı olsa da, çoğu

ülke tek bir modele sıkı sıkıya bağlı kalmamaktadır. Bunun yerine çoğu ülke, birkaç modelin özelliklerini içeren kendi modellerini oluşturup uygulamaktadır.

Beveridge Modeli: 1948'de Birleşik Krallık'ta Sir William Beveridge tarafından geliştirilen Beveridge modelinde sağlık hizmetleri, tıpkı polis kuvveti veya halk kütüphanesi gibi vergi ödemeleri yoluyla devlet tarafından sağlanır ve finanse edilir. Esasen, hükümet, maliyetleri düşük tutmak ve faydaları standartlaştırmak için piyasadaki tüm rekabeti ortadan kaldırarak tek ödeyici olarak hareket eder. Tek ödeyici olarak hükümet, doktorların neler yapabileceğini ve neyi ücretlendirebileceklerini kontrol eder. Hepsi olmasa da çoğu hastane ve klinik devlete aittir. Bazı doktorlar devlet çalışanıdır, ancak ücretlerini devletten alan özel doktorlar da vardır. Vergilerle finanse edildiğinden, hastalar için cepten ödeme yapılmaz veya herhangi bir maliyet paylaşımı yoktur. Vergi ödeyen vatandaş olan herkesin bakıma aynı erişimi garanti edilir ve hiç kimse tıbbi bir fatura almayacaktır (Tatar, 2011: 112-113).

Beveridge modeline yönelik eleştirilerden biri, potansiyel aşırı kullanım riskidir. Kısıtlamalar olmaksızın, ücretsiz erişim, potansiyel olarak hastaların gereksiz veya savurgan sağlık hizmetlerini talep etmesine izin verebilir. Sonuç, artan maliyetler ve daha yüksek vergiler olacaktır. Ancak, bu nedenle bu sistemlerin çoğunun kullanımı ve proaktif önleme kampanyalarını yönetmek için ülkeler bazında yürürlükte olan düzenlemeler oluşturulmaktadır (Yalçın, 2001: 4).

Beveridge planını veya varyasyonlarını kullanan ülkeler arasında doğum yeri olan Büyük Britanya, İspanya, İskandinavya'nın çoğu ve Yeni Zelanda bulunmaktadır. Hong Kong'un hala kendi Beveridge tarzı sağlık hizmeti var, çünkü Çinliler 1997'de eski İngiliz kolonisini devraldığında halk bundan vazgeçmeyi reddetti. Küba, Beveridge modelinin aşırı uygulamasını temsil etmektedir. Muhtemelen dünyanın en saf tam hükümet kontrolü örneğidir (<https://pnhp.org/>, 2021).

Bismarck modeli: Bismarck modeli, 19. yüzyılın sonlarına doğru Otto von Bismarck tarafından daha merkezi olmayan bir sağlık hizmeti biçimi olarak oluşturuldu. Bismarck modelinde, işverenler ve çalışanlar, sağlık sigortası sistemlerini, maaş bordrosu kesintileriyle oluşturulan 'hastalık fonları' aracılığıyla

finanse etmekten sorumludur. Özel sigorta planları, önceden var olan koşullara bakılmaksızın çalışan her kişiyi de kapsar ve planlar kar temelli değildir (Tatar, 2011: 113).

Sigortacılar kamuya açık olsa da, sağlayıcılar ve hastaneler genellikle özeldir (Japonya). Bazı durumlarda, tek bir sigortacı vardır (Fransa, Kore). Almanya ve Çek Cumhuriyeti gibi diğer ülkelerde birden fazla rakip sigortacı var. Ancak, Beveridge modelinde olduğu gibi, hükümet fiyatlandırmayı kontrol etmektedir. Beveridge modelinin aksine, Bismarck modeli evrensel sağlık kapsamı sağlamaz. Sağlık sigortası için istihdam gerektirir, bu nedenle kaynaklarını maddi olarak katkıda bulunanlara tahsis eder (<https://www.verawholehealth.com/> , 2021).

Bismarck modelinin birincil eleştirisi, yaşlanan nüfus ve emekliler ile çalışanlar arasındaki dengesizlik de dahil olmak üzere, çalışamayan veya katkıları karşılayamayanlara nasıl bakım sağlanacağıdır (Yalçın, 2001: 4).

Bu model Almanya, Belçika, Japonya, İsviçre, Hollanda, Fransa ve ABD'de bazı işveren temelli sağlık hizmetleri planları tarafından kullanılmaktadır.

Ulusal Sağlık Sigortası Modeli (NHI): Ulusal sağlık sigortası modeli, hem Beveridge modelinin hem de Bismarck modelinin farklı yönlerine sahiptir. Birincisi, Beveridge modelinde olduğu gibi, hükümet tıbbi prosedürler için tek ödeyici olarak hareket etmektedir. Ancak, Bismarck modeli gibi, sağlayıcılar özeldir (Yalçın, 2001: 5).

Ulusal sağlık sigortası modeli özel hizmet sağlayıcıları tarafından yönlendirilir, ancak ödemeler, her vatandaşın ödeme yaptığı, devlet tarafından yürütülen bir sigorta programından gelir. Esasen, ulusal sağlık sigortası modeli, kar sağlamayan veya talepleri reddetmeyen evrensel sigortadır. Pazarlamaya ihtiyaç olmadığından, iddiaları reddetmek için finansal bir neden olmadığından ve kar endişesi olmadığından, daha ucuzdur ve uygulanması çok daha kolaydır. Özel ve kamu arasındaki bu denge, sigorta planlarının ve poliçelerinin sınır bozucu karmaşıklığı olmadan hastanelere ve sağlayıcılara daha fazla özgürlük sağlamaktadır (Özlü, 2008: 379).

Ulusal sağlık sigortası modeline yönelik birincil eleştiri, ciddi bir sağlık politikası sorunu olarak kabul edilen uzun bekleme listeleri ve tedavideki gecikmelerdir. Bu model Kanada, Tayvan ve Güney Kore tarafından benimsenmekte ve kullanılmaktadır (<https://www.verawholehealth.com/> , 2021).

Cepten ödeme model (Liberal): daha az gelişmiş bölgelerde ve yukarıdaki üç model gibi bir tıbbi sistem oluşturmak için yeterli mali kaynağın olmadığı ülkelerde en yaygın modeldir. Bu modelde, hastalar maliyetlerini cepten ödemek zorundadır. Sağlık hizmetleri hala gelirle yönlendirilmektedir. Bu model gereksiz talebi engellemektedir. Ayrıca modeli savunanlar bu modelin ilave kaynak yaratacağını da öne sürmektedirler. Gerçek şu ki, zenginler profesyonel tıbbi bakım alırlar, yoksullar ise bir şekilde maliyetlerini ödeyecek para bulamazlarsa, tıbbi hizmet almazlar. Kişisel gelirle ilgili olmayan cepten ödemeler, sermaye ve riskten korunma açısından en olumsuz sonuçları olan finansman yöntemidir. Bu, özellikle düşük gelir ve kötü sağlık arasındaki bağlantı göz önüne alındığında, gelir ve sağlık açısından en kötü durumda olanlara ödeme yapma yükünü yüklemek anlamına gelir. Bu nedenle sağlık sisteminde cepten ödemeler sadece zorunlu durumlarda uygulanan ve mümkünse kişinin gelir düzeyiyle bağlantılı bir finansman yöntemi olmalıdır. Kullanıcıların sağlık sistemlerine yaptıkları katkıların olumsuz etkilerini en aza indirmek için bazı istisnalar yapılabilir. Ülke örnekleri düşünöldüğünde; Diyabet, hipertansiyon, kansere bağlı maliyetler ve bazı ülkelerde düşük gelir grubuna mensup olanların katkı paylarından muaf tutulduğu görölebilmektedir (Tatar, 2011: 115).

Hindistan, Çin, Afrika, Güney Amerika'daki kırsal alanlar ve ABD'de sigortasız veya eksik sigortası olan nüfuslar tarafından kullanılmaktadır.

Bu dört finansman modelinin özellikleri aşağıdaki tabloda karşılaştırılmıştır.

Tablo 2. Sağlık sistemleri finansman modelleri

	BEVERİDGE	BİSMARCH	NHI	LİBERAL TİPİ
Sağlık hizmeti sunumu	Kamu	Kamu	Özel	Özel
Finansman yönetimi	Tek / konsantre edilmiş	Çoklu / dağınık	Tek / konsantre edilmiş	Çoklu/ dağınık

Temel prensip	Evrenselcilik	Korporatizm	Evrenselcilik	Liberalizm
Nüfus kapsamı ilkesi	Tüm vatandaşlar	Sigortalı	Tüm vatandaşlar	Savunmasız
Sosyal dayanışmanın kapsamı	Ulusal	Sigortalı bireysel gruplar arasında	Ulusal	Hassas ve diğerleri arasında
Devlet düzenlemelerinin Sağlık hizmeti sistemi üzerindeki gücü	Kapsamlı/güçlü	Sınırlı / orta	Kapsamlı/güçlü	Sınırlı / zayıf
Sağlık hizmetifinansmanının kaynağı	Vergi	Aylık katkılar	Aylık katkı ar ve vergi	Primler ve vergiler
Temsilci	İngiltere	Almanya	Kore	ABD

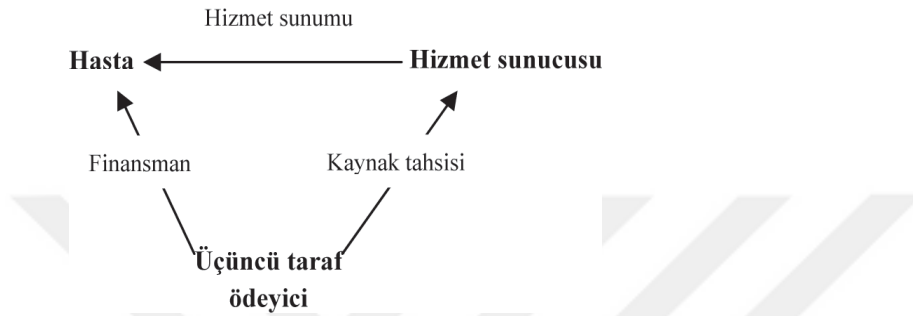
Kaynak: Navarro V, 1989

1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN MODELİ BELİRLENMESİ İÇİN TEMEL KRİTERLER

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, modern sağlık hizmetleri sistemleri, sağlayıcı ile alıcı arasında doğrudan bir fon akışı sağlamaktan ziyade, üçüncü taraf bir ödeme yapanın finansman rolünü oynadığı bir modeli benimsemiştir. Bunun ana nedenlerinden biri, bir kişinin ne zaman tıbbi bakıma ihtiyaç duyacağı konusundaki belirsizlik ve böyle bir ihtiyaç ortaya çıktığında oluşan maliyetler konusundaki belirsizliktir. Sağlık bakımı ve tıbbi hizmetlerin doğası gereği, bu maliyetler genellikle bireyin bütçesinden çok daha yüksektir ve üçüncü şahıs müdahalesinin olmaması durumunda, bireyin gerçek sağlık ihtiyaçlarından daha az fayda görmesine neden olabilir. Sağlık hizmetlerinin sağlanması ve finansmanı, basitçe, hizmet sağlayıcılar ve bunları finanse edenler arasında kaynak değişimi veya aktarımı süreci şeklinde tanımlanmaktadır. Şekil 1'de görüldüğü gibi bu süreçte hizmet sağlayıcılar, kendilerine yönelen kişilerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayan hizmetler sunmakta ve hastalar veya ülkelerin kabul ettiği finansman modeline göre üçüncü taraf bu hizmetlerin karşılığını ödemektedir. Bazı durumlarda, kaynakların akışı hasta ile hizmet sağlayıcı arasında doğrudan olabilir. Örneğin, sağlanan hizmetlerin bedeli, bireysel olarak ödenebilecek düzeyde olması yada sağlanan kişi veya tıbbi

hizmetlerin üçüncü bir taraf ödeyicinin kapsamı dışında olması. Bu veya benzeri durumlarda, üçüncü taraf ödeyen sağlık hizmetinin büyük bölümünde önemli bir rol oynamaktadır. Ek olarak, hastalar, aralarında bir üçüncü taraf ödeyenin olduğu durumlarda, örneğin ortak ödeme gibi anlaşmalar yoluyla, finansmana katkıda bulunabilirler (Tatar, 2011: 105).

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: Mossialos ve Dixon (2002)

Bir ülkenin sağlık finansman modelinin tanımlanması, birçok farklı dinamikten etkilenen bir süreçtir. Bu süreçte dikkat edilmesi gereken ana kriterler şu şekilde sıralanabilir (Roberts vd., 2004).

1.6.1. Uygulanabilirlik

Sağlık hizmetlerini finanse etmek için hangi model kullanılırsa kullanılsın, kaynakların yaratılması ve bu kaynakların harcanması en önemli iki süreçtir. Seçilen finansman yöntemine bağlı olarak, gerekli kayıtlar, veriler ve yönetim süreçleri de farklılık gösterecektir. Sistemin işleyişini sağlamak için gerekli yönetim kapasitesi, personelin nitelikleri ve bunlara karşılık gelen gereksinimler, finansman yönteminin halk için kabul edilebilirliği gibi konular da tartışılması gereken konulardır.

1.6.2. Mali Kapasite

Sağlık harcamasının hedef düzeyini karşılamak için kaynakları seferber etme yeteneği, sosyo-ekonomik gelişme düzeyiyle yakından ilişkili olmakla birlikte, finansman stratejisi açısından önemli bir belirleyicidir. Bu aşamada sorgulanması gereken en önemli soru, seçilen stratejinin sürdürülebilir olup olmadığıdır. Örneğin, sosyal sigorta modelini benimseyen bir ülkede, istihdamın önemli bir kısmının kayıtlı olmaması veya prim tahsilatının zor olması, sistemin sürdürülebilirliği ile ilgili birçok soruna yol açacaktır. Aynı şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanını vergi modeline göre benimseyen ülkelerde; Vergi toplama yeteneği, vergilendirmenin yapısı, vergilerin adaleti ve toplumdaki dağılımı hakkında sorular sorulmalıdır.

1.6.3. Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi

Bir ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergelerinden biri kişi başına düşen milli gelirdir ve aynı zamanda ülkenin kaynaklarını seferber etme kabiliyetini belirleyen önemli bir faktördür. Gelir seviyesi, hanehalkının sağlık hizmetleri için ödeme yapma kabiliyetinin önemli bir belirleyicisi olmasının yanı sıra, vergi tabanı, kayıtlı ekonomideki işçi sayısı ve desteğe ihtiyaç duyan yoksul insan sayısının önemli bir göstergesidir. Bu nedenle, seçilen finansman modelinin ülkenin ekonomik gerçekleriyle uyumu da sürdürülebilir bir finansman modeli için ön koşuldur.

1.6.4. Verimlilik

Hangi finansman modeli uygulanırsa uygulansın, her modelin kendine has belirli idari maliyetleri olacaktır. Uygulanan modelin idari maliyetleri, gelirlerin önemli bir bölümünü oluşturuyorsa, modelin verimlilik açısından sorgulanması gerekecektir. Örneğin, sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası yoluyla finanse

edilmesinin idari maliyetleri çok yüksektir ve bu maliyetler alınan gelirle ilişkilendirilmelidir.

1.6.5. Hakkaniyet

Sağlık hizmetlerini finanse etmek için bir yöntem seçerken sorgulanması gereken en önemli sorulardan biri, ana ödeme yükünün toplumun hangi kesimine ait olduğudur. Bazı finansman yöntemleri, düşük gelire ve/veya daha kötü sağlık koşullarına sahip nüfusun alt gruplarını olumsuz şekilde etkileyebilir. Bu doğrultuda, uygulanacak finansman yönteminin bu gruplara yönelik etkisinin incelenmesi gerekmektedir.

1.6.6. Talep/Kullanım ve Tüketici Davranışı.

Sağlık hizmetlerini finanse etmek için yöntem seçimi, kullanılan hizmetlerin türünü ve düzeyini önemli derecede etkileyebilir. Bazı yöntemler sağlayıcılara daha fazla hizmet sunma talimatı verirken, bazıları insanları daha fazla veya gereksiz sağlık hizmeti talep etmeye teşvik edebilir. Örneğin; sigorta, sağlık hizmetlerinin özel veya kamu kurumları tarafından kullanımını artıran bir finansman yöntemidir. Bu nedenle, hem sosyal hem de özel sağlık sigortası sistemlerinde gereksiz kullanımı önlemek için farklı düzeylerde kullanıcı katkıları kullanılmaktadır.

1.6.7. Arz/Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışı.

Seçilen finansman yöntemi, sağlık hizmetini sağlayan kişi veya kurumun davranışını direkt etkilemektedir. Özellikle hizmet sağlayıcının hangi hizmetler için ne kadar ödeyeceğini ortaya koyan finansman modelinde belirlenen geri ödeme düzenlemeleri, hizmet sağlayıcıya daha az / daha çok hizmet sunma talimatı verebilir. Bu yöndeki çalışmalar; Hizmet sağlayıcıların sosyal güvenlik

kapsamındaki kişiler için daha özgür davrandıklarını ve hizmet başına ödeme yöntemleriyle geri ödeme alan doktorların daha fazla sağlık hizmeti sunma eğiliminde olduğuna işaret etmiştir.

Yukarıda özetlenen kriterler, bir ülkede bir sağlık finansmanı modeli tanımlanırken dikkate alınması gereken ana kriterlerdir ve her model için farklı sonuçları vardır. Bu kriterlerle birlikte, geçmişten gelen sağlık hizmetlerinin mali ve örgütsel biçimi, bunlar hakkında toplumun genel anlayışı ve kabulü, kültürel faktörler ve geçmiş deneyimler de seçilen finansman modelinin biçimini ve işleyişini belirlemede önemli rol oynamaktadır. Buradan yola çıkarak dikkat edilmesi gereken önemli hususlar hem toplum hem de finansman sistemi açısından ideal bir model yoktur, her modelin kendine göre yararları ve sakıncaları vardır ve bir ülkede çok iyi çalışan bir diğer bir ülkede, o ülkeden kaynaklanan faktörler nedeniyle aynı sonuçları vermeyebilir (Tatar, 2011: 108).

1.7. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetleri finansmanı yöntemleri genel olarak dört başlık altında incelenmektedir; vergilerle finansman, sosyal sağlık sigortaları, özel sağlık sigortaları, ve cepten ödemeler. Bu finansman yöntemlerinin her biri aşağıda açıklanmaktadır.

1.7.1. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler yöntemi, en basit ve en az etkili ödeme yöntemlerinden biridir ve çoğu gelişmekte olan ülkede sağlık bakım fonlarının ana kaynağıdır. Bireylerin hizmet kullanımı sırasında sağlık hizmeti sağlayıcılarına yaptıkları doğrudan ödemeler olarak tanımlanmaktadır. Cepten ödemeler yöntemi, hastane faturalarına kaydedilen resmi veya doğrudan ödemeleri, kaydedilmeyen gayri resmi ödemeleri ve hasta tarafından satın alınan mallar için yapılan ödemeleri içerir. Bu yöntemin artışı feci sağlık harcamalarına yol açabilir. Çok sayıda dezavantajına

rağmen, bu yöntem sağlık sistemindeki ödemelerin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 86-99).

Cepten ödemeler yöntemi, geliri harekete geçirmek, sağlık hizmetlerinin kullanımını rasyonelleştirmek, sağlık sistemi maliyetlerini sınırlamak veya sağlık sistemi verimliliğini ve hizmet kalitesini iyileştirmek için kullanıcı ücretlerine ve katkı paylarına dayanan tüm ülkelerde sağlık finansmanı manzarasının bir parçasıdır (DSÖ, 2021).

Cepten ödemeler her sağlık sisteminde bulunmasına rağmen sağlık hizmetlerine talebin nerede, ne zaman ve ne kadar maliyetle ortaya çıkacağını bilmemesine göre ayrı bir sağlık finansmanı yöntemi olarak kullanılmaya uygun görülmemektedir. Cepten ödeme savunucuları, bu ödemelerin gereksiz talepleri önlemede ve ek kaynaklar oluşturmada önemli bir rol oynayacağını görüyor (Tatar, 2011: 113-114).

Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Cepten Ödeme



Kaynak: Çelikay & Gümüş, 2011: 188

1.7.2. Özel Sağlık Sigortalar

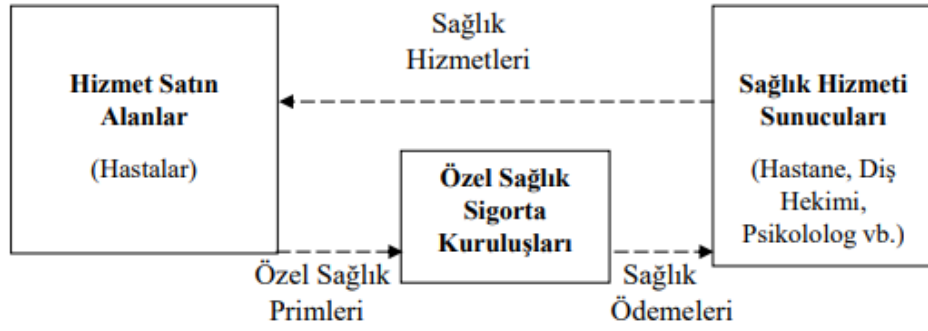
Özel sağlık sigortası, sağlık hizmeti alan ile bu hizmeti veren arasında aracı rolünü üstlenmektedir. Özel sağlık sigortası, dünyadaki çoğu ülkede sağlık harcamalarına küçük bir katkı sağlamakta, fakat bu oran giderek artmaktadır. Özel sağlık sigortasını kamu politikasındaki piyasa başarısızlıkları ve zayıflıkları nedeniyle sağlık sistemi performansı üzerindeki etkisi önemli derecede büyük olabilir. Özel sağlık sigortasının orantısız bir etkisi olabileceğinden, risk bölümlenmesine, eşitsizliğe ve verimsizliğe yol açabileceğinden, dikkatle

değerlendirilmesi ve izlenilmesi gerekmektedir (DSÖ, 2021). Pek çok ülkede zorunlu olmasa da bazı ülkelerde (İsviçre, ABD) zorunludur. Bazı ülkelerde (Hollanda, Almanya, Belçika) ise kamu sağlık sigortası programlarından tamamen veya kısmen yararlanamayan bireyler tarafından kullanılmaktadır (Tıraş, 141).

Özel sağlık sigortası; fonksiyonlarına, prim hesaplaması, sigorta şirketlerinin durumu ve faydaların tanımına göre farklılaştırılmıştır. Prim tahakkuk türlerine göre; bireysel, sosyal ve grup risklerine dayalı özel sağlık sigortası çeşitleri vardır. Özel sigorta şirketleri karlılık açısından kar amacı güden/gütmeyen şeklinde sınıflandırılmıştır (İstanbulluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 86-99).

Özel sağlık sigortası savunucuları iki gruba ayrılmaktadır. Bazılarına göre kalıcı olarak karışık bir sağlık finansmanı, sistemin verimliliğini ve tüketici seçimini artıracaktır. Diğerleri, mali kısıtlamalar bağlamında özel sağlık sigortasını ikinci en iyi seçenek olarak görmektedir: kamu sağlık harcamaları kadar arzu edilmez, ancak cepten yapılan ödemelere tercih edilir. Daha zengin ülkelerde, zenginleri sağlık hizmetleri için daha fazla ödemeye teşvik etmenin veya kamu kaynaklarının temel hizmetlere odaklanmasına izin vermenin hükümet bütçeleri üzerindeki baskıyı hafifleteceği ileri sürülmektedir (DSÖ, 2021). Daha yoksul ülkelerde, özel sağlık sigortası geçiş rolü oynayabilir, primler gelirin artmasına yardımcı olabilir ve kamu sigorta kurumlarının önünü açabilir. Her iki bağlamda da temel bir varsayım, özel sağlık sigortasının kamu tarafından finanse edilen sağlık teminatındaki boşlukları dolduracağıdır, ancak ekonomik teori bazı insanlar için boşlukların doldurulabileceğini ancak diğerleri için doldurulamayacağını gösterir. Bu gerilimi kabul eden analistler, bunun düzenleme yoluyla ele alınabileceğini öne sürmektedirler. (Sekhri ve Savedoff, 2005).

Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı : Özel Sağlık Sigortaları



Kaynak: Çelikay & Gümüş, 2011: 190

1.7.3. Sosyal Sağlık Sigorta

Yasal olarak ilk kez 1883 yılında Almanya'da Bismarck tarafından uygulanmıştır. Bu uygulama, fonun işverenlerin ve çalışanların zorunlu katkılarıyla finanse edilmesini ve sağlık sigortası fonuna üye olma yükümlülüğünü gerektirmektedir.

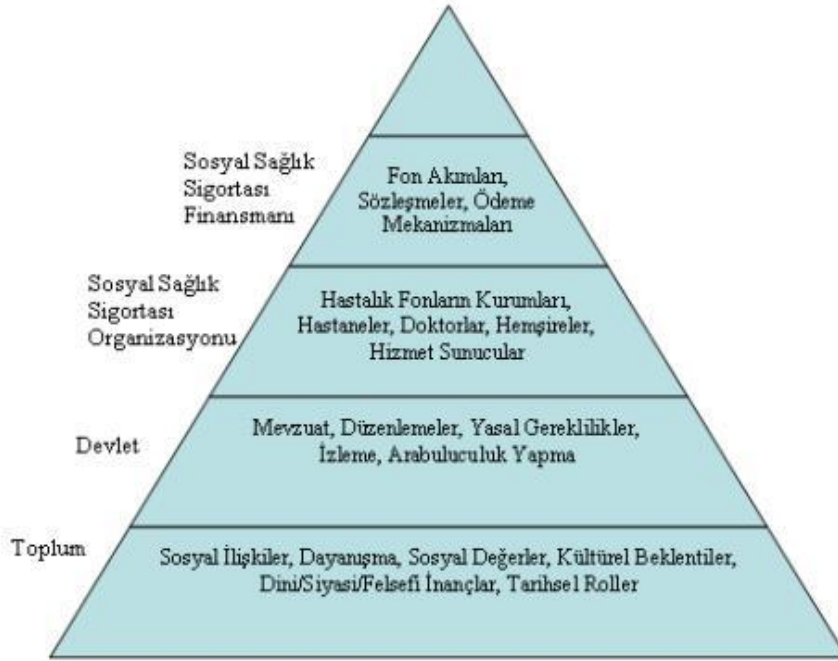
Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta ile finanse edilmesinde, hem işçi hem de işveren, bireyin gelirine göre belirli kurallar dahilinde prim öder, bu primler bir havuzda toplanmakta ve sonrasında ise sağlık ihtiyacı olanlar burada biriken kaynakları kullanarak sağlık hizmeti almaktadırlar (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 86-99).

Sosyal sigortanın en önemli prensibi sosyal dayanışma prensibidir. Dayanışma, genel anlamda “ortak bir hedefe ulaşmak için herhangi bir hesaplama yapılmadan işbirliği” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, bireye tek ve bağımsız bir varlık olarak muamele etmek yerine, aralarında karşılıksız işbirliği sözkonusudur. Saltman ve Dubois'e (2004) göre sağlık hizmetlerinde sosyal adaletin sağlanması olgusu felsefi bir yaklaşımdır ve bu yaklaşımın sosyal sağlık sigortası dayanışması ilkesiyle mümkün hale gelmiştir (Saltman ve Dubois, 2004: 27).

Sağlık hizmetlerini sosyal sigorta yoluyla finanse etmenin en önemli faydalarından biri, sürekli ve öngörülebilir finansman sağlamasıdır. Ülkenin

istihdam politikası ve nüfus gelişimi hakkındaki bilgiler, gelecekteki beklenen gelir ve sosyal güvenlik harcamaları hakkında tahminlerde bulunmanın yanı sıra, sosyal sigorta yoluyla ne kadar sigorta gelirinin toplanacağına dair kısa, orta ve uzun vadeli tahminler yapılmasına olanak tanımaktadır. Bu tahminler, sağlık planlamacıları için paha biçilmez bilgiler sağlar ve sağlık hizmetlerinin hem sunulması hem de finansmanı için sürdürülebilir politikaların geliştirilmesine yardımcı olur. Sosyal sağlık sigortasının en önemli olumsuz yönü, tarımsal ve kayıt dışı sektörlerde işçilere ulaşmanın zorluğu ve harcamaları kontrol etmedeki zorluklardır (Tatar, 2011: 116).

Şekil 4. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemlerinin Piramit Modeli



Kaynak: Saltman & Dubois, 2004: 21-33

1.7.4. Vergilerle Finansman

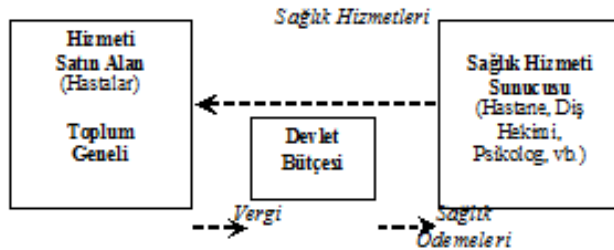
Bu yöntemde vatandaşlardan vergi finansmanı şeklinde çeşitli şekillerde toplanan, bir havuzda biriktirilen ve daha sonra hükümetin karar alma mekanizmalarıyla farklı sektörlerle dağıtılan sağlık hizmetlerini finanse etmek için

sıklıkla kullanılan kaynaklar sözkonusudur. Vergiye dayalı finansman ile vatandaşlar, ödedikleri vergiler ile sağlık hizmetlerine bireysel katkılarını yapmakta, hizmetin kullanım aşamasında sistem tarafından belirlenen katkı payları dışında herhangi bir ödeme yapmamaktadırlar. Bu tür fonlarla cevaplanması gereken en önemli sorular, ülkenin vergi tahsil etme kabiliyeti ve toplanan vergilerin adil olup olmadığıdır. Vergi finansmanının sağlık hizmetlerinin işleyişi üzerindeki olumlu veya olumsuz etkisinin en önemli belirleyicileri bu iki sorunun yanıtlarıdır. Vergi tahsil etme imkanı ile ilgili olarak düşünülmesi gereken en önemli soru, toplanan vergilerin ekonomik etkisinin ne olacağıdır. Çok yüksek vergiler, daha fazla gelir elde etme motivasyonunu azaltabileceği gibi, bir ülkenin uluslararası rekabet gücünü ve yatırım potansiyelini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Tatar, 2011: 113).

Bir vergi sisteminde toplanan vergilerin türü de sistemin ne kadar adil olduğunu ve farklı gelir gruplarını nasıl etkilediğini belirlemede önemli bir faktördür. Vergi adaletinin en önemli belirleyicisi, artan oranlı olsun ya da olmasın ve bunun için vergi oranının yüksek gelirli gruplarda daha yüksek, düşük gelirli gruplarda daha düşük olması gerekiyor. Bununla birlikte, kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu ülkelerde, yüksek kayıt dışı gelir seviyesi nedeniyle doğrudan vergi toplamak zor olabilir (Yıldırım, 2006: 3).

Toplanan vergiler amaçlarına göre özel ve genel olmak üzere ikiye ayrılır. Özel vergiler, yalnızca sağlık sektöründe kullanılmak üzere alınan vergilerdir. Genel vergiler, çeşitli amaçlarla alınan vergilerdir. En önemli faydaları ise, sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında bir seçim sağlar ve geniş bir gelir tabanı oluşturur (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 86-99).

Şekil 5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Genel Vergi Gelirleri Finansmanı



Kaynak: Çelikay & Gümüş, 2011: 196

1.8. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN EVRENSEL KAPSAM MEKANİZMALARI

Evrensel kapsama ulaşmak için her ülkenin izlemesi gereken belirli mekanizmalar vardır. Bu mekanizmalar aşağıda alt başlıklar şeklinde ele alınıp incelenmiştir.

1.8.1. Sistem Hedeflerine Ulaşmak

Sağlık finansmanı, sağlık sisteminin önemli bir işlevidir ve sağlık sistemlerinin genel hedeflerine ulaşmasına katkıda bulunmalıdır. Bir sağlık sisteminin birincil veya belirtilen amacı sağlıktır ve hem toplumun genel sağlık durumu hem de sağlığın toplumdaki dağılımı önemlidir. Bununla birlikte, sağlıksız sonuçlar da önemlidir. İnsanların (tibbi olmayan) beklentilerine yanıt vermek ve adil bir mali katkı sağlamak da sağlık sisteminin önemli nihai hedefleri olarak tanımlanmaktadır.

Bu nedenle, sağlık finansmanı planlarının herhangi bir değerlendirmesi nihai olarak sağlık sisteminin hedefleri ile uyumlu hale getirilmelidir. En doğrudan ve iyi düşünülmüş sağlık hizmetleri finansman planı, risklerin toplandığı ve paylaşıldığı ve ödeme gücüne dayalı olarak fonların sağlandığı, finansal katkılarda hakkaniyet hedefine ulaşmanın etkili bir yolu olmalıdır. Bununla birlikte, bir sağlık finansmanı programı, fonları sağlığa tahsis ederek ve bu fonların kullanımını etkileyerek bir nüfusun dağılımını ve genel sağlığını da etkiler. Son olarak, iyi bir sağlık finansmanı planı, sağlık hizmeti sunucuları için teşvikleri değiştirerek, yanıt verme hedefini olumlu yönde etkileyebilir.

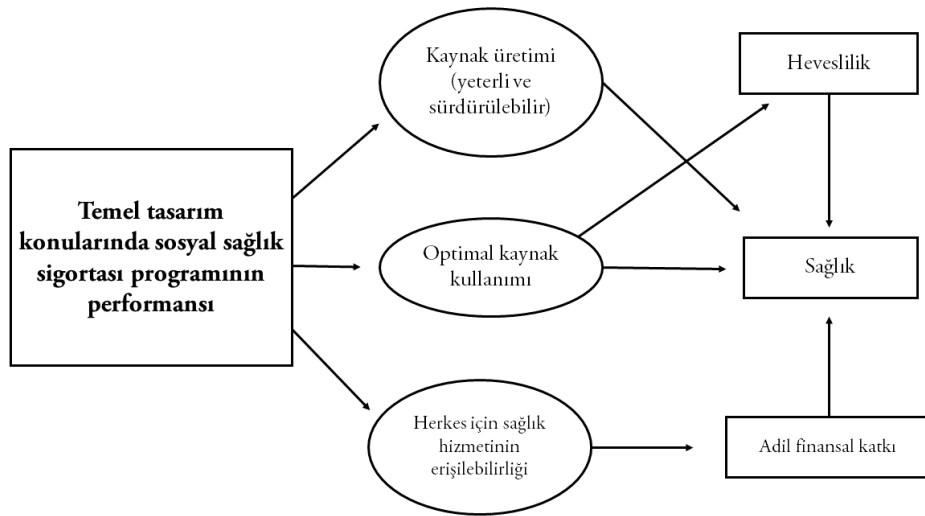
1.8.2. Sağlık Sistemi İçin Fon Seferberliği

Sağlık sigortası finansmanının temel amacı, herkese etkili halk sağlığı ve kişisel sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık hizmeti sağlayıcıları için gerekli mali teşvikler sağlamaktır. İyi çalışan bir sağlık finansman sistemi aşağıdaki hedeflere ulaşmalıdır:

- yeterli ve sürdürülebilir fonlar oluşturmak,
- Kaynakları en iyi biçimde kullanmak (verimlilik),
- Toplumun tüm bireyleri için sağlık hizmetlerine mali erişimin sağlanması.

Aşağıdaki şekil (Şekil.6) sağlık finansmanı tasarım konularının performansının sağlık finansmanı hedefleri ve nihai sağlık sistemi hedefleriyle nasıl ilişkili olduğunu göstermektedir.

Şekil 6. Sağlık finansmanı hedefleri ve nihai sağlık sistemi hedefleri



Kaynak: Carrin & James, 2004

1.8.3. Riski Paylaşma Ve Yönetme

Fonların havuzlanması işlemi, sağlık hizmetleri için bireysel ödemeleri sınırlandırmak için gelir birikimi ve yönetimini kapsamaktadır. Bu işlem sonucunda bireyler, artık tek başlarına risk almamaktadırlar. Fonların havuzlanması işlemi, sağlık hizmetlerinin evrensel finansal katılımı ile yakından ilgilidir. Ayrıca kaynak

üretimi ile de ilişkilidir. Parçalanma veya risk havuzu ve risk eşitlemesi, havuzlama işlemlerinin temel tasarım konularıdır.

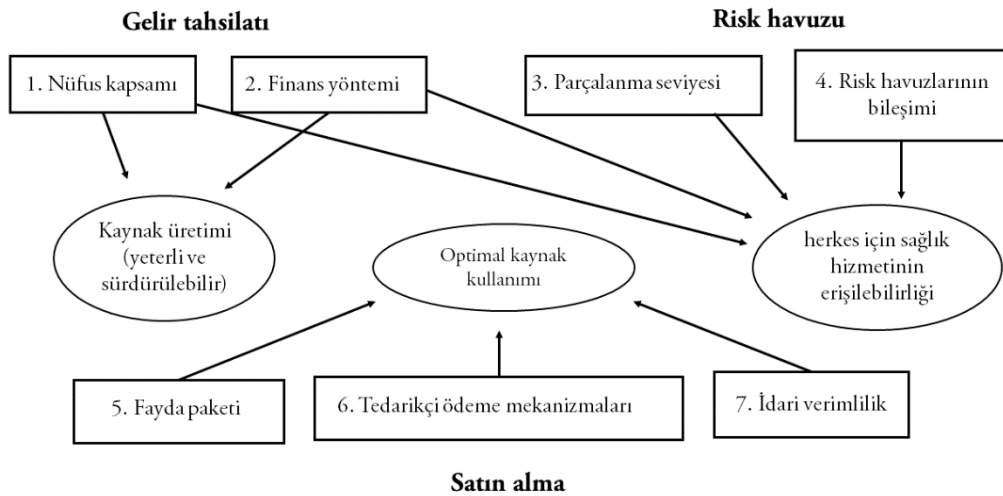
1.8.4. Tedarikçilerden Satın Alma Hizmetleri

Satın alma, havuzlanmış katkıların sağlık hizmeti sağlayıcılarına bir dizi sağlık hizmeti için ödeme yapmak üzere kullanıldığı süreçtir. Satın alma, pasif veya stratejik olarak ikiye ayrılır. Pasif satın alma, faturalar yalnızca önceden belirlenmiş bir bütçeye göre veya sunulduğunda ödenir. Stratejik satın alma, sağlık hizmetleri için en iyi satın alma yöntemi ve kaynaklarının sürekli olarak araştırılması nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir. Temel satın alma tasarım konuları, fayda paketi, hizmet organizasyonu, satıcı ödeme mekanizmaları ve operasyonel / idari verimliliklerdir.

1.8.5. Tasarım Konuları

Sağlık finansmanı fonksiyonları içindeki temel tasarım sorunları ile sağlık finansmanı hedefleri arasındaki ilişki Şekil. 7'deki gibi açıklanmıştır.

Şekil 7. Sağlık Finansmanında Kilit Tasarım Konuları



Kaynak: Carrin & James, 2004

İKİNCİ BÖLÜM

KANADA VE JAPONYA'DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İNCELENMESİ

2.1. KANADA

Kuzey Amerika'nın kuzeyinde yer alan ve hem Atlantik hem de Pasifik okyanuslarına kıyısı olan Kanada, bu iki okyanusun yanı sıra Arktik Okyanusu'nun da çok uzun kıyı şeridine sahiptir. Güney sınırı 8.892 km olan ülkenin Amerika Birleşik Devletleri dışında kara komşusu yoktur. Dünyanın en uzun kara sınırı olan Kanada-Amerika sınırı, askeri güvenlikten yoksundur. Yüzölçümü bakımından Rusya'dan sonra dünyanın en büyük ikinci ülkesidir. Aynı zamanda dünyanın en uzun sahil şeridine ve dünyanın geri kalanından daha fazla göle sahip ülkedir. Dünyanın en uzun kıyı şeridine (yaklaşık 202 bin kilometre) sahip olan Kanada toprakları, dünyanın toplam yüzölçümünün %7'sini ve Amerika kıtasının yaklaşık %41'ini oluşturmaktadır (Kanada Ülke Raporu, 2020: 2).

G7 ülkesi olan Kanada'nın iki resmi dili vardır: Fransızca ve İngilizce. Kanada, gelişmiş bir endüstriyel ekonomiye sahip yüksek gelirli bir ülkedir. Böyleki, ülke ekonomisi dünyanın en büyük onuncu ekonomisidir. Kanada, anayasal olarak tanınan iki hükümet düzenine sahip bir federasyondur: federal hükümet ve kamu tarafından finanse edilen ve yönetilen sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı dahil olmak üzere geniş bir sosyal politika programları ve hizmetleri yelpazesi için asıl sorumluluğu üstlendiği 10 eyalet hükümeti. Son 10 yılda, Kanada'nın ekonomik performansı 2008-2009 durgunluğuna rağmen nispeten sağlam olmuştur. 2020 yılında gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH) pandemiden kaynaklanarak bir önceki yıla göre %5,4 azalarak 1.64 milyar dolar, kişi başına düşen milli gelir ise 43.242 dolar olmuştur. Böyleki 2019 yılında GSYH 1.734 milyar dolar, kişi başına düşen milli gelir ise 46.419 dolar olmuştur. Pandemi işsizlik oranlarını da etkilemiştir. Böyleki 2019 yılında 5,66 olan işsizlik oranı, 2020 yılında 9,8' e yükselmiştir (World Bank, 2021).

2020 verilerine göre, Kanada'nın nüfus 37,7 milyondan fazladır ve 10 milyon kilometrekarelik bir alana rağmen, ülke nüfusunun çoğu, özellikle güneyde ABD sınırına yakın bölgelerde belirli bölgelerde yoğunlaşıyor. Kanada'nın en kuzeyindeki üç bölge de dahil olmak üzere, ülkenin uçsuz bucaksız kırsal ve uzak bölgelerinde nispeten az sayıda Kanadalı yaşıyor. Nüfusunun yarısından fazlası üniversite diplomasına sahiptir. Kanada'da insanların ortalama yaşam süresi 2016 yılına kadar istikrarlı bir şekilde artmış ve ortalama yaş 81,9 yıl olmuştur. Bu rakam çoğu OECD ülkesine kıyasla nispeten yüksektir. Nüfus artış hızı ise %1,4 (2019) olarak tespit edilmiştir (OECD, 2021).

Tablo 3. Kanada' nın Genel Bilgileri ve Göstergeleri

Yüz Ölçümü	9.984.670 km ²
Başkenti	Ottawa
Resmi Dili	İngilizce ve Fransızca
Nüfus	37,743,232 Kişi
Nüfus Artış Hızı	% 1,4
Ortalama Yaş	81,9
İşsizlik Oranı	%9,8
Para Birimi	Kanada Doları
Resmi Din	En yaygın din Hristoyanlıktır.

Kaynak: OECD, 2021.

2.1.1. Kanada'nın Sağlık Sistemi

Kanada sağlık sistemi dünyanın en iyi planlanmış sağlık sistemlerinden biridir. Bu ülkede sağlık hizmetleri vatandaşlara ücretsiz olarak sunulmakta, maliyetler ise devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Bu nedenle ülkede özel sağlık hizmet sunucularının sayısı oldukça düşüktür. Kanada da sağlık hizmetlerinin çok iyi organize edilmiş bir kamu yapılaşması içinde sunulduğu söylenebilir.

Kanada'nın sağlık sistemi, hizmetleri özel kuruluşlar tarafından sağlanan devlet desteklidir. Her ilde, her doktor il sigortacısına karşı sigorta talebini ele alır.

Sağlık hizmetlerine erişen bir kişinin faturalandırma ve geri ödeme işlemlerine dahil olması gerekmez. Devlet düzenlemeleri, sigortalı hastalardan sigortalı hizmetler için ücret alınmasına izin vermemektedir. Kanada'da özel klinikler mevcuttur, ancak eyaletin onayına tabidir ve sigortalı bir kişiye önceden belirlenmiş ücretin üzerinde fatura kesmesine izin verilmez. Vatandaşlara ek sağlık hizmeti satın alma seçeneği sunmak için iki aşamalı bir sistemin getirilip getirilmeyeceği konusunda devam eden bir tartışma var.

Sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumu illerin ve bölgelerin sorumluluğundadır. Yerel yönetimler tarafından sağlanan kamu tarafından finanse edilen hizmetler, federal hükümetten mali transferler yoluyla finanse edilmektedir. Sağlık hizmetleri, sigortalı birinci basamak sağlık hizmetlerini ve hastanelerdeki sağlık hizmetlerini içerir. Yerel yönetimler ayrıca bazı vatandaş gruplarına Kanada Sağlık Yasası kapsamında olmayan reçeteli ilaç sigortası gibi ek sağlık yardımları da sağlamaktadır.

2019'da Kanada'daki toplam sağlık harcamasının 220,6 milyar dolara veya kişi başına 5418 ABD dolarına ulaştığıdır. Genel olarak sağlık harcamalarının Kanada'nın gayri safi yurtiçi hasılasının (GSYİH) %11,5'ini temsil etmiştir. Bu rakam OECD ülkelerinin ortalamasından yüksektir ve ilk sıralarda yer almaktadır. 2020 Kanada Sağlık Bilgileri Enstitüsü raporuna göre, Kanada hükümeti sağlık harcamalarının %70,4'üne katkıda bulunmaktadır. Geriye kalan kısım özel sektörün payına düşmektedir, bu oran da %29,6'dır (National Health Expenditure Trends, 2020: 5).

Kanada, anayasal olarak tanınan iki hükümet düzenine sahip bir federasyondur: federal hükümet ve kamu tarafından finanse edilen ve yönetilen sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı dahil olmak üzere geniş bir sosyal politika programları ve hizmetleri yelpazesi için asıl sorumluluğu üstlendiği 10 eyalet hükümeti ve ülkenin sağlık sisteminin tarihçesi eyalet hükümetlerinin faaliyetlerine dayanmaktadır. Eyalet hükümetlerinin, ödeme yeteneklerine bakılmaksızın tüm hastaları kabul etmeleri ve tedavi etmeleri için hastanelere sübvansiyon sağlama konusunda uzun bir geçmişi vardır. Ontario hükümeti, 1874 tarihinde yardım yasasını tasarladı ve kabul etti. Ardından, 1914'te eyalet hükümeti, işle ilgili

herhangi bir kaza veya yaralanma durumunda tüm hak sahibi işçilere bakım sağlayan işçi tazminatı yasasını çıkardı; yirmi yıldan kısa bir süre sonra, Ontario aynı zamanda tüm sosyal yardım alanlar için eyalet çapında bir tıbbi hizmet planı oluşturan ilk yargı bölgesi olmuştur.

Çoğu il, hedeflenen veya kategorik halk sağlığı hizmetleri ve kapsamı açısından Ontario'nun liderliğini takip ederken, Batı Kanada'daki iller, 1947'de Saskatchewan'da başlayarak sonunda “medicare” olarak bilinecek olan evrensel hastane ve tıbbi bakım kapsamı için zemin hazırladı.

1940'larda, federal hükümetin sağlık ve mali değişiklikler konusundaki önerilerine karşı çıkan kilit eyaletler reddedildi, bu da savaş sonrası yıllarda evrensel sağlık sigortasının tanıtımına daha parçalı bir yaklaşımı zorladı. 1947'de Saskatchewan hükümeti evrensel bir hastane hizmetleri planını uygulamaya koydu. British Columbia (1948) ve Alberta (1950) kendi “hastaneye yatış” planlarını izledi. 1957'de, Kanada Hükümeti Hastane Sigortası ve Teşhis Hizmetleri Yasası'nı kabul etti: bu yasa, eyalet hükümetlerinin federal transferler yoluyla ortak maliyet finansmanı almak için yerine getirmesi gereken ortak koşulları belirledi. Bir yıl sonra 1958'de Saskatchewan, BC, Alberta, Manitoba ve Newfoundland eyaletleri federal çerçeve içinde çalışmayı kabul etti. 1959'da Ontario, Nova Scotia, New Brunswick ve Prince Edward Island da bu çalışmaya katıldı. Quebec, eyalet refah devletini modernleştirmeye adanmış bir hükümetin seçilmesinden kısa bir süre sonra, 1961 yılına kadar çalışmaya katılmadı, 1961 yılının ortalarında bu çalışmayı kabul etti.

Evrensel hastaneye yatış için federal maliyet paylaşımının getirilmesiyle, Saskatchewan hükümeti, doktor hizmetleri için evrensel kapsama ile finansal olarak devam edebildi. Ancak, ön ödemeli, kamu tarafından yönetilen tıbbi bakım sigortası planının uygulamaya konması, 1962'de 23 gün süren, il çapında büyük bir doktor grevini tetikledi. Grev, ödemenin niteliği ve mekanizmasının, hekimlerin eyalet hükümetinden sözleşmeye dayalı özerkliğini ve baskın ödeme yöntemi olarak hizmet ücretini vurguladığı “Saskatoon Anlaşması” olarak bilinen bir uzlaşmayla resmen sona erdi.

1964 yılında, Hall Komisyonu olarak bilinen Kraliyet Sağlık Hizmetleri Komisyonu, raporunu Başbakan'a teslim etti. Bu federal komisyon, Alberta'daki eyalet hükümetleri tarafından savunulan özel sigorta satın alımı için hedefli sübvansiyonlar sağlayan devletin alternatifi ile karşılaştırıldığında, tek ödemeli, evrensel tıbbi bakım sigortasının esası hakkında Saskatchewan'daki kutuplaşmış tartışmanın ardından kurulmuştu. Sonuç olarak, komisyon Saskatchewan modeli kabul görüldü ve federal hükümete diğer eyaletlere de evrensel tıbbi bakım sigortası uygulamaya teşvik etmesini tavsiye etti. 1966'da federal hükümet, 1968'de dört evrensellik, kamu yönetimi, kapsamlılık ve taşınabilirlik koşuluna uyan illere akmaya başlamak için federal maliyet paylaşımı transferleri ile Tıbbi Bakım Yasasını kabul etti. 1971'e kadar, tüm iller, hastane bakımı için mevcut evrensel kapsamını tamamlamak için tıbbi bakım için evrensel kapsamı uygulamaya koymuştu. Bununlada tıbbi bakım sigortasının temeli koyulmuştur.

1970'ler, genel olarak genişletilmiş faydalar olarak bilinen iller ve bölgeler tarafından hastane ve tıbbi bakımın çok ötesinde, sağlık hizmetleri için kamu kapsamının ve sübvansiyonların hızlı bir şekilde genişletildiği bir döneme işaret ediyordu. Bunlar, reçeteli ilaç planlarının yanı sıra uzun vadeli bakım için sübvansiyonları içeriyordu. Bununla birlikte, herhangi bir ulusal ilke veya federal fondan yoksun olan bu girişimler, tek tek illerin ve bölgelerin mali kapasitesi ve politika hedeflerine bağlı olarak ülke genelinde önemli ölçüde farklılık göstermiştir.

Aynı dönemde, federal hükümet, tıbbi bakımın ötesinde sağlığın temel belirleyicileri ve ekonomik koşullar hakkında birçok yeni düşünce başlattı. 1974'te Kanada Sağlık Bakanı Marc Lalonde, bu yeni yaklaşımı bir raporda özetledi: "Kanadalıların Sağlığına Yeni Bir Bakış Açısı". Sağlığın yukarı yönlü belirleyicilerini vurgulayan Lalonde raporu, sonraki çalışmaları etkiledi ve 1990'ların başında eyalet hükümetleri tarafından uygulamaya konulan "sağlıklı yaşam" reformları için bazı entelektüel temeller sağladı.

1984 yılında, federal hükümet Hastane Sigortasını, Teşhis Hizmetleri Yasasını ve Tıbbi Bakım Yasasını Kanada Sağlık Yasası ile değiştirdi. 1984 yasası büyük ölçüde statükoyu desteklemeyi amaçlamıştır (Marchildon & Tholl, 2017). Bununla birlikte, Kanada Sağlık Yasası yeni bir şey ekledi. Bu ekleme, federal

hükümetin bir eyalet hükümetinin Yerleşik Programlar Finansmanı payından o eyalette izin verilen tüm ekstra faturalandırma ve kullanıcı ücretlerinin değerini düşürmesi gerekliliğini kapsamaktadır. Daha önceki mevzuatından dört orijinal finansman kriterini (kamu yönetimi, kapsamlılık, evrensellik ve taşınabilirlik) birleştirmeye ek olarak, federal hükümet, erişimin hasta ücretleri tarafından engellenmemesi gerektiği görüşünü güçlendirmek için beşinci bir kriter olan erişilebilirlik ekledi. Aynı zamanda, federal hükümet, yeni mevzuatın yürürlüğe girmesinden sonraki üç yıl içinde tüm kullanıcı ücretlerini ortadan kaldıran eyalet hükümetlerinin, bu sürenin sonunda kesintilerini geri ödeyeceklerini açıkça belirtti. 1988'e gelindiğinde, Kanada Sağlık Yasası kapsamında tüm sigortalı hizmetler için ekstra faturalandırma ve kullanıcı ücretleri neredeyse tamamen ortadan kaldırılmıştı. Federal hükümet, Yasanın gerektiği gibi uygulanmadığı izlenimini veren beş kriterden bir veya daha fazlasını ihlal eden bir yerel hükümet için hiçbir zaman herhangi bir transfer kesintisi yapmamış, ama bu konuda onlara uyarı vermiştir.

Ülkenin en büyük sorunlarında biri ve en çok eleştiri gelen konulardan biri de Kanada'nın yerli halkının (hindular) sağlık hizmetleri dışında kalması idi. Yeni geliştirilen tıbbi sağlık sigortası, çoğu ülkenin daha kuzey, kırsal ve uzak bölgelerinde yaşayan ve bir dereceye kadar hala yaşamakta olan yerli halkların bazı benzersiz zorluklarını vurguladı. 1920'lerden başlayarak, federal hükümet kuzey Kanada'daki daha büyük yerli toplulukların çoğunda hastaneler ve klinikler kurmaya başladı. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, yeniden yapılandırılmış federal Ulusal Sağlık ve Refah departmanında Hindu Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü kuruldu. 1950'lerin sonunda, bu müdürlük 22 "Hint" hastanesi, 38 uzak bakım istasyonu ve 100'den fazla sağlık merkezi işletiyordu (Lavoie, 2018). Bununla birlikte, eyalet hükümetleriyle yaptığı tıbbi bakım müzakerelerinin bir parçası olarak, federal hükümet, tüm yerli sakinlerin eyalet sağlık sigortası kapsamı için uygun sakinler olarak muamele görmesi konusunda ısrarlıydı.

Takip eden on yıllar boyunca, Kanada Hükümeti'nin yerli akut ve birinci basamak sağlık hizmetleri ve tesislerinin çoğu, eyalet hükümetlerine devredilmiştir. (Lux, 2016). Aynı zamanda, federal hükümet, çeşitli programlar kapsamında reçeteli ilaçlar, dış bakımı, görme bakımı ve tıbbi ulaşım için teminat sağladı. Buna, belirli koşulları ve sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alan hedefli programlar eşlik etti.

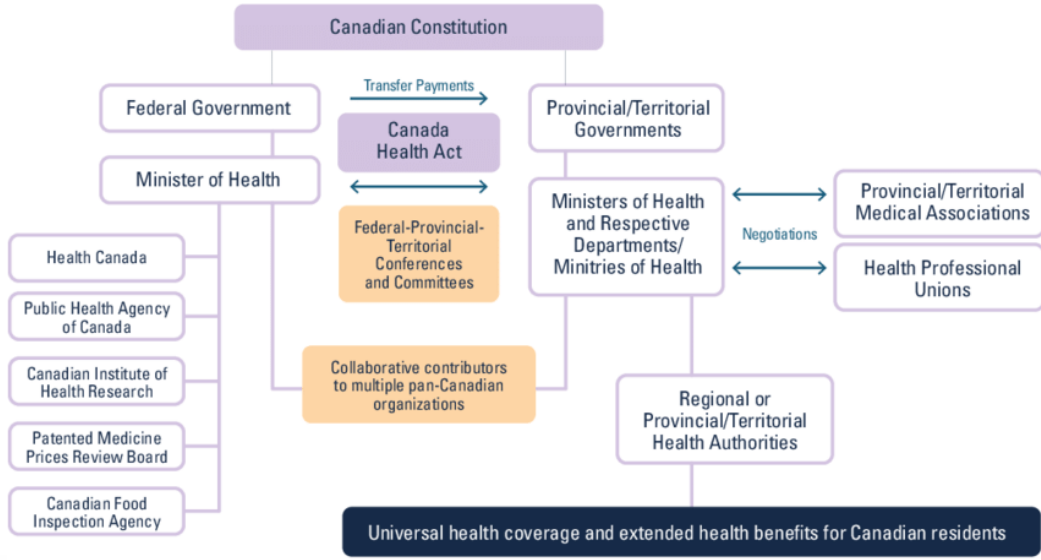
1989 Sağlık Transferi Politikası yürürlüğe girince, federal hükümet sağlık ve diğer hizmetler için fon ve sorumluluğu doğrudan seçilmiş yerli hükümetlere devretmeye başladı.

2.1.2. Kanada'nın Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Kanada, "Medicare" adı verilen merkezi olmayan, evrensel, kamu tarafından finanse edilen bir sağlık sistemine sahiptir. Bu sağlık sistemi, 13 il ve bölgesel sağlık sigortası planı esasında oluşturulmuştur. Bu bölge ve eyaletler, federal hükümete bağlı bir anayasal statüye sahip olsa da, federal hükümet tarafından halk sağlığı bakımını yönetme sorumluluğu kendilerine devredilmiştir. Her birinin kendine özgü sigorta planı bulunmaktadır ve her biri federal hükümetten kişi başına nakit yardım alır. Avantajlar ve teslimat yaklaşımları farklılık gösterir. Ancak tüm vatandaşlar ve daimi ikamet edenler, tıbbi olarak gerekli hastane ve doktor hizmetlerini kullanım noktasında ücretsiz olarak alırlar. Ayakta tedavi gören reçeteli ilaçlar ve diş bakımı da dahil olmak üzere hariç tutulan hizmetler için ödeme yapmak için iller ve bölgeler, hedeflenen gruplar için bir miktar kapsam sağlar.

Federal hükümet, ilkeleri Kanada Sağlık Transferinden tam pay almak isteyen eyaletler tarafından onaylanan Kanada Sağlık Yasası aracılığıyla sağlık hizmetlerinin kilit boyutları açısından önemli "yönlendirme" sorumluluklarını elinde tutar. Federal hükümet, istihdama dayalı sigorta yoluyla sağlık yardımlarını vergilendirmeyerek, tıbbi olmayan sağlık hizmetleri ve ilaçlar için özel sağlık sigortası kapsamını teşvik etmek için örtülü bir sübvansiyon da sağlar. Ayrıca, Kanadalıların yaklaşık üçte ikisinin özel sigortası vardır.

Şekil 8. Kanada Sağlık Sistemi



Kaynak: Martin v.d., 2018.

İl ve bölge sağlık bakanları: İl ve bölge sağlık bakanları, tıbbi olarak gerekli hastane ve doktor hizmetleri için evrensel kapsamın idaresine ilişkin mevzuat ve düzenlemelerden sorumludur. Bazı yargı bölgelerinde, biri yatan hasta hizmetlerine ve diğeri tıbbi hizmetlere ilişkin iki ayrı mevzuat bulunurken, diğeryargı alanlarında her ikisi de tek bir mevzuatta birleştirilmiştir. Sağlık yetkililerinin bulunduğu il ve bölgelerde, sağlık bakanının sağlık sistemine ilişkin yetki ve sorumluluklarının bir kısmı, geniş bir sağlık hizmetleri yelpazesi için kaynak tahsis etmekten sorumlu kamu idari kurumlarına devredilmiştir.

Bölgeselleştirme, il sağlık bakanlıklarından bölgesel sağlık yetkililerine finansman devrini, yönetim ve idarenin bireysel sağlık tesisleri ve kuruluşlarından bölgesel sağlık yetkililerine merkezileştirilmesiyle birleştirir. Çoğu ilde bölgesel sağlık yetkilileri hem hastane bakımı hem de uzun dönemli bakımın yanı sıra il yasalarıyla verilen diğeryazılı hizmetlerin sağlayıcıları ve alıcıları olarak hareket eder. 2006 ve 2018 arasında, Ontario'daki yerel sağlık entegrasyon ağı, Kanada'nın geri kalanındaki bölgesel sağlık yetkililerinin aksine, doğrudan hizmet sağlamadı; bunun yerine kaynakları hastaneler ve diğerybağımsız sağlık kuruluşları arasında paylaştırdılar. Bazı durumlarda bölgesel sağlık yetkilileri özellikle hastanelerin konsolidasyonu olmak üzere yatay entegrasyonu kolaylaştırırken, bölgeselleşmenin temel amacı dikey entegrasyonun faydalarını elde etmektir. Bir dizi sağlık sektöründeki tesisleri ve sağlayıcıları koordine ederek veya entegre ederek, bölgesel

sağlık yetkililerinin daha fazla önleyici bakımı teşvik ederek ve uygun olduğunda, potansiyel olarak daha düşük maliyetli ev, toplum ve kurumsal hizmetleri daha fazla hizmetle ikame ederek bakımın sürekliliğini iyileştirmesi ve maliyetleri düşürmesi bekleniyordu. (Marchildon, 2016b). İl sağlık bakanlıklarından sağlanan fonla, bölgesel sağlık yetkilileri ve daha merkezi il ve bölgesel sağlık yetkilileri sağlık kaynaklarını hizmet için tahsis eder.

Federal Hükümet: Federal hükümet, Kanada il ve bölge hükümetlerinin sağlık hizmetlerini finanse etme, organize etme ve sunma ve sağlayıcıları denetleme konusunda birincil sorumluluğu vardır. Yargı bölgeleri, hekimleri ve ilaç programlarını doğrudan finanse eder ve hastane, toplum ve uzun süreli bakımın yanı sıra akıl ve halk sağlığı hizmetleri sunmak için devredilen sağlık yetkilileriyle sözleşme yapar.

Federal hükümet, il ve bölge genel sağlık sigortası programlarını ortak finanse eder ve vatandaşları, Kanada Silahlı Kuvvetleri üyeleri, gaziler, yeniden yerleştirilen mülteciler ve bazı mülteci başvuru sahipleri ve federal cezaevlerindeki mahkumlar dahil olmak üzere belirli nüfuslar için bir dizi hizmeti yönetir. Ayrıca tıbbi cihazların, ilaçların ve doğal sağlık ürünlerinin güvenliğini ve etkinliğini düzenler, sağlık araştırmalarını ve bazı bilgi teknolojisi sistemlerini finanse eder ve ulusal ölçekte çeşitli halk sağlığı işlevlerini yönetir.

Federal hükümet, Ulusal düzeyde, çeşitli devlet kurumları belirli işlevleri denetlemektedir. Federal sağlık bakanlığı olan “Health Canada”, gıda ve ilaç güvenliği, tıbbi cihaz ve teknoloji incelemesi ve evrensel sağlık kapsamı için ulusal standartların desteklenmesinde önemli bir düzenleyici rol oynamaktadır. 2004 yılından bu yana, Kanada Halk Sağlığı Kurumu, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, gözetim, acil durumlara hazırlık ve ayrıca önde gelen ulusal bağışıklama girişimleri ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için programları koordine etme veya yönetme dahil olmak üzere çok çeşitli halk sağlığı işlevlerini yerine getirmiştir. Kanada Halk Sağlık Kurumu, ayrıca Ulusal Mikrobiyoloji Laboratuvarı'ndaki biyogüvenlik tesisleri de dahil olmak üzere bölgesel olarak dağıtılmış merkezler ve laboratuvarlardan sorumludur. Kanada Halk Sağlığı Kurumu Yasası aynı zamanda Baş Halk Sağlığı Görevlisi pozisyonunu da oluşturmuştur. Yasa, bu pozisyona il ve

bölge hükümetleri ve onların halk sağlığı kurumlarının yanı sıra sivil toplum kuruluşları ve özel sektörle halk sağlığı konularında iletişim kurma yetkisi vermektedir. 2020'deki COVID-19 krizi sırasında bu görevi yerine getiren Dr. Theresa Tam, pandemiye yönelik politika yanıtlarını koordine etmek için il ve bölge hükümetlerindeki meslektaşlarıyla birlikte çalıştı. Pandemi sırasında Dr. Tam, COVID-19'un yayılması ve ofisi tarafından bulaşmayı kontrol altına almak için önerilen yanıtlar hakkında ilerleme raporları vermek için günlük canlı basın toplantıları düzenlemiştir.

Ek olarak, federal hükümet, Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüleri'nin finansmanı yoluyla sağlık araştırmalarında kritik bir rol oynamaktadır. Bu enstitü, 13 “sanal” enstitüden oluşur ve sağlığı iyileştirmek ve sağlık sistemini güçlendirmek amacıyla araştırma finansmanı sağlamaktadır (Marchildon, 2013). Federal Sağlık Bakanı, Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüleri'nden ve Kanada'yı dünyanın önde gelen beş sağlık araştırma ülkesinden biri yapma hedefini sürdürmekten sorumludur. Federal hükümet ayrıca, amacı Kanada'yı hastalık yatkınlığını izole etme ve daha iyi teşhis araçları ve önleme stratejileri geliştirme konusunda dünya lideri olan “Genome Kanada” da dahil olmak üzere bağımsız olarak yönetilen büyük araştırma girişimleri için finansmanın çoğunu sağlamaktadır.

İl ve bölge genel hükümetleri tüm kayıtlı “First Nations” ve “Inuit communities” sakinlerine evrensel olarak sigortalı hizmetler sağlamak zorundayken, federal hükümet bu vatandaşlara reçeteli ilaçlar, dış bakımı ve görme bakımı gibi “sigortasız sağlık yardımları” için ek teminatlar da sağlamaktadır.

Hükümetlerarası düzey: Artan sağlık politikası bağımlılığı ortamında faaliyet gösteren merkezi olmayan bir devlet olarak, federal, eyalet ve bölgesel hükümetler, politika ve program alanlarını kolaylaştırmak ve koordine etmek için hükümetler arası araçlara büyük ölçüde güvenmektedir (Marchildon, 2010). Doğrudan araçlar, federal, eyalet ve bölgesel Sağlık Bakanları Konferansına rapor veren danışma konseylerini ve komitelerini içermektedir.

Sivil Toplum Kuruluşları ve Dernekler: Kanada sağlık hizmetleri programları ve politikaları, bir dizi sivil toplum kuruluşundan (STK) büyük ölçüde etkilenmektedir. Birçoğu il dernekleri olarak örgütlenmiştir ve bu il organlarının bir

kısmı, üyeliklerin Pan-Kanada girişimlerini kolaylaştırma ve koordine etmede önemli bir rol oynayan ulusal şemsiye kuruluşlara sahiptir. Önemli sayıda ulusal sağlık STK'sı da hayır kurumu statüsüne sahiptir ve bunlar, gelirler ve vergiden düşülebilir bağışlarla ölçüldüğünde, ülkedeki en büyük STK'lardan bazılarını, özellikle hastane vakıfları ve hastalık temelli hayır kurumlarıdır.

Devlet temelli sağlık tesisi akreditasyonuna sahip ülkelerden farklı olarak Kanada'nın bir STK tarafından yürütülen gönüllü bir akreditasyon sistemine sahip olduğunu belirtmekte fayda var (Shaw ve diğerleri, 2013). Akreditasyon Kanada olarak bilinen bu STK, hastaneleri, sağlık tesislerini ve sağlık yetkililerini akredite eder ve ayrıca iyileştirme önerileriyle birlikte sağlık tesislerinin ve bölgesel sağlık sistemlerinin gözden geçirmelerini ve değerlendirmelerini yürütür.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar, Kanada'da sağlık hizmeti politikasının şekillenmesinde önemli bir rol oynamıştır. Örneğin, Kanada Tabipler Birliği, Kanada'da aile doktorları olarak bilinen doktorlar, uzmanlar ve pratisyen hekimler için şemsiye ulusal kuruluştur. Üyelerinin çıkarları için lobi yapmanın yanı sıra, bu birlik ayrıca aktif bir politika araştırma gündemi yürütür ve iki haftada bir yaklaşık 10 dergi yayımlamaktadır.

Kanada Hemşireler Birliği, 2018 itibariyle yaklaşık 139.000 üyeye sahip bir federasyonudur. Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği gibi bazı taşra teşkilatları, kendi içlerinde önemli politika ve düzenleyici etkiye sahiptir. Kanada'da hemşireler yüksek oranda sendikalı olduklarından, il ve bölgesel sendika örgütleri önemli siyasi etkiye sahiptir. Sendikalar, ulusal düzeyde Kanada Hemşire Sendikaları Federasyonu tarafından temsil edilmektedir.

Sonuc olarak, Pan-Kanada düzeyinde, temel amacı hem genel hem de özel sağlık hizmetleri amaçları için destek ve finansmanı harekete geçirmek olan çok sayıda sivil toplum grubu vardır. Diğer hayır kurumları, etkilenen bireyler ve bakıcıları için savunuculuk, bilgi ve tavsiye yoluyla belirli hastalıklara veya sağlık koşullarına daha fazla halkın odaklanmasını teşvik eder. Bu kuruluşların birçoğunun hayır kurumu statüsü vardır ve kendi alanlarındaki araştırmalar için fon sağlamaktadır.

2.1.3. Kanada'daki Hastaneler Ve Sağlık Çalışanları

Kanada'da hastane mülkiyetleri dört başlık altında incelenmektedir: federal, belediye, il ve bölge (OECD Health Statistics, 2020: 1). Federal hastaneler, Kanada Hükümeti'nin bir departmanına veya kurumuna ait olan ve kar amacı gütmeyen işletilen bir hastane için geçerlidir (Örneğin: Gazi hastaneleri). Belediye hastaneleri: Bir şehir, ilçe, belediye veya başka bir belediye yönetimine ait hastaneler için geçerlidir. Hastanenin yönetim organının üyeleri belediye organı veya seçmenleri tarafından atanır ve seçilir. İl hastaneleri: bir il veya bölgesel hükümetin bir şubesi, bölümü, kurumu veya dairesine ait bir sağlık hizmeti kuruluşu için geçerli olan hastanelerdir. Bölge hastaneleri ise, bölge yetkilisine ait hastaneleri kapsamaktadır. Bu hastaneler, Kanada Sağlık Hizmeti Kuruluşlarında Yönetim Bilgi Sistemleri Standartlarında tanımlandığı şekilde gönüllü mülkiyete sahip hastaneleri de içerir. Ayrıca, bir sivil toplum kuruluşuna, dini bir gruba veya gönüllü bir gruba ait olan bir hastane için geçerlidir. Bu hastaneler devlet birimleri tarafından kontrol edilmektedir. 2020 OECD verilerine göre Kanada hastanelerinde kamunun payı %70 iken, özel sektörün ve STK'ların payı %30 olarak hesaplanmıştır (Statista Canada, 2021). Teşhis ekipmanlarının satın alınması ve kurulması gibi sermaye harcamaları ile ilgili olarak, hastaneler, devlet ve hayır kurumlarının bağışları dahil olmak üzere çeşitli finansman kaynaklarına güvenmektedir.

Kanada'daki yaklaşık 850 hastanenin çoğu, kar amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlara aittir ve bunlar tarafından işletilmektedir. Her 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ise 2,52'dir. Bu rakamda önemli bir azalış söz konusudur. Böyleki 1970'lerde 1000 kişiye düşen yatak sayısı 7 civarında iken, yıllar geçtikçe azalma yaşanmıştır (World Bank, 2021).

Ülkenin sağlık çalışanlarının toplam sayısı ise 645 binden fazladır. (Statista, 2019). 1000 kişiye düşen doktor sayısı 2.8 iken, 1000 kişiye düşen hemşire sayısı ise 9.9 olmuştur (OECD, 2021). Son yıllarda tıbbi eğitim alanların sayısında artım söz konusudur. 2019 verilerine göre, aynı yıl içinde her 100 bin kişiden 7.7'si doktor, 56'sı ise hemşire eğitimini başa vurarak mezun olmuşlar (OECD, 2021).

2.1.4. Kanada'nın Sigorta Sistemi

Kanada'nın sigorta sisteminde Ulusal Sağlık Sigortası Modeli (Karma model) kullanılmaktadır. Bu model özel sağlık hizmeti sağlayıcılarını kullanılmaktadır, ancak devlet tarafından yürütülen ve vatandaşlar tarafından vergi ve primlerin ödenmesi yoluyla finanse edilmekte olan bir sistemdir. Tek ödeyici olduğu, pazarlama ihtiyacı ya da kar amacı olmadığı için diğer sistemlere mukayese edildiğinde daha kolay yönetilen, organize edilen ve daha ucuz bir sistem olabilmektedir. Ayrıca, bu sistem maliyetleri kontrol edebilme amacıyla karşılanacak olan sağlık hizmetlerini sınırlandırabilmekte ya da hastaların hizmet alması için bekleme listesi oluşturabilmektedir.

Kanada'nın toplam sağlık harcamalarının %70,4'ü devlet tarafından, %29,6'sı ise özel kesimden tarafından sağlanmaktadır. Yukarıda da söglendiği gibi ülkenin sağlık sigortası sisteminin büyük kısmı devlet tarafından maliyeleştirilip kontrol edilmektedir. Bununla birlikte ülke nüfusunun yaklaşık %66'sının özel sağlık sigortası bulunmaktadır ki, bu da işverenlerden kaynaklanmaktadır (Statista, 2021).

Ülkede genel sağlık sigortası bölge ve eyaletlere göre farklılık göstermektedir. Genel olarak tıbbi olarak gerekli hastane, teşhis ve doktor hizmetleri tü eyalet ve bölgelerde ücretsiz olarak sunulmaktadır. Fakat bazı alt hizmetler bölge ve eyaletlere göre değişiklik gösterebilir. Örneğin, Ontario gibi bazı illerde, 65 yaşından büyük tüm yaşlı vatandaşların kamuya açık reçeteli ilaç sigortası vardır, oysa British Columbia gibi diğerlerinde, uyuşturucu sigortası gelir testine tabidir (Martin, 2018).

Özel sağlık sigortasının çoğunluğu, işverenler, sendikalar, meslek birlikleri ve benzeri kuruluşlar tarafından desteklenen fayda planları olan istihdama dayalı grup poliçeleri biçiminde gelir (Hurley & Guindon, 2020). Bu tür bir sigorta "işle birlikte geldiğinden", kesinlikle "gönüllü" değildir.

2.1.5. Kanada'nın Sağlık Sisteminin Finansmanı

Kanada'da sağlık hizmetlerinin finansmanı üç katmanı içermektedir. Birinci katman, kamu hizmetlerinden (Kanadalıların Medicare olarak tanıdığı hizmetler) oluşur: tıbbi olarak gerekli hastane, teşhis ve doktor hizmetleri. Bu hizmetler genel vergi gelirleriyle finanse edilir ve Kanada Sağlık Yasası'nın gerektirdiği şekilde hizmet noktasında ücretsiz olarak sağlanır. Bu tek ödemeli sistemde kapsam evrenseldir. Bu katmanın en önemli kalitesi, hekim ve hastane bakımına nispeten adil erişimdir. Diğer bir fayda da maliyetlerin kontrol altına alınmasıdır: Kanada'nın kamu tarafından finanse edilen sigorta planlarında, tek bir sistemin basitliği nedeniyle idari genel gider son derece düşüktür (%2'den az) (Allin, 2008: 83).

İkinci katman hizmetler, kamu ve özel sigorta kapsamı ve cepten ödemelerin bir karışımı yoluyla finanse edilir ve ayakta tedavi reçeteli ilaçların sağlanmasını, evde bakımı ve kurumsal uzun vadeli bakımı içerir. İllerin ve bölgelerin her biri, herhangi bir ulusal çerçeve olmaksızın bu katmanda çeşitli kamu programlarına sahiptir (Campbell, 2003: 771). Örneğin, Ontario gibi bazı illerde, 65 yaşından büyük tüm yaşlı vatandaşların kamuya açık reçeteli ilaç sigortası vardır, oysa British Columbia gibi diğerlerinde, uyuşturucu sigortası gelir testine tabidir (Canadian Institute for Health Information Prescribed drug spending in Canada, 2016).

Üçüncü katman hizmetler neredeyse tamamen özel olarak finanse edilir ve dış bakımı, ayakta tedavi fizyoterapisi gibi hizmetleri kapsamaktadır (Marchildon, 2013: 82).

Tablo 4. Kanada'da Sağlık Harcamalarındaki Eğilimler: 2000-2019

Harcamalar	2000	2005	2010	2015	2019
Kişi başına cari sağlık harcaması (USD)	2451	3292	4167	4551	5418
Toplam harcamaların GSYİH'deki payı (%)	8.2	9.0	10.7	10.6	11.5
Toplam harcamalarda kamu harcamalarının payı (%)	70.0	69.9	70.3	70.8	70.4
Kişi başına yapılan kamu sağlık harcaması	1715	2300	2928	3223	3815

(USD)					
Sağlıkla ilgili özel harcamaların toplam sağlık harcamalarındaki yüzdesi (%)	30.0	30.1	29.7	29.2	29.6
Sağlıkla ilgili kamu harcamalarının genel hükümet harcamalarındaki yüzdesi (%)	14.8	17.1	17.8	19.1	19.2
Devlet sağlık harcamalarının GSYİH'deki yüzdesi (%)	5.8	6.3	7.5	7.5	7.9
Paket dışı (out of paket) ödemelerin toplam sağlık harcamalarındaki yüzdesi (%)	16.6	15.4	15.1	14.3	14.1
Paket dışı (cepten) ödemelerin özel sağlık harcamalarındaki yüzdesi (%)	55.3	51.0	50.9	48.9	49.2
Gönüllü sağlık programlarının özel sağlık harcamalarındaki yüzdesi (%)	44.7	49.0	49.1	51.1	50.8

Kaynak; OECD, Statista, WHO ve World Bank.

2019'da Kanada'daki toplam sağlık harcamasının 220,6 milyar dolara veya kişi başına 5418 ABD dolarına ulaşmıştır. Genel olarak sağlık harcamalarının Kanada'nın gayri safi yurtiçi hasılasının (GSYİH) %11,5'ini temsil etmiştir. Bu rakam OECD ülkelerinin ortalamasından yüksektir ve ilk sıralarda yer almaktadır. 2020 Kanada Sağlık Bilgileri Enstitüsü raporuna göre, Kanada hükümeti sağlık harcamalarının %70,4'üne katkıda bulunmaktadır. Geriye kalan kısım özel sektörün payına düşmektedir, bu oran da %29,6'dır (National Health Expenditure Trends, 2020: 5). Kamu-Özel kesim arasında devam eden bu 70/30 oranı 1990'ların sonlarından bu zamana kadar sabit olarak devam etmektedir. Bu dönemde cepten harcamalardan özel sağlık sigortasına doğru hafif bir kayma dışında çok az değişiklik olmuştur. Özel sağlık sigortası, kısmen sendikalı ve profesyonel işyerlerinde istihdama dayalı yardım paketlerinin bir parçası olarak özel sağlık sigortasının devam eden merkeziliği nedeniyle, cepten ödemelerden daha hızlı büyümüştür.

Toplam sağlık harcamalarındaki gerçek yıllık büyüme 1970'lerin sonlarında ve 1980'lerin başında zirveye ulaştı, ardından 1990'ların başlarından ortalarına kadar hızla düştü ve ancak 20. yüzyılın sonunda tekrar yükselmeye başladı. 1990'ların başından 1997'ye kadar ve sonra tekrar 2010-2014'ten itibaren, sağlık harcamalarında büyüme yaşandı. 1990'lardaki harcama kesintileri, eyalet hükümetlerinin bütçe açıklarını ortadan kaldırmaya ve önceki yirmi yılda birikmiş

borç yüklerini azaltmaya yönelik agresif maliye politikasının doğrudan bir sonucu oldu. Sağlık, eyalet bütçelerindeki en büyük harcama kategorisi olduğundan, bu hükümetler 1990'ların başlarından ortalarına kadar harcamaları sınırladı veya hatta azalttı. Bunu, federal hükümetten eyaletlere yapılan ve büyük bir kısmı tarihsel olarak sağlık hizmetlerine ayrılmış olan nakit transferlerinde büyük bir azalma izlemiştir (CIHI, 2019a).

1990'ların sonunda, il hükümetleri, sağlık hizmetlerinin kalitesinin kötüleşmesine ilişkin kamuoyu algılarına büyük ölçüde yanıt olarak sağlık hizmetlerine yapılan harcamaları artırmıştı. 2000 yılına gelindiğinde, federal hükümet eyaletlere yapılan nakit transferlerini artırmaya başlamış ve bu da 2004 yılında Kanada Sağlık Transferinde sonraki 10 yıl için otomatik olarak %6'lık bir yıllık artış oranı uygulama taahhüdü ile sonuçlanmıştır. Bu yatırımlar, sağlık/GSYİH oranında 2010'da %10,7'ye ulaşan bir artışa yol açtı. Tablo 2'de gösterildiği gibi, kişi başına sağlık harcamaları daha sonra 2010-2019 yılları arasında biraz arttı ve %11,5'e ulaştı. 2017 yılı itibarıyla, federal nakit transferindeki yıllık artış, ekonominin büyüme hızına paralel olarak, yılda en az %3'lük bir artışla sıfırlanmış ve federal hükümet, iller ile bir dizi ikili anlaşma yapmıştır (Marchildon, 2016c; Canada, 2019a).

2019 yılında kişi başına yapılan kamu harcamaları 3815 ABD doları iken, özel sektörün yaptığı harcamalar 1603 ABD doları olmuştur (OECD Health Spending, 2021). Kişi başına kamu ve özel harcamalar 2010'dan bu yana benzer oranlarda arttı. 2010-2019 yılları arasındaki 9 yıllık dönemde kişi başına özel sağlık harcamalarındaki ortalama yıllık büyüme oranı, kamu harcamalarındaki %2,7'ye kıyasla %2,8 oldu (CIHI, 2019a). Kanada'nın özel sağlık harcamalarındaki payı son 20 yılda sabit kalmıştır, ancak kısmen reçeteli ilaçlar için düşük kamu kapsamının ve diş bakımı ve görme bakımı için neredeyse hiç kamu kapsamının olmamasının bir sonucu olarak diğer OECD ülkelerine göre yüksektir. Kanada'da sağlık için yapılan kamu harcamaları, 2015 yılında toplam hükümet harcamalarının %19'unu oluşturmuştur. Bu rakam, Hollanda (19) ve Birleşik Krallık (18.5), Avustralya'dan (16.7) daha yüksek ve ABD'den (22.6) daha düşüktür.

Sağlık sistemi finansmanının başlıca kaynağı, eyalet, bölgesel ve federal hükümetler tarafından yapılan vergilerdir: genel vergilendirme, tüm sağlık finansmanının üçte ikisinden fazlasını sağlamaktadır. Medicare hizmetleri (hastane, teşhis, tıbbi bakım, belirlenmiş cerrahi-diş hizmetleri ve yatarak ilaç tedavileri) kullanım noktasında ücretsiz olduğundan, ağırlıklı olarak il düzeyinde tamamen devlet gelirleriyle finanse edilmektedir. 2018'de ulusal tahminler, kamu finansmanının hastane harcamalarının %90'ını ve doktor harcamalarının %98'inden fazlasını oluşturduğunu göstermektedir (CIHI, 2019a). Diğer sağlık ürünleri ve hizmetleri için finansman kaynakları, vergilendirme, cepten ödemeleri ve özel sağlık sigortası kombinasyonundan elde edilir. Zorunlu (veya sosyal) sigorta, sağlık finansmanının en küçük bölümünü oluşturur ve büyük ölçüde, işyeri yaralanmaları veya işçi tazminat programları kapsamında mevcut olan rahatsızlıklar için sağlık yardımları için kullanılır.

Özel sağlık sigortası, diş bakımı, reçeteli ilaçlar, rehabilitasyon ve akıl sağlığı hizmetleri gibi tıbbi olmayan sektörlerin yanı sıra tıbbi olarak gerekli olmayan birkaç tıbbi ve hastane hizmetine havale edilir. Özel sağlık harcamalarının bir payı olarak, özel sağlık sigortası 1980'lerin sonlarından itibaren cepten harcamalarına göre büyümüştür. 2017'de özel sağlık sigortası harcamaları, toplam özel sağlık harcamalarının %41,3'ünü oluşturmuştur. Bu oran 1990'da %31,3 olmuştur(CIHI, 2019a). 2017 yılında özel sağlık sigortası yoluyla harcanan 24,9 milyar ABD dolarının %39,6'sı reçeteli ilaçlara, %27,8'i diş bakımına ve %5,5'i hastane konaklamalarına, özellikle özel odalara harcanmıştır (CIHI, 2019a).

2.2. JAPONYA

Japonya, batıda Japonya Denizi ile doğuda Pasifik Okyanusu arasında yer alan bir takımadadır. Japonya, başka hiçbir ulusla bitişik kara sınırlarını paylaşmaz, ancak topraklarındaki çok sayıda ada nedeniyle, geniş bir deniz sınırına sahiptir. Japonya 6000'den fazla adadan oluşurken, nüfusunun büyük bir çoğunluğu dört ana adada yaşıyor: Honshu, Kyushu, Hokkaido ve Shikoku (azalan nüfus sırasına göre). Dağlık arazi nedeniyle, kentsel gelişim için uygun arazi sınırlıdır ve bu da birleşik

kentlerde yüksek nüfus yoğunluğuna neden olur. Japonya'nın Pasifik kenarına coğrafi yakınlığı, ülkeyi özellikle sismik faaliyetlere (yani depremler ve tsunamiler) ve Pasifik Okyanusu'ndan gelen tayfunlara eğilimli hale getirmektedir.

2019 verilerine göre ülkenin nüfusu 126.264.931 kişiye ulaşmıştır. Japonya'nın doğurganlık oranındaki keskin düşüş nedeniyle, nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Ülkenin yaş ortalaması 84,4'tür. Ülkede İkinci dünya savaşından hemen sonra (1947-1949) ve 1970 yıllarında çocuk sayında artım görülmüştür. Ülkenin 2025 yılında, eşi görülmemiş bir yaşlanma kriziyle karşı karşıya kalacağı öne sürülmektedir (WorldBank, 2021).

Japonya, gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) açısından dünyanın üçüncü büyük ekonomisidir ve Yediler Grubunun (G7) bir üyesidir. Japonya'nın GSYİH'si Savaş sonrası dönemde hızla artmasına rağmen, 1990'ların ekonomik krizi birkaç on yıllık durgunluğa ve durgunluğa neden oldu. 2019 yılında ülkenin gayri safi yurtiçi hasılası bir önceki yıla göre %0.654 oranında bir artış göstererek, 5.082 trilyon ABD doları olmuştur. Kişi başına GSYİH ise 40.247 ABD doları olmuştur (OECD,2021).

Tablo 5. Kanada' nın Genel Bilgileri ve Göstergeleri

Yüz Ölçümü	377,975 km ²
Başkenti	Tokyo
Resmi Dili	Japonca
Nüfus	126.264.931
Nüfus Artış Hızı	-%0,209
Ortalama Yaş	84,4
İşsizlik Oranı	%2,97
Para Birimi	Japon Yeni
Resmi Din	Şintoizm ve Budizm

Kaynak; OECD, ILO, World Bank, Statista, 2021.

2.2.1. Japonya'nın Sağlık Sistemi

Japonya sağlık sistemi Bismarck modeli esasında oluşturulmuştur. Japonya, sağlık sistemlerini zorunlu hastalık ve bazen de sosyal sağlık sigortası ile ağırlıklandırılmış özelliklerle sınıflandıran refah temelli sağlık sistemlerine sahip ülkelerden biridir. Japonya'da gelir düzeyi gözetilmeksizin bir sağlık sistemi kurulduğuna dayalı yorum yapılmaktadır. Kısacası, sağlık sisteminin finansmanı, yerel ve ulusal yönetimlerden, bireylerden ve işverenlerden alınan primlerden oluşmaktadır. Kamu sağlık sigortasına ek olarak özel sağlık sigortası kullanan çok sayıda kişi bulunmaktadır. Tüm tıbbi tesislere ücretsiz erişime rağmen, hastaların aile hekimine veya doktora danışmadan hastaneye gitmesi durumunda ödediği ücretler artmaktadır. Aile hekimlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumuna büyük katkısı vardır. Japonya'nın sağlık sistemlerinin özelliklerinden biri, sağlık sisteminin hem hastalar hem de sağlık hizmeti sunucuları için birçok alternatif sunan rekabetçi bir ortama sahip olmasıdır (Acar, 2019: 34).

Japonya'nın sağlık sistemi, eşitlikle nispeten düşük bir maliyetle mükemmel sağlık sonuçları sağlayan evrensel sağlık sigortası ile belirgin bir şekilde karakterize edilir (Ikegami N ve diğerleri, 2011; Murray CJL, 2011). Yasaya göre, tüm Japonya sakinleri (oturma kartı olan yabancı uyruklular dahil) bir sağlık sigortası programına kayıtlı olmalıdır.

Japonya'da iki ana sağlık sigortası türü vardır: Çalışanların Sağlık Sigortası Sistemi ve Ulusal Sağlık Sigortası (önceden Topluluk Sağlık Sigortası olarak adlandırılırdı). Çalışan Sağlık Sigortası Sistemi çalışan işçilere (şirket çalışanları) ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere sağlanırken, Ulusal Sağlık Sigortası kendi başına ve işsiz kişiler (dolayısıyla Çalışan Sağlık Sigortasına üye olmaya uygun olmayanlar) için tasarlanmıştır ve belediye hükümetleri tarafından yürütülmektedir. Çalışan Sağlık Sigortası nüfusun %59'nu kapsamaktadır. Ulusal Sağlık sigortası ise 74 yaş ve altındaki işsiz bireyler (nüfusun %27'si) için Vatandaş Sağlık Sigortası planlarını ve 75 yaş ve üzerindeki tüm yetişkinleri otomatik olarak kapsayan (nüfusun %12,7'si) Yaşlılar için Sağlık Sigortası planlarını içeren ikamet bazlı sigorta planlarını kapsamaktadır.

Hastaların tıbbi harcamalar için katkı payları, kliniklere ve hastanelere yapılan her ziyarette ödenmelidir. Ulusal olarak tek tip ücret tarifesi (yani, hastaların katkı payı dahil olmak üzere geri ödeme miktarı), ilaçlar da dahil olmak üzere çoğu sağlık bakım prosedürünü ve ürününü kapsar. Sağlık sigortası maliyetin %70-90'ını öderken, kalanı sigortalı tarafından katkı payı olarak ödenmektedir.

Sakinlerin çoğu özel sağlık sigortasına sahiptir, ancak öncelikle hayat sigortasına ek olarak kullanılır ve hastalık durumunda ek gelir sağlamaktadır. Japonya'nın yasal sağlık sigortası sistemi (SHIS) nüfusun yüzde 98,3'ünü kapsarken, yoksul insanlar için ayrı Kamu Sosyal Yardım Programı kalan yüzde 1,7'yi kapsamaktadır. Vatandaşların ve oturma izni olanların bir SHIS planına kaydolmaları gerekmektedir.

Son verilere göre GSYİH'nin %11'i sağlık hizmetlerine harcanmaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması 4823 ABD doları olmuştur. Bu harcamaların 4064 ABD doları kamu tarafından, 759 doları ise özel kesim tarafından karşılanmıştır (World Bank, 2021).

Japonya'daki iki sağlık sigortası planı (Çalışanların Sağlık Sigortası sistemi ve Ulusal Sağlık Sigortası) farklı geçmişlere sahiptir. Çalışan Sağlık Sigortası Sistemi çalışan işçiler için 1922'de başlarken, Ulusal Sağlık Sigortası sistemi daha sonra, 1938'de serbest meslek sahipleri için başlatılmıştır (Hatanaka T ve diğerleri, 2015). Bu iki sigorta programına katılım isteğe bağlıydı, bu nedenle önemli sayıda kişi ne Çalışan Sağlık Sigortası ne de Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında değildi.

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından, demokratik hareketlerin büyümesi ve sosyal dayanışmaya bağlılık, genel sigortaya ulaşma ivmesini artırdı. Ulusal Sağlık Sigortası sisteminde gönüllülükten zorunlu kayıt sistemine geçişin ardından, Çalışan Sağlık Sigortası Sistemi'nin kapsamının genişletilmesiyle birlikte, 1961 yılında genel bir sağlık sigortası sistemi kurulmuştur. Fakat, bu sistemde hizmet kapsamı sınırlı ve cepten ödemeler %50'de hala yüksekti (Ikegami N ve diğerleri, 2011).

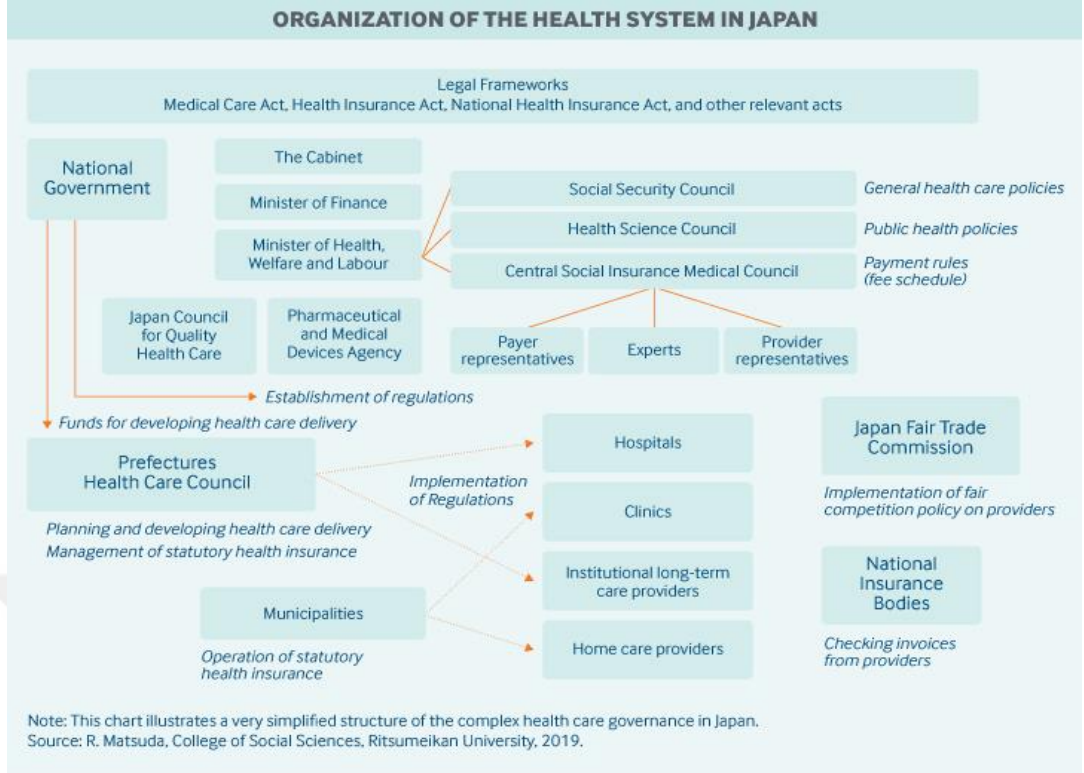
İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki ekonomik patlama sayesinde, hükümet hizmet kapsamını başarıyla genişletti ve cepten ödeme oranını %50'den %30'a indirdi. Ayrıca, hükümet 1973'te bireyler ve haneler için cepten ödemesine ve ayrıca

yaşlılar için ücretsiz sağlık hizmetlerine aylık ve yıllık bir üst sınır getirdi. Sonraki dönemlerde, bu çerçeve yaşlılar için sağlık sisteminin temeli olarak kaldı.

2.2.2. Japonya'nın Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Japonya'nın yasal sağlık sigortası sistemi evrensel teminat sağlamaktadır. Öncelikle vergiler ve bireysel katkılarla finanse edilmektedir. İstihdama dayalı veya ikamete dayalı bir sağlık sigortası planına kaydolmak gereklidir. Yararları arasında hastane, birinci basamak, uzmanlık ve akıl sağlığı hizmetleri ile reçeteli ilaçlar yer almaktadır. Ek olarak, vatandaşlar çoğu hizmet ve bazı ek ödemeler için yüzde 30'luk ek sigorta primleri ödemektedirler. Küçük çocuklar ve düşük gelirli yaşlı yetişkinler daha düşük sigorta primi oranlarına sahiptir ve sağlık hizmetleri ve uzun vadeli hizmetler için yaşa ve gelire dayalı olarak yıllık bir hanehalkı cepten maksimum tutarı vardır. Ayrıca, aylık cepten ödemelerin de maksimum tutarı belirenmiştir. Ulusal hükümet ücret tarifelerini belirlemektedir. Japonya'nın illeri bölgesel dağıtım sistemleri geliştirmektedir. Sakinlerin çoğu özel sağlık sigortasına sahiptir, ancak öncelikle hayat sigortasına ek olarak kullanılır ve hastalık durumunda ek gelir sağlamaktadır.

Şekil 9. Japonya'nın Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı



Kaynak: OECD, 2019.

Hükümetin rolü: Ulusal ve yerel yönetimlerin, iyi kalitede tıbbi bakımı verimli bir şekilde sağlayan bir sistem sağlamaları kanunen zorunludur. Ulusal hükümet, ulusal sağlık sigortası sisteminin neredeyse tüm yönlerini düzenler. Ulusal hükümet ulusal sağlık sigortası sisteminin ücret tarifelerini belirler ve yerel yönetimlere (belediyeler ve vilayetler), sigortacılara ve sağlayıcılara sübvansiyon verir. Ayrıca sigortacılar ve sağlayıcılar için ayrıntılı düzenlemeler oluşturur ve uygular.

Japonya'nın illeri ulusal düzenlemeler uygular, ikamete dayalı bölgesel sigortayı yönetir (örneğin, katkı payları ve havuz fonları belirleyerek) ve kendi bütçeleri ve ulusal hükümet tarafından tahsis edilen fonlarla bölgesel sağlık hizmeti sunum ağları geliştirir. 1.700'den fazla belediye, sakinleri için sağlığı geliştirme faaliyetleri düzenlemekten ve vilayetlere ikamete dayalı Vatandaş Sağlık Sigortası planlarının uygulanmasında, örneğin katkı paylarını toplayarak ve yararlanıcıları kaydederek yardımcı olmaktan sorumludur (Matsuda, 2014).

Sağlık hizmetlerine dahil olan devlet kurumları aşağıdakileri içerir (Regulatory Information Task Force, Japan Pharmaceutical Manufacturers Association, Pharmaceutical Administration and Regulations in Japan, 2015):

✓ Genel politikalar onaylandıktan sonra politika belgeleri hazırlayan ve ayrıntılı düzenlemeler ve kurallar koyan Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı. Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı, Japonya'nın sağlık bakım sisteminde merkezi bir rol oynamaktadır. Başlangıçta, Sağlık ve Refah Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı olmak üzere iki farklı bakanlıktan oluşuyordu. Bu bakanlıklar, 2001 yılında idari hükümet reform planının bir parçası olarak birleştirildi.

✓ Kalite, güvenlik ve maliyet kontrolüne ilişkin ulusal stratejiler geliştirmekten sorumlu olan ve sağlayıcı ücretlerini belirlemek için yönergeler belirleyen Sosyal Güvenlik Kurulu.

✓ Yardım paketini ve ücret tarifelerini belirleyen Merkezi Sosyal Sigorta Sağlık Konseyi.

✓ Farmasötik ve tıbbi cihazları kalite, etkinlik ve güvenlik açısından inceleyen Farmasötik ve Tıbbi Cihaz Kurumu.

✓ Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi kapsamındaki ilaçların listesini ve fiyatlarını belirleyen Merkezi Sosyal Sigorta Sağlık Kurulu.

Tüketici ve profesyonel gruplar: Tüketici grupları (esas olarak hasta kuruluşları) müşteri ve hasta savunuculuğunda baskın bir rol oynamaktadır. Japonya'da 3000'den fazla hasta derneğinin olduğu ve Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı tarafından yürütülen politika toplantılarına komite üyesi olarak katılabilecekleri tahmin edilmektedir (Patient Groups in Japan, 2017). Bununla birlikte, bu hasta örgütleri ABD ve AB'dekilerle karşılaştırıldığında nispeten küçük ve parçalıdır, bu da politika oluşturma sürecinde yalnızca birkaç hasta örgütünün önemli bir nüfuza sahip olduğu anlamına gelmektedir.

Kamu sağlık sigortasının rolü: 2019 yılında, tahmini toplam sağlık harcamalarının GSYİH'nin yaklaşık yüzde 11'i olduğu ve bunun yüzde 84'ü esas olarak Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı yoluyla kamu tarafından finanse edilmiştir.

İstihdama dayalı planlarda, işverenler ve çalışanlar zorunlu katkı paylarını paylaşır. Katkı oranları, hem aylık maaşların hem de ikramiyelerin yaklaşık yüzde 10'udur ve bir çalışanın gelirine göre belirlenmektedir. Katkı oranları sınırlıdır. Tokyo'da, 2018'de maksimum aylık maaş katkısı 137.000 JPY (1.370 USD) ve ikramiyelerden alınan maksimum katkı 5.730.000 JPY (57.300 USD) tutarında idi. Bu katkılar vergiden düşülebilir ve sigorta türleri arasında değişiklik göstermektedir. İkamet bazlı sigorta planları için, ulusal hükümet, eyaletler ve belediyeler gibi bireylerin zorunlu katkı paylarının bir kısmını finanse etmektedirler. Küçük ve orta ölçekli şirketlerin işverenlerini ve çalışanlarını sigortalayan Japonya Sağlık Sigortası Birliği ve büyük şirketleri sigortalayan sağlık sigortası birlikleri de yaşlılar için sağlık sigortası planlarına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca Kamu Sosyal Yardım Programı, ulusal ve yerel bütçeler yoluyla ödenmektedir (Japan External Trade Organization, 2018).

Özel sağlık sigortasının rolü: Nüfusun çoğunluğunun (%70'den fazlası) bir tür ikincil, gönüllü özel sağlık sigortasına sahiptir. Bu sigorta yalnızca tamamlayıcı bir rol oynamaktadır. Tarihe baktığımızda, özel sigortanın hayat sigortasına ek olarak geliştiğini göre bilmekteyiz. Yürürlükteki tamamlayıcı sağlık sigortası poliçelerinin sayısı kademeli olarak artarak 2010'da 23,8 milyondan 2017'de 36,8 milyona çıkmıştır. Özel olarak finanse edilen sağlık hizmetlerinin sunumu ortodonti gibi hizmetlerle sınırlandırılmıştır. Hem kar amacı güden hem de kar amacı gütmeyen kuruluşlar özel sağlık sigortası işletmektedir (Sakamoto, 2018).

Cepten ödemelerin rolü: 2019 yılında cepten yapılan ödemeler cari sağlık harcamalarının yüzde 14'ünü oluşturmuştur. Ülke vatandaşları, tüm sağlık hizmetleri ve ilaçlar için yüzde 30'luk teminat ödemek zorundadır. 70 yaş ve üstü kişiler, küçük çocuklar ve daha düşük gelirli yetişkinler ise bu ödemelerden muaftır. Sakinler ayrıca belediyeler tarafından verilen kanser taramaları gibi önleyici hizmetler için kullanıcı ücreti ödemektedirler. Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı tarafından deneysel tedaviler, çok uzmanlıklı büyük hastanelerin ayakta tedavi hizmetleri, mesai sonrası hizmetler ve 180 gün veya daha fazla sürede hastaneye yatış dahil olmak üzere belirtilen bazı hizmetler dışında, sağlayıcıların bakiye faturalandırması veya ulusal ücret tarifesinin üzerinde ücret talep etmesi yasaktır (Commonwealthfund, 2021).

2.2.3. Japonya'daki Hastaneler Ve Sağlık Çalışanları

Japon hastaneleri ve klinikleri ağırlıklı olarak özel sektöre aittir. 2019 yılında, 8300 hastanenin 6731'ü (%81,1) özel hastaneler olup, bunların 5660'ı (%68,2) kar amacı gütmeyen tıbbi kuruluşlara, 232'si (%2,8) tamamen özel şahıslara ve 838'i (%10,1) kar amacı gütmeyen kamu kuruluşları, kar amacı gütmeyen okul şirketleri ve özel tıp okulları dahil olmak üzere başkalarına aittir. 1569 (%28,9) hastane ise kamuya aittir. 1569 hastane ise kamuya aittir. Tüm kategorilerdeki hastane sayısı, son yıllardaki birleşme ve satın almaları yansıtarak 1990'da 10.096'lık zirveden 1500'den fazla düşüş gösterdi ve 1992'den beri 10.000'den az oldu. Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı tarafından belirlenen mevcut ücret tarifesi altında , çoğunlukla akut ve üçüncü basamak bakım için büyük boyutlu kamu hastaneleri bir mali kriz durumundadır ve büyük ölçüde merkezi hükümet ve yerel yönetimler tarafından sübvansede edilirken, akut olmayan bakım için küçük, özel klinikler ve hastanelerin çoğu iyi finanse edilmektedir (Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı, 2020).

1948 Tıbbi Bakım Yasası kapsamında kurulmuş kar amacı gütmeyen tıbbi şirketler, özel hissedarların doğrudan yatırımıyla kurulmuş olmaları bakımından kar amacı güden şirketlere benzerler, ancak karlarını hissedarlara temettü şeklinde dağıtmaları yasaktır. Şirketlerin kurumsal varlıkları, onları her zaman piyasa değerinden satma hakkına sahip olan hissedarların mülkiyetindedir. Kar amacı gütmeyen tıbbi şirketler, eyalet hükümetlerinin düzenleme ve denetimine tabidir.

Hastane yatakları genel kullanım, uzun süreli bakım, psikiyatrik bozukluklar, bulaşıcı hastalıklar ve tüberküloz olarak sınıflandırılmaktadır. OECD verilerine göre her bin kişiye düşen hasta sayısı 13'tür. Bu rakam 1993 yılında 15,6 olmuştur ve devam eden yıllarda düşüş yaşanmıştır. Bununla birlikte, bu gösterge OECD ülkeleri içinde en yüksek rakamdır. 2019 yılında 1 561 005'i (%93,8) hastanelerde olmak üzere tüm tesislerde 1 664 525 yatak bulunmaktadır. Toplam 891 398 yatak genel kullanım, 328 161 (%36,8) uzun süreli bakım, 334 258 (%37,5) psikiyatrik hastalıklar, 1841 (%0,2) bulaşıcı hastalıklar ve 5346 (%0,6) tüberküloz için ayrılmıştır. (OECD, 2021; Statista, 2021).

2016 yılında 7629'u yataklı 101.529 klinik, 27'si yataklı 68.940 diş kliniği bulunmaktadır. Kliniklerdeki toplam yatak sayısı 103.451 olup, bunların 9906'sı uzun süreli bakım içindir. Hastane sayısı gibi, kliniklerdeki yatak sayısı da 1992'deki zirvesi 1.686.696'dan bu yana giderek azalmıştır (Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı, 2017r).

Japonya'da yatan hasta bakımı, genellikle diğer OECD ülkelerinden daha uzun hastanede kalışlarla karakterize edilir (Şekil 4.4). Akut bakım için ortalama kalış süresi 2019 yılında tüm hastane yatakları için 16,1 gündü. OECD ülkeleri genelinde ortalama 6,4 gündü (OECD,2021). Bununla birlikte, Japonya'da ortalama kalış süresi, hastanelerdeki kronik bakım yataklarının azaltılmasını teşvik etmek için yapılan ücret tarifesi revizyonu nedeniyle istikrarlı bir şekilde azalmaktadır. Ayrıca, yaşlılara bakım sağlayan ve refah evlerinin daha sonra artması, OECD istatistiklerinde yer almayan bu düşüşe katkıda bulunmaktadır (OECD, 2016).

Japonya'da sağlık çalışanlarının sayısı 2 milyondan fazladır. (Statista, 2019). 1000 kişiye düşen doktor sayısı 2.5 iken, 1000 kişiye düşen hemşire sayısı ise 11.8 olmuştur (WHO, 2021). 2019 verilerine göre, aynı yıl içinde her 100 bin kişiden 7.4'si doktor, 52'isi ise hemşire eğitimini başa vurarak mezun olmuşlar (OECD, 2021).

2.2.4. Japonya'nın sigorta sistemi

Japonya'da iki ana sağlık sigortası türü vardır: Çalışanların Sağlık Sigortası Sistemi ve Ulusal Sağlık Sigortası (önceden Topluluk Sağlık Sigortası olarak adlandırılırdı). Çalışan Sağlık Sigortası Sistemi çalışan işçilere (şirket çalışanları) ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere sağlanırken, Ulusal Sağlık Sigortası kendi başına ve işsiz kişiler (dolayısıyla Çalışan Sağlık Sigortasına üye olmaya uygun olmayanlar) için tasarlanmıştır ve belediye hükümetleri tarafından yürütülmektedir.

Japonya'nın sigorta sisteminde özel sağlık sigortası ağırlık göstermektedir. Fakat bunun nedeni, genel sağlık hizmetlerinin eksik ve kalitesiz olmasında değil, çalışan nüfusun işverenler tarafından özel sağlık sigortasına tabi tutulmasıdır.

Hükümet, genel sağlık sigortası aracılığıyla yaşlıların, çocukların ve ihtiyaç sahiplerinin sigortalanmasını hedeflemektedir (Health and Welfare Bureau for the Elderly; Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan; 2016).

Coğrafi olarak izole bir bölgede yer alan Japonya, dünyadaki en yüksek yaşam beklentisine ve en yüksek yaşlı nüfusa sahip ülkedir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte tıbbi hizmetlerin kalitesinin artması, yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur. Japonya'da, nüfusun dörtte birinin yirmi yıl içinde altmış beş yaşına ulaşması bekleniyor ve yakında dünyadaki en büyük yaşlı yüzdesine ve en fazla sayıda yaşlıya sahip olacaktır.

En hızlı yaşlanan nüfusa sahip Japonya'nın geleneksel kültüründe, yaşlıların sorumluluğu başta gelinler olmak üzere aileye düşerken, kadınların iş hayatına atılması ve daha az çocuk sahibi olması ve bu geleneksel yapı değişmiştir. Dünyanın en büyük ve en radikal kamu zorunlu uzun süreli bakım sigortası programı, kayıt dışı aile bakımının büyük ölçüde krizde olması ve değişen aile yapısına uymaması nedeniyle 1 Nisan 2000'de Japonya'da başlatılmıştır.

Kaigo Hoken (Bakım Sigortası) adı verilen bu yeni program, zorunlu sosyal sigorta yoluyla bakımı “sosyalleştirmeyi” amaçlamaktadır. Uzun Süreli Sağlık Sigortasının resmi hedefi güçsüz ve yaşlı insanların “her birinin kendi yeterlik seviyesine göre bağımsız olarak günlük hayatını devam ettirebilmesini ve saygınlığını korumasını sağlamak,” yaşlı kişilere bakım sağlama görevini yakınlarından alarak topluma paylaşdırmak ve aile bütçelerindeki mali yükün bir kısmını azaltmaktır (Campbell, 2014).

Japonya'da uygulanan bakım sigortası tüm nüfusu kapsamamakta, sadece 40 yaş ve üzeri kişiler sigorta kapsamındadır. 40 yaşını doldurmuş herkes uzun süreli sağlık sigortası ile sigortalıdır ve sigorta primi ödemek zorundadır. Tüm yaşlılar, geliri veya medeni durumu ne olursa olsun, engellerinin nedeni veya hatta hafif düzeyde engeli ne olursa olsun, programa hak kazanır. Program, engellilik düzeyine bağlı olarak kurumsal veya toplum bakımı (yalnızca devlet hizmetleri) maliyetlerinin neredeyse tamamını kapsamaktadır (Kiliç, 2019: 55).

Japonya'da uzun vadeli sağlık sigortası, hasta ve yaşılı bakımına yönelik iki ana yaklaşımın birleşimidir. Norveç ve İskandinavya'da olduğu gibi, evde veya profesyonel olmayan bakım için nakit yardımı değil, yalnızca resmi hizmetler sağlanmaktadır. Ancak Almanya'da olduğu gibi; katkı payları ve yarısı vergilerle finanse edilen, takdir yetkisi az olan ulusal bir bütünlükle ve gelir durumu ya da yaşam koşulları dikkate alınmadan belirlenen standart uygunluk kriterleriyle, yani sosyal sigorta ilkelerine bağlı olarak çalışmaktadır.

Japon uzun vadeli sağlık sigortası sisteminde sigortalılar yaşlarına göre iki gruba ayrılmaktadır: birinci grup 40-74 yaş arası, ikinci grup 75 yaş ve üzeridir. Sayısal sonuçlara göre önümüzdeki 40 yılda 40-74 yaş grubunun yükü 2,7 kat, 75 yaş ve üzeri grubun yükü ise 1,7 kat artacak (Kato, 2018: 12).

40 yaş üzeri kişiler, yaşa bağlı oluşan hastalıkları sonucu muhtaç duruma gelmeleri halinde 75 yaşına kadar ve herhangi bir nedenle bakıma muhtaç hale gelmiş 75 yaş üzeri kişiler ise her durumda bakım sigortasından yararlanabilmektedir. Kişinin bakım sigortalısı olması durumunda işsiz eşi ve çocukları da bakım sigortalısı haline gelmektedir.

Bakım sigortasından yararlanabilmek için belge şartı aranır ve kişinin belge için belediyeye başvurması gerekir. Bir kişinin bakım için yardıma ve desteğe ihtiyacı olup olmadığı, sosyal bakım ve sağlık profesyonellerinden oluşan Uzun Süreli Bakım Sertifikasyon Kurulu tarafından belirlenir. Tıbbi bakıma muhtaç bir kişiye, muayene kurulunun sonuçlarına göre ya kişinin evinde bakım uzmanı tarafından ya da bakım kurumlarında hizmet verilmektedir.

Program sosyal sigorta primleri, vergiler ve katkı paylarının birleşimi ile finanse edilmektedir. Sigorta primleri maliyetin %50'sini karşılamakta ve uzun süreli bakım sigortasından yararlanan kişi 40-74 yaş arasında ise prime ek olarak ödemede bulunmakta, yaşları 75 ve üzeri olan kişilerde ise gelir düzeyine göre kamu emekliliğinden düşülmektedir. Bakım sigortasının %50'sini oluşturan vergilerle finanse edilen fonun %25'i iller, geri kalan %25'i belediyeler tarafından sağlanmaktadır. Hizmetin alınmasından sonra ödenecek %10'luk bir katkı payı ile, uzun süreli bakım hizmetlerinin finansmanı, sosyal güvenlik katkı payları, devlet

vergi indirimleri ve bireylerden alınan katkı payları ile karşılanmaktadır (Işık, 2013: 57).

2.2.5. Japonya'nın Sağlık Sisteminin Finansmanı

Japonya'nın sağlık sistemi, vergi sübvansiyonları ve bir miktar cepten ödeme içeren bir sosyal sigorta sistemine dayanmaktadır. OECD verilerine göre, 2019 yılında toplam sağlık harcaması önemli ölçüde artarak 559,2 milyar dolar olmuştur. Bu rakam GSYİH'nin %11,1'ini oluşturmuştur. Kişi başına düşen sağlık harcaması 4823 ABD doları olmuştur. Bu harcamaların 4064 ABD doları kamu tarafından, 759 doları ise özel kesim tarafından karşılanmıştır (World Bank, 2021). Japonya'da sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak kamu kaynaklı fonlarla finanse edilmektedir. 2019 yılında sağlık harcamalarının %84'ü kamu kaynakları tarafından finanse edilmiştir. Cepten ödemeler ödemeleri, toplam sağlık finansmanının yalnızca %14'üne katkıda bulunmuştur. Japonya'nın yasal sağlık sigortası sistemi nüfusun yüzde 98,3'ünü kapsarken, yoksul insanlar için ayrı Kamu Sosyal Yardım Programı kalan yüzde 1,7'yi kapsamaktadır. Nispeten düşük cepten ödemelerine rağmen, Japonya'daki temel zorluklar, nüfusun yaşlanması, kronik hastalıklardaki hızlı artışlar, artan tıbbi harcamalar, daralan mali alan ve sağlık hizmeti işgücü üzerindeki baskılardır. Finansman sisteminde reformlar ve sağlık sistemlerinde daha fazla verimlilik, gelecekte iyi sağlığı düşük maliyetle eşitlikle sürdürmek için gerekli olacaktır (OECD, 2020).

Sağlık sigortası 5000'den fazla tıbbi prosedürü, diş bakımını ve ilaçları kapsar. Her iki yılda bir, Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı, ulusal sigorta planının kapsamını ve her prosedür, ilaç ve tıbbi cihaz için fatura geri ödeme koşullarını gözden geçirir. Japonya'da iki ana sigorta planı türü vardır; Çalışanların Sağlık Sigortası ve Ulusal Sağlık Sigortası. Çalışanların sağlık sigortası devlet memuru olanları veya şirketlerde çalışanları, Ulusal Sağlık Sigortası ise serbest meslek ve işsizleri kapsar. Çalışan Sağlık Sigortası ayrıca dört ana kategoriye ayrılır: Japonya Sağlık Sigortası Birliği, Toplum Tarafından Yönetilen Sağlık Sigortası, Karşılıklı Yardım Derneği ve Denizci Sigortası. Japonya'nın tek bir sigorta fonu yoktur;

sigortacılar yaklaşık 3000 kuruluşa bölünmüştür. Ayrıca, prim oranı bir sigorta planından diğerine büyük ölçüde farklılık gösterir; bu parçalanma sistemdeki verimsizliğin ve prim adaletsizliğinin kaynağıdır. Sigorta planları arasında, özellikle mali açıdan zayıf olan Ulusal Sağlık Sigortası için çeşitli çapraz sübvansiyon sistemleri olmasına rağmen, özellikle hızla yaşlanan toplum dikkate alındığında, sigorta planları arasında finansal sürdürülebilirlik ve eşitlik Japon sağlık finansman sistemi için büyük zorluklar olmaya devam etmektedir.

Tablo 6. Japonya'da Sağlık Harcamalarındaki Eğilimler: 2000-2019.

Harcamalar	2000	2005	2010	2015	2019
Kişi başına cari sağlık harcaması (USD)	1914.9	2463.7	3204.9	4435.6	4823
Toplam harcamaların GSYİH'deki payı (%)	7.2	7.8	9.2	10.9	11
Toplam harcamalarda kamu harcamalarının payı (%)	81	82	82	84	84
Kişi başına yapılan kamu sağlık harcaması (USD)	1551	2020.2	2628	3725.9	4064
Sağlıkla ilgili özel harcamaların toplam sağlık harcamalarındaki yüzdesi (%)	19	18	18	16	16
Sağlıkla ilgili kamu harcamalarının genel hükümet harcamalarındaki yüzdesi (%)	15	18	19	20	23.65
Devlet sağlık harcamalarının GSYİH'deki yüzdesi (%)	7.15	7.78	9.16	10.89	10.95
Paket dışı (out of paket) ödemelerin toplam sağlık harcamalarındaki yüzdesi (%)	16	16	14	13	14
Paket dışı (cepten) ödemelerin özel sağlık harcamalarındaki yüzdesi (%)	81	83	81	85	84
Gönüllü sağlık programlarının özel sağlık harcamalarındaki yüzdesi (%)	19	17	19	15	16

Kaynak: OECD, Statista, World Bank, WHO.

Tablo 8'e göre, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı 2000 yılında %7,2 iken 2019 yılında %11'e çıkmıştır. 2019 yılında harcamaların yaklaşık %84'ü kamu kaynaklarından ve %16'sı özel kaynaklardan yapılmıştır. Bu yıllar aralığında Devlet sağlık harcamalarının GSYİH'deki yüzdesi 7,15'ten %10,95'e ulaşmıştır.

Toplam sağlık harcaması içindeki kamu ve özel sağlık harcamalarının oranı 2000 yılından bu yana neredeyse sabit kalmıştır. Toplam harcama içindeki devlet sağlık harcamalarının oranı 2000 yılında %15'ten 2019 yılında %23,65'ye çıkmıştır. Toplam sağlık harcamalarında cepten ödemelerin payı nispeten dūřuktur ve 2000 yılında %16'dan 2019 yılında %14'e gerilemiştir. Kiři başına cari sağlık harcaması 2000 yılında 1915 ABD doları iken, geçen sürede bu rakamda artım gerçekleşerek 2019 yılında 4823 ABD doları olmuştur.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AZERBAYCAN'DAKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN İNCELENMESİ

3.1. Azerbaycan'ın Genel Ekonomik Durumu

Azerbaycan Cumhuriyeti Batı Asya ile Doğu Avrupa'nın kesişim noktası olan Kafkasya'da yer almakta olup, 86,6 km² yüzölçümü ve 10.067.100 kişilik nüfusa sahiptir.

Azerbaycan Cumhuriyeti ekonomik ve sosyal açıdan gelişme hızına göre bölgenin en öncü ülkelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu, ülkenin hızlı ekonomik gelişmesinden kaynaklanmaktadır. Nüfusun yaşam standartlarını yükseltmek amacıyla farklı alanlarında birçok programlar hazırlanıp gerçekleştirilmektedir.

Nüfusun eğitim düzeyinin her geçen yıl bir önceki yıl ile kıyasla daha çok artmakta olduğu görülmektedir. 2020 yılı için bu rakamın 15 yaş ve üstü nüfus incelendiğinde, orta okul eğitimini tamamlayanların 665 kişi, lise eğitimini tamamlayanların 4905 kişi, yüksek öğretime sahip olanların ise 1047 kişi olduğu belirlenmiştir (Azerbaycan Devlet İstatistik Komitesi, 2021).

Tablo 7. Nüfusun Eğitim Düzeyi

Yıllar	Yüksek, orta okul ve lise eğitimi olan 15 yaş ve üstü nüfus	Aynı zamanda :		
		Yüksek öğretim	orta okul	lise
Bin kişi				
1979	2998	301	374	1277
1989	4144	495	683	2061
1999	5122	574	681	3048
2009	6576	831	577	4262
2010	6730	857	592	4361
2011	6852	878	602	4445
2012	6953	897	609	4514
2013	7054	910	618	4579
2014	7145	922	626	4638
2015	7225	932	633	4690
2016	7308	957	636	4736
2017	7378	966	642	4781
2018	7449	989	651	4828
2019	7525	1014	658	4870
2020	7600	1047	664	4905

Kaynak: Azerbaycan Devlet İstatistik Komitesi, 2021

Azerbaycan'ın zengin doğal kaynakları, uygun toprak ve iklim koşulları, Asya ve Avrupa kıtaları arasındaki geçiş noktasında olan coğrafi konumu, çalışkan nüfusu antik çağlardan beri ekonominin birçok önemli sektörünün kalkınması için koşullar yaratmıştır ve yaratmaya devam etmektedir.

18 Ekim 1991 yılında bağımsızlığını kazandıktan sonra Azerbaycan Cumhuriyeti egemenlik haklarını kullanmaya ve ekonomik alanda bağımsız bir politika izlemeye başlamıştır. Bu politikanın ana yönlerini çeşitli mülkiyet biçimleri, planlı ekonomiden serbest piyasa ekonomisine geçiş ve dünya ekonomisine entegrasyon temelinde oluşturulan ekonomik sistem kapsamaktadır.

Azerbaycan ekonomisinin önemli bir kısmı petrol ve gaz ekonomisinden oluşmaktadır. Azerbaycan petrolünü dünya pazarlarına ulaştırmak için 1996 yılında Bakü-Novorossiysk ve 1999 yılında Bakü-Supsa ihraç petrol boru hatları işletmeye açılmış, Bakü-Tiflis-Ceyhan ana ihraç petrol boru hattının inşasını kapsayan sözleşme imzalanmıştır. 1999 yılında Cumhurbaşkanı Haydar Aliyev tarafından imzalanan bir kararname ile Azerbaycan Cumhuriyeti Devlet Petrol Fonu

kurulmuştur, petrol ve gaz sektörü, ekonominin diğer sektörlerinin gelişiminde önemli rol oynamıştır (<https://www.oilfund.az/> , 2021).

Petrol politikası, ülkenin genel kalkınma stratejisi, yasal, demokratik toplum ilkeleri ile bağdaştırılmış, ulusal çıkarların iyileştirilmesi, yatırım ortamı ve dış ticaret için önemli olan gerekli önlemler alınmıştır (Azerbaycan Ulusal Ansiklopedisi. "Azerbaycan" cildi, 2007: 387).

Devlet bağımsızlığını kazandıktan sonra Azerbaycan Cumhuriyeti'nin dış ekonomi politikasının önemli yönlerinden birini uluslararası finans-kredi ve ekonomik kuruluşları ile ilişkiler kapsamıştır. Azerbaycan, 1992'de Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası, Avrupa İmar ve Kalkınma Bankası, İslam Kalkınma Bankası ve 1999'da Asya Kalkınma Bankası da dahil olmak üzere hemen hemen tüm uluslararası kuruluşların üyesi olmuştur (<https://www.mfa.gov.az/> , 2021).

2019 yılın başından ülkede ekonomik büyüme gözlemlense de koronavirüs salgınının dünyada yayılması dünya ekonomisinin yanı sıra, ülke ekonomisinin de ciddi şekilde etkilemiştir. Ülkede pandeminin etkilerinin yaratabileceği tehlikeyi önlemek, yapılan çalışmaları aktif uygulamak amacı ile Azerbaycan Cumhuriyeti Bakanlar Kurulu'na bağlı ilgili devlet kurum başkanlarından oluşan bir kadro oluşturulmuş ve bu doğrultuda gerekli düzenleyici tedbirler alınmıştır.

Alınan kapsamlı önlemler pandeminin girişimcilik ve yaşam standartlarının gelişimi üzerindeki etkisini en aza indirmeyi, ekonominin hızla gerilemesini önlemeyi başarmış ve sonuç olarak, 2020 yılında GSYİH'da 2019'a göre yüzde 4,3 faiz azalma gözlemlenmiştir. Düşüşün temel nedeni, OPEC + ülkelerinin üretimi azaltma taahhütlerinin tam olarak uygulanması olmuş ve sonuç olarak Ocak-Aralık 2020'de petrol ve gaz sektörü 2019'un aynı dönemine göre % 7,0 azalmıştır. Bu sektörün GSYİH içindeki payı % 29,9 olmuştur (<https://economy.gov.az/>, 2021).

Şekil 10. Petrol ve Petrol Dışı Sektörün Büyüme Hızı



Petrol ve petrol dışı sektörün bir önceki yılın aynı dönemine göre reel büyüme hızı, %

Kaynak: <https://economy.gov.az/>

Azerbaycan Cumhuriyeti GSYİH bakıldığı zaman, 2020 yılında bu rakamın 42.6 milyar ABD doları olduğu görülmektedir, bu rakam 2019 yılı GSYİH'nın %95,7 kapsamaktadır. Ülkede 2020 yılında kişi başına düşen GSYİH 4273 ABD doları olmuştur (Azerbaycan Devlet İstatistik Komitesi, 2021).

2019 yılı GSMH 44,87 milyar dolar olmuş ve bir önceki yıla kıyasla 11.07% artış göstermiştir (<https://datatopics.worldbank.org/>, 2021).

Ülkede 2019 yılında kişi başına düşen aylık asgari ücret miktarı 2018 yılına nazaran 70 manat yükselmiş ve 250 (150 Dolar) manat olarak belirlenmiştir (<http://www.e-qanun.az/>, 2021).

3.2. AZERBAJYCAN'NIN SAĞLIK SİSTEMİNİN GENEL DURUMU

Sağlık sisteminin durumu ve onun gelişim düzeyi vatandaşların sosyal güvencesinin önemli göstergelerinden biri olarak görülmektedir. Çünkü insanların sağlık durumu doğrudan yukarıda bahsedilenlere bağlı olmaktadır. Sağlık

sektörünün gelişimi ve kaliteli tıbbi hizmetlerin sağlanması, ülke nüfusunun genel sağlık durumu ve ortalama yaşam süresi üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır.

İnsan yaşamının en önemli değerlerinden birini oluşturan sağlık, herkesin sahip olduğu normal yaşam ve gelişim için bir gereklilik oluşturmaktadır. Her bir bireyin yaşamının anlamı, dış dünyayı kavraması ve çalışma yeteneği onun sağlığına doğrudan bağlı olmaktadır (Asgarov, 2006: 224). Nitekim sağlık kaybedildiğinde, hayatın diğer nimetleri insan için önemini yitirmektedir. Bu nedenle, sağlığın korunması insanın normal yaşama kalitesi için önemli bir konuyu teşkil etmektedir (Alıyev, 2000: 159). Sağlığın korunması ve tıbbi hizmet alma hakkı aynı zamanda, insanın yaşama hakkına direkt bağlı bir konu olmaktadır.

Hukuki literatür, sağlığın bir bireyin yaşam faaliyetleri ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle, haklı olarak ona yönelik tutum ve onunla ilgili temel konuların anayasa hukuki düzeyinde tanımlandığını belirtmektedir (Asgarov, 2006: 238).

Azerbaycan'ın ekonomik gelişimine rağmen, yoksulluk insanların sağlığını güçlü bir şekilde etkilemektedir. Sovyet döneminde, sağlık geliri düzeyi Batı Avrupa'dakinden daha düşüktü. Nüfusun sağlık durumu 1980'lerin ortalarında bozulmaya başlamış ve 1990'ların başında önemli ölçüde kötüleşmiştir. Azerbaycan hükümeti, sağlık göstergelerinin 1990'lardan bu yana ve benzer kişi başına gelire sahip ülkelere göre daha iyi olduğunu vurgulamaktadır (Dünya Bankası, 2005).

Azerbaycan sağlık sisteminde makro düzeyde sağlık sisteminin yönetimini beş faktör etkilemektedir. Birincisi, ülke genelinde siyasette ve karar vermede sınırlı düzeyde çoğulculuk ve şeffaflık vardır. İkinci faktör, bir piyasa ekonomisi için stratejik kararlar. Özellikle piyasa ekonomisine geçişten sonra sağlık sisteminde sınırlı özel sektör öne çıkmaktadır. Üçüncü faktör, artan petrol gelirleri karşısında makroekonomik yönetimidir. Diğer bir faktör, hükümetin Yoksulluğu Azaltma ve Ekonomik Kalkınma Devlet Programına ve Sosyo-Ekonomik Kalkınma Devlet Programına bağlılığıdır. Son faktör, sağlık sektörü ve tıbbi işgücü için ciddi sonuçları olan sosyal hizmetler reformudur (Dünya Bankası, 2005).

1991 yılında bağımsızlığın kazanılmasından önceki dönemde, Azerbaycan Sağlık Bakanlığı Moskova'da alınan kararlar doğrultusunda yönetiliyordu. Sovyet sağlık

sistemi (Semaşko) tamamen devlete aitti ve merkezi bir şekilde planlanmakta ve yönetilmekteydi. Sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz olup tüm nüfusu kapsamkataydı. En uzak noktlardaki insanlar bile bu hizmetlerden kolaylıkla yararlanmaktaydı. Tüm sağlık çalışanları devlet tarafından istihdam edilmekteydi ve özel muayenehaneye izin verilmemekteydi. Hastanelerde hizmet genellikle yatarak tedavi odaklı idi ve ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri çok zayıftı.

Bağımsızlığın ilk yıllarında ülke Sovyet Semaşko sistemini uygulamaktaydı. Fakat, Azerbaycan bu sistemi sovyetler dönemindeki gibi etkili yönetememekteydi. Ülke ciddi ekonomik sorunlarla ve savaşla mücadele etmekteydi. Bu nedenle tüm ülke nüfusununa sağlık hizmetleri verilememekte, sağlık hizmetlerinin %70'i başkent Bakü'de verilmekteydi. Sovyetler döneminde kötü olan eczacılık sistemi, bağımsızlığın ilk dönemlerinde ticari ilişkilerdeki kesintilerden dolayı daha da kötü bir duruma düşmüştür. Tüm bunlar sonucunda halk genel olarak eski tedavi usullarına yönelmiştir. (Sargutan, 2010: 407).

Ülkenin karşılaştığı en büyük sorunlardan birisi de Dağlık Karabağ savaşı (1992-1994) idi. Bağımsızlığın ilk yılından başlayan bu savaş zaten zor bir durumda olan sağlık sistemini daha da zora sokmuştur. Savaş sonucunda ülkü nüfusunun %9.6 (572.000 kişi) kısmı ülke içinde yer değiştirmek zorunda kalmış bu da sağlık koşullarını olumsuz yönde etkilemiştir.

Azerbaycan Cumhuriyeti Anayasası'nda yer alan temel insan haklarından biri de, herkesin sağlığının korunması hakkıdır (41. madde). Azerbaycanın Ümummmillî lideri H.A.Aliyev'in yönetimi altında hazırlanmış olan yeni Anayasa, 12 Kasım 1995'te yapılan referandumda kabul edilmiş ve 27 Kasım 1995'te yürürlüğe girmiştir. Anayasanın 41. maddesi uyarınca herkes sağlığın korunması ve tıbbi hizmet alma hakkına sahip olmaktadır (<http://www.e-qanun.az/>, 2021). Vatandaşların sağlığının korunması bir sıra önleme sistemleri ile sağlanmaktadır: uygun iş, kaliteli gıda ürünleri üretimi ve satışı, doğal çevrenin korunması, günlük yaşam, rekreasyon için koşullar yaratmak, nüfusa tıbbi ve sosyal yardım sağlamak vb. Devlet, çeşitli faaliyetler gösteren sağlık kuruluşlarının gelişmesi için gerekli önlenimleri almakta, tıbbi refaha güvence vermekte, çeşitli sağlık sigortası türleri için fırsatlar yaratmaktadır.

Halk sağlığının korunmasının temel ilkeleri aşağıdakilerden oluşmaktadırdır:

- a. Halk sağlığının korunması alanında insan ve vatandaş haklarına devlet; gúvencesi ve gúvence ile ilgili gerçek ve túzel kişilerin sorumluluğu;
- b. Halk sağlığının korunması alanında önleyici programların uygulanması;
- c. Herkes için tıbbi ve sosyal yardıma kolay erişim;
- d. Sağlığın kaybedilmesi durumunda vatandaşların sosyal gúvenliđi.

15 Temmuz 1997 tarihinde ‘‘Halk sağlığının korunması hakkında’’ Azerbaycan Cumhuriyeti Kanununun uygulanması konusunda Azerbaycan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı Kararnamesi imzalanmıştır. Bu kanun halk sağlığının korunması alanında vatandaşlarla devlet kurumları, aynı zamanda devlet ve özel sağlık sistemlerinin tarafları arasında oluşan ilişkileri dÚzenlemektedir. Halk sağlığının korunmasında devletin bir sıra gÚevleri bulunmaktadır. Bunlar řÚyle özetlenebilir:

- a. Halk sağlığının korunması alanında devlet politikasının belirlenmesi, insan hak ve özgürlüklerinin korunması;
- b. Sağlığın korunması alanında devlet programlarının hazırlanması ve uygulanması;
- c. Sağlık sisteminin dÚzenlenmesi kurallarının ve etkinliğinin belirlenmesi;
- d. Sağlık sistemi finansmanının oluşturulması;
- e. Çevrenin korunması ve ekolojik gúvenliđin sağlanması;
- f. Genel sağlık sigortası primlerinin ve ödenmesi prosedürünün belirlenmesi;
- g. Nüfusun belirli gruplarına tıbbi ve sosyal yardım sağlanması;
- h. Devlet ve özel sağlık kurumları arasında sağlıklı rekabetin sağlanması;
- i. Ailenin, ebeveynlerin ve çocukların korunması;
- j. Sağlık sistemleri ile ilgili uluslararası işbirliğinin gerçekleştirilmesi (‘‘Azerbaycan Cumhuriyeti ‘‘Halk sağlığının korunmasına ilişkin’’ Kanunu, 2009: 3. madde).

3.3. AZERBAJCAN SAĞLIK SİSTEMİ

Bağımsızlığını kazandıktan sonra ülke Semaşko modelini uygulamaya başlasa da, bu modelin tüm özelliklerini kullanmamakta idi. Semaşko modelinde özel sağlık hizmetleri yasaklanmıştı, fakat Azerbaycan modeli uygularken bazı değişikliklere yer vermiştir ki, bunlardan en birincisi de özel sağlık hizmetlerinin uygulanmasına izin verilmiştir.

30 yıllık bir süreç ele alındığında günümüzde ülkenin sağlık sisteminin çok geliştiği söylenebilir. 1994 yılında yapılan “Ateşkes” sonucunda ülkede savaş durmuş, aynı yılda yapılan “Yüz Yıl Anlaşması” sonucunda ise ekonomik canlanma yaşamaya başlanmıştır. Tüm bunlar sağlık sisteminin gelişmesine olanak tanımıştır. Sağlık sisteminde gözle görülür değişimler ise 2003 yılından sonra başlamıştır. Ülkede devlet ve özel hastanelerin sayısı artmış, ticari ilişkiler sonucunda ilaç sektörü gelişmiş, devletin altyapı çalışmaları sonucunda en uzak köylere bile ulaşım tekrar kolaylaşmıştır (Azerbaycan Sağlık Bakanlığı, 2005).

2020 verilerine göre ülkede 570 hastane, 1745 ayakta tedavi kliniği hizmet vermektedir. Toplam yatak sayısı 44.3 bin, 10.000 kişiye düşen yatak sayısı ise 44.5 yatak teşkil etmektedir (Azerbaycan İstatistik Kurumu, 2021).

Sovyet eğitim sistemi çok fazla doktor hazırlasa da, buradaki genel sorun onların tecrübesinin az olması ile ilgilidir. Bu durum ülkenin sağlık sistemini de kötü etkilemektedir. Ülke yönetimi bunu dikkate alarak tıbbi eğitimde bazı değişiklikler yapmıştır. Bu değişikliklerin en başlıcası öğrencilerin Türkiye ve Almanya gibi ülkelerde eğitim almasını sağlamak ve sağlık çalışanlarının belirli bir sürede bu gibi ülkelerde staj yapmasına olanak sağlamaktır. Eğitim sistemi her ne kadar değişse de, hem kullanılan ders kaynakları sovyet kaynaklarında yola çıkılarak hazırlanmakta, hem de hocaların büyük kısmı da sovyet döneminde eğitim alan veya eğitim veren kişilerden oluşması, yeni sağlık çalışanlarının eğitimini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle devlet burslarını kazanamayan sağlık çalışanları, kendi heplerine yurtdışında uzmanlık eğitimi almaktadırlar. Bu nedenle son 10 yılda sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinde olumlu yönde değişim söylenebilir.

Azerbaycan genelinde tüm uzmanlık alanlarında toplam doktor sayı 2020 yılı verilerine göre 32.6 bin kişiden oluşmaktadır. Diğer sağlık çalışanlarının sayısı ise 54.2 bin kişidir. 10.000 kişi başına düşen doktor sayı yine aynı yılın verilerine göre 33, diğer sağlık çalışanları ise 54 olmuştur (Azerbaycan İstatistik Kurumu, 2021).

Ülke verilerin bakıldığında, çocuk ölüm oranlarında bir artış görülmektedir. Ülkede 2019 yılında doğum sayısı bir önceki yıl ile kıyasla 2200 kişi artmış ve 141,2 bin kişiye ulaşmıştır. Çocuk ölüm oranı ise 100 kişi artarak, 1500'den 1600'e kadar yükselmiştir (Azerbaycan Devlet İstatistik Komitesi, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018'te yayınlanan verilerine göre Azerbaycan'da Doğum Travması Ölümleri toplam ölümlerin 755'una veya 1.35%'sine ulaşmıştır. Yaşa göre ayarlanmış ölüm hızı, 100.000 nüfus başına 7.48 olarak hesaplanmıştır ki, bu rakamla Azerbaycan ülkeler arasında 66. Sırada yer almaktadır (DSÖ, 2018).

Hastalıklar arasında en çok Koroner Kalp Hastalığı yer almaktadır. Dünyaya Sağlık Örgütü'nün 2018 verilerine göre Azerbaycan'da Koroner Kalp Hastalığı Ölümleri toplam ölümlerin 23,333'üne veya 41.74%'sine ulaşmıştır. Yaşa göre ayarlanmış Ölüm Hızı, 100.000 nüfus başına 293.76 olarak hesaplanmış ve bu rakamla Azerbaycan ülkeler arasında 10. Sırada yer almaktadır (DSÖ, 2018).

2020 yılında tüm dünyayı etkisine alan Covid-19 salgını, Azerbaycan sağlık sistemini de etkilemiştir. Aynı zamanda 2020 yılının eylül ayında Ermenistanın Azerbaycana karşı savaş ilan etmesi, zaten pandeminin etkisi ile ağır yük altına girmiş ülke sağlık sistemini daha da zorlamıştır. Fakat tüm bunlara rağmen ülkenin sağlık sistemi tüm kaynakları ile mücadele ederek her iki olumsuz koşulun giderilmesinde başarılı olmuştur. DSÖ raporlarında da sağlık sisteminin bu mücadelesi ve başarı takdir edilmektedir (Azerbaycan Sağlık Bakanlığı, 2021).

DSÖ, 2019'un başından bu yana sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için Azerbaycan'ı desteklemektedir. DSÖ Temsilcisi ve Azerbaycan Ülke Ofisi Başkanı Dr Hande Harmanci, "Azerbaycan sağlık sistemini, özellikle temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek için cesur adımlar atıyor ve DSÖ uzmanlığını ülkeye sunarak yardımcı olmaktan gurur duyuyor" şeklinde açıklama yapmıştır.

Azerbaycan son 5 yıldır sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve cepten sağlık harcamalarını azaltmak için çalışıyor. Bu bağlamda, halka daha iyi mali koruma sağlamak için 2016 yılında Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu'nu kurmuştur. Kurum, sağlık hizmetlerine daha iyi erişim, daha fazla üretkenlik ve hem hizmet kullanıcıları hem de sağlık profesyonelleri arasında daha yüksek memnuniyet seviyeleri sağlayan olumlu sonuçlar gösteren 3 bölgede pilot projeler uygulamıştır.

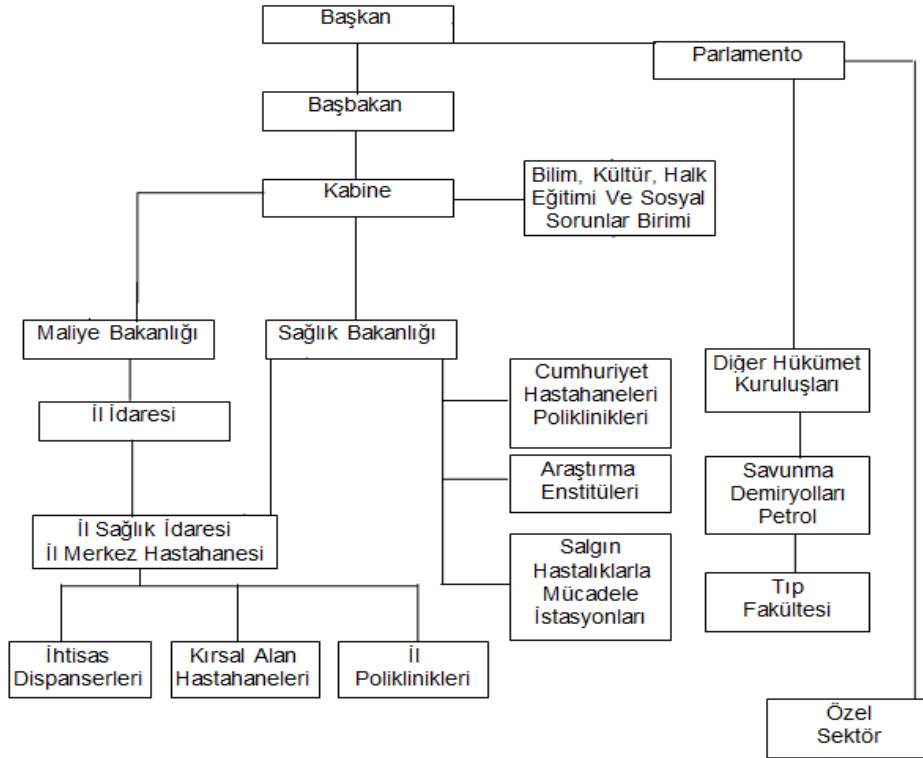
DSÖ, kanıta dayalı rehberlik ve teknik uzmanlık, ulusal teknik uzmanlar için doğrudan gözlem ve deneyim fırsatları ve iyileştirmeler için öneriler sağlamak için teknik değerlendirmeler sağlamaktadır. 29 Temmuz - 1 Ağustos 2019 tarihleri arasında DSÖ, zorunlu sağlık sigortasının uygulamaya hazır olup olmadığını değerlendirmek ve ileriye dönük bir birinci basamak sağlık hizmeti modelinin tasarımını desteklemek için Bakü'de 4 günlük bir uzman incelemesi düzenledi. Grubun uzmanlığı sağlık politikası, sağlık sistemleri yönetimi, sağlık finansmanı ve planlaması, halk sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetleri yönetimi, sağlık için insan kaynakları, tıp eğitimi ve bulaşıcı olmayan hastalıklar konularını kapsamıştır. 4 gün boyunca uzmanlar, zorunlu sağlık sigortası planının pilot bölgelerinden 2'si olan Mingçeçvir ve Ağdaş'taki hastaneleri ve aile sağlığı merkezlerini ziyaret etme fırsatı bulmuşlar (Azerbaycan Sağlık Bakanlığı, 2020).

DSÖ 2019 verilerine göre, Azerbaycan, birçok Avrupa ülkesi gibi, bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili sağlık sorunları yaşıyor. Azerbaycan'da 30-70 yaş arası nüfus arasında bulaşıcı olmayan hastalıkların ölüm oranı %22'dir. Ölümlerin çoğu diyabet, hipertansiyon, obezite ve sigaraya bağlı hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu hastalıkların önlenmesinde ve mortalitenin azaltılmasında en önemli adımlardan biri bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri çoğu insan için sağlık sistemiyle ilk temas noktasıdır ve hastalıkların büyük çoğunluğu bu düzeyde tespit edilip tedavi edilebilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinden uzun vadeli sağlık koşullarının tedavisi ve yönetimine kadar, yaşamları boyunca insanların sağlık ihtiyaçlarının %70'inden fazlasını karşılayabilir. Herkese sağlık sunmanın en akıllı yollarından biridir (DSÖ, 2020).

3.4. AZERBAJCAN'DAKİ SAĞLIK SİSTEMİ ORGANİZASYONU VE YAPISI

Azerbaycan sağlık sisteminin başında Sağlık Bakanlığı yer almaktadır. Bakanlık ũlkedeki sağlık hizmetlerinin bir kısmını yerel idareler aracılığıyla yũrũtmektedir. Maliye ve sağlık politikaları açısından karmaşık bir yapı mevcuttur (Sargutan, 2006). Azerbaycan, bağımsızlık kazandıktan sonra, ũnceden uygulanmakta olan merkezi Semaşko sistemi devralınmış ve temel ũzelliklerinin çoğu korunmuştur. Sağlık sisteminin resmi yapısı oldukça merkezi ve hiyerarşik olmuş, temel sağlık politikalarına ilişkin kararların çoğu ulusal dũzeyde alınmıştır. Sağlık Bakanlığı resmi olarak sağlık sisteminin yŕnetiminde nihai sorumluluğa sahip olsa da, sağlık hizmeti sağlayıcılarını yerel dũzeyde etkilemek için sınırlı araçlara sahiptir. (İbrahimov, 2010: 18).

şekil 11. Azerbaycan Hũkũmet Yapısı



Kaynak: Holley, J., Akhundov, O., Nolte, E. (2004) Health Care Systems In Transition, Azerbaijan, Editŕr: Nolte, E. Maclehorse, L., McKee, M., s. 14.

Sağlık Bakanlığı, merkezi kurumlara ve üçüncü düzey (Cumhuriyetçi) hastanelere, araştırma enstitülerine ve Sıhhi Epidemiyolojik Hizmete sahiptir; Bu tesisler için finansman Maliye Bakanlığı'ndan Sağlık Bakanlığı aracılığıyla sağlanmaktadır. Maliye Bakanlığı yıllık sağlık bütçesini (Cumhurbaşkanı ve Millet Meclisi ile işbirliği içinde) tanımlar ve daha sonra kontrolü altındaki hizmetler için Sağlık Bakanlığı'na ve ilçe düzeyinde sunulan hizmetler için yerel yönetimlere fon tahsis eder. Sağlık Bakanlığı, yerel düzeyde ilçe sağlık yetkilileri aracılığıyla temsil edilmektedir. 2006 yılından bu yana, Sağlık Bakanlığı, başkent Bakü'de verilen hizmetlerin doğrudan yönetimi ve finansmanından da sorumludur. Bakanlık içinde, her daire başkanı, kendi alanı içinde geçici, genellikle reaktif bir temelde politikalar geliştirir (Richardson, 2010: 15).

Yerel yönetimler, bölge hastanelerinin, polikliniklerin ve uzmanlaşmış kliniklerin sahibidir ve bu sağlayıcılar için devlet finansmanı, bölge sağlık otoritesi aracılığıyla yerel yönetim bütçesinden gelir. İlçe sağlık yetkilileri, mali açıdan yerel yönetimlere bağımlı olmalarına rağmen, sağlık politikası konularında Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Her ilçe sağlık otoritesi aynı zamanda merkez ilçe hastanesinin de idaresidir, bu nedenle yerel hastanenin başhekimisi bölgedeki tüm sağlık hizmetlerinden sorumludur.

Azerbaycan Cumhuriyeti vatandaşları hastalık, sakatlık ve diğer durumlarda tıbbi ve sosyal yardım alma hakkına sahiptirler. Tıbbi-sosyal yardım devlet ve özel sağlık kurumları, aynı zamanda sosyal güvenlik sistemi kuruluşlarında sunulmaktadır. Vatandaşlara sağlık sigortası sistemindeki tıbbi kurumlarında mevzuat uyarınca genel sağlık sigortası temelinde tıbbi yardım sağlanmaktadır (Azerbaycan Cumhuriyeti Mevzuatı, 2002, 244). Vatandaşların gönüllü sağlık sigortası bazında, aynı zamanda işletmelerin, kurumların, ayrı-ayrı bireylerin kaynakları ve kanunda yasaklanmayan diğer kaynaklar vasıtası ile tıbbi yardım alma ve diğer ek tıbbi hizmet türleri ile sağlanma hakkı mevcut olmaktadır. Bu kurumlardan bazıları şunlardır: Milli Güvenlik Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Devlet Gümrük Komitesi, Devlet Petrol Şirketi (SOCAR), Devlet Hazar Denizcilik Şirketi ve Devlet Demiryolu Şirketi.

Hükümet dışı ve çok ortaklı kuruluşlar sağlık hizmetlerinin sunumunda ve yeni politikalar geliştirilmesinde önemli rol üstlenmektedirler. Bu kuruluşlar, yoğunluk olarak savaş sonucunda yerlerini terk etmek zorunda kalan insanlara odaklanmış, onlara sağlık hizmeti sunumu konusunda önemli görevler almışlar. Bunun dışında, UNICEF ve DSÖ gibi bazı kuruluşlar da sağlık bakanlığı ile birlikte çalışarak sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda yeni uygulama biçimleri geliştirmektedirler.

Yerli sivil toplum kuruluşları sağlık alanında güçlü oyuncular değiller, ancak büyüklükleri ve etkileri artmaktadır. Farklı klinisyen grupları için (göğüs hastalıkları uzmanları ve psikiyatristler gibi) bazı profesyonel dernekler de vardır, ancak bunların sağlık politikası ve planlaması üzerinde önemli bir etkisi yoktur. Sağlık girişimleri için devlet dışı yerel finansmanın ana kaynağı, adını merhum Cumhurbaşkanı'ndan alan ve gelini First Lady tarafından yönetilen Haydar Aliyev Fonu'dur. Fon, sağlıkla ilgili bir dizi projeyi desteklemiştir. Diğer bir fon ise Yaşat Fonu'dur. Bu fon genellikle savaş sonucunda sağlığında sorun yaşanan insanlar için destek sağlamaktadır (Azerbaycan Sağlık Bakanlığı, 2021).

Küresel salgınla etkin mücadele etmek için ülke genelinde 15 “modul” hastane kurulmuştur. Bu hastanelerde sadece covid hastalarına hizmet verilmektedir ve Sağlık Bakanlığına bağlı olup tüm maliyetler devlet tarafından karşılanmaktadır.

3.4.1. KAMU SEKTÖRÜ

Kamu sağlık sistemi, Azerbaycan Cumhuriyeti'nin ilgili yönetim kurumlarını, devlete bağlı tedavi-profilaksi, bilimsel araştırma, eğitim, eczacılık, yanı sıra sağlığın maddi ve teknik donanımı ile ilgili hizmet veren, tıbbi ekipman ve ilaç üretimi yapan işletmeleri, aynı zamanda adli tıbbı da içermektedir (<http://sehiyye.gov.az/>, 2021).

Kamu sağlık ocakları Sağlık Bakanlığına bağlı ve Maliye Bakanlığı tarafından maliyeleştirilen il ve ilçe merkezlerinde sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Bu kuruluşlar sağlık hizmetinin %70'ni üstlenmektedir. Alacakları

kararlarda ve izleyecekleri politikalarda Sağlık Bakanlığına bağlıdır (Azerbaycan Sağlık Bakanlığı, 2017).

Azerbaycanda özel sigorta sistemi kısmen gelişse de, genel sigorta sistemi için bir çalışma yapılmamıştır. Bu amaçla, “Tıbbi Bölge Birimleri Yönetimi Kurumu” (TABİB) Azerbaycan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı'nın 20 Aralık 2018 tarih ve 418 sayılı Kararnamesi ile kurulmuştur. Kararın uygulanması için 12 Nisan'da Azerbaycan Cumhuriyeti Bakanlar Kurulu, TABİB'in himayesindeki tıbbi kurumların listesini onaylama kararı almıştır. Karar 1 Ocak 2020'de yürürlüğe girmiştir.

TABİB'in temel görevi, zorunlu sağlık sigortasının uygulanması ile bağlantılı olarak sağlık kurumlarını yönetmek ve kontrol etmekten oluşmaktadır. TABİB'un faaliyetinin temel amacı ise, yönetimi altında olan sağlık kuruluşlarında nüfusun sağlığını korumak için tıbbi hizmetlerin düzenlenmesini sağlamayı ve tıbbi hizmetlerin kalitesini artırmak için önlemler almayı içermektedir. TABİB, halk sağlığı alanında nüfus için gerekli koşullar yaratmakta, sağlık kurumlarının faaliyetlerini zorunlu sağlık sigortası sisteminin gereksinimlerine uyarlamaktadır.

1 Ocak 2020'den itibaren ülkede zorunlu sağlık sigortası kademeli olarak uygulamaya konulmuştur. Zorunlu sağlık sigortası kapsamında aşağıdaki hizmetler alınabilmektedir:

- a. Acil sağlık hizmetleri;
 - b. Birincil basamak sağlık (aile hekimi) hizmetleri;
 - c. Ayakta muayene ve tedavi;
 - d. Yataklı tedavi;
 - e. Fizyoterapi hizmetleri;
 - f. Laboratuvar hizmetleri;
 - g. Doğum öncesi bakım ve doğum hizmetleri;
 - h. Acil aşılar;
 - i. Çocukların aşı takvimine göre planlı aşılanma;
 - j. Cerrahi operasyonlar (aynı zamanda yüksek maliyetli hayati önem taşımakta olan açık ve kapalı kardiyovasküler operasyonlar)
- (<https://azerbaijan.az/related-information/211>, 2021)

3.4.2. ÖZEL SEKTÖR

Özel sektöre, sağlık sistemine yasalara uygun olarak faaliyet gösteren ve özel mülkiyete veya kiralamaya dayalı özel sağlık kuruluşları ile belediye sağlık ve ilaç işletmeleri, özel tıbbi uygulama ve eczacılık faaliyetleri ile uğraşan işletmeler dahildir.

Sağlık sisteminde sadece sınırlı bir özelleştirme olmuştur. 2003 yılında, hükümet yaklaşık 350 sağlık tesisini (çoğunlukla dişhekimliği muayenehaneleri ve eczaneler) özelleştirmiştir. Ağırlıklı olarak Bakü'de bulunan özel hastane ve kliniklerde geniş bir yelpazede hizmet verilmektedir. Onkoloji hizmetleri sadece devlet hastanelerinde verilebilir, ancak bunun dışında özel sağlayıcılar diğer hizmetleri dahil etme ve kararlarını farklı alanların göreceli karlılığına göre verme hakkına sahiptir. Özel sağlayıcılar ayrıca iş sağlığı hizmetleri için Azerbaycan'da faaliyet gösteren çok uluslu şirketlerle sözleşme yapmak ve özel sağlık sigortalı işçilere hizmet sağlamak için sözleşme yapmaktadır. Sağlık Bakanlığının 2021 verilerine göre ülkede özel sağlık hizmeti verebilmek için kayıtlı olan 696 sağlık ocağı bulunmaktadır. Verilerden yola çıkarak bu sağlık ocaklarının büyük çoğunluğu "Ağız ve Diş Sağlığı" ile ilgilidir.

Ülkedeki özel sağlık kuruluşları da istenen düzeye gelmemiştir. Kamu hastanelerinin yetersiz kalması ve özel hastanelerin sayının az olması ve istenen kalitede hizmet verememesi, ülke insanların sağlık hizmeti alması için başka ülkelere gitmesine neden olmaktadır. Özellikle onkoloji gibi zor hastalıkları olan insanlar Türkiye, İran, İsrail ve Almanya gibi ülkelere sağlık hizmeti almaktadırlar.

3.5. AZERBAIJAN SAĞLIK HARCAMALARI

Azerbaycan devletinin sosyal politikasının bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve halk sağlığının korunması sorunları çözülmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar vatandaşların sağlık sigortası alanında sağlık

hizmetlerinden faydalanmasını, hastalıkların ulusal araştırmalarla öğrenilmesini ve önlem alınmasını sağlamaktadır. Tüm bu gelişmeler, sağlık harcamalarının bütçeden aldığı payın artması sonucu hayata geçirilmiştir (Alammadov, 2009: 51).

Azerbaycan Cumhurbaşkanınının 2008 yılı 10 Ocak tarihli kararı ile “Azerbaycan Cumhuriyeti’nde sağlık finansmanı sisteminin reformu ve genel sağlık sigortasının uygulanması konsepti” onaylanmıştır.

2019 yılında ülkenin devlet gelirleri 14.32 milyar dolar, devlet harcamaları ise 14.36 milyar dolar olmuştur. Bu harcamaların 514 milyon doları sağlık harcamalarını kapsamaktadır.

Tablo 8. 2019 Yılı Devlet Bütçesi Sağlık, Sosyal Koruma Ve Sosyal Güvenlik Harcamaları

	Milyon Dolar	GSYİH'a oranla, %
Toplam Harcamalar	14.368,2	29,9
Sağlık	514	1.1
Devlet Bütçesi Harcamalarına Oranla, %	3,6	-
Sosyal Koruma	1.319,4	2.7
Devlet Bütçesi Harcamalarına Oranla, %	9,2	-
Sosyal Güvenlik	22.3	0.1
Devlet Bütçesi Harcamalarına Oranla, %	0.2	-

Kaynak: Azerbaycan İstatistik Kurumu, 2021.

Devlet sağlık sistemi, temel olarak devlet bütçesinden, ayrıca zorunlu sağlık sigortası fonlarından, işletmelerin ve kuruluşların gelirlerinden gönüllü kesintiler,

tüzel kişiler tarafından yapılan bağışlar ve kullanımı kanuna aykırı olmayan diğer kaynaklardan finanse edilmektedir.

Devlet sağlık sisteminin fonları:

- a. hedeflenen kapsamlı sağlık programlarının geliştirilmesi ve uygulanması;
- b. devlet sağlık tesislerinin maddi ve teknik altyapı temelini geliştirilmesi;
- c. tedavi profilaksi ve sıhhi-epidemiolojik kurumların sürdürülmesi;
- d. İndirimli (kısmi) tıbbi bakımın sağlanması;
- e. tıp ve ilaç çalışanlarının eğitimi;
- f. tıp biliminin geliştirilmesi ve uygulanması;
- g. salgın hastalıkları ortadan kaldırmayı amaçlar.

Sağlık Bakanlığı, sağlık harcamalarının %3'ünü ruh sağlığı hizmetlerine harcamaktadır. Psikiyatri hastaneleri tüm ruh sağlığı harcamalarının %85'ini oluşturmaktadır. Ruh sağlığı harcamalarında en büyük pay, tüketiciler tarafından hizmet sağlayıcılara nakit olarak yapılmaktadır. Bu uygulama gayri resmi olduğu için hesaplanmamakta veya kayıt altına alınmamaktadır. (<https://www.who.int/>, 2021)

Şizofreni ve epilepsi hastaları ile 1. ve 2. grup ruhsal hastalık nedeniyle engelli olanlar, ayakta tedavi gören psikiyatri kurumlarına kayıt olduklarında temel psikotrop ilaçları ücretsiz alma olanağına sahiptirler. Değerlendirme döneminde, ülke nüfusunun %1'inden daha azının bu ücretsiz ilaçlara erişimi vardı. Kayıtlı hastalar, her kategoride en az bir ücretsiz psikotrop ilaç alabilir. Psikiyatrik bakım arayan hastaların çoğu, "akıl hastası" olarak etiketlenme korkusuyla bir psikiyatri kurumuna kaydolma konusunda isteksizdir, bu nedenle ücretsiz psikotrop ilaçları kullanma hakkından mahrum bırakılırlar ve masrafları kendilerine ait olmak üzere ödemeye zorlanırlar. İlacı nakit olarak alanlar için günlük en düşük maliyetli antipsikotik ve antidepresan ilaçları almanın maliyeti, günlük asgari ücretin %3'üdür. Sosyal sigorta programları ruh sağlığı hizmetleri sağlamaz. Psikiyatri hastanelerinde tedavi (örneğin bazı ilaçlar, laboratuvar testleri) ve bakım devlet tarafından karşılanır.

2010 yılından itibaren ülkede Sağlık Bakanlığının 11 program hazırlamış ve uygulamaya başlamıştır. Bu programların gerçekleşmesi için bakanlık 228.2 milyon dolar para ayırmıştır. Bu dönemde 500 den fazla sağlık ocağı kurulmuş ve ya

yenilenmiştir. Ayrıca 2010 ve 2020 yılları kıyaslandıkta sağlık hizmetleri için devlet bütçesinden ayrılan paranın miktarı 11 defa artmıştır.

Sağlık için düşük hükümet fonu ve devlet tarafından garanti edilen haklar konusunda yetersizlik nedeniyle, hastalar 2018'de toplam sağlık harcamalarının tahmini %72.8'ini cepten ödemeleri olarak gerçekleştirmiştir (Dünya Bankası, 2020). Bu cepten ödemeleri, devlet yardımları kapsamında olmayan hizmetler veya ilaçlar için resmi kullanıcı ücretlerini, özel sağlık sektöründe sağlanan hizmetler için yapılan ödemeleri ve gayri resmi ödemeleri ve bahşışleri içermektedir. Bu tür ücretler, bireyin ödeme kabiliyetinden bağımsız olarak tahsil edilmektedir. Bu nedenle, cepten ödemeler ödemeleri hastalara mali bir yük getirmekte ve bakıma muhtaç düşük gelirli gruplar için özel bir engel oluşturmaktadır.

Azerbaycan sağlık sisteminin finansmanında yurtdışı kaynakların da payı vardır. Bu kaynaklar Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF gibi kuruluşlardan, ABD ve Türkiye gibi ülkelerden oluşmaktadır. Uluslararası örgütler ve ABD genellikle 1994-2008 yılları arasında aktif olarak yardım göstermişler. Temel neden ise ülkenin savaş nedeni ile büyük bir iç göç yaşaması idi. Bu kuruluşlar söz konusu insanların sağlık hizmeti alabilmesi için maddi yardımlarda bulunmuştur. 2008 yılından itibaren Azerbaycan yönetimi bu insanları geçici evlerle temin etti ve ayrıca patlak veren 2009 küresel krizinden sonra bu yardımların ölçüsü önemli düzeyde azalmıştır.

2008 yılına kadar ABD toplam 25 milyon dolar sağlık hizmetlerine yardımda bulunmuş, Dünya Bankası ise 2001 yılında 5.5 milyon, 2006 yılında 20 milyon dolar, 2008 yılında ise 50 milyon dolar, toplamda 76 milyon dolar kredi ayırmıştır. Bu dönemde farklı kuruluşlardan (DSÖ gibi) da yardım edilmiş fakat bununla ilgili veriler paylaşılmamıştır (Richardson, 2010: 22).

Son 2 yılda ise Azerbaycan'ın bu yardımlara pek sıcak bakmadığı görülmektedir. Örneğin, 2020 yılında pandemi ile mücadele etmek için DSÖ tarafından yapılan 5 milyon dolarlık yardım ve ABD tarafından yapılan 2 milyon dolarlık yardım aynı gün için Afrika ülkelerine aktarılmıştır.

3.6. Azerbaycanda Sağlık Finansmanının Zorlukları

Azerbaycan sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu devlet tarafından maliyeleştirilmektedir. Devlet bütęesi ise büyük oranda petrol gelirlerine bağımlıdır ve gelecek yıl devlet bütęesi düzenlenirken petrol fiyatları dikkate alınarak yapılmaktadır. Bu fiyatlardaki inmeler, devlet bütęesinin olumsuz yönde ve büyük oranda etkilemekte, bu da sağlık harcamalarının azalmasına neden olmaktadır.

Diğer bir zorluk, kaynakların verimsiz kullanılmasıdır. Ülkede kişi 1000 kişi başına düşen doktor sayısı gelişmiş ülkelere kıyasla fazladır. Aynı durum diğer sağlık çalışanları için de geçerlidir. Bunun temel nedeni ihtiyaç değil, ortada bir plansızlığın olması ve kaynakların verimsiz kullanılmasıdır (Dünya Bankası, 2018).

Başka bir zorluk ise, ilaç sektörü ile ilgilidir. Bu sektör tamamen dışa bağımlıdır ve hem siyasi nedenlerden hem de döviz kurlarından etkilenmektedir. Son yıllarda ilaç fiyatlarında artım sözkonusudur ki, bu da hem devleti hem de halkı etkilemektedir (DSÖ, 2020).

En önemli zorluklardan birisi ise ülkede sovyet döneminden miras kalan yolsuzluktur. Devletin yolsuzlukla ilgili çeşitli programları olsa da, etkili bir sonuç elde edildiği söylenemez.

3.7. Azerbaycan, Kanada ve Japonya Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Azerbaycan'nın kişi başına düşen milli geliri (4273 ABD Doları) Kanada ve Japonya'ya kıyasla oldukça düşüktür. Sovyetlerin etkisi, daha sonra ise 1990'lı yıllarda gerçekleşen olaylar ülkeyi hem siyasi hem de ekonomik açıdan olumsuz yönde etkilemiştir. Birinci Karabağ savaşı (1992-1994) ülkedeki bir çok sağlık ve ekonomik altyapıları yok etti. Diğer altyapılarla birlikte birçok toplum kliniği ve hastanesi tamamen dağıtıldı, yağmalandı ya da büyük hasarlar gördü. Savaş bölgesinden uzakta yerleşen diğer sağlık kurumları ise savaşın ağır yükünü çekmekle birlikte daha büyük bir sorunla karşılaşmıştır. Bu sorun, savaş sonucunda evlerini kaybetmiş insanların kalacak yerleri olmadığından diğer kamu binaları gibi sağlık kuruluşlarına yerleşmesi olmuştur. Tüm bu sıkıntılar 2000'li yılların başlarında azalmaya başlamış ve ülkenin sağlık sektöründe ilerleme kaydedilmiştir.

Azerbaycan gelişmekte olan, Kanada ile Japonya gelişmiş ülkeler olarak sağlık sistemlerinin karşılaştırma yapılmasının nedeni; Azerbaycan sağlık sisteminin eksiklerini ve zayıf noktalarını vurgulamak ve iki ülkenin örneklerinden faydalanmak içindir.

Tablo 9. Azerbaycan Sağlık Sisteminin Kanada ve Japonya Sağlık Sistemi ile Karşılaştırılması

	Azerbaycan	Kanada	Japonya
Sağlık Sistemi	Semaşko	Medicare	Bismarck
Toplam Hastane Sayısı	570	850	8.300
1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı	4,5	2.52	13.2
Sağlık alışanlarının Toplam Sayısı	88.000	645.000	2.000.000
1000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı	3.3	2.8	2.5
1000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	5.4	9.9	11.8
Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması	52 \$	5.418 \$	4.823 \$
GSYİH Başına Toplam Sağlık Harcaması (%)	1.1	11.5	11
Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (%)	-	70.4	84
Özel Sağlık Harcamalarının Payı (%)	-	29.6	16
Cepten deme Sağlık Harcamalarının Payı (%)	72,8	14.1	14

Kaynak: OECD, Statista, World Bank, WHO.

Kanada ve Japonya sağlık sistemi ile Azerbaycan'ın sağlık sistemi kıyaslandığında Azerbaycan'ın sağlık sisteminin iki ülkenin sağlık sisteminden farklı olduğu söylenebilir. Kanada'nın sağlık sistemi, hizmetleri özel kuruluşlar tarafından sağlanan devlet desteklidir. Bu ülkede sağlık hizmetleri vatandaşlara ücretsiz olarak sunulmakta, maliyetler ise devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Bu nedenle ülkede özel sağlık hizmet sunucularının sayı oldukça düşüktür. Japonya'nın sağlık sistemi ise Bismarck modeli esasında oluşturulmuştur. Bu sağlık sisteminin finansmanı, yerel ve ulusal yönetimlerden, bireylerden ve işverenlerden alınan primlerden oluşmaktadır. Kamu sağlık sigortasına ek olarak özel sağlık sigortası kullanan çok sayıda kişi bulunmaktadır. Azerbaycan'ın sağlık sistemi ise devlet tarafından desteklenmektedir. Fakat sağlık hizmetleri Kanada sağlık sisteminde olduğu gibi özel kuruluşlar tarafından deyil, Japonya sağlık sisteminde olduğu gibi devlet hastaneleri ve sağlık ocakları tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca Japonya ve Kanada'dan farklı olarak Azerbaycan'da genel ve özel sağlık sigortası pek

gelişmemiştir. Genel sağlık sigortası ile ilgili çalışmalar 2016 yılından başlanmış ve 2020 yılından zorunlu olarak kullanılmaya başlanmıştır. Özel sağlık sigortasının gelişmememesinin en büyük nedenlerinden biri ise ülke ekonomisidir. Ayrıca, Sovyetler döneminde özel sağlık hizmetinin olmaması sonucunda halkın bu konuda pek bilgi sahibi olduğu söylenemez.

Kişi başına düşen sağlık harcamaları, Azerbaycan'da 52 ABD doları iken, Kanada'da bunun yüz katı daha fazla yani, 5418 ABD doları, Japonya'da ise 4823 ABD doları olarak saptanmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında Azerbaycan devletinin diğer iki ülkeden çok az sağlık harcaması yaptığı söylenebilir.

1000 kişiye düşen doktor sayısı da Azerbaycan'da daha fazladır (3,3). Yapılan araştırmalarda bunun temel nedeninin kaynakların verimsiz olarak kullanılması ve sağlık sisteminde bir planlamanın olmamasıdır.

GSYİH içinde sağlık harcamalarının payı oldukça düşüktür. Böyleki, bu rakam Kanada'da %11,5, Japonya'da %11 iken, Azerbaycan'da %1,1 olmuştur. Azerbaycan'da kamu ve özel sağlık harcamalarının payı ile ilgili veriler bulunmamaktadır. Fakat, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılında yayımladığı raporda Cepten harcamalarla ilgili bilgilere rastlanılmaktadır. Bu rakam Japonya ve Kanada'da %14 olurken, Azerbaycanda oldukça yüksek, %72,8 olarak kayıtlara geçmiştir. Bunun temel nedeni ise ülkede sosyal sağlık sigortasının devlet tarafından desteklenmemesidir. Fakat 2020 yılından itibaren uygulanan zorunlu sağlık sigortası sonucunda, ilerideki yıllarda bu oranın giderek azalacağı söylenebilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AZERBAYCAN'DA SOSYAL SAĞLIK SİGORTASI UYGULANMASI

Azerbaycan sağlık sisteminde makro düzeyde sağlık sisteminin yönetimini beş faktör etkilemektedir. Birincisi, ülke genelinde siyasette ve karar vermede sınırlı düzeyde çoğulculuk ve şeffaflık vardır. İkinci faktör, bir piyasa ekonomisi için stratejik kararlar. Özellikle piyasa ekonomisine geçişten sonra sağlık sisteminde sınırlı özel sektör öne çıkmaktadır. Üçüncü faktör, artan petrol gelirleri karşısında makroekonomik yönetimidir. Diğer bir faktör, hükümetin Yoksulluğu Azaltma ve Ekonomik Kalkınma Devlet Programına ve Sosyo-Ekonomik Kalkınma Devlet Programına bağlılığıdır. Son faktör, sağlık sektörü ve tıbbi işgücü için ciddi sonuçları olan sosyal hizmetler reformudur (Dünya Bankası, 2005).

1991 yılında bağımsızlığın kazanılmasından önceki dönemde, Azerbaycan Sağlık Bakanlığı Moskova'da alınan kararlar doğrultusunda yönetiliyordu. Sovyet sağlık sistemi (Semaşko) tamamen devlete aitti ve merkezi bir şekilde planlanmakta ve yönetilmekteydi. Sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz olup tüm nüfusu kapsamaktaydı. En uzak noktalardaki insanlar bile bu hizmetlerden kolaylıkla yararlanmaktaydı. Tüm sağlık çalışanları devlet tarafından istihdam edilmekteydi ve özel muayenehaneye izin verilmemekteydi. Hastanelerde hizmet genellikle yatarak tedavi odaklı idi ve ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri çok zayıftı.

Bağımsızlığını kazandıktan sonra ülke Semaşko modelini uygulamaya başlasa da, bu modelin tüm özelliklerini kullanmamakta idi. Semaşko modelinde özel sağlık hizmetleri yasaklanmıştı, fakat Azerbaycan modeli uygularken bazı değişikliklere yer vermiştir ki, bunlardan en birincisi de özel sağlık hizmetlerinin uygulanmasına izin verilmiştir.

Kanada ve Japonya sağlık sistemi ile Azerbaycan'ın sağlık sistemi kıyaslandığında Azerbaycan'ın sağlık sisteminin iki ülkenin sağlık sisteminden farklı olduğu söylenebilir. Kanada'nın sağlık sistemi, hizmetleri özel kuruluşlar tarafından sağlanan devlet desteklidir. Bu ülkede sağlık hizmetleri vatandaşlara ücretsiz olarak sunulmakta, maliyetler ise devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Bu nedenle ülkede

özel sağlık hizmet sunucularının sayı oldukça düşüktür. Japonya'nın sağlık sistemi ise Bicarck modeli esasında oluşturulmuştur. Bu sağlık sisteminin finansmanı, yerel ve ulusal yönetimlerden, bireylerden ve işverenlerden alınan primlerden oluşmaktadır. Kamu sağlık sigortasına ek olarak özel sağlık sigortası kullanan çok sayıda kişi bulunmaktadır. Azerbaycan'ın sağlık sistemi ise devlet tarafından desteklenmektedir. Fakat sağlık hizmetleri Kanada sağlık sisteminde olduğu gibi özel kuruluşlar tarafından deyil, Japonya sağlık sisteminde olduğu gibi devlet hastaneleri ve sağlık ocakları tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca Japonya ve Kanada'dan farklı olarak Azerbaycan'da genel ve özel sağlık sigortası pek gelişmemiştir. Genel sağlık sigortası ile ilgili çalışmalar 2016 yılından başlanmış ve 2020 yılından zorunlu olarak kullanılmaya başlanmıştır. Özel sağlık sigortasının gelişmememesinin en büyük nedenlerinden biri ise ülke ekonomisidir. Ayrıca, Sovyetler döneminde özel sağlık hizmetinin olmaması sonucunda halkın bu konuda pek bilgi sahibi olduğu söylenemez.

Azerbaycan son 5 yıldır sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve cepten sağlık harcamalarını azaltmak için çalışıyor. Bu bağlamda, halka daha iyi mali koruma sağlamak için 2016 yılında Devlet Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu'nu kurmuştur. Kurum, sağlık hizmetlerine daha iyi erişim, daha fazla üretkenlik ve hem hizmet kullanıcıları hem de sağlık profesyonelleri arasında daha yüksek memnuniyet seviyeleri sağlayan olumlu sonuçlar gösteren 3 bölgede pilot projeler uygulamıştır. 1 Ocak 2020'den itibaren ülkede zorunlu sağlık sigortası kademeli olarak uygulamaya konulmuşdur.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamında TABİB kurulmuştur ki, TABİB'in temel görevi, zorunlu sağlık sigortasının uygulanması ile bağlantılı olarak sağlık kurumlarını yönetmek ve kontrol etmekten oluşmaktadır. Kurumun faaliyetinin temel amacı ise, yönetimi altında olan sağlık kuruluşlarında nüfusun sağlığını korumak için tıbbi hizmetlerin düzenlenmesini sağlamayı ve tıbbi hizmetlerin kalitesini artırmak için önlemler almayı içermektedir. TABİB, halk sağlığı alanında nüfus için gerekli koşullar yaratmakta, sağlık kurumlarının faaliyetlerini zorunlu sağlık sigortası sisteminin gereksinimlerine uyarlamaktadır.

Azerbaycan'daki sağlık sistemi incelendiğinde sistemin sürdürülebilir bir yapıya sahip olmadığı anlaşılmaktadır. Bu sonuç, resmi raporların değerlendirmelerinde açıkça yazılıdır ve yıllar içinde bu yönde çeşitli reformlar gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın nceki bölümlerinde de grldğu gibi sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit eden en temel faktör sistemin finansmanıdır. Gelir-gider dengesinin sürdürülebilir bir düzeyde tutulabilmesi için çözülmesi gereken en önemli konular kayıt dışı istihdam, önlenebilir giderlerin önlenmesi ve maliyet paylaşımıdır.

4.1. Genel Sağlık Sigortasına Yönelik neriler

Azerbaycan sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu devlet tarafından maliyeleştirilmektedir. Devlet bütçesi ise büyük oranda petrol gelirlerine bağımlıdır ve gelecek yıl devlet bütçesi düzenlenirken petrol fiyatları dikkate alınarak yapılmaktadır. Bu fiyatlardaki inmeler, devlet btesinin olumsuz ynede ve büyük oranda etkilemekte, bu da sağlık harcamalarının azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca, ülkedeki denetimlerin yetersizliği ile sistemin siyasi kaygılar nedeniyle olumsuz işleyişi, bütçe açıklarının artmasına neden olmaktadır. GSS sisteminin Kanada rneğinde olduğu gibi tamamen özel sektöre devredilmesinin, özel sektörün daha sıkı kontroller uygulaması ve özel sektörün zarar görmemesi için daha sert cezalar vermekten çekinmeyeceği için daha verimli olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle GSS ürününün gerekli finansal ve operasyonel koşulları sağlayan sigorta şirketleri tarafından sunulması gerekmektedir.

Yeni model yapısında temel sağlık sigortası planında yer alan hizmet ve yardımların, temel paket seçeneklerinin, temel paket primlerinin, taban ve tavan muafiyet tutarlarının, anlaşmalı sağlık hizmeti sunucularının belirlenmesi ve kapsamı SGK tarafından belirlenip, görüşmelerin de SGK tarafından yürütülmesi önerilmektedir.

Vatandaşların temel sağlık ihtiyaçlarının tanımı, temel sağlık ihtiyaçlarının GSS kapsamındaki hizmet bedelleri, sigortalıya/hastalık durumuna göre uygulanabilir ve uygulanamayan istisnalar, sağlık hizmeti sunucularının işleyişi ve denetimi ve kademeli sevk sisteminin GSS kapsamında düzenlenmesi Sağlık

Bakanlığı'nın sorumluluğunda olmalı ve temel kararlar Sağlık Bakanlığı tarafından verilmelidir.

Kanada ve Japonya'daki GSS sağlık hizmetlerine verilen destek gibi bir devlet desteğinin, sistemin finanse edilmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir; bu finansmanın yöntemi ve oranı SGK, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında kararlaştırılmalı ve özel sektör finansman ihtiyacı bir ölçüde desteklenmelidir. GSS kapsamındaki harcamaların bir kısmının Kanada ve Japonya örneğinde olduğu gibi devlet tarafından karşılanması durumunda, genel sağlık sigortası sisteminin devlet bütçesi ve Maliye Bakanlığı üzerindeki yükü doğrudan azalacaktır.

Kamu hastaneleri, özel şirketler gibi özerk yapılarda faaliyet gösterse de, özel sektörün sigortalıların sağlık maliyetleri üzerindeki kontrolü kar amaçlı kararların alınmasından kaçınacaktır. Sağlıklı kontrol mekanizmalarının işletilmesi sağlık sektörü çalışanlarının verimliliğini artırırken, personelin mevzuata uygun olarak çalışmalarına devam etmesini sağlayacaktır. GSS kapsamında hizmet verecek kurumlarda rekabet hizmetin kalitesine ve sonuçlarına bağlı olacağından sigortalıların memnuniyeti ve genel olarak toplumun sağlığı artacaktır.

SGK ve Sağlık Bakanlığı'nın yükünün büyük bir kısmı özel sektöre devredileceğinden, özel sektörde özellikle sağlık harcamalarını, sağlık tesislerini ve sigortalıların raporlarını kontrol etmek için istihdam yaratılacak ve işsizlik oranı düşecektir.

Bir diğer yapısal öneri ise: Azerbaycan'da mevcut KSS kapsamı korunurken Sağlık Bakanlığı'nın gerekli gördüğü genişleme yapılmalıdır. Bu genişleme, öncelikle akıl ve ruh sağlığı hizmetleri ile uzun süreli bakım hizmetleri için altyapı oluşturulması yoluyla sağlanmalıdır.

GSS zorunlu olmakla birlikte, sigorta şirketlerinin temel sağlık paketine alternatif olarak daha kapsamlı ürünler sunması ve bu kapsamı genişleten paketlerin, piyasa ekonomisine göre şirketlerin kendi belirledikleri genişlemeler ve primlere tabi olması gerekmektedir. Bu nedenle, sigortalıya tercih hakkı ve dilerse daha yüksek primlerle daha kapsamlı teminat alma imkanı tanınmalıdır. Temel sağlık sigortası kapsamındaki muaf olmayan ve sürprim edilemeyen hastalıklar, genişletilmiş ürünlere uygulanmalı, ancak temel sağlık sigortası paketi kapsamından daha az koruma sunmayacak şekilde yapılandırılmalıdır.

Halk sağlığını korumaya yönelik çalışmalar artarak devam etmeli ve önlenebilir hastalıklara karşı etkin bir şekilde çalışılarak ileride önlenebilir sağlık harcamalarının önüne geçilmelidir. Bu modele destek talebi olarak sigortalıların yılda iki kez rutin kontroller için aile hekimi ve diş hekimine gitmeleri zorunlu hale getirilmelidir. Bu kontrolleri yaptırmayan veya aksatan sigortalıların primleri bir sonraki yıl artırılmalı, gerekirse muafiyeti artırılmalı veya sigorta teminatları azaltılmalıdır. Bu alışmalar sonucunda halk sağlığı düzeyi yükselecek ve birçok maliyet ve sıkıntıdan kaçınılacaktır. Çocuklar ve aşı konularında da benzer bir uygulama yapılmalıdır. Hangi kontrollerin ne sıklıkta yapılacağı yaşa göre Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmelidir.

Madde bağımlılığına dayanan hastalıklar direkt GSS kapsamından çıkarılmalıdır. Kendine zarar veren sigortalının mağduriyeti sistem tarafından karşılanmamakta, zararlı alışkanlıklar ve madde bağımlılığı hastalıklarına bağlı sağlık maliyetleri azaltılabilmektedir. Bu konuda madde bağımlılarını tedavi etmek için özel ve ihtisaslaşmış merkezler ve hastaneler oluşturulmalı ve bu kişilerin tedavileri bu kurumlarda sıkı gözetim altında yapılmalıdır. Bu kişiler bağımlılıktan tamamen kurtulup sorumlu doktor/kurum tarafından onaylanana kadar hastaneden taburcu edilmemeli, hastaneden izinsiz çıkarsa tüm teminatlar iptal edilmelidir. Olduğca sert ama etkili bir yöntem olan bu öneri, zamanla halk sağlığı ve sağlık harcamalarının azalmasına yardımcı olacaktır.

Japonya sağlık sisteminde olduğu gibi 18 yaş altı vatandaşlara muafiyet uygulanmaması, Azerbaycan modeli için iyi bir seçenek değildir. Temel neden ise, ülkedeki ekonomik durumun buna olanak tanımamasıdır.

GSS'nin zorunlu uygulamasında, primlerin hesaplanması Kanada ve Japonya örneğine benzer, farklı şirketlerden farklı prim teklifleri sunulmalı, toplumun eşit yararlanabilmesi için şartlar yaşa ve cinsiyete göre belirlenmeli, bireysel ek ücretler veya istisnalar uygulanmamalıdır. Azerbaycan'da primler belirlenirken SGK tarafından belirlenen bir prim st sınırının olması, zorunlu genel sağlık sigortasının tüm toplum tarafından erişilebilir olmasını sağlayacaktır. Sistemin finansmanının sürekliliği ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı, SGK ile birlikte sigorta sektörünü denetleyen Maliye Bakanlığı ve bu ürünleri piyasaya sunacak sigorta şirketlerini oluşturacak bir birlik ortak toplantılar yaparak belirlenecek primlerde söz sahibi

olmalıdır. Azerbaycan'da sigortalıdan alınan cari KSS primlerinin payı sigortalının brüt maaşının %2'sidir. Bu noktadan hareketle, KSS sisteminde sigortalıya sunulacak temel KSS planı için yıllık brüt primin, sigortalının yıllık brüt gelirin %2'sini geçmemesi şartı aranabilir.

Dikkatli olunması gereken bir başka konu da işverenin GSS'ye yaptığı prim katkılarıdır. Azerbaycan'da mevcut GSS sisteminde bir işveren, her çalışanın brüt maaşının %2'si oranında katkı sağlamaktadır. Aslında bu sayı düşük olsa da işverenleri kayıt dışı istihdama yönlendirmektedir. Bu işveren katkısının kaldırılması kazançları azaltıcı bir etki gibi görünse de kayıt dışı istihdam oranının düşmesini etkileyecek ve sisteme prim ödeyen sigortalı sayısını artıracaktır. Bunun yerine, işverenlerden toplanan vergilerin bir kısmı GSS'ye fon sağlamak için kullanılabilir ve işveren katkısının ortadan kaldırılmasından kaynaklanan fon kaybı dengelenebilir. Bu dengenin sağlanması Maliye Bakanlığı'nın sorumluluğunda değerlendirilmelidir.

Kayıt dışı istihdamın önüne geçilmesi ve ekonomik aktivitenin artırılması için uygulamada çeşitli farklılıklara ihtiyaç duyulmaktadır. 18 yaşını doldurmuş kişiler, aileleri üzerinden sigortalı sayılmamalı ve GSS'yi kabul ederken sigorta primi ödemeleri istenmelidir. Prim katkısı yapmayanların GSS ile ilgili hizmetlerden faydalanması engellenmelidir. Lisans ve lisansüstü eğitime devam eden 25 yaşın altındaki kişiler için temel zorunlu sağlık sigortası planına azami katkı payı brüt asgari ücretin %2'si ile sınırlandırılabilir. Böylece GSS hizmetlerinden yararlanmak isteyen öğrenciler iş gücüne katılmak zorunda kalacak ve bir açıdan bu etkili bir teşvik olacaktır. Okurken çalışmak teşvik edilir ve bunun olumlu bir sonucu olarak, ülke genelinde yarı zamanlı işgücünün kalitesi artacaktır.

Geliri asgari ücretin altında olup bu şekilde kayıtlı olanlar ile işsizlerin zorunlu sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaya devam edilmeli ve bu giderler Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmalıdır. Ancak işsizler için genel sağlık sigortası sadece 1 yıl süreyle devlet tarafından karşılanmalıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yeniden yapılandırılacak olan İş Kurumu, 1 yıl içerisinde işsizleri 3 açık pozisyona göndermekle görevlendirilmeli ve bir kişi bu 3 işten herhangi birini kabul etmezse kişinin GSS primlerinin devlet tarafından karşılanması durdurulmalıdır. Kişilerin

yönlendirileceği mevkiler, son mevkiler seviyesinde veya altlarında olmalıdır. Bu uygulama işsizleri son pozisyonlarından daha düşük pozisyonlarda çalışmaya neden olsa da, işsizliği önleyecek ve GSS'nin finansmanını destekleyecektir. Bu uygulamanın kötüye kullanılmaması için İş Kurumu tarafından belirlenen pozisyonlarda en az 6 ay çalışma koşulları aranmalıdır. Belirlenen pozisyonda 6 aydan daha kısa dönemde çalışanların da GSS primlerinin devlet tarafından karşılanması askıya alınmalıdır.

4.2. Hükümetin Yapması Gereken Reformlar

Azerbaycan'nın sağlık alanında yaptığı çalışmalarda bir miktar ilerleme gerçekleşse de Kanada, Japonya ve diğer gelişmiş ülkelerin yapmış olduğu bazı çalışmaları da örnek olarak gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bu çalışmalar aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- a. Ulusal Kamu Sağlığı Enstitüsünün kurulması
- b. Ulusal Hücre Eşgüdüm Merkezi'nin oluşturulması
- c. Akıl sağlığı eylem planı yapılmalı ve uygulanmalı
- d. Ulusal Kanseri Enstitüsü kurulmalı
- e. Reform çalışmaları için ek kaynak ve personel desteği verilmeli
- f. Eczacılık sektöründe reform yapılmalıdır.

4.3. Sağlık Eğitiminde Değişiklikler

Sovyet eğitim sistemi çok fazla doktor hazırlasa da, buradaki genel sorun onların tecrübesinin az olması ile ilgilidir. Bunun temel nedeni ise, son bir yıla kadar genel sağlık sigorta sisteminin uygulanmaması ve bunun sonucunda devlet hastanelerinde az sayıda hasta olmasıdır. Bu durum ülkenin sağlık sistemini de kötü etkilemektedir. Ülke yönetimi bunu dikkate alarak tıbbi eğitimde bazı değişiklikler yapmıştır. Eğitim sistemi her ne kadar deyişse de, hem kullanılan ders kaynakları sovyet kaynaklarında yola çıkılarak hazırlanmakta, hem de hocaların büyük kısmı da sovyet döneminde eğitim alan veya eğitim veren kişilerden oluşması, yeni sağlık çalışanlarının eğitimini olumsuz etkilemektedir. Milli Eğitim Bakanlığının

oluşturduğu burs programı ile çok az öğrenci Türkiye ve Almanya gibi ülkelere eğitim ya da staj yapma hakkı kazanmaktadır. Bu nedenle devlet burslarını kazanamayan sağlık çalışanları kendi hesaplarına yurtdışında uzmanlık eğitimi almaktadırlar. Fakat bu durum da ekonomik durumu iyi olan öğrenciler için geçerlidir.

Tüm bunların giderilmesi için ilk başta Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının kordineli bir şekilde çalışması gerekmektedir. Sovyet döneminden uygulanan kitablara eğitim sürecinden kaldırılmalı ve bunların yerine yeni modern içerikli kitablara getirilmelidir. Ayrıca Türkiye ve Avrupa gibi ülkelerin sağlık eğitim süreçleri örnek model olarak ele alınmalı, bu ülkelerde eğitim almak isteyen başarılı öğrenciler için imkanlar sunulmalıdır. Aynı zamanda akademik personele de dikkat edilemeli, yaşı 70 üzeri olan (bazen 90) ve sovyet kültürünün etkisinde çıkamamış hocaların yerine genç ve başarılı hocalar eğitim sürecinde yerini almalıdır.

4.4. Özel Sağlık Kuruluşları

Ülkedeki özel sağlık kuruluşları da istenen düzeye gelmemiştir. Kamu hastanelerinin yetersiz kalması ve özel hastanelerin sayının az olması ve istenen kalitede hizmet verememesi, ülke insanların sağlık hizmeti alması için başka ülkelere gitmesine neden olmaktadır. Özellikle onkoloji gibi zor hastalıkları olan insanlar Türkiye, İran, İsrail ve Almanya gibi ülkelere sağlık hizmeti almaktadırlar.

Devlet, Kanada sağlık sisteminde olduğu gibi genel sağlık sigortasını özel kuruluşlar aracılığı ile yaparsa ve bu özel sağlık kuruluşlarını belirli bir sürede denetlerse, hem özel sağlık kuruluşlarının sayısında hem de onların hizmet kalitesinde bir artış yaşanacaktır.

4.5. Kaynak Kullanımdaki Verimsizlik ve Adaletsizlik

Sağlık sistemi çeşitli verimsiz kullanımlarla karakterize olunmuştur. Örneğin doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının sayısında bir fazlalık görülmektedir. Eski

Sovyet cumhuriyetlerinin bir çoğunda olduğu gibi, gelişmiş bir ekonomiye sahip Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerine oranla 1.000 kişiye düşen doktor ve diğer personel sayısı oldukça fazladır. Böyleki 1.000 kişiye düşen doktor sayısı Kanada'da 2.8, Japonya'da 2.5 olurken, Azerbaycan'da aynı rakam 3,3'tür. Yine 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısı Kanada'da 9.9, Japonya'da 11.8 olurken, Azerbaycan'da aynı rakam 5,4'tür. Bu rakamlar doktor sayısında bir fazlalığı, hemşire sayısında ise ciddi oranda eksikliği göstermektedir. Bunun en temel nedeni ihtiyaç değil, ortada bir plansızlığın olması ve kaynakların verimsiz kullanılmasıdır. Bu sorunun giderilmesi için Sağlık, Eğitim ve İş Kurumlarının koordineli bir şekilde çalışması gerekmektedir.

Ayrıca uzman hekimlerin birincil sağlık hizmetlerinde kullanılması da söz konusudur. Bu durum düşük verimliliğe yol açarak, sağlık hizmetlerinin belirli bir yapı içinde sunulmasına engel olmaktadır. Bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliği ve sevk sistemi de mevcut değildir. Sağlık personeli arasında rekabet çok düşüktür.

En önemli zorluklardan birisi ise ülkede sovyet döneminden miras kalan yolsuzluktur. Son iki Sağlık Bakanının yolsuzluk davasıyla görevden alınması bunun bir kanıtıdır. Ayrıca devlet hastanelerinde doktorların özel hastanedeki gibi belirli bir ücret karşılığında hizmet verdiği bilinmektedir ki, bu hizmetin bedelini hastalar kendi ceplerinden ödemektedirler. Devletin yolsuzlukla ilgili çeşitli programları olsa da, etkili bir sonuç elde edildiği söylenemez. Bu nedenle yolsuzluğa karşı çalışmalar daha da artırılmalı, denetim mekanizması oluşturulmalı ve uygulanmalı, sağlık çalışanlarının maaşı artırılmalıdır.

SONUÇ

Kanada ve Japonya sağlık sistemi ile Azerbaycan'ın sağlık sistemi kıyaslandığında Azerbaycan'ın sağlık sisteminin iki ülkenin sağlık sisteminden farklı olduğu söylenebilir. Kanada'nın sağlık sistemi, hizmetleri özel kuruluşlar tarafından sağlanan devlet desteklidir. Bu ülkede sağlık hizmetleri vatandaşlara ücretsiz olarak sunulmakta, maliyetler ise devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Bu nedenle ülkede özel sağlık hizmet sunucularının sayısı oldukça düşüktür. Japonya'nın sağlık sistemi ise Bismarck modeli esasında oluşturulmuştur. Bu sağlık sisteminin finansmanı, yerel ve ulusal yönetimlerden, bireylerden ve işverenlerden alınan primlerden oluşmaktadır. Kamu sağlık sigortasına ek olarak özel sağlık sigortası kullanan çok sayıda kişi bulunmaktadır. Azerbaycan'ın sağlık sistemi ise devlet tarafından desteklenmektedir. Fakat sağlık hizmetleri Kanada sağlık sisteminde olduğu gibi özel kuruluşlar tarafından değil, Japonya sağlık sisteminde olduğu gibi devlet hastaneleri ve sağlık ocakları tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca Japonya ve Kanada'dan farklı olarak Azerbaycan'da genel ve özel sağlık sigortası pek gelişmemiştir. Genel sağlık sigortası ile ilgili çalışmalar 2016 yılından başlanmış ve 2020 yılından zorunlu olarak kullanılmaya başlanmıştır. Özel sağlık sigortasının gelişmememesinin en büyük nedenlerinden biri ise ülke ekonomisidir. Ayrıca, Sovyetler döneminde özel sağlık hizmetinin olmaması sonucunda halkın bu konuda pek bilgi sahibi olduğu söylenemez.

Azerbaycan'daki sağlık sistemi incelendiğinde sistemin sürdürülebilir bir yapıya sahip olmadığı anlaşılmaktadır. Bu sonuç, resmi raporların değerlendirmelerinde açıkça yazılıdır ve yıllar içinde bu yönde çeşitli reformlar gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın önceki bölümlerinde de görüldüğü gibi sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit eden en temel faktör sistemin finansmanıdır. Gelir-gider dengesinin sürdürülebilir bir düzeyde tutulabilmesi için çözülmesi gereken en önemli konular kayıt dışı istihdam, önlenebilir giderlerin önlenmesi ve maliyet paylaşımıdır.

Azerbaycanda 2020 yılından uygulanmaya başlanan zorunlu sağlık sigortasının geç kalındığı düşünülmektedir. Bu günün gelişmiş ülkelerinde bu sistemin kurulduğu zaman kişi başına düşen milli gelir ortalama 400-500 ABD doları olmuştur. Azerbaycanın bağımsızlığının ilk 15 yılı hem siyasi hem de

ekonomik açıdan zor geçse de 2005 yılından itibaren ülkede gözle görülür ilerlemeler kaydedilmiştir. Yayımlanan rakamlarda kişi başına düşen milli gelir 2005 yılında 1500 ABD doları, 2012 yılında 7000 ABD doları, 2020 yılında ise 4273 ABD doları olmuştur. Bu rakamlarda yola çıkılarak sosyal sigorta sisteminin kurulması için ekonomik engelin bulunduğu söylenemez. Bunlarla birlikte devletin her geçen yıl sağlık sistemine yönelik harcamaları artırdığı söylenebilir.

Azerbaycan'ın yeni uygulanmaya başlamış sosyal sağlık sigorta modeli, mevcut şartlar dikkate alındığında en uygun model olduğu söylenebilir. Bu sistemin finansmanı birey ve kuruluşlardan alınan primlerdir. Uygulanan bu model Japonya'nın da uyguludağı Bismarck modeline denk gelmektedir. Eğer, yeni uygulanan model Kanada'daki gibi devlet tarafından finanse edilseydi, bu durum devlet bütçesini olumsuz yönde etkileyecek ve modelin sürdürülebilirliği söz konusu değildir.

Uygulanan yeni sosyal sağlık sigortası modelinin sürdürülebilir olması için devlet, destekleyici, teşvik edici ve denetleme faaliyetlerini sürekli olarak gerçekleştirmeli, oluşan sorunları en kısa sürede gidermelidir.

KAYNAKÇA

- Ağır, H , Tıraş, H.: Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. 2018 ***Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi***. 15 (2). 643-670
- Allin S.: 2008. Does equity in healthcare use vary across Canadian provinces? ***Healthcare Policy***.3(4):83–99.
- 2020 Ankara Ticaret Odası: ***Kanada Ülke Raporu***.
- 2007 ***Azerbaycan Ulusal Ansiklopedisi. "Azerbaycan" cildi***.
- Biçerli, K.: 2007 ***Çalışma Ekonomisi***. 4.Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü.: 2006 Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi. ***Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi***, 9(3).
- Bong-min Yang, Eun-young Bae, & Jinhyun Kim: 2006 ***Economic Evaluation And Pharmaceutical Reimbursement Reform In South Korea’s National Health Insurance***. 27(1).
- Busse, R., & Riesberg, A.: 2004 Health Care Systems in Transition: Germany. ***Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies***. 6(9).
- Campbell, J. C. ve Ikegami, N.: 2000 ***Long-Term Care Insurance Comes to Japan. Health Affairs***. Cilt 19. Sayı 3.
- 2019 Shared health priorities. ***Ottawa: Government of Canada***. (<https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities.html> , accessed 12 July 2021).

- 2016 Canadian Institute for Health Information Prescribed drug spending in Canada. *A Focus On Public Drug Programs*. https://secure.cihi.ca/free_products/Prescribed%20Drug%20Spending%20in%20Canada_2016_EN_web.pdf.
- Carrin, G., & James, C.: 2004 *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period*. 86(11).
- Çelikay , F., & Gümüş, E.: 2011 Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 177-216.
- CIHI: 2016 *Drug use among seniors in Canada*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. (<https://www.cihi.ca/en/drug-use-among-seniors-in-canada>, accessed 19 July 2020).
- CIHI: 2019 *National health expenditure trends, 1975 to 2019*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. (<https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-1975-to-2019>, accessed 19 July 2021).
- Çoban, H.: 2009 Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. *Doktora Tezi*. 211.
- Güvel E., A. ve Güvel, Ö., A.: 2004 *Sigortacılık*. 2. Baskı. Seçkin Yayınları. Ankara.
- Flood CM: 2007 Chaoulli’s legacy for the future of Canadian health care policy. In: Campbell B, Marchildon GP, editors. *Toronto: James Lorimer & Company*, pp. 256–191.
- Gregory P. Marchildo, Sara Allin, Sherry Merkur.: 2020 Canada Health System Review. *Health Systems in Transition*. Vol. 22 No. 3.

Güvercin, C., H.: 2000 **Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde Yeşil Kart Sahiplerinin Bazı Özellikleri Yeşil Kart Kullanımı ve Bunu Etkileyen Faktörler.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı. *Yüksek Lisans Tezi.* Bursa.

H. Sakamoto et al: Japan: Health System Review. *Health Systems in Transition.* 8(1).
2018

Hatanaka T, Eguchi N, Deguchi M, Yazawa M, Ishii M: 2015 Study of Global Health Strategy Based on International Trends: Promoting Universal Health Coverage Globally and Ensuring the Sustainability of Japan's Universal Coverage of Health Insurance System: Problems and Proposals. *Japan Med Assoc J*, 58(3):78.

2016 Health and Welfare Bureau for the Elderly; Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan; **Long Term Care Insurance System of Japan.**
https://www.mhlw.go.jp/english/policy/carewelfare/carewelfareelderly/dl/ltcisj_e.pdf , (Erişim Tarihi: 17 Haziran 2021).

Holley, J., Akhundov, O., Nolte, E.: 2004 *Health Care Systems In Transition Azerbaijan.* Editör: Nolte, E. Maclehorse, L., McKee, M., s. 14.

2021 <http://www.e-qanun.az/>

2021 <https://azerbaijan.az/related-information/211>

2021 <https://datatopics.worldbank.org/>

2021 <https://economy.gov.az/>

2021 <https://pnhp.org/>

- 2021 <https://www.mfa.gov.az/>
- 2021 <https://www.oilfund.az/>
- 2021 <https://www.verawholehealth.com/>
- Hurley J, Guindon GE: Private health insurance in Canada. In: Thomson S, Sagan A, Mossialos E, editors. International experience with private health insurance: History, politics, performance. **Cambridge: Cambridge University Press.** 2020
- İstanbuluoğlu, H., Sağlık Hizmetierinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Güleç, M., & Oğur, R.: 2010* **Gazetesi**, 85(2), 86-99.
- 2018 Japan External Trade Organization, Investing in Japan, https://www.jetro.go.jp/en/invest/setting_up/section4/page9.html ; 2018.
- 2018 Japan Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 8 No. 1.
- 2014 John Creighton Campbell. Japan's Long Term Care Insurance System. https://www.researchgate.net/publication/304818177_Japan's_Long_Term_Care_Insurance_System.
- Kato, R., R.: 2018 The Future Prospect of the Long-term Care Insurance in Japan. *Japan and the World Economy*. 47.
- Kiliç, Ü.: 2019 Dünyada Uzun Süreli Sağlık Sigortasi Uygulamalari Ve Türkiye İçin Model Önerisi. Marmara Üniversitesi Bankacılıkk Ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.

- Kurtulmuş, S.: 1996 Sağlık Ekonomisi. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. *Doktora Tezi*. İstanbul.
- Lavoie JG.: 2018 Medicare and the care of First Nations, Métis and Inuit. **Health Economics, Policy and Law**.13(3–4): 280–298.
- LEU, Robert E. Ve Martin Schellhorn.: 2004 The Evolution of Income-Related Inequalities in Health Care Utilization in Switzerland over Time. IZA (**The Institute for the Study of Labor**), *Discussion Paper*. No. 1316.
- Levy, H., & Meltzer, D.: 2008 The Impact of Health Insurance on Health. *Annual Reviews*. 309-409.
- Lux M.: 2016 Separate beds: A history of Indian hospitals in Canada, 1920s–1980s. Toronto: *University of Toronto Press*.
- Malatyali, N., K.:2008 *Türk Sigorta Sektörü Orta Vadeli Gelişme Beklentileri*. 1. Baskı. İstanbul: **Sigorta Araştırma ve İnceleme Yayınları**.
- Marchildon GP: 2010 Health Care. In: Courtney JC, Smith DE, editors. The Oxford Handbook of Canadian Politics. *New York: Oxford University Press*, pp. 434–450.
- Marchildon GP: 2013 Health systems in transition: Canada. Copenhagen: **WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies**.
- Marchildon GP: 2016 Regionalization: What have we learned? *Healthcare Papers*.16(1):8–14.

- Marchildon GP: 2016 Bilateral health agreements between the federal and provincial/territorial governments in Canada. **Montreal: Institute for Research on Public Policy.**
- Marchildon GP.: 2013 Canada: Health System Review. **Health Syst Transit.** 15:1-179.
- Marchildon GP, Tholl B.: 2017 Addressing ten unhelpful myths about the Canada Health Act and why it matters. **Health Law in Canada.** 37(2-3):32-44.
- Martin D et al.: 2018 Canada's Universal HealthCare System: Achieving Its Potential. **Lancet.** 391 (10131): 1718-1735. doi:10.1016/S0140-6736(18)30181-8.
- Martin,: 2018 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30181-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30181-8/fulltext) , erişim tarihi: 04.05.2021.
- Matsuda S, Fujimori K.: 2014 The Claim Database in Japan. **Asian Pac J of Dis Manag,** 6(3-4):55-9.
- 2017 **Ministry of Health, Labour and Welfare** [website]. *Summary of Static/Dynamic Survey of Medical Institution and Hospital Report (in Japanese)* (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/791a.html> , accessed 20 August 2017).
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J.: 2002 Funding health care: options for Europe. **Buckingham: European Observatory on Health Care Systems Series.**
- Müjdat, Ş.: 2014 *Sosyal Sigortalar Uygulaması.* 11. Baskı. İstanbul. **Beta Yayınevi.**

- Murray CJL: 2011 Why is Japanese life expectancy so high? *The Lancet*, 378(9797):1124–5.
- OECD: 2016 [website]. OECD Health Statistics (<http://www.oecd.org/health/health-data.htm>, accessed 08 August 2018).
- OECD: 2019 **OECD health statistics** [database]. *Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.*
- OECD: 2020 **OECD income inequality data.** OECD data. *Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.* (<https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>, accessed 25 July 2021).
- Oral, İ.: 2003 ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Anadolu Üniversitesi Yayınları*, Eskişehir.
- Özlu, T.: 2008 Sağlıkta finansman modelleri. *Medi Magazin Dergisi*. S.349, Orta Doğu Yayınları. İstanbul.
- Öztürk, M., Adıgüzel, O. ve Yüksel, H.: 2011 Sosyal Politika Ekseninde Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Değişim ve Mevcut Reform Kapsamında Özelleştirme Uygulaması, *12. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu*. 2011.
- Paolucci, F.: 2011 Health Care Financing and Insurance : Option for Design (Cilt 10). *Developments in Health Economics and Public Policy*.
- 2017 Patient Groups in Japan [website]. Patient Groups in Japan (<http://pg-japan.jp/enindex.html>, accessed 17 August 2017).

- Pitacco, E.: 2014 Health Insurance. *Switzerland: Springer International Publishing.*
- 2015 Regulatory Information Task Force, Japan Pharmaceutical Manufacturers Association, Pharmaceutical Administration and Regulations in Japan
<http://www.jpma.or.jp/english/parj/pdf/2015.pdf> ; accessed Oct. 8, 2021).
- 2015 Regulatory Information Task Force, Japan Pharmaceutical Manufacturers Association, Pharmaceutical Administration and Regulations in Japan.
- Richardson, J.Henry, 1970 *İktisadi ve Mali Yönüyle Sosyal Güvenlik*, Çeviren:Turan Yazgan. İstanbul Üniversitesi. Yayın no:1524. Fakülteler Matbaası. İstanbul.
- Kato, R.: 2018 The Future Prospect of the Long-term Care Insurance in Japan. *Japan and the World Economy*, Sayı 47.
https://www.researchgate.net/publication/320608673_The_Future_Prospect_of_the_Longterm_Care_Insurance_in_Japan, ss. 1-17.
- Saltman, R., & Dubois, H.: 2004 The Historical and Social Base Of Social Health Insurance Systems. *Social Health Systems in Western Europe*, 21-33.
- Sargutan, A. E.: 2006 *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara.*
- Sargutan, A., E.: 2010 84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri – Kavram Metot ve Uygulamalar, Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri ve Özellikleri, 84 Ülkenin Sağlık Sektörleri Sağlık Sistemleri ve Mali Yapıları, Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Sistem ve Mali Yapıları.
- Sekhri, N. ve Savedoff, W.: 2006 Regulating Private Health Insurance to Servet he Public Interest: Policy Issues for Developing Countries, *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 357-392.

- Erol, I., S.: 2013 Japonya’da Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar. "*İş, Güç*" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. Cilt 15, Sayı 3, ss. 49-63.
- Shaw CD, et al: 2013 Profiling health-care accreditation organizations: An international survey. *International Journal of Quality in Health Care*. 25(3):222–231.
- 2011) Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, Reich MR, Ikegami N, Hashimoto H et al. Population Ageing And Wellbeing: Lessons From Japan’s Long-Term Care Insurance Policy. *The Lancet*, 378:1183–92.
- Tatar, M.: 2011 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 1(1), 103-133.
- Tıraş, H.: 2013 Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 125-152.
- Uğur, S.: 2004 Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi. *TİSK Yayınları Raporu*. Yayın No:244, Ankara.
- Ünal, E.: 2013 *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi*. Bursa Ekin Yayınevi, 160.
- N Engl J Med.*: 2003 Woolhandler S Campbell T Himmelstein DU Costs of health care administration in the United States and Canada. 349: 768-775.
- World Bank, 2005 Azerbaijan: **Health Sector Review Note**, Volume 2, Background papers. Washington, DC. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/8691>, Erişim tarihi: 06.08. 2021.

Yalçın, T.: 2001

Sağlık Hizmetleri Finansmanı. *Yeni Türkiye Dergisi*.
Sağlık Özel Sayısı. c.40. İstanbul.

Yıldırım, H.; 2005

Avrupa Birliği'ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin
Verimlilik Performansı Skorları. Absam, *Hacettepe
Üniversitesi Yayınları*. Ankara.



