



ANKARA

HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK POLİTİKASI ARACI OLARAK SİGARANIN
VERGİLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE UYGULAMASININ
ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Arzu POLAT

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hilmi ÜNSAL**

**DOKTORA TEZİ
MALİYE ANABİLİM DALI
MALİYE BİLİM DALI**

AĞUSTOS 2021



**SAĞLIK POLİTİKASI ARACI OLARAK SİGARANIN
VERGİLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE UYGULAMASININ ANALİZİ VE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Arzu POLAT

**DOKTORA TEZİ
MALİYE ANABİLİM DALI
MALİYE BİLİM DALI**

**ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

AĞUSTOS 2021

ETİK BEYAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içerisinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Arzu POLAT
06.08.2021



Sağlık Politikası Aracı Olarak Sigaranın Vergilendirilmesi: Türkiye Uygulamasının Analizi ve Değerlendirilmesi

(Doktora Tezi)

Arzu POLAT

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Ağustos 2021

ÖZET

Tütünün ilk kullanımı tıbbi, tedavi edici ve keyif verici amaçlarla olmuştur. Ancak zamanla sigara olarak tüketilmeye başlanması ile birlikte sağlığa zararları anlaşılmış ve sigara tüketimi mücadele edilmesi gereken bir alan haline dönüşmüştür. Sigara tüketimi sadece tüketen bireye değil yaydığı negatif dışsallık ile topluma da bir maliyet yüklemektedir. Sigara tüketimi birçok hastalık için risk faktörü olup, her yıl 8 milyon insan sigara tüketimi nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Sigaraya olan talebinin azaltılmasında birçok farklı politika önlemi bulunmaktadır. Sigara üzerinden alınan vergilerin artırılması da bu politika önlemlerinden birisidir. Sigaranın vergilendirilmesinde sadece ad valorem vergi, sadece spesifik vergi veya her iki vergi türünün ortak kullanıldığı yapılar söz konusudur. Türkiye en çok sigara tüketilen 10 ülke arasında yer almakta olup, sigaranın vergilendirilmesinde 2003 yılından itibaren karma bir yapı hakimdir. Bu yapı Özel Tüketim Vergisi (ÖTV) adı altında minimum tabanlı bir spesifik vergi ve ad valorem vergiden oluşmaktadır. Ayrıca sigara üzerinden Katma Değer Vergisi (KDV) alınmaktadır. Sağlık politikası aracı olarak sigaranın vergilendirilmesinde ilk amaç sigara tüketimini azaltmak iken ikinci amaç ise toplam vergi gelirini koruyabilmektir. Bu sayede elde edilen gelir de sağlık harcamalarının finansmanı veya sigara ile mücadelede kullanılabilecektir. Bu çalışmada WHO TaXSiM modeli kullanılarak Türkiye’de sigaranın vergilendirilmesi ile ilgili farklı vergi oranlarının (ad valorem, spesifik, KDV) simülasyonu yapılmıştır. Oluşturulan senaryolarda ad valorem vergi oranının düşürülüp, spesifik vergi tutarlarının (maktu ve asgari maktu vergi) ve KDV’nin yükseltilmesi ile sigara tüketimi azaltılırken toplam vergi gelirinin ise arttırılabileceği görülmüştür.

Bilim Kodu : 112004
Anahtar Kelimeler : Sigara, Sağlık Politikaları, ÖTV, KDV, Simülasyon,
Sayfa Adedi :187
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Hilmi ÜNSAL

Taxation of Cigarettes as a Health Policy Tool: Analysis and Evaluation of Turkish Practice

(Ph. D. Thesis)

Arzu POLAT

ANKARA HACI BAYRAM VELİ UNIVERSITY
THE INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES
August 2021

ABSTRACT

The first use of tobacco was for medicinal, therapeutic and recreational purposes. However it began to be consumed as cigarettes and its harm to health was understood in the long run, and consumption of cigarette turned into an area that needs to be struggled. Cigarette consumption imposes a cost not only on the individual consuming it, but also on the society with the negative externality it spreads. Cigarette consumption is a risk factor for many diseases, and 8 million people die every year due to smoking. There are many different policy measures to reduce the demand for cigarettes. Raising taxes on cigarettes is one of these policy measures. Only ad valorem tax, only specific tax or structures in which both tax types are used jointly exist in taxation of cigarettes. Turkey is among the 10 countries with the highest consumption of cigarettes, and there has been a mixed structure in the taxation of cigarettes since 2003. This structure consists of a minimum-based specific tax and ad valorem tax under the name of Special Consumption Tax (SCT). In addition, Value Added Tax (VAT) is collected on cigarettes. While the first purpose of taxation of cigarettes as a health policy tool is to reduce cigarette consumption, the second goal is to protect the total tax revenue. In this way, the income obtained can be used to finance health expenditures or to fight against smoking. In this study using the WHO TaXSiM model, different tax rates (ad valorem, specific, VAT) related to the taxation of cigarettes in Turkey are simulated. In the scenarios created, it has been seen that cigarette consumption can be reduced and total tax revenue can be increased by lowering the ad valorem tax rate and increasing the specific tax amounts (fixed and minimum specific tax) and VAT.

Science Code : 112004
Keywords : Cigarette, Health Policy, SCT, VAT, Simulation
Page Number :187
Supervisor : Prof. Dr. Hilmi ÜNSAL

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLARIN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xiii
GRAFİKLERİN LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK HİZMETLERİ VE POLİTİKALARINA İLİŞKİN TEORİK ÇERÇEVE.....	3
2.1. Sağlık Hizmetleri	5
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	5
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	7
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Kamusalılığı	9
2.2. Sağlık Politikaları	10
2.2.1. Sağlık Politikaları Oluşum Süreci	13
2.2.2. Sağlık Politikaları Açısından Sağlık Hizmetlerine Devlet Müdahalesi Nedenleri	18
2.2.3. Sağlık Politikaları Amaç ve Araçları.....	19
2.2.4. Sağlık Politikaları Amaç ve Araçları Açısından Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	22
2.2.4.1 Sağlık Hizmetlerinde Finansman Kaynakları.....	22
2.2.4.1.1. Kamu Finansman Kaynakları.....	23
2.2.4.1.2. Özel Finansman Kaynakları	24
2.2.4.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri	25
2.2.4.2.1. Bismarck Modeli	28
2.2.4.2.2. Beveridge Modeli	29

2.2.4.2.3. Özel Sağlık Sigortaları Modeli.....	31
2.2.4.2.4. Karma Model.....	32
2.2.5. Küreselleşmenin Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri.....	33
2.2.6. Uluslararası Kuruluşların Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri	34
2.2.6.1. Dünya Sağlık Örgütünün Sağlık Politikası Üzerine Etkileri.....	35
2.2.6.2. Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonunun Sağlık Politikası Üzerine Etkileri.....	37
3. SİGARA TÜKETİMİ VE SAĞLIK POLİTİKASI İLİŞKİSİ	39
3.1. Tütün Üretimi ve Tüketimi.....	40
3.2. Tütünün Sigara Olarak Tüketilmeye Başlanması.....	47
3.3. Sigara Tüketiminin Sonuçları.....	50
3.3.1. Sigara Bağımlılığına Yol Açması.....	52
3.3.2. Pasif İçiciliğe Yol Açması (Çevresel Sigara Dumanı)	53
3.3.3. Hastalıklara Yol Açması.....	55
3.4. Sigara Tüketiminin Ekonomik Maliyeti	58
3.5. Sigara ile Mücadelede Tütün Kontrol Politikaları.....	59
3.5.1. Arz Yönlü Tütün Kontrol Politikaları	61
3.5.1.1. Tütün Üretimine Yönelik Düzenlemeler.....	62
3.5.1.2. Kaçakçılığın Önlenmesine Yönelik Düzenlemeler	63
3.5.1.3. Tütün Ürünlerine Erişimde Yaş Sınırlaması	64
3.5.1.4. Tütün Ürünleri Dağıtım Ağının Tekelleştirilmesi	65
3.5.1.5. Tütün Ürünleri ve Ticaretine Kısıtlamalar	65
3.5.1.6. Tütün Ürünlerinde Tavan Fiyat Uygulaması.....	67
3.5.2. Talep Yönlü Tütün Kontrol Politikaları	67
3.5.2.1. Pasif İçiciliğin Önlenmesi ve Tütün Ürünlerinin Zararlarına Karşı Toplumun Bilinçlendirilmesi.....	68

3.5.2.2. Reklam, Promosyon ve Sponsorluk Yasakları.....	69
3.5.2.3. Vergilendirme.....	70
3.5.3. Dünya Sağlık Örgütünün Tütün Kontrolü Aracı: MPOWER	71
3.5.4. Tütün Kontrol Çalışmalarının Değerlendirilmesi.....	72
4. SAĞLIK POLİTİKASI ARACI OLARAK SİGARANIN VERGİLENDİRİLMESİ.....	75
4.1. Sigaranın Vergilendirilmesine İlişkin Yaklaşımlar	76
4.1.1. Sigaranın Vergilendirilmesine İlişkin Gelir Amaçlı Yaklaşımlar	78
4.1.1.1. Laffer Eğrisi.....	80
4.1.1.2. Ramsey Kuralı.....	84
4.1.2. Sigaranın Vergilendirilmesine İlişkin Sağlık Amaçlı Yaklaşımlar	85
4.1.2.1. Pigocu Vergileme.....	87
4.1.2.2. Bhagwati Teoremi.....	89
4.2. Sigaranın Vergilendirilme Amaçları	90
4.3. Sigaranın Vergilendirilme Yapısı	91
4.3.1. Spesifik Vergiler.....	94
4.3.2. Ad Valorem Vergiler	97
4.3.2.1. Katma Değer Vergisi.....	100
4.3.3. Karma Vergiler	102
4.4. Sigaranın Vergilendirilmesini Sağlık Politikası Aracı Olarak Kullanan Ülke Örnekleri	107
4.4.1. Brezilya.....	108
4.4.2. Kanada.....	109
4.4.3. Kolombiya	110
4.4.4. Filipinler	111
4.4.5. Ukrayna	112
4.4.6. Yeni Zelanda.....	114

4.5. Türkiye’de Sigaranın Vergilendirilmesi	115
4.5.1. Özel Tüketim Vergisi (ÖTV) Öncesi Sigaranın Vergilendirilmesi.....	115
4.5.2. ÖTV Sonrası Sigaranın Vergilendirilmesi	119
5. TÜRKİYE’DE SİGARANIN VERGİLENDİRİLMESİNİN ANALİZİ.....	131
5.1. Literatür Taraması	132
5.2. Model.....	134
5.2.1. Vergi Türleri	136
5.2.2. Vergi Tabanı.....	138
5.2.3. Toplam vergi.....	138
5.3. Sigara Üzerindeki Vergilerin Simülasyonu.....	140
5.4. Sınırlamalar	145
5.5. Bulgular.....	146
5.6. Bulguların Değerlendirilmesi.....	150
6. GENEL DEĞERLENDİRME	153
7. SONUÇ	157
KAYNAKLAR	161
EKLER.....	177
ÖZGEÇMİŞ	185

TABLoların LİSTESİ

Tablo 2.1. Kamu Politikası Araçları.....	20
Tablo 2.2. OECD Ülkeleri Sağlık Finansman Modelleri	26
Tablo 2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Finansmanı Örneği.....	27
Tablo 2.4. Özel Sağlık Sigortaları Sınıflandırılması	32
Tablo 2.5. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri	33
Tablo 2.6. DSÖ Sağlık Bildirgeleri.....	36
Tablo 3.1. Bazı Ülkelerde İşlenmemiş Tütün Üretimi (2018).....	41
Tablo 3.2. Türkiye Yaprak Tütün Üretim Verileri (2018)	42
Tablo 3.3. Türkiye’de Tütün İhracatı (2019)	43
Tablo 3.4. Türkiye’de Tütün İthalatı (2019)	44
Tablo 3.5. Tütün Kullanımına İlişkin Önlem ve Yasaklar	47
Tablo 3.6. OECD Ülkelerinde 15 yaş Üstü Tütün Kullanımı (2018 Yılı)	48
Tablo 3.7. Yıllar İtibarıyla Türkiye’de Sigara İç Satışı (1925-2019).....	49
Tablo 3.8. Sigara Dumanında Bulunan Maddeler	54
Tablo 3.9. Pasif İçiciliğinin Neden Olduğu Hastalıklar	54
Tablo 3.10. Sigara Tüketiminin Neden Olduğu Hastalıklar.....	56
Tablo 3.11. Sigara Tüketimine Bağlı Akciğer Hastalıkları ve Ölümcül Hastalıklar	56
Tablo 3.12. TKÇS’de Yer Alan Tütün Kontrol Politikaları.....	61
Tablo 3.13. Arz Yönlü Tütün Kontrol Politikası Önerileri	62
Tablo 3.14. Bazı Ülkelerde Uygulanan Tütün Kontrol Politikaları	73
Tablo 4.1. OECD Ülkelerinde Özel Tüketim Vergilerinin Toplam Vergi Gelirleri İçindeki Payı (%).....	77
Tablo 4.2. Bazı Ülkelerin Tütün Üzerinden Elde Ettikleri Vergi Gelirleri (2017 Yılı)	78
Tablo 4.3. Türkiye’de Tütün Üzerinden Elde Edilen ÖTV Geliri	79
Tablo 4.4. Sigara ve Tütün Vergilerini Earmarking Olarak Kullanan Ülkeler	83
Tablo 4.5. Hindistanda Çok Aşamalı Sigara Vergileri.....	97
Tablo 4.6. Sigarada Spesifik ve Ad Valorem Vergi Farkı	100
Tablo 4.7. Sigarada KDV ve ÖTV arasındaki İlişki	102
Tablo 4.8. Sigaranın Vergilendirilme Yapısı ve Özellikleri	105
Tablo 4.9. Sigara Vergileri ve Enflasyon İlişkisi	106
Tablo 4.10. Sigara Vergileri Enflasyona Otomatik Ayarlı Ülkeler.....	106
Tablo 4.11. Brezilya’da Sigara Üzerinden Alınan Vergiler.....	108
Tablo 4.12. Kanada’da Sigara Üzerinden Alınan Vergiler	109

Tablo 4.13. Kolombiya’da Sigara Üzerinden Alınan Vergiler	110
Tablo 4.14. Filipinler’de Sigara Üzerinden Alınan Vergiler	112
Tablo 4.15. Ukrayna’da Sigara Üzerinden Alınan Vergiler.....	113
Tablo 4.16. Yeni Zelanda’da Sigara Üzerinden Alınan Vergiler.....	114
Tablo 4.17. Osmanlı Devletinde Tütün Vergileri	116
Tablo 4.18. Türkiye’de ÖTV Kanununa Tabi Malların Listesi	119
Tablo 4.19. Türkiye’de Sigara Satış Miktar ve Ortalama Fiyatı	123
Tablo 4.20. Türkiye’de Sigarada ÖTV Hesaplaması Örneği	124
Tablo 4.21. Türkiye’de Sigara Fiyat Yapısı	125
Tablo 4.22. Türkiye’de Sigara Satın Alınabilirliği ve Vergi Karnesi Puanı.....	129
Tablo 4.23. AB Ülkelerinde Sigaradan Alınan Vergiler	130
Tablo 5.1. Sigaranın Vergilendirilmesi ile İlgili Yapılan Çalışmalar	133
Tablo 5.2. Sigara Vergilerine Müdahale ve Sonuçları ile İlgili Yapılan Çalışmalar	134

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 2. 1. Sağlığın Belirleyicileri.....	4
Şekil 2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	7
Şekil 3.1. Sigara Tüketimi Sağlık Politikası İlişkisi	40
Şekil 3.2. Türkiye’de Sigara Tüketenlerde Görülen Hastalık Riskleri.....	57
Şekil 4.1. Genel Sağlık Modeli	75
Şekil 4. 2. Sigaranın Vergilendirilmesine İlişkin Yaklaşımlar	77
Şekil 4.3. Sigaranın Vergilendirilme Yapısı Örnekleri	93
Şekil 5.1. Türkiye’de Ölüm ve Sakatlığı Beraberinde Getiren Risk Faktörleri ve Değişimi	131
Şekil 5.2. WHO TaXSiM Modelinin İşleyiş Süreci	136
Şekil 5.3.WHO TaXSiM Modelinde Vergi Sisteminin Kurulumu.....	137

GRAFİKLERİN LİSTESİ

Grafik 3.1. Türkiye’de 13-15 Yaş Arası Gençlerde Sigara Kullanım Durumu (%).....	49
Grafik 3.2. 2005-2030 Yılları Arası Tütün Kullanımına Bağlı Ölüm Sayıları (Milyon) ...	50
Grafik 3.3. Tütün Kullanımına Bağlı Hastalık Riskleri.....	51
Grafik 3. 4. MPOWER Uygulamalarının Kapsadığı Dünya Nüfusunun Payı.....	72
Grafik 4.2. Laffer Eğrisi ve Sigara Talep Esnekliği.....	80
Grafik 4.3. Ramsey Kuralı ile Verginin Refah Kaybını Azaltma.....	84
Grafik 4.1. Sigara Tüketiminin Negatif Dışsallığı.....	88
Grafik 4.4. Sigaranın Vergilendirilme Yapısındaki Değişim (2008-2014)	92
Grafik 4.5. Avustralya’da Sigaranın Ağırlık Bazlı Vergilendirilmesi.....	95
Grafik 4.6. Sigarada Spesifik Vergi Geliri	96
Grafik 4.7. Sigarada Ad Valorem Vergi Geliri.....	98
Grafik 4.8. Sigaranın Vergilendirilme Yapıları	103
Grafik 4. 9. Karma Vergi Yapısında Bazı Ülkelerin Ad Valorem Vergi Oranları	104
Grafik 4.10. Dünya’da Sigara Üzerindeki Vergilerin PSF İçindeki Payı.....	107
Grafik 4.11. Brezilya’da Sigara Tüketimindeki Düşüş.....	109
Grafik 4.12. Kanada’da Sigara Tüketimindeki Düşüş.....	110
Grafik 4.13. Kolombiya’da Sigara Tüketimindeki Düşüş	111
Grafik 4.14. Filipinlerde Sigara Tüketimindeki Düşüş.....	112
Grafik 4.15. Ukrayna’da Sigara Tüketimindeki Düşüş	113
Grafik 4.16. Yeni Zelanda’da Sigara Tüketimindeki Düşüş	114
Grafik 4.17. Türkiye’de Sigara İç Satış Miktarı (Milyar Adet).....	117
Grafik 4.18. Türkiye’de Sigara Üretim Firmalarının Tütün Kullanım Miktar ve Oranları.....	119
Grafik 4.19. Türkiye’de Sigara Üzerindeki Nispi Vergi Oranının Yıllar İçerisindeki Değişimi.....	120
Grafik 4.20. Türkiye’de Sigara Üzerindeki ÖTV Oran ve Tutarları	122
Grafik 4.21. Türkiye’de Sigara Üzerindeki Vergilerin Fiyat İçindeki Payı	124
Grafik 4.22. Türkiye’de Sigaranın ÖTV Yapısı	126
Grafik 4.23. Türkiye’de Kaçak Sigara Yakalama Miktar ve Değerleri.....	127
Grafik 5.1. Vergi Simülasyonu Senaryolarının Sigara Tüketim Oranı ve Toplam Vergi Gelirine Etkisi.....	151
Grafik 5.2. Türkiye’de Sigara Satış Miktarı (2019-2020).....	152

KISALTMALAR

Kısaltmalar

Açıklamalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AB (EU)	Avrupa Birliği
AGÜ	Az Gelişmiş Ülkeler
EC	European Comission
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
DB (WB)	Dünya Bankası
GATT	Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması
GOÜ	Gelişmekte Olan Ülkeler
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GÜ	Gelişmiş Ülkeler
IMF	Uluslararası Para Fonu
KDV	Katma Değer Vergisi
KGTA	Küresel Gençlik Tütün Araştırması
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KPO	Kar Payı Oranı
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
MEC	Marjinal Dışsal Maliyet
MPC	Marjinal Özel Maliyet
NVO	Nispi Vergi Oranı
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖTV	Özel Tüketim Vergisi
PSF	Perakende Satış Fiyatı
RG	Resmi Gazete
ŞTO	Şark Tipi Tütün Oranı
TAPDK	Tütün Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu
TKÇS	Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi
TL	Türk Lirası

1. GİRİŞ

Sağlık hakkı temel insan haklarının başında gelmektedir. “Sağlıklı olmak” cümlesi ile ilk akla gelen hasta veya sakat olmamak olsa da aslında sağlıklı olmak hem bedensel, hem ruhsal hem de sosyal durumdan iyi olmaktır. Yaşanılan ekonomik ortam, çevre koşulları ve sosyal durum iyileştirildiğinde sağlık sorunları azalmakta veya daha kolay çözülmektedir. Hava, su ve çevre kirliliğinin önlenmesi ile sağlık sorunları da azalabilmektedir. Sağlık sorunlarının çözümünde ise sağlık hizmetlerinin sunumu önem arz etmektedir. Sağlık hizmetleri birçok özelliği ile kamusal olan hizmetlerdir. Bu nedenle de sağlık hizmetleri devletin öncelikli olarak yerine getirmek zorunda olduğu refah harcamalarındandır. Öyle ki sağlık harcamalarına bütçeden ayrılan payın büyüklüğü, ülkelerin gelişmişliklerini de göstermektedir.

Toplum sağlığı için koruyucu sağlık hizmetleri devletin sunmak zorunda olduğu temel sağlık hizmetleri olup, etkin bir şekilde sunulması ve finansmanı özel sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmekte önemli bir rol oynamaktadır. Genel sağlık hizmetlerinin yaydığı dışsallıklar, sağlık giderlerini arttırıp azaltabilmektedirler. Hastalıkların erken teşhisi, bulaşıcı hastalıklara karşı erken ve etkin önlem alınması, çevrenin korunması ve kişilerin hastalıklar hakkında bilinçlendirilmesi devletin temel sağlık hizmetleri ile ilgili görevlerindendir. Devletin sağlık politikalarının temel amacı da bu görevleri yerine getirmekle ilgili olup var olan olanaklarla maksimum düzeyde sağlık hizmeti sunabilmektir. Sağlık sorunlarına sebep olan etkenler ile bu sorunlardan etkilenenler sorunları kendi aralarında çözemediği için de sorunlara politika araçları ile müdahale edilmesi gerekmektedir. Kamu politikalarının bir bileşeni olan sağlık politikalarında politika amaçlarını gerçekleştirmek için çeşitli araçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlardan birisi de vergilerdir.

Sigara tüketimi birçok hastalığa sebep olarak sağlığa zarar vermektedir. Sigara tüketimi Türkiye’de de gün geçtikçe artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada sigara tüketimine bağlı hastalıklar nedeniyle her yıl 8 milyona yakın insan hayatını kaybetmektedir. Sağlık Bakanlığından elde edilen verilere göre ise 2019 yılında Türkiye’de 15 yaş üzeri sigara tüketim oranı %28 olup, %19 olan OECD ortalamasından yüksektir.

Sigaranın devlete ve bireye olan maliyeti; toplumsal refah ve sağlık harcamalarını, ithal sigaralarda döviz kaybını ve kaçakçılığa neden olmasıyla ekonomik kayıplara neden

olmasını kapsamaktadır. Bu maliyetler sosyal, sağlık ve ekonomi yönüyle ciddi ve birbiri ile bağlantılı sonuçlar ortaya çıkarmaktadır.

Sigara sadece tüketene değil, yaydığı sigara dumanı ile -pasif içicilik gibi-etrafındakilere de zarar verebilmektedir. Sigara tüketiminin gün geçtikçe artması hem sağlık hem de ekonomik açıdan bir yük oluşturmakta ve sigara tüketimi ile mücadeleyi gerekli kılmaktadır. Bu konuda sigara tüketiminin sınırlandırılması için küresel düzeyde kontroller ve politikalar ön plana çıkmaktadır. Tütün ve tütün mamullerine yönelik reklam ve sponsorluk yasağı, belli yaşı altına sigara satışının yasaklanması, sigara paketlerine sağlığa zararlı yönünde uyarılar konulması, kapalı alanlarda sigara tüketiminin yasaklanması ve sigara üzerinden alınan vergiler uygulanan politika araçlarıdır. Sigara gibi sağlığa zararlı ürünlerin vergilendirilmesi son zamanlarda sıklıkla üzerinde durulan bir konu haline gelmiştir. Sigaranın çevreye ve insanlara yaydığı negatif dışsallığı azaltmada kullanılabilecek belki de en iyi araçlardan birisi vergilerdir.

YÖK Ulusal Tez Merkezinde yer alan bilgilere göre, Türkiye de 1977 yılından itibaren sigara üzerine Yüksek Lisans, Doktora, Tıpta Uzmanlık, Diş Hekimliği ve Sanat alanlarında 929'dan fazla tez yazılmıştır. Maliye Bilim dalında ise sigara bağımlılığı ile mücadelede tütün kontrol politikaları üzerine 3 Yüksek Lisans, 1 Doktora tezi bulunmaktadır. Sigara ile mücadele üzerine çalışmalar yapılmış olsa da hali hazırda sigaranın vergilendirilmesi ve bu vergilerin sağlık politikası aracı olarak kullanılması ile ilgili bir öneri de bulunulmamıştır. Bu kapsamda çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık hizmetleri ve sağlık politikalarından, ikinci bölümde sigara tüketimi ve sağlık politikası ilişkisinden, üçüncü bölümde sigaranın vergilendirilmesinden bahsedilerek son bölümde ise Türkiye'de sağlık politikası aracı olarak sigaranın vergilendirilmesinin analizi yapılacaktır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ VE POLİTİKALARINA İLİŞKİN TEORİK ÇERÇEVE

Sağlık hakkı temel insan haklarından olup, doğumla birlikte kazanılan temel sağlık hakkı ilk kez 1947 yılında DSÖ Anayasası'nda yer almış ve sağlık “sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (WHO, 1948:100). Dünyadaki en önemli varlık insandır ve insanın sağlıklı olması, hastalanmaması ve hastalandığında da gerekli tüm iyileştirme olanaklarının sağlanması en temel haktır.

II. Dünya Savaşı sonrasına kadar hastalık, sakatlık veya ölümle ilişkilendirilen sağlık kavramı, DSÖ tanımı ile daha sosyal ve çağdaş bir tanıma kavuşmuş ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi ön plana çıkarılarak sadece bireyi değil toplumu da önemseyen bir yaklaşım benimsenmiştir (Saracci, 1997:1409).

“İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”nin 25.maddesine göre; herkes kendisi ve ailesinin sağlığı ve refahı için beslenme, giyinme, barınma, sağlık hizmetleri ve gerekli sosyal hizmetleri kapsayan yeterli yaşam standartlarına yeteri kadar ulaşma hakkına sahiptir.

Temel insan haklarının en önemlisi yaşam hakkıdır ki şüphesiz yaşam hakkı olmadan siyasi, sosyal, kültürel ve benzeri gibi hakların hiçbir önemi yoktur. Türkiye Cumhuriyeti 1982 yılı Anayasasının 17.maddesinde yer alan “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” ifadesi ile de yaşama hakkına değinilmektedir. Yaşama hakkı hem sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı hem de sağlıklı olma hakkını kapsamaktadır ki, sağlıklı olma hakkı kapsamında da kamusal müdahaleler söz konusu olmaktadır.

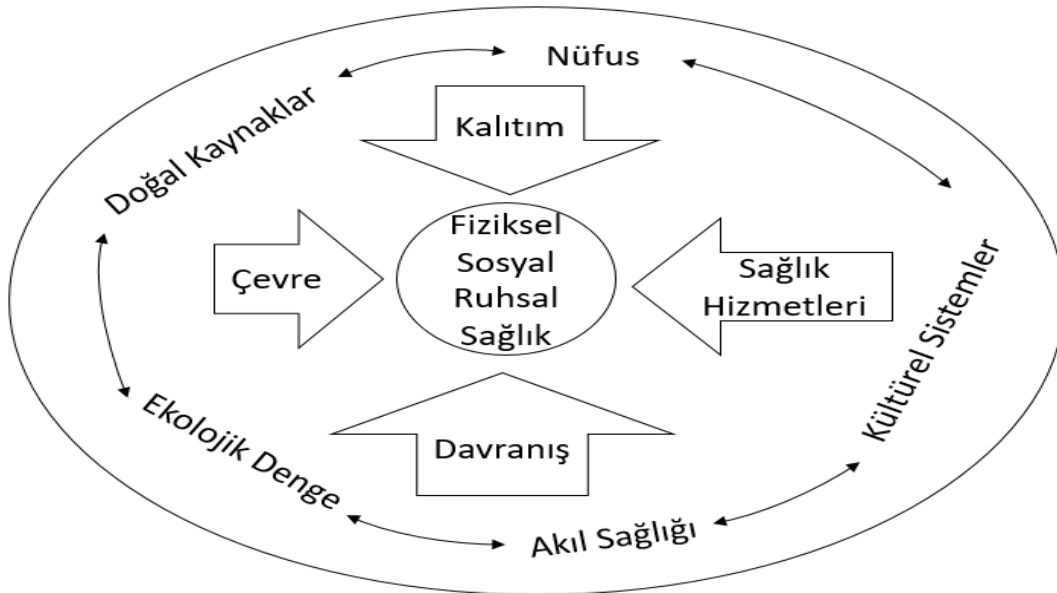
Sağlık hakkı da yaşam hakkı kadar önemlidir keza sağlık olmadan diğer bütün hakların da kullanılma şansı azalmaktadır. T.C. 1982 yılı Anayasasının “Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” başlıklı 56. Maddesinde de yaşama hakkını da kapsayacak şekilde sağlık hakkına şu şekilde değinilmektedir;

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Türkiye DSÖ anayasasını onaylamış ve daha sonra 1961 yılında çıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun¹” ile sağlık “yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. T.C. Anayasasının 60.maddesinde ise; “herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve devlet bu güvenliğı sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar”. İfadeleriyle sağlık hakkı anayasa ile devlet koruması altına alınmaktadır. Anayasa maddelerine göre, sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi ve iyileştirilmesi devletin birincil sorumlulukları arasında yer almaktadır.

Sağlıklı bir birey, bilime, teknolojiye ve değışen çevre koşullarına kolay uyum sağlayarak, doğru kararlar alarak daha üretken olacağı için toplumun sosyal ve ekonomik refahının artmasına da katkı sağlamış olacaktır. Kiş başına düşen milli gelir, sanayileşme, istihdam ve eğitim gibi göstergeler ülkelerin gelişmişlik düzeyini ifade etmekte kullanılırken zamanla sağlık sorunlarını çözebilmiş ülkelerin gelişmişlik konusunda daha ileri oldukları görülmektedir. Bu da sağlığın ülkelerin gelişmişlik düzeyinde önemli bir gösterge olmasına neden olmuştur.

Kalıtım, çevre, davranış ve sağlık hizmetleri sağlığın (fiziksel, sosyal ve ruhsal) temel belirleyicileri olup, Şekil 2.1’de gösterilmektedir. Bu dört belirleyici akıl sağlığı, nüfus, doğal kaynaklar, ekolojik denge ve kültürel sistemler ile ilişkilidir.



Şekil 2. 1. Sağlığın Belirleyicileri

Kaynak: Schulz, Alton, 2003:18.

¹ 224 sayılı Kanun, 12/1/1961 tarih ve 10705 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

Şekil 2.1’de de gösterildiği üzere sağlığın birçok belirleyicisi vardır. Bireylerin sahip olduğu kalıtsal özellikler (biyolojik ve organik yapısı) sağlığı doğrudan etkilemektedir. Bireylerin hayattaki değer, tutum, alışkanlıkları, davranışları kısaca yaşam tarzları da sağlığı doğrudan etkilemektedir. Bireyin içinde yaşadığı biyolojik, fiziki ve sosyal çevre ise sağlığı hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkilemektedir. Sağlık hizmetleri ise bireylerin sağlığına, sağlığın korunması, hastalıklarının teşhis ve tedavisi ile rehabilitasyonunun sağlanması şeklinde etki etmektedir.

Sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların bütünü sağlık hizmetleridir. Sağlık hakkı sadece sağlık hizmeti almak anlamına gelmemektedir, gıda güvenliği, yeterli ve dengeli beslenme, barınma ve temiz çevre gibi sağlığın sosyal belirleyicilerini de içine alan kapsamlı bir haktır. Devletin bu hizmetlerin üretilmesine yönelik hayata geçirdiği uygulamalar ise sağlık politikalarıdır. Sağlık politikaları sağlık hakkının korunması, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konularını ele almaktadır. Sigara tüketimi de sadece tüketen bireyi değil, çevresini de etkilemesi nedeniyle sağlık sorunlarına yol açmakta ve sağlık politikaları ile müdahale edilmesi gereken bir alan haline gelmektedir.

2.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, DSÖ tanımı ile paralel şekilde Türkiye’de “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlanmaktadır.

Toplumda her bir bireyin sağlıklı yaşamasını sağlamak ve sağlıklarını korumak için verilen tüm hizmetleri bir başka ifade ile sağlıkla ilgili ihtiyaçları karşılamaya yönelik verilen tüm hizmetleri sağlık hizmetleri olarak adlandırmak mümkündür. Sağlığın temel insan hakkı ve yaşam hakkının bir parçası olmasının kabulüyle sağlık hizmetlerinin de önemi artmıştır. Gelişmiş bir ülke için sağlıklı bir birey ve sağlıklı bir toplum gereklidir, bu nedenle de sağlık hizmetlerinin sunumu ve kalitesi önem arz etmektedir.

2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun sağlıkla ilgili her türlü ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetler olup, yetersizliği toplumsal sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle de sağlık hizmetlerinin sunumu daha çok kamu sektörü tarafından gerçekleştirilmektedir. Genel

olarak kamusal bir hizmet özelliği taşıyan sağlık hizmetleri, ertelenemeyen, alternatifi olmayan, faydası para ile ölçülemeyen hizmetlerdir.

Sağlık hizmetlerinin kamusalılığı nedeniyle bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır. Ancak, bazı sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılabilmesi ve buna bağlı olarak da bazı kesimlerin bedelini ödeyememesinden dolayı bu sağlık hizmetlerinden yararlanamaması söz konusu olabilmektedir. Ama bu durum bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanamayacağı anlamına da gelmemektedir, sağlık kurumlarının ödeme gücü olmayanlara sağlık hizmeti sunması sağlık hizmetlerini sosyal boyutu olan bir kamu hizmeti de yapmaktadır (Çoban, 2009:14).

Sağlık Hizmetlerinin Talebinin Belirsiz Olması

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran en belirgin özelliği talebinin belirsiz olmasıdır. Kimin ne zaman hastalanacağı ya da hangi hastalığa yakalanacağı belirsiz bir durumdur. Koruyucu sağlık hizmetleri sınıfına giren aşılama için bile talebi belirlemek zordur, doğum oranlarının ne kadar olacağının ve insan ömrünün ne kadar süreceğinin önceden tahmini mümkün değildir. Herkes sağlık hizmeti talebinde bulunabilir ancak bu talebin ortaya çıkış zamanı belirsizdir, verilecek sağlık hizmetinin miktarını da ancak doktor belirleyebilmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması

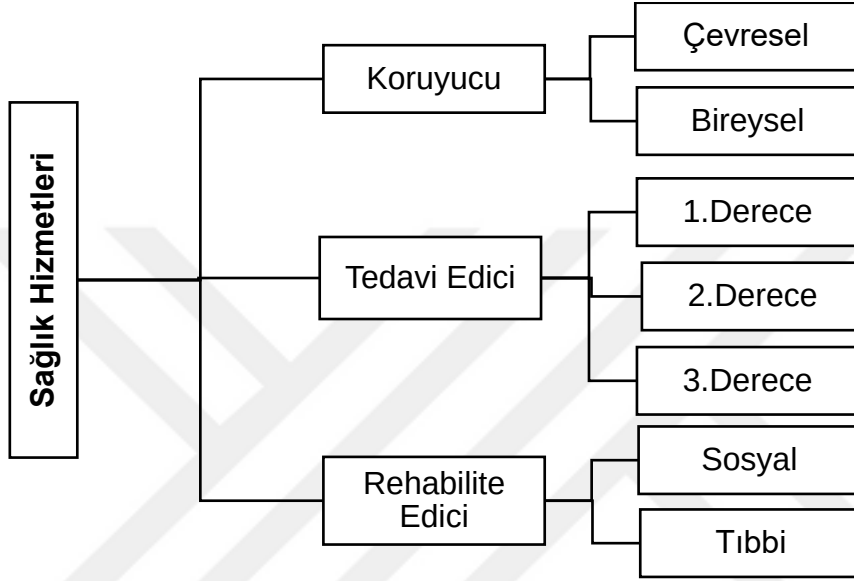
Bir hizmetin başka bir tür hizmet ile karşılanabilmesi (alternatifinin olması) o hizmetin ikamesinin mümkün olduğu anlamına gelmektedir. Bireyler aslında yaşamları için zorunlu olan temel gıda ve giyim tüketimlerinde fiyat başta olmak üzere birçok faktöre bakarak ikame şansına sahipken (çay yerine kahve, tereyağ yerine margarin gibi), yaşamları için daha da zorunlu olan sağlık hizmetleri konusunda ikame şansına sahip değildirler. Hastaneler ya da doktorlar arasında tercih yapabilirler belki ancak bu hizmetin ikamesi mümkün değildir. Bir diğer ifade ile sağlık hizmetlerinin başka bir tür sağlık hizmeti ile karşılanabilmesi mümkün değildir.

Sağlık Hizmetlerinin Aciliyet ve Üstünlüğü

Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın ne zaman ortaya çıkacağının belirli olmaması gibi, bu hizmetlerin ikamesinin olmaması ve stoklanamama özelliği ihtiyacın ortaya çıktığı anda giderilmesi gerektiğini gösterir ki bu da sağlık hizmetlerinin aciliyet ve üstünlük özelliğidir. Tehlikeli bir hastalık veya kaza durumunda sağlık hizmetlerinin ertelenemeyeceği aksi durumda ağır sonuçlar ile karşılaşılabilceği bir gerçektir.

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Toplunun sağlık düzeyini yükseltmek, geliştirebilmek ve sürdürebilmek amacıyla sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi ve azalan fiziksel ve ruhsal becerilerin rehabilitasyonunun sağlanması için yapılan bütün faaliyetler sağlık hizmeti olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetleri Şekil 2.2'deki gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sınıflandırabilmektedir.



Şekil 2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinde belirsizlik ve risk her daim olacağı için sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi önemlidir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile amaç sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesidir bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri en temel sağlık hizmetlerindendir ve sağlığın sürdürülebilirliği için önemlidir. Koruyucu sağlık hizmetleri bireysel koruyucu sağlık hizmetleri ve çevresel koruyucu sağlık hizmetleri olarak kendi içerisinde ikiye ayrılmaktadır. Bireylere aşılama, bağışıklık, sağlıklı beslenme, doğurganlık gibi konularda verilen sağlık eğitimleri bireysel koruyucu sağlık hizmetleri iken, hava kirliliğinin ve su kirliliğinin önlenmesi, zararlı atıkların zararsız hale getirilmesi, besin sağlığına yönelik bilgilendirmelerin yapılması ise çevresel koruyucu sağlık hizmetleridir. Sağlıklı bir çevre sağlıklı bir toplum da demektir. Çevresel koruyucu sağlık hizmetlerinin bireysel koruyucu sağlık hizmetlerinden çok daha fazla dışsallığa sahip olması sağlık hizmetlerinin küresel kamusal hizmet olma özelliğini de ön plana çıkarmaktadır. (Çoban, 2009:17)

DSÖ tarafından 1986 yılında Ottawa’da gerçekleştirilen I.Sağlığı Geliştirme Konferansı’nda, sağlığın geliştirilmesi; “kişilerin en uygun/optimal sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam biçimlerini değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalı” olarak tanımlanmış, sağlığı geliştirme yönünde strateji ve eylemler belirtilmiştir (WHO, 1986). Bu bağlamda sağlığın geliştirilmesi, bireysel eğitimden toplumsal eğitime kadar koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsayan, bir diğer ifade ile sağlık düzeyini üst seviyelere çıkarmayı amaçlayan ekonomik ve yasal düzenlemeler ile çeşitli aktiviteleri içerisinde barındırmaktadır (Allen, 1999). Örneğin sağlıklı beslenmek, spor yapmak, sigara ve alkol tüketimini azaltmak ve benzeri gibi aktivitelerin desteklenmesi hem bireyin hem de toplumun sağlık düzeyini yükseltecektir.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri sağlıklı bireylere verilirken, tedavi edici sağlık hizmetleri hasta olan bireylere verilen hizmetlerdir. Hastaya ayakta verilen sağlık hizmetleri birinci derece tedavi edici sağlık hizmetleri, hastanın yatırılarak sağlık hizmeti alması ise, ikinci derece tedavi edici sağlık hizmetleridir. Üçüncü derece tedavi edici sağlık hizmetleri ise ileri düzey teknolojilerin kullanıldığı özel dallarda uzmanlaşmış hastaneler -üniversite hastaneleri gibi- tarafından verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri de koruyucu sağlık hizmetleri kadar pozitif dışsallığı olan hizmetlerdendir.

Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise tıbbi ve sosyal rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilite edici sağlık hizmetleri, bireylerde herhangi bir hastalık veya kaza sonucu meydana gelen organ kaybı ya da yitirilen çalışma gücünün geri kazandırılması için sağlık çalışanları tarafından verilen destek cihazı sağlanması ve fizik tedavi gibi hizmetlerdir. Sosyal rehabilite edici sağlık hizmetleri ise, bireylere yaşadıkları hastalık ve sonuçlarından dolayı toplumdan soyutlanmaması için iş bulma, ya da yaşlı bireyler için bakım evlerinde, huzur evlerinde bakım ve tedavi olanaklarının sağlanması gibi hizmetlerdir.

Bireyler aldıkları sağlık hizmetleri ile ister koruyucu olsun ister tedavi edici, ister rehabilite edici, çalışma hayatında daha aktif ve üretken olarak ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır.

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Kamusalılığı

Samuelson kamusal malların tüketiminde rekabetin olmadığından (Samuelson, 1954:387), Musgrave ise kamusal malların tüketiminde kimsenin dışlanılamayacağından bahsederek kamusal mal tanımını malların temel özelliklerine dayandırmaktadır (Musgrave, 1959:10). Kamu maliyesi teorisine göre de kamusal mal ve hizmetler özelliklerine göre tam kamusal, yarı kamusal, erdemli ve küresel mal ve hizmetler olarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri temel hak oluşu, dışlanılamama ve bölünememe (koruyucu sağlık hizmetleri) gibi özellikleri ile tam kamusal bir hizmet iken fiyatlandırılabilmesi (tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri) ile de yarı kamusal hizmetlerdir. Hasta olsun ya da olmasın toplumun bütününe ilgilendiren ve ödeme yapmayanların tüketiminden mahrum bırakılmadığı, kamunun üretici olduğu koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal hizmetlerdir. Yarı kamusal hizmet olması sağlık hizmetlerini özel hizmete benzetse de, sağladığı sosyal fayda nedeniyle kamusal özellik taşımaktadır (Ertürk Atabey, 2018:14). Tıpkı aşıların bireysel fayda ile birlikte toplumsal fayda sağladığı gibi, sigaranın sağlığa zararları konusunda yapılan bilinçlendirmeler ve sigarayla bırakma konusunda verilen hizmetler ile sigara tüketimini azaltmak için uygulanan politikalar da hem birey hem de topluma fayda sağlamaktadır.

Erdemli hizmetler tüketimi ile kişiye özel bir fayda sağlarken topluma da genel bir fayda sağlayan ve devletin tüketimi arttırmaya çalıştığı hizmetlerdir. Sağlıksız bir kişi sağlıksız bir toplum yaratırsa negatif dışsalılık yaymış olacaktır. Sağlıksız çevre koşulları, sağlıksız beslenme, yoksulluk veya aşırı sigara tüketimi nedeni ile hastalanan bireyler diğer bireylerinde hastalanmasına neden olabilecek, hem ekonomi hem de diğer bireyler bu durumdan olumsuz etkilenecektir. Öyle ki bir ülkede bulaşıcı bir hastalık olması durumunda komşu ülkelerinde sağlığı tehdit altında olacaktır. Erdemsiz bir mal olarak nitelendirilebilecek sigaranın tüketimin azaltılmasına yönelik -uygulanan politikalar- sağlık hizmetleri bu özelliği ile erdemli hizmet olma özelliğine sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde rekabet ve mahrum bırakma söz konusu değildir, sağlık hizmetlerinin faydası evrenseldir, bu nedenle de küresel kamusal bir hizmettir². Örneğin salgın niteliğindeki bulaşıcı hastalıklar diğer ülkeleri de etkilemesi ve mücadelenin de küresel olarak yapılması gereken sağlık hizmetleri olması nedeniyle küresel kamusal bir hizmettir.

² Küresel kamusal mal tanımı ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz: Development Committee, 2000:2 ve World Bank(WB), 1993:100.

2.2. Sağlık Politikaları

Politika, en genel tanımı ile çeşitli konular ve sorunlara yönelik amaçların belirlenmesi ve gerçekleştirilmesinde kullanılacak olan araçlara karar verilmesidir. Devlet uyguladığı politikalarla bireysel ya da spesifik değil toplumun tümüne yönelik kararlar almaktadır. Bir mal veya hizmetin kim tarafından (kamu sektörü mü özel sektör mü) sunulacağı da bir politika sorunudur.

Kamu politikalarını, tarihte ilk yazılı yasa ve kuralları olan kurumsal devlet yönetiminin temellerini atan Babil İmparatorluğuna kadar götürmek mümkündür (Ateş, Ünal, 2004:26-27). Kamu politikası ile ilgili çalışmaların doğuşuna yönelik üç farklı görüş mevcuttur. Birinci görüşe göre kamu politikası, insanlığın örgütlenmesiyle başlamıştır (DeLeon, 2006:40). Dönemin yöneticilerine (Prens, Kral, İmparator, Sultan) verilen öğütlerin anlatıldığı adaletname ve nasihatnameler, kamusal sorunların çözümü noktasında önemlidir (Akdoğan, 2011:79). Ancak insanlığın varoluşu ile ortaya konulan kamu politikası çalışmaları sözlü ve yazılı çabalar olup bilimsel bir yöntem ve sistematik izlemez. Bu noktada da günümüz kamu politikası tanımından ayrışır. Genellenebilir bulgulara ulaşmak zordur ancak kamu politikası analizinde bilimsel yöntemler kullanılmaktadır.

İkinci görüşe göre, kamu politikası çalışmaları insan aklının öne çıkma, aydınlanma çağı ile başlamıştır. Kamu yönetiminde dini kararlar ve kurallar yerine insan aklının kullanılması ile sorunların tespiti ve çözümü düşüncesi yaygınlık kazanmıştır (Parsons, 1995:68). Tarih boyunca tüm devletler siyasi egemenlikleri ve sürekliliği için bilgiyi kullanmış, kullanmayanlar ise tarihten hızla silinmiştir.

Üçüncü görüşe göre ise, kamu politikası çalışmaları II.Dünya Savaşı sonrası ve sonrası başta Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olmak üzere diğer ülkelere yayılmıştır (Çelik, 2008, DeLeon 2006:39-40, Radin, 2000). Savaşın kazanılmasında kullanılan matematiksel ve istatistiksel yöntem ve tekniklerin etkili olduğu görüşü vardır. Savaş sonrası çok disiplinli bir yaklaşım önerisinde bulunan Lasswell, “Politikaya Yönelim” isimli makalesi ile politika biliminin kurucusu olarak kabul edilmiştir (Fischer, Miller, Sidney, 2007:19-20). Savaş sonrası da bu yöntem ve teknikler eğitim ve sağlık gibi toplumsal alanlardaki sorunların çözümünde kullanılmaya başlanmıştır (DeLeon, 2006:41, Radin, 2000:10).

Diğer iki görüşten farklı olarak, karmaşık bilimsel yöntem ve tekniklerin kullanılması sonuçların evrenselliğini sağlamıştır. Bu nedenle ilk iki dönemdeki çalışmalar “kamu politikası veya kamu politikası belgeleri” olarak nitelendirilirken II.Dünya Savaşı ile

başlayan çalışmaları ise “kamu politikası analizi” olarak nitelendirmek mümkündür. M.Ö. 18. Yüzyılda var olan Hammurabi Kanunları politika analizi örneklerinin en eskilerindendir (Dunn, 1981). 1830’larda bu yöntemler kullanılarak salgın hastalıklar ve yoksulluk gibi toplumsal sorunlar hakkında sistemli bir şekilde bilgiler toplanarak çözümler üretilmiştir (Porter, 2008:240).

Kamu politikasının genel amacı kamu yararı olup, kamu yararının ne olduğu üzerinde durmak gerekmektedir. Kamu yararı beş yarar çerçevesinde şekillenmektedir (Stone, 1997:37-153);

- Eşitlik, adil dağılım ve bölüşüm,
- Etkinlik, verimlilik, en düşük maliyetle en iyisini elde etmek,
- Refah, sosyal refah, ihtiyaçların karşılanması,
- Güvenlik, hakların korunması, sağlık güvencesi, gıda güvenliği, ekonomik güvenlik
- Özgürlük, serbestlik, seçme hakkı

Kamu yararına ilişkin bu öğeler arasında değiş tokuş olması normaldir. Öyle ki eşitliği sağlamak için daha iyi durumda olanın özgürlüğünün kısıtlanması gerekmektedir. Kamu politikası -istenen bütün yararların yerine getirilmesi iken- bir yarar sağlanırken diğerinden ödün vermek gerekebileceğinden bu yararlardan bir veya birkaçını yerine getirmektedir.

Kamu yararını sağlayabilmek ve koruyabilmek için tarih boyunca yönetim şekli ne olursa olsun devletler hemen her alanda politikalar üretilip uygulamışlardır. Sağlık hakkı kadar sağlık hizmetlerine erişimin de doğuştan kazanılan temel haklardan olması, sağlık hizmetlerinin dışsallık yayması, kamusal olması, hastalık riskinin ve verilecek sağlık hizmetinin önceden belirlenememesi, ikame edilemez hizmetler olması ve devlet müdahalesinin gerekli olmasından dolayı çoğu ülkede bu hizmetler devlet tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında da kamu yararı gözetilme(li)ktedir, bir diğer ifade ile sağlık politikası da bir kamu politikası çeşididir.

Sağlık politikası farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Örneğin bir iktisatçıya göre sağlık politikası kavramı “kıt bulunan kaynakların sağlık için kullanılması” iken, bir planlamacıya göre “halk sağlığını geliştirmek için sağlık faktörlerini etkileyen yöntemler” olarak ifade edilmektedir (Tengilimoğlu, Toygar, 2018:3). DSÖ’ye göre ise sağlık politikası, yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık hedeflerine ulaşmak için alınacak karar, eylem ve planlar bütünüdür.

Sağlık politikası kararları, bulunulan çevrenin coğrafi, demografik, toplumsal, ekonomik ve siyasal yapısından etkilenmektedir. Sadece bunlarla da kalmamakta, küreselleşmenin de bir sonucu olarak Dünyadaki diğer ülkelerden de etkilenmektedir. 1950’li yıllardan beri birçok ülkede sağlık sistemine dair politikalarda devlet yaklaşımı benimsenmiştir. Çünkü bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin yanında sağlık üzerinde doğrudan veya dolaylı etkisi olan çevresel, ekonomik ve sosyal faktörleri de kapsamına alan bir yaklaşımdır. Ancak küreselleşme ile beraber sağlık hizmetleri de evrensel bir yapıya ulaşmıştır. Sadece devlet veya özel sektör değil uluslararası sağlık örgütleri de yaşanan gelişmelere kayıtsız kalmayarak sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek için toplantılar yapıp, planlar hazırlayarak sağlık politikalarının oluşumuna katkı sağlamaktadır.

Sağlık Politikası belirlenirken dikkat edilmesi gereken en önemli unsurlar (Cichon, Newbrander, Yamabana, Weber, Normand, Dror, Preker, 1999:211-219);

- Kritik olan sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi; sağlık ihtiyaçlarını toplumsal önceliğe göre sıralayarak önceliklerin sürekli gözden geçirilmesi gerekmektedir. DSÖ’ye göre dünyadaki ölümlerin %20’den fazlasının sebebi, tüberküloz, HIV/AIDS, sıtma, tütünle ilgili hastalıklar ve şiddet/travma ile ilgili durumlardır.
- Sağlık hizmetleri sunumunda etkililik ve verimliliğin sağlanması; hastalıkları önlemede kontrol etme ve iyileştirmede sürdürülebilirliğin sağlanması, çevresel faktörler (hava, su, kirlilik gibi) ile ilgili sağlık risklerine dikkat ederek erken müdahale ve önlemlerle ile sonraki yaşam kalitesinin iyileştirilmesi sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanması gerekmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu için yeterli finansmanın sağlanması; finansman kaynağını olarak genel vergiler, sosyal ve özel sigortalar hatta bütün bu kaynakların karması olan bir sistem de kullanılabilir. Ancak kaynak seçiminde finansmanın tüm toplumumu, belirli bir kesimimi kapsayacağına dikkat edilerek, kaynakların etkin ve verimli şekilde kullanılarak sürdürülebilirliğin sağlanması gerekmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında kamu ve özel sektörün birlikteliğinin sağlanması; Devlet 1950’lerden beri sağlık konusunda tek sorumluluk üstelenen olmuştur. Sonraları devlet sağlık konusunda düzenleyici rol oynamaya başlamıştır. Herkese sağlık için, sağlığın sürdürülebilirliği için tek bir aktör yeterli değildir, bu nedenle de kamu ve özel sektörün birlikteliğinin sağlanması gerekmektedir.

2.2.1. Sağlık Politikaları Oluşum Süreci

20.yüzyıldan itibaren sağlık konusu evrensel bir hal almıştır, çünkü yaşanan salgın hastalıklar sadece o ülkeyi değil çevresini de etkilemiştir. Böylece sağlık sorunları ülke geneli değil dünya geneli çalışılmaya başlanmış, çözüm önerileri, program ve politikalar üretilmeye başlanmıştır. Dünya genelinde sağlık politikası alanında yapılan ilk çalışmalar salgın hastalıklar için yapılan nüfus sayımları ve istatistikleridir. 16.yüzyılda İtalya da salgın hastalıklar ile ilgili nüfus sayım çalışmaları yapılmış, 18.yüzyılda İsveç'te doğumlar, ölümler, eğitim seviyesi ve sağlıklı kişiler üzerine çalışmalar yapıp istatistikler tutulmuştur (Topkaya, 2016:709). 19.yüzyılda da Thomas Malthus'un nüfus ile ilgili teorisi kamu sağlığı kavramının gelişmesini sağlamış, salgın hastalıklara çözümler bulunmaya başlanmış ve sağlık politikaları ön plana çıkmaya başlamıştır (Porter, 2005:48-49).

1850-1900 yılları arasında yaşanan sanayi devrimi, ağır çalışma şartları ve beslenememe sağlığın kötüleşmeye başlamasına neden olmuş, salgın hastalıklara yol açmış, gemi ulaşımı ve demiryollarının gelişimi ile de hastalıkların ülkeler arası yayılması artmıştır.

1831 yılında İngiltere'de başlayan kolera salgını Fransa'ya sıçramış ve 7 ay gibi kısa bir sürede nüfusun %2,5'u koleradan hayatını kaybetmiştir. 1851 yılına kadar çalışmalar yapılmış ve Paris'te ilk kez Uluslararası Sağlık Konferansında, uluslararası halk sağlığı ile ilgili çalışmalar başlatılmıştır. Bu konferansa içinde Osmanlı İmparatorluğunun da bulunduğu 12 ülke katılmış ve 6 ay süren çalışmalar sonunda 137 maddelik bir sağlık tüzüğü oluşturulmuştur (Metin, Tezel Aydın, 2005:35-36).

Osmanlı İmparatorluğu 1839 yılında Akdeniz Bölgesinde salgın hastalıklara yönelik karantina kurallarını uygulamak için İstanbul Üst Sağlık Konseyini, sonrasında Tanca, İskenderiye ve Tahran Sağlık Konseylerini kurmuştur (SSYB, 1973:14-15).

1853 yılında Brüksel'de ilk kez ölüm nedenlerini sınıflandıran bir istatistik kongresi düzenlenmiş, sonrasında 11 ülkede -üçüncüsü İstanbul'da olan ve konusu kolera, veba, sarıhumma gibi tehlikeli salgın hastalıklar olan- 12 uluslararası sağlık konferansı düzenlenmiştir (Duda, 2008:33).

1902 Yılında ABD'de Uluslararası Sağlık Bürosu Kurulmuş daha sonra adı Uluslararası Sağlık Örgütü olarak değiştirilmiş, hedefleri karantina kuralları belirlemek, bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi edinmek, limanlarda sağlık koşullarını iyileştirmek ve karşılıklı teknik yardımla ticareti arttırmak olarak belirlenmiştir (Duda, 2008:33).

13.Uluslararası Sağlık Konferansında alınan kararla 1903 yılında Uluslararası Halk Sağlığı bürosu kurulmuş, salgın hastalıklar ile mücadelede başarılar sağlanmış, serum ve aşı sınıflandırması, içme suyu ve gıda hijyeninin sağlanması gibi sağlık konusunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir (Duda, 2008:37).

İkinci Dünya Savaşı ile beraber hastalıklar, ölümler de gelmiş, Avrupa’da 1918-1919 yılları arasında gripten 15 milyon kişi hayatını kaybetmiş, Sovyetler Birliği’nde de 1 milyon 600 bin kişi tifüse yakalanmıştır (Duda, 2008:37).

Savaş sonrasında 1945 yılında yapılan Birleşmiş Milletler toplantısında “barışın temel sütunlarından birisi de sağlıktır” beyanatıyla uluslararası bir sağlık örgütünün kurulması önerilmiş ve 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kurulmuştur (Sands, Klein, 2001).

1958 yılında Cenevre Deniz Hukuku sözleşmeleri imzalanmış, 1982 yılında daha kapsamlı olarak Birleşmiş Milletler Deniz Hukuku sözleşmeleri 158 devlet tarafından imzalanarak kabul edilmiştir. Bu sözleşmeler ile uyuşturucu maddenin kaçak trafiğini engellemek, sağlığa zararlı olduğu için kontrolünü sağlamak, radyoaktif atıklarla denizin kirlenmesini engellemek, sağlıkla ilgili kanun ve düzenlemelere uymak gibi kararlar alınmıştır (Duda, 2008:38-39). Bu sözleşmeler ile sadece insan değil çevre sağlığı da ön plana çıkmış, kirliliği önlemek için düzenlemeler yapılmıştır. 1960 yılından itibaren DSÖ bazı hastalıklara karşı araştırmalar başlatmış ve sağlık sistemini iyileştirmeye çalışan ülkelere doğrudan yardım sağlama kararı almıştır. 1970 yılında Kanada Sağlık ve Refah Bakanının sağlık sistemi reformu ile ilgili “Kanadalıların Sağlıkları Üzerine Yeni Bir Bakış Açısı” isimli raporu dünyada yeni bir sağlık politikası dönüşümüne işaret etmiş ve “sağlık alanı” kavramını ortaya koyarak, sağlıkla ilgili sorunların belirlenmesi ve çözülmesinde sadece sağlık kuruluşlarının değil, eğitim sisteminin, yerel yönetimlerin, gönüllü kuruluşların, iş dünyası ve sendikaların da büyük öneme sahip olduğu vurgulanmıştır (Lalonde, 1981:63-64). 1973 yılında ise ülkelerin sağlık alanındaki yetersizliğine dikkat çekilerek, “herkese sağlık hedefleri” belirlenmiştir. 1978 yılında Alma Ata’da “Temel Sağlık Hizmetleri” konulu Uluslararası Sağlık Konferansı düzenlenmiş ve dünyadaki tüm insanların sağlığını korumak ve iyileştirmek için hükümetlerin ve sağlıkla ilgili tüm kuruluşların ortak çabasının gerektiği vurgulanarak konferansın temel maddeleri şu şekilde sıralanmıştır (WHO, 1978);

- Sağlık sadece hasta olmamak değil, ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halidir ve en temel haklardandır,

- Sağlık tüm ülkelerin ortak sorunu olup, sağlık hizmetlerindeki eşitsizlik ve dengesizlik giderilmelidir,
- Sağlığın teşvik edilmesi ve korunması sürdürülebilir kalkınma ve dünya barışının sağlanması için önemlidir,
- İnsanların kendi sağlıkları ile ilgili hizmetlerin planlama ve uygulama sürecine katılım hakkı vardır,
- Hükümetler kendi halkının sağlığından sorumlu olup, bu konuda gerekli önlemleri almalıdır.
- Hükümetler temel sağlık hizmetlerini yürütmek için gereken plan, program ve politikalarını yapmalıdır.

1986 yılında imzalanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesinde sağlıkta iyileştirme için temel ön şartlar; “gıda, barınma, gelir, eğitim, barış, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyet” olarak belirlenmiştir.

1990 yılında Dünya Tabipler Birliği 42.Genel Kurulu’nda kimyasal ve biyolojik silahlar konusunda bir bildirge yayınlayarak, bu tür silahların insan sağlığını uzun vadede tehdit edebileceğini ve sorunlar yaratabileceğini, sadece insan değil, bitki-su-hayvan-çevre üzerinde de tahribat yapabileceğini açıklamıştır (TTBY, 1998:42). 1998 yılında DSÖ, 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı’nda, Herkese Sağlık, “Sağlık 21” başlığı altında, “21. Yüzyılda 21 Hedef” sloganıyla resmen kabul edilmiş olup bu hedefler şu şekilde sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007:1-175) ;

- | | |
|--|--|
| ➤ Avrupa Bölgesinde sağlık dayanışması, | ➤ Sağlıklı ve güvenli fiziki çevre, |
| ➤ Sağlıkta hakkaniyet, | ➤ Sağlıklı ortam, |
| ➤ Yaşama sağlıklı başlama, | ➤ Daha sağlıklı yaşamak, |
| ➤ Gençlerin sağlığı, | ➤ Alkol, ilaç ve tütüne bağlı zararların azaltılması (sağlıklı yaşam), |
| ➤ Yaşlıların sağlığı, | ➤ Çok sektörlü sağlık sorumluluğu, |
| ➤ Ruh sağlığının geliştirilmesi, | ➤ Entegre edilmiş sağlık sektörü, |
| ➤ Bulaşıcı olan hastalıkların azaltılması, | ➤ Sağlık hizmetlerinin kalitesi, |
| ➤ Bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması, | ➤ Sağlık için insan kaynakları, |
| ➤ Şiddet ve kazalar sonucu yaralanmaların azaltılması, | ➤ Sağlık için araştırma ve bilgi, |
| | ➤ Sağlıklı insan için kaynakların geliştirilmesi, |

- Sağlık hizmetlerinin finansmanının ve kaynaklarının tahsisi,
- Herkes için sağlık konusunda politikalar ve stratejiler oluşturulması.

Herkes için sağlığın ana hedefi 2020 yılına kadar herkesin en iyi sağlık hizmetini alabilmesini sağlamaktır. Türkiye, bu hedefler için çalışmalara aktif bir şekilde katılmış, 2000 yılında İstanbul’da toplanan “Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi”nde bu hedeflerin Türkiye’ye uyarlanması tartışılarak, Ulusal Sağlık 21 Politikası geliştirme çalışmaları başlatılmış ve “Herkes Sağlıklı Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri” kitabı Sağlık Bakanlığı tarafından bastırılmıştır³.

Avrupa bölgesi, hedefler bütünü olan bu politikanın ülkelerde yayılması ve uygulanabilmesine destek olmak için, sağlığın temel hak olduğunu vurgulayarak sağlık bilinci oluşturmuş, sağlık ve sağlıkta gelişim konusunda ana bilgi kaynağı haline gelmiş ve sağlık hizmetlerinde eşitliği savunmuştur (Aksakoğlu, 2002:9).

2000 yılı sonrası küreselleşme süreci ile birlikte ülkelerin uyguladıkları ekonomi ve sosyal politikalarda hatta sağlık politikalarında dahi değişiklikler olmuştur. Gelişmekte olan ülkelere kredi sağlayan Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası gibi kuruluşlar, kredilerin kullanılacağı kaynakları sınırlandırarak sağlık politikaları üzerinde de dolaylı olarak etkide bulunmuştur (Topkaya, 2016:715).

Yaşanan küresel krizler işsizliğin artmasına, psikolojik sorunlara, dengesiz ve yetersiz beslenerek sağlığın bozulmasına yol açmış, devletin sunduğu sağlık hizmetlerinde de gecikmeler yaşanmıştır (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, McKee, 2009:317).

DSÖ tarafından gerçekleştirilen 2011 yılı Rio Zirvesinde (WHO, 2011a);

- Ülkelerin kendi içerisinde ve ülkeler arasındaki sağlık eşitsizliklerinin politik, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemeyeceğine,
- Bu eşitsizliklerin adaletsiz olduğu ve büyük ölçüde önlenbilir olduğuna,
- Sağlık alanında eşitliğin geliştirilmesinin sürdürülebilir kalkınma, daha yüksek bir yaşam kalitesi ve herkes için sağlık konusunda hayati bir öneme sahip olduğuna, barış ve güvenliğe de katkı sağlayabileceğine,

³ Ayrıntılı bilgi için bkz: Herkes Sağlıklı, Türkiye’ nin Hedef ve Stratejileri(Sağlık 21), T.C Sağlık Bakanlığı, 2001. Ankara.

değirilerek “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Deklarasyonu” kabul edilmiştir. Sağlığın sosyal belirleyicileri, insanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı ve yaşlandığı sosyal koşullardan oluşmaktadır ve bu konuda eşitsizlikleri yok etmek zordur.

DSÖ’nün 2012 yılı Avrupa Bölge Komitesi 62.toplantısında “Sağlık 2020: Yönetimler ve Toplum Arasında Sağlık ve Esenliğe Yönelik Eylemleri Destekleyen Avrupa Politika Çerçevesi” kabul edilerek (URL 13);

- Sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadele etmek,
- Sağlıklı bir çevre yaratmak ve korumak,
- Sağlık için yatırım yapmak,
- Sağlığı tüm politikalarda ön plana çıkarmak

amaçlanmıştır.

Bu politika çerçevesi ile sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılıp esenliğin arttırılması, 2020 yılına kadar erken ölümlerin önlenmesi, ömür beklentisinin arttırılması ve ulaşılabilir en iyi sağlık seviyesinin yakalanabilmesi hedeflenmektedir.

Sağlık politikalarının uygulanabilir ve etkili olması için gerekli olan unsurlar şu şekilde sıralanmaktadır (Mckee, Zwi, Koupilova, Sethi, Leon, 2000:264);

- Sorunun büyüklüğü ve yapısı görünür olmalıdır,
- Sağlık hizmeti verenlerin analiz ve uygulama için beceri sahibi olması gerekmektedir,
- Sorunun bir kişi değil bir veya birden fazla grup tarafından sahiplenilmesi gerekmektedir,
- Sorunun çözümü için sektörler arası işbirliği yapılmalıdır,
- Devlet politika yapımında en önemli aktördür, politikanın kanunlaşıp uygulanması ancak etkin bir devlet ile mümkündür.

Sağlık politikaları oluşturulurken öncelikle ülkenin genel durumu değerlendirilerek, sağlık alanında dünya ile karşılaştırma yapılması gerekmektedir. Mevcut olan politikaların eksik yönleri giderilmeye çalışılarak politikaların uygulanabilirliği arttırılmalıdır. Kolay erişilebilir ve etkin bir sağlık hizmeti sunumu için politika oluştururken teknoloji ve dünyadaki gelişmeler incelenmelidir. Sağlık ülke ekonomisinde önemli bir paya sahip olduğundan, politika oluştururken gerçekçi olunmalıdır.

2.2.2. Sağlık Politikaları Açısından Sağlık Hizmetlerine Devlet Müdahalesi Nedenleri

Devletin sağlık hizmetlerindeki rolü, bireylerin sağlıklı olmasını, sağlığının korunmasını ve sürdürülmesini sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin sağladığı pozitif dışsallıklar, sağlık hizmetlerine olan talebin belirsiz olması, piyasanın talep karşılamadaki sıkıntıları gibi birçok nedenle sağlık hizmetleri piyasasında devlet müdahalesi zorunlu hale gelmiştir (Çiftçi, 2017:41).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sadece özel sektöre bırakılırsa tekelleşme olabilir. Ayrıca sağlık hizmetleri yüksek maliyetli olabileceğinden, ölçek ekonomilerinin etkisinden dolayı özel sektörün gücü sağlık hizmetlerini karşılamaya yetmeyebilir. Bu yüzden devlet müdahalesi ve sağlık hizmetleri sunumunda kamu sektörünün yer alması gerekmektedir, sağlık hizmetleri toplumsal faydası nedeni ile başlı başına kamusal bir hizmettir ve kamusal bir hizmette devletin varlığının olmaması söz konusu değildir.

Dışsallıklar

Sağlık hizmetleri, faydasının önce bireysel sonra toplumsal olmasından dolayı olumlu dışsal hizmetlerdir. Çünkü sağlık hizmetleri talebinde bulunanlar kadar bulunmayanlar da o hizmetten faydalanmaktadırlar. Bulaşıcı bir hastalığa yakalanan birey sadece kendisi için değil toplumun bütünü için tehlike yaratmaktadır. Küreselleşme ile birlikte insanların ve ürünlerin yer değiştirmesi bulaşıcı hastalıkların bir ülkeden diğer ülkeye/ülkelere yayılmasına neden olmaktadır, bu gibi olumsuz dışsallıklarla mücadelede gerçekleştirilen faaliyetler küresel kamusal hizmet olarak adlandırılmaktadır (Orhaner, 2014:32). Koruyucu önlemler alındığı takdirde hem birey hem de tüm toplum fayda sağlayacak olup, devletin desteklediği hastalık önleyici kontrol programları büyük önem taşımaktadır.

Asimetrik Bilgi

Sağlık hizmetlerinde talebin ne zaman ortaya çıkacağı belirsizdir. Sağlık hizmeti talebinde bulunan bireyin ne kadar sağlık hizmeti alması gerektiği konusunda bilgisinin olmaması da ayrı bir belirsizlik konusudur. Hasta doktor ilişkisinde asimetrik bilgilenme nedeniyle hasta çok az bilgi sahibidir ve belirleyici karar doktora aittir. Doktora gitme kararını hasta versede sağlık hizmetinden ne miktarda, ne kadar süre ve ne kapsamda yararlanacağını, yani tüketim miktarını ve zamanını doktor belirlemektedir, hastanın bir tercih hakkı yoktur. Alacağı sağlık hizmetinin hakkında hiçbir bilgisi olmayan ya da çok az bilgisi olan hasta belirsizlik altında bir tercih yapmak durumunda kalmaktadır (Arrow, 1963:948-949).

Doktora güvenen hasta aldığı sağlık hizmeti hakkında herhangi bir bilgisi olmadığı için kazanç amaçlı olarak kandırılabilir ki burada da ahlaki bir tehlike ortaya çıkmaktadır. Bu nedenlerden dolayı da devlet sağlık hizmetleri piyasasına müdahale etmek durumunda kalmaktadır.

Eksik Rekabet Koşulları

Sağlık hizmetlerine olan talebin belirsizliği ve hastanın alacağı hizmetin kalitesi ve maliyeti hakkında bilgisinin az olması veya hiç olmaması (asimetrik bilgi sorunu) sağlık hizmetlerinde var olan eksik rekabetin temel nedenlerindendir. Çünkü tam rekabet koşullarının oluşması için çok sayıda alıcı ve satıcının piyasada serbest olması, tam bilgiye sahip ve homojen olması gerekmektedir. Ancak bu durum sağlık hizmetleri için olası değildir, çünkü uzmanlık gerektiren alanlarda alıcının tam bilgiye sahip olması zor olduğu gibi, satıcının da çok olması zor bir durumdur.

2.2.3. Sağlık Politikaları Amaç ve Araçları

Sağlık politikaları ile sağlık hizmetinin kimler tarafından üretileceği, finansman kaynakları, hizmeti üretenlere ücretlerinin ödenme yöntemleri ve hizmetin nasıl satın alınacağı belirlenmektedir. Sağlık politikası oluşturulurken amaç, sağlık hizmetlerinin etkin ve adil sunumu, ihtiyaç anında herkesin sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması, her bir bireyin sağlığının diğer bir ifade ile tüm toplumun sağlığının korunması ve iyileştirilmesidir. Sağlık politikası oluşturulurken amaç geniş tutulmalıdır, sadece hastalıkların tedavi edilmesi değil, hastalıklardan korunma ve sağlıklı bir çevre de bir o kadar önemli ve gereklidir. Tüm toplumun sağlıklı olması ve sağlık hizmetlerine herkesin kolayca erişebilmesi sağlanmalıdır.

Sağlık hakkı temel insan haklarından olduğu için sağlık hizmetlerini birinci derece zorunlu hizmetler olarak nitelendirmek yanlış olmayacaktır. Ayrıca sağlığın sadece bedenen değil, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali olması dikkate alındığında da sağlık sektörünün tek başına sağlığın iyileştirilmesinde yeterli olmayacağı, eğitim, temiz gıda, temiz su, temiz çevre gibi hizmet sektörlerinin de işbirliği ile sağlık politikaların amaçlarına ulaşmasının kolaylaşacağı açıktır. Örneğin okullarda verilen sağlık eğitimleri, kamu spotu şeklindeki tütün, alkol ve benzeri zararlı maddeler ile ilgili verilen televizyon reklamları, daha erken yaşlarda bu ürünlerin sağlığa zararları konusunda bilinçlenerek, gelecekte daha sağlıklı bir toplum oluşmasına önayak olabilmektedir.

Araç, bir şeyi gerçekleştirmek için kullanılan yol ve yöntemlerdir. Amaçlarına göre her politika için farklı araçlar kullanılmaktadır, politika araçlarını sınırlandırmak bu nedenle zordur. Tablo 2.1’de bazı örnek kamu politikası araçları verilmektedir.

Araçlar	Uygulanış Şekli
Vergiler	Eski vergiyi kaldırma, yeni vergi ekleme, vergi oranını, matrahını değiştirme, toplama sistemini geliştirme ve dışsallık aracı olarak kullanma
Regülasyonlar	Yeni düzenleyici rejim ekleyip eskisini kaldırma, mevcut standartları sıkma veya gevşetme, yasaklama, raporlama ve denetim prosedürlerini arttırma
Sübvansiyon ve hibeler	Eskiye kaldırıp yeniyi ekleme, miktarını veya marjinal oranı değiştirme, teşvikleri değiştirme veya kaldırma
Hizmet sunumu	Mevcut hizmeti genişletme, yeni hizmet sunma ve erişilebilirliğini sağlama, zorlukların ortadan kaldırma, gerekli ise popülasyona göre hizmeti özelleştirme
Bütçeler	Geçen yıl ile aynı seviyede tutma, artırma, azaltma
Bilgi	Bilgiyi basitleştirerek üretimi ve yayılımını teşvik etme
Özel haklar	Sözleşme hakkı, mülkiyet hakkı, anayasal haklar, aile-iş-ceza hukuku, uyuşmazlıkları çözme
Ekonomik faaliyet çerçevesi	Fiyat ve ücretleri kontrol etme, rekabeti teşvik etme, vergi teşviklerini değiştirme, kamu ilerini arttırma veya azaltma
Eğitim ve danışmanlık	Tehlikeli durumlar hakkında uyarma, bilinçlendirme, teknik yardım ve destek sağlama
Finansman	Mevcut piyasayı değiştirerek yeni bir pazar oluşturma, kamu kaynaklarını kiralama, ihale sistemleri, özelleştirme, devletleştirme
Reformlar	Kurum ve kuruluşda yeniden yapılanma, bilgi sistemlerinin iyileştirilmesi, ücret ve maaşların arttırılması

Tablo 2.1. Kamu Politikası Araçları

Kaynak: Bardach, 2012:141-149.

Tablodaki kamu politikası araçlarının her biri yine birer politika örneği olup, bu araçlar sağlık politikası için de kullanılmaktadır. Hükümetlerin sağlığı iyileştirmek için kullandıkları sağlık politikası araçlarını sınıflandırmak da zor olmak ile birlikte en çok kullanılan araçları şu şekilde sıralamak mümkündür;

- ✓ Vergilendirme ve teşvikler, (tütün ve alkol ile mücadelede alınan vergiler, okul kantinlerinde sağlıklı yiyeceklerin bulundurulması için verilen teşvikler gibi)
- ✓ Çevreyi bilgisel, fiziksel ve doğal anlamda değiştirmek, (sağlıkla ilgili veri ve bilgilerin paylaşılması, daha temiz gıda, temiz su ve temiz hava için çevresel değişiklikler gibi)
- ✓ Doğrudan ve dolaylı düzenlemeler veya kısıtlamalar, (hız sınırı, emniyet kemeri, içme suyu ve atık su arıtımı, kapalı alanlarda sigara içme yasağı gibi düzenlemeler ile sağlıksız beslenmeye neden olan tarım ürünlerine verilen sübvansiyonların kısıtlanması ya da kaldırılması gibi).

Başta sigara olmak üzere tütün ve tütün mamullerinin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri çok fazladır ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) ölüm nedenleri arasında sigara tüketimi ilk sıralarda yer almaktadır. Bu nedenle sağlık politikası araçları kullanılarak sigara tüketimin azaltılması, bulaşıcı olmayan hastalıklardan erken ölüm riskinin azaltılabilmesinde fayda sağlayacaktır. DSÖ bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ile ilgili yayınladığı bir raporda, sigara tüketimini önlemek için sağlık politikası araçlarını “vergileri arttırmak, işyerleri ve halka açık yerlerde sigara içme yasağı, sigaranın sağlığa etkileri ve zararları konusunda halkı bilgilendirme ve sigaraya dair reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları getirilmesi” şeklinde belirtmiştir (WHO, 2011b:7).

Sağlık politikası oluşturulurken kullanılan bir diğer araç ise temel sağlık göstergeleridir. Sağlık göstergeleri sağlığı tanımlamak için kullanılan ölçülebilir değerler olup, temel sağlık göstergeleri ile sağlık sorunlarının zaman içerisinde gösterdiği değişim incelenip değerlendirilebilir, ülke ve bölgeler arası karşılaştırmalar yapılabilir ve sağlık hizmetlerinin etkinliği ölçülebilir. Sağlık göstergelerini mortalite, hastalık, sağlık statüsü, engellilik, beslenme, sosyal ve mental göstergeler ile sağlık sistemi göstergeleri olarak sınıflandırmak mümkündür. Mortalite ölüm hızı ve nedenleri ile ilgili verileri, sağlık statüsü hastalıkların görülme sıklığı ile ilgili verileri, sağlık sistemi göstergeleri ise sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili verileri bünyesinde barındırmaktadır (Kumbasar, 2016:135).

2.2.4. Sağlık Politikaları Amaç ve Araçları Açısından Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan finansal kaynakların temin edilmesi ve kullanılmasıdır. Devletlerin refah harcamalarının başında gelen sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlam finansman kaynakları gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumdaki tüm bireylerin eşit ve adil bir şekilde en kaliteli sağlık hizmetine ulaşabilmesine dikkat edilmelidir.

Dünya Bankası tarafından maddi imkanları olmayan ailelere yönelik asgari sağlık hizmetleri paketinin devlet tarafından finanse edilmesi teklif edilmiştir (World Bank, 1993:55). Sorasında sağlık hizmetlerinin finansmanı devletin daha çok görev üstlendiği bir alan haline gelmiştir. Çünkü maddi imkanları olmayanların tedavisi kamu tarafından yapılmadıkça, maddi imkanları olanların da sağlıkları tehdit altında kalmaktadır. İyileştirilmeyen hasta, çevresi için sosyal maliyet yaratmakta iken tedavi edilen hasta ise sosyal fayda sağlamaktadır.

2.2.4.1 Sağlık Hizmetlerinde Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin sunumu için finansmanında gerekli olan mali kaynakların nasıl ve nereden sağlandığı ile nasıl kullanılacağına yönetimi önemli bir süreçtir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetleri yönetiminde en sıkıntılı alan finansman kaynaklarının yetersizliğidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamusal ve özel finansman kaynakları arasındaki denge ve finansmanda her bir kaynağın diğerlerine oranla ne ölçüde rol oynayacağı kritik ve önemlidir (Tatar, 1996:42).

Tüm topluma eşit ve adaletli sağlık hizmetleri sunabilmek ve sağlığın sürdürülebilirliğini sağlamak için sağlık hizmetlerine yönelik finansman kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Kaliteli sağlık hizmetleri sunma çabası ile artan sağlık harcamaları farklı finansman kaynakları arayışını da beraberinde getirmiştir. Bir ülkede iyi işleyen bir finansman yöntemi, bir başka ülke için -her ülkenin sosyo-ekonomik, kültürel ve politik değişkenleri nedeniyle- aynı olumlu sonuçları vermeyebilir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının sınıflandırılmasında farklı tanımlamalar⁴ mevcut olup dünya genelinde sağlık hizmetleri finansman kaynaklarını uygulama biçimleri farklı olsa da kamu ve özel finansman kaynakları olarak ikiye ayırmak mümkündür.

⁴ Ayrıntılı bilgi için: Roemer (1991), WHO (1993) ve Hoare, Mills (1986).

2.2.4.1.1. Kamu Finansman Kaynakları

19.yüzyılın sonlarında sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigortalar 20.yüzyılda ise vergiler kullanılmaya başlanmıştır (Ron, Abel-Smith, Tamburi, 1990:11). Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel kamu kaynaklarını vergiler ve sosyal sigortalar olarak belirtmek mümkündür.

Gelişmiş ülkeler genellikle sağlık hizmetlerinin finansmanında vergiler veya zorunlu sosyal sigortaları kullanmaktadır. Sosyal güvenlik tekniklerinin en yaygın olanı kamu sağlık sigortası, sosyal sigorta olarak bilinmekte ve sağlık hizmetlerinin finansmanında işveren, işçi ve devletin desteğini almaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigortanın kullanılması, çalışanların maruz kalacakları risklerin işçi ve işveren katkısıyla karşılanmasına yönelik bir teknik olarak 1883 yılında Almanya’da başlamış, İsviçre, Belçika ve Fransa ile devam etmiştir (İstanbulluoğlu vd, 2010:92).

Bazı ülkelerde sosyal sigorta sistemi belirli bir gelir ve istihdam dışında kalan kişileri kapsama almamakta, geliri olmayan kişiler ise sosyal yardım organizasyonu ile kapsama alınmaya çalışılmaktadır (Özsarı, 2007: 312-360).

Sosyal sigortaya dayalı finansman sisteminin başarılı olabilmesi için, toplumun tümüne yayılması, işverenlerin tümünden prim toplanması, kamu ya da kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından sigorta sağlanması, düşük ve yüksek gelirli bireyler arasında dengeli gelir dağılımı sağlaması gerekmektedir (DSÖ, 1998).

Türkiye’de 2006 yılında kabul edilen “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”⁵ ile mevcut olan sosyal güvenlik sistemleri tek çatı altında toplanarak, toplumun tamamını kapsayan sağlık güvencesi anlayışı benimsenmiştir. Genel sağlık sigortasında zorunlu devlet katkısı getirilmiş, toplumun tamamı zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınarak hastalık riskine karşı koruma altına alınmıştır.

Vergilendirme, farklı kaynakları(doğrudan-dolaylı), farklı düzeyleri (yerel-ulusal), farklı tipleri (genel-özel) ile heterojen bir yapıya sahiptir ve her bir verginin verimlilik ve eşitlik etkisi farklıdır, bu nedenle de her ülkede kullanımı farklıdır (Mossialos, Dixon, 2002:14). Devletin en temel finansman kaynağı vergilerdir ve sağlık hizmetlerinin finansmanında da ana kaynaklardandır. Devletin bütçe kaynaklarının toplumsal faydanın ön planda olduğu koruyucu, tedavi edici ve geliştirici sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılması,

⁵ 5510 sayılı Kanun, 16/6/2006 tarih ve 26200 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

vergilerin ön planda olduğu anlamına gelmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin finansmanında sadece vergilerin kaynak olarak kullanılabilmesi için vergileme sistemi adaletli olan ve refah düzeyi yüksek olan gelişmiş bir devletin olması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında birçok ülke ağırlıklı olarak genel vergi gelirlerini kullanmaktadır (Wagstaff, 2009:25). Sağlık hizmetlerinin vergiler ile finansmanının sağlanması 1948 yılında İngiltere’de başlamış ve diğer Avrupa ülkelerince de takip edilmiştir. (Broadbent, Gill, Laughlin, 2003:422). Sağlık harcamalarının finansmanında Fransa ve İtalya’da gelir vergileri kullanılırken, Belçika ve İngiltere’de sigara satışından elde edilen özel vergi gelirleri kullanılmaktadır (Mossialos, Dixon, 2002:14). Türkiye’de 1992 yılında çıkarılan Yeşil Kart uygulaması sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanına verilebilecek bir örnektir (İstanbuluoğlu, Güleç, Oğur, 2010:95).

2.2.4.1.2. Özel Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ile giderek artan sağlık harcamaları sağlık hizmetlerinin sunumunda aksaklık yaşanmaması adına farklı finansman kaynakları arayışını doğurmuştur. Cepten ödeme ve özel sağlık sigortaları sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılabilen özel kaynaklardır. Bireyler aldıkları sağlık hizmetini doğrudan ödeme ile finanse edebilecekleri gibi, kurumsal bir destek olarak özel sağlık sigortasına da başvurabilmektedir. Özellikle gelir seviyesi yüksek olan kişiler, sağlık giderlerini doğrudan ödemekte veya özel sağlık sigortalarını tercih etmektedirler. (Atalay, 2007:52).

Cepten ödemeler, sağlık hizmetleri için kişilerin doğrudan yaptıkları harcamalar olup, doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve resmi olmayan ödemeler olarak üçe ayrılmaktadır (Mossialos, Dixon, 2002:22-24):

- Doğrudan ödemeler, bireylerin sosyal sigorta kapsamında olmayan ya da ulaşımı zor olan ve zaman alan sağlık hizmetleri için yaptığı ödemelerdir. Bu ödemeler genellikle özel muayeneler, reçetesiz ilaçlar, laboratuvarlar gibi özel sektörler için yapılan ödemelerdir.
- Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetlerinde kaynak yetersizliğini gidermek için başvuru yöntemlerinden birisidir. Kullanıcı katkıları, sağlık harcamalarının az olduğu durumlarda daha fazla kaynak yaratmak, sağlık harcamalarının fazla olduğu durumlarda ise talebi azaltıp verimliliği arttırmak için kullanılmaktadır. Ancak kullanıcı katkıları finansman yükünün daha çok gelir düzeyi düşük olan bireylere kayması ile topluma yayılmasını engelleyerek sağlık hizmetlerinin finansmanında adaleti olumsuz etkilemektedir (İstanbuluoğlu vd, 2010:91).

- Resmi olmayan ödemeler, bazı ülkelerde resmi olarak onaylanmamasına rağmen cepten ödemeler kamu sektöründe de yapılmaktadır. Gizli olarak yapılan bu ödemeler, doktora teşekkür(hediye) mahiyetinde yapılan ödemelerdir. Bu tür ödemeler, kamu mali kaynak eksikliği, özel hizmet eksikliği, hizmet sunucuları teşvik etme ve kültürel eğilim gibi her ülkede farklı nedenlerle ortaya çıkabilmektedir.

Özel Sağlık Sigortaları, genellikle yüksek gelirli ülkelerde kullanılan finansman kaynağıdır. Özel sağlık sigortaları işlevlerine, primlerin hesaplanma şekillerine, yardımların belirlenmesine ve sigorta şirketlerinin statüsüne (kar amacı güdüp gütmeme) göre farklılaşmaktadır. Özel sağlık sigortaları işlevleri açısından zorunlu sağlık sigortası yerine geçen "ikame edici özel sağlık sigortası" ve zorunlu sağlık sigortası ile birlikte uygulanan "tamamlayıcı özel sağlık sigortası" olarak ikiye ayrılmaktadır. Çoğu devlet özel sağlık sigortası masraflarını vergi kredileri veya vergi indirimi kullanarak sübvansede bilmektedir (Mossialos, Dixon, 2002:5).

Özel sağlık sigortaları sosyal (zorunlu) sigortalar gibi emeklilik ve engellilik durumunu kapsamadığı için tek başına sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılamamaktadır. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın ne zaman, nerede ve nasıl ortaya çıkacağının bilinmemesi ve bazen de bedelinin bireyin ekonomik gücünü aşacağı korkusu bireyleri özel sağlık sigortası yanında tasarruf hesaplarına da yöneltmiştir. Tıbbi tasarruf hesabı, bireylerin sağlık risklerine karşı yaptıkları bireysel tasarruf hesaplarıdır. Tamamı ile gönüllülük esasına dayalı olan bu mekanizmada bireyler gelecekteki risklere karşı sağlıklarını güvence altına almak için açtıkları hesaplarda yalnızca sağlık harcamalarında kullanılmak üzere para yatırmaktadırlar (Deber, Forget, Roos, 2004:50).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sağlık sigortacılığı 1980’li yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamış ve cepten ödemeler azalmaya başlamıştır, 2013 yılında da tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası uygulanmaya başlanmıştır (Öder, Ersoy, Karacaoğlu, 2016:24). Özel sağlık sigortaları daha çok sosyal sigortaları tamamlayıcı nitelikte kullanılmaktadır. Tıbbi tasarruf hesabının karşılığını Türkiye’de daha çok özel sağlık sigortası almıştır, kullanıcı katkıları, doğrudan ödemeler ve resmi olmayan ödemeler de elbette birçok ülke gibi Türkiye’de de mevcuttur.

2.2.4.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu kaynakları, vergiler ve sosyal sağlık sigortası iken özel finansman kaynakları ise, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortalarıdır. Sağlık

hizmetleri finansman kaynaklarının her biri farklı bir finansman modeli olarak uygulanmaktadır. Kullanılacak olan finansman modeli belirlenirken 3 soruya cevap aranmaktadır (Lee, Chun, Lee, Seo, 2008:111);

-Sağlık sistemi tüm bireyleri mi, sadece sigortalıları mı, sadece dezavantajlı grupları mı kapsamaktadır?

- Sağlık hizmetlerini sunan ana aktör kimdir (kamu/özel)?

- Devletin sağlık hizmetleri finansmanına müdahalesi tek bir kurum tarafından mı yapılmakta, yoksa kurumlar arası paylaşılmakta mıdır?

Bu üç soruya istinaden kullanılan finansman modelleri genel olarak sosyal sigortaların kullanıldığı Bismarck Modeli, genel vergilerin kullanıldığı Beveridge Modeli ile Özel Sağlık Sigortası Modeli ve Karma Modeldir. 1992 yılında OECD sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı için 7 model önerisinde bulunmuştur;

- Sağlık hizmetleri sunumu karma finansmanı kamu katkısı,
- Sağlık hizmetleri sunumu karma finansmanı vergi,
- Sağlık hizmetleri sunumu özel finansmanı vergi,
- Sağlık hizmetleri sunumu kamu finansmanı vergi,
- Sağlık hizmetleri sunumu özel finansmanı özel,
- Sağlık hizmetleri sunumu özel finansmanı karma,
- Sağlık hizmetleri sunumu karma finansmanı karma

Tablo 2.2’de bu modelleri uygulayan ülkeler belirtilmektedir.

Finansman	Kamu	Sağlık Hizmetleri Sunumu		
		Kamu	Özel	Karma
	- Katkı			Belçika, Japonya, Fransa, Almanya, Avusturya, Lüksemburg
	- Vergi	İrlanda, İtalya, İspanya, İsveç, Danimarka, İngiltere, Finlandiya, Yunanistan, Portekiz, Norveç	Kanada	Avusturalya, Yeni Zellanda
	Özel		ABD, İsviçre	
	Karma		Hollanda, Meksika	Türkiye, Kore

Tablo 2.2. OECD Ülkeleri Sağlık Finansman Modelleri

Kaynak: OECD, 1994:12-13’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Tablo 2.2’de de belirtildiği üzere Türkiye, sağlık hizmetlerinin hem sunumu hem de finansmanında karma bir yapıya sahiptir. Tablo 2.3’de Türkiye’deki karma yapı örneklendirilmiş olup, sağlık hizmetlerinin hem sunumu hem de finansmanında özel sektör ile kamu sektörünün birlikte rol alabildiği görülmektedir.

Finansman		Sağlık Hizmetleri Sunumu	
		Kamu	Özel
	Kamu	Devlet memuru, devlet hastanesi	Devlet memuru, özel hastane
	Özel	İlaçların % payı doğrudan ödeme	Özel sigorta özel hastane

Tablo 2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Finansmanı Örneği

Kaynak: Uz, 1998:93’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı sadece genel vergilerle sağlanıyorsa, sağlık hizmetlerinde kamu kontrolünün yüksek olduğu varsayılmakla birlikte sağlık hizmetleri finansmanın tüm bireyleri kapsayan bir sosyal sigorta ile yapılması da kamu kontrolünün yüksek olduğunu göstermektedir (Burau, Blank, 2003:9).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında ülkelerin kültürel, sosyal ve ekonomik yapılarına bağlı olarak farklı modeller kullanılmaktadır. Ancak Dünya Bankası (DB) ve DSÖ’nün bazı sağlık programlarını desteklemesi ve yönlendirmesi sonucunda bütün sağlık sistemlerinin yavaş yavaş birbirine benzemeye başladığı görülmektedir (Burau, Blank, 2003:13-14). Bu benzerite küreselleşmenin de etkili olduğu, bir ülkenin uyguladığı sağlık politikasının diğer bütün ülkelerin sağlık politikalarını etkileyebildiği aşıkardır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında hangi model seçilirse seçilsin başarılı olunması için dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır (Uz, 1998:93-94);

- Adalet vazgeçilmez amaç olmalıdır,
- Kaynakların toplanması ve yönetimi düşük maliyetli olmalıdır,
- Kaynak akışında süreklilik sağlanmalıdır,
- Toplum tarafından benimsenmelidir,
- Aciliyeti ve önceliği olmayan konular finanse edilmemeli ya da finansmanı ertelenmelidir,
- Daha kaliteli hizmet sunumu için hizmet sunucuları rekabet teşvik edilmelidir,
- Gereksiz hizmet sunumu veya talebine yol açılmamalıdır.

2.2.4.2.1. Bismarck Modeli

Bismarck Modeli 1883 yılında Bismarck tarafından Almanya’da bireylerin hastalık fonuna üye olarak, fonun finansmanının işçi ve işverenden alınan zorunlu katkılarla gerçekleştirildiği finansman modelidir (Ron, vd. 1990:8). Sosyal sigorta da denilen bu model çalışma ve prim esasına dayanmakta, sağlık hizmetleri sunumu da hem kamu hem özel tarafından sağlanabilmektedir. Aktif olarak çalışmayan nüfus ise ya emekliler ya da çalışanlar üzerinden sisteme dahil edilmektedir. Almanya’da işçilere sosyal sigorta uygulamasının getirilmesi için ilk defa “Refah Devleti” kavramı kullanılmıştır (Yılmaz, 2006:3). Bismarck ile zorunlu sosyal sigorta kurumsallaştırılarak, refah devletinin üç temel görevinden birinin sosyal hizmet sunmak olduğu belirtilmiştir. Prime dayalı sigorta anlayışı ile işçilerin kazalar, yaralanmalar ve hastalanmalara karşı korunması amaçlanmıştır. Üyeliğin zorunlu olduğu ve işçi, işveren katkıları ile başlayan bu sisteme düzenleyici konumunda olan devlet zamanla katkı da sağlamıştır.

DSÖ sosyal sağlık sigortasının özellikleri şu şekilde sıralamaktadır (WHO, 2003:27-28);

- Zorunlu ya da isteğe bağlı olarak devlet memurları, özel sektör çalışanları ve bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsar, işsizler emekliler ve öğrenciler de dahil edilerek sistem genişletilebilir,
- Üyelerden gelirle orantılı olarak ya da sabit oranlı bir katkı payı alınmakta, devlet ve işveren de destek olabilmektedir,
- Hastalık riski ya da istihdam durumuna göre değil kişinin ödeme gücüne göre katkı payı alınmaktadır,
- Sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık hizmeti talep edilir ancak bazı ülkelerde temel teminat paketi belirlenirse, ilave hizmetler için ek ödeme yapmayı gerektirebilir,
- Toplumsal dayanışma ve riskin eşitlenmesi söz konusudur,
- Sosyal yardım düzenlemeleri dezavantajlı grupları (yaşlı, engelli, hamile) kapsar ve hükümet tarafından sübvans edilebilir.
- Katkı payları, tekli ya da çoklu fon düzenlemeleri ile bağımsız ya da yarı bağımsız kurumlar aracılığı ile toplanmaktadır.

Özel sigortalarda primler bireylerin hastalık riski ile karşılaşma tehlikesine göre belirlenirken (yaş, cinsiyet, hastalık durumu gibi faktörlere göre), sosyal sağlık sigortasında bireylerin aldığı ücret üzerinden belirli bir prim oranında ve emekliliği de kapsayacak şekilde belirlenmektedir.

Sosyal sağlık sigortası sistemine başlarda sadece işçiler dahil iken sonrasında tüm çalışanlar sisteme dahil edilmiştir, mali gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenebilmesi de sağlanmıştır.

Politika yapıcılarını sosyal sağlık sigortası sistemini uygulamaya iten sebepler ise şu şekilde özetlenmektedir (Doetinchem, Carrin, and Evans, 2010).

- Sosyal sağlık sigortası sağlık için ek yerel kaynakları seferber etmenin bir yoludur,
- Sosyal sağlık sigortası sağlık sistemlerinin kalite ve verimliliğini geliştirmek için gerekli değişimleri daha kolay tanımlar,
- Sosyal sağlık sigortası finansal risk korumasını daha fazla bireyi kapsayacak şekilde genişletebilir ve yüksek cepten ödeme yerine tercih edilebilir.

Almanya, Belçika ve Lüksemburg sağlık hizmetlerini çoğunlukla sosyal sigortalar ile finanse eden ölkelerdir. Sağlık hizmetlerinin finansmanını sosyal sigortalar ile sağlayan her ölkenin uygulaması farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, Almanya, Belçika ve Hollanda’da kişi sigorta kuruluşunu kendisi belirleyebilirken, Fransa, Lüksemburg ve Avusturya’da kişinin kayıtlı olduğu iş zorunlu sigortasını belirlemektedir. Belçika’da kendi hesabına çalışan kişi sadece yataklı tedavi hizmetleri için sosyal sağlık sigortası yaptırmak zorunda iken, evde ve ayakta tedavi için özel sağlık sigortası kullanabilmektedir. Almanya’da çalışan kişi geliri yüksek ise sosyal sigorta sistemine kayıt olması zorunlu değildir ancak, bir sigortası olmak zorundadır. Belçika’da ise çalışan kişinin geliri yüksek ise sigortalı olup olmaması ve sigortalı olmak istyorsa hangi şirketi seçeceği kendi isteğine bağlıdır (Akdur, 2006:45-46).

2.2.4.2.2. Beveridge Modeli

1942 yılında İngiltere’de hazırlanan Beveridge Raporu ile sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigorta uygulamasından halk sigortası ve devletçe bakım modeline geçilmiştir. Bu rapor aslında genel vergilerle sağlık hizmetlerinin finansmanını değil, bağışlarla desteklenen bir sistem öngörmüştür. 1946 yılında İngiltere’de bu rapordan esinlenilerek çıkarılan “Ulusal Sağlık Hizmetleri Kanunu” hastalıkların teşhis ve tedavisi ile önleyici sağlık hizmetlerinin ücretsiz sağlanmasını ve finansmanının da vergilerle karşılanmasını öngörmüştür (Gottret, Schieber, 2006:75-76).

Sağlık hizmetlerinin sunumu, kontrolü ve finansmanında ana aktör kamu sektörüdür, bu nedenle de finansman kaynağında vergilerin olması doğaldır ancak tek finansman

kaynağının vergiler olduğunu düşünmek yanlış olacaktır. Bu model sadece devletin sağlık hizmetini finanse etmesini içeren bir yöntem değildir, buna ilave olarak kamusal otoritenin sağlık hizmetinin arzı ve dağıtımını sahiplenmesi, sağlık sisteminin tümünü kontrol ve idare etmesi demektir.

Ulusal Sağlık Hizmetlerinin güçlü yönleri, finansmanının öncelikle genel vergi gelirleri ile yapılması, tüm nüfusu kapsaması ve kamu sağlayıcıları aracılığı ile sağlık hizmetinin verilmesidir (Gottret, Schieber, 2006:76-78). Borçlanma, hibeler de kaynak olabileceği gibi, ana kaynak vergi gelirlerinden sağlık hizmetleri için ayrılan paydır. Tüm nüfusu etkileyen katma değer vergileri, satış vergileri ve ithalat vergileri de kullanılabilir. Ülkede yaşayan her bir birey, statüsü, mesleği, geliri ve yaşadığı bölgeye bakılmaksızın bu model kapsamına dahildir. Bu özelliği de modeli hem daha adil yapmakta hem de tüm vatandaşların tek bir havuzda toplanması ile finansmanın uygulanabilirliğini arttırmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu modelin uygulandığı ülkelerde sağlık hizmeti sağlayıcılara liderlik etmektedir.

Ulusal Sağlık Hizmetlerinin zayıf yönleri ise, istikrarsız bir finansman, orantısız fayda, potansiyel verimsizlik ve politik baskıya duyarlılıktır (Gottret, Schieber, 2006:78-81). Sağlık hizmetleri genel bütçeden finanse edileceği için, yıllık bütçe tartışmaları, siyasi öncelikler veya ani bir savunma harcaması artışı gibi nedenlerden ötürü finansmanda bir istikrar sağlamak zordur. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ön planda da olsa gerçek bazen farklı olmakta, gelir düzeyi orta ve yüksek olanlar, düşük gelirlilere göre bazen daha çok sağlık hizmetinden yararlanarak orantısız bir fayda yaratmaktadırlar. Kişilerin alternatif sağlık hizmeti sağlayıcılara erişememesi ise potansiyel bir verimsizlik ortaya çıkarmaktadır. Devlet sistemden sorumlu olduğu için sağlık hizmetleri sağlayıcıların temsilcisi sendikaların ya da yerel yetkililerin baskılarını görmezden gelemeyeceğinden politik baskıya duyarlılık söz konusudur, bu da hastane kapatma, personel azaltma gibi verimsiz kararlara neden olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında genel vergilerin kullanılması ile maliyetler nüfusun tümüne yayılmaktadır. Katkı payları gelir ile doğru orantılı olup, yüksek gelirli kişilerin katkı payları düşük gelirli kişilerden daha fazladır. Bu model sağlık hizmetlerinin nüfusun tamamına eşitlikçi bir şekilde sunulmasını ifade etmektedir.

2.2.4.2.3. Özel Sağlık Sigortaları Modeli

Özel sağlık sigortaları modeli, sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sektörün baskın rol aldığı modeldir. Sağlık hizmetlerinin sunumunun piyasa tarafından gerçekleştiği bu modelde, sağlık hizmeti talep edenler katkı paylarını kendileri belirledikleri sağlık poliçelerini satın alarak sisteme dahil olmaktadır. Vergiler veya sosyal sigortalar ile finanse edilen sağlık hizmetlerinde devlet aktif bir rol alırken, özel sağlık sigortaları ile finansman modelinde devlet çoğunlukla düzenleyici bir rol almaktadır.

Sigortanın gönüllü ya da zorunlu olup olmaması, katkı paylarında risk oranına (sağlıklı/hasta) ya da gelir durumuna (zengin/fakir) göre bir ayrım olup olmaması ve sigorta sisteminin kâr amacı olup olmaması sosyal sağlık sigortaları ile özel sağlık sigortalarını birbirinden ayıran temel unsurlardır (Sekhri, Savedoff, Thripathi, 2005:3). Zorunlu olmayışı özel sağlık sigortasını sosyal ve genel sağlık sigortaları modelinden ayıran en belirgin özelliktir. Gönüllülüğün esas olduğu bu model, özellikle yüksek gelirli ülkelerde kamu tarafından finanse edilenlere ek olarak kullanılan yaygın bir sağlık finansman modelidir.

Sosyal sağlık sigortası ve vergi temelli sağlık finansman modelleri sağlık hizmetlerine erişimde daha eşitlikçi bir yapıya sahip olup, özel sağlık sigortaları nüfusun büyük çoğunluğunun sigortasız olduğu ülkelerde zenginler için sağlık hizmetine erişimi daha da kolaylaştırdığı için eşit olmayan bir yapıya sahiptir (Sekhri vd., 2005:3).

Özel sağlık sigortası modelinin olumlu yanları, cepten ödemeler ile karşılaştırıldığında mali koruma sağlaması, zorunlu finansman eksik olduğunda sağlık hizmetlerine erişimi arttırması, hizmet kapasitesini arttırarak yeniliği teşvik etmesi, tamamlayıcı özel sağlık sigortası durumunda kamuya açık olmayan sağlık hizmetlerinin finansmanına yardımcı olmasıdır (Gottret, Schieber, 2006:105).

Özel sağlık sigortası modelinin olumsuz yanları ise, yüksek fiyatların yarattığı erişim engeli, halk sağlığı finansman sistemlerinden maliyet baskısına çok az etki etmesi, bazı OECD ülkelerinde sağlık harcamalarını arttırması, değere dayalı rekabete ulaşamaması ve yüksek idari maliyetli olmasıdır (Gottret, Schieber, 2006:106).

DSÖ, özel sağlık sigortalarını kullanım şekline göre zorunlu, baskın, tamamlayıcı, ikame edici ve ilave edici olarak sınıflandırmaktadır. Tablo 2.4’de örnek ülkelerle birlikte özel sağlık sigortalarının sınıflandırılması verilmektedir.

Tür	Ülke	Kapsam
Zorunlu	İsviçre	Tüm Nüfus
Baskın	ABD	Çalışan Nüfus
Tamamlayıcı	Kanada, Fransa ve İtalya, Türkiye	Tamamen ya da kısmen kamu sağlık güvencesinin kapsamadığı hizmetler
İkame Edici	Hollanda, Belçika, Almanya	Tamamen ya da kısmen kamu sağlık güvencesi kapsamında olmayanlar
İlave Edici	Finlandiya, Yunanistan ve İngiltere	Kamu sağlık güvencesi ile aynı hizmetler için sunucu tercihini genişletmek

Tablo 2.4. Özel Sağlık Sigortaları Sınıflandırılması

Kaynak: WHO, 2004:8-10'dan yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Türkiye’de de Özel sağlık sigortaları çoğunlukla genel sağlık sigortalarını tamamlayıcı nitelikte kullanılmaktadır.

2.2.4.2.4. Karma Model

Zamanla sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artması finansman kaynaklarının da çeşitlenmesine yol açmıştır. Başlarda sadece genel vergiler ile finanse edilen sağlık hizmetleri, 1990’lardan sonra genel vergilere ek olarak sosyal sağlık sigorta katkıları, özel veya bölgesel vergiler ve özel sigortalar ile finanse edilmeye başlanmıştır.

Dünyada sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı her ülkenin yapısı gereği farklı şekillerde gerçekleşmektedir. Her ne kadar farklılıklar olsa da düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğu sağlık hizmetlerinin hem finansmanında hem de sunumunda karma bir yapıya sahiptir. Bu ülkelerde kamu tarafından sunulan ve finanse edilen sağlık hizmetleri ile özel piyasalar tarafından sunulan ve finanse edilen sağlık hizmetleri bir arada yer almaktadır. Karma finansman sisteminde halkın bir kısmı (özellikle düşük gelir gurubu) genel vergi finansmanı kapsamında, diğer kısmı ise sosyal sağlık sigortası kapsamında olabilmekte, alternatif olarak özel sağlık sigortası sistemleri de olabilmekte ve devlet sunum ve finansmanda yer alabileceği gibi düzenleyici de olabilmektedir.

Politikacılar iyi bir sağlık sisteminin sunum ve finansman açısından karma bir yapıda olması gerektiğine inanmakta, bu yapının özellikle uzun bekleme sürelerine sahip ülkelerde bireysel sağlık durumunun iyileştirilmesinde ve tedavi olanaklarına ulaşmada daha etkili olacağını savunmaktadır (Colombo, Tapay, 2003:38).

Genel olarak sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan yöntemler, bu yöntemleri uygulayan ülke örnekleri ve uygulamaş biçimleri Tablo 2.5’de özet olarak verilmektedir.

	Bismarck	Beveridge	Özel	Karma
Örnekler	Sosyal Sağlık Sigortası, Almanya	Ulusal Sağlık Hizmetleri İngiltere	Özel Sağlık Sigortası, ABD	Birden fazla model, Türkiye
Karar ve İdare	Doktor Örgütleri ve hastalık fonları	Devlet	Özel girişim	Devlet / Devlet + özel
Kaynak	İşveren ve devlet katkısı	Vergi	Özel finansman	Vergi + işveren katkısı + özel finansman
Sunum	Kamu/Özel	Kamu	Özel	Kamu/Özel

Tablo 2.5. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu hem özel hem kamu tarafından gerçekleştirilmekte olup finansmanında karma bir yapı hakimdir.

2.2.5. Küreselleşmenin Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri

Küreselleşme, mal, hizmet, sermaye ve emeğin uluslararası ekonomide hareketliliği olup, özel sektöre yönelik düzenleme, hak, risk ve sorumluk konularını kapsayan ve ulusal kamu politikalarını etkileyen bir olgudur (Koivusalo, 2006:13). Küreselleşme, devletin toplumsal yaşamdaki rollerinin kısıtlanarak ekonomik müdahale alanlarının özelleştirilmesi ve küresel sermayenin etkinliğinin artırılmasıdır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arttıkça nüfusları da artmakta, bu da sağlık hizmetlerine olan talebi daha da arttırmaktadır. Kamunun sunduğu sağlık hizmetleri özel sektörde de üretilmeye başlanmıştır. Küreselleşme bir taraftan avantaj ve fırsatlar yaratırken diğer taraftan yerel üretim olanaklarının azalması ile eşitsizlik, işsizlik ve sağlıksız bir toplum oluşmasına da neden olmaktadır (Altay, 2007:39-40). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik ve sağlık alanında eşitsizlikler yaratırken, kamu sağlık harcamalarının da azaltılmasına neden olmuştur. Bir diğer ifade ile küreselleşme hem bir nimet hem de bir felaket olmuştur.

Küreselleşmenin yeni teknolojiler ve ekonomik büyüme ile yaşam sürelerinde yükselmeye katkı sağlaması ile halk sağlığı üzerinde olumlu, zengin fakir ayırımını daha da arttırarak, yoksul kesimin sağlık hizmetlerine eşit erişimini engellmesi ile ise halk sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu yönünde görüşler mevcuttur (McMichael, Beaglehole, 2000:496-497).

Küreselleşme, gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı için bir sorun, sağlık politikası yapımcılarının karşılaştıkları önemli bir zorluk olup, sağlık ve küreselleşme arasında artan bir gerilim vardır (Woodward, Drager, Beaglehole, Lipson, 2001:875).

Çok uluslu şirketlerin ilaç ve teknoloji üretimi ve pazarlaması konusunda egemen güç olması, sağlık ekonomilerini biçimlendirmesine de izin vermektedir. Özellikle ekonomik anlamda güçlü olmayan ülkelerin kamu bütçesi alan ve yetkilerini sınırlandırarak sağlık politikaları üzerinde de etkili olmuştur. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları seçiminde politika belirlemek için küreselleşme önemli bir etki yaratmaktadır, bir diğer ifade ile vergi rekabeti ve artan küreselleşme sağlık için ayrılan küçük bütçelerde baskı yaratmaktadır (Koivusalo, 2006:19). Küreselleşme sağlık politikalarını yasal anlaşma ve çerçevelerle, ekonomik kaynaklar, şartlar ve koşullardaki değişikliklerle ve son olarak da uygun bilgi aktarımı stratejileri ile etkilemektedir. Örneğin Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) yaptığı anlaşmalar ile halk sağlığı üzerinde önlemler alınmasına izin vermekte ancak bu önlemler için uygulanacak yol ve gerekçeleri de değerlendirmeleri ile etkilemektedir (Koivusalo, 2006:19).

Küreselleşmenin sağlık politikasına en önemli etkilerinden biri de sağlığa zararlı maddelerin serbest ticaretidir. Özellikle sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerin ticaretindeki artışlar ülkelerde yeni sağlık politikası geliştirilmesi ve uygulanmasına neden olmaktadır. Öyle ki bu maddeleri tüketen bireylerin hastalıkları sonucu oluşan maddi ve manevi tedavi maliyetleri yüksektir. Bu maliyetleri en aza indirmek için de bu maddelerin tüketimine yönelik düzenlemeler ile halk sağlığı üzerindeki etkileri kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır. Sağlıklı bir toplum, üretken ve sağlıklı bir gelecek yaratacağından devletlerin toplumun sağlığını koruyucu ve geliştirici politikalar üretmesi gerekmektedir. Bu noktada sağlık politikası aracı olarak başta sigara olmak üzere tütün ve tütün mamullerinin vergilendirilmesi ile elde edilecek gelir sağlık harcamalarının finansmanı için kullanılabilir.

2.2.6. Uluslararası Kuruluşların Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri

Dünya nüfusu her geçen gün artmaktadır ve Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan "Dünya Nüfus Beklentisi" başlıklı rapora göre dünya nüfusu 2019 yılı itibarıyla 7.7 milyardır (URL 18). Nüfusun artmasında en önemli etkenlerden biri salgın hastalıkların önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin toplumun tüm bireylerine iletilebilmesidir (Schultz, 2009:4).

Sağlık hizmetleri küresel kamusal hizmet olma özelliği ile birçok uluslararası kuruluşunda sağlık alanında faaliyetlerde bulunmasına neden olmaktadır. Ana faaliyet konusu

uluslararası sağlık sorunları olan DSÖ bu alandaki en kapsamlı kuruluştur. Uluslararası sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin çalışmalar yapan, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), Birleşmiş Milletler Eğitim ve Kültür Organizasyonu (UNESCO), Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP), Birleşmiş Milletler Afetzedelere Yardım Kuruluşu (UNDRO), Birleşmiş Milletler Nüfus Etkinlikleri Fonu (UNFPA), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Dünya Gıda Programı (WEP), Kızılhaç ve Kızılay gibi birçok uluslararası kuruluş bulunmaktadır. (Tiryaki, 2012:1-25).

Uluslararası kuruluşların sağlık standartları tanımı, kontrolleri ve tavsiye kararları, tüm ülkelerin sağlık reformlarını etkilemektedir. DB ve IMF'nin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için birçok ülkeye finansal destekte bulunması bu kurumların sağlık reformlarındaki müdahalesini de meşrulaştırmaktadır.

2.2.6.1. Dünya Sağlık Örgütünün Sağlık Politikası Üzerine Etkileri

1945 yılı Birleşmiş Milletler Konferansında II.Dünya savaşıнын yarattığı sağlık sorunlarının çözümü için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)nün kurulması kabul edilmiştir (WHO, 1995:1). DSÖ'nün amaçları, sağlık alanında standartların belirlenmesi, tıbbi konularda teknik destek ve yardım sağlanması ile sağlık politikası değişikliklerinin desteklenmesidir (Godlee, 1994:1491). 1946 yılında DSÖ Anayasası 61 ülke temsilcisi tarafından imzalanmıştır. Anayasaya göre, başta çocuk sağlığı olmak üzere, sağlığın gelişimi ve tüm toplumun eşit sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için hükümetlerin görevi büyüktür. DSÖ'nün görevleri ise sağlığın korunması ile geliştirilmesi, uluslararası sağlık konularında sözleşme, anlaşma, düzenlemeler yapmak ve önerilerde bulunmaktır.

DSÖ'ye göre sağlık, sadece hastalığın olmayışı değil, beden, ruh ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olup, tüm insanların en üst düzey sağlık seviyesine ulaşması en temel hakkıdır. DSÖ, ilk zamanlarda hastalık yönelimli sağlık politikaları izlerken, başarılı olmak için sadece yeni ilaç geliştirilmesinin yeterli olmadığıнын, küresel sağlık sorunlarının üstesinden gelebilmek için sağlık sistemlerinin güçlenmesi gerektiğinin fark edilmesi ile 1978 yılında Alma Ata Bildirgesi'nde "2000 Yılında Herkese Sağlık" sloganı ile temel sağlık hizmetlerinin önemini ön plana çıkarmıştır (Walt, 1993:133).

DSÖ'nün sağlık politikalarına üç doğrudan iki de dolaylı olmak üzere 5 etkisi olduğu belirtilmektedir (Woodward vd, 2001:876): Uluslararası pazarlar aracılığıyla sağlık sistemleri ve politikalarını etkilemesi ile nüfus düzeyinde sağlık etkileri (alkol ve sigara

tüketimi ile bulaşıcı hastalıklar gibi) doğrudan etkiler iken ulusal sağlık ekonomisi ve nüfus riskleri (beslenme, yaşam koşulları gibi) üzerine etkileri ise dolaylı etkilerdir. DSÖ'nün yayınladığı sağlık bildirgeleri, ülkelerin sağlık alanında koşullarının iyileştirilmesi ve sağlık strateji ve politikalarının belirlenmesinde etkili olmaktadır. Şuana kadar yayınlanan yaklaşık 40 bildirgelerden bazıları Tablo 2.6'da verilmektedir.

Yıl	Bildirge	Konu
1978	Alma-Ata	Temel Sağlık Hizmetleri, “Herkesin Sağlık”
1981	Lizbon	Hasta Hakları
1986	Ottawa Şartı	Sağlığı Geliştirme, “Herkesin Sağlık”
1988	Adelaide Tavsiyeleri	Sağlıklı Halk Politikası (Tütün Mücadelesi)
1988	Tütünle Mücadele Şartı	Dumansız bir Avrupa
1994	Kopenhag	Sağlık Politikaları İle İlgili Kararlar (Değişim İş birliği)
1995	Avrupa Alkol Şartı	Toplum Sağlığı için Alkol ile Mücadele
1995	Amsterdam	Avrupa Hasta Hakları
1995	Bali	Dünya Tabipleri Birliği Hasta Hakları
1996	Ljubljana	Güneydoğu Avrupa’da Sağlık Hizmetleri
1997	Jakarta	Sağlığı Geliştirme
1998	Sağlık 21	21.YY’da Herkes İçin Sağlık
1999	Su ve Sağlık Protokolü	Su ile İlgili Hastalıkların Önlenmesi
2000	Halkların Sağlığı	Küresel Sağlık Kriziyle Mücadele
2001	Dubrovnik Sözleşmesi	Sağlık Hedef, Strateji Ve Finansman Kaynakları
2001	Gençler ve Alkol Deklarasyonu	Gençlerin Alkol Tüketimini Azaltmak
2002	Varşova	Tütünsüz bir Avrupa Polonya
2005	Bangkok Konferans	Küresel Sağlığın Geliştirilmesi
2006	Obezite ile Mücadele Şartı	Avrupa’da Obezite Sonunun Çözümü
2008	Tallinn Şartı	Sağlık Sitemlerinin Güçlendirilmesi
2012	Malta Belgesi	Sağlık 2020 (Stratejik Yönelimler Ve Öncelikli Politik Eylem Alanları)
2013	Sağlık 2020	21.YY İçin Sağlık Strateji Ve Politikaları
2013	Aşkabat Deklarasyonu	Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü
2016	Monako	Tüm Politikalarda Sağlık (İklim değişikliği)
2018	İzlanda	Güvenli ve İklim Dirençli Su Sağlanması
2019	Ljubljana	Sağlık Eşitliği

Tablo 2.6. DSÖ Sağlık Bildirgeleri

Kaynak: URL 22’de yer alan bilgilerden yararlanılarak hazırlanmıştır.

2.2.6.2. Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonunun Sağlık Politikası Üzerine Etkileri

Dünyada sağlık üzerinde doğrudan etkili olan DSÖ yanında sağlık üzerinde dolaylı etkileri olan ve sağlık hizmetleri ile sağlık politikalarına yön veren uluslararası kuruluşlar da bulunmaktadır. Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) bu kuruluşların en önde gelenleridir. 1980 yılında yaşanan ekonomik kriz sonrasında DSÖ'nün etki alanının daralması Dünya Bankasını sağlık alanında daha fazla inisiyatif almaya itmiştir. DB'nin sağlık ile ilgili görüşü “kamu hizmetinde eğitimle birlikte en önemli iki unsurdan birisi olan sağlık, özel bir problem alanıdır ve sağlık hizmeti özel bir metadır” şeklinde olmuştur (Godlee, 1994:1494). DB için sağlık kavramı, yatırım ilkesi çerçevesinde sağlıklı birey, sağlıklı işgücü ve karlı üretim anlamına gelmektedir. DB, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık sektöründeki faaliyetlerin finansmanı konusunda destek sağlamaktadır.

DB, sağlık ile ilgili politika önerilerinde sağlık harcamalarına ulusal ekonomiden daha fazla kaynak aktarılmasını önermektedir. DB'ye göre sağlık sektörü için kaynakların arttırılması gerekmektedir ve sağlık hizmetlerinde yaşanan problemler kullanıcı katkıları, özel sektör hizmet sunumları, kamu sağlık hizmetlerinin desentralizasyonu ile aşılabılır. DB tarafından sağlık projeleri kapsamında ülkede daha önce yapılmayan ve kanıta dayalı politikalar geliştirmeye yardımcı Ulusal Sağlık Hesapları, Ulusal Hastalık Yüğü, Maliyet Etkililik Çalışması gibi araştırmalar yapılmıştır. Ayrıca DB tarafından yayınlanan Dünya Gelişim Raporları da küresel sağlık politika gündeminin belirlenmesinde etkili olmaktadır (URL 23).

DB, temel sağlık hizmetleri sistemlerini güçlendirerek ve bunlarla ilişkili finansal riskleri azaltarak ülkelerin evrensel sağlık kapsamına ulaşp herkese kaliteli, uygun fiyatlı sağlık hizmetleri sunma çabalarını desteklemektedir. DB'nin Evrensel Sağlık kapsamına ulaşmak için odaklandığı noktalar, önlenebilir ölümlerin sona erdirilmesi, beslenmeyi iyileştirmek, sağlık sistemleri ve finansmanını güçlendirmek, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisidir. Dünya çapında ölümlerin %70 inin sebebi bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Bunlar içerisinde sigara ve alkol tüketimi de önemli bir yere sahiptir. Bu konuda alınacak önlemler, geliştirilecek politikalar önem arz etmektedir. Özellikle sigara tüketimi önlenebilir hastalıkların başlıca sebeplerindendir ve her yıl HIV/AIDS, sıtma ve tüberkülozdan daha fazla ölüme sebebiyet vermektedir. Sigaranın toplam ekonomik maliyeti ise her yıl 1.4 trilyon doları aşmakta ve bu dünyanın yıllık GSYİH'nın %1.8'ine denk gelmektedir (URL 29). DB, Küresel Tütün Kontrol Programı ile ülkelere halk sağlığını korumak için tütün satın alınabilirliğini ve tüketimini azaltarak, tütün vergisi reformlarını teşvik ederek ve gümrük

sistemlerini geliştirerek yasadışı tütün ticaretini engelleyip kontrol etmesine yardımcı olmaktadır.

DB, ülkelerin daha sağlıklı ve eşit toplumlar yaratmasında finansal destekler sağlamakta, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini hedeflemektedir. Son 10 yılda 770 milyon kişinin temel sağlık giderleri ile 330 milyon çocuğun aşılarını finanse etmek için 13,5 milyar dolar sağlamış, sağlık ve beslenme için sağladığı fonun payı da %60 artmıştır (URL 23).

1944 yılında temelleri atılan Uluslararası Para Fonu(IMF)'nin temel amacı, kurların korunabilmesini sağlayacak parasal konularda uluslararası bir sistem kurulması, kalkınmanın finansörlüğünün sağlanmasıdır. IMF'e göre sağlık, kalkınma stratejilerinde kullanılabilecek önemli bir faktördür, bu nedenle de doğrudan sağlığa kalkınma yardımları taahhüt edilmelidir. Bebek ve anne ölüm oranlarının azaltılması, sağlık alanında ileriye gitme ve kalkınma için önemlidir. Sağlığı iyileştirmek için düşük maliyetli ve oldukça etkili teknolojiler, yatırım öncelikleri ve bütçe tahsisleri verilen önemli desteklerdendir (Bloom, Canning, Jamison, 2004:15). IMF sağlık politikasını ülkelerin (gelişmiş ülkeleri daha az etkilemekle birlikte daha çok az gelişmiş ve borçlu ülkelerin) kamu bütçeleri kapsamını ve sağlıkta reform için politika reçetelerini değiştirerek etkilemektedir. DB ve IMF, sağlık politikalarını çoğu ülkede kamu kapsamı, bütçe ve yatırımlarını kısırarak dolaylı olarak etkilerken, sağlık reformlarını ise doğrudan etkilemektedir (Koivusalo, 2006:22).

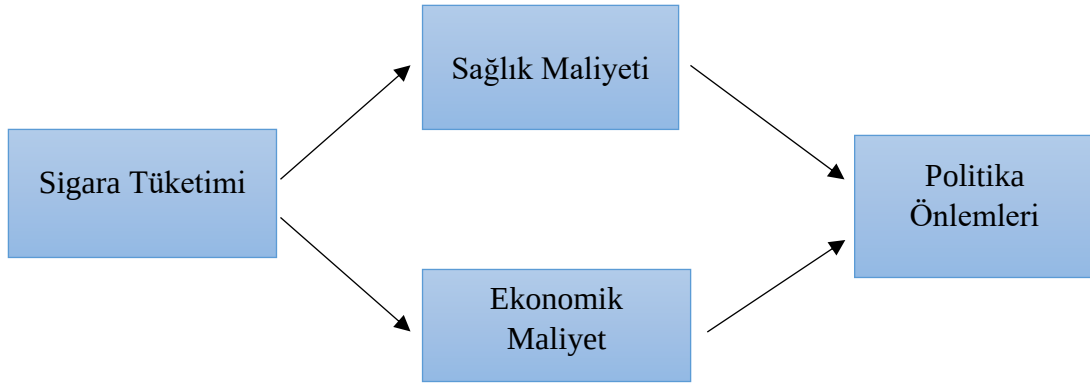
DB ve IMF, gelişmekte olan ülkelere verdikleri kredilerin karşılığını görmek için istikrar paketleri olarak geliştirilen “yapısal uyum programları” ile sağlık alanında değişim ve dönüşüm faaliyetlerini teşvik etmek istemiştir. Ancak sağlık politikaları uygulamalarını da içeren bu program borç alan ülkelere kısa vade de olumlu etkiler oluştursa da uzun vadede etkileri olumsuz olmuştur (Memiş, 2014:154). Yoksul olan kesim olumsuz etkiler sonucu daha yoksul olmuş ve bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşması da zorlaşmıştır.

3. SİGARA TÜKETİMİ VE SAĞLIK POLİTİKASI İLİŞKİSİ

Hali hazırda 120’den fazla ülkede üretimi yapılan tütün, tarihi 8000 yıl öncesine dayanan bir tarım ürünüdür (Ösen, 2015:51). Christopher Columbus Amerikayı keşfi ile buradaki yerlilerin kısmen keyif verici ama daha çok hastalıkların tedavisinde kullandıkları tütün bitkisini de tanımış ve yayılmasında etkili olmuştur (Charlton, 2004:292). Yerlilerin tütün içmeye yarayan kamışlara verdikleri “tabaco-tavaco” ismi ile de tütün yabancı dilde tobacco ismini almıştır (Yılmaz, 2007:3). Başlarda keyif verici ve tıbbi amaçlarla kullanılan tütünün sağlığa olan zararlarının anlaşılması ile birlikte üretimi ve tüketimi mücadele edilir bir hal almış ve tütün kontrol çalışmaları başlamıştır. Tütünün üretimi, pazarlaması, satışı, dağıtımı, tüketimi, ithalat ve ihracatını kontrol altına almak için yönetmelik, tüzük, kanun ve benzeri yollarla caydırıcı önlemler alınmaya başlanmıştır. Tütün kontrol politikaları adı altında uygulanan bu önlemler ülkeden ülkeye değişse de amaç ortaktır. Bu amaçlar; tütün tüketimini azaltarak, tütüne bağlı hastalık ve sağlık harcamalarını en aza indirmektir.

Tütünün en yaygın tüketim şekli sigaradır ve sigara tüketimi önlenebilir ölüm nedenleri arasında en önemlisi olup, hem yaşam kalitesini düşürmekte hem de yaşam kayıplarına neden olmaktadır. DSÖ verilerine göre her yıl 6 milyon kişi tütün tüketimi nedeniyle hayatını kaybetmekte ve bunların 600.000’i pasif içicilerden oluşmaktadır. Sigara ve tütün tüketimine yönelik düzenleme ve kontroller arttırılmazsa 2030 yılına gelindiğinde tütün tüketimi kaynaklı ölümlerin 8 milyona çıkması ve ölüm oranının da %80’inin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmesi beklenmektedir (NCI, 2016:25-27).

Sigara, sağlık, politika ilişkisi Şekil 3.1’de verilmektedir. Sigara tüketimi sağlığa verdiği zarar ile hem sigarayı tüketen bireye hem de çevresindeki diğer insanlara sadece sağlık anlamında değil ekonomik anlamda da yük oluşturmaktadır. Bu maliyeti ortadan kaldırmak için devletin politik önlemler alması gerekmektedir. Kapalı alanlarda sigara içme yasağı, 18 yaş altı sigara satışına yasak getirilmesi, sigara ve diğer tütün mamullerine yönelik reklam ve sponsorluk faaliyetlerinin yasaklanması ve sigara tüketiminin vergilendirilmesi gibi birçok önlem bu kapsamdadır. Devlet alacağı önlemler ile hem sigara tüketimini azaltıp sağlık harcamaları maliyetini azlatırken, hem de gelir elde edebilmektedir.



Şekil 3.1. Sigara Tüketimi Sağlık Politikası İlişkisi

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır.

Zararları bilinmesine rağmen sigara tüketimi bu kadar yaygın olduğu için tütün kontrolünde ilk uygulamalar da sigara tüketimi üzerinden gerçekleştirilmiştir. Sigara tüketimin azaltılması, kullananların bırakılmaya teşvik edilmesi, kullanmayanların sigaraya başlamamasının sağlanması ile gerçekleştirilebilir. Sigara tüketen bireyler kendisi ile birlikte çevresel sigara dumanı ile etrafına da zarar vermekte, yarattığı hastalıklar sonucu ile de ekonomik kayıplara sebep olmaktadır. Bu noktada hem bireyin sağlığı hem de ülke ekonomisinin güçlenmesi adına uygulanacak politikalar önemlidir.

3.1. Tütün Üretimi ve Tüketimi

Amerika yerlilerinin kullanımı ile başlayan tütün üretimi neredeyse tüm kıtada yayılmış ve diğer tarım ürünlerinden farklı olarak, herkes kendine has yöntemlerle müstakil bahçelerinde tütün yetiştirmeye başlamıştır (Goodman, 1993). Amerika'nın keşfinden yarım yüzyıl sonra Avrupa'ya da gelen tütünün, Osmanlı topraklarına 17.yüzyıl başlarında İngilizler tarafından getirildiği belirtilmektedir (Gökyay, 2008:39). Yahudi bir hekim, ilk olarak Mağrip'de tütünü gündeme getirmiş ve sonra Mısır, Hicaz, Yemen, Şam ve diğer İslam ülkelerine taşımıştır (Baykal, 1999:351). Böylece tütün Osmanlı'da da kendini göstermiştir. Osmanlıda yayılmaya başlayan tütün, üretiminin yapılmasıyla birlikte devlet için önemli gelir kaynaklarından biri haline gelmiştir. Türkiye'nin tütünle tanışması Osmanlı'ya kadar gitmektedir. Üretim, tüketim ve ihracatı yapılan tütün, Türkiye ekonomisi için önemli bir tarımsal üründür.

Tablo 3.1'de 2018 yılı verileriyle dünyada işlenmemiş tütün üretimi görülmektedir. Dünyada toplam işlenmemiş tütün üretimi 8.337.050 ton ve en çok üretim yapan ülke de 762.266 ton

ile Brezilyadır. Türkiye ile karşılaştırma yapabilmek açısından tütün üretimi 10.000 ton ile 100.000 ton arasında değişen ülkelerin verileri ele alınmış olup 28 ülke arasında Türkiye tütün üretiminde 75.276 ton ile 4.sırada yer almaktadır.

Ülke	Tütün Üretimi (Ton)	Ülke	Tütün Üretimi (Ton)
Cezayir	10.686	Mozambik	93.659
Bangladeş	89.013	Myanmar	30.160
Kamboçya	13.856	Makedonya	25.547
Kanada	23.105	Filipinler	50.381
Kolombiya	14.649	Polonya	33.190
Küba	30.000	Kore	26.175
Dominik	10.721	G.Afrika	15.600
Yunanistan	22.730	İspanya	25.983
Guatemala	29.178	Tayland	67.230
İran	19.985	Türkiye	75.276
İtalya	59.299	Uganda	35.063
Japonya	16.998	Vietnam	31.440
Malawi	93.356	Suriye	13.649
Meksika	15.181	Yemen	19.657

Tablo 3.1. Bazı Ülkelerde İşlenmemiş Tütün Üretimi (2018)

Kaynak: URL 15, 2018 yılı verilerinden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Türkiye’de tütün üretim şekli genel olarak sözleşme modelidir. “Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun⁶” ile destekleme alımları ortadan kaldırılmış, sözleşmeli üretim modeline geçilmiş, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuş, TEKEL tasfiye edilmiştir.

⁶ 4733 Sayılı Kanun, 9/1/2002 tarih ve 24635 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

Tablo 3.2’de ise 2018 yılı için Türkiye’de bölgelere göre yaprak tütün üretim verilerine yer verilmiş olup, en fazla sözleşmeli üretim Ege Bölgesinde, sözleşmesiz üretim ise Güneydoğu Anadolu Bölgesinde görülmektedir.

Üretim Şekli	Bölge	Üretici Sayısı	Üretim Alanı (Da)	Üretim Miktarı (Kg)
Sözleşmeli Üretim	Akdeniz	1.326	12.204	1.554.435
	Doğu Anadolu	47	454	201.518
	Ege	32.458	644.537	42.590.860
	Güneydoğu Anadolu	5.258	112.930	8.583.445
	Karadeniz	7.933	86.825	10.931.029
	Marmara	1.589	21.003	1.622.012
	Toplam	48.611	877.953	65.483.299
Sözleşmesiz Üretim	Akdeniz	72	955	95.530
	Doğu Anadolu	2.175	17.695	2.934.573
	Ege	0	0	0
	Güneydoğu Anadolu	5.013	38.431	6.762.698
	Karadeniz	0	0	0
	Marmara	0	0	0
	Toplam	7.260	57.081	9.792.801
Toplam	Akdeniz	1.398	13.159	1.649.965
	Doğu Anadolu	2.222	18.149	3.136.091
	Ege	32.458	644.537	42.590.860
	Güneydoğu Anadolu	10.271	151.361	15.346.143
	Karadeniz	7.933	86.825	10.931.029
	Marmara	1.589	21.003	1.622.012
	Toplam	55.871	935.034	75.276.100

Tablo 3.2. Türkiye Yaprak Tütün Üretim Verileri (2018)

Kaynak: URL 17.

Türkiye’de tütün ve tütün mamulleri ihracatı da oldukça önemlidir. Tablo 3.3’de Türkiye’de 2019 yılı tütün ihracatı bilgilerine yer verilmektedir. 2016 yılında tütün sektöründe 362.824.254 \$, 2017 yılında 352.656.990 \$, 2018 yılında 390.890.120 \$, 2019 yılında ise 49 ülkeye ihracat yapılarak, 253.417.685 \$ tütün ihracat geliri elde edilmiştir. 8.755.594 kg ile en çok ihracat ABD’ye yapılmıştır.

Ülke Adı	Miktar (Kg)	Değer (\$)	Ülke Adı	Miktar (Kg)	Değer (\$)
ABD	8.755.594	56.174.819	Kazakistan	269.640	1.372.304
Almanya	1.714.020	9.104.581	Kenya	20.790	179.418
Arjantin	307.020	2.013.925	Kolombiya	40.320	260.467
Azerbaycan	84.840	362.903	Litvanya	450.660	2.409.983
Belçika	7.173.795	45.372.997	Macaristan	165.830	1.152.173
Birleşik Arap Emirlikleri	338.140	1.352.033	Malezya	1.415.040	212.256
Bolivya	10.080	44.957	Meksika	1.426.950	9.031.105
Brezilya	888.726	6.390.555	Mısır	1.924.748	6.605.975
Bulgaristan	314.531	1.018.579	Moldovya	22.680	99.112
Cezayir	136.340	626.019	Pakistan	20.790	179.418
Çek Cumhuriyeti	759.570	4.063.332	Paraguay	359.544	853.600
Endonezya	4.750.661	29.784.942	Polonya	1.528.650	6.634.038
Fas	415.800	1.785.861	Portekiz	435.960	2.507.860
Filipinler	389.250	1.723.712	Romanya	1.745.870	6.893.469
Fransa	350.970	1.287.840	Rusya	3.612.540	14.943.697
Güney Afrika	249.480	1.355.924	Senegal	23.730	153.058
Güney Kore	700.140	5.667.063	Sırbistan	1.243.730	6.452.793
Hırvatistan	92.610	752.215	Singapur	181.930	1.374.236
Hindistan	409.210	2.877.077	Şili	255.710	1.846.386
Hollanda	273.210	1.728.153	Tayvan	161.280	731.086
Honduras	10.080	88.284	Ukrayna	1.497.000	8.580.444
İran	12.110	22.264	Ürdün	526.275	1.813.514
İsviçre	330.330	2.026.899	Vietnam	13.440	93.344
İtalya	565.622	2.912.861	Yunanistan	58.525	235.737
Kamboçya	81.359	264.417	TOPLAM	46.515.120	253.417.685

Tablo 3.3. Türkiye’de Tütün İhracatı (2019)

Kaynak: URL 17.

Tütün ürünlerinde ithalatın ihracata göre artmasında 2008 yılında TEKEL kurumunun özelleştirilmesi ile Tekel Fonunun azaltılmasının etkili olduğu söylenebilir. Türkiye’de sigara üreten çok uluslu şirketlerin, ulusal pazardan tütün temin edememesi sonucu dış pazarlara yönelmesi söz konusu olmuştur. Tablo 3.4’de Türkiye’de 2019 yılı tütün ithalatı bilgilerine yer verilmektedir. 2016 yılında 559.660.126 \$, 2017 yılında 522.703.908\$, 2018 yılında 590.233.640 \$, 2019 yılında ise, 42 ülkeden 544.358.364 \$ ithalat yapılmıştır. En çok ithalat Brezilya ve Hollanda’dan yapılmıştır.

Ülke Adı	Miktar (Kg)	Değer (\$)	Ülke Adı	Miktar (Kg)	Değer (\$)
ABD	713.242	2.094.283	Hong Kong	1.712.560	6.461.018
Almanya	13.105.483	88.193.671	İngiltere	2.160.000	16.961.972
Arjantin	450.131	518.052	İran	14.423	12.981
Arnavutluk	40.260	233.912	İspanya	336.600	2.016.378
Azerbaycan	2.900	2.900	İtalya	428.731	1.740.112
Bangladeş	1.385.140	4.527.937	Kenya	471.740	3.056.366
Belçika	47.056.571	222.430.167	Macaristan	22.650	42.311
Birleşik Arap Emirlikleri	1.321.356	5.081.922	Malavi	176.062	688.377
Brezilya	12.720.806	58.706.687	Malezya	640.973	1.756.560
Bulgaristan	129.600	595.624	Mozambik	1.113.300	6.957.383
Çin	1.427.694	2.887.647	Nikaragua	3.964	11.982
Dominik Cumhuriyeti	58.998	258.042	Polonya	922.608	5.457.039
Dubai	3	0	Rusya	4.421.367	19.358.582
Endonezya	68.032	302.702	Sırbistan	45.342	144.348
Fransa	645.260	2.423.271	Singapur	75.510	301.749
Güney Afrika	79.200	140.976	Tanzanya	81.040	492.940
Güney Kore	520.042	3.702.456	Tayland	25	141
Hırvatistan	6.000	45.389	Ürdün	100	204
Hindistan	3.751.449	15.539.994	Vietnam	39.604	134.642
Hollanda	10.563.749	70.299.948	Yunanistan	147.163	446.265
Honduras	544	7.800	Zimbabve	78.213	323.634
Toplam	Miktar (Kg)	106.938.435	Değer (\$)		544.358.364

Tablo 3.4. Türkiye’de Tütün İthalatı (2019)

Kaynak: URL 17.

Tütün tüketimi ilk olarak -Amerika kıtasının genelinde- şamanistik ritüellerin, dini törenlerin yerine getirilmesinde tütünün bir araç olarak (keyif verme, halisülasyona neden olma) kullanılmasıyla başlamıştır. Şamanlar tarafından hastalıkların tedavisinde de kullanılmış, diş çürüklerinde önce tütün yaprağının suyuyla yıkanan diş, üzerine bir tütün parçası konularak tedavi edilmiş ve ağrı kesici olarak kullanılmıştır (Goodman, 1993).

Amerikalı yerlilerin tütünü kireç ya da tebeşirle karıştırarak dişlerin temizliğinde macun olarak kullandığı da bilinmektedir (Charlton, 2004:292). Mayaların, soğuk algınlığını yılan yağı sürülen tütün yaprakları ile tedavi ettiği, And Dağları bölgesinde de kemik kırılması ve çıkıklarında hastalara rahatlaması için tütün koklatıldığı ya da hap şeklinde kullandırıldığı bilinmektedir (Çağlar, 1946:5)

Avrupa’ya da yayılan tütünün tedavi amaçlı kullanılışı şifalı olduğuna inancı da arttırmıştır. Tütün dumanının ve kurutulmuş yaprakların ufanıp buruna çekilmesinin öksürük astım,

baş ağrısı, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiğine inanılır olmuştur. Avrupa’da tütün ile ilgili ilk eser, Ramon Pane tarafından 1497 yılında yazılmış ve tütün “şifa verici ot” olarak nitelendirilmiştir (Çağlar, 1946:20). Doktorlar veba salgınına tütünün iyi geldiğini belirtmiş ve 1665 yılında okullarda çocuklara sigara kullanımı öğretilmiştir (Charlton, 2004:294).

Kendisi de tütün yetiştirmiş, kullanmış ve hastalarında denemiş olan İspanya Kraliyet doktoru Nicolas Monardes’in 1571 yılında kaleme aldığı “Yeni Dünyadaki Tedavi Edici Bitkilerin Tarihi” adlı kitabı tütün hakkında geniş bilgiler veren ilk çalışma olup, tütünün diş ağrısı, baş ağrısı ve öksürükten kötü huylu tümöre kadar yirmiden fazla hastalığa çare olduğunu belirtmektedir (Goodman, 1993).

Fransa Kraliçesi Katarina’nın migren ağrılarına çare bulunamayınca, Elçi Nicot, tütün tohumlarını Fransaya göndermiş ve tütünü çiğneyerek kullanan Kraliçenin ağrıları geçmiştir (Bilgin, Kormaz: 1997:34). Kraliçenin oğlu II.François de deri hastalığından tütün sayesinde kurtulmuştur (Duman, 1991:14). Tütünün bu olumlu şifa verici etkilerinin üzerine Fransız Jaquas Gohory, 1572 yılında “Tütün Tedavisi” adlı kitabı yazmış ve tütün her derde deva bir bitki olduğundan bu bitkiyi kutsal sayarak adının “medicene” olması gerektiğini ileri sürmüştür. Ancak Fransız bir herbalist olan Liebault ise, eserinde bu bitkiyi Fransaya kazandıranın Nicot olması nedeniyle onu onurlandırmak gerektiğini düşünerek bu bitkinin isminin “nicotiane” olması gerektiğini belirtmiştir (Yılmaz, 2005:3). Hali hazırda tütünde bulunan kimyasal maddeye verilen nikotin adının da buradan geldiği bilinmektedir.

İngiliz Botanikçi, John Gerarde, tütünün sıtma, ülser, uyuz, yanıklar, zehirli ok yaralarına iyi geldiğinden, tütün yağının sağrlık tedavisinde kullanıldığından bahsetmiştir (Doll,1999:290).

Tedavi edici etkisi ile ön plana çıkan tütün zamanın meşhur doktoraları tarafından tavsiye edilir olmuştur. Johannes Vittich, tütünün bütün pislikleri temizlediğini, kol, eklem ve uzuvlardaki yaralara iyi geldiğini, rutubeti aldığını; Johannes Neander, 1622 yılında yazdığı kitabıyla tütünün bütün hastalıkların tedavisinde kullanılabileceğini; James Hart, 1633 yılında yazdığı kitabında tütünün balgam söktürücü olduğunu; Van Peima, 1690 yılında yazdığı kitabıyla da tütünün sindirim ve boşaltım sistemine faydalı olduğunu belirtmiştir (Yılmaz, 2005:6).

Osmanlıda da tütünün tedavi edici amaçla kullanıldığı görülmüş, Hezarfen Hüseyin Efendi rutubetten doğan bazı hastalıklara tütünün deva olduğunu belirtmiştir, Numan Efendi

dişindeki çürüğün tedavisinde tütünün zifirini kullanmış, aynı dönemlerde Peçevi İbrahim Efendi ise, kötü kokuşundan israf oluşuna kadar tütünü eleştirmiştir (Kalaycı, Öztürk, 2017:10-22).

Tütün kullanımının hızlı bir şekilde yayılması, tedavi edici özelliği yanında keyif amaçlı kullanımının da artması eleştirileri beraberinde getirmiştir. Avrupa’da tütün kullanımına yönelik ilk eleştiri, rahiplerin çoğunun tütün içmesinden dolayı kötü koktukları, hapşırma ve tıksırarak öksürme, tükürme ihtiyacı duydukları bu nedenle de ayinleri yönetmekte güçlük çektikleri yönünde olmuştur (Acar, 2010:2).

17. yüzyılla birlikte eleştirilerin artmasıyla tütünün tedavi ediciliğinden şüphe duyan doktorlar tütünün zararlarından bahsetmeye başlamışlardır. Sonrasında tütün kullanımına yasaklar getirilmeye başlanmıştır. Tablo 3.5’de tütün kullanımına ilişkin farklı ülkelerin aldığı önlem ve yasaklar belirtilmektedir.

Meksika (1575)	Roman Katolik Kilisesi, İspanya kolonisindeki kiliselerde tütün içilmesini yasaklayan bir kanun çıkarmıştır.
İngiltere (1604)	Kral I.James tütün içmenin göz, burun, beyin ve ciğerlere zarar verdiğine yönelik bir risale yayınlamış ve tütün kullanımı ve ithalatına ağır vergiler koymuştur. 1660 yılında tütün üretimi yasaklanmış, ithalatına sınırlamalar getirilmiştir.
İspanya (1606)	Kral II.Philip sadece belirli yerlerde tütün yetiştirebileceğine ve yabancılara tütün satanların cezalandırılacağına dair bir kararname çıkarmıştır.
Osmanlı (1611)	İlk yasak Sultan I.Ahmed tarafından getirilmiş sonrasında Sultan IV.Murad ile devam etmiştir.
Çin (1612)	İmparatorluk fermanı ile tütünün tarımı ve tüketimi yasaklanmıştır.
Rusya (1613)	Romaos idaresince tütüne yasak getirilmiştir.
Moğollar (1617)	Tütün kullananların cezası ölümdür.
Japonya (1620)	Tütün kullanımı yasaklanmıştır.
Londra (1620)	Tütünün tıbbi amaçlı kullanımı sınırlandırılmış, keyif için kullanımı yasaklanmıştır.
İran (1628)	Şah 1.Şafi tütün satan iki taciri boğazlarından aşağıya kaynar su dökerek cezalandırmıştır.
Massachusetts (1632)	Toplu alanlarda tütün içimine yasak getirmiştir.
Danimarka (1632)	Tütün kullanımı yasaklanmıştır.
İsveç (1632)	Tütün kullanımı yasaklanmıştır.

Rusya (1634)	Çar Alexis tütün kullananlara yönelik biri kamçılama, burnunu kesme veya sibirya'ya sürgün; diğeri idam şeklinde iki farklı ceza uygulamaya koymuştur.
Yunanistan (1634)	Nuh'un zehirlendiği duman tütündendir diyerek tütün tüketimini yasaklamıştır.
Fransa (1635)	Tütün bilimsel araştırmalarda kullanım dışında yasaklanmıştır.
Napoli (1637)	Tütün kullanımı yasaklanmıştır.
New York City (1639)	Açık alanlarda tütün kullanımı yasaklanmıştır.
Sicilya (1640)	Tütün kullanımı yasaklanmıştır.
Connecticut (1647)	Açık alanlarda tütün kullanımı yasaklanmış, sadece haftada bir gün içilmesine izin verilmiştir.
Roma (1650)	Papa tütüne karşı çıkmıştır.
İsviçre (1657)	Tütün kullanımına yasak getirilmiştir.

Tablo 3.5. Tütün Kullanımına İlişkin Önlem ve Yasaklar

Kaynak: Doll, 1999:291, Kılıçbay, 1993:226'dan yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

3.2. Tütünün Sigara Olarak Tüketilmeye Başlanması

Tütünün en yaygın kullanım şekli sigara olup, tüm bu yasaklara rağmen sigaranın popülaritesi artarak devam etmiş ve sanayi devrimi ile sigara üretim hızı da artmıştır, 1881 yılında James Bonsack günde 120.000 sigarayı sarabilecek makine icat etmiş James Buchanan Duke ise sigarada fabrikasyon sürecini başlatmıştır (Goodman, 1993).

Tütün çiğnenerek de kullanılmakla birlikte içimi pipo ve puro şeklinde başlamış, en kolay sarılıp kullanım şekli ise sigara olarak devam etmiştir. Dünyada 15 yaş üzerinde olan her 3 kişiden 1'i tütün bağımlısı olup, bunların %80'i az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdedir (Kaufman, 2000). Yapılan bir başka çalışmada da gelişmiş ülkelerde 13-15 yaş arasındaki gençlerde sigara içme oranının %10-33 arasında değiştiği ifade edilmektedir (Warren, Riley, Asma, 2000:873).

OECD Ülkelerinde 15 yaş üstü tütün kullanımı Tablo 3.6'de verilmiş olup, 2018 yılı OECD ortalaması kadınlarda %14, erkeklerde ise %22,4 olup genel ortalama %18'dir. Kadınlarda tütün kullanım oranı %32.0 ile en yüksek Yunanistan ardından %22.9 ile Fransa'da erkeklerde tütün kullanım oranı ise, en yüksek %41 ile Yunanistan, ardından %40 ile Türkiye'dedir. Bu anlamda birinci sırada Yunanistan ardından da Türkiye OECD ortalaması olan %18'i aşmaktadır.

Ülke	Kadın	Erkek	Toplam Ortalama
Avustralya	10,8	14,0	12,4
Avusturya	22,1	26,5	24,3
Belçika	12,1	18,9	15,5
Kanada	9,7	12,8	11,3
Şili	20,9	28,2	24,5
Kolombiya	7,4	18,8	13,0
Çek Cumhuriyeti	17,9	24,5	21,1
Danimarka	15,4	18,5	16,9
Estonya	12,9	23,4	17,2
Finlandiya	13,0	15,0	14,0
Fransa	22,9	28,2	25,4
Almanya	15,3	22,3	18,8
Yunanistan	32,0	41,0	35,0
Macaristan	20,8	31,6	25,8
İzlanda	9,1	8,1	8,6
İrlanda	15,0	19,0	17,0
İsrail	12,8	21,3	16,9
İtalya	15,1	23,5	19,2
Japonya	8,1	29,0	17,8
Kore	4,5	30,5	17,5
Letonya	14,5	36,0	24,1
Litvanya	9,2	33,9	20,3
Lüksemburg	13,4	15,7	14,5
Meksika	3,6	12,0	7,6
Hollanda	13,4	17,8	15,5
Yeni Zelanda	11,9	14,3	13,1
Norveç	11,0	12,0	12,0
Polonya	17,2	28,8	22,7
Portekiz	10,9	23,5	16,8
Slovak Cumhuriyeti	15,8	30,4	22,9
Slovenya	16,0	21,8	18,9
İspanya	18,8	25,6	22,1
İsveç	9,2	11,0	10,1
İsviçre	16,8	21,5	19,1
Türkiye	13,3	40,1	26,5
İngiltere	16,2	17,0	16,6
ABD	9,1	11,5	10,3
OECD Ortalaması	14,0	22,4	18,0

Tablo 3.6. OECD Ülkelerinde 15 yaş Üstü Tütün Kullanımı (2018 Yılı)

Kaynak: OECD, 2020, Health Statistic ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018 verilerinden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

1990-1999 yılları arasında dünyada sigara tüketimi %4,12 azalırken, Türkiye’de %52,18 artmış ve Türkiye sigara tüketiminde Pakistan ve Bulgaristan’dan sonra 3.sırada yer almıştır (Önder, 2002:4). Türkiye’de gençlerde ortalama sigaraya başlama yaşı 11-18 arasında

bulunmuştur (Karlıkaya, 2002:11). 20 yaş üstünde ise, kadınlarda %10,9, erkeklerde ise %50,9 oranında sigara tüketimi saptanmıştır (Satman, Yılmaz, Şengül, 2002:1553).

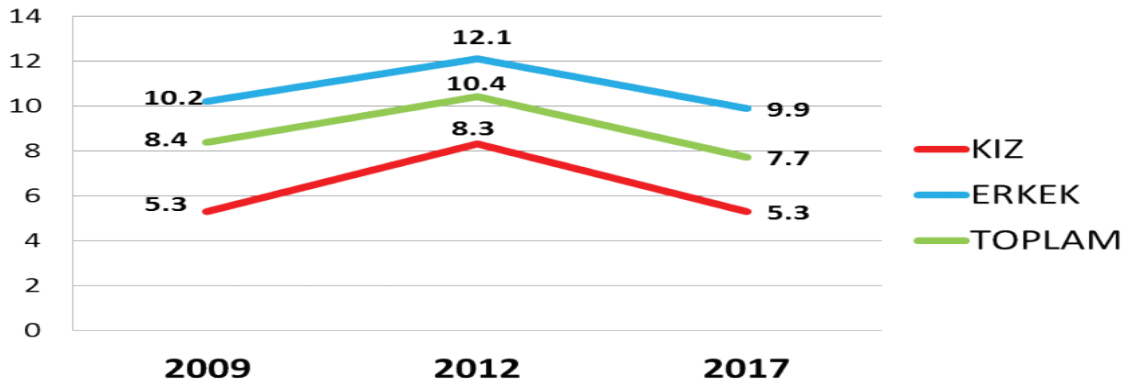
Tablo 3.7’de Türkiye’de 1925 yılından 2019 yılına kadar sigara iç satış miktarı verilmekte olup hemen her yıl arttığı görülmektedir.

Yıllar	Miktar (milyar adet)	Yıllar	Miktar (milyar adet)	Yıllar	Miktar (milyar adet)	Yıllar	Miktar (milyar adet)
1925	2,42	1980	57,00	1998	108,60	2009	107,55
1930	7,13	1984	63,00	1999	114,40	2010	93,35
1935	9,07	1985	63,00	2000	111,70	2011	91,22
1940	10,07	1990	73,30	2001	111,80	2012	99,26
1945	9,17	1991	76,50	2002	110,00	2013	91,66
1950	15,76	1992	78,50	2003	108,16	2014	94,68
1955	22,43	1993	88,40	2004	108,87	2015	103,21
1960	27,13	1994	91,30	2005	106,72	2016	105,49
1965	31,84	1995	95,80	2006	107,91	2017	106,22
1970	39,40	1996	96,60	2007	107,45	2018	118,54
1975	52,20	1997	101,10	2008	107,86	2019	119,75

Tablo 3.7. Yıllar İtibarıyla Türkiye’de Sigara İç Satışı (1925-2019)

Kaynak: URL 17.

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) 2017 yılı Raporunda 13-15 yaş arası sigara kullanım oranı hesaplanmış olup Grafik 3.1’de gösterilmektedir. 2009, 2012 ve 2017 yılları için gençlerde sigara kullanım oranı sırasıyla %8,4, %10,4 ve %7,7 olarak hesaplanmıştır. 2017 yılında herhangi bir tütün ürünü kullanan gençlerin oranı ise %17,9’dur.



Grafik 3.1. Türkiye’de 13-15 Yaş Arası Gençlerde Sigara Kullanım Durumu (%)

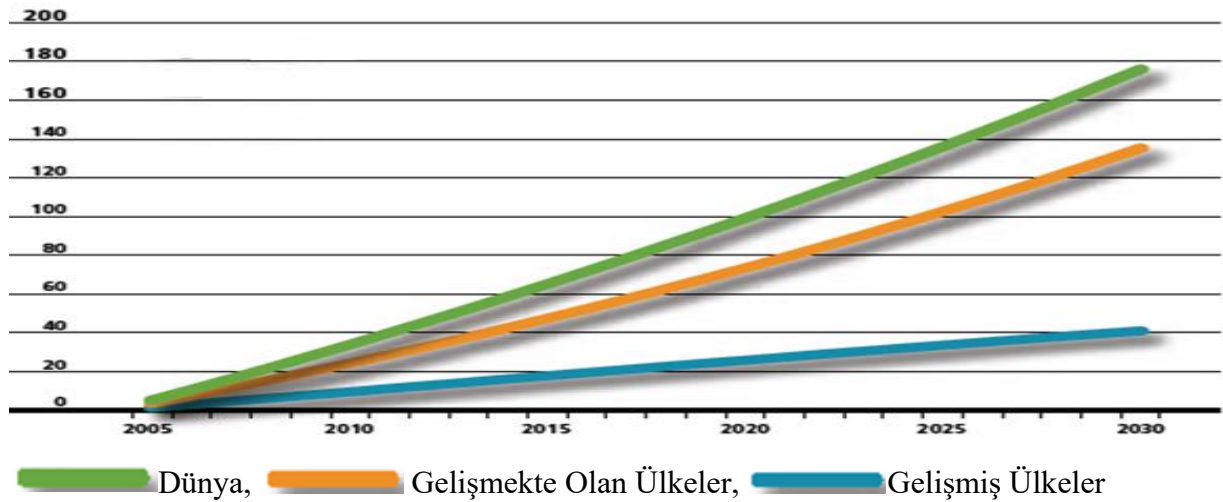
Kaynak: KGTA, 2017:6.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) sonuçlarına göre Türkiye’de 2008 yılında 15 yaş ve üzeri bireylerin tütün ve tütün mamullerini her gün kullanma oranı %31,2’dir. Bu oran 2012 yılında %27,1, 2016 yılında da %31,6 olarak gerçekleşmiştir.

3.3. Sigara Tüketiminin Sonuçları

Tütünde bulunan en güçlü bitkisel zehir nikotin olup, bitki çeşidine göre miktarı %2 ile %8 arasında olabilmekte, bağımlılık yapmasının yanında saf olarak alınması durumunda ise ani ölümlere neden olabilmektedir (Çakmak, Akçiçek, 2014:502). DSÖ verilerine göre her yıl 6 milyon kişi tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmekte ve bunların 600.000’i pasif içicilerden oluşmaktadır. Sigara ve tütün kullanımına yönelik düzenleme ve kontroller arttırılmazsa 2030 yılına gelindiğinde tütün kullanımı kaynaklı ölümlerin 8 milyona çıkması ve ölüm oranının da %80’inin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmesi beklenmektedir (NCI, 2016:25-27).

2003 yılında yapılan bir çalışmada, tütün ve tütün mamulleri tüketiminin 2005-2030 yılları arasında 175 milyondan fazla insanın ölümüne yol açacağı ifade edilmektedir (Başol, Can, 2015:4). Grafik 3.2’de 2005-2030 yılları arası tütün kullanımına bağlı ölüm sayıları verilmekte ve gelişmekte olan ülkelerdeki tütün kullanımına bağlı ölüm oranının gelişmiş ülkelerdeki ölüm oranının iki katı olduğu dikkat çekmektedir.



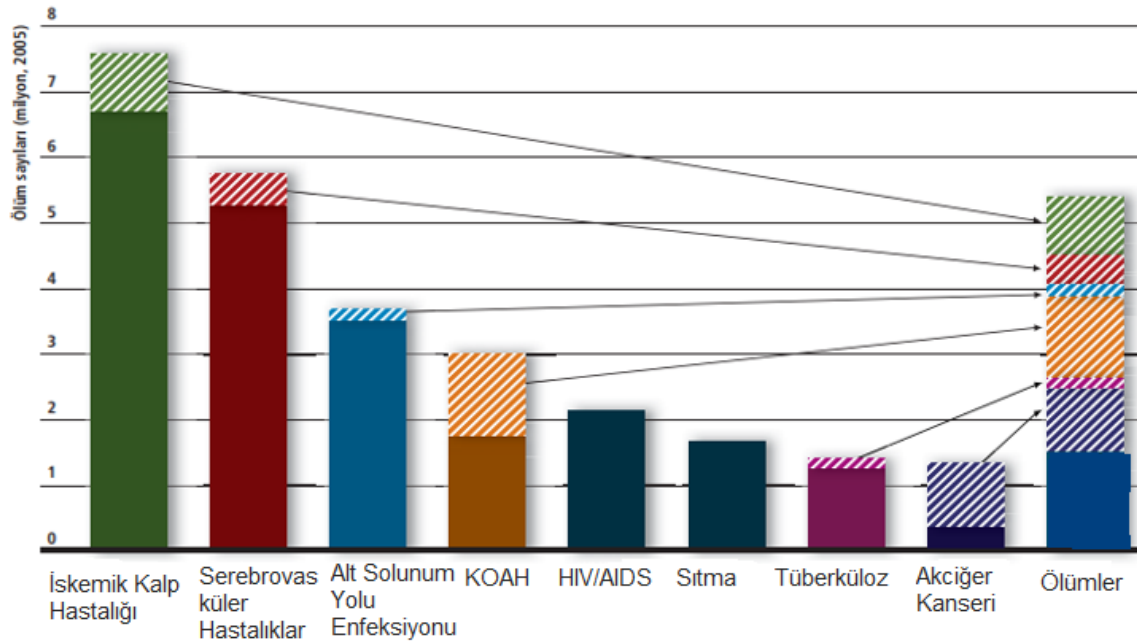
Grafik 3.2. 2005-2030 Yılları Arası Tütün Kullanımına Bağlı Ölüm Sayıları (Milyon)
Kaynak: Mathers & Lancor, 2006: 442’den aktaran, MPOWER, 2008:17.

ABD’de yapılan bir çalışmada günde 1 paket sigara içen erkeklerin tüm ölüm nedenlerinden ölme riskinin 2,22 kat, kadınların 1,6 kat olduğu; günde 1 paketin üzerinde sigara tüketildiğinde ise tüm ölüm nedenlerinden ölme riskinin erkeklerde 2,43 kat kadınlarda ise

2,10 kat olduğu ve sigara içiminin en önemli erken ölüm nedeni olduğu saptanmıştır (Su, 1996:1580). Dünyada 2000-2025 yılları arasında 150 milyon, 2025-2050 yılları arasında 300 milyon ve 2050-2100 yılları arasında ise yarım milyardan fazla insanın sigara kullanımı nedeni ile ölmesi beklenilmektedir (Tuncer, 2009B:11).

Tütün kullanımına bağlı ölümler, HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtmaya bağlı ölümlerin toplamından daha fazla olup, gerekli önlemler alınmadığı takdirde tütün kullanımının bu yüzyıl boyunca 1 milyar kişinin ölümüne neden olması beklenmektedir (DSÖ, 2008:6).

Tütün ve tütün mamullerinin tüketimi dünyadaki başlıca 8 ölüm nedeninden 6'sı için risk faktörüdür. Tütün ve tütün mamullerinin tüketimi; akciğer, gırtlak, böbrek, mesane, mide, bağırsak, ağız boşluğu ve yemek borusu kanserlerinin yanı sıra, lösemi, kronik bronşit, kronik solunum yetmezliği, KOAH, koroner kalp rahatsızlığı, felç, düşük ve prematüre doğum, doğum anormallikleri ve kısırlık gibi rahatsızlıklara da yol açabilmektedir. (WB, 1999:21-27). Grafik 3.3'de tütün kullanımına bağlı hastalık riskleri verilmektedir. Taralı alanlar tütün kullanımına bağlı ölümlerin oranını göstermekte olup, akciğer kanseri, KOAH ve iskemik kalp hastalığı tütün kullanımına bağlı ölüm oranlarının en fazla olduğu hastalıklardır.



Grafik 3.3. Tütün Kullanımına Bağlı Hastalık Riskleri

Kaynak: DSÖ, 2008:9.

3.3.1. Sigara Bağımlılığına Yol Açması

Tütün ve tütün mamulleri kullanımının zararlı olduğu görüşü resmi olarak ilk kez ABD Surgeon General (Kamu Sağlığı Hizmetleri Birimi Başkanı) tarafından 1964 yılında yayınlanan raporda yer almıştır. 1988 yılındaki raporda ise nikotin bağımlılığı için, “Tütündeki bağımlılık yapıcı madde nikotindir ve eroin-esrar bağımlılığına benzer şekilde farmakolojik ve psikolojik boyutta bağımlılık yapar.” cümlesi yer almıştır (ABD, Surgeon General, 2014:30). Tütünün 1/3’ünü oluşturan ve sigarada yüksek düzeyde uyarıcı olarak bulunan nikotin bağımlılık yapan maddedir. DSÖ tanımına göre ise tıbben kullanılmaları desteklenmeyen daimi veya belli aralıklarla kullanımı tekrarlanan maddeler bağımlılık yapan maddelerdir.

Bir maddenin bireye ruhsal, bireysel ve sosyal olarak zarar vermesine rağmen kullanılması, engellenmesinin güç olması ve sürekli kullanma isteği olması bağımlılıktır. İlk akla gelen kimyasal veya bitkisel maddelere olan bağımlılık olsa da alış-veriş, internet, kumar, aşırı yemek yeme, sigara ve alkol bağımlılığı gibi birçok bağımlılık türü vardır (Uzbay, 2009:5). Madde bağımlılığı içerisinde ulaşılması en kolay olan ve kullanımı yasak (esrar eroin gibi maddelerin kullanımının yasak olması) olmaması nedeniyle en sık karşılaşılanı sigara bağımlılığıdır. Sigara kıyılmış tütün yapraklarının silindir şeklinde ince bir kağıda sarılmış hali olup, içeresinde bulunan nikotin bağımlılık yapan ana maddedir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre her gün düzenli olarak bir tane sigara içen kişi, “sigara bağımlısı” olarak kabul edilmektedir.

Sigarada bulunan nikotin, hücreler tarafından emilime uğrayarak akciğerlerden kana karışır ve hızla beyne ulaşarak beyin tarafından dopamin ve serotonin gibi keyif verici, konsantrasyon arttırıcı, gevşetici maddelerin salgılanmasına sebep olur. Beyin bu salgılanan maddelerden yoksun kaldığı zaman sigara içme gereksinimi duymakta ve bu da sigara bağımlılığına yol açmaktadır. Sigara bağımlılığı psikolojik ve fiziksel olarak iki farklı şekilde görülmektedir (Yorgancıoğlu, Esen, 2000:91, Benowitz, 1992: 418-419);

Psikolojik Bağımlılık; sevinç, üzüntü, özentî, kendini ispat etme, büyüdüğünü gösterme ve benzeri gibi duygusal sebeplerden dolayı bireylerin sigara kullanmaya başlamasıyla gerçekleşen bir bağımlılık şeklidir. Yemek sonrası içilen sigaralar, çay veya kahve ile birlikte içilen sigaralar veya arkadaşlarla sohbet ederken içilen sigaralar, psikolojik bağımlılık grubuna girmektedir. Sigara içilen ortam ya da sigara içen arkadaşlardan uzak durularak bu tip bağımlılıktan kurtulmak mümkün olabilmektedir. Gün geçtikçe artan

nikotin alım isteği, psikolojik bağımlılığın fiziksel bağımlılığa dönüşmesine neden olabilmektedir.

Fiziksel Bağımlılık; bireyin bağımlı olduğu maddeye karşı direncinin düşük olması durumudur. Birey nikotin yoksunluğu ile karşı karşıya kaldığında huzursuzluk, gerginlik, ani aşırı sinirlenme, algılama bozukluğu, uykusuzluk, baş dönmesi ve benzeri gibi belirtiler ortaya çıkmaya başlamaktadır. Bu belirtileri ortadan kaldırmak için alınan nikotin yetersiz gelmeye ve daha fazlası istenmeye başlanmaktadır.

Sigara içerisinde yer alan nikotinin beyindeki reseptörlere hızlı ulaşması sonucu bağımlılık kolaylaşmaktadır. İlk sigara içiminden sonra reseptörlerin tekrar duyarlı hale gelerek sigaradan haz alınması için geçen süre ortalama 45 dakika olarak hesaplanmıştır. Bu nedenle sigara paketlerinde 20 adet sigara bulunması tesadüf değildir, bir diğer ifade ile bir kişinin gün içerisinde 16 saati uyanık geçirdiği düşünüldüğünde içmesi gereken sigara sayısı 20 adet olduğundan bir paket sigarada 20 adet sigara bulunmaktadır (URL 26). Nikotin ihtiyacını fazlası ile karşılayan kişi ise duyarsızlaştığından sigara tüketimini daha da arttırarak günlük tüketebileceği paket sayısını da aşmaktadır.

3.3.2. Pasif İçiciliğe Yol Açması (Çevresel Sigara Dumanı)

Sigara kullananlar sadece kendilerini değil sigaranın dumanı ile çevrelerini de etkilemektedirler. Sigara kullananlar kendilerine zarar vermelerinin yanında sigara dumanı ile başkalarına da zarar vererek aslında insan haklarını ihlal etmiş olmaktadır, çünkü çevreyi kirletmekte ve negatif bir dışsallık yaymaktadırlar.

Çevresel sigara dumanı, yan duman ve az oranda ana dumandan oluşmaktadır; ana duman sigarayı içen kişinin direk içine çekmesi ile oluşurken, yan duman sigaranın yanan uç kısımlarından çıkan dumandır ve bilinenin aksine sigarada bulunan 50 karsinojen madde yan dumanda ana dumandan daha fazladır (USEPA, 1992:13-15). Çevresel sigara dumanı sigara kullanmayan insanlarda pasif içicilik yaparak hastalık ve ölümlere yol açabilmektedir.

Sigara dumanında 4.000’den fazla madde bulunmakta olup bazıları Tablo 3.8’de verilmiştir.

Partikül Fazı	Etki	Gaz Fazı	Etki
Tar (Katran)	Mutajenik/Karsinojenik	Karbon monoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza bağımlı uyarıcı veya parasempatik	Nitrojen oksidler	İrritan, pro-inflamatuar, siliotoksik
Aromatik Hidrokarbonlar	Mutajenik/Karsinojenik	Aldehidler	İrritan, pro-inflamatuar, siliotoksik

Fenol	İrritan, Mutajenik/Karsinojenik	Hidrocyanik asid	İrritan, pro-inflamatuar, siliotoksik
Kresol	İrritan, Mutajenik/Karsinojenik	Aklorein	İrritan, pro-inflamatuar, siliotoksik
b-Naftilamin	Mutajenik/Karsinojenik	Amonyak	İrritan, pro-inflamatuar, siliotoksik
Benzo(a)piren	Mutajenik/Karsinojenik	Nitrosaminler	İrritan, pro-inflamatuar, siliotoksik
Katekol	Mutajenik/Karsinojenik	Hidrazin	Mutajenik/Karsinojenik
İndol	Tümör hızlanması	Vinil klorid	Mutajenik/Karsinojenik
Karbazol	Tümör hızlanması		Mutajenik/Karsinojenik

Tablo 3.8. Sigara Dumanında Bulunan Maddeler

Kaynak: Behr, Nowak, 2002:164.

1981 yılında Japonya’da ilk kez yapılan bir çalışmada kocası sigara kullanan 91.000 ev hanımının akciğer kanseri riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (Hirayama, 1981:183). Dünya genelinde her yıl 600.000 masum insan çevresel sigara dumanına maruz kalmakta içlerinde de en çok çocuk ve hamileler zarar görmektedir. (Mackay, Amos:2003:126). ABD’de çevresel sigara dumanından kaynaklı pasif sigara içiciliğine bağlı her yıl 3.000 yeni akciğer kanseri, her yıl 18 ay ve daha küçük bebeklerde 150.000-300.000 fazladan alt solunum yolu hastalığı, hırıltı, öksürük ve balgamın daha sık olduğu tespit edilmiştir. (USEPA, 1992:1). Amerikan Kalp birliği, pasif içiciliğe bağlı olarak yılda 30.000-40.000 fazladan kalp hastasının ortaya çıktığını bildirmiştir (US Department, 2004).

Tablo 3.9’da pasif içiciliğinin yetişkinlerde ve çocuklarda neden olduğu hastalıklar verilmektedir.

Yetişkin	Çocuk
Kroner Arter Hastalığı Akciğer Kanseri Nazal Sinüs Kanseri Non-malign Akciğer Hastalıkları	Ani Bebek Ölümü Sendromu Fetal Büyüme Geriliği (düşük doğum ağırlığı) Bronşit, Pnömoni Otitid media
Olasılık İnmeler Meme Kanseri Servikal Kanser Düşükler	Olasılık Davranış ve biliş üzerinde olumsuz etkiler Astım oluşumu Kistik fibrozis alenlenmeler

Tablo 3.9. Pasif İçiciliğinin Neden Olduğu Hastalıklar

Kaynak: URL 14’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Sigara dumanına 30 dakikadan fazla maruz kalmak, uzun süre sigara içenlerle aynı etkileri ortaya çıkarmakta ve sigara içmeyenlerde kalp hastalığı riskini arttırmaktadır. Sigara

dumanına maruz kalmaktan kaynaklanan kanser ölümlerinin oranının, asbest, radyoaktif nükleid, arsenik, benzen, vinil klorür, radyasyon, pestisid (tarım ilaçları), tehlikeli atıklar, içme suyunda bulunan kimyasallar, endüstriyel kimyasallar ve madeni atıkların hepsinin toplamından kaynaklanan kanser ölümleri oranından daha fazla olduğu bilinmektedir (URL 1).

Özellikle bebekler ve çocuklar yetişkinlerden daha hızlı nefes alıp verdiklerinden sigara dumanından etkilenme oranları daha yüksektir. Bebekler ilk birkaç yılını kapalı ortamlarda geçirdiklerinden, sigara dumanına maruz kalmaları durumunda akciğer ve solunum yollarında tahribatlar oluşma olasılığı da daha yüksektir.

3.3.3. Hastalıklara Yol Açması

Sigara başta ağız ve diş sağlığından başlayarak iç organlarda tahribatlar yaratmakta tüm organları etkilemektedir. Sigarada bulunan maddelerin çoğunun kanser yapıcı özelliği vardır. Dünyada ve Türkiye’de en sık görülen kanser çeşidi de akciğer kanseri olup, birincil koruma ile önlenebilen bir kanser türüdür. Sigara başta olmak üzere tütün ve tütün mamulleri ile başarıyla mücadele edildiğinde akciğer kanseri başta olmak üzere daha birçok kanser büyük ölçüde yok edilebilecektir. Yapılan araştırmalar kanserin beslenme hataları ve tütün kullanımı ile ilgili olduğunu göstermekte, bu da tütün ve tütün mamulleri tüketimi engellendiğinde yılda yaklaşık 40.000 akciğer kanserinin önlenmesi anlamına gelmektedir (Tuncer, 2009A).

Sigara insan sağlığını sadece beden olarak değil, sosyal ve ruhsal olarak da etkilemektedir. Sigara dumanından ve kokusundan rahatsız olan insanlar sigara içen arkadaşları ile aynı ortamda olmak istemeyeceklerdir. Sosyal anlamdaki bu olumsuz etki bireyin ruhsal olarak da kötü hissetmesine neden olabilecek bu da bireyin sigara tüketim kararını iki türlü etkileyebilecektir; ya sigara tüketimini azaltıp kalabalık ortamlarda sigara içmeyecek ya da tam tersi tek başına kalarak sigara tüketimini daha da arttırabilecektir. Bu nedenlerle sigara kullanımı bireyi her anlamda olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Sigara içenlerde bazı hastalıkların riski daha da artmakta, işlev bozuklukları görülebilmekte veya bazı hastalıklar daha da ağır seyredebilmektedir. Tablo 3.10’da sigaranın neden olduğu hastalıklar verilmektedir.

Sigara İçenlerde Riski Artan Hastalıklar	Sigara İçenlerde İşlev Bozuklukları	Sigara İçenlerde Bulguları Daha Ağır olan Hastalıklar	Sigara İçenlerde Daha Ağır ve İnatçı Olan Hastalıklar
- Kalp spazmı(20 kat artan risk) - Katarakt (2 kat artan risk) - Katarakt-arka kapsül altı (3 kat artan risk) - İmpotans (2 kat artan risk) - Psöriasis (2 kat artan risk) - Optik sinir hastalığı (16 kat artan risk) - Görme noktası zedelenmesi (2 kat artan risk) - Cilt kırılgılığı (2kat artan risk)	- Ejakülasyon (hacim azalması) - Doğurganlık azalması(%30) - Bağışıklık sistemi bozuklukları - Erken menopoz (ortalama 1,74 yıl) - Sperm sayısında azalma - Sperm Hareketi azalması - Spermin yumurta dölleme yeteneğinin azalması - Sperm şekil bozuklukları	- Astım - Kronik nezle - Diyabet - Görme bozukluğu - Hipertiroidi - Multipl skleroz - Optik norit	- Nezle - İnflamatuvar bağırsak hastalığı, - Grip - Pnömoni - Tüberküloz

Tablo 3.10. Sigara Tüketiminin Neden Olduğu Hastalıklar

Kaynak: ASH, 2020:1-8'den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Tablo 3.11'de verilen bilgilere göre ise sigara kullanımı 50'ye yakın hastalık için risk faktörü olup kanser, bulaşıcı olmayan hastalıklar, kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarında ölümcül olabilmektedir.

Sigaraya Bağlı Akciğer Hastalıkları	Sigaraya Bağlı Ölümcül Hastalıklar		
Kanser, KOAİ, Astım, Bakteriyel Pnömoni, Tüberküloz, Varisella Pnömonitisi Pulmoner Hemoraji Pulmoner Metastatik Hastalık Spontan Pnömotoraks	Kanserler Akciğer, Ağız-Nefes Borusu, Yemek Borusu, Mesane, Böbrek, Mide, Pankreas, Lösemi	Kalp ve Dolaşım Koroner Kalp hastalığı, Aort Anevrizması, Kalp kası dejenerasyonu, Ateroskleroz, Serebrovasküler Hastalık,	Diğerleri KOAİ, Pnömoni, Mide ve Düdenal Ülser

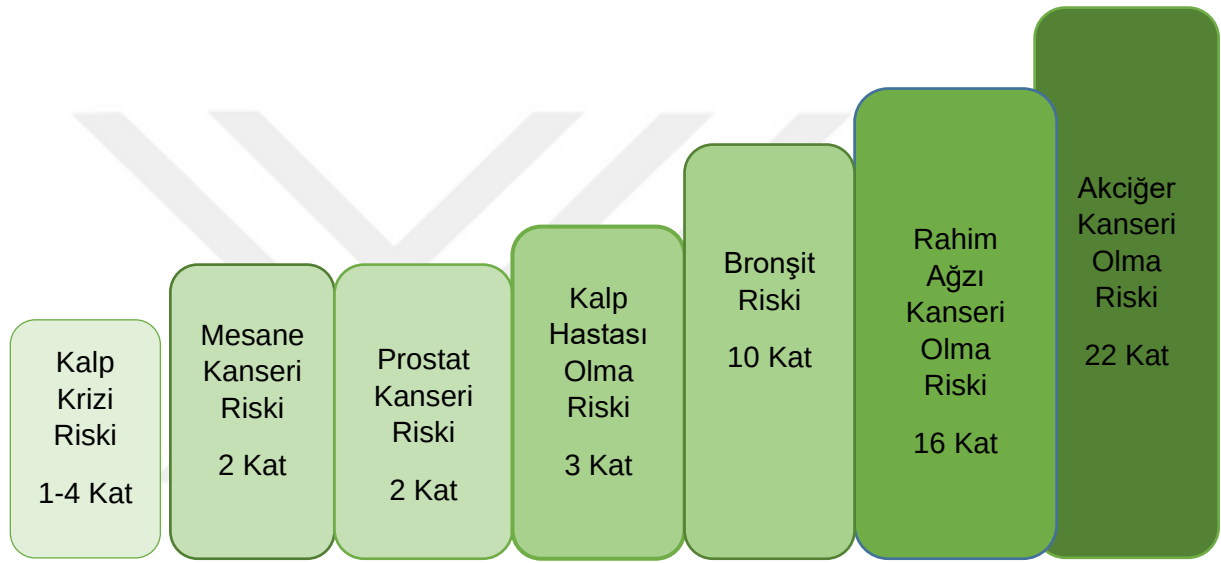
Tablo 3.11. Sigara Tüketimine Bağlı Akciğer Hastalıkları ve Ölümcül Hastalıklar

Kaynak: Su, 1996 ve ASH, 2020:1-8'den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

OECD Ülkelerinde akciğer kanseri nedeni ile ölüm oranı kadınlarda %17,3, erkeklerde ise %24,8'dir (OECD, 2019:88). Tütün kullananların 2/3'ü 10 ülkede yaşamakta ve Türkiye bu

lkeler arasında yer almaktadır(Yılmaz, Yazıhan, 2009:85). Türkiye’de de tütün kullanımı tehlikeli boyutlara ulaşmıştır ve yıllık ölümlerin yaklaşık %41,6’sı sigara ve tütün mamülleri tüketimi kaynaklıdır. Gerekli önlemlerin alınmaması durumunda 2050 yılına gelindiğinde yılda 127.000 kişinin tütün ve tütün mamülleri tüketimi kaynaklı hayatını kaybedeceği öngörülmektedir. (YBK, 2017:2, Yürekli vd, 2010:1)

şekil 3.2’de Türkiye’de sigara içenlerde görülen hastalık riskleri verilmektedir. Bulaşıcı olmayan ve önlenebilir hastalıkların başında akciğer kanseri gelmekte olup, sigara bağımlılığı akciğer kanseri riskini 22 kat arttırmaktadır.



şekil 3.2. Türkiye’de Sigara Tüketenlerde Görülen Hastalık Riskleri
Kaynak: URL 2.

Bulaşıcı olmayan ve önlenebilir hastalıklar arasında yer alan akciğer kanseri için sigara başta olmak üzere tütün ve tütün mamülleri ile mücadele edilmesi gerektiği açıktır. Ayrıca bulaşıcı olmayan hastalıklarda nedenlerden birisi sigara olsa da bulaşıcı hastalıklarda da sigara kullanımının etkisi görülmektedir. Öyle ki 2020 yılında Türkiye dahil tüm Dünya’da görülen Covid 19 salgını solunum yoluyla bulaştığından insanları salgından korunmak için maske takmak zorunda bırakmıştır. Sigara içen insanlar ise hem ellerini ağza götürmek hem de sigara dumanını flemele suretiyle hastalığın bulaşma riskini arttırmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de de yeni düzenlemeler yapılarak İçişleri Bakanlığı tarafından yayınlanan genelge ile kamuya açık alanlarda sigara içimi yasaklanmıştır (URL 3).

3.4. Sigara Tüketiminin Ekonomik Maliyeti

Sigara tüketimi neden olduğu sağlık sorunları yanında ekonomik anlamda da hem tüketenlere hem çevresindekilere bir yük oluşturmaktadır. Sigara tüketimine bağlı hastalıkların tedavi edilmesi için yapılan masraflar doğrudan bir maliyet iken, sigara tüketimi nedeniyle hastalanıp malulen emeklilik gibi durumların yaşanması, emekli olan kişi yerine yeni bir çalışan bulunması zaman ve verim kaybı olup dolaylı maliyetlerdir (WHO, 2011c:14-15).

Sigara kullanımı nedeniyle hastalanan kişilerin bakımı, kirlenen kıyafetlerin ve havanın temizlenmesi, sigaranın neden olduğu yangınlar ve oluşan kayıpların telafisi için yapılan maliyetler ise sigara kullananların çevresine bir yük oluşturmaktadır. Dünya genelinde sigaranın ekonomik ve sosyal maliyetinin 2030 yılına kadar 1,4 trilyon dolardan daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2017:60).

Avrupa Komisyonu tütün ve tütün mamulleri tüketiminin fakirliğe yol açtığını, sürdürülebilir kalkınmaya zarar verdiğini ve başta sigara olmak üzere tütün ve tütün mamulleri tüketiminin azaltılması durumunda hastalık, açlık, fakirlik ve çevresel aşınmanın azalacağını ifade etmektedir (Ross&Chaloupka, 2006:114).

ABD’de 1995-1999 yılları arasında yapılan bir çalışma ile sigaraya bağlı tıbbi giderler ile işgücü ve üretim kaybı maliyetinin 97 milyar \$ (kişi başı 373\$) olduğu ve bu maliyetin sigaradan alınan vergi ile karşılanabilmesi için her paketin 4\$ olması gerektiği raporlanmıştır. Ayrıca 1995 yılı için sigara reklamlarına harcanan paranın o yılki tüberküloz bütçesini karşılayabileceği, bir sigara içicisinin toplam maliyetinin sağlık giderlerinin %8’ini oluşturduğu belirlenmiştir (URL 16).

İngiltere’de sigaraya bağlı hastalıkların maliyeti her yıl yaklaşık 1,5 milyar sterline mal olmakta, her yıl 17.000 çocuk çevresel sigara dumanı nedeniyle hastaneye yatırılmaktadır (Fagerstrom, 2002:4).

Sigara kullanan bir bireyin sigaranın bireye olan gerçek ekonomik yükünü görebilmesi için sigaraya harcanan para ile neler yapabileceğini hesaplaması gerekmektedir. Gelirin önemli bir kısmının beslenmeye ayrıldığı düşük gelirli ve kalabalık ailelerde, sigaraya verilen para, bir fırsat maliyeti⁷ yaratmaktadır. Sigaraya ayrılan para ile beslenme giderlerinden kısılmış

⁷ Fırsat maliyeti: alternatifler arasında seçim yapılan alternatif sonucu katlanılan maliyet, bir diğer ifade ile kaybedilen faydadır. Ayrıntılı Bilgi için Bknz: Akdoğan, N. (2000). Maliyet Muhasebesi Uygulamaları, Gazi Kitabevi, s.16.

olması bir maliyet yaratmaktadır. Bangladeş'te yapılan bir çalışmada eğitime yapılan harcamanın 10 katı kadar sigaraya harcama yapıldığı ve bu harcamanın beslenmeye ayrılması durumunda yetersiz beslenen 10,5 milyondan fazla insanın bu sorundan kurtulacağı, her gün 350 çocuğun hayatının kurtulacağı belirtilmiştir (Efroymson, Ahmed, Townsend, Alam, Dey, Saha, Dhar, Sujon, Ahmed, Rahman, 2001: 212-214).

Türkiye'de 2003 yılında yapılan bir çalışmada sigara nedenli akciğer kanserli 84 hastanın ekonomik yükü hesaplanmış ve bir hasta için 10.000TL harcama yapıldığı belirtilmiştir (Esin, Bilir, Aslan, 2004:16). 2008 yılı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre, Türkiye'deki yaklaşık 16 milyon sigara içen kişi yıllık yaklaşık 25 milyar harcama yapmakta olup bu tutar Sağlık Bakanlığının yıllık bütçesinin dört katına tekabül etmektedir. Bir kişi için bu rakam aylık 90 TL'ye denk gelmektedir ki bu rakam çalışmanın yapıldığı yıl itibariyle asgari ücretin yaklaşık %13'üne denk gelmektedir (KYTA, 2014: 16).

2003 yılında yapılan hane halkı harcamaları anketi sonuçlarına göre; düşük gelirli hane halkı harcamasının %5,8'i, orta gelirli hane halkı harcamasının %5,2'si ve yüksek gelirli hane halkı harcamasının %2,6'sı sigaraya ayrıldığı, sigara yapılan aylık harcama ile 16 adet ekmek, 106 adet yumurta, 29 kg patates, çocuklar için 7 adet pantolon veya 2 adet ceket alınabileceği ve aylık ortalama ev kirasının %2.14'üne tekabül ettiği hesaplanmıştır (Önder, 2010:47-48).

2016 yılında Türkiye'de sigara tüketiminin ekonomik maliyeti (sağlık hizmetleri ile ilgili doğrudan maliyetler ile üretkenlik kaybı gibi dolaylı maliyetlerin toplamı) 41.494 milyon lira olarak hesaplanmıştır (URL 6). Sigaranın ekonomik maliyeti ile ilgili yapılan çalışmalar göz önüne alındığında sigara tüketimi ile mücadele edilmesi gerektiği açıktır.

3.5. Sigara ile Mücadelede Tütün Kontrol Politikaları

Tütün üretimi ve sigara tüketiminin giderek artmasına koşut olarak hastalık ve ölümlerin baş göstermesi tütünün verdiği zararların neler olduğu noktasında yapılan çalışmaların yoğunlaşmasına sebep olduğu gibi, kamu otoritelerini de tütüne karşı tedbirler almaya sevk etmiştir. Tütün ve tütün mamulleri kullanımının zararlı olduğu görüşü resmi olarak ilk kez ABD Surgeon General (Kamu Sağlığı Hizmetleri Birimi Başkanı) tarafından 1964 yılında yayınlanan raporda yer almıştır (ABD, Surgeon General, 2014:30). Daha sonra ABD ve bütün dünyada tütün tüketimini azaltmak için tütün kontrolü çalışmalarına başlanmıştır.

Sigara tüketiminden vazgeçildiğinde sağlığa şu şekilde fayda ve kazanımlar sağlamaktadır (URL 28);

- 20 dakika içerisinde kalp atış hızı ve kan basıncı düşer.
- 12 saat sonra kandaki karbon monoksit seviyesi normale düşer.
- 2-12 hafta içerisinde dolaşım iyileşir ve akciğer fonksiyonu artar.
- 1-9 ay arası öksürük ve nefes darlığı azalır.
- 1 yıl içerisinde, koroner kalp hastalığı riski sigara içenlerin yaklaşık yarısı kadar olur.
- 5-15 yıl arasında, inme riski sigara içmeyenlerinkine düşürülür.
- 10 yıl içerisinde akciğer kanseri riski sigara içen kişinin yaklaşık yarısına düşer ve ağız, boğaz, yemek borusu, mesane, serviks ve pankreas kanseri riski azalır.
- 15 yıl içerisinde, koroner kalp hastalığı riski sigara içmeyen birininki kadar olur.

Sigara tüketiminden vazgeçen kişi,

- Yaklaşık 30 yaşında ise yaklaşık 10 yıllık yaşam beklentisi kazanır.
- Yaklaşık 40 yaşında ise 9 yıllık yaşam beklentisi kazanır
- Yaklaşık 50 yaşında ise 6 yıllık ortalama yaşam süresi kazanır.
- Yaklaşık 60 yaşında ise 3 yıllık ortalama yaşam süresi kazanır.
- Kalp krizi geçirdikten sonra sigarayı bırakan kişiler ise başka bir kalp krizi geçirme şanslarını % 50 oranında azaltır.

Sigara başta olmak üzere tütün ve tütün mamülleri kullanımının bu kadar zararı olduğu ve bırakılması durumunda ise sağlık kazanımlarının arttığı göz önüne alındığında sigara ile mücadele edilmesi gerektiği açıktır.

İlk olarak 1967 yılında “Dünya Tütün ve Sağlık Konferansı” New York’da yapılmış ve tütün kullanımının önlenmesine dair bir bildirge yayınlanmıştır. DSÖ, 1980 yılı Dünya Sağlık Gününde, “Sigara ya da Sağlık: Sağlığı Seçin” (Smoking or Health: Choose Health) şeklindeki sloganıyla sigaranın zararlarına vurgu yapmıştır. Daha sonra 1988 yılından başlayarak 31 Mayıs günü “Dünya Sigara İçmeme Günü”(World No Tobacco Day) olarak belirlenmiştir. Tütün kontrolü ile ilgili olarak “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” (TKÇS), 21 Mart 2003’de Cenevre’de Dünya Sağlık Asamblesinde imzalanarak kabul edilmiş bu sözleşmenin amaçları şu şekilde belirlenmiştir (Ergüder, 2008:12):

- ✓ İnsan sağlığını korumak için tütün salgınına tepki göstermek,
- ✓ Tütün dumanına maruz kalmayı azaltmak,
- ✓ Çocuk ve gençlerin bağımlılık yapan sigara ve diğer tütün mamullerine ilgisini azaltmak,
- ✓ Kadınlarda da artan sigara ve diğer tütün mamülleri tüketimini azaltmaya yönelik cinsiyete yönelik stratejiler geliştirmek,

- ✓ Sigara ve diğer tütün ürünlerini özendirici reklam, promosyon ve sponsorlukları azaltmak/kaldırmak,
- ✓ Sigaranın sağlık ve ekonomi üzerindeki etkilerini azaltmak için küresel işbirliğine gitmek,

TKÇS, sağlığın korunmasına yönelik, çevrenin korunmasına yönelik, tütün arzını ve talebini azaltmaya yönelik politika önlemlerini kapsamaktadır. Bu sözleşmede yer alan tütün kontrol politikaları maddeler itibari ile Tablo 3.12’de belirtilmektedir.

Arz Yönlü Tütün Kontrol Politikaları	
Madde 15	Tütün ürünlerinin yasa dışı ticaretinin önlenmesi
Madde 16	Çocuklara tütün satışının engellenmesi
Madde 17	Ekonomik anlamda alternatif faaliyetlerin desteklenmesi
Talep Yönlü Tütün Kontrol Politikaları	
Madde 6	Tütün talebinin azaltılması için fiyat ve vergi önlemleri
Madde 7	Tütün talebinin azaltılması için fiyat dışı önlemler
Madde 8	Tütün dumanından korunma
Madde 9	Tütün ürünlerinin içerikleri ile ilgili düzenlemeler
Madde 10	Tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenlemeler
Madde 11	Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi ile ilgili düzenlemeler
Madde 12	Tütün ürünleri ile ilgili eğitimlerle toplumsal bilincin oluşturulması
Madde 13	Tütün ürünleri ile ilgili reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları
Madde 14	Tütün bağımlılığını azaltıcı önlemler

Tablo 3.12. TKÇS’de Yer Alan Tütün Kontrol Politikaları

Kaynak: WHO, 2005:7-16’dan yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

3.5.1. Arz Yönlü Tütün Kontrol Politikaları

Sigara ve diğer tütün mamüllerinin sağlığa zararları konusunda hem satıcı hem de tüketici sorumludur. Tütün ürünlerini arz edenlere bir diğer ifade ile piyasaya sunanlara yönelik düzenleme ve önlemler arz yönlü politikaları oluşturmaktadır. Ancak burada sadece tütün üreten çiftçi değil, tedarikçiler, imal eden şirketler, dağıtıcılar ve perakendeciler gibi birçok aktör bulunmaktadır. Üretim zincirinde yer alan bu aktörlere yönelik uygulanacak politikaların farklı olması, politikaların etkinliğini de farklılaştırmaktadır. Tütün mamülleri imalatını yapan şirketlerden oluşan tütün endüstrisi ise bunlar içinde en büyük ve güçlü olanıdır. Kar odaklı olan bu şirketler daha fazla tütün mamülleri üretilip daha fazla satarak, toplumun sağlığını göz ardı etmektedirler. Ticaret engellerinin kaldırılması ile artan uluslararası ticaret bu şirketleri düşük maliyetli geniş pazarlar sunan gelişmekte olan ülkelere

tütün tarımı ve imalatını kaydırmaya ve daha yüksek karlılığa itmiştir (Gültekin Karakaş, 2014:77). Bu nedenle de tütün endüstrisine yönelik düzenlemeler yapılması gerektiği açıktır, ancak talep politikalarında yer alan önlemler kadar uygulanması kolay değildir. Dünya Bankası da tütün kontrol politikalarında talep yönlü politikaların daha etkin olacağını arz yönlü politikaların etkisinin daha kısıtlı olacağını ifade etmektedir (WB, 1999:57).

Farklı zamanlarda farklı kişilerce arz yönlü tütün kontrol politikalarına yönelik yapılan öneriler Tablo 3.13’de sunulmaktadır. Bu politika önerileri genel olarak kabul görmüş olan öneriler olup, bu önerilerin sayısını çoğaltmak mümkündür.

Politika Önerenler	Politika Önerileri
Borland (20003)	Düz Pazar Modeli (RMM)
Callard vd. (2005)	Kar Amacı Gütmeyen Tütün Üreticisi Modeli (NPTMM)
Sugarman (2009)	Performansa Dayalı Düzenlemeler (PBR)
Gilmore vd. (2010)	Bağımsız Denetleyici Kurum (OFSMOKE)
Thomson vd. (2010)	Batan Kapak Modeli
Proctor (2011)	Tütün Üretim ve Satışını Kaldırma

Tablo 3.13. Arz Yönlü Tütün Kontrol Politikası Önerileri

Kaynak: Callard, Collishaw, 2013:i10-i11’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

TKÇS’de yer alan tütün endüstrisine çok fazla müdahale etmeyen arz yönlü tütün kontrol politikaları Tablo 3.12’de ifade edilen, tütün ürünlerinin yasa dışı ticaretinin önlenmesi, çocuklara tütün satışının engellenmesi ve ekonomik anlamda alternatif faaliyetlerin desteklenmesidir. Çalışma kapsamında hem TKÇS’de yer alan hem de Tablo 3.12’de yer alan önerilere yer verilmeye çalışılmıştır.

3.5.1.1. Tütün Üretimine Yönelik Düzenlemeler

Tütün üretimine yönelik akla gelen ilk düzenleme tütün üretiminin yasaklanmasıdır. Fransa’da II.Dünya savaşı sırasında alkol üretiminin yasaklanması sonucu, erkeklerde karaciğer hastalığından ölümlerin 1 yıl içinde yarı yarıya azalması, savaş sonrası ise yasağın kalkarak ölümlerin tekrar eski seviyelere gelmiş olması halk sağlığı savunucularını sigara ve tütün üretimi konusunda da aynı düşünceye itmiştir (WB, 1999:57-58). Tütün üretimi yasaklanırsa ölümler azalabilir ancak bu kolay değildir, çünkü tütün endüstrisi çok büyük ve güçlüdür, bu nedenle hem piyasa hem de insanların tepkisi de büyük olabilecektir. Ayrıca tütün üretiminin yasaklanması, tütün tüketimini optimal olarak bitiremez, yasadışı yollardan tütün mamüllerine erişmek isteyenler olacak, bunun hem birey hem de ülkeye ekonomik

olarak maliyeti ağır olacaktır. 2010 yılında Finlandiya’da kabul edilen Tütün Yasası ile tütün mamüllerinin kullanımına son verilmesi amaçlanmış, Yeni Zelanda da ise tütün kullanımını azaltmak için üretime yasak getirilmek istenmiştir ama tütün mamülleri arzına olan ilgi bunu zorlaştırmış, tütün mamüllerinin sadece ticari amaçla yetiştirilip ithaline izin verilmiştir (Edwards, Russell, Thomson, Wilson and Gifford, 2011:2).

Tütün mamülleri kullanımının azaltılmasında bir diğer yol tütün mamülleri üretimine kısıtlamalar getirilmesidir. Bu noktada üreticiye tütün için teşvik vermek yerine (tütün üretimine verilen destek ve teşvikleri kaldırarak) alternatif ürünler yetiştirmesi için verilen teşvik ve sübvansiyonlar destek olarak görülebilir ancak bu noktada da alternatif ürün yetiştiriciliğinin daha maliyetli olabileceği için üreticinin tütün üretiminden vazgeçmeyebileceği veya vazgeçtiğinde yeni üreticilerin ortaya çıkabileceği göz ardı edilmemelidir.

Dünyada tütün ve tütün mamülleri satışı konusunda ise yasak getiren ve başarı ile uygulayan tek ülke Butan Krallığı’dır, 2004 yılında meclis tarafından tütün ve tütün malülleri satışı yasaklanmış, 2010 yılında Tütün Kontrol Yasası’nın yürürlüğe girmesi ile tütün ithalatında da sınırlamalar yapılmıştır -ayrı bir ücret, %200 vergi ödemek ve makbuz almak şartıyla 200 sigara(adet/dal), 30 puro veya 150 grama kadar kişisel tüketim için ithalata izin verilmiştir, aksi takdirde 3 ila 5 yıl hapis cezası gibi ağır şartlar bulunmaktadır- (Thinley, Tshering, Wangmo, Wangchuck, Dorji, Tobgay, Sharma,2017:153-154).

3.5.1.2. Kaçakçılığın Önlenmesine Yönelik Düzenlemeler

Kaçakçılık, tütün ve tütün mamüllerine yönelik düzenlemelerden (yüksek vergiler, ithalat, ihracat kısıtlamaları gibi) kurtulabilmek için tütün ve tütün mamullerinin yasal olmayan yollardan ülkeye sokulması veya çıkarılmasıdır. Sigarada kaçakçılık daha çok ülkelerin fiyat farklılıklarından ve vergi uygulamalarından kaynaklanmaktadır. Kaçakçılık, ülke içerisinde artan sigara tüketimi ile ortalama fiyatların düşmesine ve verginin azalması şeklindeki baskı ile sigara endüstrisinin de karına olmaktadır (WB, 1999:65).

10 ülkede yapılan bir çalışmada sigara tüketiminin %11.6’sının kaçak olduğu, kaçakçılığın engellendiği takdirde hem devlet gelirlerinin artacağı hem de sigara kaynaklı ölüm oranlarının azalacağı ifade edilmektedir (Joossens, Merriman, Ross, Raw, 2010:1645-1646). Kaçakçılık sonucu artan tüketim sağlığı olumsuz etkilerken, gelir ve fiyatların düşmesi ile de ekonomiyi olumsuz etkileyecektir. İhraç edilen sigaraların yaklaşık %30’u kaçakçılık nedeniyle kaybolmaktadır, bu da arzın azaltılması değil, talebi azaltacak fiyat artışlarının

etkili bir şekilde uygulanması için kaçakçılık ile mücadele edilmesi gerektiğini açıklamaktadır (WB, 1999:63).

Kaçakçılık ile mücadele için alınabilecek önlemler şunlardır (DB, 1999:65; Joossens, Chaloupka, Merriman, Yürekli, 2000:404):

- ✓ Sigara paketlerinde taklit edilmesi zor olan vergi pulları ve ambalajlarının kullanılması,
- ✓ Ambalajlar üzerinde güçlü ve etkili uyarı etiketlerinin yer alması,
- ✓ Cezaların caydırıcı ve ağır olması,
- ✓ Üretici ile tüketici arasındaki tüm aktörlerin ruhsatlandırılması,
- ✓ Üretimden satışa kadar ürün kontrol ve takibinin yapılması (bilgisayar kontrol sistemleri veya her pakete seri numarası basmak gibi),
- ✓ Tedarik sürecinde şirketlerin gerçek olup olmadığını anlamak için sıkı bir prosedür olması,
- ✓ Gümrüksüz satışların yasaklanması,
- ✓ Tütün ürünlerinin hareketine kısıtlamalar koyulması.

Kaçakçılık ile mücadele edilebildiğinde, sigara vergileri hem sigara tüketiminin azalması ile halk sağlığı üzerinde hem de devlet gelirlerinin artması ile ekonomi üzerinde daha etkili olacaktır.

3.5.1.3. Tütün Ürünlerine Erişimde Yaş Sınırlaması

Tütün ve tütün mamullerinden özellikle sigaraya gençlerin erişimini kısıtlamak için düzenlemeler yapılması aslında hem arz yönlü hem de talep yönlü bir politika olarak değerlendirilebilir. Özellikle 18 yaş altına sigara satışının yasaklanması buna örnektir. Ancak bu önlemin etkinliğini ölçmek zordur, çünkü 18 yaş altı bireyler bir şekilde arkadaş ya da ailelerinden (gizlice de olsa) sigarayı temin edebilmektedirler. DSÖ tarafından yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırmasında (KGTA), 13-15 yaş arası gençlerin tütün ürünlerine ulaşılabilirliği sorgulanmış ve “sigara satışında yaş sorulması ve bu nedenle sigara satılmama” oranının çok düşük olduğu ortaya çıkarılmıştır (NYTSC, 1999:14). Ancak bu noktada perakendecilere yasağa uymadığında getirilecek ağır cezalar güçlü olabilecektir. Ayrıca çocuklar ve gençlerde sigara içmenin maliyeti sigara şirketlerine yüklenebilir. Bu konuda çocuklar ve gençler üzerinde her yıl yapılacak anketler ile en çok tüketilen sigara için şirketlere bir ödeme çıkartılması sağlanabilir (Glantz, 1993: 793).

3.5.1.4. Tütün Ürünleri Dağıtım Ağının Tekelleştirilmesi

2007 yılında ABD senatosunda sağlığı kademeli olarak iyileştirmek için, tütün mamüllerinin ortadan kaldırılması kararı alınmış ve bu çerçevede tütün mamülleri imal edenlere, ürünlerini kullanan kişi sayılarını azaltmaları konusunda yasal zorunluluk getirilmiş, bu zorunluluğa uymayanlara mali cezalar verileceği ifade edilmiştir (S.1834).

Tütün mamüllerinin sağlığa olan zararları göz önüne alındığında bu piyasaların düzenlenmesi ve kontrolünün gerekli olduğu aşıkardır. Sağlığa daha az zararı olan tütün mamüllerinin üretilip satılması için dağıtım ağının tekelleştirilmesi, bir başka ifade ile tek bir kurum tarafından (Tütün Ürünleri Ajansı gibi) pazarlanması, Düzenlenmiş Pazar Modeli (RMM) önerilmektedir (Borland, 2003:377). Böylece sağlığa zararları konusunda bilgilendiren tüketici daha az zararlı olan ürünleri tercih edecek, tütün endüstrisi de zarar görmemiş olacaktır.

Toplum sağlığına zararları konusunda tek sorumlunun tüketici olmadığı düşünüldüğünde bir başka öneri de “Kar Amacı Gütmeyen Tütün Üreticisi Modeli” (NPTMM) olup, kamu yararına tütün üretici modeli kurularak tütün ve tütün mamulleri tüketiminin azaltılması amaçlanmaktadır (Callard, Thompson, Collishaw, 2005:282).

3.5.1.5. Tütün Ürünleri ve Ticaretine Kısıtlamalar

Sigara tüketimin git gide artması ve bağımlılık haline gelmesinin nedeni sigara içerisinde yer alan nikotindir. Bu nedenle sigarada bağımlılık yapıcı özelliği olan nikotinin kademeli olarak azaltılması sigara tüketimin ve dahası sigara nedeni ile ölümlerin azalması anlamına gelmektedir. Sigarada nikotin oranının kademeli olarak azaltılması hatta azaltılarak belli bir süre içerisinde sonlandırılması konusunda birçok araştırmacı önerilerde bulunmuş, ancak bunun sigara tüketimini sonlandırmada etkili bir politika olmayacağını savunanlar da olmuştur⁸.

Sigara paketlerinde yer alan görsel logo ve tasarımlar, sigara tüketen bireyler üzerinde etkili olduğu kadar, tütün endüstrisinin de bir pazarlama taktiğidir. Son zamanlarda tütün kontrolü için yapılan düzenlemelerden birisi de sigaralarda düz paket uygulamasıdır. Özellikle gençlerde sigaraya başlamanın azalması ve sigaranın bırakılmasını teşvik etmesi nedeniyle düz paket uygulamasına yönelik ilk kanun (tütün endüstrisinin yasal direnişine rağmen) 2012

⁸ “Sigarada nikotin kademeli olarak azaltılmalıdır” görüşü için bkz: Benowitz, Henningfield, 2013; Bates, 2000; Zeller, 2013; Hall, West, 2008; “Nikotinin azaltılması sigara tüketiminin sonlandırılmasında etkili bir politika değildir” görüşü için bkz: Chapman, Wakefield, 2012.

yılında Avustralya’da yürürlüğe girmiş ve “sigara paketlerinin standart kahverenkli bir ambalaj ile ön yüzün %75, arka yüzün ise %90’ının sağlığa dair uyarılarla kaplanması” şeklinde karar alınmıştır (Smith, Kraemer, Johnson, Mays, 2015:22).

Norveç’te yapılan bir çalışmada düz paket uygulaması ile sigaraların daha az dikkat çektiği, sağlığa zararları konusunda yapılan uyarılar ile farkındalığın arttığı, özellikle gençlerin sigaraya olan olumlu ilgilerinin azalmasına katkı sağladığı ve tütün endüstrisinin rekabet gücünü azalttığı belirtilmektedir (Scheffels, Lund, 2013:8).

Sigara ve diğer tütün mamullerinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinde tek sorumlu bu mamülleri tüketen kişiler değildir, üreticiden satıcıya kadar tütün endüstrisini oluşturan tüm aktörlerin sorumluluğu vardır. Enerji santrallerinin her yıl belli miktarda kirlilik yayılımını azaltması rejimi gibi, tütün endüstrisine de kısıtlamalar getirilebilir. “Performansa Dayalı bir Düzenleme (PBR)” yapılarak, tütün şirketlerinin kendi ürünleri tüketenlerin sayısını azaltması, bu konuda da teşvik verilmesi ve uyulmaması durumunda ise mali olarak cezalandırılması sağlanabilir (Sugarman, 2009:1041).

“Batan Kapak”, uygulaması ile tütün kullanımını sonlandırmak için satılacak ticari tütün miktarını kısıtlayarak geri kalan kısım için tedarikçilere açık artırım yapılması amaçlanmıştır, böylelikle %5 lik bir azalma ile 20 yıl için tütün tüketiminin aşamalı olarak durdurulacağı savunulmaktadır (Thomson vd., 2010:431).

Küreselleşme ile artan uluslararası ticaret, sigara piyasalarını da ulus ötesi şirketlerin yönetimine bırakmıştır. Serbest ticaret ve engellerin kaldırılması ile -sağlık üzerine istisnalar olmasına rağmen- tütün üretimi ve tüketimi daha da artmıştır. Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (GATT), “Genel İstisnalar” başlığı altında, insan, hayvan ve çevrenin korunması ile ilgili ülkelerin keyfi veya gerekçesiz bir ayrımcılık ve örtülü bir kısıtlama yapmaksızın önlemler alabileceğini belirtmektedir (GATT, 1947:29). Bu istisna kapsamında Tayland, sigaranın toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için sigara ithalatına yasak getirmiş, ancak GATT bu yasağa karşı çıkmış, bunun yerine ambalaj, reklam ve pazarlamaya yönelik yasaklar getirmesini önermiş, tütün şirketleri ise bu uygulamanın da Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Anlaşmasına aykırı olduğunu ileri sürmüştür (Weissmann, 2003:13-21). Buradan da tütün endüstrisi ile mücadele etmenin zor olduğu anlaşılmaktadır.

3.5.1.6. Tütün Ürünlerinde Tavan Fiyat Uygulaması

Tütün endüstrisi güçlü ve rekabetin olduğu bir piyasadan oluşmaktadır, bu da fiyatlara yansımaktadır. Devletlerin tütün kontrolünde ve sigara tüketiminin azaltılmasında bir araç olarak kullandıkları vergi artışları tütün endüstrisinin karlılığını devam ettirebilmesi için ürünlerin fabrika çıkış fiyatının yükselmesi şeklinde karşılık bulmaktadır. Bu nedenle fiyat artışlarını engellemek ve tütün tüketimini azaltarak halk sağlığını korumak için vergi öncesi ürüne bir tavan fiyat uygulaması yapılabilir. Hatta bu uygulamanın bağımsız bir kurum - Tütün Düzenleme Kurumu (OFSMOKE) gibi- tarafından her bir ürün için en yüksek fiyatın belirlenmesi suretiyle yapılabileceğini, böylelikle kontrolün de sağlanabileceğini öngören çalışmalar mevcuttur (Gilmore vd., 2010:426).

Bütün bu önlemler dışında en zoru, sigara ve diğer tütün mamüllerini tamamen ortadan kaldırmaktır ancak bunu yapmak hem ekonomi hem de tüketiciler açısından çok zordur. Bu konuda yapılan öneri ise, sigara üretim ve satışının yasaklanması, sadece sigara içenlerin kendi tütünlerini yetiştirmelerine izin verilmesi şeklindedir (Proctor, 2011:10).

Arz yönlü tütün kontrol politikaları, iş kayıplarına neden olabileceği, ticaret dengesinin değişebileceği, vergi gelirlerinin azalabileceği, sigara tüketiminin azalmayacağı ve kaçakçılığı arttırabileceği gerekçeleri ile eleştirilmekte ve arz yönlü politika önlemlerine karşı çıkmaktadır. Tütün üretimi ve tüketimi konusunda ülkeler şu şekilde sınıflandırıldığında (Jacobs, Gale, Capehart, Zhang, ve Jha 2000:323, 326);

- Tütün üreten ancak tütün tüketmeyen ülkeler, tütün ihracatçısı ülkeler,
- Tütün üretimi tütün tüketiminden fazla olan ülkeler, net tütün ihracatçısı ülkeler,
- Tütün üretimi ve tütün tüketimi aynı düzeyde olan ülkeler, kendi kendine yeter ülkeler,
- Tütün üretimi tütün tüketiminden az olan ülkeler, tütün ithalatçısı ülkeler,
- Tütün üretmeyen ancak tütün tüketen ülkeler ise net tütün ithalatçısı ülkeler

arz yönlü önlemlerin en fazla net ithalatçı ülkeler ve net ihracatçı ülkeleri etkileyeceği de açıktır.

3.5.2. Talep Yönlü Tütün Kontrol Politikaları

Tüketicilerin tütün mamullerini kullanımını düzenleme veya kısıtlama gibi önlemler alınması talep yönlü tütün kontrol politikalarını oluşturmaktadır. Talep yönlü tütün kontrol politikaları ile amaçlanan tütün tüketimini azaltmak, bağımlılığı engellemek ve daha sağlıklı bir toplum oluşturmaktır. Talep yönlü tütün kontrol politikalarının uygulanması arz yönlü

politikaların uygulanmasına göre daha kolaydır. Çünkü talep yönlü tütün kontrol politikalarında odak noktası tüketiciler iken arz yönlü tütün kontrol politikalarında odak noktası tütün endüstrisi olduğundan serbest piyasa ekonomisi, rekabet koşulları ve uluslararası ticari anlaşmalar nedeniyle önlemlerin uygulanması zorlaşmaktadır. Dünya Bankası da tütün kontrol politikalarında talep yönlü politikaların daha etkin olacağını, arz yönlü politikaların maliyetli olacağını ve etkisinin de daha kısıtlı olacağını ifade etmektedir (WB, 1999:57).

TKÇS’de yer alan ve Tablo 3.12’de de ifade edilen talep yönlü tütün kontrol politikaları, tütün talebinin azaltılması için fiyat önlemleri, vergi önlemleri ve fiyat dışı önlemler, tütün dumanından korunma, tütün ürünlerinin içerikleri, ifşası, paketlenmesi ve etiketlenmesi ile ilgili düzenlemeler, tütün ürünlerinin sağlığa zararları konusunda toplumsal bilincin oluşturulması, tütün ürünleri ile ilgili reklam, promosyon ve sponsorluk yasaklarıdır.

3.5.2.1. Pasif İçiciliğin Önlenmesi ve Tütün Ürünlerinin Zararlarına Karşı Toplumun Bilinçlendirilmesi

Tütün mamullerinden özellikle sigara etrafına yaydığı duman ile sadece tüketene değil hem doğal çevreye hem de diğer insanlara zarar vermektedir, bir nevi insan haklarını ihlal etmiş olmakta sigara içmeyenleri de zehirlemekte, çevreyi kirletmekte ve negatif bir dışsallık yaymaktadır. Çevresel sigara dumanı, yan duman ve az oranda ana dumandan oluşmaktadır; ana duman sigarayı içen kişinin direkt içine çekmesi ile oluşurken, yan duman sigaranın yanan uç kısımlarından çıkan dumandır ve bilinenin aksine sigarada bulunan 50 karsinojen madde yan dumanda ana dumandan daha fazladır (USEPA, 1992:13-15). Çevresel sigara dumanı sigara kullanmayan insanlarda pasif içicilik yaparak hastalık ve ölümlere yol açabilmektedir.

Pasif içiciliğin önlenmesi, sigara tüketen insanların diğer insanlar üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri ortadan kaldırmaya yönelik uygulamalardır. Pasif içiciliğin önlenmesinde en etkili uygulama kapalı alanlarda sigara tüketiminin yasaklanmasıdır. Kapalı alanlarda sigara tüketiminin yasaklanması ile insanların sigara içmek için dışarı çıkmak zorunda kalması, sigara tüketimini azaltmış hatta birçok insanın bırakmasına neden olmuş ve özellikle işyerlerinde çalışanların verimliliğini arttırmıştır (Fichtenberg, Glantz, 2002:5).

Sağlığa zararları bilinen sigara ve dumanından insanları ve çevreyi koruyabilmek, havayı temiz tutabilmek için kapalı alanlarda (iş yerleri ve kamu alanları), toplu taşıma araçlarında, özellikle çocukların da bulunduğu park bahçe gibi kamuya açık diğer alanlarda sigara

tüketiminin yasaklanmasına yönelik düzenlemeler ile birlikte cezai yaptırımları da olan yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Yasal düzenlemeler yanında yapılabilecek bir diğer şey ise toplumun sigara ve diğer tütün mamüllerinin sağlığa zararları konusunda bilinçlendirilmesidir. Sigara ve diğer tütün mamüllerinin hastalıklara ve pasif içiciliğe neden olduğunun, bağımlılık yaptığının, sağlık ve ekonomik açıdan maliyetler oluşturduğunun farkına varılması için bu mamülleri tüketenlerin uyarılar ve eğitimler ile bu ürünlerin zararlarına karşı bilinçlendirilmesi, gerektiğinde tıbbi destek sağlanması gerekmektedir. Bu noktada ise sigara paketleri üzerine konulan uyarı ve resimler ile sigara karşıtı reklamlar, uygulanabilecek önlemler olup özellikle gençler ve henüz sigaraya başlamayanlar üzerinde daha etkili olabilecektir.

3.5.2.2. Reklam, Promosyon ve Sponsorluk Yasakları

Tütün endüstrisi karlılığını güçlü tutabilmek ve tüketici talebini arttırmak için her türlü reklam, promosyon ve sponsorluk faaliyetlerine girişmekte, bu faaliyetler ise tütün kontrol politikalarını etkilemektedir. Tüketici talebini etkileyen tütün endüstrisi ile tütün kontrol politikaları karşılaştırıldığında halk sağlığının mı tütün ekonomisinin mi daha önemli olduğu tartışılmaktadır (Warner, 2000:87).

Tütün endüstrisinin bu pazarlama taktiklerine karşı alınacak önlemler ve getirilecek yasaklar hem sigara tüketenler hem de sigaraya yeni başlayacak olanlar üzerinde etkili olacaktır. Yapılan bir çalışmada gelişmiş ülkelerde uygulanacak kapsamlı pazarlama yasaklarının sigara tüketimini yaklaşık %7.5 oranında azaltacağı ifade edilmektedir (Saffer, Chaloupka, 2000:1135).

Tütün mamüllerinin pazarlanması konusunda getirilecek kapsamlı yasaklar, tütün mamüllerinin tüketiminin azalmasında etkili olabilecektir. Ancak tütün mamüllerinin reklam, promosyon ve sponsorluk yasaklarının kapsamlı olduğu ülke sayısı çok az olup, dünya nüfusunun yaklaşık %5'i bu ülkelerde yaşamakta ve dahası dünyadaki çocukların yarısı tütün mamüllerinin dağıtımının yasak olmadığı ülkelerde yaşamaktadır (Ergüder, 2010:86).

Türkiye'de Gelir Vergisi Kanunu⁹nun 41.maddesine göre her türlü tütün ve tütün mamullerine ait ilan ve reklâm giderlerinin % 50'si gider olarak kabul edilmeyen ödemeler

⁹ 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu, 06/01/1961 tarih ve 10700 sayılı RG'de yayımlanmıştır.

kapsamına alınmıştır. Böylelikle reklam ve sponsorluk faaliyetlerinin kısıtlanmasına da destek sağlanmıştır.

3.5.2.3. Vergilendirme

Tütün kontrol politikalarının en etkili araçlarından biri vergiler olup tütün tüketimini azaltmakla birlikte devlet gelirlerini de arttırmaktadır. Vergiler ile tütün mamüllerinin fiyatı artacak ve bu da aktif olarak sigara tüketenlerin kullanım sıklığının azalması, yeni kullanmaya başlayanların veya başlayacakların vazgeçmesi ile bu ürünlerin talebini azaltabilecektir. Sigara fiyatındaki %10'luk bir artış, sigara tüketimini gelişmiş ülkelerde %4, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise %8 oranında azaltabilecek, sigara fiyatlarındaki %70'lik bir artış ise dünyadaki tütüne bağlı ölümleri %25 oranında azaltabilecektir (Ergüder, 2010:87).

Tütün mamüllerinin fiyatını arttıran vergiler ile sigaranın ekonomik ve sosyal maliyeti azaltılabilir hatta vergi gelirleri ile bu maliyetlerin daha da azaltılması sağlanabilir. Sigara ve diğer tütün mamüllerinin talebinin azaltılması vergilemede asıl amaçtır, ancak gerçekleşmesi çok da kolay değildir. Sigaraya olan talebi azaltma noktasında vergiler arttırılırken tüketici gelirleri ve satın alma gücüne de bakılmalıdır. Sigara satın alınabilirliğinin yüksek gelirli ülkelerde daha az, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise daha fazla olduğu belirtilmektedir (Blecher, Van Walbeek, 2004:342).

Tütün endüstrisi ise sigaranın vergilendirilmesine; devlet gelirlerini azaltacağı, kaçakçılığı arttıracığı ve toplumsal eşitsizlik yaratacağı gerekçeleriyle karşı çıkmaktadır (Warner, 2000:82-83). Ancak bu gerekçeler mücadele edilebilir sorunlar olup, tütün kontrol politikalarının en etkili aracının vergiler olduğu gerçeğini değiştirmemektedir. Artan vergiler sonucu sigara tüketimindeki azalış vergi artışından daha fazla olduğunda devlet gelirlerinin düşeceği iddia edilse de, talep fiyat esnekliğinin katılığından sigara tüketiminin hiçbir zaman bu kadar azalmayacağı bir gerçektir. Vergilerle artan sigara fiyatları tüketicileri daha düşük fiyatlı kaçak sigaraya yönlendirebilir ancak kaçakçılıkla alınacak sıkı önlemler ve tedbirlerle mücadelede edilebilir ve hem tüketim kontrol edilmiş hem de devlet gelir kaybına uğramamış olur. Düşük gelirli bireylerin sigara tüketimin yüksek gelirli bireylere göre daha fazla olmasından yola çıkılarak artan vergilerin düşük gelirli bireyler üzerinde yük olarak eşitsizlik yaratacağı savunulsa da tüketilen sigara miktarı ve markasının farklı olduğu ve alınan vergilerin belki de düşük gelirli bireylerin yaşam şartlarını iyileştirmede kullanılabileceği düşünüldüğünde bu gerekçe de çürütülmektedir. Tüketicilerin gelirleri ve

satın alma güçleri düşünülerek, tüm sigaraların fiyatları birbirine yakın tutularak yapılan aşamalı vergi artışları, tütün kontrolünde daha etkili olacaktır.

3.5.3. Dünya Sağlık Örgütü'nün Tütün Kontrolü Aracı: MPOWER

DSÖ tarafından, TKÇS'yi güçlendirmek için, Küresel Tütün Salgın Raporu yayınlanmış, tütün ve tütün mamulleri tüketimi, tütün kontrolü, tütün uyarısı ve tütün üzerindeki vergi yükü gibi konularda MPOWER adı altında tütün salgınına kontrol etmeye yönelik politika paketi belirlenmiştir (MPOWER, 2008).

MPOWER, tütün ve tütün mamulleri tüketiminin azaltılmasını sağlayacak araçları belirterek tütün tüketiminden uzak bir dünyaya yönelik düzenlemeler sunmaktadır. Paketin temel amacı ise, hiçbir çocuk ve yetişkinin sigara dumanına maruz kalmamasını sağlamaktır.

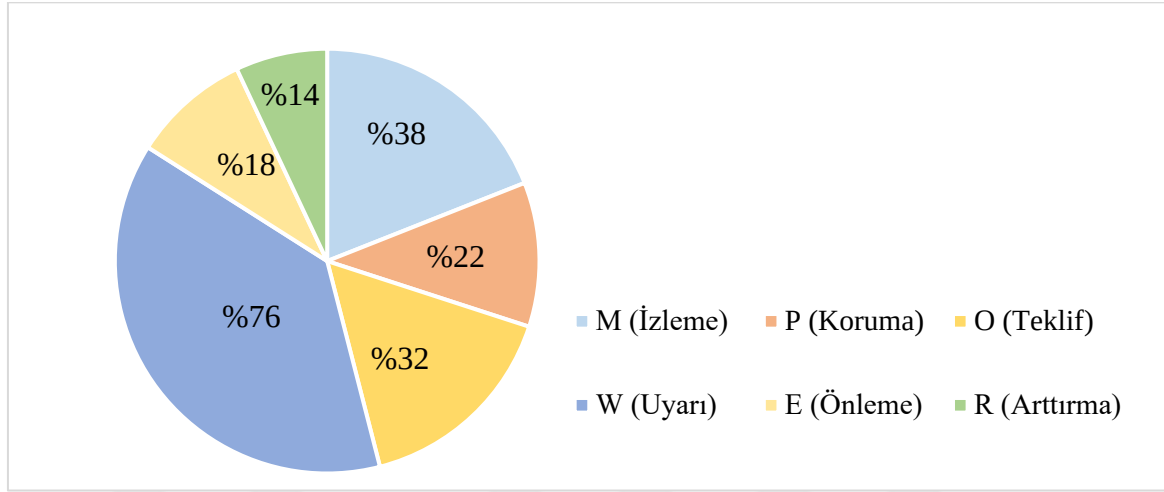
MPOWER, adını belirlediği hedeflerden almaktadır ve buna göre ülkelerin yapması gerekenler şunlardır;

- **M** (monitor/izleme); tütün kullanımının izlenmesi, tütün kullanımının takibinin yapılabilmesi,
- **P** (protect/koruma); insanların sigara dumanından korunması, kapalı alanlarda tütün ve tütün mamullerinin kullanımının yasaklanması,
- **O** (offer/teklif); tütün kullanımının bırakılması için yardım teklifi, sigarayı bırakma hattı ve ilaç tedavilerinin kolay ulaşılabilir olması,
- **W** (warn/uyarma); tütün kullanımının zararları konusunda uyarılarda bulunulması, kamu spotları ve sigara paketlerine uyarıların konulması,
- **E** (enforce/önleme); tütün ve tütün mamullerine yönelik reklam, promosyon ve sponsorluk yapılmasının önlenmesi,
- **R** (raise/arttırma); tütün üzerindeki vergilerin arttırılması, enflasyona uyumlu olarak tüketicinin alım gücünden daha hızlı artan vergiler ve kaçakçılığı azaltmak için vergi düzenlemelerinin kuvvetlendirilmesidir.

Bu politikalar TKÇS'yi imzalayan tüm ülkeler için geçerli olup, başarı ile uygulandığında başta gençler olmak üzere tütün tüketimi, pasif içicilik, sigaranın ekonomik ve sosyal maliyeti azaltılabilecektir. MPOWER adının açılımından aslında hedeflerin talep yönlü tütün kontrol politikaları olduğunu görmek mümkündür.

Grafik 3.4'de MPOWER uygulamalarının dünya nüfusunun ne kadarını kapsadığı verilmektedir. Buna göre MPOWER stratejilerinden en çok kullanılanı %76 oran ile uyarılar (sigara paketlerinde yer alan uyarılar %52 ve kamu spotları %24), dünya nüfusunda

uygulanma payı en az olan bir diğer ifade ile en az kullanılan strateji ise %14 oran ile vergilerdir.



Grafik 3. 4. MPOWER Uygulamalarının Kapsadığı Dünya Nüfusunun Payı

Kaynak: WHO, 2019:21'den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

3.5.4. Tütün Kontrol Çalışmalarının Değerlendirilmesi

Talep yönlü tütün kontrol politikalarının uygulanması arz yönlü politikaların uygulanmasına göre daha kolaydır. Çünkü talep yönlü tütün kontrol politikalarında odak noktası sadece tüketiciler (sigara ve tütün ürünleri kullanım isteğini azaltma) iken arz yönlü politikalarda odak noktası tütün endüstrisi (imalat, dağıtım, pazarlama) olduğundan serbest piyasa ekonomisi, rekabet koşulları ve uluslararası ticari anlaşmalar nedeniyle önlemlerin uygulanması zorlaşmaktadır. Tütün endüstrisi güçlü bir yapıya sahiptir ve arz yönlü politikalara sigara tüketimini azaltmayacağı, devlet gelirlerini azaltacağı ve kaçakçılığı arttıracığı gerekçeleriyle karşı çıkmaktadır. Talep yönlü politikalar toplum sağlığını ilgilendirdiği için sağlık politikaları üzerinden de uygulanabilmektedir. TKÇS'yi imzalayan birçok ülkede tütün kontrol yasaları çıkarılmış ve kullanım, üretim, satış ve pazarlama kısıtlamaları getirilmiştir. TKÇS'ye istinaden bazı ülkelerin uyguladığı politika hedefleri Tablo 3.14'de verilmektedir. 2004 yılında İrlanda, işyerlerinde sigara içilmesini doğrudan yasaklayan dünyadaki ilk ülke olmuştur, ardından Norveç ve İtalya da aynı yasağı çıkarmış, İngiltere, Portekiz ve İsveç gibi diğer ülkeler ise benzer yasaklar oluşturmak için planlar hazırlamışlardır (URL 4). Uygulanan önlemler ilk olarak sigara içiminin kapalı alanlarda ya da kamuya açık alanlarda yasaklanması veya çocuk ve gençlere sigara satışının yasaklanması şeklinde olmuştur. Ancak çoğu ülkede halen kapalı alanlarda ayrı yerlerde sigara içilmesine izin verilmektedir.

Ülke	Uygulama
Almanya	Restoran, bar, otobüs ve işyerlerinde sigara içme yasağı, 18 yaş altına sigara satma yasağı
Arjantin	Küçük restoranlar sigarasız, büyük restoranlarda ise sigara için ayrı alan uygulaması
Avusturya	Kamu alanlarında, çocuk ve gençlerin olduğu alanlarda sigara içme yasağı
Butan	Sigara satışı yasağı
Brezilya	Açık ve kapalı bütün kamu alanlarında sigara içme yasağı
Fransa	Kamu ve Özel tüm kapalı alanlarda sigara içme yasağı
İngiltere	Kamuya açık alanlarda (tribünlerde bile) sigara içme yasağı
İrlanda	Bar, restoran ve kapalı alanlarda sigara içme yasağı
Hollanda	16 yaş altına sigara satma yasağı
Singapur	Bar ve diskolar dışında sigara içme yasağı

Tablo 3.14. Bazı Ülkelerde Uygulanan Tütün Kontrol Politikaları

Kaynak: URL 4, Ülke verilerinden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Türkiye’de 1996 yılında “Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine dair Kanun¹⁰” yürürlüğe girmiştir. 2002 yılında ise “Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu(TAPDK)” kurulmuş, tütün ürünleri üzerindeki destekleme alımları kaldırılmış ve tütün ekim alanları daraltılmıştır. Türkiye TKÇS’yi 2004 yılında yürürlüğe koymuştur. Sigara kullanımını azaltmak için Sağlık Bakanlığı’nca 2006-2010 yılları için “Ulusal Tütün Programı” hazırlanmış, bu programdan sonra tütün yerine, alternatif ürün üreten üreticilere teşvik verilmiştir. TKÇS bağlamında “2008-2012 Yılları Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı” oluşturularak tütün kontrol faaliyetleri netleştirilmiş ve 2008 yılında yasalaştırılmıştır. Türkiye’de tütün kontrolüne dair 2008 yılından itibaren gerçekleştirilen uygulamalar şu şekildedir;

- ✓ 2008 yılından itibaren kamuya açık tüm kapalı alanlarda, 2009 yılından itibaren ise özel işletmelerin kapalı alanlarında tütün kullanımı yasaklanmıştır,
- ✓ Kişisel konutlar hariç, tüm kapalı alanlarda tütün kullanımı yasaklanmıştır.
- ✓ 2010 yılında Sigarayı bırakma telefon hattı ve sigara bırakma poliklinikleri açılmıştır.
- ✓ 2010 yılından itibaren sigara paketleri üzerinde uyarılar kullanılmaya başlanmış ve 2012 yılından itibaren sigara paketleri ve nargile şişelerinin bir yüzünün en az %65’inin uyarılarla kaplanması zorunluluğu getirilmiştir.

¹⁰ 4207 Sayılı Kanun, 26/11/1996 tarih ve 22829 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

- ✓ Tütün ve tütün mamullerinin 18 yaş altına satılması yasaklanmıştır.
- ✓ 2013 yılında özel araçların şoförlerinin sigara kullanımı yasaklanmıştır.
- ✓ 2013 yılı itibarıyla sigara üzerindeki vergi oranı %81.79'a çıkarılmıştır.
- ✓ Kamu spotları ile sigaranın zararları anlatılarak toplumun bilinçlenmesi sağlanmıştır.
- ✓ Tütün ve tütün mamullerinin reklam ve sponsorluğu yasaklanmıştır.

2008 yılında Kanunun adı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” olarak değiştirilmiş ve 19.07.2009 tarihinden itibaren evler hariç her türlü kapalı ortamda sigara kullanımı yasaklanmıştır. 2009 yılı Temmuz – Kasım ayları arasında, 2008 yılı aynı dönemine göre, 185 milyon paket sigara daha az içilip, 922 milyon TL daha az harcama yapılmıştır. Bu tedbirler sonucu 2008-2012 yılları arası sigara kullanım oranı %31,2’den %27,1’e düşürülebilmektedir (Ergüder, 2008:7).

2014-2018 Yılları Tütünle Mücadele Eylem Planı maddeleri ise şu şekildedir;

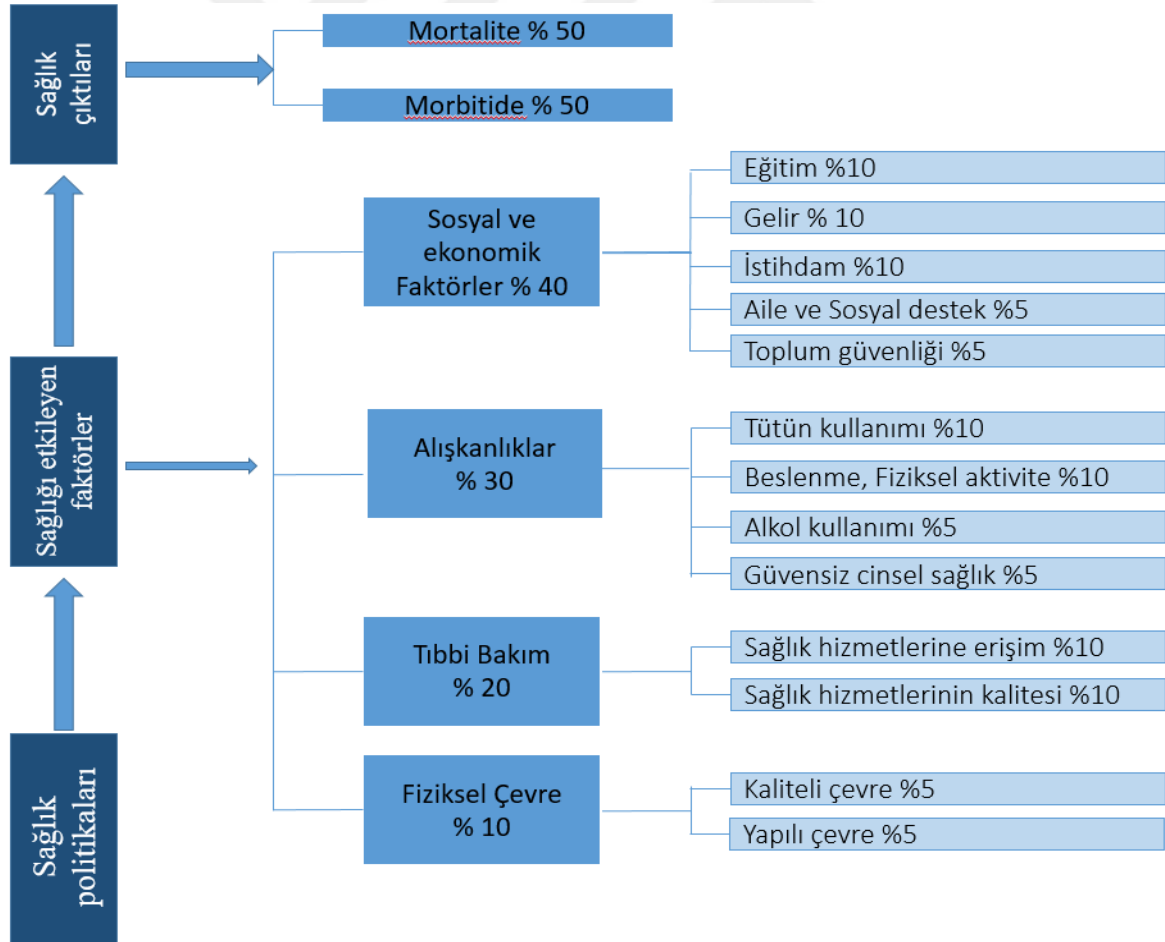
- Sigaraların tek renk(kara) ve düz olarak paketlenmesi ve paket üzerinde marka amblem vs olmaması,
- Sigara satışlarının marka ismi ile değil kod ile yapılması
- Sigara içilen açık alanların ¼ oranıyla sınırlandırılması,
- Sigara denetim ve kontrolünün polisler tarafından yapılması

DSÖ 2012 yılında, Türkiye’nin 2008 yılından beri tütün ve tütün mamulleri tüketimine yönelik uyguladığı kontrol ve düzenlemeler ile MPOWER paketini yerine getirebilen tek ülke olduğunu duyurmuştur (URL 5). Tütün kontrol programını başarılı bir şekilde uygulayan birçok ülkede tütün kullanımı hızla azalmış ve sonuç olarak kanserler, kalp hastalıkları ve diğer dolaşım sistemi hastalıklarında azalma sağlanmıştır (WB, 1999:45).

4. SAĞLIK POLİTİKASI ARACI OLARAK SİGARANIN VERGİLENDİRİLMESİ

Sigara ve diğer tütün mamullerinin kullanımı dolayısıyla her yıl 8 milyon insan hayatını kaybetmekte, 65 bin çocuk ise sigara dumanına bağlı hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmektedir (URL 5). Sigara tüketimi bireylerin hane içi gelirlerinin azalmasına neden olurken, sağlık bakım maliyetlerinin ise artmasına neden olmaktadır.

Wisconsin Üniversitesi Nüfus Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan bir çalışmada sağlık modeli özetlenmiştir. Şekil 4.1’de yer alan bu modelde, bireylerin ve toplumun sağlığını belirleyen etkenler arasında ilk sırayı %40’lık gibi bir oranla ekonomik durum alırken, ikinci sırayı %30’luk bir oranla sigara, alkol, beslenme ve madde bağımlılığı ile fiziksel aktivite gibi alışkanlıklar almaktadır. Sağlığı etkileyen faktörler arasında sigara ve diğer tütün mamullerinin kullanımı ikinci sırada yer almakla birlikte eğitim, gelir ve istihdam, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinin kalitesi ile de aynı oranlara sahiptir, bu da tütün kullanımının önlenmesi gerektiğinin önemini vurgulamaktadır.



Şekil 4.1. Genel Sağlık Modeli

Kaynak: Kiding, Isham, 2014:4-5.

Sağlık, bireyler için önemli olduğu kadar ülke ekonomisi için de önemlidir, sağlıklı bir toplum, sağlıklı bir işgücü ve gelişmiş bir ülke demektir. Sigara tüketiminin sağlık ve ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri bilinmekle birlikte sigara tüketiminin azaltılmasına yönelik düzenlemeler konusunda başta kamu gelirlerinin azalması, kaçakçılığı arttırabileceği ve dar gelirli kesimin olumsuz etkilenebileceği görüşü ile birçok ülke tereddüt yaşamaktadır (Jha, Chaloupka, 2000:358).

Sigara ve diğer tütün mamullerinin tüketimini azaltmada en maliyet etkili yol vergilerdir. Sigara ve diğer tütün mamullerinin vergilendirilmesi DSÖ ve DB tarafından desteklenmekte, TKÇS ile de vergiler başta gençlerin tüketim alışkanlıklarını değiştirebilecek en önemli araç olarak görülmektedir.

4.1. Sigaranın Vergilendirilmesine İlişkin Yaklaşımlar

Dünya genelinde doğrudan vergilere kıyasla düşük maliyetli ve kolay tahsil edilebilir olması nedeni ile tüketim vergileri daha ön planda ve daha pratik bir gelir kaynağı olmuştur. Çevrenin ve halk sağlığının korunmasının öneminin gitgide artması ile birlikte bu vergilerin de kullanımı artmıştır. Tablo 4.1’de OECD ülkelerindeki özel tüketim vergilerinin belli yıllarda toplam vergi gelirleri içindeki oranları verilmiş olup, birçok ülke gibi Türkiye’nin de OECD ortalamasının üzerinde olduğunu görmek mümkündür.

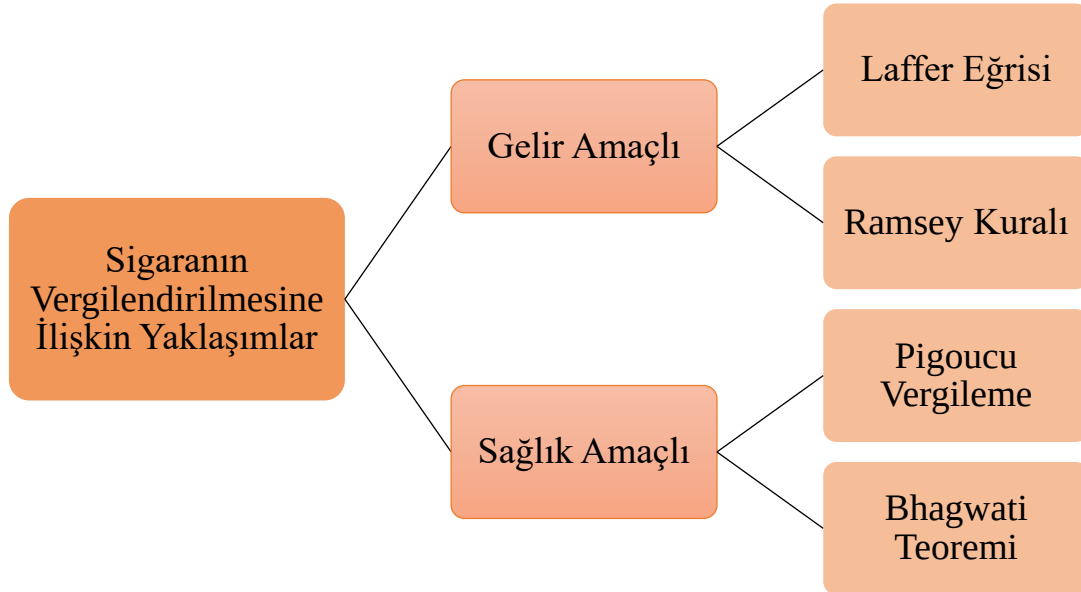
Ülkeler	2005	2010	2015	2018
ABD	6.7	7.2	6.7	7.3
Almanya	10.2	8.8	7.9	7.1
Avusturalya	12.0	11.9	10.4	9.9
Avusturya	8.4	7.8	7.6	7.3
Belçika	8.1	8.2	8.1	8.4
Çek Cumhuriyeti	10.3	11.3	10.6	9.2
Danimarka	11.6	10.1	9.3	8.8
Estonya	13.8	13.8	13.9	13.0
Finlandiya	11.0	10.6	10.7	10.8
Fransa	7.7	7.6	8.2	8.7
Hollanda	10.1	9.5	9.6	9.6
İngiltere	10.8	11.2	10.8	10.3
İrlanda	11.6	11.3	10.1	8.8
İspanya	8.6	8.7	9.2	8.2
İsrail	5.3	6.8	5.6	5.3
İsveç	7.2	7.4	6.4	6.2
İsviçre	6.7	6.9	6.0	5.9
İtalya	9.5	9.4	10.4	10.2
İzlanda	10.6	10.5	8.2	7.7
Japonya	7.7	7.2	5.8	5.3
Kanada	8.9	8.5	7.7	7.7

Kolombiya	12.1	10.9	10.0	8.2
Kore	15.9	15.1	10.9	9.4
Letonya	14.2	14.1	12.6	13.0
Litvanya	11.4	12.8	11.8	11.7
Lüksemburg	12.5	9.9	7.8	7.9
Macaristan	11.1	12.4	12.6	12.2
Meksika	7.8	7.3	14.0	11.6
Norveç	7.9	7.6	7.2	6.8
Polonya	13.9	14.6	13.8	12.9
Portekiz	16.4	14.4	12.5	13.0
Slovakya	12.5	12.5	12.1	12.0
Slovenya	10.8	13.9	14.5	12.9
Şili	10.9	9.8	10.0	9.3
Türkiye	25.5	24.1	22.0	19.2
Yeni Zelanda	6.2	6.4	6.1	5.8
Yunanistan	9.9	12.3	12.7	12.7
OECD Ortalaması	10.7	10.6	10.1	9.6

Tablo 4.1. OECD Ülkelerinde Özel Tüketim Vergilerinin Toplam Vergi Gelirleri İçindeki Payı (%)

Kaynak: URL 11’den yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Özellikle tütün, alkol ve petrol tüketiminden alınan vergiler önemli bir gelir kaynağı haline gelmiştir. Tüketim vergileri gelir kaynağı olmasının yanında -sigaranın vergilendirilmesinde olduğu gibi negatif dışsallıkların ve sigara tüketimin azaltılması gibi – halk sağlığının korunması gibi amaçlara da hizmet etmektedir. Sigaranın vergilendirilmesine ilişkin yaklaşımları Şekil 4.2’de gösterildiği üzere iki başlık altında toplanmak mümkündür.



Şekil 4. 2. Sigaranın Vergilendirilmesine İlişkin Yaklaşımlar

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır.

4.1.1. Sigaranın Vergilendirilmesine İlişkin Gelir Amaçlı Yaklaşımlar

Devletlerin en önemli gelir kaynağı vergilerdir, artan kamu harcamaları beraberinde finansmanında kullanılacak gelir kaynaklarının çeşitlenmesini gerektirmiştir. Sigara vergileri ile amaçlanan sigara tüketiminin azaltılması ve sağlığın iyileştirilmesi olsa da sigara vergileri aynı zamanda iyi bir gelir kaynağıdır. İlk olarak 16.yy da uygulama örneği görülen sigara vergileri zamanla birçok ülkenin önemli gelir kaynaklarından olmuştur (Uğur, Kömürçüler, 2015:327). Sigaraya olan tüketici talebinin esnek olmamasından bir diğer ifade ile tüketicilerin fiyat değişimlerine karşı duyarsız olmalarından ya da az duyarlı olmalarından dolayı tüketiciler vergiden önceki sigara satın alımlarını ya çok az azaltacaklar ya da azaltmayacaklardır. Bu sebeple günah vergileri kapsamına giren sigara vergileri, gelir arttırıcı bir özelliğe sahiptir.

Tablo 4.2’de bazı ülkelerde 2017 yılında tütün üzerinden elde edilen vergi gelirleri verilmiş, sadece sigara üzerinden alınan vergi gelirleri olarak ayrılan ülke sayısı çok az olduğu için genel itibari ile tütün üzerinden elde edilen vergi gelirleri olarak alınmıştır.

Ülkeler	Vergi Gelirleri (€)	Ülkeler	Vergi Gelirleri (€)
Avusturya	1.867.800.000	Lüksemburg	535.138.000
Belçika	2.303.510.000	Malta	91.737.000
Kıbrıs	190.640.000	Karadağ	57.303.598
Fransa	11.543.750.000	Hollanda	2.397.000.000
Almanya	14.381.430.000	Makedonya	179.000.000
Yunanistan	2.066.100.000	Portekiz	1.438.660.000
İrlanda	1.397.395.288	İspanya	6.741.620.000
İtalya	10.518.860.000	ABD (\$)	30.529.618.286
Letonya	191.809.950	Türkiye (TL)	37.426.851
Litvanya	283.636.000	Zimbabve	22.848.478

Tablo 4.2. Bazı Ülkelerin Tütün Üzerinden Elde Ettikleri Vergi Gelirleri (2017 Yılı)

Kaynak: URL 7’de yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

DSÖ verilerine göre tütün ve tütün mamullerinden vergi geliri elde eden daha birçok ülke olmakla birlikte Tablo 4.2’de para birimleri Euro (€) olan ülkeler ve ABD ile Türkiye seçilmiştir. Almanya, Fransa, İtalya, ABD ve Türkiye başta olmak üzere birçok ülke için tütün ve tütün mamulleri üzerinden alınan vergiler önemli ve birincil gelir kaynakları arasındadır.

Türkiye’de tütün ve tütün mamulleri üzerinden Özel Tüketim Vergisi (ÖTV) alınmakta olup, 2006 yılına kadar tütün mamulleri üzerinden alınan ÖTV gelirleri kolalı gazoz ve alkollü içkiler ile birlikte verilmekte iken, 2006 yılından itibaren ise ayrı kalemler halinde

verilmeye başlanmıştır. Tablo 4.3’de Tütün ve tütün mamulleri üzerinden alınan ÖTV geliri, bu gelirin toplam ÖTV gelirleri içindeki payı, toplan vergi gelirleri içindeki payı ve merkezi bütçe gelirleri içindeki payı verilmiştir. Bu verilere göre 15 yıl içinde tütün ve tütün mamulleri üzerinden alınan ÖTV gelirlerinin toplam ÖTV gelirleri içindeki ortalama payı 26,95, toplam vergi gelirleri içindeki ortalama payı 5,99 ve merkezi bütçe gelirleri içindeki ortalama payı ise 5,02’dir. Bu veriler de tütün ve tütün mamulleri üzerinden alınan vergilerin Türkiye için önemli bir gelir kaynağı olduğunu göstermektedir.

Yıllar	Tütün Mamullerinden alınan ÖTV	Tütün Mamullerinden alınan ÖTV’nin ÖTV Gelirleri İçindeki Payı %	Tütün Mamullerinden alınan ÖTV’nin Vergi Gelirleri İçindeki Payı (%)	Tütün Mamullerinden alınan ÖTV’nin Merkezi Bütçe Gelirleri İçindeki Payı (%)
2006	8.918.386	24,03	5,89	4,75
2007	9.690.423	24,62	5,66	4,64
2008	10.918.162	26,01	5,75	4,70
2009	11.546.412	26,41	5,88	4,82
2010	14.975.856	25,80	6,35	5,35
2011	15.850.558	24,66	5,57	4,83
2012	19.976.172	27,82	6,30	5,37
2013	21.326.877	24,86	5,80	4,94
2014	23.024.356	25,12	5,73	4,84
2015	26.968.729	25,28	5,80	4,98
2016	32.235.232	26,59	6,09	5,15
2017	37.446.221	26,86	5,98	5,19
2018	42.924.230	31,76	5,81	4,90
2019	50.360.554	33,98	6,14	4,92
2020*	56.467.048	30,45	7,19	6,05

Tablo 4.3. Türkiye’de Tütün Üzerinden Elde Edilen ÖTV Geliri

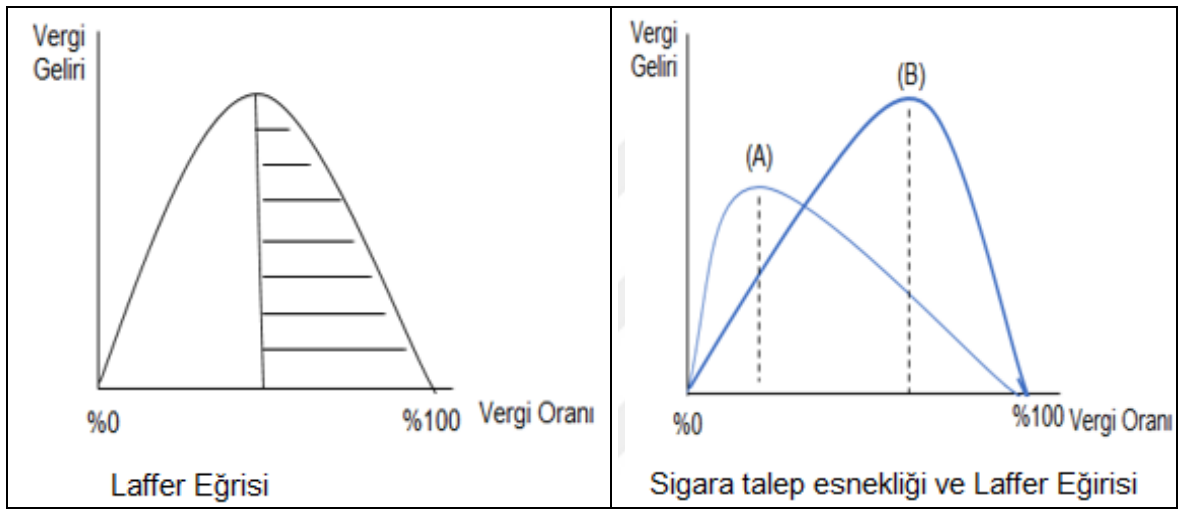
Kaynak: URL 8 ve * URL 9 verilerinden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Sigara üzerinden alınan vergi gelirlerinin azalmamasında, sigaraya olan bağımlılık ve bağımlılığın yarattığı talep fiyat esnekliğinin düşük olması etkilidir. Sigara üzerindeki vergiler ilk arttırıldığında bağımlıların hemen sigaradan vazgeçmeleri ya da daha az sigara tüketmeleri zordur, bu zaman alacaktır. Ayrıca vergi oranlarındaki sürekli artışlar belli bir noktadan sonra bağımlılık boyutunda sigara tüketen bireyleri vergisiz/kaçak ürün kullanımına itebileceğinden tüketimde beklenen azalmalar sağlanamayacağı gibi olası vergi geliri kayıpları da yaşanabilecektir. Sigara bağımlılarının fazla olması sonucu azalmayan sigara tüketimi vergi gelirlerini arttıracaktır, sigara tüketiminin azalması sonucunda ise vergi gelirleri de azalacaktır, bu bir ikilem de yaratmaktadır.

Sigaranın vergilendirilmesinde Laffer Eğrisi ve Ramsey Kuralı olarak iki yaklaşım bulunmaktadır.

4.1.1.1. Laffer Eğrisi

Devletlerin varlığının devamı için adil vergi sistemini savunan İbn-i Haldun, 1377 yılında kaleme aldığı “Mukaddime” adlı eserinde gelirleri arttırmak için vergi oranları arttırıldığında, ağır vergi yükü karşısında üretimin de azalacağını ve vergi gelirlerinin düşeceğini ifade etmiştir. Bu ifadeden etkilenen Arthur Laffer 1970’lerde “Laffer Eğrisi” olarak isimlendirdiği vergi geliri teorisini oluşturmuştur (Demir, 2018:58).



Grafik 4.1. Laffer Eğrisi ve Sigara Talep Esnekliği

Kaynak: Laffer, 2014:51-52’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Laffer, aritmetik olarak vergi oranları artarken vergi gelirlerinin de artacağını ancak ekonomik olarak vergi oranlarının aşırı artmasının bir noktadan (optimal vergi oranı sonrası taralı alan=yasak aralık) sonra vergi gelirlerini azaltacağını savunmuş ve bunu Laffer eğrisi ile ifade etmiştir. Laffer, maksimum vergi oranının hangi devlet gelirinin maksimum olması gerektiğine göre değişeceğini bir diğer ifade ile gelir perspektifinden optimum vergi oranı ile politika perspektifinden optimum vergi oranının eşit olmayacağını ifade etmektedir (Laffer, 2014:51-52). Örneğin sağlık politikası aracı olarak vergiler aracılığıyla sigara tüketimini azaltmak birincil hedef ise vergi oranlarının geliri maksimize etme noktasının üzerinde olması gerekebilecektir.

Sigara talep fiyat esnekliği de Laffer Eğrisinin şeklini ve maksimum vergi geliri oranını etkilemektedir, ne kadar esnek olursa vergi geliri oranı da o kadar düşük olacaktır. Grafik 4.2’de Laffer eğrisi verilmekte olup taralı alan yasak aralık olarak belirtilmektedir. Sigara talebinin esnek olduğu (A) eğrisinde ve sigara talebinin esnek olmadığı (B) eğrisinde

optimum noktalar farklı olacağından tepe noktaları arasında kalan alan vergi gelirinin maksimum olacağı vergi oranları aralığını ifade etmektedir.

Sigara ve diğer tütün mamulleri üzerinden alınan vergiler ile devletin de gelir sağladığı aşikar olup, özellikle tüketiciler açısından vergiler ile sigara tüketimin ortadan kaldırılmak istenmediği düşüncesi bu vergi gelirlerini sorunlu bir gelir kaynağı olarak göstererek bir halo etkisi¹¹ yaratmaktadır (Carruthers, 2016:2274). Bir diğer ifade ile sigara ve diğer tütün mamullerini tüketenler devletin bu ürünleri vergilendirmesini sadece ekonomik amaçlı olarak görmekte, verginin sosyal ve ahlaki boyutunu göz ardı etmektedirler.

Sigara üzerinden alınan vergiler genel olarak kamu politikası aracı olarak kullanılmakla birlikte sağlık politikası aracı olarak da kullanılmaktadır. Sigara ve diğer tütün mamulleri üzerine konulacak yüksek vergiler ile elde edilecek gelirlerin sigara tüketiminin azaltılarak sigara bağımlılığı ile mücadele edilmesi ve sigara tüketiminin neden olduğu sağlık harcamalarının azaltılmasında kullanılması sigara vergilerinin sağlık politikası aracı olarak kullanıldığı izlenimini vererek daha az tepkiye neden olabilir. Ancak “Günah ile erdemin evlenmesi¹²” şeklinde açıklanan ve “Earmarking”¹³ olarak ifade edilen tahsis esaslı vergilendirme yöntemi, bütçede belirli gelirlerin belirli giderlere tahsis edilmemesi olan adem-i tahsis ilkesini bozmaktadır. Ayrıca tek bir gelir kaynağı tek bir kamu hizmetinin karşılanmasında yeterli olamayabilmektedir.

Sigara ve diğer tütün mamülleri üzerinden alınan vergi gelirlerini birçok ülke sağlık harcamaları veya sporun finansmanında kullanmaktadır, bu örnekler 2018 yılı için Tablo 4.4’de sigara ve tütün üzerinden elde edilen vergi gelirlerini earmarking olarak kullanan ülkeler şeklinde verilmektedir. 21 orta gelirli ülke, 5 yüksek gelirli ülke ve 4 düşük gelirli ülke sigara ve diğer tütün mamulleri üzerinden elde edilen gelirlerini sağlık sistemlerinin finansmanında kullanmaktadır (WHO, 2015: 85).

¹¹ Halo Etkisi: “tek bir özelliğe odaklanılarak ilk izlenim üzerinden değerlendirme yapmak” şeklinde tanımlanmakta olup, ayrıntılı bilgi için bkz: Thorndike, E.L. (1920). “A Constant Error In Psychological Ratings”. *Journal of Applied Psychology*, 4(1), p.25–29.

¹² Günah ile erdemin evlenmesi: Sağlık harcamalarının finansmanı için sigaradan alınan vergilerin kullanılması şeklinde ifade edilmekte olup ayrıntılı bilgi için bkz: Bird, R.M. (2015). “Tobacco and Alcohol Excise Taxes for Improving Public Health and Revenue Outcomes Marrying Sin and Virtue?”, *Policy Research Working Paper*, 7500.

¹³ Earmarking: tek bir vergi kaynağının tek bir kamu hizmetine tahsisi olup, ayrıntılı bilgi için bkz: Buchanan, J. M. (1963). “The Economics of Earmarked Taxes”, *Journal of Political Economy*, 71(5), p.457–446.

Ülkeler	Tahsis Alanları
ABD	Eyaletle göre değişmekle birlikte paket başına belli miktar sağlık faaliyetlerine
Arjantina	Sigara perakende satış fiyatının %7'si oranında vergi sosyal ve sağlık programlarına
Bangladeş	Sigara perakende satış fiyatının %1'i oranında ek vergi sağlığın geliştirilmesine
Botsvana	Üretim maliyetinin %30'u sağlık harcamalarına
Cabo Verde	Gelirin tamamı sağlık ve spora
Cook Adaları	Gelirin %50'si BOH için Sağlık Bakanlığı Programlarına
Cezayir	Sigara üzerindeki ek vergiler acil durum fonu ve tıbbi bakım hizmetlerine
Çad	Üretici fiyatı üzerinden %2 ek vergi ilaç tedarikine
El Salvador	Gelirin %35'i sağlık için dayanışma fonuna
Endonezya	Tütün tüketimine %10 ek ücret ve gelirin %50'si sağlık programlarına, tütün vergi gelirinin %2'si de sağlık harcamalarına
Estonya	Gelirin %3,5'i kültür vakfına, %0,5 i spor bağışlarına
Fas	Gelirin %5,4'ü yoksul ve fiziksel engelliler için sağlık hizmetlerine (sosyal uyum fonu)
Fildişi Sahili	Sigara üretici fiyatının %2'si oranında ek vergi AIDS ve tütün kontrolüne, diğerleri spora
Filipinler	Gelirin %80'i evrensel sağlık programlarına, %20'si de tıbbi yardım ve sağlık tesislerinin geliştirilmesine
Guatemala	Gelirin tamamı sağlık programlarına
İran	Gelirin %2'si tütün kontrol faaliyetlerine
İrlanda	Her yıl 168 milyon € sağlık hizmetlerine
İsviçre	Paket başına ÖTV'den 0,026 CHF tütün önleme fonuna
Jamaika	ÖTV'nin %20'i ulusal sağlık fonuna
Kolombiya	Gelirin tamamı ulusal sağlık sigortasına
Komorlar	Tütün üzerindeki ekstra %5 verginin bir kısmı Spor Bakanlığına, bir kısmı da hastane acil durumlarına
Kongo	Gelirin yarısı sağlık sigortasına, yarısı spora
Kore	Paket başına 841 KRW tütün kontrolü ve sağlığı geliştirme fonuna
Kosta Rika	Gelirin tamamı tütün ve alkol kullanımı ile ilgili hastalıkların tedavisi, kanser tedavisi ve spora
Litvanya	Gelirin %1'i beden eğitimi ve spor destekleme fonuna
Madagaskar	Tütün ürünlerine yönelik ek vergiler (sigara paketi başına 6 Ariary, puro veya puro paketi başına 50 Ariary ve çiğneme tütün paketi başına 1 Ariary) Ulusal Tütün Kontrol Ofisine (gençlik ve spor dest)
Mauritius	Gelirlerin bir kısmı sigara ile ilgili sağlık sorunlarının finansmanına
Mısır	Ek olarak paket başına 0,1 EGP öğrencilerin sağlık sigortası finansmanına, 0,75 EGP ise ulusal sağlık sigortası finansmanına
Moritanya	Sigara ithalat değerinin %7'si oranında ek vergi kanserle mücadele araştırmalarına
Nepal	Gelirin %25'i sağlık fonuna, ek olarak, tütün parçası başına 0,25 NPR ve bir kg dumansız tütün için 250 NPR Sağlık Tehlike Vergisi
Palau	Gelirin %10'u çalışmayan en az 60 yaş ve engelli vatandaşların sağlık sigortasına, %10'u da BOH önlenmesinde

Panama	Gelirin %50'si tütünün yasadışı ticareti ile mücadele için Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Onkoloji Enstitüsüne
Paraguay	Gelirin %40'ı BOH'ın önlenmesi ve tedavisi için Sağlık Bakanlığına, %18'i de Ulusal Gelişim Sporları Fonuna
Romanya	1000 sigara, puro ve puro başına 46,77 RON, tütünün kilogramı başına 60,80 RON sağlığa, ayrıca sigara tüketim vergisinin % 1'i sporun finansmanına
Tayland	Gelirin %2'si sağlık fonuna, %2'si spor teşvik fonuna
Vietnam	ÖTV'ye ek olarak %1,5 ek ücret tütün zararları önleme ve kontrol fonuna
Yemen	Gelirin tamamı gençlik sporları ve sosyal programlara

Tablo 4.4. Sigara ve Tütün Vergilerini Earmarking Olarak Kullanan Ülkeler

Kaynak: URL 10'da yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

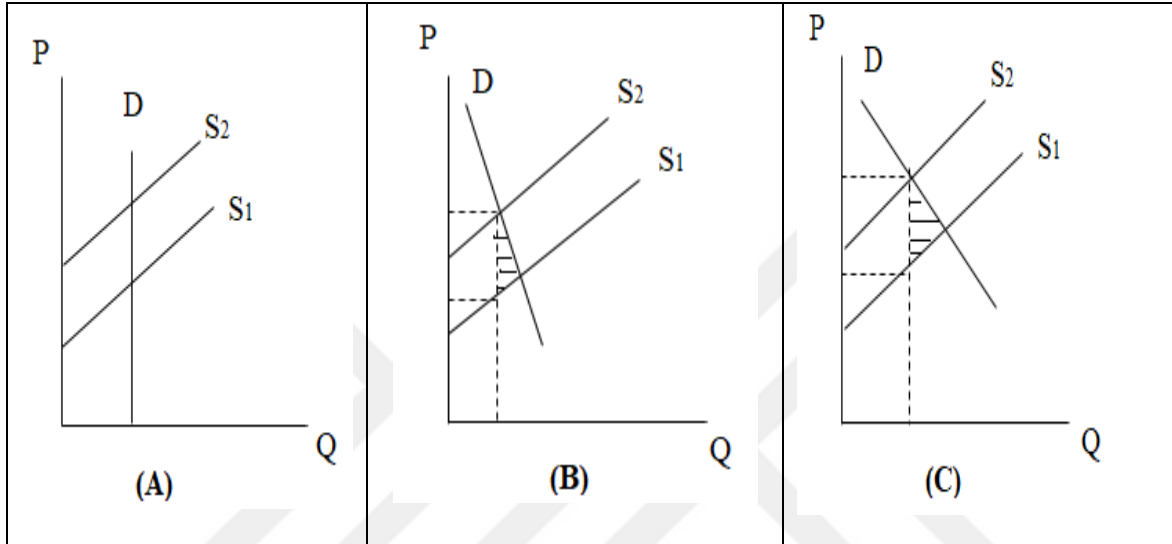
Türkiye'de tahsis esaslı vergilendirme söz konusu olmamakla birlikte ÖTV Kanunu¹⁴ 17.maddesine göre, III sayılı listede yer alan mallar üzerinden tahsil edilen ÖTV gelirlerinin %7,9'u Savunma Sanayi Destekleme Fonuna, %0,2'si de 4733 sayılı Kanunun 5.Maddesinde yer alan giderlere (TAPDK'ın giderlerine) ayrılmaktadır. Bu giderlerin ise “idari giderler ve sektörle ilgili araştırma-geliştirme faaliyetleri ile tütün ve alkol tüketiminden kaynaklanan kamusal, toplumsal ya da tıbbi nitelikteki her türlü zararlı etkileri önleyecek çalışmaları yönlendirerek organizasyonu sağlamak üzere gerekli gördüğü faaliyetlerin desteklenmesinden doğan giderler” olduğunu belirtmekte fayda vardır. Ancak TAPDK 2017 yılında çıkarılan 696 sayılı Kanun Hükmünde Kararname¹⁵ ile kapatılmış ve 82/2.Maddesi ile 4733 sayılı Kanunun 5.maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

¹⁴ 4760 sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu, 12/06/2002 tarih ve 24783 sayılı RG'de yayımlanmıştır.

¹⁵ 696 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 24/12/2017 tarih ve 30280 sayılı RG'de yayımlanmıştır.

4.1.1.2. Ramsey Kuralı

Bireylerin tüketim kararlarında değişiklik yapan vergi, hem üretici hem de tüketicinin refahında da bir değişikliğe neden olmaktadır. Vergileme ile ortaya çıkan bu refah kaybını azaltmak için Frank Ramsey'in önerdiği kural "Ramsey Kuralı" olarak literatüre girmiştir. Bu kurala göre talebi esnek olan mallardan daha az, talebi esnek olmayan mallardan ise daha fazla oranda vergi alınması gerekmektedir (Ramsey, 1927:58-59).



Grafik 4.2. Ramsey Kuralı ile Verginin Refah Kaybını Azaltma

Kaynak: Şen, Sağbaş, 2017:274.

Grafik 4.3'de (A) şeklinde talep esnekliği sıfır ve (B) şeklinde talep esnekliği sıfıra yakın iken (C) şeklinde ise talep esnekliği yüksektir. Ters esneklik kuralı da diyebileceğimiz Ramsey kuralına göre vergilerin neden olacağı refah kaybı (taralı alanlar kadar) talep esnekliği yüksek olanda daha fazla olacağı için talep esnekliği düşük olan mal ve hizmetlerin daha yüksek oranlarda vergilendirilmesi gerekmektedir.

Zorunlu tüketim malları olmak üzere birçok ürünün talep esnekliğinin sıfıra yakın olduğu düşünüldüğünde hangi ürünler için bu kuralın uygulanacağı net değildir, ayrıca dar gelirli kesiminde daha ağır bir vergi yükü ile karşılaşması muhtemeldir, bu da vergilemenin etkinlik-adalet ikilemi yarattığı ve Ramsey kuralının vergilemede etkinliği baz aldığını göstermektedir.

Bu kurala göre talebi esnek olmayan ürünler daha yüksek oranda vergilendirildiğinde bu ürünler için vergi geliri artarken, bu ürünleri tüketmekten vazgeçmeyenler tercihlerini diğer ürünlere olan taleplerini azaltmak şeklinde gösterebileceklerinden, taleplerini azalttıkları ürünlerin vergi gelirlerini düşürebilecektir.

Sigarada talep esnekliği sıfıra yakın olan ürünler içerisinde yer almakta olup, artan bağımlılık nedeniyle arttırılan vergiler tüketimi ve dolayısıyla refahı çok fazla etkilemeyecektir. Ancak bu görüşe "Sigara talebinin fiyat esnekliği o kadar düşük değil ki, ters esneklik gerekçesiyle ortalamanın üzerinde vergi oranları garanti ediliyor" düşüncesiyle karşı çıkanlar da bulunmaktadır (Laffer, 2014:48). Ayrıca sigara tüketiminin daha yoğun olduğu düşük gelirlielerde vergi yükünün daha da artması söz konusu olabilecektir.

4.1.2. Sigaranın Vergilendirilmesine İlişkin Sağlık Amaçlı Yaklaşımlar

Her geçen gün artan sigara tüketimi hem tüketenlerin sağlığını hem etrafındaki diğer insanların sağlığını hem de çevreyi olumsuz etkilemektedir. Dünyada her yıl 8 milyondan fazla insan sigara tüketimi nedeni ile hayatını kaybetmekte, 1,2 milyon insan ise sigara tüketmemesine rağmen sigara dumanının neden olduğu pasif içicilik nedeni ile hayatını kaybetmektedir (URL 5). Kanseri başta olmak üzere birçok solunum yolu hastalığına neden olan sigara tüketimi, bulaşıcı olmayan hastalıkların artma nedenleri arasında yer almaktadır. Türkiye’de de her yıl 65.300’den fazla insan sigara tüketimi nedeniyle hayatını kaybetmekte 186.000’den fazla çocuk ise sigara tüketmeye devam etmektedir (URL 6). Dünyadaki en yaygın atık parçası olarak belirtilen sigara izmaritlerinin çevreye zararı ise bir başka maliyettir. Türkiye’de her yıl 49.708 ton (nesli tükenmekte olan 9942 Afrika filinin ağırlığı kadar) sigara izmariti ve paketin zehirli çöp haline geldiği tahmin edilmektedir (URL 6). Sigara tüketiminin neden olduğu doğrudan ve dolaylı maliyetleri azaltabilmenin ilk yolu sigara tüketimini azaltabilmektir, sigara tüketiminin azaltılmasında ise en etkili yol sigaranın vergilendirilmesidir.

Birçok ülkede ilk üretildiği zamanlarda şeker, alkol ve tütün değiş-tokuş aracı olarak kullanılmaktaydı. Ancak tütün ekiminin karlı olması tütünün ekimi ile birlikte tüketimini de arttırmıştır. Bu ürünler yaşamın gereği haline gelerek evrenselleştiği için bu ürünlerin tüketimi de vergilendirmeye son derece uygun bulunmuştur (Smith, 1904:1265). Adam Smith, yazmış olduğu “Milletlerin Zenginliği” kitabında tüketim vergilerine değinmiş ve bunlar içinde şeker, alkol ve tütün ön plana çıkan vergilendirilebilir konular olmuş, hatta bu ürünler kimi kesimler için lüks olarak belirtilmiştir.

Tüketimi esnek olmayan ve bağımlılık yapan ürünlerin uzun vadede sağlığı olumsuz etkilemesi ve yaydığı negatif dışsallık ile de tüm toplumu etkilemesi bu ürünler üzerinden vergi alınmasını gerektirmekte ve bu vergi de “günah vergileri” olarak adlandırılmaktadır (Lorenzi, 2004:60). Günah vergileri ile amaç ahlaki olarak seçimi davranışlarına yansıtan

bireylerden erdemsiz malları tüketenlerin bu tüketimini kısmak, bir diğer ifade ile bu malları tüketerek kendisine ve çevresine zarar verenleri cezalandırarak bireyleri tüketimden caydırmaktır. Bu anlamda alkol, şekerli gıdalar ve tütün üzerinden alınacak vergiler bu sınıfa girmektedir. Sigara tüketimi ile ortaya çıkan sosyal maliyet ile özel maliyet arasındaki toplum aleyhine ortaya çıkan farkı önlemek için sigara tüketiminin azaltılması amacıyla alınacak vergiler ahlaki amaçlar taşımakta ve günah vergileri kapsamına da girmektedir.

Sigaranın vergilendirilmesi ile sigara tüketimi tamamen yok edilmese de azaltılabilir, ancak sigaraya olan talebin fiyat esnekliği¹⁶ önemlidir. Sigaranın talep fiyat esnekliği yüksek ise, artan fiyatlara tepki olarak sigara tüketimin azalması beklenmektedir (Hu, Mao, 2002:13). Talep fiyat esnekliği, talep edilen miktardaki değişimin fiyattaki değişime oranı olarak hesaplanmaktadır. Örneğin sigaranın talep fiyat esnekliği -0,6 ise ve sigara fiyatlarının yarısı vergilerden oluşuyorsa, vergi oranı 2 katına çıkarıldığında sigara fiyatı %50 artarken, sigara tüketim miktarı %30 azalacaktır.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde sigaranın talep fiyat esnekliği -0,5 ile -1,05 arasında değişmekte iken, sigara satın alma eğiliminin daha yüksek olduğu yüksek gelirli ülkelerde sigaranın talep fiyat esnekliği -0,25 ile -0,5 arasında değişmektedir (Ho vd., 2018:2). Düşük ve orta gelirli ülkelerde sigara talep fiyat esnekliğinin yüksek olması sigara üzerindeki vergi artışları ile birlikte sigara tüketim miktarının da azalacağını göstermektedir, ancak ne var ki bu azalış sigara fiyatlarındaki artış ile aynı oranda olmayacaktır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde 2025 yılına kadar sigara üzerindeki vergilerde üç kat bir artış yapıldığında sigara fiyatları iki kat artarken sigara tüketiminin %40 azalacağı tahmin edilmektedir (Jha, 2015: 919). ABD’de yapılan bir çalışma halk sağlığı politikası aracı olarak sigaralar üzerine yapılan vergi artışları sonrası sigara tüketim miktarının azaldığını ve bu azalışın 18-24 yaş arası gençlerde daha belirgin olduğunu göstermektedir (Sharbaugh, AlthouseI, Thoma, Lee, Figueredo, Mulukutla, 2018:9). Vergiler ile artan sigara fiyatları, özellikle gençlerin ve düşük-orta gelirli ülkelerin sigara tüketimini azaltmada etkili olmaktadır (Bader vd., 2011:4131). Vergi artışlarının özellikle gençlerin sigara tüketimini azaltması önemli bir gelişmedir, çünkü henüz bağımlılıkları artmadan tüketimden vazgeçmeleri daha kolay olmaktadır, hatta vergiler ile artan sigara fiyatları sigara tüketimine başlamayanları da vazgeçirebilecek bir güce sahiptir. Bu nedenle sigara tüketiminin azaltılması, genç yaşta

¹⁶ Talep fiyat esnekliği bir mal veya hizmetin fiyatındaki değişime karşı tüketim miktarında meydana gelen değişimin ölçümü olup, talep fiyat esnekliği hakkında ayrıntılı bilgi için bkz: Dinler, Z. (1998), İktisada Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, s.51-60.

sigara kullanımının azaltılması ve sigara tüketimine yeni başlayanların caydırılması açısından vergilendirme önemli bir araçtır.

Sigaranın vergilendirilmesi ile gelir elde edilmesi dışında sigara tüketiminin neden olduğu negatif dışsallığı ortadan kaldırmak ve sağlıklı bir toplum için sigara tüketim seviyelerinin azaltılması amaçlanmaktadır. Bu amaçlarla sigaranın vergilendirilmesi gerektiğine dair iki yaklaşım bulunmaktadır. Bunlardan birisi Pigocu vergileme bir diğeri ise Bhagwati Teoremidir.

4.1.2.1. Pigocu Vergileme

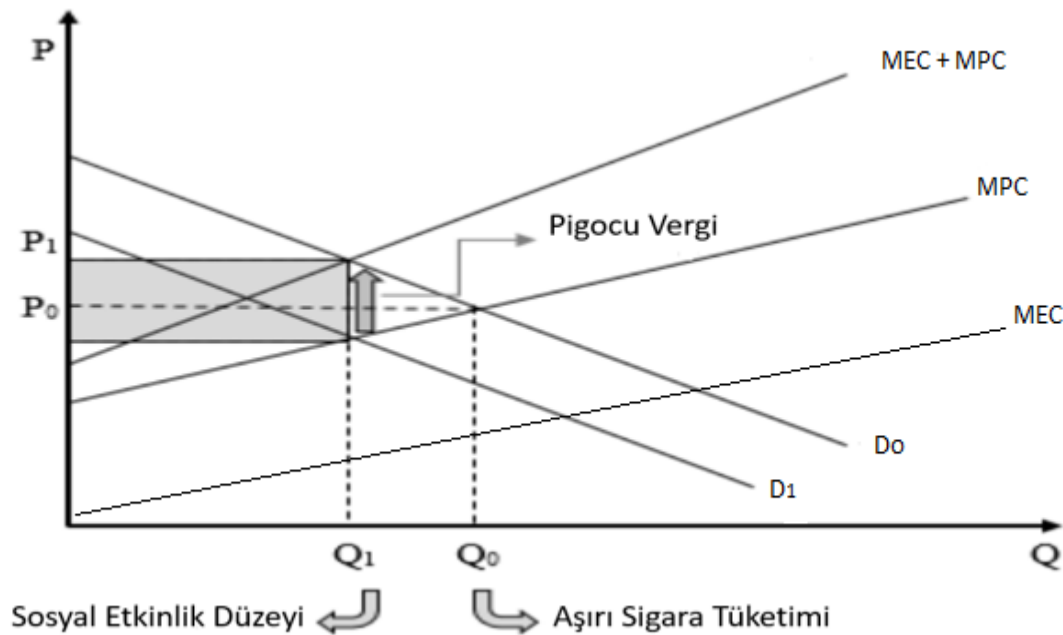
Tüketiciler tükettikleri malın faydasını maliyetine karşı tercih etmektedirler, bu maliyet tüketim yoluyla kendilerine verdikleri zararın yanında daha fazla bağımlılık yapan bir mal tüketerek kendilerine ek olarak zarar vermek şeklinde de olabilir. Sigarada bulunan nikotin, tüketenler üzerinde bağımlılık etkisi yaratmakta ve sigara tüketen bireyler sigaranın neden olduğu maliyetleri bilseler de sigara içmeye devam etmektedirler. Ancak sigara tüketiminin tüketen birey yanında toplumdaki diğer bireylere de doğrudan veya dolaylı maliyetleri vardır ve bunlar negatif dışsallıklar olarak tanımlanmaktadır (Chaloupka, Warner, 1999:56).

Sigara tüketimin doğrudan ve dolaylı maliyetlerinin hesaplanmasına yönelik birçok çalışma yapılmış olup bulgulardan bazıları şu şekildedir:

- 2005 yılı için Tayvan’da sigara bağımlığının neden olduğu verimlilik kaybı, 733 milyon \$, pasif içicilik nedeniyle oluşan tıbbi maliyetler ise 81 milyon \$ olarak hesaplanmıştır (Tsai, Wen, Hu, Cheng, Huang, 2005:33).
- 2011 yılı için Vietnam’da sigara tüketimine bağlı doğrudan maliyetler 592 milyon \$, dolaylı maliyetler ise 680 milyon \$ olarak hesaplanmıştır (Anh, Thu, Ross, Anh, Linh, Minh, 2014:1).
- 2013 yılı için ABD’de sigara tüketiminden kaynaklı işe gelememe maliyetleri 0-4 yıl için 1,216 \$, 5-10 yıl için 1,067 \$ ve 11 yıl ve daha üzeri için 1,172 \$ olarak hesaplanmıştır (Baker, Bruno, Emir, Li, Goren, 2018:493).
- 2014 yılı için Uganda’da sigara tüketimine bağlı doğrudan ve dolaylı maliyetler 41,56 milyon \$, verimlilik kaybı ise 84 milyon \$ olarak hesaplanmıştır (Nargis, Nyamurungi, Baine, Kadobera, 2017: 1153).
- 2015 yılı için Endonezya’da çoğunluğu erkek nüfusta toplanan sigara tüketiminden kaynaklı hastalıkların tedavi maliyetinin 2,177 milyon \$ olduğu ve bu tutarın

GSYİH'nın %2,5'una denk geldiği hesaplanmıştır (Kristina, Dwi, Wiedyaningsih, Fahamsya, Faizah, 2018:1).

Negatif dışsallık olarak ortaya çıkan bu doğrudan ve dolaylı maliyetleri azaltmak için kullanılabilecek en iyi araç vergilerdir. Pigou, vergilerin piyasa fiyatları sosyal maliyetlerinden daha düşük olan mallarda, malı tüketmenin marjinal maliyetini marjinal sosyal maliyete yükseltmek için kullanılabileceğini öne sürmektedir (Chaloupka, Warner, 1999:26). Bu ifadeye göre sigaradan alınacak optimal vergi gelirleri, sigaranın ürettiği net dış maliyetlere eşitlenmelidir.



Grafik 4.3. Sigara Tüketiminin Negatif Dışsallığı

Kaynak: URL 30'dan yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Sigara tüketen kişi sigaraya ödediği fiyat ile faydayı satın almıştır ancak pasif içiciler bu tüketimden zarar görmektedir. Grafik 4.1’de ifade edildiği üzere sigara tüketiminin neden olduğu negatif dışsallığı içselleştirmek için devlet vergiler ile sigaranın fiyatını arttırarak, marjinal özel maliyeti (MPC), marjinal dışsal maliyete (MEC) eşitlemeye çalışmaktadır. Sigara tüketimini azaltmayı (D0’dan D1’e) ve tüketim seviyesinin sosyal etkinlik düzeyine (Q1) gelmesini, (marjinal özel fayda ile marjinal sosyal faydayı eşitlemeyi) sağlamaktadır. Kısaca Pigocu vergiler sigara tüketiminin sağlık üzerindeki sonuçlarından kaynaklanan dışsallığı azaltmak veya yok etmek için kullanılmakta, tüketicilerin tüketim kararlarını etkilemektedir. Hem sigara tüketiminin azalmasını sağlaması hem de devlete gelir sağlaması (taralı alan kadar) yönüyle Pigocu vergiler tam bir kazan-kazan politikası niteliğindedir. Ancak burada arz ve talep esnekliklerinin birbirine eşit olduğu varsayılmakta ve vergi,

Üretici ile tüketicici arasında bllmektedir. Ancak sigara talebi esnek olmayan bir mal olduğundan (fiyattaki artıa rağmen tüketimin çok az azalması), üretici verginin büyük bir kısmını tketiciciye yansıtabilecektir.

Bu vergilemede tanımlanması ve hesaplanması gereken şey dışsal maliyetler olup, sigara tüketiminden kaynaklı toplam dışsal maliyetlerin hesaplanmasında, hem sigara tüketenlerin özel maliyetlerinin hem de pasif içicilerin sosyal maliyetlerinin birlikte hesaplanması gerektiği görüşüne karşı sigara tüketenlerin özel maliyetlerinin hesaba katılmaması gerektiği görüşünde olanlar da vardır. (Gruber, Kszegi, 2004:1961- 1981). Bu görüş farklılıklarından dolayı sigara tüketiminden kaynaklı toplam dışsal maliyetlerin hesaplanmasında hangi faktörlerin göz önüne alınacağı net değildir.

Negatif dısallıkları azaltmada vergiler dışında kullanılabilecek bir diğer yöntem ise Coase teorisi olup, pasif sigara içenler uygulamada zor da olsa sigara tketenlerden bir ödeme talep edebilirler (Savaan, 2012:261). Öyle ki Kapalı alanlarda sigara tüketiminin yasaklanması ile aslında sigara tüketenlere kesilen cezalar sigara içmeyenler için yapılan bir ödeme olarak değerlendirilebilir.

4.1.2.2. Bhagwati Teoremi

Jagdish Bhagwati, ekonomik olmayan hedeflere yönelik (sağlık gibi) politikaların belirlenmesinde tüketim seviyesinin azaltılması amacıyla üretim veya faktör vergisi sübvansiyonu, tarife ve tüketim vergilerinden birini önermektedir (Bhagwati, 1969:4-5). Sübvansiyonlar negatif vergilemedir, tarifeler ise ithal malların fiyatını arttırdığından, ülke içinde girdi olarak kullanılan mallarda verimliliği olumsuz etkileyebilecektir. Bir diğer ifade ile üretim ve faktör vergisi ile tarife uygulamaları doğrudan tüketim seviyeleri üzerinde etkili olmayacağından bu politika araçlarının uygulanması yanlış sonuçlar verecek ve “kısırlatıran bir büyümeye” neden olabilecektir (Bhagwati, 1969:22). Bu nedenle de ekonomik olmayan hedef doğrultusunda tüketimi azaltmak için en etkili politika aracı tüketim vergileridir ki birçok ülkede tüketim vergilerinin genel vergi gelirleri içerisindeki oranı, sağlık ve temiz çevrenin öneminin artması ile gün geçtikçe artmaktadır. Tüketimin azaltılması için özel olarak vergilendirilen ürünler sigara, tütün, alkol ve obeziteye neden olan ekerli ürünlerdir.

Ekonomik olmayanlar hedefler doğrultusunda uygulanan politikalar, teknik olarak verimlilikten ziyade refahı iyiletirmektedirler. Sigara vergileri de buna örnektir, çünkü bu vergiler ile amaç ekonomik olmaktan ziyade sigara tüketimini azaltmak ve halk sağlığını

iyileştirmektedir. Bunun için de hükümetin yapması gereken; tüketim davranışını vergilendirmek, tüketim davranışını sübvans etmek ya da bir şekilde tüketimi azaltmak için harcama yapmaktır (Bhagwati, 1969:14-15). Sigara tüketiminde daha doğrusu sigara tüketimini azaltma davranışını sübvans etmek ve bunun kontrolünü sağlamak hem zor hem de maliyetlidir. Sigara içen ve içmeyenlerin takibi ve sübvans edilenlerin sigara kullanmadıklarının (sigara tüketimini bıraktıklarının) takibi zor bir iştir. Sigara tüketimini azaltmak için bu ürünlerin reklam ve sponsorluklarının yasaklanması, sağlığa zararları konusunda uyarılar ve önlemler alınması ise kamusal harcamaların yapılması anlamına gelmektedir. Tüketimin vergilendirilmesi hükümete ek bir vergi geliri sağlarken diğer iki seçenek hükümet için ek bir harcama gerektirdiğinden genel olarak tercih edilen tüketimin vergilendirmesidir. Ancak her üç seçeneğin ortak bir kombinasyonu sağlandığında ekonomik olmayan hedeflere ulaşmak daha kolay ve başarılı olabilecektir. Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sigara üzerinden alınan vergiler yanında, tütün ürünlerinin kullanımı ile mücadele konusunda öne çıkan kontrol politikaları buna en iyi örnektir.

4.2. Sigaranın Vergilendirilme Amaçları

Vergiler mali, ekonomik ve sosyal amaçlarla devletin egemenlik gücüne dayanarak topladığı en önemli gelir kaynağıdır. Sigaranın vergilendirilmesine ilişkin yaklaşımlar çerçevesinde sigaranın vergilendirilme amaçları şekillenmektedir. Sigara ve diğer tütün mamulleri üzerinden alınan vergilerde mali amaç gelir elde etmek iken, sosyal amaç sigara ve tütün tüketimini azaltarak bireylerin sağlık düzeyini iyileştirmektedir. Sigara ve diğer tütün mamulleri tüketiminin sağlık ve ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri pasif içicilik gibi olumsuz dışsallıklarla da kendini göstermektedir. Bireylerin sigara tüketimi için gelirlerinden harcadıkları paralar ile sigara tüketiminden kaynaklı hastalıkların tedavisinde yapılan harcamalar doğrudan maliyetler iken sigara tüketimi nedeni ile yaşanan verimsizlik, işgücü kaybı ve sigara izmaritleri ile çevreyi kirletmek gibi maliyetler ise dolaylı maliyetlerdir.

Vergiler tütün kontrol politikalarının da bir aracı olup, özellikle sigaraların vergilendirilmesi ile negatif dışsallıkların azaltılması, sigara tüketiminin azaltılması ve devlete gelir sağlanması amaçlanmaktadır. Tayvan’da yapılan bir çalışmada tütün üzerinden alınan vergilerin arttırılmasının sağlığa olumlu etkileri yanında devlete de ek gelir kaynağı olacağı belirtilmektedir (Lee, Liao, Ye, Liao, 2005: 73). Sigara tüketiminin azaltılmasında maliyet etkinliği en yüksek aracın vergiler olduğu, sigara ve diğer tütün mamullerine ek bir vergi artışının tütün kullanımını azaltacağı yönünde çalışmalar yapılmıştır (Hu, Mao, Shi, Chen,

2010:58). Tütün üzerindeki vergilerde yapılan artış ile (sigara fiyatlarının da artması) özellikle genç yaşta sigara kullanmaya başlayanların sigara tüketiminin azaldığı yönünde de çalışmalar yapılmıştır (Bader, Boisclair, Ferrence, 2011:4118).

Sigara fiyatlarının artmasının özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki bireylerde, yüksek gelirli ülkelerde ise eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düşük olan bireylerde tüketime etki ettiği gözlemlenmiş (Chaloupka, Hu, Warner, Jacobs, Yurekli, 2000:237), özellikle sigara üzerindeki vergi artışlarının düşük ve orta gelirli ülkelerde tüketimi azalttığı gözlemlenmiştir. (Ho, Schafferer, Lee, Yeh, Hsieh, 2018) .

Sigara üzerinden alınan vergilerde tüm Dünya’da %10 oranında bir artış yapıldığında ülkeden ülkeye değişmekle birlikte devlet gelirlerinin yaklaşık %7 oranında artacağı, böylelikle sigara tüketiminin yüksek gelirli ülkelerde %4, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %5 azalacağı tespit edilmiştir (World Bank, 1999:72-73).

Sigara üzerinden alınan vergiler ile amaç;

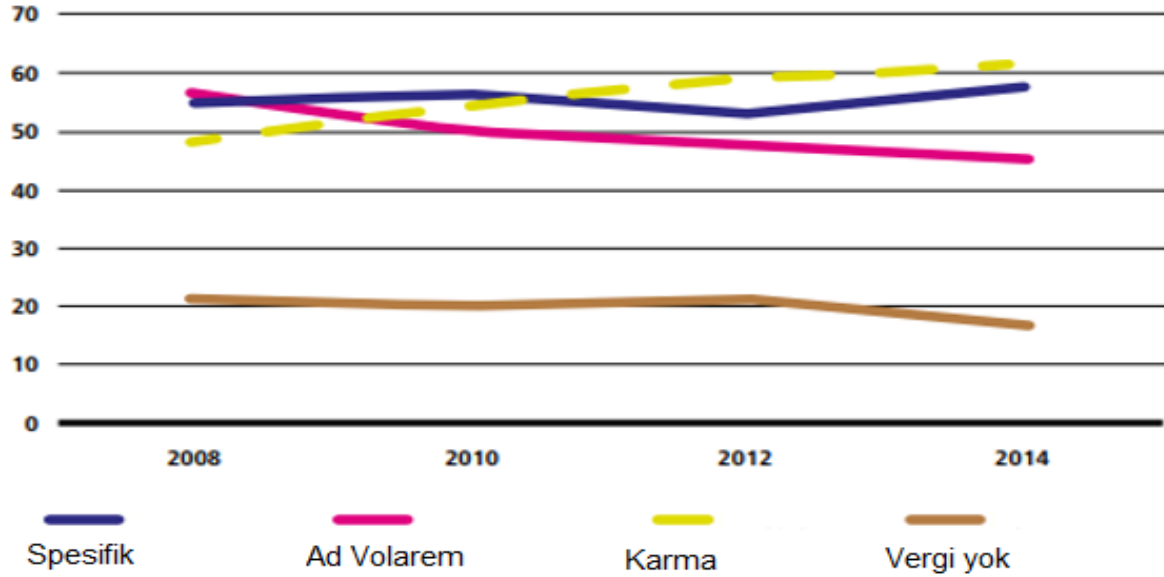
- ✓ Sigara tüketimi nedeniyle artan sağlık maliyetlerini azaltmak,
- ✓ Sigara tüketimini azaltarak verimli iş gücünü arttırmak,
- ✓ Üretim artışı ile gelir vergisinde de artış sağlayabilmek,
- ✓ Sigara tüketimine bağlı hastalık ve ölüm oranlarını azaltmak,
- ✓ Sağlıklı yaşam yıllarını uzatmaktır.

Bir diğer ifade ile sigaranın vergilendirilmesi ile sigara tüketiminden kaynaklı negatif dışsallıkların içselleştirilmesi ve sigara tüketiminin azaltılması sağlanır, ayrıca devlete gelir sağlanmış olur.

4.3. Sigaranın Vergilendirilme Yapısı

Sigara ve diğer tütün mamulleri üzerinden alınan vergileri artırarak, sigara kullanımını azaltmak mümkün iken belki de en az kullanılan MPOWER önlemi vergilerdir. Dünyadaki 460 milyon insandan sadece 17 milyon insanın sigara ve diğer tütün mamullerine uygulanan yüksek vergi oranları ile sigara ve diğer tütün mamulleri zararlarına karşı korunduğu ve bu ülkelerde sadece KDV değil, çeşitlendirilmiş vergilendirme yapılarına da başvurulduğu görülmektedir (WHO, 2015:80-81). Grafik 4.4’de Ülkelerin sigara ve diğer tütün mamullerine yönelik vergi yapılarındaki değişim verilmekte ve karma sistem ile spesifik sisteme geçişlerdeki artış belirtilmektedir. Fas ve Kongo 2012-2014 yılları arasında tütün ve tütün mamullerine yönelik sadece KDV uygularken karma sisteme geçen, Türkiye 2013

yılında karma sisteme geçen, Pakistan ve Bahamalar ise spesifik vergi sistemine geçen ülkelerdir (WHO, 2015: 80).



Grafik 4.4. Sigaranın Vergilendirilme Yapısındaki Değişim (2008-2014)

Kaynak: WHO, 2015:81.

Özel tüketim vergileri genel olarak spesifik ve ad valorem yapıya sahip olup, her iki yapının da kullanıldığı karma bir yapı da söz konusudur. Spesifik tüketim vergileri ürünlerin birimi başına sabit bir parasal değer (maktu) iken ad valorem tüketim vergileri ise ürünlerin birim fiyatı üzerinden alınan değer esaslı (nispi) bir oran vergisidir. Her iki yapıda da ülkeden ülkeye, üründen ürüne uygulama şekli farklı olmakla birlikte genel anlamda tüketicinin ödediği miktar ile üreticinin aldığı miktar arasındaki fark devlete vergi geliri olarak ortaya çıkmaktadır.

Sigaranın vergilendirilmesinde amaç sigara tüketimini azaltmak, sağlığı iyileştirmek ve gelir elde edilmesidir. Bu üç amacın birlikte gerçekleştirilmesi ise güçtür. Dışsallığı azaltacak bir vergi oranının hesaplanması gelirin maksimize edileceği vergi oranının hesaplamasından daha karmaşık olduğu için sigaranın vergilendirilmesinde etkin vergi oranının belirlenmesi zordur (Bird, 2015:8). Sigaranın vergilendirilme yapısı belirlenirken, bu amaçlar göz önüne alınarak politik açıdan kabul edilebilir bir oran belirlenmeye çalışılmalıdır.

Sigaranın vergilendirilmesinde vergi tabanı tütünün ağırlığı, miktarı (paketteki sigara çubuğu), fiyatı veya bunların bir kombinasyonu şeklinde belirlenebilmektedir. Ülkeler aynı kategorideki ürünlere aynı oranların uygulandığı tek aşamalı veya farklı kategorilerdeki

ürünlere (sigara boyutu, filtresi, fiyatı) farklı oranların uygulandığı çok aşamalı bir sistem uygulayabilmektedir (Laffer, 2014:145).

Şekil 4.3’de sigaranın vergilendirilme yapısı örnekleri verilmiş olup, her ülkenin içinde bulunduğu coğrafya ve ekonomik koşullar gereğince sigaralar için farklı bir vergilendirme yapısına sahip olduğu görülmektedir. Örneğin, Norveç ve ABD sigaralar için miktar üzerinden tek aşamalı bir vergilendirme yapısına sahipken, Venezuela değer üzerinden tek aşamalı bir vergilendirme yapısına sahiptir. Avustralya ve Yeni Zelanda sigaralar için hem ağırlık hem de miktar üzerinden (hangisi daha yüksekse o verginin kabul edildiği) ikili vergilendirme yapısına sahipken, İngiltere, İsveç, Meksika ve Mısır ise karma bir vergilendirme yapısına sahiptir. Almanya, İsviçre, Çek ve Türkiye ise miktar ve fiyat üzerinden karma aynı zamanda da minimum bir miktar ya da tutarın baz alındığı bir vergilendirme yapısına sahiptir. Şekilde yer alanlar dışında Endonezya gibi ürünün ağırlığı, miktarı ve değeri gibi pek çok faktörün rol aldığı çok aşamalı yapıya sahip farklı ülkeler de vardır¹⁷.

Vergilendirilebilir matrah			
	Ağırlık (gram)	Miktar (Dal)	Değer (Fiyat)
Tek Aşamalı	Tek	Norveç, ABD	Venezuela
	İkili	Avustralya, Yeni Zelanda	Avusturya, Sudi Arabistan
	Karma	İngiltere, İsveç, Meksika, Mısır	
	Karma-Min	Almanya, İsviçre, Çek, Türkiye	
Çok Aşamalı	Tek	Gürcistan	Hindistan, Japonya, Bangladeş
	Karma	Çin, Brezilya,	
	Karma-Min	Ukrayna	

Şekil 4.3. Sigaranın Vergilendirilme Yapısı Örnekleri

Kaynak: Laffer, 2014:145 ve eklerinde yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

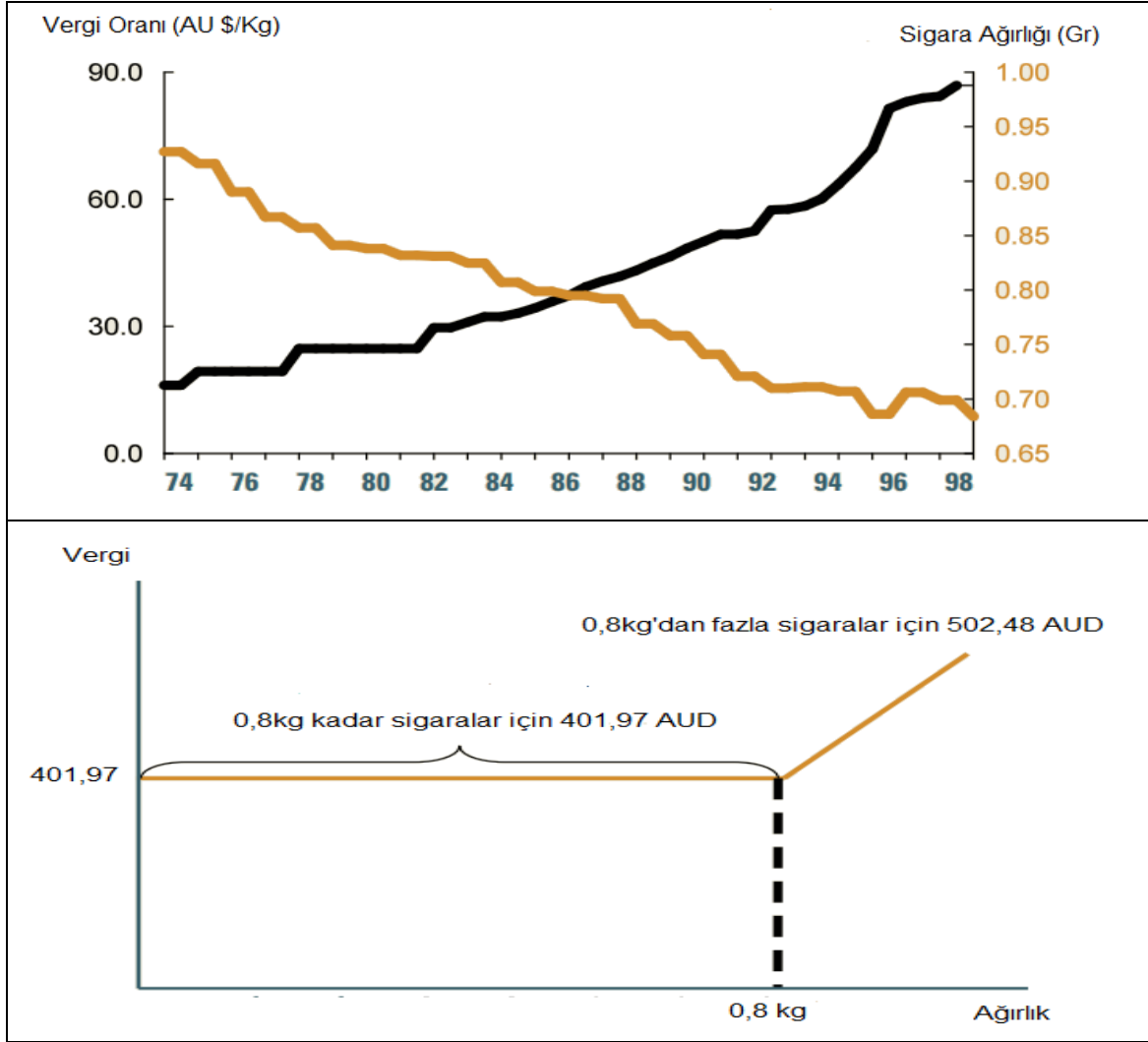
¹⁷ Ülkelerin sigara vergilendirme yapılarına dair ayrıntılı bilgi için bkınız: Laffer, 2014: 322-348.

Sigaranın vergilendirilme yapısı genel olarak spesifik, ad valorem ve karma şeklinde ayrılan tüketim vergileri ile katma değer vergisi (KDV)'den oluşmaktadır. Bunun dışında sigaralar üzerinden ithalat vergileri ile ülkelerin farklı amaçlarla aldığı ek vergiler de söz konusu olabilmektedir, ancak bu vergilerdeki herhangi bir değişikliğin sağlık üzerindeki etkileri diğer vergiler kadar etkili olmamaktadır. Bu nedenle çalışma kapsamında özel tüketim vergileri içerisinde yer alan spesifik vergiler ve ad valorem vergiler ile bir ad valorem vergi türü olan KDV ve hem spesifik hem de ad valorem vergilerin birlikte alındığı karma vergiler dikkate alınmaktadır.

4.3.1. Spesifik Vergiler

Spesifik vergiler, vergi konusu ürünün ağırlık, hacim, uzunluk ve benzeri gibi miktarları üzerinden alınan parasal tutarlardır. Genellikle sadece satılan tütünün ağırlığı veya miktarının bilinmesi gerektiğinden hem yönetimi kolay hem de marka ve fiyat değişimlerinden etkilenmediği için vergi gelirini tahmin etmek kolaydır. Ancak sigarayı tütün ağırlığını baz alarak vergilendiren ülkelerde karşıt tepki olarak sigaradaki tütün ağırlığının düşürülebildiği gözlemlenmiştir. Grafik 4.5'de Avustralya'da 1974 yılından 1998 yılına kadar (24 yıl) sigarada tütün ağırlığı bazlı verginin artırılması sonucu, bir sigaradaki tütünün ortalama ağırlığının %26 düştüğü görülmektedir. Bunun sonucunda oluşan vergi erozyonu¹⁸ nu azaltmak için Avustralya 1000 sigara için 0,8kg kadar sabit bir vergi, 0,8kg üzerinde ise kg başı bir vergi getirme yoluna gitmiştir.

¹⁸ Vergi Erozyonu: bir ülkedeki ekonomik değerler sabitken vergi kaçırma, vergiden kaçınma vb gibi nedenlerle vergi matrahında meydana gelen azalmadır. Ayrıntılı bilgi için Bknz: Şen, Sağbaş, 2017:181.



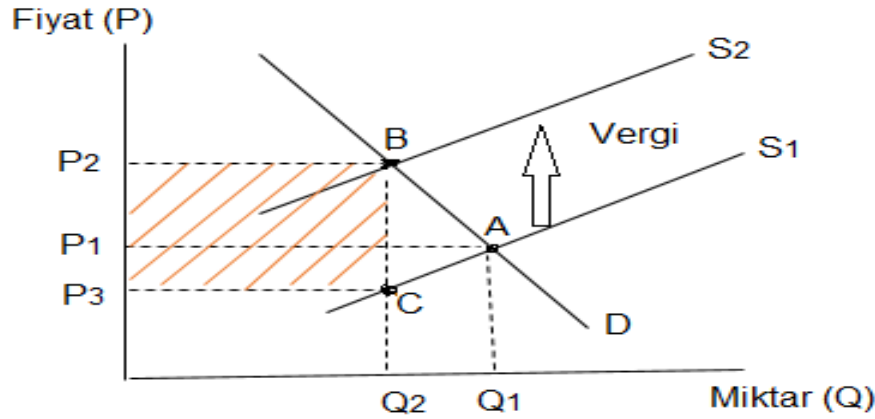
Grafik 4.5. Avustralya’da Sigaranın Ağırlık Bazlı Vergilendirilmesi

Kaynak: Laffer, 2014:148-149.

Spesifik vergilerde ağırlık değil paket olarak vergilendirmenin baz alınması ise dikkat edilmesi gereken bir husustur. Bu durumda sigara paketinde kaç dal sigara olacağı, gramı, hatta sigara dalının boyunun belirtilmesi bile önemli olabilmektedir. Genel kural olarak bir pakette 20 dal sigara olmakla birlikte bu arttırılabilir veya daha uzun sigaralar çıkarılabilir. Bu gibi sebeplerden dolayı vergi erozyonu oluşmaması için AB, 2011 yılındaki “Tütün ürünlerinin vergilendirme yapısı ve oranları” başlıklı direktif ile ağızlık veya filtre hariç 8 cm’den uzun ancak 11 cm’den kısa sigaraları iki, 11 cm’den uzun ancak 14 cm’den kısa sigaraları ise üç sigara olarak kabul etmektedir (EU Directives, 2011, Article 3-4).

Spesifik vergilerde vergi erozyonunun oluşmaması ve sağlık açısından yarar sağlanabilmesi için yapılacak bir diğer şey ise ülkedeki enflasyona dikkat edilmesi, enflasyona bağlı olarak yıl içinde vergi tutarlarının değiştirilmesidir. Ancak enflasyon karşısında spesifik vergiler “yapışkan” bir diğer ifade ile değiştirilmesi güç bir yapıya sahiptir (Bird, 2015:10). Spesifik

vergiler ile devletin elde ettiği gelir Grafik 4.6’da gösterilmektedir. Vergi öncesi arz ve talep (S_1-D), A noktasında (P_1-Q_1) dengede iken vergi sonrası arz eğrisi S_2 olarak yukarı kayacağı için tüketiciler P_1 fiyatından ürün alırken P_2 fiyatından ürün almak durumunda kalacak, üreticiler ise P_3 fiyatı yerine P_2 fiyatından ürün satmak zorunda kalacaktır. Aradaki fark ise (taralı alan kadar) devletin vergi gelirini ifade etmektedir.



Grafik 4.6. Sigarada Spesifik Vergi Geliri

Kaynak: Laffer, 2014:93’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Sigaranın vergilendirme yapısında ülkelerin aynı kategorideki ürünlere aynı vergi tutarlarının uygulandığı tek aşamalı veya farklı kategorilerdeki ürünlere (sigara boyutu, filtresi, fiyatı) farklı vergi tutarlarının uygulandığı çok aşamalı bir sistem uygulayabileceğini belirtmiştik. Spesifik vergilendirme yapısında çok aşamalı sistemler tercih edildiğinde her ülkenin yapısına göre değişen şekillerde farklı kategorideki ürünler için farklı tutarlar uygulanmaktadır. Tablo 4.5’de Hindistandaki çok aşamalı sigara vergilendirilme yapısı örneği verilmektedir. Hindistan’da filtreli ve filtresiz sigaralarda uzunluğa göre ayrı ayrı ve sigara kağıdı yerine tendu ağacı yaprağına sarılan sigaralarda (Bids) el yapımı ve makine yapımı oluşuna göre farklı spesifik vergi tutarları belirlenmiştir. Uzunluğa göre vergi tutarlarının arttığını ve aynı uzunluktaki filtresiz sigaradaki vergi tutarlarının filtreliye göre daha fazla olduğunu, ayrıca el yapımı Bids sigaralarda da vergi tutarlarının makine yapımı göre daha düşük olduğunu görmek mümkündür.

Sigara Çeşidi	Aşamalar	Spesifik Oran (INR)
Filtreli Sigaralar	Tütün yerine geçen Sigaralar	1,661
	Uzunluğu 65 mm kadar	669
	Uzunluğu 65 -70 mm arası	1,409
	Uzunluğu 70-75 mm arası	2,027
	Uzunluğu 75-85 mm arası	2,725
	Uzunluğu 85 mm'den fazla	3,290
Filtresiz Sigaralar	Uzunluğu 60 mm kadar	669
	Uzunluğu 60-65 mm arası	764
	Uzunluğu 65-70 mm arası	2,027
Bids	El Yapımı	13
	Makine Yapımı	32

Tablo 4.5. Hindistanda Çok Aşamalı Sigara Vergileri

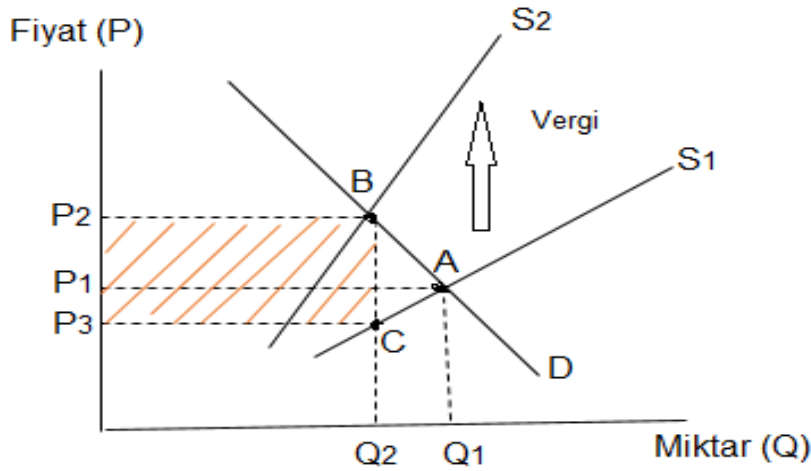
Kaynak: Laffer, 2014:150.

Endonezya da sigaranın vergilendirilmesinde çok aşamalı yapıyı kullanan ülkelerden birisi olup, vergilendirme aşamaları sigaranın tipi (piyasanın %92'si kretek adıyla anılan karanfilli sigaralar, %8'i de geleneksel beyaz sigaralar), yıllık sigara üretim hacmi, perakende satış fiyatı ve üretim şeklinin (el yapımı, makine yapımı) kombinasyonundan oluşmaktadır (Laffer, 2014:151).

Hindistan ve Endonezya örneği dışında Japonya'da da sigaralar kalitesine göre sınıflandırılarak vergilendirilmekte, Filipinler'de ise sigaralar yıllık tüketim oranları ve enflasyona bağlı bir şekilde perakende satış fiyatına göre vergilendirilmekte olup, geleneksel-yerel sigara üretiminin olduğu ülkelerde çok aşamalı vergilendirme sistemi uygulamaları daha fazla görülmektedir (Laffer, 2014:152-154).

4.3.2. Ad Valorem Vergiler

Ad valorem vergilerde vergi oranı, bir fiyatın genellikle de takibi kolay olduğu için perakende satış fiyatının yüzdesi olarak alınmaktadır. Ad valorem vergilemede vergi gelirleri spesifik vergilerdeki gibi sadece üretim hacmine değil, fiyatlara ve tüketici tercihlerine de bağlı olarak değişmektedir. Değer esaslı vergi bir yüzde olduğu için arz eğrisini tek düze olarak kaydırmayacaktır. Ad valorem vergiler ile devletin elde ettiği gelir (tüm sigaraların aynı olduğu ve aynı fiyata satıldığı durumda) Grafik 4.6'da gösterilmektedir.



Grafik 4.7. Sigarada Ad Valorem Vergi Geliri

Kaynak: Laffer, 2014:94'den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Vergi öncesi arz ve talep (S1-D), A noktasında (P1-Q1) dengede iken vergi sonrası arz eğrisi S2 olarak yukarı kayacağı için tüketiciler P1 fiyatından ürün alırken P2 fiyatından ürün almak durumunda kalacak, üreticiler ise P3 fiyatı yerine P2 fiyatından ürün satmak zorunda kalacaktır. Aradaki fark ise (taralı alan kadar) devletin vergi gelirini ifade etmektedir. Sigara üzerinden elde edilen ad valorem vergi geliri spesifik vergi geliri ile karşılaştırıldığında (Grafik 4.6 ve Grafik 4.7), ad valorem vergilemede spesifik vergilemeye göre vergi gelirinin azaldığı görülmektedir.

Ad valorem vergiler sigara markaları arasındaki fiyat farklılıklarını arttırmaktadır. Sigara fiyatları düzenli arttığında vergi gelirleri artarken, tüketicinin daha az vergilendirilen ucuz sigaralara yönelmesi de artacak bu da sağlığa daha zararlı olan sigaraların tercihinin yol açacaktır. Bu nedenle ad valorem vergiler ile devlet gelirini ve sağlığın iyileştirilmesini garanti etmek zordur.

Ad valorem vergilerde belirlenmesi gereken en önemli şey verginin hangi fiyat üzerinden alınacağıdır; perakende satış fiyatı, toptan satış fiyatı, ithalat veya fabrika satış fiyatı. Örneğin Tayland'da sigaranın vergilendirilmesinde yerli ürünler için net fabrika çıkış fiyatı, ithal edilen ürünler için ise CIF fiyatı (maliyet, sigorta ve navlun) baz alınarak ad valorem vergi yapısı uygulanmaktadır (Laffer, 2014:157).

Perakende satış fiyatı baz alındığında vergiye tepki olarak perakendeci tarafından ürünler daha yüksek fiyata satılabilir. Örneğin ad valorem vergi oranı perakende satış fiyatının %50si olarak belirlendiğinde perakende satış fiyatı 10 lira olan bir sigaranın vergisi, 5 lira

olacaktır. Perakendeci sigarayı 10 lira yerine 11 liraya sattığında vergisi 5,5 lira olacaktır ancak devlete 5 lira olarak vergi ödeneceğinden devlet için bir vergi kaybı (0,5 lira) yaratacaktır. Bu nedenle alınacak vergi oranı ile birlikte perakende satış fiyatının da önceden belirlenmesi gerekmektedir. Örneğin İsrail’de perakende satış fiyatlarının arttırılmasını engellemek için sigaranın vergilendirilmesinde matrah “ticari toptan satış fiyatı artı %10” olarak yeniden belirlenmiştir, ancak birkaç yıl iyi işleyen sistem keyfilik olarak eleştirilince vergi matrahı tekrar değiştirilerek “toptan eşya fiyatı” baz alınmıştır (Laffer, 2014:158-159).

Spesifik vergilerde olduğu gibi ad valorem vergilerde de farklı fiyat aralıkları için farklı vergi oranlarının uygulandığı çok aşamalı bir yapı söz konusu olabilmektedir. Örneğin Senegal’de net fabrika çıkış fiyatı paket başına 250 Orta Afrika Frangı üzerinde olan sigaralar için net fabrika çıkış fiyatı üzerinden %45’lik bir vergilendirme, net fabrika çıkış fiyatı paket başına 250 Orta Afrika Frangı altında olan sigaralar için ise net fabrika çıkış fiyatı üzerinden %40’lık bir vergilendirme yapılmaktadır (Laffer, 2014:161).

Ad valorem vergiler idaresi karmaşık olmakla birlikte enflasyondan daha az etkilenmektedir. Bu nedenle enflasyonun yüksek olduğu ülkelerde ad valorem vergi yapısının uygulanması daha kolaydır, bir diğer alternatif olan spesifik vergilendirme yapısı söz konusu ise vergi tutarlarının tüketici fiyat endeksi baz alınarak düzenlenmesi gerekmektedir. Benzer şekilde bir ülkede vergi idaresi sorunlu ya da sıkıntılı ise ürünün miktarını belirlemek değerini belirlemekten daha kolay olduğu için spesifik bir vergileme yapısının tercih edilmesi gerekmektedir.

Sigara için spesifik ve ad valorem vergilendirme yapısının farkları Tablo 4.6’da verilmektedir. Tablodan da anlaşılacağı üzere her vergileme yapısının avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Örneğin ad valorem vergilerde vergi gelirini korumak için herhangi bir devlet müdahalesine gerek olmaması avantajlı bir durum iken fiyatların sürekli izlenmesi ve denetlenmesi gerekliliği ise vergi idaresi açısından dezavantajlı bir durumdur. Bu nedenle ülkelerin içinde bulundukları ekonomik durum ve vergilendirme ile amaçladıklarının ne olduğu vergilendirme yapısının seçilmesinde önem arz etmektedir.

Konu	Spesifik V.	Ad Valorem V.
Matrah	Ürün miktarı (Sigara sayısı)	Ürün değeri (Sigara fiyatı)
Fiyat Farkı Etkisi	Parasal olarak fiyat farkını korur, Yüzdelik bazda fiyat farkını azaltır	Parasal olarak fiyat farkını artırır, Yüzdelik bazda fiyat farkını korur
Yüksek Enflasyon Altında Devlet Vergi Geliri	Tüketici Fiyat İndeksine göre ayarlandığında korur	Tüketici Fiyat İndeksine göre ayarlanmasına gerek olmadan korur
Vergi İdaresi Kolaylığı	Ürün hacminin belirlenmesi gerektiğinden nispeten kolay	Fiyatların sürekli izlenmesi ve denetlenmesi gerektiğinden zor
Perakende Fiyatına Etkisi	Daha ucuz ürünler için daha yüksek fiyatlara neden olur	Üreticileri daha az vergi ödeyecek daha düşük fiyatlı ürünlere teşvik ederek daha düşük fiyatlara neden olur
Yerli Markaları Koruma	Korumaz	Fiyata bağlı olduğu için yerli markaları korur
Vergiden Kaçınma	Üretici paket boyutu ya da sigara uzunluğu ile vergiden kaçınabilir	Kötüye kullanımı engellemek için minimum fiyat ayarlaması yapılabilir

Tablo 4.6. Sigarada Spesifik ve Ad Valorem Vergi Farkı

Kaynak: Laffer, 2014:96 ve Yürekli, Beyer, 2001:29'dan yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Her iki yapıdan biri tercih edilebileceği gibi sigaraların fiyat ve kaliteleri farklı olacağından iki yapının bir kombinasyonu da ikili bir vergileme sistemi olarak tercih edilebilmektedir. Örneğin belli tutar ve miktarı geçmeyen sigaraya kadar fiyatın bir yüzdesi alındığında minimum bir tutar belirlenmiş olmakta ve iki yapı birden tercih edilmiş olmaktadır.

4.3.2.1. Katma Değer Vergisi

Ad valorem vergilerin sigara açısından uygulanma biçimlerinden birisi de Katma Değer Vergisidir. Katma Değer Vergisi (KDV), işletmeler tarafından toplanılan ve nihai tüketici tarafından ödenen bir tüketim vergisidir. KDV'de matrah, mal teslimlerinde ve hizmet ifalarında bu mal ve hizmetin karşılığını teşkil eden bedeldir. Bir diğer ifade ile karşılığında her ne suretle olursa olsun alınan veya bunlarca borçlanılan para, mal ve diğer suretlerde sağlanan ve para ile temsil edilebilen menfaat, hizmet ve değerler toplamıdır. Mal veya hizmeti satın alan, satın alma fiyatı üzerinden KDV öderken satıcılar ise devlet için KDV tahsil eden konumundadır.

KDV oranı nominal ve efektif KDV oranı olarak farklılaşmaktadır. Nominal KDV oranı KDV'nin kendisinden önce uygulanan oran iken, efektif KDV oranı nihai perakende fiyatının yüzdesi olarak ifade edilen orandır. Örneğin 100 lira olan bir ürünün nominal KDV oranı %25 ise bu ürünün nihai perakende satış fiyatı 125 lira olacak ve efektif KDV oranı ise %20 ($25/125$) olacaktır (Laffer, 2014:175-176).

Çeşitli mal gruplarında farklı KDV oranları olmakla birlikte standart bir oran da uygulanabilmektedir. Sigarada KDV oranı her ülkede farklı olmakla birlikte genellikle standart olup, ÖTV'li fiyat üzerinden (efektif KDV oranı olarak) hesaplanmaktadır. Bazı ülkelerde sigarada KDV hiç alınmazken, OECD ülkelerinde KDV oranı en yüksek %27 ile Macaristan (sigara satış fiyatı içerisinde KDV payı %21,26), en düşük %7,70 ile de İsviçre'dedir (sigara satış fiyatı içerisinde KDV payı %7,15). 36 OECD ülkesinde ortalama KDV oranı %19,58 olup, Türkiye'de uygulanan KDV oranı (%18)'nından fazladır. (URL 11: 158-163).

Sigaranın vergilendirilmesinde KDV ek bir ad valorem vergi bileşeni olarak işlev görmekte ve vergi üzerinden vergi alınmaktadır. Bir diğer ifade ile sigara üzerinden alınan KDV sadece bir katma değer vergisi değil, verginin vergisidir. Bu nedenle KDV oranı arttırıldığında önemli etkileri olabilecektir. Örneğin Perakende Satış Fiyatı (PSF) üzerinden ad valorem tüketim vergisi uygulayan ülkeler için KDV oranındaki bir artış, ödenen tüketim vergisi miktarında da bir artışa yol açacaktır. Yüksek KDV'yi karşılamak için fiyat artacak, ÖTV'deki artış da vergiye tabi olan matrahı bir kez daha arttıracaktır (Laffer, 2014:178).

Tablo 4.10'da PSF 15 lira olan vergisiz, sadece spesifik vergili (6,00 lira) ve sadece ad valorem vergili (%40) bir sigara için KDV oranı önce %20, sonra arttırılarak %21 olarak alındığında fiyattaki değişim hesaplanmıştır. Bu hesaplamalara göre vergisiz ve spesifik vergili bir sigarada KDV oranının arttırılması fiyatta da aynı artışa sebep olmakta iken, ad valorem vergili bir sigaradaki KDV oranının artışı fiyatı daha fazla arttırmaktadır. Bir diğer ifade ile 15 liralık bir sigarada sadece KDV, veya spesifik vergi ile birlikte %21 oranında KDV alınırsa fiyat 15,12 lira olurken, ad valorem vergi üzerinden %21 KDV alınması durumunda ise fiyat 15,26 lira olacaktır.

	Vergisiz			Spesifik (6 Lira)			Ad Valorem (%40)		
KDV Oranı	20	21	Artış	20	21	Artış	20	21	Artış
Vergi Öncesi Fiyat	12,50	12,50		6,50	6,50		6,50	6,50	
Spesifik Vergi				6,00	6,00				
Ad Valorem Vergi							6,00	6,12	0,12
KDV	2,50	2,62	0,12	2,50	2,62	0,12	2,50	2,64	0,14
Vergi Öncesi Fiyatta KDV	2,50	2,62	0,12	1,30	1,36	0,06	1,30	1,36	0,06
Spesifik Vergi Üzerinde KDV				1,20	1,26	0,06			
Ad Valorem Vergi Üzerinde KDV							1,20	1,28	0,08
Satış Fiyatı	15,00	15,12	0,12	15,00	15,12	15,12	15,00	15,26	0,26

Tablo 4. 7. Sigarada KDV ve ÖTV arasındaki ilişki

Kaynak: Laffer, 2014:179'dan yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Sigara üzerinden alınan toplam vergi ÖTV+KDV olup, perakende fiyatlarının değişimlere ayarlanmasında önemli rol oynamaktadır. Ad valorem vergi oranı, KDV oranı ve satış fiyatı arasındaki doğrusal olmayan ilişki vergi çarpanı olarak ifade edilmekte ve aşağıdaki gibi formüle edilmektedir (Laffer, 2014:182);

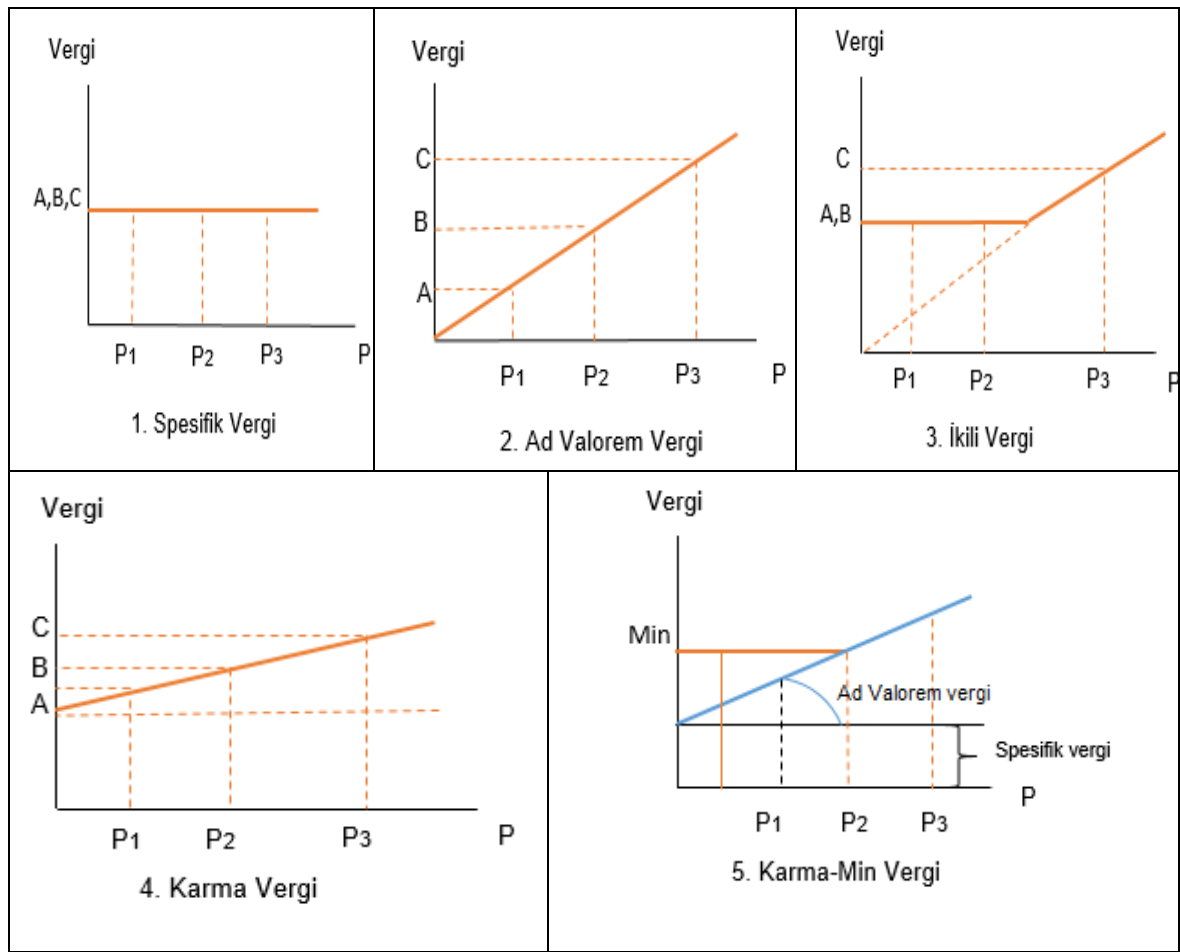
$$\text{Vergi Çarpanı} = 1 / (1 - \text{KDV} - \text{Ad Valorem})$$

KDV oranı aynı olsa bile Ad valorem vergi oranı arttığında vergi çapanı da artacaktır. Örneğin KDV oranı % 18 olan üründe ad valorem vergi oranı %50'den %60'a çıktığında vergi çarpanı da $1 / (1 - 0,18 - 0,50)$ 3,12 den $1 / (1 - 0,18 - 0,60)$ 4,54'e çıkacaktır. Üretim maliyeti 0,50 lira arttığında fiyat artışı ilk durumda $(3,12 \times 0,50)$ 1,56 lira iken ad valorem vergi oranı yükseldiğinde $(4,54 \times 0,50)$ 2,27 lira olacaktır.

4.3.3. Karma Vergiler

Sigaranın vergilendirilmesinde tamamen spesifik veya tamamen ad valorem vergi yapısı tercih edilebileceği gibi spesifik ve ad valorem vergilerin (fiyata dayalı minimum tutarın da dahil olduğu) farklı kombinasyonlarından oluşan karma vergi yapıları da kullanılabilmektedir. Grafik 4.8'de Sigaranın vergilendirilme yapıları verilmektedir.

Spesifik vergilerde farklı ürünler farklı fiyatlarda da olsa vergi aynıdır. Ad valoram vergilerde ise fiyatı az olan üründe vergi az iken, fiyatı çok olan üründe ise vergi çoktur. Spesifik ve ad valorem vergilerin birlikte alındığı ikili vergilerde ise hangisinin en yüksek getiriye sağladığına bağlı olarak belli bir fiyat noktasının altında minimum bir parasal tutar (minimum tüketim vergisi) için spesifik vergiye başvurulmaktadır. Karma vergilendirme yapısında ise tüm ürünlerde birim başına belirli miktarda spesifik bir vergi artı fiyata bağlı bir ad valorem vergi alınmaktadır. Karma vergi yapısında genellikle minimum tüketim vergisi uygulanmaktadır ve bu yapıda vergi asla minimum tüketim vergisinden aşağıda olmamaktadır.



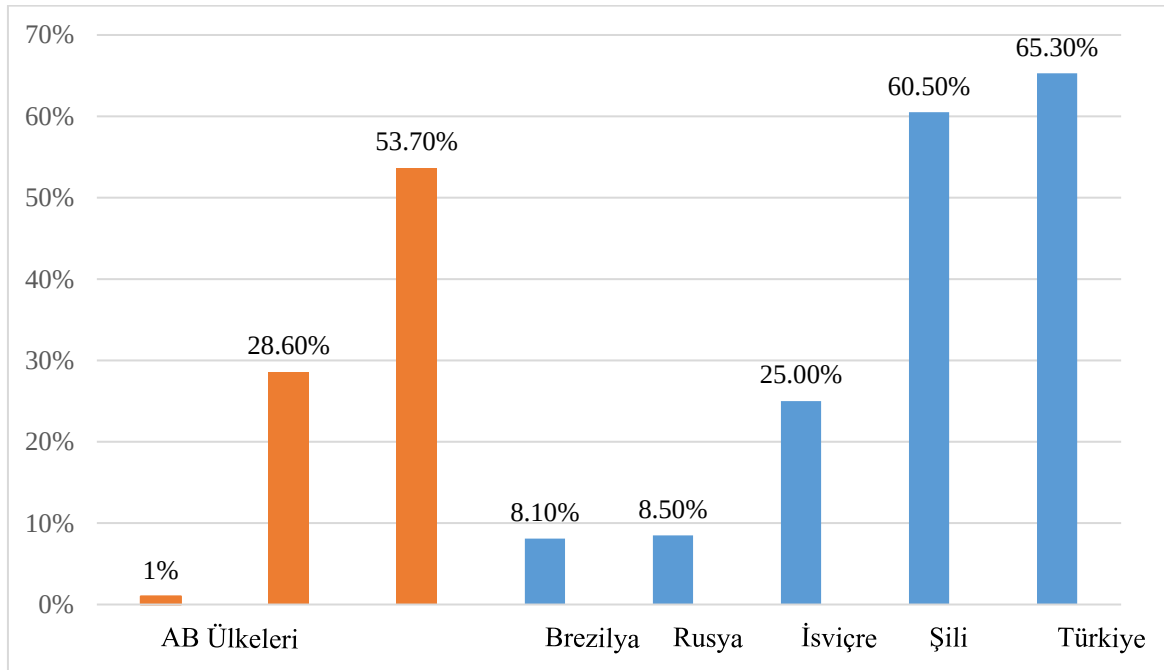
Grafik 4.8. Sigaranın Vergilendirilme Yapıları

Kaynak: Laffer, 2014:146-162’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Karma vergilendirme yapılarında ödenecek vergi miktarı fiyata bağlı olduğu için tüketici davranışını etkilediği kadar üreticinin de fiyatlandırma kararını etkilemektedir. Bu nedenle minimum tüketim vergisi tutarının belirlenmesi vergilerin etkinliği açısından önemlidir. Genellikle minimum tüketim vergisi tutarı, birim başına nominal bir parasal tutar veya (daha

az müdahale gerektiren) belirli bir fiyat noktasında ödenen tüketim vergisinin belirli bir yüzdesi olarak belirlenmektedir (Laffer, 2014:167).

Karma vergilendirme yapısında da uygulanış şekli ülkelere göre değişmekte olup, 2014 yılı için 28 Avrupa Birliği (AB) Ülkesi ve diğer bazı ülkelerin karma vergi yapısında farklı ad valorem vergi oranları Grafik 4.9’da gösterilmektedir. AB ülkeleri içerisinde ad valorem vergi Danimarka ve İsveç’te en düşük (%1) oranda, İtalya’da en yüksek oranda (%53.7) iken, Türkiye’de oran (%65.3) hem AB ülkelerinden hem de diğer ülkelerden daha yüksektir.



Grafik 4. 9. Karma Vergi Yapısında Bazı Ülkelerin Ad Valorem Vergi Oranları

Kaynak: Laffer, 2014:164.

Spesifik vergiler tüketicileri daha düşük vergili ürünleri tercihe kaydırmadığından, sağlık politikası aracı olarak daha çok kullanılmaktadır. Hem devlet gelirini koruyabilmek hem de sağlık açısından etkili olabilmesi için 2010 yılında İsveç, ad valorem vergi oranını perakende satış fiyatının %39’undan, %1’ine düşürmüştü, minimum tüketim vergisini kaldırmış ve minimum tüketim vergisini telafi etmek için de spesifik vergileri arttırmıştır (Laffer, 2014:165).

Sigaranın vergilendirme yapısına dair farklılıklar ve vergilendirme yapısının etkilerinin karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmektedir. Tablodan da görüleceği gibi hedef sigara tüketiminin azaltılması ve sağlığın iyileştirilmesi ise bir diğer ifade ile sigaranın

vergilendirilmesi sağlık politikası aracı olarak kullanılacaksa tercih edilecek yapı, spesifik vergiler veya spesifik vergilerin ağırlıkta olduğu karma yapılardır.

Konu	Spesifik V.	Ad Valorem V.	Min. Tabanlı Ad Valorem V.	Karma Yapı	Karma-Min
Matrah	Ürün birimi	Ürün değeri	Min. Taban altına düşerse ürün birimi	Ürün birim ve değeri	Min. Altına düşmedikçe birim ve değeri
Yönetimi	Düşük maliyetli	Yüksek maliyetli	Teknik kapasiteli güçlü yönetim	Teknik kapasiteli güçlü yönetim	Teknik kapasiteli güçlü yönetim
Değer Düşüklüğü	Duyarlı değil	Duyarlı	Düşük fiyatlı ürünlerin değerini korur	Ad valorem kısım duyarlı	Düşük fiyatlı ürünlerin değerini korur
Kalite Etkisi	Yükseltir	Kaliteyi engeller	Yüksek fiyatlı ürüne geçişi engeller	Yüksek fiyatlı ürüne geçişi engeller	Düşük fiyatlı ürüne geçişi teşvik eder
Fiyat Etkisi	Yükseltir	Düşük	Yükseltir	Yükseltir	Fiyat boşluklarını azaltır
Enflasyon	Ayarlanmalı	Ayarlamaya gerek yok	Taban ayarlanmalı	Spesifik vergi ayarlanmalı	Spesifik vergi ve taban ayarlanmalı
Sağlık Katkısı	Tüketimi azaltır	Ucuz sigaraları teşvik eder	Taban tüketimi azaltır	Ticareti azaltabilir	Ticareti azaltır

Tablo 4.8. Sigaranın Vergilendirilme Yapısı ve Özellikleri

Kaynak: WHO, 2010:40-41.

Sigara vergileri ile enflasyon arasındaki ilişki (sigarada artan vergilerin enflasyonu ne ölçüde arttıracak) vergilerin sigara fiyatları içindeki payı ve tütün ağırlığının fiyat endeksindeki payına bağılı olarak değişmekte olup, bu ilişki Tablo 4.8’de verilmektedir. Verginin fiyat içindeki payı, fiyat endeksinde tütün ağırlığından daha az enflasyonist etkiye sahiptir.

Verginin Fiyat İçindeki Payı			Fiyat Endeksinde Tütün Ağırlığı			Enflasyonist Etki		
Düşük (<40%)	Orta (40-70%)	Yüksek (>70%)	Düşük (<2%)	Orta (2-4%)	Yüksek (4-8%)	Düşük (<1%)	Orta (1-2.5%)	Yüksek (>2.5%)
X			X			X		
	X		X			X		
		X	X			X		
X				X		X		
	X			X			X	
		X		X			X	
X					X		X	
	X				X		X	
		X			X			X

Tablo 4.9. Sigara Vergileri ve Enflasyon İlişkisi

Kaynak: WHO, 2010:94.

Sigaranın vergilendirilmesinde tercih edilen yapı gereği enflasyona göre ayarlama yapılması gerekmektedir. Tüm bunlarla birlikte birçok ülke sigara vergilerini ya enflasyon dışı tutmakta ya da sigara vergilerini enflasyona göre otomatik olarak ayarlamaktadır. 2018 yılı verileri ile sigara vergileri enflasyona otomatik ayarlı olan ülkeler Tablo 4.9’da verilmektedir.

Avustralya	G.Afrika	Kolombiya	Şili
Bosna Hersek	Hollanda	Kosta Rika	Türkiye
Botsvana	Honduras	Nikaragua	Ukrayna
Dominic C.	İsveç	Romanya	Y.Zelanda
Filipinler	İtalya	Sırbistan	Yugoslavya
Fransa	Kanada	K.İrlanda ve B.Biritanya B.K.	

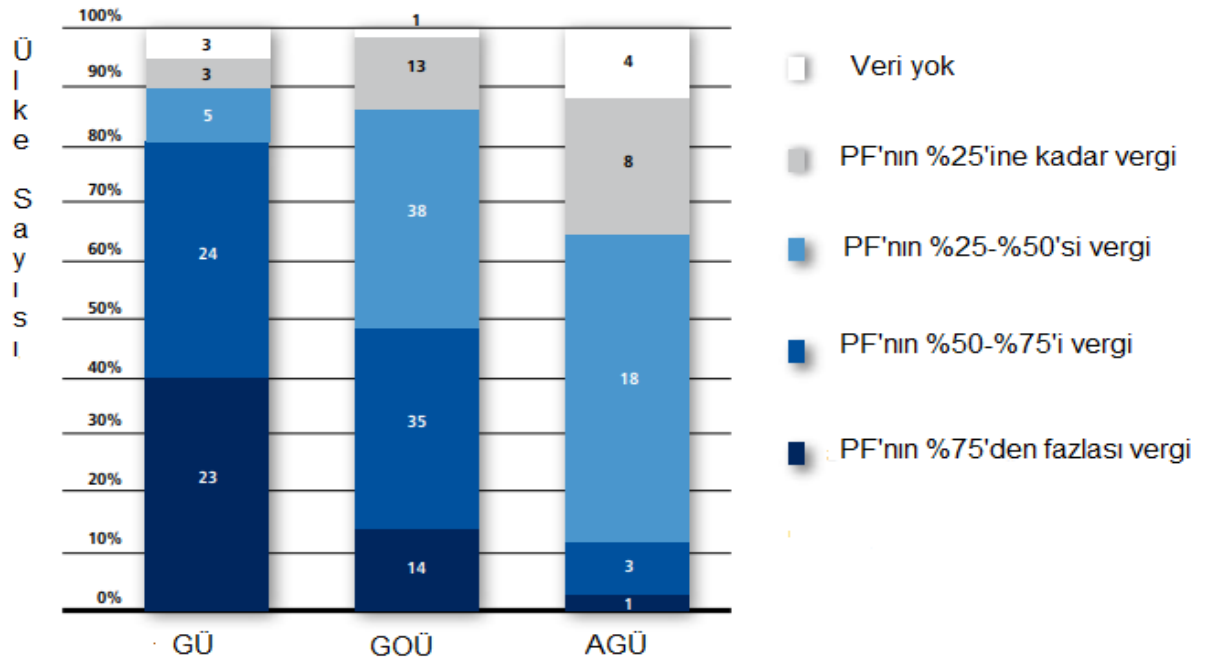
Tablo 4.10. Sigara Vergileri Enflasyona Otomatik Ayarlı Ülkeler

Kaynak: URL 12’de yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Türkiye’nin de içinde yer aldığı 23 ülke sigaranın vergilendirilmesinde enflasyona otomatik ayarlı yapıları tercih etmektedir.

4.4. Sigaranın Vergilendirilmesini Sağlık Politikası Aracı Olarak Kullanan Ülke Örnekleri

Tütün kontrol politikalarında en etkili yol olmasına rağmen en az kullanılan yöntem sigaranın vergilendirilmesidir. MPOWER stratejileri içerisinde yer alan “vergilerin arttırılması”, çoğu ülkede vergilerin uygulanmasını da arttırmıştır. Grafik 4.10’da sigara üzerinden alınan vergilerde gelişmiş ülkeler (GÜ), gelişmekte olan ülkeler (GOÜ) ve az gelişmiş ülkelerin (AGÜ) sayısı ve sigara vergilerinin perakende fiyat içindeki payı verilmektedir. Gelişmiş 23 ülke, gelişmekte olan 14 ülke ve az gelişmiş 1 ülkede sigara vergileri perakende fiyatın % 75’inden fazlasını oluştururken, gelişmiş 3 ülke, gelişmekte olan 13 ülke ve az gelişmiş 8 ülkede ise sigara vergileri perakende fiyatın %25’inden azını oluşturmaktadır, bazı ülkelerde ise sigaranın vergilendirilmesi ile ilgili veriye rastlanmamıştır.



Grafik 4.10. Dünya’da Sigara Üzerindeki Vergilerin PSF İçindeki Payı

Kaynak: WHO, 2019:106.

Sigaranın vergilendirilmesinde başarılı ülkeler Andorra, Arjantin, Avustralya, Avusturya, Belçika, Bosna Hersek, Brezilya, Bulgaristan, Şili, Kolombiya, Hırvatistan, Çek, Mısır, Estonya, Finlandiya, Fransa, Filipinler, Yunanistan, İrlanda, İsrail, İtalya, Ürdün, Letonya, Madagaskar, Malta, Mauritius, Karadağ, Yeni Zelanda, Niue, Kuzey Makedonya, Doğu

Kudüs, Polonya, Sırbistan, Slovakya, Slovenya, İspanya, Tayland, Türkiye ve İngiltere’dir (WHO, 2019:106).

Her ülke kendi ekonomik koşulları gereği farklı vergilendirme yapıları uygulamakta olup, sigaranın vergilendirilmesinde ülkelerin vergi yapıları Ek 1’de (URL 25) yer alan tabloda detaylı bir şekilde verilmektedir. Az gelişmiş, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelere, özellikle DSÖ’nün önerileri ile sigarada vergilendirme yapısını değiştiren ve sigaradan alınan vergiler ile sigara tüketimini azaltarak sağlık üzerinde olumlu gelişmeler sağlayan, bir diğer ifade ile sigaranın vergilendirilmesini sağlık politikası aracı olarak kullanan ülke örneklerinden bazılarını aşağıda yer verilmektedir.

4.4.1. Brezilya

Brezilya’da sigaranın vergilendirilmesinde daha çok özel sistemin tercih edildiği iki seçenek bulunmaktadır; genel sistemde tüketici fiyatının %15’i olarak belirlenen bir vergi matrahı üzerinden %300’lük bir ad valorem oran diğer bir ifade ile tüketici fiyatının %45 oranında bir ad valorem vergi tercih edilmekte, özel sistemde ise her yıl artan oranlar ile ad valorem ve spesifik vergilerden oluşan bir karma yapı tercih edilmektedir (WB, 2019:15).

Tablo 4.11’de 2018 yılı için Brezilya’da sigaranın vergilendirilme yapısı verilmektedir. Brezilya’da en çok satılan sigara markası fiyatı içinde spesifik vergi oranı %30 iken ad valorem vergi oranı ise %10’dur. Ayrıca %2,22 oranında federal değer biçimli bir vergi (PIS) ve sağlık ile sosyal programları destekleyen %8,75 oranında da bir ad valorem vergi (COFINS) uygulanmaktadır, KDV oranı ise %32 olup, toplam vergi oranı %83’dür.

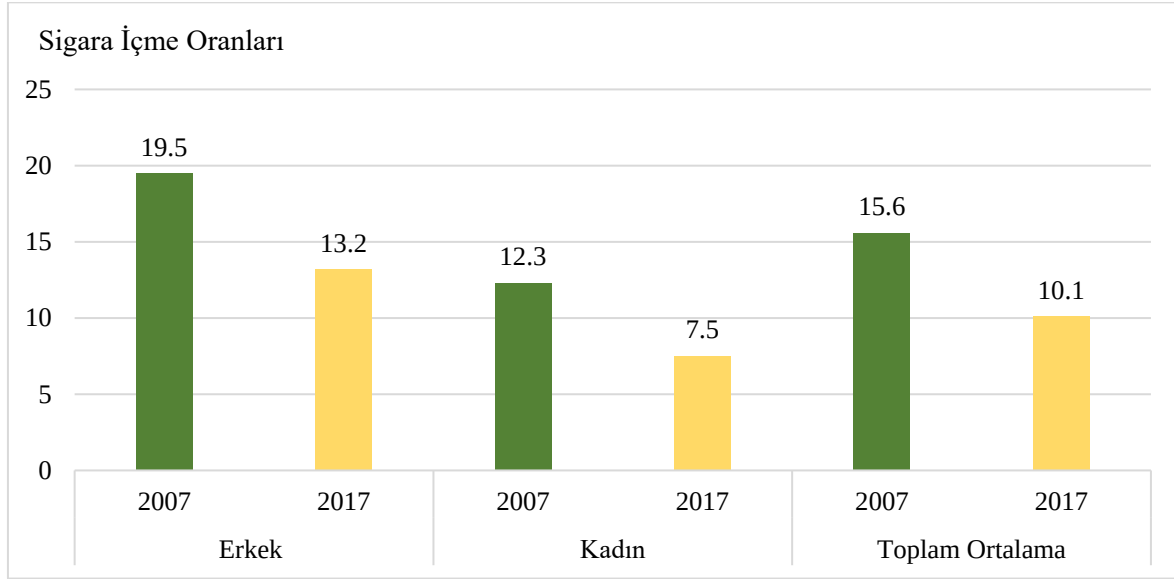
En Çok Satılan Sigara Markası Fiyatı	5 BRL = 6,5 TL
Toplam Vergi	% 83
Spesifik Vergi	% 30
Ad Valorem Vergi	% 10
KDV	% 32
Diğer Vergiler (PIS, COFINS)	% 11

Tablo 4.11. Brezilya’da Sigara Üzerinden Alınan Vergiler

Kaynak: WHO, 2019a:7’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

2007 yılında Brezilya sigaraları dünyadaki en ucuz altıncı sigara iken vergilerin arttırılması ile en çok satan sigara markasının PSF’nin %83’ünün vergilerden oluşması sonucu sigara satın alımı ve tüketimi azalmıştır (Grafik 4.11). Bu da sigara üzerinden alınan vergilerin sağlık politikası aracı olarak kullanıldığını göstermektedir. Artan vergiler ile birlikte sigara içen 18 yaş üstü hem erkek hem de kadın oranlarında azalmalar yaşanmaya başlanmıştır.

2007 yılından 2017 yılına kadar sigara içen 18 yaş üstü erkeklerin oranı %19,5’den %13,2’ye, kadınların oranı ise %12,5’den %7,5’e gerilemiştir.



Grafik 4.11. Brezilya’da Sigara Tüketimindeki Düşüş
Kaynak: WHO, 2019:66.

DSÖ 2019 yılı raporuna göre Brezilya’da 2018 yılında imzalanan sigara ve diğer tütün mamullerine yönelik “Yasa Dışı Ticareti Ortadan Kaldırmaya Yönelik Protokol”ün onaylanmasıyla da sigara vergilerindeki artışların ve etkisinin, ayrıca sigara tüketimin azlatılması amacının korunması sağlanmaya çalışılmaktadır.

4.4.2. Kanada

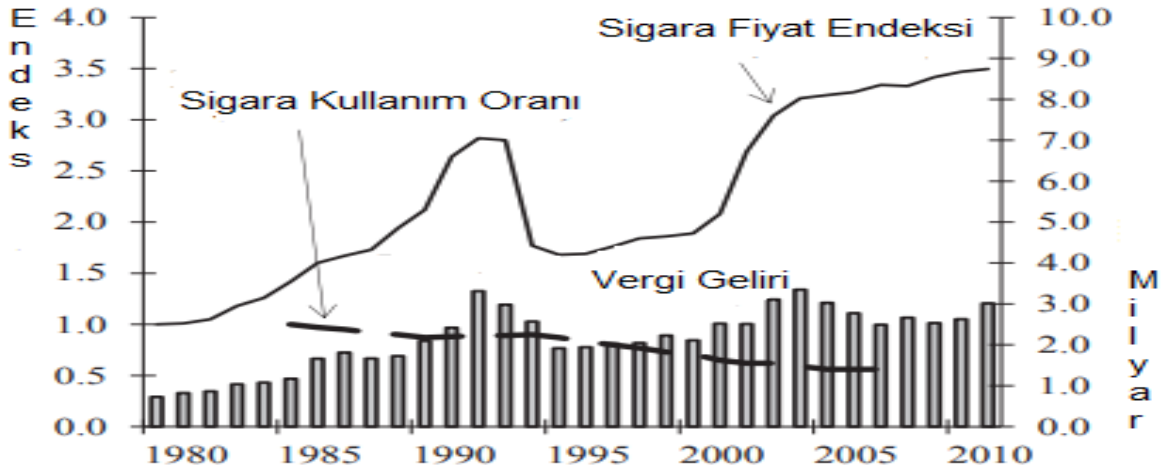
Kanada’da sigaranın vergilendirilmesinde tek tip bir yapı hakim olup, Tablo 4.12’de verilmektedir. 2018 yılında en çok satılan sigara markasının PSF içinde spesifik vergi oranı %55,3 ve KDV oranı da %9 olup toplam vergi oranı %64,3’dür.

En Çok Satılan Sigara Markası Fiyatı	11,81 CAD = 65,19 TL
Toplam Vergi	% 64,3
Spesifik Vergi	% 55,3
KDV	% 9

Tablo 4.12. Kanada’da Sigara Üzerinden Alınan Vergiler

Kaynak: WHO, 2019b:7’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Kanada 1980-1992 yılları arası sigara vergilerini PSF’nin neredeyse üç katına çıkacak kadar arttırmış, bu artış (kaçakçılıkla mücadele ile birlikte) vergi gelirlerini yükseltirken sigara tüketim oranlarını da düşürmüştür (Grafik 4.12).



Grafik 4.12. Kanada'da Sigara Tüketimindeki Düşüş

Kaynak: Petit, Nagy, 2016:11.

Kanada'da önemli bir halk sağlığı problemi olarak görülen sigara tüketiminin azaltılması için kaçakçılıkla mücadelede "takip ve izleme sistemi"¹⁹ nin etkin şekilde işlemesi sağlanmış ve eskiden sigara içenlerin sayısı on yıl öncesine kıyasla bir milyondan fazlaya ulaşmıştır.

4.4.3. Kolombiya

Kolombiya'da sigaranın vergilendirilmesinde karma bir yapı hakim olup, Tablo 4.13'de verilmektedir. 2018 yılında en çok satılan sigara markası PSF içinde spesifik vergi oranı %52,5 iken ad valorem vergi oranı %10 ve KDV oranı da %16 olup, toplam vergi oranı %78,5'dur.

En Çok Satılan Sigara Markası Fiyatı	4 003.00 COP = 8,006 TL
Toplam Vergi	% 78,5
Spesifik Vergi	% 52,5
Ad Valorem Vergi	% 10
KDV	% 16

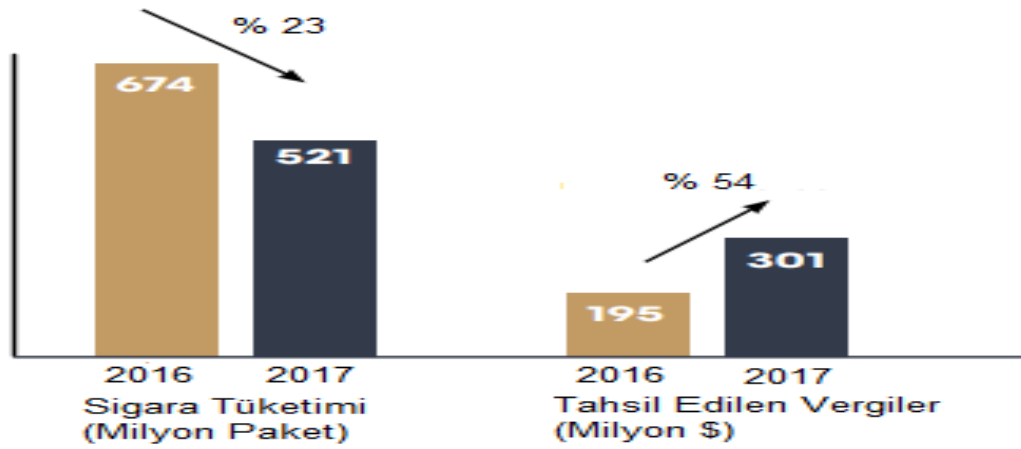
Tablo 4.13. Kolombiya'da Sigara Üzerinden Alınan Vergiler

Kaynak: WHO, 2019c:7'den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Kolombiya Sağlık ve Maliye Bakanları 2016-2017 dönemi için sigara üzerindeki vergileri %200 arttırmayı, 2020 yılına kadar ise %150 arttırmayı böylece vergi artışları ile tüketimi azaltırken yasadışı tüketimi de engellemeyi amaçlayan reformlar yapmışlardır. Bu reformlar

¹⁹ Takip ve izleme sistemi: sigara ve diğer tütün ürünlerinde kaçakçılık ile mücadele için DSÖ'nün belirttiği en etkili stratejilerden biri olup, ayrıntılı bilgi için Bknz: WHO, (2012). Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products. Geneva.

sonucu da sigara tüketimi azalırken, en çok satılan sigaranın vergi payı artmış ve Kolombiya 2 yılda sigara vergilerini üçe katlamıştır (Grafik 4.13).



Grafik 4.13. Kolombiya’da Sigara Tüketimindeki Düşüş

Kaynak: HTSL, 2019:11.

DSÖ 2019 yılı raporuna göre Kolombiya’da 2017 yılında sigara vergi gelirleri % 54 oranında artarken, sigara satışları bir diğer ifade ile tüketimi ise 2016 yılına göre %23 azalmış, yasadışı tüketim ise tüm satışların %3,5’i kadar olmuştur. Bu veriler de göstermektedir ki sigara vergileri hem tüketimi azaltarak sağlığı iyileştirmek amacı ile bir sağlık politikası aracı olarak kullanılırken hem de devlet için bir gelir yaratmıştır. Yapılan refomlar ve sigara vergileri ile 2022 yılı sonuna kadar 350 milyon ABD Doları ek gelir sağlanacağı ve sağlığın iyileştirilmesine katkı sağlanacağı ifade edilmektedir (Marquez, Dodson, 2017:42).

4.4.4. Filipinler

Filipinler’de 2012 yılında çıkarılan “Alkol ve Tütün Üzerindeki Tüketim Vergilerinin Yeniden Yapılandırılması Kanunu” ile sigara üzerindeki vergi kademelerinin sayısı azaltılarak ve vergi oranları enflasyona endekslenerek halk sağlığını iyileştirmek üzere vergiler arttırılmıştır (Marquez, Dodson, 2017:39-40).

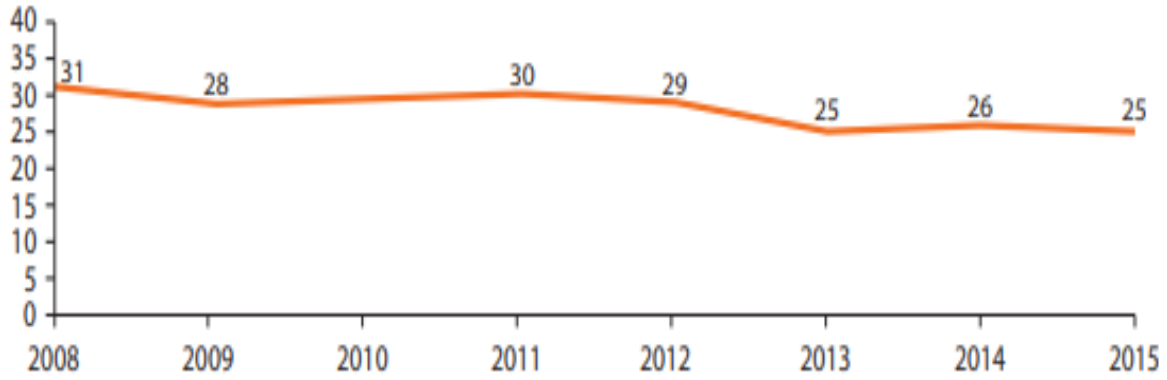
Filipinler’de sigaranın vergilendirilmesinde tek tip bir yapı hakim olup, Tablo 4.14’de verilmektedir. 2018 yılında en çok satılan sigara markası PSF içinde spesifik vergi oranı %60,6 ve KDV oranı da %10,7 olup toplam vergi oranı %71,3’dür.

En Çok Satılan Sigara Markası Fiyatı	57,75 PHP = 8,085 TL
Toplam Vergi	% 71,3
Spesifik Vergi	% 60,6
KDV	% 10,7

Tablo 4.14. Filipinler’de Sigara Üzerinden Alınan Vergiler

Kaynak: WHO, 2019d:7’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Filipinlerde “Günah Vergisi Reformu” adı altında uygulanan vergiler sonrası sigara fiyatları artmış, yetişkinlerde sigara içme oranları 2008 yılında %31 iken, 2013 yılında %25’e düşmüştür (Grafik 4.14). Günah Vergisi Reformu sonrası büyük bir çoğunluk sigaraya başlamaktan vazgeçerken 4 milyondan daha az sigara içen mevcut olup, 2013 yılından beri en az 32.000 erken ölüm de engellenmiştir (Madore, Rosenberg, Weintraub, 2015:16).



Grafik 4.14. Filipinlerde Sigara Tüketimindeki Düşüş

Kaynak: Kaiser, Bredenkamp, Iglesias, 2016:11.

Reformun yarattığı ek gelir, Sağlık Bakanlığı bütçesini üç kat arttırmış, Sağlık sigortası primleri ulusal hükümet tarafından ödenen ailelerin sayısı 2012’de 5,2 milyondan 2015’te 15,3 milyona yükselmiştir (Marquez, Dodson, 2017:40).

Filipinler’de tam bir kazan-kazan politikası olarak sigara vergileri hayata geçirilmiş, bir taraftan gelir sağlanırken bir taraftan da sigara tüketimi azlatılarak, elde edilen gelirler de sağlık harcamalarının finansmanı için kullanılmıştır.

4.4.5. Ukrayna

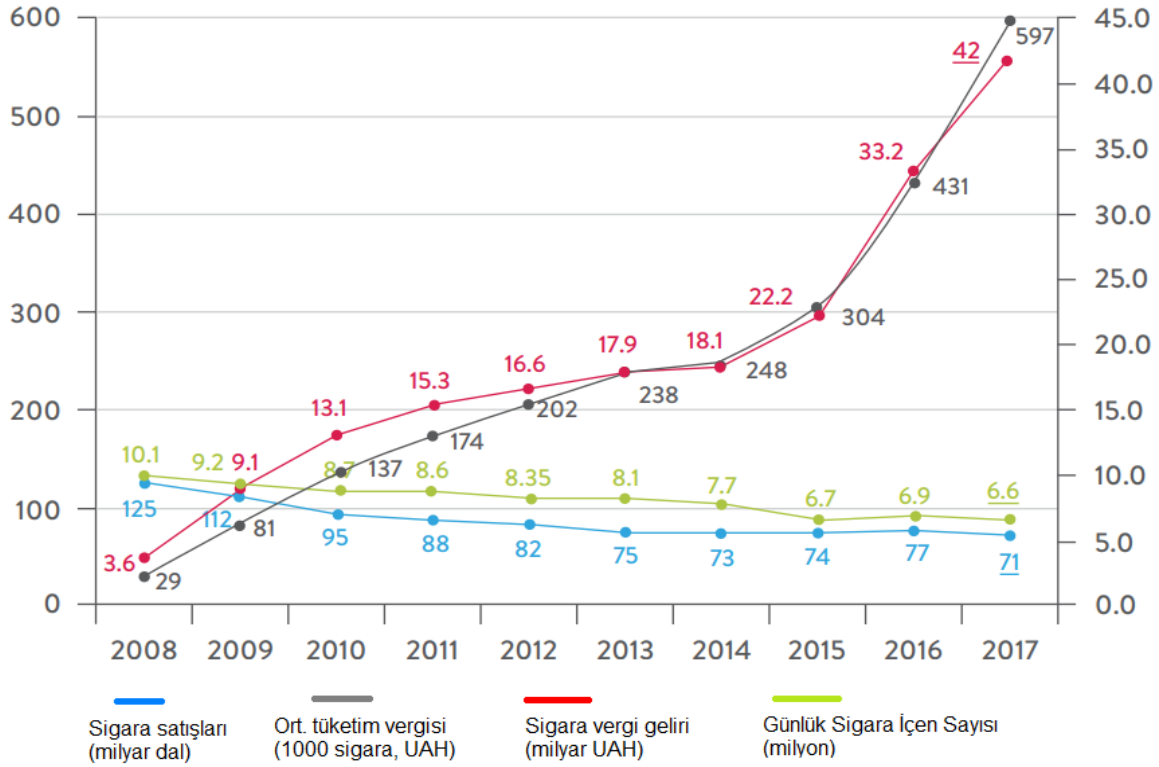
Ukrayna’da sigaranın vergilendirilmesinde karma bir yapı hakim olup, Tablo 4.15’de verilmektedir. 2018 yılında en çok satılan sigara markası PSF içinde spesifik vergi oranı %39,8 iken ad valorem vergi oranı %13,4, KDV oranı %16,7 ve diğer vergi oranı %4,8 olup toplam vergi oranı %74,7’dir.

En Çok Satılan Sigara Markası Fiyatı	29,05 UAH = 7,26 TL
Toplam Vergi	% 74,7
Spesifik Vergi	% 39,8
Ad Valorem Vergi	% 13,4
KDV	% 16,7
Diğer Vergiler (Perkaendecilerin ödediği yerel ad valorem vergi)	% 4,8

Tablo 4.15. Ukrayna’da Sigara Üzerinden Alınan Vergiler

Kaynak: WHO, 2019e:7’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Ukrayna’da 2008 yılından 2017 yılına 14 kat arttırılan tüketim vergileri ile hem sigara satışları azalmış hem de günlük sigara içenlerin sayısında bir azalma yaşanarak, yaklaşık olarak 2008-2017 yılları arası sigara tüketen sayısında %20 azalma yaşanmıştır (Grafik 4.15).



Grafik 4.15. Ukrayna’da Sigara Tüketimindeki Düşüş

Kaynak: Marquez, Dodson, 2017:41.

Sigara ve tütün kullanımı önemli halk sağlığı sorunlarından olup, toplam ölümlerin %90’ının BOH’dan kaynaklandığı ve 2035 yılına kadar vergide bir değişiklik olmaz ise 126.730 sigara ile ilişkili hastalık vakası ve 29.172 erken ölümün engellenebileceği öngörülmektedir (Marquez, Dodson, 2017:41).

4.4.6. Yeni Zelanda

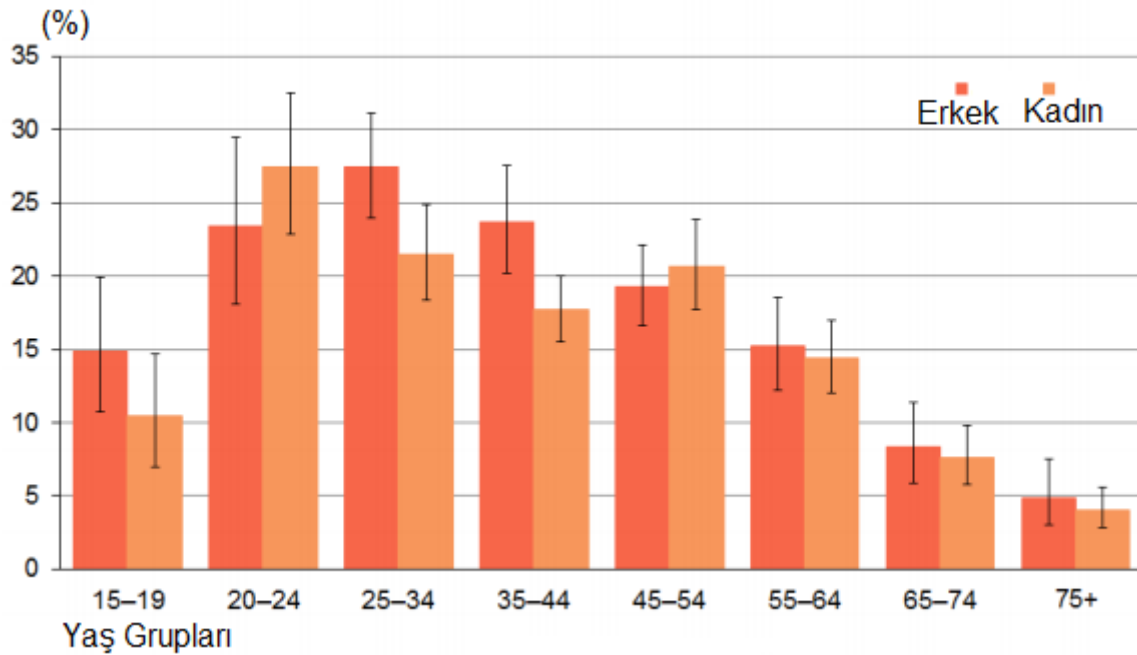
Yeni Zelanda’da sigaranın vergilendirilmesinde tek tip bir yapı hakim olup, Tablo 4.16’da verilmektedir. 2018 yılında en çok satılan sigara markası PSF içinde spesifik vergi oranı %69,2 iken KDV oranı %13 olup toplam vergi oranı %82,2’dir.

En Çok Satılan Sigara Markası Fiyatı	23,90 NZD = 123,32 TL
Toplam Vergi	% 82,2
Spesifik Vergi	% 69,2
KDV	% 13

Tablo 4.16. Yeni Zelanda’da Sigara Üzerinden Alınan Vergiler

Kaynak: WHO, 2019f:7’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Yeni Zelanda hükümeti 2010 yılında sigaranın vergilendirilmesinde yıllık %10 tüketim vergisi artışı yaparak ve 2025 yılı sonuna kadar %100 dumansız bir ülke olmayı hedeflemektedir. Hem erkek hem de kadınlarda sigara içme oranlarındaki düşüşle (Grafik 4.16) bu hedefi yakalaması muhtemel olup, sigara ve diğer tütün ürünlerinin vergilendirilmesini sağlık politikası aracı olarak kullandığını söylemek mümkündür.



Grafik 4.16. Yeni Zelanda’da Sigara Tüketimindeki Düşüş

Kaynak: NZHS, 2014:11.

4.5. Türkiye’de Sigaranın Vergilendirilmesi

Türkiye’de tütünün üretilmesi ile birlikte -her iktisadi malda olduğu gibi- vergilendirilmesi de başlamıştır ancak başlarda üretimi veya ithali üzerinden vergi alınırken daha sonraları tüketimi de vergilendirilmeye başlanmıştır.

4.5.1. Özel Tüketim Vergisi (ÖTV) Öncesi Sigaranın Vergilendirilmesi

Türkiye’de tütünün tarihi Osmanlı dönemine kadar dayanmaktadır. Tütün ilk çıktığı yıllarda kullanımı yasaklansada ticari boyutunun ön plana çıkması ile daha ılımlı hale gelinerek, II.Süleyman Döneminde devlet gözetim ve denetimi ile tütün üretimi yapılabilmesi için ferman yayınlanmış ve bu sayede tütünün hem tarımından hem de ticaretinden yüksek miktarda vergi geliri elde edilmeye başlanmıştır (Kalaycı, Öztürk:2017:11). Osmanlı’da ekilen tütünden %10 öşür, satılan tütünden ise müruriye ve tütün satan bayilerden de yıllık kirasının %30’u oranında (gezici esnaf için ise maktu olarak yılda 100 kuruş) bey’iyye adı verilen vergiler alınmıştır (Yaman Öztürk, Ertürk Keskin, 2011:138).

Tütün ekimi için dönüm başına vergi konulmuş,1861 yılında da tütün ithali yasaklanmış, tütünün kıyyesinden 12 kuruş müruriye vergisi alınmaya başlanmıştır (Karaca, 2007:58). 1 Ocak 1862 tarihli bir nizamname ile Tütün (Duhan) İdaresi, Maliye Nezareti ile ilgisi bulunmak üzere Gümrük İdaresine bağlanmış ve tütün gelirleri devlet kontrolü altına alınmıştır. İthal sigara, enfiye ve ağız tütünü%75 vergi yanında, pazarlanması durumunda yerli üretimin tabi olduğu bütün vergilere tabi tutulmuştur (Yaman Öztürk, Ertürk Keskin, 2011:137).

1873 yılında çıkarılan kanun ile tütün tarımı serbest bırakılmış, tütünün satışında her kıyyede 3 kuruş müruriye vergisi konulması ve ruhsat verilerek fabrikaların kontrol altına alınması sağlanmıştır, 1877 yılında da vergiler arttırılmıştır (Karaca, 2007:60). 1879 yılında Galata Bankerleri ile Osmanlı Bankası arasında imzalanan anlaşma gereği 1880 yılında kurulan Rüsumu Sitte İdaresi, tütün gelirlerinin de arasında bulunduğu altı gelir kaynağının idaresini devralmıştır (Yaman Öztürk, Ertürk Keskin, 2011:130).

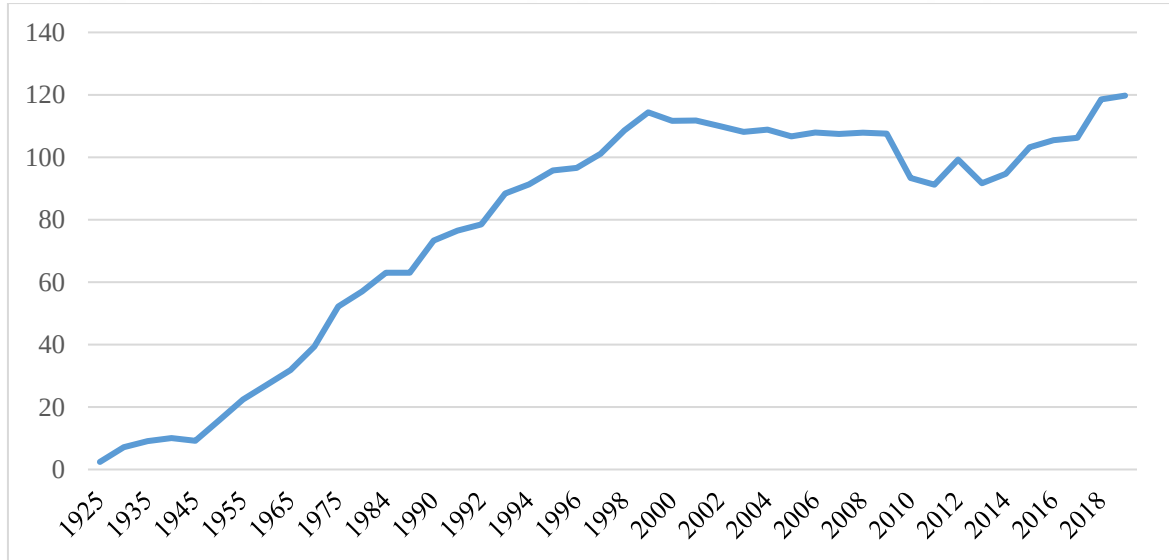
Osmanlı’da tütün kullanımına yönelik ilk vergi “Şıra Resmi” adı altında gayrimüslim azınlıklardan alınmıştır (Turan, Yurdakul, 2009:4). Osmanlı devleti döneminde tütünün vergilendirilmesi Tablo 4.17’de verilmekte olup, daha çok üretim ve ithalat aşamasının vergilendirildiği görülmektedir.

Yıllar	Tütün Vergileri
1691	“Nısf-ı dönüm-i duhân” (tütün ekim ve yayılımını önlemek için) Çiftçi ürettiği tütünün yarısını nakdi olarak devlete vermekteydi (devlete ödenen içinden %10 öşür tımar sahibine aitti).
1697	Dönüm başına öşür vergisi 300 akçe ve öşüre ilaveten dönüm başına yıllık 336 akçelik “resm-i dönüm-i duhân” adında maktu vergi getirilmiştir.
1728	“Resm-i mîrî-i duhân” adıyla kıyye başına 6 akçe ek vergi getirilmiş, 1803’te Rumeli kesiminde vergi miktarı 9 akçe iken 1826’da 18 akçeye yükselmiştir. Anadolu-Ortadoğu’da ise 10 akçe olmuştur. 1838 Ticaret Antlaşması’nın ardından 1839’da vergi kaldırılmıştır.
1761	Tütünün iç gümrüklerdeki gibi kalitesine göre 24, 15 ve 12 akçe olarak tarife getirilmiş, İran tömbeki ise iyi kaliteli kabul edilip 24 akçe üzerinden vergilendirilmiştir. Bu tarife 1791’de 30, 1803’te 45, 1813’te 48 akçeye yükseltilmiştir.
1794	İthal edilen Rus, Amerikan ve İtalyan tütünleri yine % 3 oranında vergiye tâbi tutulmuştur.
1820	Dönüm başına öşür vergisi 4 kuruştur.
1830	Osmanlı topraklarına tütün getiren İranlı tüccardan tömbekinin fiyatı üzerinden % 4 oranında vergi alınmıştır.
1838	Ticaret Anlaşmasına göre ihraç edilen tütüne %12, ithal edilen tütünlerden alınacak % 3 oranındaki vergiye ilâveten % 2 ek bir vergi getirilerek ardından % 5’e yükseltilmiştir.
1839	İhraç edilen tütün için % 9 ameliye, % 3 reftiye toplam % 12 vergi yeniden getirilmiştir. 1861’de ise ihraç edilen tütünden alınan vergi kaldırılmıştır.
1844	Öşür’e ilaveten “ruhsat-ı zer’iyye” adıyla kıyye başına 90 akçelik vergi getirilmiştir.
1850	% 12 gümrük vergisi getirilmiştir.
1852	“Humus öşür” adıyla öşür vergisi % 100 zamlanarak oranını % 20’ye çıkarılmış, Avrupalı devletlerin baskısı ile tekrar %10’a düşürülmüştür.
1853	“Ruhsatiye resmi” adıyla tütün kalitesine göre 180, 120 ve 60 akçelik ek vergi getirilerek, 1856 ve 1859’da yükseltilmiştir.
1862	Sigara, puro, enfiye vb. mâmul tütün maddelerinin ithali serbest bırakılarak fiyatı üzerinden % 70 oranında gümrük vergisi getirilmiştir.
1702-1864	Gümrük oluşturulamayacak kadar küçük çapta tütün ziraatı için kalitesine göre kıyye başına 6,4 ve 2,5 akçe âmediye resmi alınmıştır.
1864	Tütünden alınan iç gümrük vergilerinin tamamı kaldırılarak yerine “mürûriye resmi” adıyla kalite ve cinsine bakılmaksızın tarifesi kıyye başına 12 kuruş olan yeni bir vergi getirilmiştir.
1864	Seyyar ve perakende tütün satıcıları da -verginin tarifesi dükkânda satılanlar için yıllık dükkân kirasının % 30’u oranında, seyyar satıcılar için yıllık 100 kuruş olmak üzere- “bey’iyye resmi” adıyla ilk defa vergiye tâbi tutulmuştur.
1868	“Mürûriye resmi” ve “bey’iyye resmi” olan iki verginin tarifeleri yükseltilmiştir.
1874	Mürûriye resminin tarifesi kıyye başına 3 kuruş, ilk defa iç tüketim sarfiyat resmi adıyla vergiye tâbi tutulmuş ve bu amaçla bandrol sistemine geçilmiştir.
1875	Sigara, puro, enfiye vb. mâmul tütün maddelerinin gümrük vergisi tarifesi % 75’e yükseltilmiş, enfiyenin, kıyyesi 25 kuruşa kadar olanından kıyye başına 25 kuruş, bu fiyattan yukarı olanından fiyatının bir misli vergi alınmasına karar verilmiştir.

Tablo 4.17. Osmanlı Devletinde Tütün Vergileri

Kaynak: Yılmaz, 2012:1-3’den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Düyun-ı Umumiye İdaresinin Kurulması ile birlikte tütünden sağlanan vergi gelirlerinin idaresi 1883 yılında kurulan Reji Şirketine bırakılmıştır. Tütün ve tütün mamullerinin üretim, tüketim, depolama ve işleme aşamaları Reji Şirketi kontrolünde gerçekleştirilmiştir. Reji Şirketinin gelirleri toplama ve idare etme şartları fazlasıyla sert olup, üretici kendi içeceği tütünü Reji Şirketine 5 kuruşa satıp, 10 kuruşa geri almak zorunda kalmıştır (Karaca, 2007:60). Tütün Rejisi 1925 yılında Tütün İdare-i Muvakkatesi ve Sigara Kağıdı İnhisarı Hakkında Kanun²⁰ ile dört milyon Türk lirasına satın alınarak devletleştirilmiş ve Tütün İnhisarı Kanunu²¹ ile 1933 yılında İnhisarlar İdaresi [TEKEL] kurulmuştur. Ülke içerisinde üretilen tütüne alım garantisi vererek tarımı da destekleyen TEKEL, 1980'lerden sonra başlayan liberalleşme hareketleriyle özelleştirilmiş, tütünde devlet tekeli kırılmıştır.



Grafik 4.17. Türkiye’de Sigara İç Satış Miktarı (Milyar Adet)

Kaynak: URL 17’de yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 4.17’de Türkiye’de sigara iç satış miktarı verilmiş olup, 1980’de başlayan liberalleşme hareketleri ile artan uluslararası tütün şirketleri sigara satışlarına da artış olarak yansımıştır. 1996 yılında çıkarılan ilk tütün kontrol yasası etkisini 2000’li yıllara doğru gösterebilmiş ancak tüketimde çok büyük bir düşüş yaşanmamıştır. Türkiye’de 1925 yılında 2,42 milyar adet olan sigara iç satışı zaman içinde artmaya devam etmiş, 2019 yılında 119,75 milyar adet sigara satışı gerçekleşmiştir.

²⁰ 558 sayılı Tütün İdare-i Muvakkatesi ve Sigara Kağıdı İnhisarı Hakkında Kanun, 2/III/1341 tarih ve 86 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

²¹ 1701 Sayılı tütün İnhisarı Kanunu, 28/06/1930 tarih ve 1531 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

1956 yılında çıkarılan Gider Vergileri Kanun²²a kadar iki grupta özel tüketim vergisi alınmıştır. Bunlardan birisi şeker, kibrit, havagazı, elektrik, akaryakıt ve kahve grubu iken diğer grup ise tütün, alkollü içkiler, çay ve tuzdur. Gider Vergileri Kanunu ile tekel konusu dışında kalan tüm mallar İstihsal Vergisi kapsamına alınırken, tekel konusu mallar 1985 yılında Katma Değer Vergisi (KDV) Kanunu²³’na “ek vergi” adı altında eklenmiştir. (Nadaroğlu, 1992:374-376).

1986 yılında 1177 sayılı Kanun²⁴ ile tütün fonu getirilerek, yerli tütün ekiminin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, tütün üreticisinin desteklenmesi amaçlanmıştır. Kanuna göre tütün fonu “yabancı tütün ile yurt içinde harmanlanmış ve imal edilmiş sigaraların bünyesine giren yabancı tütünün ithali sırasında CIF bedel üzerinden ton başına 3000\$; üretilmiş halde ithal edilen sigaraların ithalatında bünyesinde bulunan yabancı tütüne istinaden, 20 sigaralık paket başına CIF bedel üzerinden 0,40\$” olarak alınmıştır. AB müzakere sürecinde ayrımcı vergi olarak nitelendirilen tütün fonu ulularasarası tütün şirketleri için de engel olarak görülmüş ve 2001 yılında 4629 sayılı Kanun²⁵ ile tütün fonunun tahsiline devam edilirken fonun tütün üreticisine yönelik kullanımına son verilmiştir. 2011 yılında ton başına 2.250\$’a düşürülen tütün fonu, 2016 yılı için ton başına 600\$, 2017 yılı için ton başına 300\$ ve 2018 yılı için ise ton başına 150\$’a düşürülerek 2018 yılı sonunda 536 sayılı Cumhurbaşkan Kararı²⁶ ile sıfırlanarak 2019 yılında kaldırılmıştır.

Tütün fonunun tütün üreticisine yönelik kullanımına son verilmesi ile birlikte 2002 de var olan 405 bin tütün üreticisi sayısı 2018’lerde %86 azalarak 56 binlere düşmüş, yerli tütün üretimi de azalmıştır (Tütün Raporu, 2018:3). Grafik 4.18’de Türkiye’de Sigara üretim firmalarının tütün kullanım miktar ve oranları verilmiş olup, tütün fonunun kaldırılması sonucu Türkiye’de sigara üretim firmalarının yerli tütün kullanımı azalırken, ithal tütün kullanımı ise artmıştır. 2003 yılında yerli tütün kullanım oranı %42,07 iken 2020 yılında azalarak %11,35’e düşmüş, ithal tütün kullanım oranı ise %57,93’den artarak %88,65’e çıkmıştır.

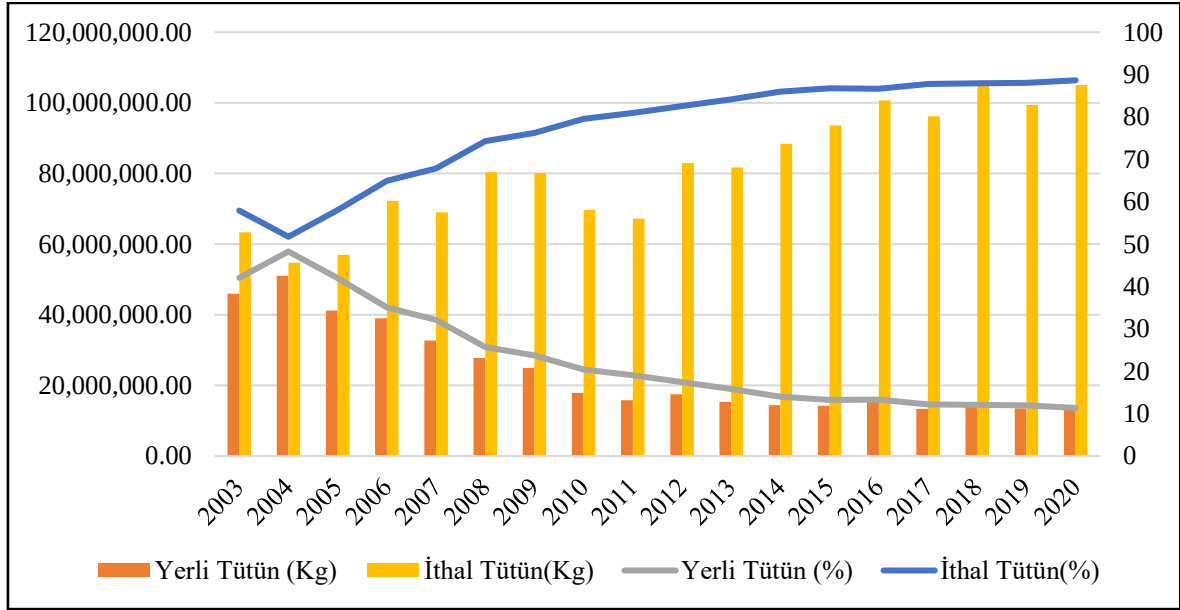
²² 6802 sayılı Gider Vergileri Kanunu, 23/07/1956 tarih ve 9362 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

²³ 3065 sayılı KDV Kanunu, 2/11/1984 tarih ve 18563 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

²⁴ 1177 Sayılı Tütün Tekeli Kanununun Bazı Maddelerinin Yürürlükten Kaldırılması ve Kamu İktisadi Teşebbüslerinin Özelleştirilmesi Hakkında Kanun, 25/05/1986 tarih ve 3291 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

²⁵ 4629 sayılı Bazı Fonların Tasfiyesi Hakkında Kanun, 21/2/2001 tarih ve 24335 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

²⁶ 536 sayılı -Bazı Mallara Uygulanacak Tütün Fonu Tutarları ile ÖTV Tutarlarının Yeniden Belirlenmesi Hakkında-Cumhurbaşkan Kararı, 30712/2018 tarih ve 30642 sayılı RG’de yayımlanmıştır.



Grafik 4.18. Türkiye’de Sigara Üretim Firmalarının Tütün Kullanım Miktar ve Oranları
Kaynak: URL 17’de yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

4.5.2. ÖTV Sonrası Sigaranın Vergilendirilmesi

Sigara kullanımının yol açtığı sağlık sorunları ve artan sağlık harcamaları sigarayı erdemsiz bir mal olarak nitelendirmeye başlamış ve 2000’li yıllardan itibaren sigara üzerinden alınan vergiler sigara kullanımını kısıtlamaya yönelik bir nitelik kazanmaya başlamıştır (Buyrukoğlu, Bozdoğan, Köktaş, 2016:21). Özel Tüketim Vergisi Kanunu ile 2002 yılı itibariyle Tablo 4.18’de gösterilen malların teslimi, ithali veya özel tüketim vergisi uygulanmadan önce müzayede yoluyla satışı bir defaya mahsus olmak üzere özel tüketim vergisine tâbi tutulmaktadır.

Liste Adı	Mal ve Hizmet Grubu
I Sayılı Liste	A Cetveli- Akaryakıtlar B Cetveli- Sanayi yağları ve diğerleri
II Sayılı Liste	Motorlu araçlar
III Sayılı Liste	A Cetveli- Meyva suları, gazoz ve alkollü içecekler B Cetveli- Tütün ve tütün mamülleri
IV Sayılı Liste	Farklı alanlara ait lüks ve elektronik ürünler

Tablo 4.18. Türkiye’de ÖTV Kanununa Tabi Malların Listesi

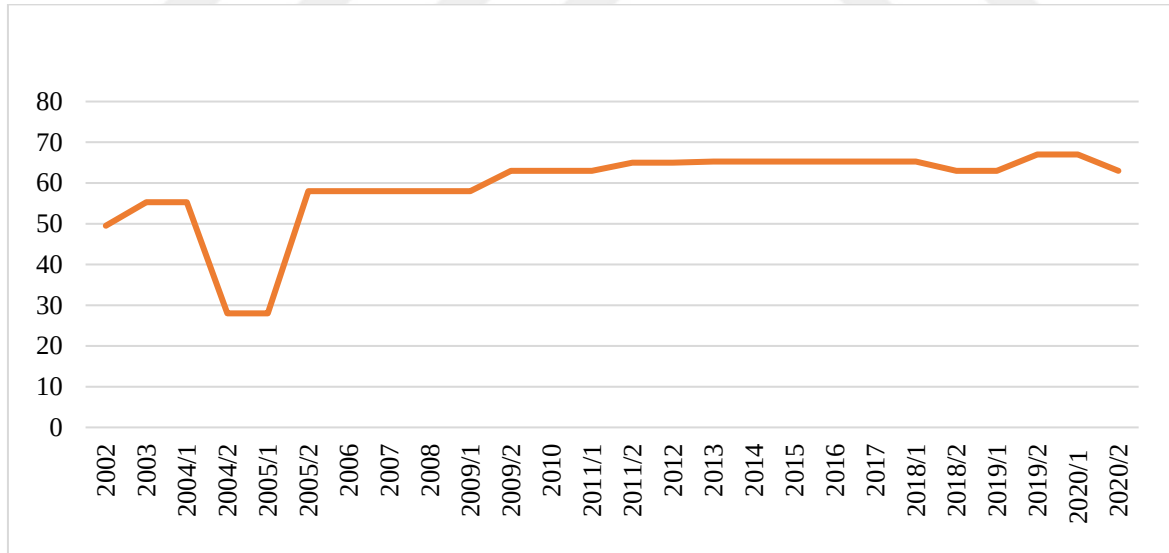
Kaynak: ÖTV Kanunu Ekli Listelerinden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Sigara ve diğer Tütün mamülleri III sayılı Liste B Cetvelinde gösterilmektedir. ÖTV Kanunun 11.maddesine göre, III sayılı listede yer alan tütün ve tütün mamülleri (B cetveli) için asgari maktu vergi ve maktu vergi tutarları uygulanmaktadır. Asgari maktu vergi

tutarları perakende satışa sunulan sigaraların ve makaronların birim ambalajı içinde yer alan her bir sigara veya her bir makaron, diğer tütün mamullerinin birim ambalajı içindeki mamulün her bir gramı itibarıyla uygulanırken, maktu vergi tutarları ise 20 adet sigaradan, 50 adet makarondan veya 50 gram tütünden oluşan birim ambalaj itibarıyla (birim ambalajların farklı adet veya gramdan oluşması halinde anılan adet veya grama göre oranlanarak) uygulanmaktadır. Verginin matrahı ise bunların nihai tüketicilere perakende satış fiyatıdır.

Ayrıca Kanuna göre III sayılı listedeki mallar için Cumhurbaşkanı tarafından belirlenen en son asgari maktu vergi ve maktu vergi tutarları, Ocak ve Temmuz aylarında, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından ilan edilen üretici fiyat endeksinde son altı ayda meydana gelen değişim oranında, bu değişimin ilanı gününden geçerli olmak üzere yeniden belirlenmektedir. Bu sayede sigara vergilerindeki değişimde otomatik olarak sağlanabilmektedir.

2002 yılında çıkarılan ÖTV kanunu sonrası sigarada vergi oranları sürekli değişiklik göstermiştir. Grafik 4.19’da Sigara üzerinden alınan Nispi vergi oranının yıllar içerisindeki değişimi verilmektedir.



Grafik 4.19. Türkiye’de Sigara Üzerindeki Nispi Vergi Oranının Yıllar İçerisindeki Değişimi

Kaynak: URL 19’da yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

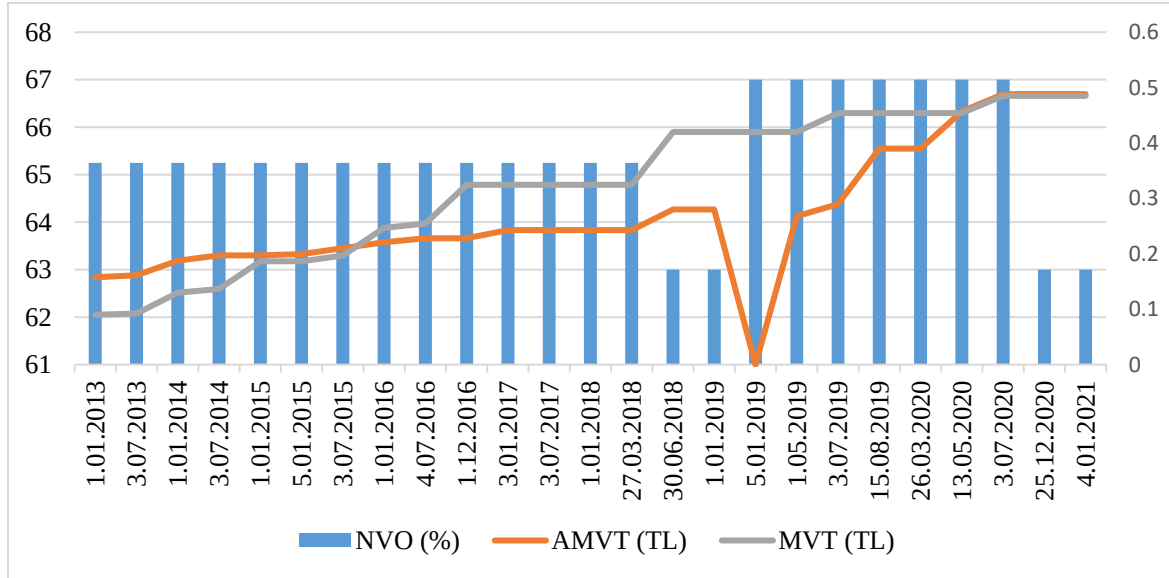
2002 yılında %49,5 olan nispi vergi oranı, 2003 yılında %55,3 olarak uygulanmıştır. 2004 yılında da %55,3 nispi vergi oranına ek olarak Perakende Satış Fiyatına (PSF) bağlı değişen tutarlarda maktu vergi tutarları uygulanmıştır. Bu tutarlar;

PSF≤1.600.000	ise	1.250TL/Adet
1.600.000≤PSF≤3.050.000	ise	2.500TL/Adet
PSF> 3.050.000	ise	4.000TL/Adet şeklindedir.

2004 yılının ikinci döneminde nispi oran %28'e düşerken, şark tipi tütün oranına (ŞTO) göre değişen miktarlarda maktu vergiler aşağıdaki gibi belirlenmiştir;

10/8/2004	%0<ŞTO≤%24	ise	50.000TL/Adet
	%25≤ŞTO≤%49	ise	30.000TL/Adet
	%50≤ŞTO≤%75	ise	22.500TL/Adet
	%75≤ŞTO≤%100	ise	17.500TL/Adet
30/8/2004	%0<ŞTO≤%33	ise	50.000TL/Adet
	%34≤ŞTO≤%66	ise	26.750TL/Adet
	%67≤ŞTO≤%100	ise	17.500TL/Adet
3/1/2005	%0<ŞTO≤%33	ise	0,0500 YTL/Adet
	%34≤ŞTO≤%66	ise	0,0267 YTL/Adet
	%67≤ŞTO≤%100	ise	0,0175 YTL/Adet
1/2/2005	%0<ŞTO≤%33	ise	0,0675 YTL/Adet
	%34≤ŞTO≤%66	ise	0,0400 YTL/Adet
	%67≤ŞTO≤%100	ise	0,0188 YTL/Adet

2005 yılı sonlarında ise nispi oran %58'e çıkarken PSF veya şark tipi tütün oranlarına göre maktu vergi belirlemek yerine 0,0600 YTL'lik bir tutar belirlenmiştir. 2006 - 2013 yılları arasında ise %58-65 arasında değişen nispi oranlar ile 0,0600 YTL - 0,1450 TL arasında değişen asgari maktu vergi tutarları belirlenmiştir. 2013 yılından itibaren ise nispi vergi oranları, asgari maktu vergi ve maktu vergi tutarları birlikte verilmiş olup yıllar itibari ile değişimi Grafik 4.20'de gösterilmektedir.



Grafik 4.20. Türkiye’de Sigara Üzerindeki ÖTV Oran ve Tutarları

Kaynak: URL 19’da yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

2013 yılında 0,1575TL olan asgari maktu vergi tutarı 2020 yılı itibari ile 0,4883TL olmuş olup, 3 katından fazla artış göstermiştir. Maktu vergi tutarı ise 2013 yılında 0,09TL iken 0,4851TL’ye ulaşarak 5 katından fazla artış göstermiştir. 2013-2018 yılları arası %65,25 ile sabit olan nispi vergi oranı ise 2018 yılının ikinci yarısı %63’e düşerken, 2019 yılından 2020 yılı sonuna kadar %67’ye çıkarılmış, 2020 yılı sonundan itibaren ise tekrar %63’e düşürülmüştür. 2013 yılında maktu vergi uygulaması ile birlikte sigara satışında yaşanan düşüşü önceki sayfalarda yer verilen Grafik 4.17’de görmek mümkündür.

Özel Tüketim Vergisi III Sayılı Liste Uygulama Genel Tebliği²⁷ ile sigaranın vergilendirilmesinde perakende satış fiyatına bu mallar için geçerli olan ÖTV oranının uygulanmasıyla nispi vergi oranının hesaplanacağı ancak bu tutarın birim paket içindeki her bir adet sigara için belirlenen asgari maktu vergi tutarına göre hesaplanan vergi tutarından az olamayacağı ifade edilmektedir. Nispi vergi tutarı ile asgari maktu vergi tutarı karşılaştırıldığında yüksek olan tutara maktu vergi tutarı eklenerek bir paket sigara için toplam ÖTV tutarı hesaplanmaktadır. Tablo 4.19’da sigara iç satış miktar ve hasılatına dayalı olarak 1 paket sigaranın ortalama fiyatı (perakende satış hasılatı / [miktar/20]) hesaplanmıştır. Tablodan sigara fiyatlarındaki artış görülmekle birlikte 2020 yılında 1 paket sigaranın ortalama perakende satış fiyatı 15,12TL’dir.

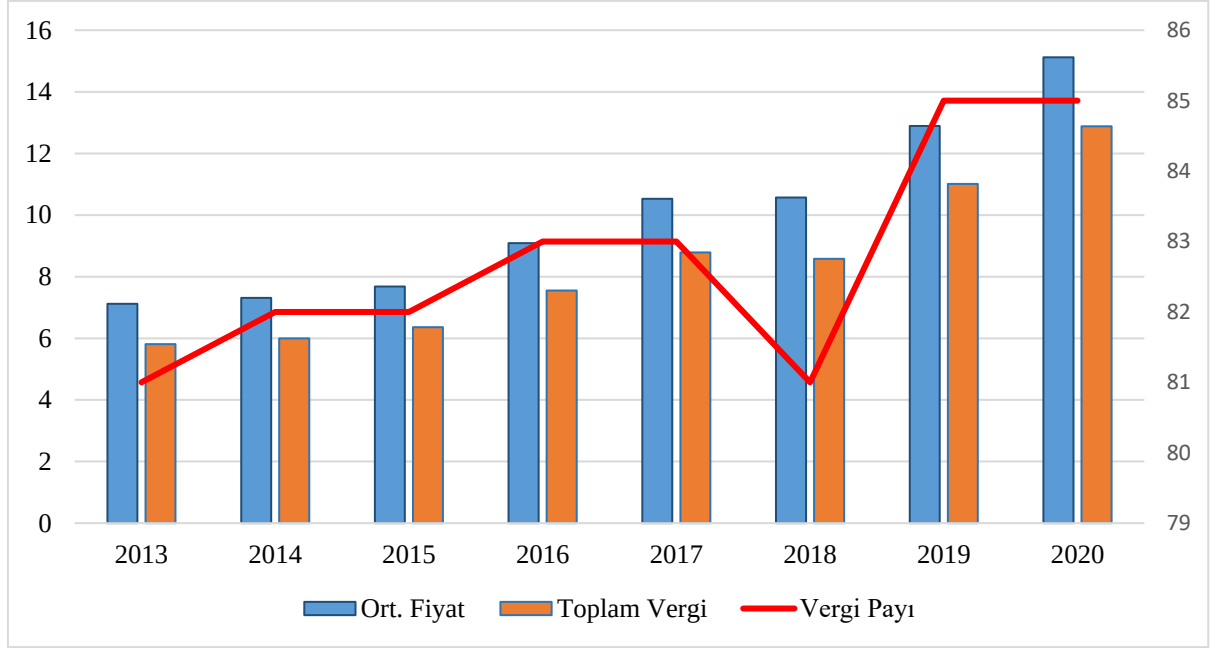
²⁷ Özel Tüketim Vergisi III Sayılı Liste Uygulama Genel Tebliği, 08/08/2015 tarih ve 29439 sayılı RG’de yayımlanmıştır.

Yıllar	Miktar (Adet)	Perakende Satış Hasılatı (TL)	1 Paket Fiyatı (TL)
2003	108.157.063.150	10.570.000.000,00	1,95
2004	108.870.390.620	11.201.875.031,00	2,05
2005	106.716.505.496	12.284.702.594,00	2,3
2006	107.908.692.050	15.272.192.402,28	2,83
2007	107.454.965.620	16.687.091.932,56	3,1
2008	107.858.908.399	18.342.201.352,04	3,4
2009	107.554.976.198	20.402.965.760,09	3,79
2010	93.354.256.336	24.041.960.283,39	5,15
2011	91.217.479.040	24.598.105.743,60	5,39
2012	99.257.052.660	30.588.330.135,85	6,16
2013	91.659.534.370	32.646.104.242,73	7,12
2014	94.681.206.450	34.624.817.146,63	7,31
2015	103.210.236.100	39.648.844.291,13	7,68
2016	105.488.652.808	47.950.493.321,01	9,09
2017	106.223.754.440	55.966.662.595,85	10,53
2018	118.541.720.970	62.676.353.709,38	10,57
2019	119.747.102.254	77.192.545.548,22	12,89
2020	117.911.206.640	89.170.619.567,25	15,12

Tablo 4.19. Türkiye’de Sigara Satış Miktar ve Ortalama Fiyatı

Kaynak: URL 17’de yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Tablo 4.19’de hesaplanan ortalama satış fiyatları baz alınarak 2013-2020 yılları arası (2013 yılından itibaren asgari maktu, maktu ve nispi oranlar bir arada verildiğinden bu yıllar arası alınmıştır) sigara üzerinden alınan vergilerin fiyat içerisindeki payı ise Grafik 4.21’de gösterilmektedir. Asgari maktu vergi miktarının bir pakette yer alan 20 dal sigara ile çarpılması sonucu bulunan miktar ortalama fiyatlarda nispi vergiden az olduğu için hesaplamalarda nispi vergi +maktu vergi ve KDV dikkate alınmıştır. Bu grafikten nispi oran değişimi ile birlikte sigaranın fiyatı içerisinde vergi payının da değiştiğini görmek mümkündür. 2018 yılında nispi oranın %63’e düşmesi ile birlikte vergi payı da %83’den %81 e düşmüştür.



Grafik 4.21. Türkiye’de Sigara Üzerindeki Vergilerin Fiyat İçindeki Payı

Kaynak: Tablo 4.19 ve Grafik 4.20 verilerinden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Türkiye’de sigara fiyatları 11 TL ile 18.5 TL arasında değişmekte olup, 26/12/2020 tarihi itibarıyla perakende satış fiyatı (PSF) 17 TL ve 15 TL olan A ve B sigara paketleri için ÖTV tutarları hesaplaması Tablo 4.20’de verilmiştir. (03.07.2020’de %67 olan nispi vergi oranı %63 ‘e düşürülmüş, asgari maktu vergi tutarı [0,4883] ve maktu vergi tutarları [0,4851] ise aynı kalmıştır).

A Sigara Paketi (PSF=17)	B Sigara Paketi (PSF=15)
Nispi vergi tutarı (17x0,63)=10,71	Nispi vergi tutarı (15x0,63)=9,45
Asgari maktu vergi tutarı (20x0,4883)=9,766	Asgari maktu vergi tutarı (20x0,4883)=9,766
Maktu vergi tutarı=0,4851	Maktu vergi tutarı=0,4851
ÖTV Tutarı=Nispi vergi tutarı+Maktu vergi tutarı= 11,1951	ÖTV Tutarı=Asgari maktu vergi tutarı+Maktu vergi tutarı= 10,2511

Tablo 4.20. Türkiye’de Sigarada ÖTV Hesaplaması Örneği

Kaynak: ÖTV III Sayılı Liste Uygulama Genel Tebliğinden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Sigarada ÖTV tutarı hesaplanırken nispi ve asgari maktu vergi tutarları karşılaştırılarak yüksek olan tutara maktu vergi tutarı eklendiğinden, PSF 17 TL olan sigara paketinde (A) nispi vergi tutarına, PSF 15 TL olan sigara paketinde (B) ise asgari maktu vergi tutarına

maktu vergi tutarı eklenerek ÖTV tutarına ulaşılmaktadır. Bu örnek çerçevesinde 15 TL ve altında PSF'deki sigaralarda ÖTV tutarı hesaplanırken maktu ve asgari maktu vergi tutarlarının, 15 TL üzerinde PSF'deki sigaralarda ise maktu vergi ve nispi vergi tutarının baz alındığını söylemek mümkündür. Bir diğer ifade ile 15 TL altında PSF'deki sigaralarda nispi vergi tutarı, asgari maktu vergi tutarını geçmemektedir, bu nedenle de maktu ve asgari maktu vergi tutarları üzerinden ÖTV hesaplanmaktadır. Ayrıca hergün 1 paket sigara tüketen bir bireyin yılda yaklaşık 3.750.000 TL ile 4.000.00 TL arasında ÖTV ödediğini söylemek de mümkündür.

Sigaralar üzerinden ÖTV yanında %18 oranında Katma Değer Vergisi (KDV)'de alınmakta olup (ÖTV dahil fiyat üzerinden KDV Kanunun 23.maddesi gereği özel matrah şekline tabi olduğundan iç yüzde yoluyla hesaplanmaktadır; [18/118]) yaklaşık olarak perakende satış fiyatının %15,25'ine tekabül etmektedir. Sigaranın fiyat yapısı Tablo 4.21'deki gibi formüle edilmiş olup, perakende satış fiyatı, üretici fiyatı, bayi karı, ÖTV tutarı ve KDV tutarının toplamından oluşmaktadır.

$X = Y + Z + \text{ÖTV} + \text{KDV} = \frac{(1 + \text{KDV}) \times (Y + M)}{1 - (1 + \text{KDV}) \times \text{NVO} - (1 + \text{KDV}) \times \text{KPO}}$			
A		B	
Perakende satış fiyatı (X)	16	Perakende satış fiyatı (X)	16
Üretici fiyatı (Y)	1,23	Üretici fiyatı (Y)	1,87
Bayi kar payı tutarı (Z=X x KPO)	1,12	Bayi kar payı tutarı (Z=X x KPO)	1,12
Nispi vergi tutarı (X x NVO)	10,72	Nispi vergi tutarı (X x NVO)	10,08
Asgari maktu vergi (0,48 x 20)	9,76	Asgari maktu vergi (0,48 x 20)	9,76
Maktu vergi tutarı (M)	0,48	Maktu vergi tutarı (M)	0,48
Toplam ÖTV	11,20	Toplam ÖTV	10,56
KDV (Y+Z+ÖTV) x %18	2,43	KDV (Y+Z+ÖTV) x %18	2,43

Tablo 4.21. Türkiye'de Sigara Fiyat Yapısı

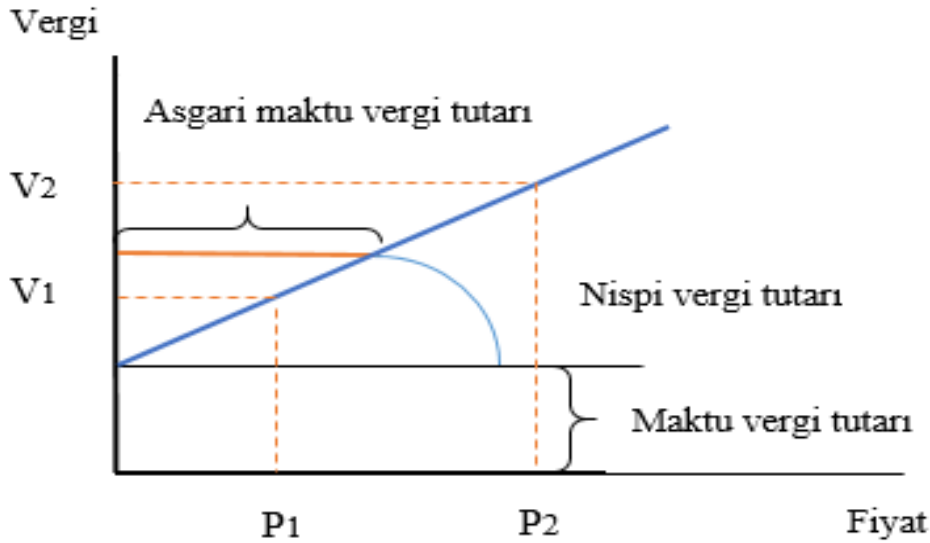
Kaynak: Atuk, Özmen, 2017:278'den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Kar payı oranı (KPO) %7 olarak alınmış olup, Nispi vergi oranı (NVO) ise tablonun A tarafında %67 ve B tarafında ise %63 olarak alınmıştır. Tabloda yer alan veriler çerçevesinde sigarada nispi vergi oranı %67 iken toplam vergi (ÖTV+KDV) 13,63TL iken, nispi vergi oranı %63'e düşürüldüğünde toplam vergi (ÖTV+KDV) 12,99TL olacaktır. Bir diğer ifade

ile bir sigara paketindeki toplam vergi, fiyatın %85'ini oluştururken nispi oranın 4 birim düşmesi ile verginin fiyat içindeki payı da %81'e düşecektir.

Nispi ÖTV oranının düşürülmesi mali çarpan²⁸'a da etki ederek mali çarpanı düşürmektedir. %67'lik nispi oranda 16 liralık sigara fiyatındaki vergilerin oranı 0,85 iken, nispi oranın %63'e düşmesi ile 0,81 e düşmüştür. Mali çarpanın 5,26'ya düşmesi ile 1 kuruşluk bir maliyet artışında 6,66 kuruşluk fiyat artışı yapmak yerine 5,26 kuruşluk fiyat artışı yapmak yeterli olacaktır (URL 20).

Sigaranın vergilendirilmesinde ÖTV yapısını özetlemek gerekirse Grafik 4.22'deki gibi göstermek mümkündür. Sabit maktu bir vergi tutarı yanında asgari maktu vergi veya nispi vergiden yüksek çıkan tutarın alınması ile ÖTV tutarına ulaşılmaktadır, bir diğer ifade ile sigaranın vergilendirilmesinde minimum tutarlı maktu (spesifik) vergi ve nispi (ad valorem) vergiden oluşan karma bir yapı hakimdir.



Grafik 4.22. Türkiye'de Sigaranın ÖTV Yapısı

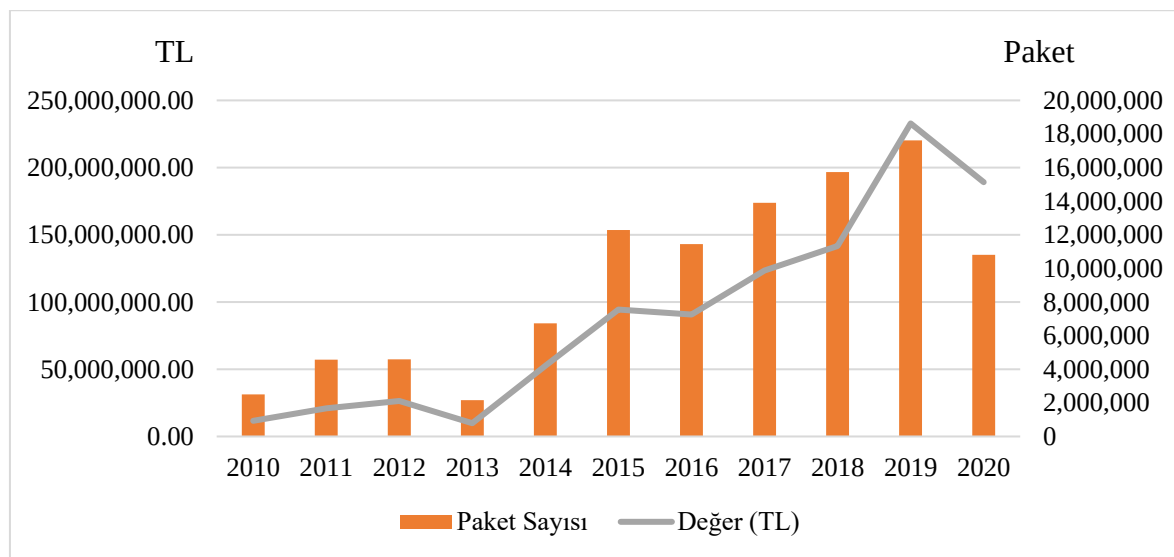
Kaynak: Laffer, 2014:162'den yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

P1 fiyatında sigaranın nispi vergisi asgari maktu vergiden daha az olduğundan vergi tutarı maktu vergiye asgari maktu vergi tutarı eklenerek hesaplanırken, P2 fiyatında ise nispi vergi tutarı asgari maktu vergi tutarından daha yüksek olduğundan vergi tutarı maktu vergiye nispi vergi tutarı eklenerek hesaplanmaktadır.

²⁸ Mali çarpan = $1 / (1 - \text{Satış üzerindeki vergiler})$

Sigaranın vergilendirilme yapısı arasındaki farklılıklardan -önceki sayfalarda yer verilen- Tablo 4.7’de bahsedilmiş olup, maktu vergilerin sigara tüketiminin azalmasında nispi vergilerden daha ön planda olduğu açıktır. Nispi vergilere göre fiyatları daha çok arttıran maktu vergi ile tüketim de kısılmaktadır. Ayrıca maktu vergilerin yönetimi nispi vergilerden daha kolaydır, maktu vergiler ile üreticilerin (vergilerden daha az etkilenmek için) sigara fiyatını düşürmesinin önüne geçilmesi de daha kolaydır. Maktu vergiler yüksek fiyatlı markaların fiyatını azaltacağı için tüketicilerin yüksek fiyatlı üründen düşük fiyatlı ürünlere geçişi söz konusu olmayacaktır. Maktu vergiler sigara fiyatlarının da birbirine yaklaşmasını sağlayarak sigara markaları arasındaki kaliteli kalitesiz ayrımını da ortadan kaldırmaya çalışan bir yapıdır.

Sigara üzerinden alınan vergilerin fazlalığı her ne kadar sigara kaçakçılığını arttırıyor gibi algılsa da aslında kaçakçılık tütün endüstrisinin kullandığı lobicilik faaliyetidir ve yapılan çalışmalar vergi ve fiyat artışının sigara kaçakçılığını etkilemediğini, sigara fiyatının düşük olduğu ülkelerde kaçakçılığın daha yüksek olduğunu göstermektedir (Jossens, Raw, 1998:67). Sigaradan alınan vergiler ile artan fiyatlar sigara kaçakçılığını teşvik etse de tek sebebi değildir, uluslararası ticarete kontrollerin olmaması ve tütün endüstrisinin kaçakçılığı kolaylaştırması gibi daha birçok neden sigara kaçakçılığının artmasındaki sebeplerdir. Türkiye’de kaçak sigara yakalama miktar ve değerleri Grafik 4.23’de verilmiş olup, 2019 yılında 17.621.280 paket kaçak sigara yakalanırken, 2020 yılında 10.810.250 paket kaçak sigara yakalanmıştır.



Grafik 4.23. Türkiye’de Kaçak Sigara Yakalama Miktar ve Değerleri

Kaynak: URL 21’de yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

2018 yılında %63 olan nispi vergi oranının 2019 yılında %67'e çıkması sigara kaçakçılığını arttırdı demek yanlış olacaktır çünkü 2020 yılında da nispi vergi oranı %67 olarak değişmemiştir (Aralık ayı sonunda %63'e düşmüştür), daha öncede ifade edildiği gibi sigara kaçakçılığında veya kaçakçılığın artmasında tek neden sigara üzerindeki vergilerin arttırılması değildir.

Türkiye'de 2013 yılı için yapılan bir çalışmada sigara üzerindeki vergi oranı artışı sonrası yaklaşık 5 ay sonra 10 sigara içen kişiden sadece 1 kişinin kaçak sigara içtiği ve sigara vergisi artışı öncesine kıyasla yasa dışı sigara kullanım yaygınlığında bir artış olmadığı görülmüştür (Kaplan, Acien, Cohen, 2017:5).

Tobacconomics Team tarafından Ülkelerin sigaranın vergilendirilmesinde başarısını ölçmek için "Sigara Vergi Karnesi" adı ile bir puanlama sistemi geliştirilmiştir (Tobacconomics Team, 2020:2). Bu sistemde sigara fiyatı (SF), sigara satın alınabilirliğindeki değişim(SA), fiyat içinde vergi payı (VP) ve vergi yapısı (VY) puanlanarak her bir parametre 5 puan üzerinden ortalama ise en yüksek 5 olarak belirlenmiştir. Puanlama sonuçlarına göre 2014'de 1,85 olan küresel ortalama puan 2018'de 2,07 puana yükselmiş olup, 2018 yılında en yüksek ortalamalar 4,625 puan ile Avustralya, 4,375 ile de İngiltere'dedir ve çoğu ülke sigaraları etkin bir şekilde vergilendirmede başarısızdır.

Parametreler içerisinde sigara satın alınabilirliği, kişi başı GSYİH'nın 2000 adet sigara bir diğer ifade ile 100 paket sigara almak için gereken yüzdesi olarak hesaplanmaktadır (Tobacconomics Team, 2020:2). Türkiye için sigara satın alınabilirliği hesaplanmış olup, Tablo 4.22'de verilmektedir.

Yıllar	Kişi Başı GSYİH (TL)	1 Paket Sigara Fiyatı (TL)	Sigara Satın Alınabilirliği (%)	Sigara Vergi Karnesi Puanı*	Sigara Vergi Karnesi Parametreleri
2003	10.890	1,95	1,79		
2004	12.088	2,05	1,69		
2005	13.360	2,3	1,72		
2006	14.535	2,83	1,94		
2007	15.429	3,1	2		
2008	15.630	3,4	2,17		
2009	14.772	3,79	2,56		
2010	16.065	5,15	3,2		
2011	17.596	5,39	3,06		
2012	18.083	6,16	3,4		
2013	18.951	7,12	3,75		
2014	19.636	7,31	3,72	3,625	SF: 3, SA:4, VP:4,5, VY:3
2015	29.885	7,68	2,56		
2016	32.904	9,09	2,76	2,625	SF: 3, SA:0, VP:4,5, VY:3
2017	38.680	10,53	2,72		
2018	45.750	10,57	2,31	2,875	SF: 4, SA:0, VP:4,5, VY:3
2019	52.316	12,89	2,46		
2020	60.537	15,12	2,49		

Tablo 4.22. Türkiye'de Sigara Satın Alınabilirliği ve Vergi Karnesi Puanı

Kaynak: *Tobacconomics Team, Tablo 4.19 ve URL 27'de yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Türkiye için sigara vergi karnesi puanı 2014, 2016 ve 2018 yılları için hesaplanmış, 2016 ve 2018 yılları için sigara satın alınabilirliğindeki değişim anlamlı olarak bulunmayıp “0” olarak alındığı için puan düşmüştür, ancak yine de küresel ortalamanın üzerindedir.

Türkiye’de 2020 yılı için en popüler marka olan sigara paketinin fiyatı 18 TL olarak alındığında 1 paket sigaradaki toplam vergi (11,82 TL ÖTV+2,74 TL KDV) 14,56 TL olup fiyat içerisindeki vergi payı %80,88’dir. Bu oran Tablo 4.23’de yer alan (2020 yılı) Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye vergi payı en yüksek ülkeler arasında 13.sırada yer almaktadır. AB ülkelerinde en yüksek nispi oran %51,24 iken Türkiye’de nispi vergi oranının daha yüksek olması ve maktu vergi oranının düşük olması en büyük farktır. Ayrıca Türkiye’de maktu vergi paket bazlı alınırken, AB ülkelerinde ise maktu vergi 1000 sigara başına alınmaktadır ve perakende satış fiyatı da Türkiye’de daha düşüktür.

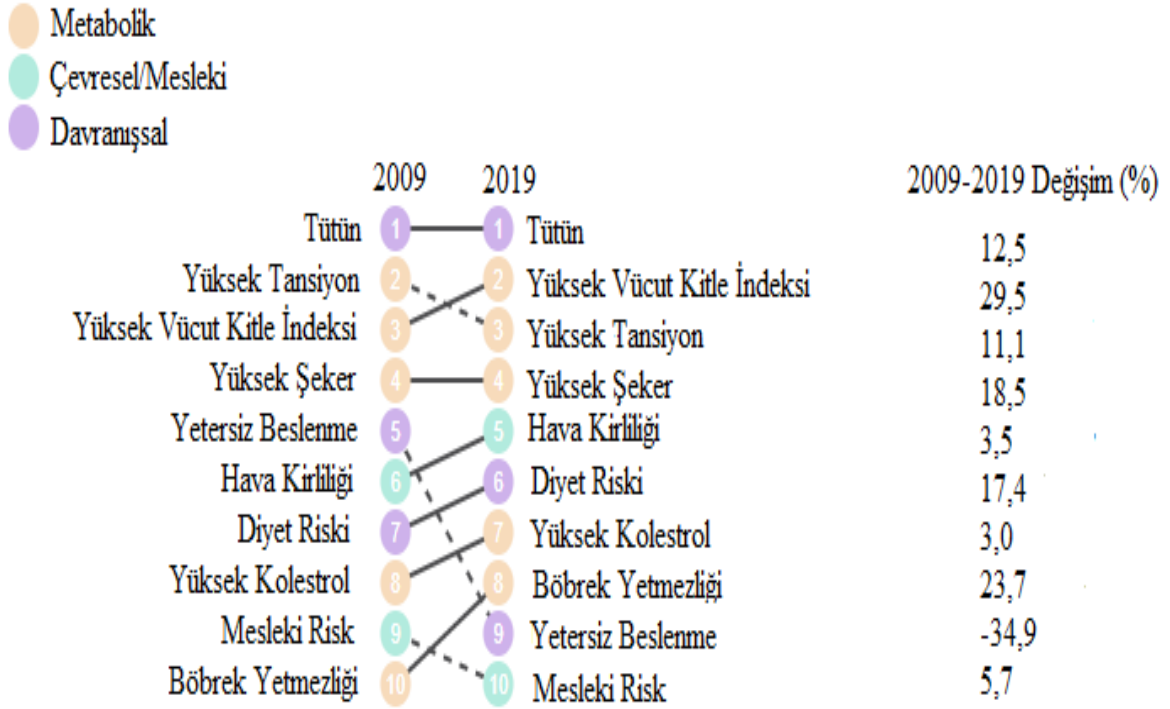
Ülkeler	Maktu vergi (₺)	Nispi vergi (%)	KDV (%)	Toplam vergi (%)
Avusturya	58	37,5	16,67	76,89
Belçika	66,49	40,04	17,36	78,65
Bulgaristan	55,73	25	16,67	82,41
Kıbrıs	55	34	15,97	75,08
Çek C.	62,54	30	17,36	82,69
Almanya	98,2	21,69	13,79	68,05
Danimarka	232,79	1	20	108,36
Estonya	81,95	30	16,67	86,94
Yunanistan	82,5	26	19,35	84,49
İspanya	24,7	51	17,36	79,22
Finlandiya	73	52	19,35	90,3
Fransa	62,8	54	16,67	85,33
Hırvatistan	49,92	34	20	81,76
Macaristan	64,21	22,5	21,26	76,98
İrlanda	346,04	8,91	18,7	85
İtalya	21,57	51,24	18,03	77,83
Litvanya	65,7	25	17,36	79,16
Lüksemburg	19,14	46,65	14,53	69,04
Letonya	78,7	20	17,36	81,25
Malta	107	23,4	15,25	78,44
Hollanda	219,25	5	17,36	89,93
Polonya	52,10	32,05	18,7	82,99
Portekiz	101	14	18,7	76,52
Romanya	85,56	14	15,97	74,62
İsveç	148	1	20	70,94
Slovenya	73	21,88	18,03	79,82
Slovak	64,1	23	16,67	77,19
İngiltere	256	16,05	16,67	83,18

Tablo 4.23. AB Ülkelerinde Sigaradan Alınan Vergiler

Kaynak: EC, 2020:6-7’de yer alan verilerden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

5. TÜRKİYE’DE SİGARANIN VERGİLENDİRİLMESİNİN ANALİZİ

Artan sigara tüketimi hem bulaşıcı olmayan hastalıklara sebep olmakta hem de ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Küresel Hastalık Yüğü Çalışmasına göre Türkiye’de ölüm ve sakatlığı beraberinde getiren risk faktörleri ve değişimi Şekil 5.1’de verilmektedir. Davranışsal risk kategorisine giren tütün kullanımı risk faktörü sıralamasında başı çekmekte olup, 2009 yılında da 2019 yılında da sıralaması değişmemektedir.



Şekil 5.1. Türkiye’de Ölüm ve Sakatlığı Beraberinde Getiren Risk Faktörleri ve Değişimi
Kaynak: URL 24.

Erdemsiz bir mal olan sigaranın vergilendirilmesi ile sigara tüketimi sonucu oluşan sosyal maliyet ile özel maliyet arasında toplum aleyhine oluşan farkın önlenmesi amaçlanmaktadır. Sigaranın vergilendirilmesi ile elde edilen gelir sağlık harcamalarının finansmanında kullanılabilir, bir diğer ifade ile tahsisli vergileme şeklinde sigaraya bağlı hastalıkların tedavisinde kullanılabilir. Sigaranın vergilendirilmesi ile sigara tüketimi azaltıldığında ise sağlık harcamaları da azalacağından kazanç katlanacaktır. Bu noktada ise sigaranın vergilendirilme yapısı önem arz etmektedir.

5.1. Literatür Taraması

Sigaranın bilinen fazlaca zararı yanında sağlığa ve ekonomiye olan maliyetinin artması ile birlikte sigaranın vergilendirilmesi gerektiği görüşü birçok ülke tarafından benimsenmiş ve böylece farklı vergilendirme yapıları ortaya çıkmıştır. Sigaranın vergilendirilmesi üzerine yapılan bazı çalışmalar Tablo 5.1’de gösterilmektedir.

Çalışmalar	Bulgular
Manning vd. (1991)	ABD’de sigara içenlerin yüksek tıbbi hizmet talebi kaynaklarının belli kısmının sigara içmeyenler tarafından sübvansedildiği, sigara içenlerin ödedikleri vergiler ile de sigara içmeyenlerin bakım ve emeklilik ödemelerinin sübvansedildiği
Joossens vd. (1998)	Vergi ve fiyat artışının sigara kaçakçılığını etkilemediği, sigara fiyatının düşük olduğu ülkelerde kaçakçılığın daha yüksek olduğu
Evans vd. (1999)	Arizona eyaletinde paket başına 6,78 centlik vergi getirilmesiyle sadece sigara içen hamile kadınların % 17’sinin davranışını değiştirebileceği, sigara içen hamile kadınların %32’sinin sigarayı bırakacakları ve böylece düşük doğum riskinin %5 azalacağı
Chaloupka vd. (2000)	Düşük ve orta gelirli ülkelerde vergi artışları ile sigara kullanımının azaldığı
Önder (2002)	Türkiye’de sigaranın fiyat esnekliği -0.19, gelir esnekliği ise 0.23 olarak bulunmuş, buna göre sigaranın fiyatı %10 artırıldığında, sigaraya olan talebin %1,9 azalacağı ve sigaranın fiyatı sabit tutulup, gelir %10 artarsa, sigaraya olan talebin %2.3 artacağı
Sissoko (2002) - ABD	ABD’de yüksek vergilerin düşük vergilere göre daha elastik olduğu
Carpenter vd (2008)	Son 15 yıldaki ABD büyük eyalet tütün vergisi artışlarının, gençlerin sigara içme katılımında ve sık sık sigara içmede önemli azalmalarla ilişkili olduğu
Sylvain (2008)	Kolombiya’da vergi artışının 18 yaş altı gençlerde sigara tüketimini azaltarak günde tüketilen ortalama sigara sayısının da azaldığı
Chaloupka vd, 2010	Sigara üzerindeki advalorem vergilerdeki artışın spesifik vergilerdeki artışa oranla tüketimin azalmasında daha az etkili olacağı
Uğur vd. (2010)	Türkiye’de kişi başına sağlık harcamaları ile tütün tüketim miktarları arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu, sigara üzerindeki dolaylı vergi artışlarının sigara tüketimini azalttığı ve sigara tüketiminin azalması ile de kişi başına sağlık harcamalarının azalacağı
Bader vd (2011)	2006-2008 yılları arası Kanada’da Yüksek riskli 6 grup için yapılan çalışmada sigara üzerinden alınan vergilerin caydırıcı olduğu ve gençlerin sigaraya başlamasını önlemede önemli bir politika unsuru olduğu
Oğuztürk vd.(2012)	Türkiye’de 1980-2010 yılları için yapılan analizde sigara tüketimini azaltmak için alınabilecek en önemli tedbirin, sigara fiyatlarını enflasyon oranından daha yüksek oranlarda arttırmak olduğu

Gergerlioğlu (2014)	Tütün ürünleri üzerindeki vergilerin eğitim seviyesi düşük olanlarca daha çok desteklendiği
Önder vd (2016)	Sigara üzerindeki vergiler arttırıldığında kimin daha fazla vergi ödediği net olmamak ile birlikte, yoksulların gelirinden daha fazla payda vergi ödediği
Tauras vd (2018)	ABD’de 2008-2012 yılları arası Tütün kontrol politikalarının etkinliği ölçülerek vergilerin sağlığa harcanması ile sigara tüketiminin azaltıldığı
Sharbaugh vd (2018)	ABD’de halk sağlığı politikası aracı olarak sigara üzerindeki vergilerin arttırılması sonucu özellikle 18-24 yaş arası gençlerde sigara tüketim miktarının azaldığı

Tablo 5.1. Sigaranın Vergilendirilmesi ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır.

Sigaranın vergilendirilmesinde farklı vergi yapılarının olması, bu vergilere müdahale edilmesi bir başka ifadeyle vergi oranlarının ya da yapısının değiştirilmesi ile sigara tüketim oranları ve vergi gelirinin nasıl değişeceğini düşündürmüştür. Sigara üzerinden alınan vergilere müdahale edilmesi sonucu yaşanılabilirlik değişikliklere yönelik bulgular içeren çalışmalar ise Tablo 5.2’de gösterilmektedir.

Çalışmalar	Vergi Müdahalesi	Bulgular (Tahminler)
Ranson vd (2002)	%10 artış	Fiyat artışının düşük ve orta gelirli ülkelerde kurtarılan engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı başına 3-70\$’a, yüksek gelirli ülkelerde ise 83-2771\$’a mal olabileceği
Fishman vd. (2005)	Paket başına 1\$	Doğrudan sağlık maliyetleri göz önüne alındığında ortalama 622\$ ile bir yıllık hayatın kurtarılabileceği
Ahmad (2005)	%20 artış	Kaliforniya için 75 yıllık zaman aralığında vergilere bağlı fiyat artışı ile sigara paketinde 7,88 milyar dolarlık bir azalma olabileceği, kaliteli yaşam yılı kazanabileceği, kaçakçılığın etkisinin büyük olmadığı ve vergi artışlarının ekonomik faydalarını ortadan kaldırmayacağı, 38,15 milyar dolarlık ek vergi kaynağı ve kümülatif sağlık maliyetlerinde 411,6 milyar dolarlık bir tasarruf sağlanabileceği
Van Baal vd (2007)	%10 artış	Hollanda’da fiyat artışı ile kazanılan kaliteli yaşam yılı başına 2500£ maliyet ekin olabileceği
Asaria vd (2007)	Tüketim oranını %10 azaltacak kadar artış	Düşük ve orta gelirli ülkelerde vergilerin önlenen ölümler açısından sağlık kazancı sağlayabileceği
Reed (2010)	%5 artış	İngiltere’de 190 bin sigara içicisinin maliyet tasarrufu sağlayarak, ekstra yaşam yılı için sigarayı bırakabileceği
Vos vd. (2010)	Bir kez %30 artış	Avustralya nüfusunun 270.000 engelliliğe ayarlanmış yaşam yılının önlenebileceği

Yürekli vd (2010)	Nispi vergide %5, maktu vergide %60 artış	0,9 milyon kişinin sigarayı bırakabileceği, 0,7 milyon gencin sigaraya başlamasının engellenebileceği, 0,5 milyon kişinin erken ölümünün engellenebileceği ve 4,1 milyar TL ek vergi geliri sağlanabileceği
Higashi vd. (2011)	Paket fiyatının %55'inden %65-75-85'e artış	Vietnam da önlenen engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı başına oldukça uygun maliyetli olabileceği
Ortegon vd (2012)	Bir kez %60 artış	Afrika Bölgesinde önlenen engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı başına 448\$, Güney Doğu Asya Bölgesinde ise 87\$'a mal olabileceği
Salomon vd. (2012)	Tek seferde paket fiyatının %60'ından %80'ine	Meksika için önlenen engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı başına 103\$'a mal olabileceği
Over vd. (2014)	% 5 artış	Hollanda'da 75 yıllık zaman aralığında kazanılan kaliteli yaşam yılının artabileceği ve erkeklerde kadınlara oranla daha fazla ölümün engellenebileceği
Jha (2015)	3 kat artış	2025 yılına kadar, düşük ve orta gelirli ülkelerde sigara fiyatının 2 kat artarak sigara tüketiminin %40 azalabileceği

Tablo 5.2. Sigara Vergilerine Müdahale ve Sonuçları ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır.

5.2. Model

Tütün kontrol önlemleri arasında sağlık politikası aracı olarak kullanılabilecek en uygun maliyetli yol sigaranın vergilendirilmesidir. Sigara üzerindeki yüksek vergiler kazan-kazan politikası niteliği taşımakta, hem devlet için gelir sağlarken hem de sigara tüketiminin azaltılmasında rol almaktadır. Ancak sigaranın vergilendirilmesinde tercih edilecek yapı önem arz etmektedir. Sigara üzerinden vergi almayan ülkeler az olmakla birlikte birçok ülkede ise vergilendirme yapısı çok karmaşıktır, bu da üreticilerin vergiden kaçınmasına neden olabilmektedir. Sigaranın vergilendirilmesindeki karmaşık yapı, ülkeleri de vergilendirme konusunda homojenlikten uzaklaştırdığından ülke bazlı bir analiz yapabilmek için matematiksel tekniklerin kullanıldığı simülasyon tercih edilmektedir.

DSÖ yaptığı bir çalışmada ülkelerin sigara vergilendirme yapılarını ayarlarken teknik anlamda destek sağlamak için “WHO TaXSiM” adı ile bir vergi simülasyon modeli geliştirmiştir (WHO, 2013:2). Modelin güçlü yanı her ülke için ortak bir çalışmanın parçası olarak geliştirilmiş olmasıdır. Model ile amaçlanan sigara piyasası ve ÖTV yapısının incelenmesidir. ÖTV yapısının verimliliğinin ve etkinliğinin nasıl arttırılabileceğini

belirleyen bu model ile vergi artışlarının sigara tüketimini azaltarak halk sağlığı hedeflerine ulaşılmasında yardımcı olabileceği ifade edilmektedir.

Çin’de yapılan bir çalışmada WHO TaXSiM modeli kullanılarak vergilerde yapılacak artış ile tüketimin azalacağı, vergi gelirlerinin artacağı ve vergilendirmenin diğer tütün kontrol önlemleri içerisinde en etkili araç olduğu ifade edilmektedir (Goodchild, Zheng, 2019: 412).

Rusya’da yapılan bir çalışmada WHO TaXSiM modeli kullanılarak vergilerde yapılacak artış ve getirilecek minimum vergi tabanı ile olumlu sağlık sonuçları elde edilebileceği ve gelir sağlanabileceği, bir diğer ifade ile sigaranın vergiledirilmesinin tam bir kazan-kazan politikası olduğu ifade edilmektedir (WB, 2018:6).

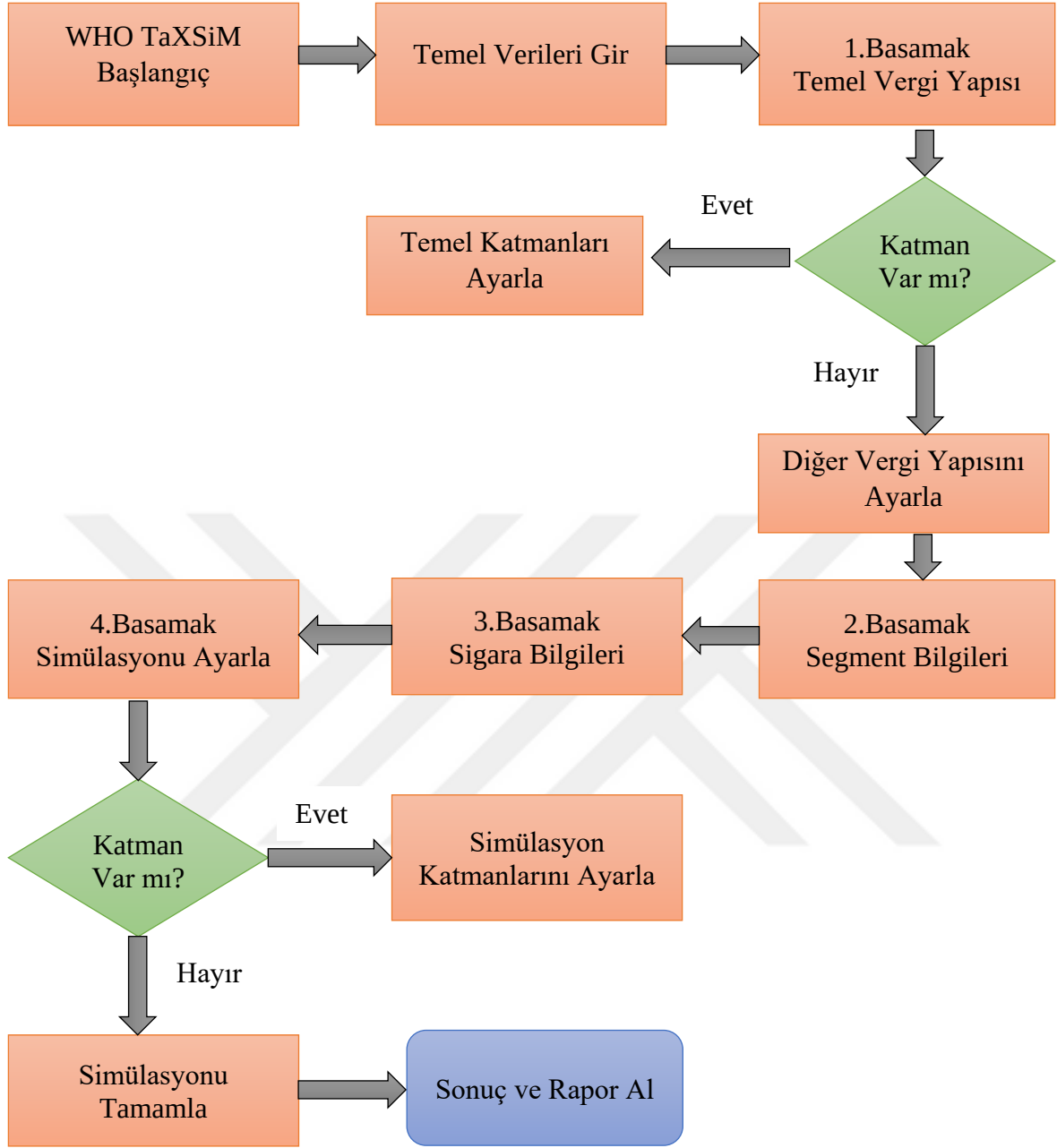
Ukrayna’da yapılan bir çalışmada da WHO TaXSiM modeli kullanılarak ad valorem vergi oranı sabit kalıp, spesifik vergi ve minimum vergi tutarları arttırıldığında, sigara tüketiminin azalacağı, vergi gelirlerinin ise artacağı ifade edilmektedir (WB, 2017:11).

WHO TaXSiM ile ilk olarak yurt içinde tüketilen sigaralar için mevcut piyasa (sigara marka ve fiyatları, satış miktarları) ve vergi durumu (spesifik, ad valorem, karma, KDV) tanımlanmaktadır. Daha sonra vergi değişikliklerinin sigara tüketimi ve vergi geliri üzerindeki etkileri tahmin edilmektedir.

Model için gerekli olan veriler

- Her bir sigara markasına özel veriler (satış fiyatı, satış miktarı, kar marjı vbg bilgiler),
- Sigaraların vergilendirilme yapısı (tüm dolaylı vergiler hakkında bilgi-Spesifik, ad valorem, karma, KDV, varsa ithalat veya diğer vergiler-)

Şekil 5.2’de WHO TaXSiM Modelinin işleyiş süreci basamak basamak verilmektedir. Ülkeye ait temel bilgiler (nüfus, sigara tüketim oranları, para birimi gibi) girildikten sonra, ilk basamak ülkenin sigara vergilendirilme yapısı verileri girilerek başlamaktadır. Vergilendirme yapısının katmanlı olup olmamasına göre veriler girilerek ilerlenmekte, daha sonraki basamaklarda sigaraların segment ve fiyat yapılarına dair bilgilere yer verilmektedir. Basamak basamak ilerlenerek son basamakta vergi tür veya oranlarında değişiklikler yapılarak simülasyon başlatılmaktadır.



Şekil 5.2. WHO TaXSiM Modelinin İşleyiş Süreci

Kaynak: WHO, 2018:9.

5.2.1. Vergi Türleri

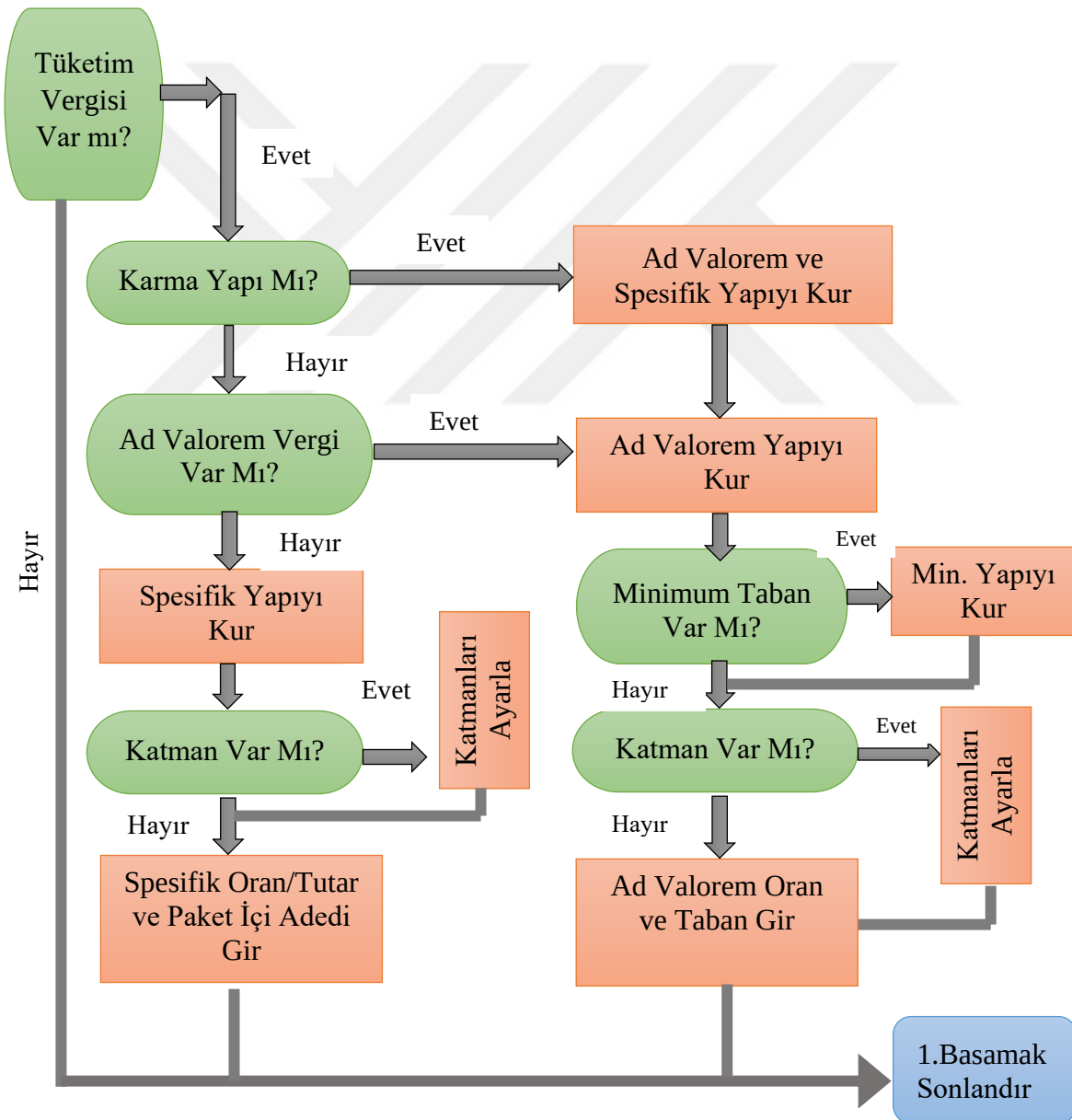
Sigara üzerindeki vergilendirme yapısının bilinmesi önemlidir. Sigaralar üzerinde iki tür tüketim vergisi vardır. Belirli sayıda çubuk veya paket üzerinden alınan parasal bir değer olan spesifik vergi (E_s) veya sigaranın değeri üzerinden yüzde olarak alınan ad valorem vergi (E_a). Ad valorem vergi oranına yasal oran denmekte ve “ t_e ” ile ifade edilmektedir. E_a ise, satış fiyatının t_e ile çarpılması ile elde edilir. Ülkeler her ikisinden birini seçebileceği gibi

ikisinin de yer aldığı karma bir yapıyı da seçebilirler. Sigara vergisi üç türden bir tanesi olabilmektedir;

$$E = (E_s + E_a), E_s, E_a \quad (5.1)$$

Bazı ülkelerde ayrıca KDV, satış ve ithalat vergisi gibi vergiler alınabilmektedir. Ancak modelin en basit hali olması nedeni ile KDV ve tüketim vergisi (E) üzerinde durulmaktadır.

Şekil 5.3’de WHO TaXSiM Modelinde vergi sisteminin kuruluşu verilmektedir. Sigara üzerinde tüketim vergisi karma yapı, ad valorem vergi ve spesifik vergi, minimum bir taban uygulanmasına göre değişmektedir.



Şekil 5.3.WHO TaXSiM Modelinde Vergi Sisteminin Kurulumu

Kaynak: WHO, 2018:11.

5.2.2. Vergi Tabanı

Spesifik vergi tabanı miktar (çubuk başına, 1000 çubuk başına, kg başına, karton veya paket başına) olarak tanımlandığı için basittir. Ad valorem vergi tabanı ise vergi oranı (t_e), üretici fiyatı (P_p), toptancı fiyatı (P_w) veya tüketici perakende satış fiyatı (P_R) da bağlı olarak değişmektedir. Ad valorem vergi tutarı;

$$E_a = t_e \times P_p, \quad E_a = t_e \times P_w, \quad E_a = t_e \times P_R \quad (5.2)$$

KDV oranı, genellikle KDV hariç perakende satış fiyatı üzerinden tek tip bir oran olarak alınmaktadır. “ R_M ” tedarik zinciri marjını ifade etmek üzere birim başına KDV tutarı;

$$V = (P_p + R_M + E) \times v \quad (5.3)$$

Heasplamayı basitleştirmek için yasal KDV oranının (v), aşağıdaki formül ile perakende satış yüzdesine çevrilmesi tavsiye edilmektedir;

$$vp = v / (1+v) \quad (5.4)$$

Birim başına KDV tutarı;

$$V = vp \times P_R \quad (5.5)$$

5.2.3. Toplam vergi

Önemli sayıda ülke tüm sigara markaları için fiyat (tüketici, toptan satış), ağırlık, sigaranın uzunluğu veya üretim yöntemi (yerli, ithal)ne göre değişen tek tip bir tüketim vergisi uygulamaktadır.

Bir paket sigra üzerindeki toplam vergi (T), paket başına tüketim (E) ve KDV (V) ile aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır:

$$T = E + V \quad (5.6)$$

Yüksek sigara fiyat bantlarında yüksek vergi geliri elde edebilmek ve düşük gelir gruplarının ucuz sigara alabilmesi için ürün ve üretim özelliklerine göre kademeli vergi sistemleri de tasarlayan ülkeler vardır. Kademeli vergi sistemlerinde fiyat segmentleri arasında geniş fiyat boşlukları olduğundan vergiden kaçınma eğilimi de daha fazladır. Tek tip vergi sistemlerinde özellikle de ad valorem vergi sistemlerinde fiyat boşlukları mevcuttur. Ad valorem vergi matrahının üretici tarafında belirlenip, vergi dairesine beyan edilmesi dikkat edilmesi gereken bir durumdur.

Tüketici fiyatı; WHO TaXSiM’de sigara paketi başına tüketici fiyatı (P_R) aşağıda yer alan bileşenler ile hesaplanmaktadır;

$$P_R = P_p + R_M + T \quad (5.7)$$

Perakendeci marjı; Sigaralarda tedarik zinciri, sigaralar üretim tesisinden çıktıktan sonra teslim edilmeden önce (tedarik üzerinden bir sonraki tedarik zincirine) toplam işlem değerinin belirli bir yüzdesini kar olarak almaktadır. Bir diğer ifade ile toptancılar, distribütörler ve perakendeciler sigaradan “tedarik zinciri marjı” adı altında belli bir miktar marj (para) almaktadırlar. Perakendeci marjı (R_M) olarak ifade edilen bu tutar, genellikle kamuya açıklanmamaktadır. Tedarik zinciri marjı yüzde olarak kabul edilmekte ve t_M = perakende fiyatının %10 ‘u ise perakendeci marjı şu şekilde tahmin edilmektedir;

$$R_M = t_M \times P_R \quad (5.8)$$

Modelde her markanın farklı marj uygulaması olabileceğinden %10 üzerinden hesaplama yapılmaktadır.

Üretici fiyatı; üretim maliyetlerinden ve üreticilerin kar marjından oluşmaktadır. WHO TaXSiM simülasyon için üretici fiyatına (P_p) ihtiyaç duymaktadır ancak bilgi çoğu ülkede mevcut değildir. Bu nedenle mevcut bilgilere dayanarak, Üreticinin perakende fiyatı baz alınarak toplam ergi ve marjların düşülmesi ile her bir marka için fiyat tahmin edilmektedir;

$$P_p = P_R - R_M - T \quad (5.9)$$

Tedarikçi marjının %10 olduğu varsayıldığında üretici fiyatı;

$$P_p = P_R - (t_M \times P_R) - T \quad (5.10)$$

Veya

$$P_p = (1 - \%10)P_R - T \quad (5.11)$$

Bu hesaplama ülkelerin vergi yapısına göre değişmekle birlikte hem KDV, hem ad valorem vergi hem de spesifik vergi alan ülkeler için 12 liralık bir sigara da Üretici fiyatı hesabı şu şekildedir;

Satış Fiyatı (P _R)	12 TL	Kalan
KDV = (P _R x %15)	1,80 TL	10,20 TL
Kar marjı (R _M) = (P _R x %10)	1,20 TL	9,00 TL
Spesifik Vergi (E _s)= 0,48 TL	0,48 TL	8,52 TL
Ad Valorem Vergi (E _a)= (P _R x %63)	7,56 TL	0,96 TL
Üretici Fiyatı (P _p)= P _R - R _M - T	0,96 TL	

Sigara pazar segmentleri; vergi ve fiyat bilgilerinden sonra toplam Pazar ile ilgili veya ortak fiyat segmentleri (düşük fiyatlı, orta fiyatlı, yüksek fiyatlı gibi) belirlenmektedir. Segmentlerin kademei olmalı, vergi yapısının da kademeli olduğunu yansıtmaktadır.

Her bir fiyat segmenti (k) için ortalama satış fiyatı ($\bar{P}_{Rk}$) ve ortalama tüketim vergisi ($\bar{E}_k$), yurt içi satış verilerini kullanılarak [marka için (θ), sayısı için (n) ile satış miktarı ($Q_{k\theta}$)] aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır;

$$\bar{P}_{Rk} = \frac{\sum_{\theta=1}^n P_{Rk\theta} Q_{k\theta}}{\sum_{\theta=1}^n Q_{k\theta}} \quad \text{ve} \quad \bar{E}_k = \frac{\sum_{\theta=1}^n E_{k\theta} \times Q_{k\theta}}{\sum_{\theta=1}^n Q_{k\theta}} \quad (5.12)$$

Benzer şekilde toplam ÖTV geliri (ER), toplam satış/tüketim miktarı (TQ) ve toplam vergi geliri (TR) aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır;

$$ER = \sum_{\theta=1}^n E \times Q_{\theta}, \quad TQ = \sum_{\theta=1}^n Q_{\theta}, \quad TR = \sum_{\theta=1}^n T \times Q_{\theta} \quad (5.13)$$

Fiyat segmentleri, genel sigara pazarının boyutunu ve şeklini tanımlarken, marka bazında veriler, her segmentteki en popüler markalar gibi önemli bilgileri tanımlayarak rakip marka ve firmalar ile yerli ve ithal pazarda yer alan markalar/şirketlerin karşılaştırılmasını sağlamaktadır. Buda vergi oranının analiz edilmesini kolaylaştırmaktadır.

5.3. Sigara Üzerindeki Vergilerin Simülasyonu

WHO TaXSiM, öncelikle sigaralar için mevcut pazar ve vergi durumunu (etkinin karşı karşıya olduğu temel çizgiyi), marka ve pazar segmentine göre ayrıntılı bir düzeyde açıklamaktadır. Böylece temel piyasa parametreleri (tüketici fiyatları, tüketim hacimleri, vergi geliri, üretici geliri ve vergi oranı) üzerindeki farklı vergi politikalarının niceliği ölçülebilmektedir.

WHO TaXSiM'de değerlendirilen vergi değişikliği türleri, farklı tüketim sistemleri türlerini (spesifik, ad valorem veya karma sistemler), farklı vergi tabanlarını ve pazar segmentlerini içermektedir.

Modelin işlemesi için nispeten az sayıda varsayım gerekmektedir;

Sigara içenlerin gelirleri ve pazar segmentleri; sigara içenlerin gelirleri ile tercih ettikleri marka veya fiyat segmenti arasında olumlu bir ilişki olduğu varsayılmaktadır. Örneğin, birinci sınıf markaların ($k3$) daha yüksek gelirli sigara içenler tarafından, orta düzey markaların ($k2$) orta gelirli sigara içenler tarafından ve düşük fiyatlı markaların ($k1$) düşük gelirli sigara içenler tarafından tüketilme olasılığı daha yüksektir.

Sigara içenlerin geliri ve fiyat esnekliği; Her bir fiyat segmentinin, o segmentteki sigara içenlerin gelir katmanlarını yansıtan farklı bir fiyat-talep esnekliğini (μ_k) gösterdiği varsayılmaktadır. Fiyat segmenti (k) tarafından talebin kendi fiyat esnekliği aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır;

$$\mu_k = \frac{dQ_k}{dP_{Rk}} \frac{\bar{P}_{Rk}}{\bar{Q}_k} = \frac{\% \Delta Q_k}{\% \Delta P_{Rk}} \quad (5.14)$$

Bu bilgi mevcut olduğunda, gelir grubuna göre ampirik olarak tahmin edilen fiyat esnekliğinin kullanılması tercih edilmektedir. Ancak bu bilgi birçok ülkede bulunmamaktadır. Bu nedenle, yüksek gelirli ülkelerde sigara içenlerin fiyat esnekliği $-0,2$ ila $-0,4$ aralığında, orta gelirli ülkelerde sigara içenlerin fiyat esnekliği $-0,5$ ila $-0,7$ aralığında, düşük gelirli ülkelerde sigara içenlerin fiyat esnekliği ise $-0,8$ ila $-1,0$ aralığında hesaplanmaktadır.

Vergi geçişi; Vergi artışlarının nihai olarak, tüketicilerin fiyatlarındaki artış yoluyla tamamen sigara içenlere yansıtıldığı varsayılmaktadır. Üreticilerin fiyatlarının da piyasa özelliklerine bağlı olarak değişebileceği unutulmamalıdır. Üretici fiyatlarındaki artışlar, piyasa özelliklerine bağlı olarak kâr maksimizasyon planlarına (örneğin, yüksek fiyatlı markalara karşı ekonomik markaların daha yüksek pazar payı), tüketim sistemi türlerine, vergi yapısına, hükümetin gelir ve halk sağlığı beklentilerine, tütün kontrol ortamının gücüne göre değişebilmektedir. k fiyat segmentindeki θ markanın vergi sonrası tüketici fiyatı aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır; (burada üst simge $(*)$ yeni durumu belirtmektedir)

$$P_R^* = P_p^* + R_M^* + T^* \quad (5.15)$$

Yeni üretici fiyatı tahmini ise şu şekilde ifade edilmektedir;

$$P_p^* = P_p(1 + t_p) \quad (5.16)$$

Burada t_p üretici fiyatındaki yüzde artışı temsil etmekte olup, Perakendeci marjının yeni değeri ise şu şekilde ifade edilmektedir;

$$R_M^* = t_M P_R^* \quad (5.17)$$

Paket başına yeni KDV vergisi de şu şekilde ifade edilmektedir;

$$V^* = v_p P_R^* \quad (5.18)$$

Tek tip bir spesifik vergi alındığında ve tutar artırıldığında, yeni perakende fiyatı (5.16), (5.17) ve (5.18) yerine (5.15) aşağıdaki gibi değiştirilerek tahmin edilecektir;

$$P_R^* = P_p(1 + t_p) + t_M P_R^* + v_p P_R^* + E_s^* \quad (5.19)$$

Veya

$$P_R^* = \frac{P_p(1 + t_p) + E_s^*}{(1 - t_M - v_p)}$$

Burada E_s^* birim başına yeni spesifik özel tüketim vergisidir.

Tek tip ad valorem vergi oranı perakende fiyatına dayalı olarak belirlendiğinde ve oran t_e^* 'ye yükseltildiğinde, yeni perakende fiyatı aşağıdaki formülle tahmin edilecektir;

$$P_R^* = P_p(1 + t_p) + t_M P_R^* + v_p P_R^* + t_e^* P_R^* \quad (5.20)$$

Veya

$$P_R^* = \frac{P_p(1 + t_p)}{(1 - t_M - v_p - t_e^*)}$$

Ancak, artan tek biçimli ad valorem oranı üreticinin fiyatına göre alınırsa, yeni perakende satış fiyatı aşağıdaki formülle tahmin edilecektir;

$$P_R^* = P_p(1 + t_p) + t_M P_R^* + v_p P_R^* + t_e^* P_p(1 + t_p)$$

Veya

$$P_R^* = \frac{P_p(1 + t_p)(1 + t_e^*)}{(1 - t_M - v_p)} \quad (5.21)$$

Karma sistemde ise hem spesifik hem de ad valorem tüketim vergileri alındığında ve tuttar/oranlar artırıldığında, birim başına yeni toplam tüketim vergisi şu şekilde ifade edilecektir;

$$E^* = E_s^* + t_e^* P_R^* \quad (5.22)$$

Burada nispi vergi matrahının (vergi dahil) tüketici fiyatı olduğu varsayılmaktadır. Yeni perakende fiyatı (5.16) ise, (5.17), (5.18) ve (5.22)'yi (5.15) olarak değiştirerek tahmin edilecektir:

$$P_R^* = P_p(1 + t_p) + t_M P_R^* + v_p P_R^* + E_s^* + t_e^* P_R^*$$

Veya

$$P_R^* = \frac{P_p(1 + t_p) + E_s^*}{(1 - t_M - v_p - t_e^*)} \quad (5.23)$$

k fiyat segmentindeki θ markanın tüketici fiyatındaki yüzde değişimi şu şekilde tahmin edilecektir;

$$\% \Delta P_{Rk\theta} = \left(\frac{P_{Rk\theta}^* - P_{Rk\theta}}{P_{Rk\theta}} \right) * 100 \quad (5.24)$$

Burada k fiyat segmentinde θ marka için $P_{Rk\theta}^*$ vergi artışı sonrası tüketici fiyatı, $P_{Rk\theta}$ ise vergi artışı öncesi tüketici fiyatıdır. Yukarıdaki formül kullanılarak, markaya göre satışlardaki yüzde değişimi “ $\% \Delta Q_{k\theta} = \mu_k * \% \Delta P_{Rk\theta}$ ” formülü ile tahmin edilebilir. Burada μ_k fiyata karşılık gelen fiyat esnekliğidir. Daha sonra satışlardaki toplam düşüş şu şekilde tahmin edilecektir;

$$\hat{Q} = \sum_{\theta=1}^n (\% \Delta Q_{k\theta} \times Q_{k\theta}) \quad (5.25)$$

Sigara içenlerin takası; Sigara fiyatları arttıkça, bazı sigara içenler tercih ettikleri markanın günlük ortalama tüketim düzeylerini düşürürken, bazıları doğrudan sigara içmeyi bırakırken, bazıları ise daha düşük fiyatlı sigaralara geçişi yansıtacak şekilde (talebin çapraz fiyat esnekliği) "takas etmeyi" seçecektir. Farklı fiyat segmentlerine ait markalara yönelik talebin çapraz fiyat esnekliği konusunda uluslararası düzeyde tutarlı veriler bulunmamaktadır ve bu nedenle markalarını daha ucuz bir markayla değiştiren sigara tiryakilerinin, kısmen bir sonraki en düşük fiyat segmentinden sigaraya geçeceği varsayılmaktadır.

Örneğin k_1 fiyat segmentinde sigara satışlarındaki (sigarayı bırakmaktan, daha az sigara tüketmekten veya başka marka tercihinden-takas-) vergi kaynaklı azalma $\bar{Q}_{k1}$ ile ifade edildiğinde bir yüzdesi (α) sigarayı bırakma ve tüketimi azaltma olarak ele alındığında geri kalanı takas olacaktır; $\bar{Q}_{k1} = \bar{Q}_{k1} (1 - \alpha)$

WHO TaXSiM, toplam takas hacmi seyisesini segmentler arasında markanın pazar payına göre ($\beta k_2 \theta$) paylaşırabilir.

k_2 fiyat segmentinde θ marka sigarada vergi artışı sonrası satış seviyesi ($Q^*_{k_2 \theta}$), vergi kaynaklı tüketimde azalma, k_1 segmentine geçme ve vergi önceki satış seviyesi ($Q_{k_2 \theta}$)'ne bağlı olarak aşağıdaki gibi formüle edilcektir;

$$Q^*_{k_2 \theta} = Q_{k_2 \theta} (1 + \% \Delta Q_{k_2 \theta}) + (\bar{Q}_{k_1} * \beta_{k_2 \theta}) \quad (5.27)$$

k_2 fiyat segmentindeki sigaralardaki toplam satış düşüşü ise aşağıdaki şekilde hesaplanacaktır;

$$\hat{Q}^*_{k_2} = \sum_{\theta=1}^n (Q^*_{k_2 \theta} - Q_{k_2 \theta}) \quad (5.28)$$

Benzer şekilde, en düşük fiyat segmenti hariç diğer fiyat segmentlerinden de aynı alım satım işlemi gerçekleştirilebilir.

Premium ve orta sektördeki tüketicilerin, sigara taleplerini bir sonraki düşük fiyat segmentine yönelik taleplerini aşağı çekerek değiştireceği varsayılmaktadır. Bu nedenle, en düşük fiyatta sigara içenlerin ticaret yapabilecekleri daha ucuz fiyatlı seçenekler olmadığından, talepteki tam düşüşü kaydeden yalnızca en düşük fiyat segmentindeki (Q_{k3})

tüketimdir. Ancak birçok düşük ve orta gelirli ülkede, en ucuz sigara markaları da geleneksel sigara markalarıyla veya benzer ürünler ile rekabet edebilmektedir.

Yasadışı ticaret ve vergi geliri; Vergi idarecileri genellikle daha yüksek vergilerin kaçakçılığı ve yasa dışı ticareti teşvik ederek vergi geliri üzerinde olumsuz bir etki yapacağından endişe duymaktadır. Bu bağlantıyı açıkça tahmin etmek çok zor bir iştir. Ancak, bu endişeyi gidermek için WHO TaXSiM satış ve gelir sonuçlarını tahmin ederken iki yaklaşım benimsemektedir:

Birincisi, tüketicilerin tamamen sigarayı bıraktıklarını ya da yasadışı yollardan sigara tükettiğini varsayarak, takası hiçe sayarak piyasada kalan daha az tüketici üzerinden tüketim ve vergi gelirini hesaplar;

$$\alpha_1 \hat{Q}_{k1} + \alpha_2 \hat{Q}_{k2} + \alpha_3 \hat{Q}_{k3} = \alpha \hat{Q}_k$$

İkincisi ise, premium ve orta fiyat segmentlerindeki satışlardaki düşüşün tamamen bir sonraki en düşük fiyat segmentine kaydığını (yani tüketiciler tamamen ticaret yapıyor) ve tam düşüşün yalnızca en düşük segmentteki satışlar olduğunu varsayar (geleneksel alternatiflere veya yasa dışı pazara geçiş dahil) ve buna göre beklenen tüketim ve toplam vergi gelirlerini hesaplar.

Birinci yaklaşımda tüketimdeki toplam düşüş, ikinci yaklaşımdakinden daha yüksektir, çünkü yasa dışı piyasaya gideceği varsayılan miktarı içerir. Sonuç olarak, birinci yaklaşımı kullanan toplam vergi geliri tahminleri, ikinci yaklaşıma göre daha düşüktür.

İlk yaklaşımın (yani alım satım etkisinin sıfır olduğu) gelir tahmini için muhtemelen en kötü durum senaryosu olacağı varsayılmakta ve bu nedenle "beklenen en düşük gelir sınırı" olarak tanımlanırken, ikinci yaklaşım "beklenen maksimum gelir sınırı" olarak ifade edilmektedir.

5.4. Sınırlamalar

WHO TaXSiM modelleme süreci sigara vergilerindeki belirli bir değişikliğe yönelik beklenen davranışsal tepkilerin çoğunu içermektedir. Bir istisnası, üreticilerin bir vergi değişikliğine yanıt olarak belirli markaları geri çekmeyi/değiştirmeyi seçebilmesidir. Ancak bu yanıt, tüketicilerin bütçe kısıtlamalarına tabi olarak diğer markalara geçebilmeleri gerçeğiyle sınırlıdır. Ayrıca üreticiler için markaları değiştirmek maliyetlidir ve popüler ve köklü markalar için bu pek olası değildir. Tüketim gelirinin büyük bir kısmının da tipik olarak bu tür markalardan elde edildiğini ve böylece marka değiştirmeden kaynaklanan gelir

dalgalanmaları riskinin genellikle minimum düzeyde olduğunu unutmamak gerekir. Her şeye rağmen, bunun özellikle pazarda sadece küçük bir dayanağı olan ithalatlar için ortaya çıkma riski vardır ve bu nedenle DSÖ, Maliye Bakanlıklarına kilit ticaret ortağı ülkelerde üretilen markaların fiyatlarını izlemek için bir mekanizma oluşturmalarını tavsiye etmektedir.

WHO TaXSiM'in birincil odak noktası, tüketim geliri açısından tütün vergi politikalarının mali etkisini ölçmektir ve bu nedenle şu anda sigaraya bağlı hastalıklardan kaynaklanan uzun vadeli ölümlerde azalma gibi halk sağlığı sonuçları üzerindeki etkiyi içermemektedir. Bu tür hesaplamaları, WHO TaXSiM'in otomatik veya standart bir özelliği olarak dahil etmek çok zordur, çünkü bu tür tahminler her ülkedeki spesifik epidemiyolojik durum hakkında çok daha ayrıntılı bilgi gerektirmektedir. Ancak, WHO TaXSiM toplam sigara satışlarında beklenen değişikliği hesaplamakta, tüketimdeki azalmayı hesaplamaktadır.

Ulusal vergi sistemleri, tütün tüketim vergisine ek olarak, kişisel ve kurumsal gelir vergilerinin yanı sıra diğer tüketim vergilerini de içermektedir. Ancak tütün ürünlerinin tüketici fiyatını (örneğin KDV veya satış vergisi oranları) etkilediği durumlar dışında, bunlar doğrudan modele dahil edilmemektedir. Tütün vergilerinin daha geniş makro-ekonomik değişkenler üzerindeki etkisine ilişkin tartışmalar, mali alan yaratılmasına ve tütün vergisi gelirlerinin sağlık sektörü için ayrılma potansiyeline odaklanma eğilimindedir. Ayrıca sigara tüketiminin vergilendirilmesinin işgücü arzı, tasarruf ve yatırım kararlarını doğrudan etkilenmediği için makroekonomide gelir vergilerinden daha az bozulma yaratacağı unutulmamalıdır.

5.5. Bulgular

Türkiye'de sigaranın vergilendirilmesinde karma bir yapı kullanılmaktadır. 2003 yılında sigara üzerinden özel tüketim vergisi alınmaya başlanmış ve 2013 yılı itibari ile de hem spesifik hem de ad valorem vergi yapısı birlikte kullanılmaya başlanmıştır. Özel tüketim vergisi karma bir yapıya hakimdir. Hem sabit bir tutarda maktu hem de paket başına asgari maktu vergiden oluşan bir spesifik vergi yapısı ile belirli bir yüzdeden oluşan ad valorem vergi yapısı özel tüketim vergisinin aslını oluşturmaktadır.

Sigara üzerindeki vergi şu şekilde hesaplanmaktadır;

- Sigara perakende satış fiyatı üzerinden ad valorem vergi hesaplanmakta,
- Ad valorem vergi tutarı bir paket sigara (20 dal) için belirlenen asgari maktu vergi tutarından fazla ise ad valorem vergi tutarı + maktu vergi tutarı alınmakta,

- Ad valorem vergi tutarı bir paket sigara (20 dal) için belirlenen asgari maktu vergi tutarından az ise asgari maktu vergi tutarı + maktu vergi tutarı alınmaktadır.
- Ayrıca sigara üzerinden KDV (18/118) alınmaktadır.

Türkiye’de sigara üzerinden alınan vergiler, sigara fiyatları ve sigara tüketim oranı için 2020 yılı verileri kullanılarak farklı senaryolar oluşturulmuştur.

Senaryo 1

Değişkenler	Baz Yıl (2020)	Senaryo 1	Değişim (%)
Maktu Vergi Tutarı	0,4539 TL	0,4539 TL	
Asgari Maktu Vergi Tutarı	0,4569 TL	0,5711	25 ↑
Ad Valorem Vergi Oranı	%67	%67	
Efektif KDV Oranı	%15,25	%15,25	
Sigara Tüketim Oranı	%28,1	%28,1	
Toplam Vergi Geliri	81.104.610 TL	81.104.610 TL	

Senaryo 2

Değişkenler	Baz Yıl (2020)	Senaryo 2	Değişim (%)
Maktu Vergi Tutarı	0,4539	0,5673	25 ↑
Asgari Maktu Vergi Tutarı	0,4569	0,5711	25 ↑
Ad Valorem Vergi Oranı	%67	%67	
Efektif KDV Oranı	%15,25	%15,25	
Sigara Tüketim Oranı	%28,1	%27,9	0,2 ↓
Toplam Vergi Geliri	81.104.610 TL	84.069.488 TL	4 ↑

Senaryo 3

Değişkenler	Baz Yıl (2020)	Senaryo 3	Değişim (%)
Maktu Vergi Tutarı	0,4539 TL	0,4539 TL	
Asgari Maktu Vergi Tutarı	0,4569 TL	0,4569 TL	
Ad Valorem Vergi Oranı	%67	%70	3 ↑
Efektif KDV Oranı	%15,25	%15,25	
Sigara Tüketim Oranı	%28,1	%27,3	0,8 ↓
Toplam Vergi Geliri	81.104.610 TL	94.892.393 TL	17 ↑

Senaryo 4

Değişkenler	Baz Yıl (2020)	Senaryo 4	Değişim (%)
Maktu Vergi Tutarı	0,4539 TL	0,4539 TL	
Asgari Maktu Vergi Tutarı	0,4569 TL	0,4569 TL	
Ad Valorem Vergi Oranı	%67	%67	
Efektif KDV Oranı	%15,25	%19,06	25 ↑
Sigara Tüketim Oranı	%28,1	%27	1,1 ↓
Toplam Vergi Geliri	81.104.610 TL	98.947.624 TL	22 ↑

Senaryo 5

Değişkenler	Baz Yıl (2020)	Senaryo 5	Değişim (%)
Maktu Vergi Tutarı	0,4539 TL	0,5673 TL	25 ↑
Asgari Maktu Vergi Tutarı	0,4569 TL	0,5711 TL	25 ↑
Ad Valorem Vergi Oranı	%67	%70	3 ↑
Efektif KDV Oranı	%15,25	%15,25	
Sigara Tüketim Oranı	%28,1	%27,1	1 ↓
Toplam Vergi Geliri	81.104.610 TL	98.136.578 TL	21 ↑

Senaryo 6

Değişkenler	Baz Yıl (2020)	Senaryo 6	Değişim (%)
Maktu Vergi Tutarı	0,4539 TL	0,5673 TL	25 ↑
Asgari Maktu Vergi Tutarı	0,4569TL	0,5711	25 ↑
Ad Valorem Vergi Oranı	%67	%70	3 ↑
Efektif KDV Oranı	%15,25	%19,06	25 ↑
Sigara Tüketim Oranı	%28,1	%25,4	2,7 ↓
Toplam Vergi Geliri	81.104.610 TL	118.412.730 TL	46 ↑

Senaryo 7

Değişkenler	Baz Yıl (2020)	Senaryo 7	Değişim (%)
Maktu Vergi Tutarı	0,4539 TL	0,4851 TL	6,87 ↑
Asgari Maktu Vergi Tutarı	0,4569 TL	0,4883 TL	6,91 ↑
Ad Valorem Vergi Oranı	%67	%63	4 ↓
Efektif KDV Oranı	%15,25	%15,25	
Sigara Tüketim Oranı	%28,1	%28,8	0,8 ↑
Toplam Vergi Geliri	81.104.610 TL	94.892.393 TL	17 ↓

Senaryo 8

Değişkenler	Baz Yıl (2020)	Senaryo 8	Değişim (%)
Maktu Vergi Tutarı	0,4539 TL	0,60 TL	32 ↑
Asgari Maktu Vergi Tutarı	0,4569 TL	0,63 TL	37 ↑
Ad Valorem Vergi Oranı	%67	%60	7 ↓
Efektif KDV Oranı	%15,25	%23,07	7,82 ↑
Sigara Tüketim Oranı	%28,1	%27,7	0,4 ↓
Toplam Vergi Geliri	81.104.610 TL	88.404.024 TL	9 ↑

5.6. Bulguların Değerlendirilmesi

Türkiye’de sigara üzerinden alınan vergiler spesifik vergi (maktu ve asgari maktu vergi), ad valorem vergi ve KDV’dir. 2020 yılı için baz olarak alınan veriler şu şekildedir;

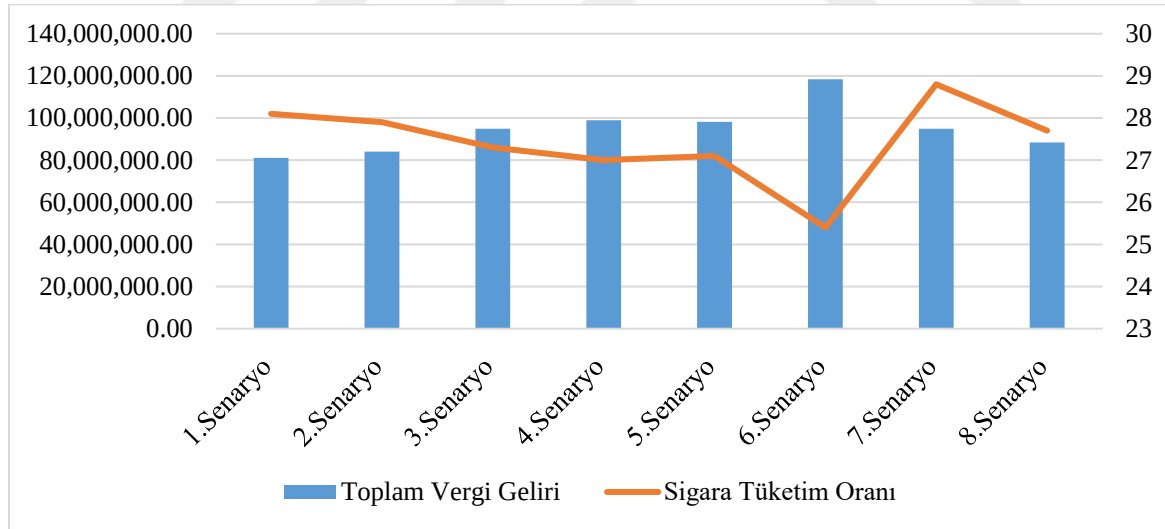
- Maktu vergi tutarı 0,4539 TL,
- Asgari maktu vergi tutarı 0,4569 TL,
- Ad valorem vergi oranı %67,
- Efektif KDV oranı (KDV’nin PSF içindeki oranı) %15,25,
- Sigara markalarına dair satış fiyatları ve miktarları,
- Sigara tüketim oranı ise %28,1 (15 yaş üzeri-TÜİK),
- KPO %8,
- Sigara talep fiyat esnekliği -0,2 ile -0,4 aralığında.

Sigara üzerinden alınan vergilerde yapılan bir değişikliğin sigara tüketim oranları ve toplam vergi gelirini nasıl etkileyeceği farklı farklı senaryolar üzerinden incelenmiş olup, senaryo sonuçları şu şekilde değerlendirilebilir;

- 1.Senaryo’da diğer vergiler sabit kalmak koşulu ile sadece asgari maktu vergi tutarı %25 oranında arttırılmış, ancak bu artışın sigara tüketim oranı ve toplam vergi geliri üzerinde herhangi bir etkisi olmamıştır. Asgari maktu vergi oranındaki bir değişikliğin sigara tüketim oranı ve toplam vergi gelirleri üzerinde etki etmemesinin sebebi ise Türkiye’de 15 TL ve üzerindeki sigaralardan asgari maktu vergi tutarının nispi vergi tutarından daha az olması nedeniyle dikkate alınmaması ve tüketimin de büyük kısmının 15 TL ve üstü sigaralardan oluşmasıdır.
- 2.Senaryo’da diğer vergiler sabit kalmak koşulu ile hem asgari maktu vergi tutarı hem de maktu vergi tutarı %25 oranında arttırılmış, bu artış ile sigara tüketim oranı %0,2 azalırken, toplam vergi geliri %4 artmıştır.
- 3.Senaryo’da diğer vergiler sabit kalmak koşulu ile sadece ad valorem vergi oranı %3 arttırılmış, bu artış ile sigara tüketim oranı %0,8 azalırken, toplam vergi geliri %17 artmıştır.
- 4.Senaryo’da diğer vergiler sabit kalmak koşulu ile sadece efektif KDV %25 oranında arttırılmış, bu artış ile sigara tüketim oranı %1,1 azalırken, toplam vergi geliri %22 artmıştır.

- 5.Senaryo'da sadece efektif KDV oranı sabit kalmak koşulu ile ad valorem vergi oranı %3, maktu vergi ve asgari maktu vergi tutarları ise %25 oranında arttırılmış, bu artış ile sigara tüketim oranı %1 azalırken, toplam vergi geliri %21 artmıştır.
- 6.Senaryo'da hem maktu vergi tutarı, hem asgari maktu vergi tutarı hem de efektif KDV %25 oranında arttırılırken, ad valorem vergi oranı ise %3 arttırılmış, bu artışlar ile sigara tüketim oranı %2,7 azalırken, toplam vergi geliri %46 artmıştır.
- 7.Senaryo'da ise Türkiye'de 2021 yılı mevcut durum ele alınmış olup, efektif KDV oranı sabit kalmak koşuluyla ad valorem vergi oranı %4 düşürülürken, maktu vergi tutarı %6,87, asgari maktu vergi tutarı ise %6,91 arttırılmış, bu değişiklikler ile sigara tüketim oranı %0,8 artarken, toplam vergi geliri %17 azalmıştır.
- 8.Senaryo'da ise, maktu vergi tutarı %32, asgari maktu vergi tutarı %37, efektif KDV oranı %7,82 arttırılmış, ad valorem vergi oranı ise %7 azaltılmıştır. Bu değişiklikler ile sigara tüketim oranı %0,4 azalırken, toplam vergi geliri %9 artmıştır.

Vergi oranlarının değiştirilmesi ile elde edilen senaryoların sigara tüketim oranı ve toplam vergi gelirini nasıl etkilediği Grafik 5.1'de gösterilmekte olup, en fazla toplam vergi geliri ve en düşük sigara tüketim oranının Senaryo 6 ile yakalanabildiği görülmektedir.



Grafik 5.1. Vergi Simülasyonu Senaryolarının Sigara Tüketim Oranı ve Toplam Vergi Gelirine Etkisi

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır.

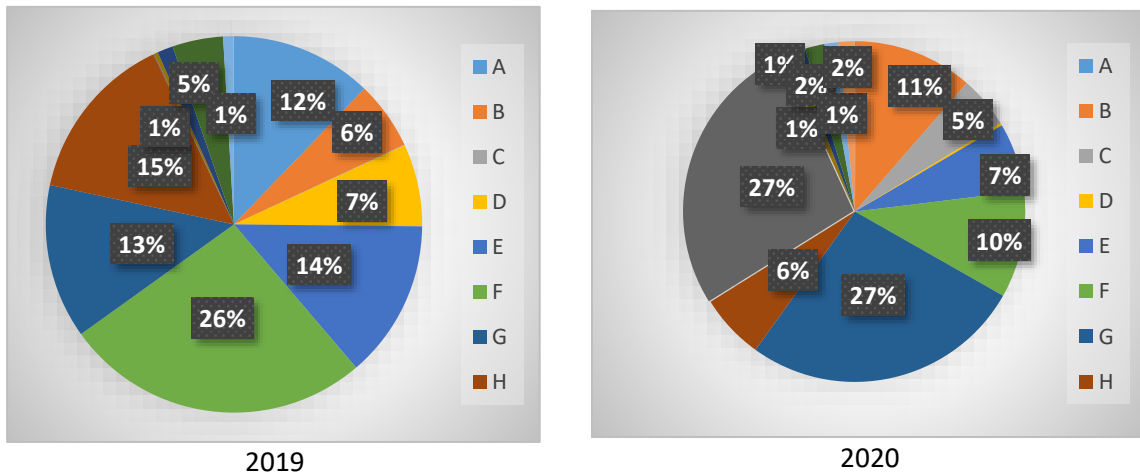
Senaryo 6'da ad valorem vergi oranı %3, diğer tüm vergiler %25 oranında arttırılmıştır. İkinci en iyi senaryo ise 4.senaryo olup, sadece efektif KDV oranı %25 arttırılmıştır. 4.senaryo ve 5.senaryo birbirine yakın sonuçlar elde edilse de 4.senaryoda sadece efektif

KDV oranında değişiklik yapılırken, 5.senaryoda ise efektif KDV oranı sabitken, ad valorem vergi oranı %3, maktu vergi ve asgari maktu vergi tutarları ise %25 oranında arttırılmıştır.

DSÖ'nün de onayladığı ve birçok başarılı ülkenin uyguladığı vergilendirme yapısı, 8. Senaryo'daki gibi olup, ad valorem vergi oranı düşürülürken maktu vergi ve asgari maktu vergi oranlarının ve efektif KDV oranının yükseltilmesidir.

Sigaranın vergilendirilmesi sağlık politikası aracı olarak kullanılacaksa birinci amaç sigara tüketiminin azaltılması iken, ikinci amaç ise sigara üzerinden elde edilen gelirin korunmasıdır. Elde edilen gelir hem sağlık harcmalarının finansmanında hem de sigara ve diğer tütün mamülleri ile mücadele de kullanılabilir. Bu anlamda tam bir kazan kazan politikası olarak hem geliri arttırmak hem de tüketimi azaltmak, tek bir vergi ya da birden fazla vergide değişiklikler yapılarak mümkün olabilmektedir.

Türkiye'de sigara markalarının satış miktarları 2019 ve 2020 yılları için karşılaştırmalı olarak Şekil 5.4'de verilmiştir. 2019 yılında %26 oran ile en çok satılan sigaraların fiyatı 15 TL iken ad valorem vergi oranı aynı kalarak sadece maktu ve asgari maktu vergi tutarlarında yapılan değişiklik sonucu 2020 yılında %27 ile en çok satılan sigara fiyatı 14 TL ve 15 TL olarak paylaşılmıştır. Bir diğer ifade ile vergi ve fiyatların artması ile daha düşük fiyatlı sigaralar talep edilerek sigara tüketimi de azalmıştır keza 2020 yılında sigara satış miktarı 2019 yılına göre %1,53 azalmıştır.



Grafik 5.2. Türkiye'de Sigara Satış Miktarı (2019-2020)

Kaynak: Yazar tarafından elde edilen verilere dayanılarak hazırlanmıştır.

Sigara üzerinden alınan vergilerde ad valorem vergi oranı düşürülürken, maktu ve asgari maktu vergi tutarları yükseltilirse çifte kazanç sağlanarak hem sigara tüketimi azaltılabilir hem de toplam vergi geliri korunabilir, hatta efektif KDV oranının arttırılması ile gelir daha da arttırılabilir.

6. GENEL DEĞERLENDİRME

Sağlık en temel insan hakkı olup, hem bireyin kendisi hem de yaşadığı toplum için önemlidir. Sağlıklı olmak sadece beden olarak değil, ruhsal ve sosyal durumdan da iyi olmaktır. Sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir toplum, üretken ve gelişmişlik düzeyi yüksek bir toplumdur. Bu nedenle de sağlığı koruyucu ve geliştirici politikaların üretilmesi gerekmektedir.

İlk bulunduğu yıllarda keyif verici ve tıbbi amaçlarla kullanılan tütün, sağlığa zararlarının anlaşılması ile birlikte mücadele edilmesi gereken bir alana dönüşmüştür. Ancak çeşitli kısıtlama ve yasaklar tütünün üretim ve tüketimine engel olamamıştır. Tütün tüketimi giderek artmış ve tütün sigara olarak daha kolay kullanılabilir hale gelmiştir. Sigara tüketimi hem yaşam kalitesinin düşmesine hem de yaşam kayıplarına neden olmaktadır. DSÖ verilerine göre her yıl 8 milyon kişi sigara kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmekte ve bunların 600.000'i pasif içicilerden oluşmaktadır. Buradan da sigaranın sadece tüketen bireye değil etrafına da zarar verdiği anlaşılmaktadır.

Dünya çapında ölümlerin %70'inin sebebi bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların ile önlenebilir hastalıkların –ve ölümlerin- sebepleri arasında da sigara tüketimi önemli bir yere sahiptir. Sigara tüketiminin her yıl HIV/AIDS, sıtma ve tüberkülozdan daha fazla ölüme sebebiyet verdiği bilinmektedir. Sigara tüketimi –hem tüketene hem topluma- sadece sağlık maliyeti değil, ekonomik bir maliyette yaratmaktadır. Sigara tüketiminin toplam ekonomik maliyetinin dünyanın yıllık GSYİH'nın %1,8'ine denk geldiği bilinmektedir.

Erdemsiz bir mal olarak nitelendirilebilecek ve negatif dışsallığı olan sigara, sağlığı olumsuz bir şekilde etkileyerek hastalık risklerini arttırmakta, fakirliğe yol açmakta, sürdürülebilir kalkınmaya zarar vermektedir. Sağlığı etkileyen faktörler arasında sigara tüketimi sosyal ve ekonomik faktörlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Hem birey hem de toplum açısından sağlık ve ekonomik maliyetleri olan sigara tüketimine müdahale edilmesi gerekmektedir. Birçok ülke tütün kontrol politikaları ile sigara tüketimine müdahale etmeye çalışmaktadır. Bu politikalar içerisinde arz yönlü tütün kontrol politikaları -tütün endüstrisinin gücü ve etkilenmesinin zor olması nedeniyle- uygulanması daha zor olduğu için talep yönlü tütün kontrol politikaları -tüketiciyi hedef aldığı için- tercih edilmektedir. Bir kamu politikası çeşidi olan sağlık politikaları ile de amaç tüm toplumun sağlığının korunması ve iyileştirilmesidir. Bu amaçları gerçekleştirebilmek için politika araçlarına

ihtiyaç duyulmaktadır. Hem tütün kontrol politikası hem de sağlık politikası aracı olarak kullanılabilir en etkili yol vergilerdir. Sigaranın vergilendirilmesi ile amaç, sigara tüketimini azaltarak sağlık düzeyini iyileştirmektir. Sigara tüketimi ile mücadele küresel bir hal almış olup, sigaranın vergilendirilmesi birçok uluslararası kuruluş tarafından desteklenmekte ve vergiler ile gençler başta olmak üzere sigara tüketiminin azaltılabileceği ifade edilmektedir. Örneğin DSÖ, tütün kontrol politikaları kapsamında MPOWER paketi içinde -“R: Raise”- sigara üzerindeki vergilerin arttırılmasını önermektedir. Ancak en etkili araç olarak görülen vergilerin kullanımı, kamu gelirlerini azaltacağı, kaçakçılığı arttıracığı ve dar gelirli kesimin olumsuz etkileneceği gerekçeleriyle birçok ülkede tereddüt yaratmaktadır. Laffer eğrisine göre optimum vergi oranından sonra vergi gelirinin düşeceği ifade edilse de, gelir perspektifinden optimum vergi oranı ile politika perspektifinden optimum vergi oranının eşit olmayacağı da ifade edilmektedir. Bir diğer ifade ile sağlık politikası aracı olarak sigaranın vergilendirilmesi ile amaç sigara tüketimin azaltılması ise vergi oranlarının geliri maksimize etme noktasının üzerinde olması gerekebilecektir. Ayrıca sigaranın vergilendirilmesi ile ilgili olarak yapılan çalışmalar, vergiler ile tüketimin azaltılarak sağlığa olumlu katkılarının olması yanında devlete de ek gelir sağlanabileceğini göstermektedir.

Sigaranın vergilendirilmesi ile elde edilen gelir birçok ülke tarafından -tahsis esaslı vergilendirme şeklinde kullanılarak-sağlık harcamalarının finansmanında, sağlığın geliştirilmesinde, spor ve kültürel faaliyetlerin geliştirilmesi ile sigara ve kanser ile mücadelede kullanılmaktadır.

Sigaranın vergilendirilmesine ilişkin iki yaklaşım söz konusudur. Birisi, talebi esnek olmayan mallardan talebi esnek olan mallara göre daha fazla vergi alınması şeklinde olan “Ramsey Kuralı”(sigara talep esnekliği düşük olmadığı gerekçesiye Laffer tarafından karşı çıkmıştır), diğeri ise ekonomik olmayan hedeflere yönelik politikaların belirlenmesinde, tüketim seviyesinin azaltılması amacıyla tüketim vergilerini öneren “Bhagwati Teoremi”dir.

Ekonomik olmayan hedefler doğrultusunda uygulanan politikalar verimlilikten ziyade refahı iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Sigaranın vergilendirilmesi de buna örnektir, amaç sigara tüketimini azaltarak halk sağlığını iyileştirmektir. Ancak sigaranın vergilendirilmesi ile tüketimin azaltılarak sağlığın iyileştirilmesi yanında devlet gelirini de korumak isteyen ülkeler için sigaranın nasıl vergilendirilmesi gerektiği kafa karıştırıcıdır. Sigaranın vergilendirilmesinde amaç sigara tüketimini azaltmak, sağlığı iyileştirmek ve gelir elde edilmesidir. Bu üç amacın birlikte gerçekleştirilmesi ise güçtür. Dışsalılığı azaltacak bir vergi

oranının hesaplanması gelirin maksimize edileceği vergi oranının hesaplamasından daha karmaşık olduğu için sigaranın vergilendirilmesinde etkin vergi oranının belirlenmesi zordur. Sigaranın vergilendirilme yapısı belirlenirken, bu amaçlar göz önüne alınarak politik açıdan kabul edilebilir bir oran belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu nokta da ülke deneyimlerinden ve uluslararası kuruluşların önerilerinden yola çıkılarak her ülke kendi ekonomik yapısına uygun şekilde farklı vergilendirme yapıları uygulamaktadır.

Tüketim vergileri genel olarak spesifik ve ad valorem yapıya sahip olup, her iki yapının da kullanıldığı karma yapılar da söz konusu olabilmektedir. Sigaranın vergilendirilmesinde özel tüketim vergileri yanında KDV'de alınmakta olup, DSÖ'nün MPOWER paketinden sonra sigaranın vergilendirilmesinde sadece ad valorem vergiler ağırlıkta iken, spesifik vergiler ile karma yapıya ve KDV'ne geçişler artmıştır.

Sigaranın vergilendirilmesinde vergi tabanı tütünün ağırlığı, miktarı (paketteki sigara çubuğu), fiyatı veya bunların bir kombinasyonu şeklinde belirlenebilmektedir. Ülkeler aynı kategorideki ürünlere aynı oranların uygulandığı tek aşamalı veya farklı kategorilerdeki ürünlere (sigara boyutu, filtresi, fiyatı) farklı oranların uygulandığı çok aşamalı bir sistem uygulayabilmektedir.

Sigaranın vergilendirilmesinde spesifik ve ad valorem vergi yapısının farklı avantaj ve dezavantajları söz konusu olup, avantajları değerlendirebilmek için daha çok karma bir yapı tercih edilmekte hatta minimum bir vergi tabanı da belirlenebilmektedir. Vergilerin enflasyondan etkilenmemesi için de enflasyona göre otomatik ayarlamalar yapılmakta veya vergiler enflasyon dışı tutulmaktadır.

Vergiler üzerinde yapılacak oran veya miktar değişimi, sigara fiyatlarını da vergilendirilme yapısına göre etkilemektedir. Örneğin KDV oranının arttırılması spesifik vergili bir sigaranın fiyatını vergisiz bir sigaraya göre aynı oranda arttırırken, ad valorem vergili bir sigaranın fiyatını daha fazla arttıracaktır.

Sigaranın vergilendirilmesini sağlık politikası aracı olarak kullanarak sigara tüketimini azaltmada başarılı olan ülkeler mevcut olup, bu ülkelerde sigaranın vergilendirilmesinde karma bir yapı hakimdir ve sigara perakende satış fiyatı içerisinde ad valorem vergi oranı düşükken, spesifik vergi oranı ile KDV oranı yüksektir.



7. SONUÇ

Dünyada yaşanan gelişmelere paralel olarak hem kamu politikası hem de sağlık politikalarında değişiklikler kaçınılmaz olmuştur. İlk üretimi yapıldığı yıllarda tıbbi amaçlı kullanılan tütün, daha sonraları sağlığa verdiği zararlar ile ön plana geçmiş, adete “mucizeden belaya yolculuk” halini almıştır. Sigara tüketimi hem tüketen bireye hem de çevresine verdiği zararlar ile önlem alınması, mücadele edilmesi gereken bir alan olmuştur. Çünkü sigara kullanımı bulaşıcı olmayan hastalıklar ve önlenebilir ölümlerin önde gelen sebebidir. Sağlık politikası araçlarından biri de vergiler olup, sigara tüketiminin azaltılmasında etkili ancak en az kullanılan araçtır. Sigara ve diğer tütün mamullerinin vergilendirilmesi tüketimi azaltarak sağlık maliyetlerini azaltması ve diğer yandan gelir sağlaması ile tam bir kazan-kazan politikasıdır.

Sigaranın vergilendirilmesinde sadece spesifik vergi ya da sadece ad valorem vergi kullanımı yanında minimum tabanlı hem spesifik hem de ad valorem vergilerin kullanılabilirdiği karma bir yapıda söz konusu olup, birçok ülkede karma yapı kullanılmaktadır. Sigaranın vergilendirilmesini sağlık politikası aracı olarak kullanan ülkelerde sigaranın perakende satış fiyatı içerisinde spesifik vergi ve KDV oranı daha yüksek, ad valorem vergi oranı ise daha düşük tutulmakta bu sayede hem sigara tüketimi azlatılarak hem de toplam vergi geliri arttırılarak, çifte kazanç sağlanmaktadır. Bir diğer ifade ile vergi artışları ile kaçak sigara tüketimin artacağı ve toplam vergi gelirin azalacağı iddiaları çürütülmektedir.

Türkiye’de sigaranın vergilendirilmesi ÖTV Kanunu öncesi KDV alınması şeklinde iken, ÖTV Kanunu ile 2002 yılında %49,5 oran ile başlayan ad valorem (nispi) vergi ve perakende satış fiyatı ile Şark tipi tütün oranına göre yıllar içerisinde değişen miktarlarda spesifik (maktu) vergi alınması şeklinde başlamıştır. 2006 yılından 2013 yılına kadar %58 ad valorem vergi oranı ile PSF ve ŞTO yerine sabit asgari maktu vergi miktarları belirlenmiştir. 2013 yılından itibaren ise ad valorem vergi oranı ile spesifik vergi (maktu ve asgari maktu vergi) miktarları birlikte alınmaya başlanmıştır. Maktu verginin alınması ile birlikte sigara iç satışında düşüşler yaşanmıştır. 2013-2020 yılları arası ad valorem vergi oranı bazen artıp bazen azalırken, asgari maktu vergi oranı 3 katından fazla artış, maktu vergi tutarı ise 5 katından fazla artış göstermiştir. 2013-2018 yılları arası %65,25 oran ile sabit kalan ad valorem vergi oranı 2018 yılı ikinci çeyreğinde %63’e düşmüştür.

Türkiye’de sigaranın vergilendirilmesinde vergi tutarı, sabit maktu bir vergi tutarı yanında asgari maktu vergi ya da nispi vergiden yüksek çıkan tutarın alınması ile hesaplanmakta olup, sigaranın vergilendirilmesinde minimum tabanlı karma bir yapı hakimdir.

Türkiye’de en çok satılan sigara markasının fiyatı üzerinden toplam vergi oranı 2019 yılı için %85,25 iken ve 2020 yılı için ad valorem vergi oranı düşürülüp, spesifik vergi oranı arttırılarak toplam vergi oranı %81,45’e düşürülmüştür. Ancak bu oranlar sigaranın vergilendirilmesini sağlık politikası aracı olarak kullanan ülkeler ile benzerlik göstermemektedir, keza bu ülkelerde sigaranın perakende satış fiyatı içerisinde spesifik vergi oranı ve KDV oranı yüksek, ad valorem vergi oranı düşük iken, Türkiye’de durum tam tersidir.

	2019 Yılı	2020 Yılı
En Çok Satılan Sigara Markası Fiyatı	15 TL	15 TL
Toplam Vergi	% 85,25	81,45
Spesifik Vergi	% 3	%3,2
Ad Valorem Vergi	% 67	%63
KDV	% 15,25	%15,25

Türkiye’de sigaranın vergilendirilmesi ile ilgili 2020 yılı verileri kullanılarak farklı vergi oranlarının simülasyonu yapılmıştır. Bu kapsamda hem sigara tüketiminin azaltılması hem de vergi gelirlerinin arttırılması için en iyi senaryo 6. Senaryo gibi görünse de bu senaryo da bütün vergi oran ve tutarları arttırılması vergisel olarak tepkiye yol açacağından DSÖ’nün de önerdiği 8. Senaryo daha makul görünmektedir. Bu senaryo ile çok yüksek olan ad valorem vergi oranının düşürülüp, spesifik vergi tutarlarının (maktu ve asgari maktu vergi) ve KDV’nin yükseltilmesi ile sigara tüketimi azaltılırken toplam vergi gelirinin ise arttırılabileceği görülmektedir.

Sigaranın vergilendirilmesi ile sigara tüketiminden kaynaklı negatif dışsallıkların içselleştirilmesi ve sigara tüketiminin azaltılması sağlanır, ayrıca devlete gelir sağlanmış olur. Artan vergi gelirleri sağlık harcamalarının finansmanı veya sigara ile mücadele politikalarında kullanılabilir. Her ne kadar Türkiye’de tahsis esaslı bir vergilendirme söz konusu olmasa da, ÖTV Kanuna göre III sayılı listede yer alan mallar üzerinden tahsil edilen ÖTV gelirlerinin % 7,9’u Savunma Sanayi Destekleme Fonuna, %0,2’si de 2002 yılından 2017 yılına kadar Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumunun giderlerine ayrılmıştır. TAPDK giderleri arasında ise sigaranın sağlığa zararları ile mücadele söz konusudur. Ancak 2017 yılında çıkarılan bir Kanun Hükmünde Kararname ile TAPDK kapatılmış ve bu madde yürürlükten kaldırılmıştır, bir diğer ifade ile sigaranın vergilendirilmesinden sigara ile

m¼cadeleye pay ayrılmamaktadır. Uygulanacak vergi değişimleri ile artan vergi gelirinden Tütün ve Tütün Mam¼lleri Daire Başkanlığına bir pay ayrılarak tütün kontrol politikaları kapsamında sigara ve tütün ile m¼cadele faaliyetlerinde kullanımı sağlanabilir.

Sigaranın vergilendirilmesi ile;

- ✓ Sigara tüketimi nedeniyle artan sağlık maliyetleri azaltılabilir,
- ✓ Sigara tüketiminin azaltılması sağlanarak verimli iş gücü arttırılabilir,
- ✓ Üretim artışı ile gelir vergisinde de artış sağlanabilir,
- ✓ Sigara tüketimine bağlı hastalıklar ve ölüm oranları azaltılabilir,
- ✓ Sağlıklı yaşam yılları uzatılabilir.

Sigaranın vergilendirilmesi ile elde edilebilecek tüm bu sonuçların analiz edilebilmesi için ise Sağlık Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Tarım Orman Bakanlığı (Tütün ve Tütün Mam¼lleri Daire Başkanlığı)nın iş birliği içerisinde olması ve kapsamlı veri setlerinin oluşturulması, muhafaza edilmesi gerekmektedir.



KAYNAKLAR

- ABD Surgeon General, (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress*, A Report of the Surgeon General, Public Health Service Office of the Surgeon General Rockville, MD.
- Acar, N.M., (2010)., “Sigara Hakkında İki Yazma Risale: Abdülmelik el-İsâmî’nin ‘Risale Celile fî Şurbi’ d-Duhân’ ve Mustafa b. Ali el-Âmâsî’nin ‘Risale fî Tahrîmi’ d-Duhân’ Adlı Risaleleri” *Yüksek Lisans Tezi*, Uludağ Üniversitesi.
- Ahmad, S. (2005). “Increasing Excise Taxes on Cigarettes in California: A Dynamic Simulation of Health And Economic Impacts”, *Preventive Medicine*, 41, p.276-283.
- Akdağ, R. (2008), *Türkiye Sağlık Dönüşüm Programı Ve Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Raporu*, Ankara.
- Akdoğan, A. A. (2011). “Türkiye’de Kamu Politikası Disiplinin Tarihsel İzleri” Kartal, F. (ed.) *Türkiye’de Kamu Yönetimi ve Kamu Politikaları*, Ankara, TODAİE.
- Akdoğan, N. (2000). *Maliyet Muhasebesi Uygulamaları*, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu” (Genişletilmiş ve Güncellenmiş İkinci Baskı)*, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aksakoğlu, G. (2002). “Herkes İçin Sağlık’tan Hedef 21’e: Dünya Sağlık Örgütü Değişiyor”, *Toplum ve Hekim*.
- Allen, P. (1999). “Health and Environmental Promotion”. Battersby ve Basset (Editörler) *Clay's Handbook of Environmental Health*, 18. Baskı, London: E & FN Spon.
- Altay, A. (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi” *Sayıştay Dergisi*, 64: 33-64.
- Anh, P.T.H., Thu, L.T., Ross, H., Anh, N.Q., Linh, B.N., Minh, N.T. (2014). “Direct and Indirect Costs of Smoking in Vietnam”, *Tobacco Control*, p.1-5.
- Arrow, K. J. (1963). “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care”. *The American Economic Review*. 53(5):941-973.
- Asaria, P., Chisholm, D., Mathers, C., Ezzati, M., Beaglehole, R. (2007). “Chronic Disease Prevention: Health Effects And Financial Costs Of Strategies To Reduce Salt Intake And Control Tobacco Use”. *Lancet*. 370(9604), p.2044-2053.
- ASH, (2020). “Smoking Statistics: Illness and Death, Fact Sheet, UK April, p.1-8.
- Atalay, A. (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*. Vol.64, ss. 33-58.
- Ateş, H., Ünal, S. (2004). “Devletin Doğduğu Yer Antik Çağ Ortadoğusu’nda İdari Hayat”, *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*, S.1, s.21-43.
- Atuk, O., Özmen, M.U.(2017). “Firm Strategy And Consumer Behaviour Under A Complex Tobacco Tax System: Implications For The Effectiveness Of Taxation On Tobacco Control”, *Tob Control*, 26, p.277-283.
- Bader, P., Boisclair, D., Ferrence R. (2011). “Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis”.*International Journal of Environmental Research and Public Health*. No:8, p. 4118-4139.
- Baker, C.L., Bruno, M., Emir, B., Li, V.W., Goren, A.(2018). “Smoking Cessation Is Associated With Lower Indirect Costs”, *JOEM*, V.60, N.6, p. 490-495.
- Bardach, E. (2012). *A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving*. USA: CQ Press.
- Başol, E., Can, S. (2015). “Tütün Tüketiminin Ekonomik Etkileri Ve Tütün Kontrol Politikaları Üzerine Bir İnceleme”, *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, C.4, S.7.
- Bates, C. (2000). “What is The Future for The Tobacco Industry?”, *Tobacco Control*, 9, p.237-238.

- Baykal, B.S. (1999). *Peçevî İbrâhîm Efendi, Peçevî Tarihi*, Ankara: Kültür Bakanlığı Yay.
- Behr J, Nowak D. (2002), "Tobacco Smoke And Respiratory Disease", ERS Journals, Printed in UK, 21.
- Benowitz, B.L. (1992), "Cigarette Smoking and Nicotine Addiction", *Medical Clinics Of North America*, V.76, N.2, p.415-437.
- Benowitz, N.L., Henningfield, J.E., (2013). "Reducing The Nicotine Content To Make Cigarettes Less Addictive", *Tobacco Control*, 22, p.14-17.
- Bhagwati, J. N. (1969). *The Generalized Theory of Distortions and Welfare*, Working Paper Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology.
- Bilgin, A., Korkmaz, M., (1997). "Tütünün Osmanlı Topraklarına Girişi ve Yasaklanması", *Sosyal Bilimler Dergisi*, S.1.
- Bilir, N.(2009) , "Türkiye Tütün Kontrolünün Dünyanın Neresinde?", *Türk Toraks Dergisi*, S.10.
- Bird, R.M. (2015). "Tobacco and Alcohol Excise Taxes for Improving Public Health and Revenue Outcomes Marrying Sin and Virtue?", *Policy Research Working Paper*, 7500.
- Blecher, E., Van Walbeek, C.P. (2004). "An International Analysis of Cigarette Affordability", *Tobacco Control*, 13, p.339-346.
- Bloom, D.E., Canning, D., Jamison D.T., (2004). "Health, Wealth, and Welfare", *Health and Development*, Ed. Jeremy Clift, IMF.
- Borland, R. (2003). "A Strategy For Controlling The Marketing Of Tobacco Products: A Regulated Market Model", *Tobacco Control*, 12, p.374-382
- Broadbent, J., Gill, J., Laughlin, R. (2003). "Evaluating the Private Finance Initiative in the National Health Service in the UK", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, V.16, N.3, p.422-445.
- Buchanan, J. M. (1963). "The Economics of Earmarked Taxes", *Journal of Political Economy*, 71(5), p.457-446.
- Bureau, V., Blank, R.H., (2003). "Changing European societies. The Role For Social Policy", Comparing Health Policy-Beyond Health Systems?, ESPAnet conference, Copenhagen.
- Buyrukoğlu, S., Bozdoğan D., Köktaş, M.A. (2016). "Paternalist Devlet Anlayışının Bir Gereği Olarak Günah Vergileri: Türkiye Örneği", *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Temmuz, 9(3), 15-31.
- Callard C, Thompson D, Collishaw N. (2005). "Transforming The Tobacco Market: Why The Supply Of Cigarettes Should Be Transferred From For-Profit Corporations To Non-Profit Enterprises With A Public Health Mandate", *Tobacco Control*;14(4), p.278-283.
- Callard, C.D., Collishaw, N.E. (2013). "Supply-Side Options For An Endgame For The Tobacco Industry", *Tobacco Control*;22, p.i10-i13.
- Carruthers, B.G., (2016). "The Semantics of Sin Tax: Politics, Morality, and Fiscal Imposition", *Fordham Law Review*, 84(6), p.2565-2582.
- Carpenter, C., Cook J.P., (2008). "Cigarette Taxes And Youth Smoking: New Evidence From National, State, And Local Youth Risk Behavior Surveys", *Journal of Health Economics*, 27, p.287-299.
- Cichon, M. Newbrander, W., Yamabana, H., Weber, A., Normand, C., Dror, D., Preker, A. (1999). *Quantitative Methods In Social Protection Series, Modelling In Health Care Finance*, A Compendium Of Quantitative Techniquesfor Health Care Financing, ILO and ISSA, Geneva.
- Chaloupka, J.F., Warner, K.E. (1999). "The Economics of Smoking", *National Bureau of Economic Research Working Paper*, No: 7047.

- Chaloupka, F.J., Hu T., Warner, K.E., Jacobs . Yurekli, A. (2000). *The Taxation Of Tobacco Products*. In: Jha P, Chaloupka F.J, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press.
- Chaloupka, F.J., Peck, IV. R., John, A., Tauras, X.X., Yurekli, A., (2010). “Cigarette Excise Taxation: The Impact Of Tax Structure On Prices, Revenues, And Cigarette Smoking”, *NBER Working Paper*, No. 16287.
- Chapman, S., Wakefield, M. A., (2013). “Large-Scale Unassisted Smoking Cessation Over 50 Years: Lessons From History For Endgame Planning İn Tobacco Control”, *Tobacco Control*, 22, p.33-35.
- Charlton, A. (2004). “Medicinal Uses of Tobacco in History”, *Journal of The Royal Society of Medicine*, V.97.
- Colombo, F., Tapay, N., (2003). Private Health Insurance in Australia: A Case Study, *OECD Health Working Paper*, No.8.
- Çağlar, C. (1946), Çeviri, Egon Caesar Corti, *Tütün Keyfi*, İstanbul, 1946.
- Çakmak, F., Akçiçek, İ.E., (2014).”Sağlık Tarihinde Tütün”, *Mucizeden Belaya Yolculuk Tütün*, Edt. Mercimek H.V., Akçiçek, İ.E., İstanbul, Tarihçi Kitabevi
- Çelik, F. E. (2008). “Çalışma Alanı Olarak Kamu Politikası: Tarihsel ve Düşünsel Kökler Üzerine” *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3).
- Çiftçi, M. (2017). “Sosyal Politika Unsuru Olarak Sağlık Hizmetleri”, *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal*, 16, p. 24-53.
- Çoban, H. (2009). *Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Deber RB. Forget EL, Roos LL. (2004). “Medical Savings Accounts İn A Universal System: Wishful Thinking Meets Evidence”. *Health Policy*;70111, p. 49-66.
- Deleon, P. (2006). “The Historical Roots of The Field” Moran vd. (ed.) *The Oxford Handbook of Public Policy*, New York: *Oxford University Press*.
- Demir, Z. (2018). “İbni Haldun’un İktisadi Kuramı: Devletin Ekonomi Üzerindeki Rolü ve Fonksiyonları”, *Yönetim Ekonomi Edebiyat İslami ve Politik Bilimler Dergisi*, 3(1), 44-69.
- Development Committee, 2000, Poverty Reduction and Global Public Goods: Issues for the World Bank in Supporting Collective Action, Document No. DC/2000-16.
- Dinler, Z. (1998), İktisada Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları
- Doetinchem, O., Carrin, G. and Evans, D. (2010)., *Thinking Of Introducing Social Health Insurance? Ten Questions*, World Health Report, Background Paper, 26.
- Doll, S.R., (1999). "Tobacco: A Medical History", *Journal Of Urban Health*, V.76, N.3
- DSÖ, (1998) “Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi”, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi (Çeviri T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara).
- DSÖ, (2008), Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER.
- Duda, H.Ü. (2008). *Uluslararası Örgütler Bağlamında Global Sağlık Politikaları*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Duman, M. (1991). "Türk Halk Kültüründe Tütün", *Kıyı Kültür ve Sanat Dergisi*, Y.6, S.64.
- Dunn, W.N. (1981). *Public Policy Analysis: An Introduction*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- EC,(2020)., “Excise Duty Tables Part III - Manufactured Tobacco”, *European Commission Directorate-General Taxation And Customs Union* .

- Edwards, R., Russell, M., Thomson, G., Wilson, N., and Gifford, H. (2011). "Daring To Dream: Reactions To Tobacco Endgame Ideas Among Policy-Makers, Media and Public Health Practitioners", *BMC Public Health*, 11:580, p.1-11.
- Efroymson, D., Ahmed, S., Townsend, J., Alam, S. M., Dey, A. R., Saha, R., Dhar, B., Sujon, A. I., Ahmed, K. U. ve Rahman, O. (2001). "Hungry for Tobacco: An Analysis of The Economic Impact of Tobacco Consumption on The Poor in Bangladesh". *Tobacco Control*, 10, 212-217.
- Ergüder, T. (2008). *Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem (The WHO Framework Convention on Tobacco Control)*, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731.
- Ergüder, T. (2010). "Dünyada Tütün Kontrolü Ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri (Mpower)", *Tütün ve Tütün Kontrolü* (Edt. Karadağ, M., Bilgiç, H.) içinde, Toraks Kitapları, S.10, s.81-92.
- Ertürk Atabey, S. (2018). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Gazi Kitabevi.
- Esin, A., Bilir, N., Aslan, D. (2004). "Health Care Expenditures Of Lung Cancer: A Turkish Experience", *Turkish Respiratory Journal*, 5.
- EU Directives, (2011). Council Directive 2011/64/EU of 21 June, The Council Of The European Union, L 176/24.
- Evans, W.N., Ringel, J.S., (1999). "Can Higher Cigarette Taxes Improve Birth Outcomes?", *Journal of Public Economics*, 72, p.135-154.
- Fagerstrom K. (2002). "The Epidemiology of Smoking Health Consequences and Benefits of Cessation" *Drugs*, V.62, Is.2.
- Fichtenberg, C. M., & Glantz, S. A. (2002). "Effect of Smoke-Free Workplaces on Smoking Behavior: Systemetic Review". *British Medical Journal(BMJ)*, 325;188, p.1-7.
- Fischer, F., Miller G. J., Sidney, M. S. (Ed.); (2007), *Handbook of Public Policy Analysis*, Boca Raton, CRC Press.
- Fishman, P.A., Ebel, B.E., Garrison, M.M., Christakis, D.A., Wiehe, S.E., Rivara, F.P. (2005). "Cigarette Tax Increase And Media Campaign Cost Of Reducing Smoking-Related Deaths", *American Journal of Preventive Medicine*, 29(1), p.19-26.
- GATT (1947), The General Agreement On Tariffs And Trade, 4248.
- Gergerlioğlu, U., (2014). "Tütünlü Ürün ve Alkollü İçecek Vergilerinin Tutumlar Üzerindeki Etkilerinin Eğitim Faktörü Perspektifinde Ampirik Analizi (İstanbul İli Örneği), *Ekonometri ve İstatistik*, S.21, p.47-68.
- Gilmore, A.B., Branston, J.R., Sweanor, D. (2010). "The Case For OFSMOKE: How Tobacco Price Regulation Is Needed To Promote The Health Of Markets, Government Revenue And The Public", *Tobacco Control*, 19, p.423-430.
- Glantz, S.A. (1993). "Removing the Incentive to Sell Kids Tobacco: A Proposal", *JAMA*, Feb 10;269(6), p.793-94.
- Goodchild, M., Zheng, R. (2019). "Tobacco control and Healthy China 2030", *Tob Control*, 28:409-413.
- Goodman, J. (1993). *Tobacco in History: The Cultures of Dependence*, London, Routledge. (https://books.google.com.tr/books/about/Tobacco_in_History.html?id=DP-HAgAAQBAJ&redir_esc=y, Erişim tarihi: 01.10.2020).
- Gottret, P., George S., (2006). *Health Financing Revisted: A Practioner's Guide*, The World Bank, Washington D.C.
- Godlee, F. (1994), "WHO in Retreat: is it Losing its Influence?", *BMJ: British Medical Journal*, Cilt.309, Sayı.6967, (1491-1495).
- Gökyay, O.Ş. (2008), Çeviri, *Kâtip Çelebi, Mîzânü'l-Hak fî İhtiyâri'l-Ehakk*, İstanbul, Kabalcı Yay.

- Gültekin Karakaş, D., (2014). “Türkiye Tütün Sektöründe Piyasa-Yönelimli Dönüşüm”, *Türk Toraks Dergisi*, 15, 71-79.
- Gruber, J., Köszegi, B. (2004). “Tax Incidence When Individuals Are time-Inconsistent: The Case Of Cigarette Excise Taxes”, *Journal of Public Economics*, 88, p.1959–1987.
- Hall, W., West, R., (2008), “Thinking About The Unthinkable: A De Facto Prohibition On Smoked Tobacco Products”, *Journal Compilation*, Society for the Study of Addiction, 103, p.873-874.
- Higashi, H., Truong, K.D., Barendregt, J.J., Nguyen, P.K., Vuong, M.L., Nguyen T.T, et al. (2011). “Cost Effectiveness Of Tobacco Control Policies İn Vietnam: The Case Of Population-Level Interventions. *Appl Health Econ Health Policy*. 9(3), p. 183-196.
- Hirayama, T. (1981). “Non-Smoking Wives of Heavy Smokers Have a Higher Risk of Lung Cancer: A Study From Japan”, *BMJ*, 282, p.183-185.
- Ho, L. M., Schafferer, C., Lee, J.M., Yeh, C.Y., Hsieh, C.J. (2018). “Raising Cigarette Excise Tax to Reduce Consumption in Low and Middle Income Countries of the Asia Pacific Region: A Simulation of The Anticipated Health and Taxation Revenues Impacts”, *BMC Public Health*, 18(1187), p.1-9.
- Hoare, G.; Mills (1986) “Paying for the Health Sector”, ISHTM, *EPC Publication* Number 12.
- HTSL (Health Taxes to Save Lives), (2019)., “Employing Effective Excise Taxes on Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverages”, *The Task Force on Fiscal Policy for Health*, April, p.1-28.
- Hu, TW., Mao, Z., (2002). *Economic Analysis of Tobacco and Options for Tobacco Control: China Case Study*, HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 3, World Bank and WHO.
- Hu, TW., Mao, Z., Shi, J., Chen W. (2010). “The Role of Taxation in Tobacco Control and its Potential Economic Impact in China”. *Tobacco Control*. 19.
- İleri, H., Seçer, B., Ertaş H. (2016). “Sağlık Politikası Kavramı Ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi”, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. Oğur, R. (2010). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, *Dirim Tıp Gazetesi*, Y.85, S.2, 86-99.
- Jacobs, R., Gale, H.F., Capehart, T.C., Zhang, P. and Jha, P. (2000), “The Supply-Side Effects Of Tobacco Control Policies”, *Tobacco Control in Developing Countries*, P. Jha, & F. J. Chaloupka içinde, p. 311-341, WHO and WB.
- Jha, P., Chaloupka, F.J. (2000). “The Economics Of Global Tobacco Control”, *BMJ*, V.321, p:358-361.
- Jha, P. (2015). “Deaths and Taxes: Stronger Global Tobacco Control by 2025. *Lancet*. 385, p. 918-920.
- Joossens, L., Raw, M. (1998). “Cigarette Smuggling in Europe: Who Really Benefits? *Tobacco Control* (7), p. 66-71.
- Joossens, L., Chaloupka, F. J., Merriman, D., & Yurekli, A. (2000). “Issues in the smuggling of tobacco products”, *Tobacco Control in Developing Countries*, P. Jha, & F. J. Chaloupka içinde, p. 393-406, WHO and WB.
- Joossens, L., Merriman, D., Ross, H., & Raw, M. (2010). “The impact of eliminating the global illicit cigarette trade on health and revenue”. *Addiction*, 105(9), p.1640-1649.
- Kaiser, K., Bredenkamp, C., Iglesias, R. (2016). *Sin Tax Reform in the Philippines Transforming Public Finance, Health, and Governance for More Inclusive Development*, World Bank Group.

- Kalaycı, M., Öztürk, E., (2017). “18. Yüzyıl Osmanlı Coğrafyasında Tütünün Sosyo-Kültürel Zeminine Dair Bir Metin: Ebü Sehl Numân Efendi ve Tahtlûlu’d-Duḥān Adlı Risâlesi”, *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 58.
- Kaplan, B., Acien, N.A., Cohen, J.E. (2017). “The Prevalence Of Illicit Cigarette Consumption And Related Factors in Turkey”, *Tob Control*, 0, p:1-6.
- Karabulut, U. (2007), “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı Ve Hizmetleri (1925-1937)”, *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*.
- Karaca, A., (2007), “Osmanlı İmparatorluğunda Reji ve Tütün Kaçakçılığında Trabzon Örneği: Bir Yabancı Sermaye Serüveni” , *Tütün Kitabı*, Ed. Emine Gürsoy Naskali, İstanbul: Kitabevi Yayınları, s.56-85.
- Karlıkaya, C. (2002). “Edirne’de Orta Öğretim Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı”, *Toraks Dergisi*,3.
- Kaufman, N., YACH, D.,(2000), “Tobacco control-challenges and prospects”, *Bull World Health Organ*, 78.
- KGTA. (2017). *Küresel Genç Tütün Araştırması Türkiye 2017*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı.
- Kılıçbay, M.A., (1993). Çeviri, Fernand Braudel, *Maddi Uygarlık Gündelik Hayatın Yapıları*, Gece Yayınları, Ankara.
- Kiding D, Isham G.(2014). “Population Health Improvement: A Community Health Business Model That Engages Partners in All Sectors”. *Frontiers of Health Services Management* 30:4, p.3-20.
- Koivusalo, M. (2006). “The Impact Of Economic Globalisation On Health”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 27, p.13–34.
- Kumbasar, A. (2016). *Sağlık Politikaları*, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Ders Notları.
- Kristina, A.S., Dwi, E., Wiedyaningsih, C., Fahamsya, A., Faizah, N. (2018). “Health Care Cost of Noncommunicable Diseases Related to Smoking in Indonesia, 2015”, *Asia Pacific Journal of Public Health*, p. 1-7.
- KYTA. (2014). *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı.
- Laffer, A.B. (2014). *Handbook of Tobacco Taxation: Theory and Practice*, The Laffer Center at the Pacific Research Institute.
- Lalonde M. (1981). “A New Perspective on the Health of Canadians”, *A Working Document*, Government of Canada, Minister of Supply and Services Canada.
- Lee, J.M., Liao, D.S., Ye, C.Y. , Liao, W.Z. (2005). “Effect of cigarette tax increase on cigarette consumption in Taiwan”. *Tobacco Control*. 14(1).
- Lorenzi, P. (2004). “Sin Taxes”, *Society*, March/April, p.59-65.
- Mackay J, Amos A. (2003). “Women and tobacco”, *Respirology*, 8(2), p.123-130.
- Madenoglu Kıvanç, M. (2015). “Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, S.3, C.2, 162-166.
- Madore, A., Rosenberg, J., Weintraub R. (2015), ““Sin Taxes” and Health Financing in the Philippines”, *Cases in Global Health Delivery*, GHD-30, Harvard. P.1-43.
- Manning, W. G., Keeler, E. B., Newhouse, J. P., Sloss, E. M. (1991). *Excise Taxes And Demand*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Marquez, P.V., Dodson, B.M, (2017). *Tobacco Tax Reform At The Crossroads Of Health And Development A Multisectoral Perspective*, World Bank Group.

- Mathers, CD., Lancor, D., (2006), "Projections of global mortality and burden from 2002 to 2003". *PLOS Medicine*, 3 (11).
- Mckee, M., Zwi, A., Koupilova, I., Sethi, D., Leon, D., (2000), "Health Policy-Making in Central and Eastern Europe: Lesseons From The Inaction on Injuries?", *Health Policy and Planning*, 15(3), p.263-269.
- Memiş, H. (2014), "Küreselleşme ve Yoksulluk İlişkisi", *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, Cilt.5, Sayı.1, (144-161).
- Metin, B., Tezel Aydın, S. (2005) *Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri*, SSYB Yayınları, Ankara.
- Mossialos E, Dixon A. *Funding health care: an introduction*. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, eds. *Funding Health Care: Options for Europe*. 1sted. Philadelphia: Open University Press; 2002. p. 1-31.
- MPOWER (2008), WHO Report On The Global Tobacco Epidemic.
- Musgrave, R.A.(1959), *The Theory of Public Finance*, New York, McGraw Hill.
- Nadaroğlu, H., (1992), *Kamu Maliyesi Teorisi*, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Nargis, N., Nyamurungi, K., Baine, S.O., Kadobera, D. (2017). "The health cost of tobacco use in Uganda", *Health Policy and Planning*, 32, p. 1153–1160.
- NCI, (2016). U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. *The Economics of Tobacco and Tobacco Control*. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication.
- NYTSC (*National Youth Tobacco Survey Codebook*), (1999)., Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, p.1-31.
- NZHS (New Zealand Health Survey),(2014)., Tobacco Use 2012/13, Ministry of Health, Wellington.
- Oğuztürk, B.S., Gülcü, Y., (2012). "Türkiye’de Sigara Tüketimini Etkileyen Faktörlerin Analizi", *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, C.4, S.2, s.99-105.
- Ortegon, M., Lim, S., Chisholm, D., Mendis, S. (2012). "Cost Effectiveness of Strategies to Combat Cardiovascular Disease, Diabetes, And Tobacco Use in Sub-Saharan Africa And South East Asia: Mathematical Modelling Study", *BMJ*, 344, p.1-15.
- OECD, (1994)., *The Reform Of Health Care Systems*. Paris: Organisation of Economic Cooperation and Development, (<https://books.google.com.tr/books?hl=tr&id=PPHaAAAAMAAJ&dq=The+Reform+Of+Health+Care+Systems&focus=searchwithinvolume&q=model>), Erişim tarihi: 01.10.2020).
- OECD, (2020). Health Statistic, Risk Factor, tobacco consumption.
- Orhaner E., *Türkiye’de Sağlık Sigortası*, Siyasal Kitabevi, 2014.
- Over, E.A., Feenstra, T.L., Hoogenveen, R.T., Droomers, M., Ueters, E., Van Gelder, B.M. (2014). "Tobacco Control Policies Specified According To Socioeconomic Status: Health Disparities And Cost-Effectiveness", *Nicotine Tob Res*, 16(6), p.725-732.
- Önder, Z.,(2002). "The Economics of Tobacco in Turkey New Evidence and Demand Estimates", *UCSF WHO Tobacco Control Papers*.
- Önder, Z. (2010). "Türkiye’de Tütünün Ekonomik Yükü", *Tütün ve Tütün Kontrolü* (Edt. Karadağ, M., Bilgiç, H.) Toraks Kitapları, S.10.
- Önder, Z., Yürekli A.A. (2016). "Who Pays The Most Cigarette Tax İn Turkey", *Tob Control*, 25, p.39-45.
- Önder, M.E., Ersoy, E., Karacaoğlu, K. (2016). "Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı Ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi Ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma", *Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi* Y.1, S.1, s.23-36.

- Ösen, S., (2015). “Osmanlı Devleti’nde Tütün Kaçakçılarıyla Mücadele: Niğde Örneği”, *SÜTAD*, Güz.
- Özsarı, H. (2007). “Sağlık Sigortacılığı”, Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran.(ed.) *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*. İstanbul: Agora Kitaplığı.
- Parsons, W. (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*, Edward Elgar Publishing, Aldershot.
- Petit, P., Nagy, J., (2016). “How to design and enforce tobacco excises?”, *International Monetary Fund, Fiscal Affairs Department*.
- Porter D., (2005). *Health, Civilization and the State*, Routledge Taylor and Francis Group, London and New York, (<https://www.taylorfrancis.com/books/9780203980576>, Erişim tarihi: 19.11.2019).
- Porter, T.M. (2008). “Statistic and Statistical Methods”, *The Cambridge History of Science the Modern Social Science*, Cambridge University Press.
- Proctor, R.N. (2011). *Golden Holocaust: Origins Of The Cigarette Catastrophe And The Case For Abolition*. University of California Press. (<https://books.google.com.tr/books?id=lk37egfoiBoC&lpg=PP1&dq=isbn%3A9780520270169&hl=tr&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>, Erişim tarihi: 01.12.2020)
- Radın, B.A. (2000). *Beyond Machiavelli: Policy Analysis Comes of Ages*, Georgetown University Press, Washington DC.
- Ramsey, F.R., (1927). “A Contribution to the Theory of Taxation”, *The Economic Journal* , 145 (37), pp. 47-61.
- Ranson, M.K., Jha, P., Chaloupka, F.J., Nguyen, S.N. (2002). “Global and Regional Estimates Of The Effectiveness And Cost-Effectiveness Of Price Increases And Other Tobacco Control Policies”. *Nicotine Tob Res*, 4(3), p.311-319.
- Reed, H. (2010). *The Effects Of Increasing Tobacco Taxation. A Cost Benefit And Public Finances Analysis*, London: UK ASH (Action on Smoking and Health).
- Resmi Gazete (RG): (2/III/1341 tarih ve 86 sayılı), 558 Sayılı Tütün İdare-i Muvakkatesi ve Sigara Kağıdı İnhisarı Hakkında Kanun.
- RG, (28/06/1930 tarih ve 1531 sayılı), 1701 Sayılı tütün İnhisarı Kanunu.
- RG, (23/07/1956 tarih ve 9362 sayılı), 6802 Sayılı Gider Vergileri Kanunu.
- RG, (06/01/1961 tarih ve 10700 sayılı), 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu
- RG, (12/1/1961 tarih ve 10705 sayılı), 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.
- RG, (2/11/1984 tarih ve 18563 sayılı), 3065 Sayılı KDV Kanunu.
- RG, (25/05/1986 tarih ve 3291 sayılı), 1177 Sayılı Tütün Tekeli Kanununun Bazı Maddelerinin Yürürlükten Kaldırılması ve Kamu İktisadî Teşebbüslerinin Özelleştirilmesi Hakkında Kanun.
- RG, (26/11/1996 tarih ve 22829 sayılı), 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun.
- RG, (21/2/2001 tarih ve 24335 sayılı), 4629 Sayılı Bazı Fonların Tasfiyesi Hakkında Kanun.
- RG, (9/1/2002 tarih ve 24635 sayılı), 4733 Sayılı Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun.
- RG, (12/06/2002 tarih ve 24783 sayılı), 4760 sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu.
- RG, (16/6/2006 tarih ve 26200sayılı), 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.
- RG, (08/08/2015 tarih ve 29439 sayılı), Özel Tüketim Vergisi III Sayılı Liste Uygulama Genel Tebliği.
- RG, (24/12/2017 tarih ve 30280 sayılı), 696 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.

- RG, (30712/2018 tarih ve 30642 sayılı), 536 sayılı -Bazı Mallara Uygulanacak Tütün Fonu Tutarları ile ÖTV Tutarlarının Yeniden Belirlenmesi Hakkında-Cumhurbaşkanı Kararı.
- Roemer, M.I. (1991) National Health Systems of the World. Volume One. The Countries. New York. Oxford University Press.
- Ron A, Abel-Smith B, Tamburi C. *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Isted. Ceneva: ILO; 1990. (<https://books.google.com.tr/books?id=L7ExdaEPEHAC&printsec=frontcover&dq=isbn:9221064751&hl=tr&sa=X&ved=2ah> Erişim tarihi: 01.11.2020).
- Ross, H., Chaloupka, F., (2006). "Economic Policies for Tobacco Control in Developing Countries", *Salud Publica Mexicana*, 48.
- S. 1834, (2007). 110th Congress 1st Session, In The Senate Of The United States.
- Saffer, H., Chaloupka, F.,(2000). "The Effect Of Tobacco Advertising Bans On Tobacco Consumption" *Journal of Health Economics* 19, p. 1117–1137.
- Sağlık Bakanlığı (2007). *21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek*, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı, (2018), T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Salomon, J.A., Carvalho, N., Gutierrez-Delgado, C., Orozco, R., Mancuso, A., Hogan, D.R., et al. (2012). "Intervention Strategies to Reduce The Burden of Non-Communicable Diseases in Mexico: Cost Effectiveness Analysis", *BMJ*, 344, p.1-10.
- Samuelson, Paul (1954), "Pure Theory for Public Expenditure and Taxation" Review of Economics and Statistics, 36, 387-9
- Sands, P., Klein, P. (2001). "Bowett's Law of International Institutions". *American Journal of International Law*, V.96, Is.3:741.
- Saracci, R., (1997) "The World Health Organisation Needs to Reconsider Its Definition of Health", *British Medical Journal*, 314:1409 10 May.
- Satman, I., Yılmaz, T., Şengul, A., (2002). P"opulation-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25.
- Sekhri, N., Savedoff, W., Tihripathi. S. (2005)., "Regulation Private Health Insurance to Serve The Public Intirest, Policy Issues for Developing Countries", *WHO Discussion Paper*, Department Health System Financing, Geneva.
- Scheffels, J., Lund, I., (2013). "The İmpact Of Cigarette Branding And Plain Packaging On Perceptions Of Product Appeal And Risk Among Young Adults İn Norway: A Betweensubjects Experimental Survey", *BMJ Open*:3, p.1-9.
- Schulz, R., Alton, C.J., (2003). *Management of Hospitals and Health Services*, BeardBooks, Third Edition. (<https://books.google.com.tr/books?id=AdO7LIKOsgC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=Schulz+R.+ve+Alton+C.,+1976,+Management+of+Hospitals,+New+York:+Mcgraw-Hill+Book+Co>, Erişim tarihi: 12.11.2020).
- Schultz, P.T. (2009). "Population and Health Policies", *Economic Growth Center, Yale University, Center Discussion Paper*.
- Sharbaugh, M.S., AlthouseI, A.D., Thoma, F.W., Lee, J.S., Figueredo, V.M., Mulukutla, S.R., (2018). "Impact of Cigarette Taxes on Smoking Prevalence From 2001-2015: A Report Using the Behavioral and Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS)", *Plos One*, 13(9), p.1-10.

- Sissosko, M., (2002). "Cigarette Consumption in Different U.S. States, 1955–1998: An Empirical Analysis of the Potential Use of Excise Taxation to Reduce Smoking", *Journal of Consumer Policy* 25, p.89–106.
- Smith, A. (1904). *An Inquiry into the Nature and Causes of The Wealth of Nations*, Edited and with an Introduction, Notes, Marginal Summary and Index by Edwin Cannan.
- Smith, C.N., Kraemer, J.D., Johnson, A.C., Mays, D. (2015). "Plain Packaging Of Cigarettes: Do We Have Sufficient Evidence?", *Risk Management and Healthcare Policy*, April:8, p.21-30.
- SSYB (Sağlık Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı), (1973). *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, SSYB Yayınları No: 422, Ankara.
- Stone, D. (1997). *Policy Paradox: The Art of Politikal Decision Making*. New York-London: WW Norton & Company.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009). "The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis", *The Lancet*, 25:374, p.315-323.
- Su, H., (1996). "ATS statement-cigarette smoking and health". *Am J Respir Crit Care Med*, 154.
- Sugarman, S.D., (2009). "Performance-Based Regulation: Enterprise Responsibility for Reducing Death, Injury, and Disease Caused by Consumer Products", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, V.34, N.6, December, p.1035-1078.
- Sylvain, S., (2008). "The Effects of Excise Tax on Cigarette Consumption: A Divergence in the Behavior of Youth and Adults", *Michigan Journal of Business*, V.1, N.2.
- Şen, H., Sağbaş, İ., (2017). *Vergi Teorisi ve Politikası*, Barış Arıkan Yayınları.
- Tauras, J.A., Xu, X., Huang, J., King, B., Lavinghouze, S.R., Sneegas, K.S., (2018). "State Tobacco Control Expenditures and Tax Paid Cigarettesales", *Plos One*, 13(4), p:1-15.
- Tatar, F. (1996)., Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim. C.11, S.72, s.42-50.
- Tatar, M., (2008), "Sağlık Politikası ve Planlaması", *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü ders notları*, Ankara.
- Tengilimoğlu, D. ve Toygar, Ş. A. (2018), "Sağlık Politikası ve Planlaması İle İlgili Temel Kavramlar", *Sağlık Politikası* (Ed. Dilaver Tengilimoğlu), Nobel Yayınevi: Ankara, s.1-8.
- Thinley, S., Tshering,P., Wangmo, K., Wangchuck, N., Dorji,T., Tobgay, T., Sharma, J., (2017). "The Kingdom of Bhutan Health System Review", *Health Systems in Transition* V.7 N.2.
- Thomson, G., Wilson, N., Blakely, T., Edwards, R.(2010). "Ending Appreciable Tobacco Use İn A Nation: Using A Sinking Lid On Supply". *Tobacco Control*:19, p.431-435.
- Thorndike, E.L. (1920). "A Constant Error İn Psychological Ratings". *Journal of Applied Psychology*, 4(1), p.25–29.
- Tiryaki, H.Ş. (2012). *Uluslararası Sağlık Kuruluşları*, Aday Memur Eğitimleri (<https://docplayer.biz.tr/14351394-Uluslararası-sağlık-kuruluslari.html> 17.12.2019, Erişim tarihi: 17.12.2019).
- Topkaya, Ö. (2016). "Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* Y.2016, C.21.
- Tsai, S.P., Wen, C.P., Hu, S.C., Cheng, T.Y., Huang, S.J (2005). "Workplace Smoking Related Absenteeism And Productivity Costs İn Taiwan", *Tobacco Control*, 14(Suppl I), p.33–i37.

- TTBY (Türk Tabipleri Birliği Yayınları), *Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler*, Ankara 1998.
- Tuncer, M.A., (2009A)“Kanserin Ülkemiz ve Dünyadaki Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları”, *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, ed. A. Murat Tuncer, Ankara.
- Tuncer, M.A. (2009B).“Ulusal Kanser Kontrol Programı; Global çerçeveden Ülkemizdeki Kısa, Orta ve Uzun Vadeli Aksiyon Planı”, *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, ed. A. Murat Tuncer, Ankara.
- Turan, D., Yrüdakul, A. (2009). “Zararlı Alışkanlığı Önlemeye Yönelik Bir Araç Olarak Günah Vergileri ve Etkinliği”, *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, C.1, S.2., s.1-13.
- Tütün Raporu (2018). Tütün Experleri Derneği.
- Uğur, A.A., Akdemir, E., Gürsel, E. (2010). ”Sigara Ve Alkol Üzerindeki Dolaylı Vergilerin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi”, *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, C.2, S.1., s.1-14.
- Uğur, A., Kömürcüler, E., (2015). “Türkiye’de Sigara’nın Vergilendirilmesinin Etkinliği”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.20, S.4, s.327-346.
- URL 1: Yeşilay, Bağımlılık, “Tütün Bağımlılığı”, <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/tutun-bagimliliği> (Erişim tarihi: 23.11.2020).
- URL 2: Tütün Dumanının Zararları, <https://havanikoru.saglik.gov.tr/sagligimiza-etkileri/tutun-dumaninin-zararlari.html> (Erişim tarihi: 23.11.2020).
- URL 3: Koronavirüs Tedbirleri Konulu Ek Genelge, <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-tedbirleri-konulu-ek-genelge> (Erişim tarihi: 30.11.2020).
- URL 4: European Smoking Bans-Evolution of The Legislation. (2011). <https://epha.org/updated-european-smoking-bans-evolution-of-the-legislation/> (Erişim tarihi: 01.12.2020).
- URL 5: Tobacco https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1 (Erişim tarihi: 15.12.2020).
- URL 6: Tütün Atlası, Türkiye, <https://tobaccoatlas.org/country/turkey/> (Erişim tarihi: 30.12.2020).
- URL 7: Annual Tax Revenues- Tobacco Products Included, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-raise-taxes-annual-tax-revenues-from-tobacco-products> (Erişim tarihi: 31.12.2020).
- URL 8: Gelir İdaresi Başkanlığı, İstatistikler, <https://www.gib.gov.tr/yarim-ve-kaynaklar/istatistikler> (Erişim tarihi: 31.12.2020).
- URL 9: T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü, Merkezi Yönetim Bütçe İstatistikleri, <https://muhasebat.hmb.gov.tr/merkezi-yonetim-butce-istatistikleri>, (Erişim tarihi: 31.12.2020).
- URL 10: Reported Use of Earmarked Tobacco Taxes (Tobacco control: Raise taxes), <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-raise-taxes-r-earmarking>, (Erişim tarihi: 05.01.2021).
- URL 11: Consumptions Tax Trends 2020, VAT/GST and Excise Rates, Trends and Policy Issues, https://read.oecd-ilibrary.org/taxation/consumption-tax-trends-2020_152def2d-en#page1, (Erişim tarihi: 15.01.2021).
- URL 12: Affordability: Specific tax component automatically adjusted for inflation (or other) <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-raise-taxes-r-afford-tax-auto-adjust>, (Erişim tarihi: 20.01.2021).

- URL 13: The New European Policy for Health-Health 2020, [WHO/Europe | Health 2020: the European policy for health and well-being - Priority areas](#), (Erişim: 21.11.2019).
- URL 14: Secondhand Smoke (SHS) Facts. Smoking & Tobacco Use, (https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/index.htm), (Erişim: tarihi: 23.05.2020).
- URL 15: Tobacco, unmanufactured, FAO, 2018, (<http://www.fao.org/faostat/en/#data/QC>), (Erişim tarihi: 10.06.2020).
- URL 16: MMWR, (Morb Mortal Wkly Rep), (2002), Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States:1995-1999, (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5114a2.htm>), (Erişim tarihi: 20.04.2020).
- URL 17: Tütün ve Tütün Mamulleri Daire Başkanlığı, <https://www.tarimorman.gov.tr/TADB/Menu/22/Tutun-Ve-Tutun-Mamulleri-Daire-Baskanligi>, (Erişim: 10.05.2020).
- URL 18: United Nations, World Population Prospects 2019: Highlights, <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>, (Erişim tarihi: 11.11.2019).
- URL 19: III Sayılı Listenin Yüyürlük Tarihi İtibariyle Güncel Oranları, Gelir İdaresi Başkanlığı, https://www.gib.gov.tr/sites/default/files/fileadmin/mevzuatek/otv_oranlari_tum/oz_eltuketimoranlari-OpenPage.htm (Erişim tarihi: 11.01.2020).
- URL 20: Akın, E.(2020),”Para ve Maliye Politikası Uyumunda Sigara Vergilemesi Adımı”, KPMG, <https://kpmgvergi.com/blog/para-ve-maliye-politikasi-uyumunda-sigara-vergilemesi-adimi/167> (Erişim tarihi: 15.01.2020).
- URL 21: Ticaret Bakanlığı, <https://ticaret.gov.tr/istatistikler/bakanlik-istatistikleri/gumruk-istatistikleri/kacakcilikla-mucadele-verileri>, (Erişim tarihi: 15.01.2021).
- URL 22: WHO, Policy documents, <https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents> (Erişim tarihi: 15.10.2020).
- URL 23: World Bank, Health, <https://www.worldbank.org/en/topic/health> (Erişim tarihi: 15.10.2020).
- URL 24: Global Burden Disease of Study 2019, <http://www.healthdata.org/turkey> (Erişim tarihi: 15.02.2021).
- URL 25: WHO, Tobacco Control, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-raise-taxes-tax-structure-and-administration>, Erişim Tarihi: 28.05.2021.
- URL 26: “Bir Pakette 20 Sigara Olması Tesadüf Değil!”, <https://www.medikalakademi.com.tr/bir-pakette-20-sigara-olmasi-tesaduef-degil/>, (Erişim Tarihi: 28.03.2021).
- URL 27: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla, <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Ulusal-Hesaplar-113>, (Erişim Tarihi: 25.04.2021).
- URL 28: Tobacco: Health benefits of smoking cessation, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/tobacco-health-benefits-of-smoking-cessation#> (Erişim Tarihi: 28.05.2020).
- URL 29: World Bank, Global Tobacco Control and Health Taxes, <https://www.worldbank.org/en/topic/tobacco>, (Erişim Tarihi: 28.04.2020).
- URL 30: Negative Externality Cigarette Graph, <https://www.google.com/search?q=negative+externality+cigarette+graph&sxsrf=A>

[LeKk00MQkXmgOu_yEMaazP5S48piAuMbA:1628192554349&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiQ3c720ZryAhUX_7sIHRg0Bc4Q_AUoAXoECAEQAw&biw=1440&bih=789#imgsrc=2utyL5ohDgg97M,](https://www.ysm.uzh.ch/LeKk00MQkXmgOu_yEMaazP5S48piAuMbA:1628192554349&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiQ3c720ZryAhUX_7sIHRg0Bc4Q_AUoAXoECAEQAw&biw=1440&bih=789#imgsrc=2utyL5ohDgg97M) (Erişim Tarihi: 15.08.2021).

- USEPA, (1992), (U.S.Environmental Protection Agency). “Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders”, Washington, DC, EPA Office of Research and Development.
- Uz, M.H.(1998). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*, (Ed. O. Hayran -H.Sur), İstanbul.
- Uzbay, İ.T. (2009). “Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler”. *MİSED (Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi)*, Aralık (21-22), s.5-15.
- Wagstaff A. “Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems Evidence from the OECD”. *Policy Research Working Paper*. Washington: The World Bank; 2009. p. 30.
- Walt, Gill (1993), “WHO Under Stress: Implications for Health Policy”, *Health Policy Journal*, V.24, N.2, (125-144).
- Warner, K. E. (2000). “The Economics Of Tobacco: Myths And Realities”. *Tobacco Control*, 9, p.78-89.
- Warren, CW., Riley, L., Asma, S., (2000). “Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project”, *Bull World Health Organ*, 78.
- McMichael A.J. ve Beaglehole R. (2000), The Changing Global Context Of Piible Health, *The Lancet*, 356(9228), 495-499.
- WB (World Bank), (1993). *World Development Report: Investing in Health*, Oxford University Press.
- WB, (1999). *Curbing the Epidemic Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, D.C.: World Bank.
- WB, (2017). *Modeling the Long-Term Health and Cost Impacts of Reducing Smoking Prevalence Through Tobacco Taxation in Ukraine*, WB Group, Public Disclosure Authorized.
- WB, (2018) *Reducing Tobacco Use Through Taxation in the Russian Federation: A Modelled Assessment of Two Policy Options*, WB Group, Public Disclosure Authorized.
- WB, (2019). *Brazil: Tobacco Use, Tobacco Control Legislation, and Taxation*, WB Group, Global Tobacco Control Programme Country Brief.
- Weissman, R. (2003). “International Trade Agreements And Tobacco Control: Threats To Public Health And The Case For Excluding Tobacco From Trade Agreements”, *Essential Action* November, v 2.0, p.1-28.
- WHO, (1948), *Official Records of The World Health Organization*, No.2, Geneva.
- WHO, (1978). Alma-Ata Deklarasyonu, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR.
- WHO, (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
- WHO, (1993) *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Geneva. WHO Technical Report Series. 829.
- WHO, (1995), *Constitution of The World Health Organization Basic Documants, International Health Conferance 1946*, New York.
- WHO, (2003), *Social Health Insurance*, Regional Office for South-East Asia New Delhi September.

- WHO, (2004). *What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) Report*, July.
- WHO, (2005). *Who Framework Convention On Tobacco Control (FCTC)*, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
- WHO, (2010). *Technical Manual on Tobacco Tax Administration*, WHO Press.
- WHO, (2011a) *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October, 2011.
- WHO, (2011b). *Assessment of the Economic Costs of Smoking*. WHO Library Cataloguing in Publication Data: WM 290.
- WHO, (2011c). *From Burden To "Best Buys": Reducing The Economic Impact Of Ncds In Low- And Middleincome Countries*. Geneva.
- WHO, (2012). *Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products*, Geneva.
- WHO, (2013). *The World Health Organization's Tobacco Tax Simulation Model (WHO TaXSiM)*, June.
- WHO, (2015). *WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2015: raising taxes on tobacco*, Mpower, WHO Library Cataloguing in Publication.
- WHO, (2017). *Report on The Global Tobacco Epidemic, Monitoring Tobacco Use And Prevention Policies*, Mpower, WHO Library Cataloguing in Publication.
- WHO, (2018). *The WHO Tobacco Tax Simulation Model WHO TaXSiM*, User Guide.
- WHO, (2019). *Who Report On The Global Tobacco Epidemic*, Offer Help to Quit Tobacco Use, MPOWER.
- WHO, (2019a). "Who Report On The Global Tobacco Epidemic, Country Profile: Brazil", MPOWER.
- WHO, (2019b). "Who Report On The Global Tobacco Epidemic, Country Profile: Canada", MPOWER.
- WHO, (2019c). "Who Report On The Global Tobacco Epidemic, Country Profile: Colombia", MPOWER.
- WHO, (2019d). "Who Report On The Global Tobacco Epidemic, Country Profile: Philippines", MPOWER.
- WHO, (2019e). "Who Report On The Global Tobacco Epidemic, Country Profile: Ukraine", MPOWER.
- WHO, (2019f). "Who Report On The Global Tobacco Epidemic, Country Profile: New Zealand", MPOWER.
- Woodward, D., Drager, N., Beaglehole, R., Lipson, D.J., (2001). "Globalisation and Health: A Framework For Analysis and Action", *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9).
- Van Baal, P.H., Brouwer, W.B., Hoogenveen, R.T., Feenstra, T.L. (2007). "Increasing Tobacco Taxes: A Cheap Tool To Increase Public Health". *Health Policy*, 82(2), p.142-152.
- Vos, T., Carter, R., Barendregt, J., Mihalopoulos, C., Veerman, L., Magnus, A., Cobiac, L., Bertram, M., Wallace, A. (2010). *Assessing Cost-Effectiveness in the Prevention (Ace-Prevention): Final Report*. Brisbane and Melbourne: University of Queensland and Deakin University.
- Yaman Öztürk, M., Ertürk Keskin, N. (2011). "Osmanlı'da Yabancı Yatırımlar Duyunu Umumiye Ve Tütün Rejisi", *Memleket Siyaset Yönetim*, C.6,S.16.
- YBK, (Yeşilay Bilim Kurulu), (2017). *Sigara Vücudun Düşmanı*. Kültür Sanat Basımevi: İstanbul.
- Yeginboy, Y., Sayın, Ş.K., (2008), "Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları Ve Sorunları". *2.Ulusal İktisat Kongresi*, İzmir.

- Yılmaz, Gülay Akgül (2003). OECD Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Devlet ve Sosyal Harcamaları, 1.Baskı, İstanbul: Arıkan Basım.
- Yılmaz, F.(2005). "Osmanlı İmparatorluğu'nda Tütün: Sosyal, Siyasi ve Ekonomik Tahlili (1600-1883)", Marmara Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Üniversitesi, *Doktora Tezi*, İstanbul.
- Yılmaz, F., (2007), “Tütün Üzerine Düşünceler: Batıda ve Bizde” *Tütün Kitabı*, Ed. Emine Gürsoy Naskali, İstanbul Kitabevi.
- Yılmaz, F. (2012), *Tütün*, TDV İslam Ansiklopedisi, C.42, İstanbul.
- Yılmaz, H.H., Yazıhan N. vd., (2009). "Türkiye'de Kanser Harcamaları ve Maliyet Etkinlik Çalışmaları", *Türkiye'de Kanser Kontrolü*, ed. A. Murat Tuncer, Ankara.
- Yorgancıoğlu, A., Esen, A., (2000), “Sigara Bağımlılığı ve Hekimler”, *Toraks Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1 Nisan, s.90-96.
- Yürekli, A., Beyer J. (2001). “Design and administer tobacco taxes”. *World Bank Economics of Tobacco Toolkit*, no. 4, Washington, D.C. : World Bank Group.
- Yürekli A., Önder, Z., Elibol, M., Erk, N., Çabuk, A., Fisunoğlu, M., Erk, F.S., Chaloupka, FJ. (2010), “Tütün Kontrolü ve Tütün Vergilendirilmesi Ekonomisi: Tütünsüz Bir Türkiye İçin Zorluklar ve Fırsatlar”. *Uluslararası Tüberküloz ve Akciğer Hastalıkları ile Mücadele Derneği Yayını*, Paris.
- Zeller, M. (2013). “Reflections On The ‘Endgame’ For Tobacco Control”, *Tobacco Control*, 22, p.40-41.



EKLER

EK - 1 Ülkelerin Sigara Vergilendirme Yapısı ve Vergilerin Tahsis Durumu

Ülkeler	Vergi Yapısı	Tek Tip	Spesifik Ağırlıklı Karma	Min Tutarlı Ad V. veya Karma	Perakende Fiyatı, Ad V. veya Karma	Enflasyona Otomatik Uyarlı	Minimum Fiyat Politikası	Vergi Bandrolü	Gümrüksüz veya vergisiz sigara satış yasağı	Tahsisli Vergi
Afganistan	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Arnavutluk	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Cezayir	Karma	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	. . .	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Andorra	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır
Angola	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Antigua ve Barbuda	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Arjantina	Ad Valorem	Evet	---	Evet	Hayır	---	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Ermenistan	Ad Valorem	Evet	---	Evet	Hayır	---	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Avustralya	Spesifik	Evet	---	---	---	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Avusturya	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Azerbaycan	Spesifik	Hayır	---	---	---	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Bahamalar	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	---
Bahreyn	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Bangladeş	Ad Valorem	Hayır	---	Hayır	Evet	---	Evet	Evet	Hayır	Evet
Barbados	Spesifik	Evet	---	---	---	. . .	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Belarus	Spesifik	Hayır	---	---	---	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Belçika	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Belize	Spesifik	Evet	---	---	---	. . .	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Benin	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır

Ülkeler	Vergi Yapısı	Tek Tip	Spesifik Ağırlıklı Karma	Min Tutarlı Ad V. veya Karma	Perakende Fiyatı, Ad V. veya Karma	Enflasyona Otomatik Uyarlı	Minimum Fiyat Politikası	Vergi Bandrolü	Gümrüksüz veya vergisiz sigara satış yasağı	Tahsisli Vergi
Butan	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--
Bolivya	Spesifik	Hayır	---	---	---	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Bosna Hersek	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Botsvana	Karma	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Brezilya	Karma	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Brunei Darussalam	---	---	---	---	---	---	---	---	Evet	---
Bulgaristan	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Burkina Faso	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Burundi	Spesifik	Evet	---	---	---	. . .	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Cabo Verde	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Kamboçya	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Kamerun	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Kanada	Spesifik	Evet	---	---	---	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Afrika	Karma	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	. . .	Hayır	Hayır	. . .	Hayır
Çad	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Evet	Evet
Şili	Karma	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	. . .	Hayır
Çin	Karma	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	. . .	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
Kolombiya	Karma	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Evet
Komorlar	Ad Valorem	Evet	---	. . .	Hayır	---	. . .	Hayır	. . .	Evet
Kongo	Karma	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	. . .	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Cook Adaları	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Kosta Rika	Karma	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Fildişi Sahili	Ad Valorem	Evet	---	Evet	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Hırvatistan	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Küba	Ad Valorem	Evet	---	. . .	Evet	---	Evet	. . .	. . .	Hayır
Kıbrıs	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır

Ülkeler	Vergi Yapısı	Tek Tip	Spesifik Ağırlıklı Karma	Min Tutarlı Ad V. veya Karma	Perakende Fiyatı, Ad V. veya Karma	Enflasyona Otomatik Uyarlı	Minimum Fiyat Politikası	Vergi Bandrolü	Gümrüksüz veya vergisiz sigara satış yasağı	Tahsisli Vergi
Çekya	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Kore	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	...	---
Kongo Dem.	Ad Valorem	Evet	---	...	Hayır	---	...	Evet	Hayır	Hayır
Danimarka	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Cibuti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	---
Dominika	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Dominik	Karma	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Ekvador	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Mısır	Karma	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Evet
El Salvador	Karma	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Ekvator Ginesi	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Eritre	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Estonya	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Esvatini	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	...	...	Hayır
Etiyopya	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Fiji	Spesifik	Hayır	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Finlandiya	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Fransa	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Gabon	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Gambiya	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Gürcistan	Karma	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Almanya	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Gana	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Yunanistan	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Grenada	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	...	...	...	Hayır
Guatemala	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Evet

Ülkeler	Vergi Yapısı	Tek Tip	Spesifik Ağırlıklı Karma	Min Tutarlı Ad V. veya Karma	Perakende Fiyatı, Ad V. veya Karma	Enflasyona Otomatik Uyarlı	Minimum Fiyat Politikası	Vergi Bandrolü	Gümrüksüz veya vergisiz sigara satış yasağı	Tahsisli Vergi
Gine	...	...	...	...	...	...	...	...	...	---
Gine Bissau	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Guyana	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Haiti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	---
Honduras	Spesifik	Evet	---	---	---	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Macaristan	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
İzlanda	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Hindistan	Karma	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	...	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Endonezya	Spesifik	Hayır	---	---	---	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Evet
İran	Karma	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Irak	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
İrlanda	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Evet
İsrail	Karma	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	...	...	Hayır
İtalya	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Jamaika	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Hayır	...	Evet
Japonya	Spesifik	Hayır	---	---	---	...	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Ürdün	Spesifik	Hayır	---	---	---	...	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Kazakistan	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Kenya	Spesifik	Hayır	---	---	---	...	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Kiribati	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Kuveyt	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Kırgızistan	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Lao Dem.H.C.	Karma	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Letonya	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Lübnan	Karma	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Leseto	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	...	...	Hayır

Ülkeler	Vergi Yapısı	Tek Tip	Spesifik Ağırlıklı Karma	Min Tutarlı Ad V. veya Karma	Perakende Fiyatı, Ad V. veya Karma	Enflasyona Otomatik Uyarlı	Minimum Fiyat Politikası	Vergi Bandrolü	Gümrüksüz veya vergisiz sigara satış yasağı	Tahsisli Vergi
Liberya	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Libya	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Litvanya	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Lüksemburg	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Madagaskar	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Malawi	...	...	...	...	...	...	...	...	...	---
Malezya	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Maldivler	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	...	...	---
Mali	Ad Valorem	Hayır	---	Hayır	Hayır	---	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
Malta	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Marşal Adaları	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır
Moritanya	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Mauritius	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Meksika	Karma	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Mikronezya	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Monako	...	...	...	...	...	...	...	...	...	---
Moğolistan	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Karadağ	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Fas	Karma	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Mozambik	Spesifik	Hayır	---	---	---	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Myanmar	Spesifik	Hayır	---	---	---	...	...	Evet	Evet	Hayır
Namibya	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Nauru	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Nepal	Spesifik	Hayır	---	---	---	...	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Hollanda	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Y.Zelanda	Spesifik	Evet	---	---	---	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır

Ülkeler	Vergi Yapısı	Tek Tip	Spesifik Ağırlıklı Karma	Min Tutarlı Ad V. veya Karma	Perakende Fiyatı, Ad V. veya Karma	Enflasyona Otomatik Uyarlı	Minimum Fiyat Politikası	Vergi Bandrolü	Gümrüksüz veya vergisiz sigara satış yasağı	Tahsisli Vergi
Nikaragua	Spesifik	Evet	---	---	---	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır
Nijer	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Nijerya	Karma	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Niue	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
K.Makedonya	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Hayırveç	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Umman	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Pakistan	Spesifik	Hayır	---	---	---	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
Palau	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet
Panama	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Evet	Hayır	Evet	Evet
Papau Yeni Gine	Spesifik	Hayır	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Paraguay	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Peru	Spesifik	Evet	---	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Filipinler	Spesifik	Evet	---	---	---	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet
Polonya	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Portekiz	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Katar	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Kore C.	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Moldova C.	Karma	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Romanya	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Rusya	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Ruanda	Karma	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Saint Kitts ve Nevis	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Saint Lucia	Spesifik	Evet	---	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Saint Vincent ve Grenadinler	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır

Ülkeler	Vergi Yapısı	Tek Tip	Spesifik Ağırlıklı Karma	Min Tutarlı Ad V. veya Karma	Perakende Fiyatı, Ad V. veya Karma	Enflasyona Otomatik Uyarlı	Minimum Fiyat Politikası	Vergi Bandrolü	Gümrüksüz veya vergisiz sigara satış yasağı	Tahsisli Vergi
Samoa	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
San Marino	...	...	...	...	...	...	...	...	...	---
Sao Tome ve Principe	Karma	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
Suudi Arabistan	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Senegal	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	...	Hayır
Sırbistan	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Seyşeller	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Sierra Leone	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Singapur	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Slovakya	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Slovenya	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Solomon Adaları	Spesifik	Hayır	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Somali	Vergi Yok	---	---	---	---	---	---	---	---	---
G. Afrika	Spesifik	Evet	---	---	---	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
G. Sudan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	---
İspanya	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Sri Lanka	Spesifik	Hayır	---	---	---	...	...	Hayır	Evet	Hayır
Sudan	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Surinam	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
İsveç	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
İsviçre	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Suriye A.C.	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Evet	---	...	Hayır	Hayır	Hayır
Tacikistan	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Tayland	Karma	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Doğu Timor	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır

Ülkeler	Vergi Yapısı	Tek Tip	Spesifik Ağırlıklı Karma	Min Tutarlı Ad V. veya Karma	Perakende Fiyatı, Ad V. veya Karma	Enflasyona Otomatik Uyarlı	Minimum Fiyat Politikası	Vergi Bandrolü	Gümrüksüz veya vergisiz sigara satış yasağı	Tahsisli Vergi
Togo	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Evet	Hayır
Tonga	Spesifik	Hayır	---	---	---	...	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Trinidad ve Tobago	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Tunus	Karma	Evet	Hayır	...	Hayır	...	...	Hayır	Evet	Hayır
Türkiye	Karma	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Türkmenistan	Ad Valorem	Evet	---	Evet	Hayır	---	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Tuvalu	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Hayır	Evet	Hayır
Uganda	Spesifik	Hayır	---	---	---	...	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Ukrayna	Karma	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
BAE	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Hayır	Evet	...	Hayır
B. Britanya ve K. İrlanda B.K.	Karma	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Tanzanya B.C.	Spesifik	Hayır	---	---	---	...	...	Evet	...	Hayır
ABD	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
Uruguay	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Özbekistan	Spesifik	Hayır	---	---	---	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Vanuatu	Spesifik	Evet	---	---	---	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Venezuela	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Evet	---	Hayır	Hayır	Evet	Hayır
Vietnam	Ad Valorem	Evet	---	Hayır	Hayır	---	Evet	Evet	Hayır	Evet
Batı Şeria Gazze Şeridi	Karma	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	...	----
Yemen	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Evet	...	Evet
Zambiya	Ad Valorem	Evet	---	Evet	Hayır	---	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Zimbabve	Spesifik	Evet	---	---	---	...	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır

Kaynak: URL 25: WHO, Tobacco Control, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-raise-taxes-tax-structure-and-administration>, Erişim Tarihi: 28.05.2021.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : POLAT, Arzu
Uyruğu : TC
Doğum tarihi ve yeri :
Medeni hali :
e-mail :

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi	2014
Lisans	Afyon Kocatepe Üniversitesi	2010
Lise	Ankara Gazi Lisesi	2003

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2018- Devam Ediyor	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi.	Araştırma Görevlisi
2010-2017	Gazi Üniversitesi.	Araştırma Görevlisi
2010	Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi	Araştırma Görevlisi

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

A. Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1. Polat Arzu (2020). Katma Değer Vergisinde Yeni Bir Vergilendirme Usulü Olarak Hasılat Esaslı Vergilendirme. Legal Mali Hukuk Dergisi, 16(184), 979-994. (Yayın No: 6335877)

B. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Ve Bildiri Kitaplarında (Proceedings) Basılan Bildiriler:

1. Kekeç Hacı Muhammet, Yıldırım Zehra, Polat Arzu (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamaları Ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi. Gazi Akademi Genç Sosyal Bilimciler Sempozyumu (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:6889741)

2. Akgüngör Zehra, Polat Arzu (2021). Türkiye’de Ar-Ge Faaliyetlerine Yönelik Sağlanan Vergisel Teşvik Ve Destek Unsurları İle “Covid-19” Salgını Sonrası Arge Teşvikleri. International Symposium On Business, Economics & Education (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:7112770)

3. Polat Arzu, Akgüngör Zehra (2021). Covid 19 Salgınının Kadınlar Üzerindeki Etkilerini Azaltmak İçin Ekonomik Teşvik Önerileri. International Symposium On Business, Economics & Education (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:7112764)

4. Polat Arzu (2018). Dış Ticarete Krizler Sonrası Değişen Korumacılık Önlemleri. Avrasya Zirvesi I. Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi, 210-228. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4660993)
5. Polat Arzu (2018). İşletmelerde Vergi Planlaması Açısından Türk Vergi Sisteminde Yer Alan Müesseselerin Analizi. Uluslararası Avrasya İşletme Bilimleri Ve Ekonomi Kongresi, 82-98. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4660832)
6. Polat Arzu (2018). Türkiye Ve Avrupa Birliği Kamu Alım Sistemlerinin Karşılaştırılması. Avrasya Zirvesi II.Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi, 229-242. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4661042)
7. Polat Arzu (2018). 5018 Sayılı Kanunda Öngörülen İdari Para Cezalarının Kabahatler Kanunu Açısından Değerlendirilmesi. Uluslararası Avrasya İşletme Bilimleri Ve Ekonomi Kongresi, 64-81. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4660883)
8. Polat Arzu (2018). Türkiye Ve Avustralya Bütçe Sistemlerinin Karşılaştırılması. Al Farabi 3. Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi, 427-445. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4660618)
9. Polat Arzu (2018). Avrupa Birliği'nde Para Basımında Görevli Kurumların Merkez Bankalarının Taşınması Gereken Özellikler Bakımından Değerlendirilmesi. Al Farabi 3.Uluslararası Sosyal Blimler Kongresi, 408-426. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4660548)
10. Ertürk Yasin, Polat Arzu (2018). Türkiye'de Vergi Af Süreci Ve Değerlendirmeler. Icssca (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4358757)
- 11.. Polat Arzu,Ertürk Yasin (2018). Türkiye Ve Avrupa Birliği Kamu Alım Sistemlerinin Değerlendirilmesi. Icssca (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4358760)
12. Polat Arzu, Kekeç Hacı Muhammet (2017). Türkiye De Vergi Entegrasyonu Olgusu. 4.Uluslararası Muhasebe Ve Finans Araştırmaları Kongresi, 135 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3640028)
13. Polat Arzu, Yıldırım Zehra (2017). Kalkınma Ve Büyümenin Finansmanında Alternatif Bir Yöntem: Türkiye Varlık Fonu. III.Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Sempozyumu, 22 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3640021)
14. Yıldırım Zehra, Polat Arzu (2017). Vergi Sistemimizde Yeni Bir Kavram: İzaha Davet. III.Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Sempozyumu, 224 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3640022)
15. Polat Arzu, Yıldırım Zehra (2017). Kriz Sonrası Dış Ticarete Korumacılık Önlemlerinin Değerlendirilmesi. 2.Uluslararası Ekonomi Yönetimi Ve Pazar Araştırmaları Kongresi, 44-45. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3530412)
16. Yıldırım Zehra, Polat Arzu (2017). Kamu Borç Politikası Yönünden İç Borçların Gelir Dağılımına Etkisi. 2.Uluslararası Ekonomi Yönetimi Ve Pazar Araştırmaları Kongresi, 108-109. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3530416)

C. Yazılan Ulusal/Uluslararası Kitaplar Veya Kitaplardaki Bölümler:

- 1.Muhasebe, Finans Ve İktisat Araştırma Örnekleri, Bölüm Adı:(İşletmelerde Teorik Açısından Vergi Planlamasının Değerlendirilmesi) (2018)., Polat Arzu, Nobel, Editör:Prof. Dr. Ali Acaravcı, Basım Sayısı:1, Sayfa Sayısı 988, Isbn:978-605-7928-26-9, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 1. 2 4660250)

2. Yrd. Doç. Dr. Nilgün Akça Ya Armağan, Bölüm Adı:(Türkiye De Vergi Ahlakı Ve Vergi Bilincinin Değerlendirilmesi) (2014). Polat Arzu, Gazi Kitabevi, Editör:Fatih Saraçoğlu, Basım Sayısı:1, Sayfa Sayısı 440, Isbn:978-605-344-142-7, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 2.)

D. Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

1. Polat Arzu, Kekeç Hacı Muhammet (2019). Türkiye’de Vergi Entegrasyonu Olgusu. Muhasebe Ve Vergi Uygulamaları Dergisi, 12(2), 427-438. (Kontrol No: 4349297)
2. Polat Arzu, Yusufoglu Arkan,Çakır Muharrem (2018). Bitcoin Özelinde Sanal Paraların Türk Vergi Sistemi Karşısındaki Durumunun İncelenmesi. Vergi Dünyası Dergisi(445), 43-56. (Kontrol No: 4341346)
3. Kekeç Hacı Muhammet, Yıldırım Zehra,Polat Arzu (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamaları Ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 5(14), 550-563. (Kontrol No: 4349269)
4. Polat Arzu, Kekeç Hacı Muhammet (2017). Bireysel Emeklilik Sisteminin Türk Vergi Sistemi Açısından Analizi. Gazi Üniversitesi İİB Dergisi, 175-191. (Kontrol No: 3619430)
5. Polat Arzu, Ertürk Yasin (2017). Krizlerle Mücadelede Mali Kuralların Uygulanabilirliğinin Anayasal İktisat Perspektifinden Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 370-394. (Kontrol No: 3640004)
6. Polat Arzu (2012). Bütçe Açıkları Bağlamında Kamu Finansman Stratejilerinin İncelenmesi Ve Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dünyası(78), 61-70. (Kontrol No: 723725)

E. Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan Ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler:

1. Polat Arzu, Ertürk Yasin (2017). Krizle Mücadelede Mali Kuralların Uygulanabilirliğininanayasal İktisat Perpektifinde Değerlendirilmesi. Gazi Akademi Genç Sosyal Bilimciler Sempozyumu, 83-83. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4159310)
2. Polat Arzu, Kekeç Hacı Muhammet (2017). Bireysel Emeklilik Sisteminin Türk Vergi Sistemi Açısından Analizi. Gazi Akademi Genç Sosyal Bilimciler Sempozyumu, 78-78. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4159259)

Editörlük

- 1.Akademik Sanat Dergisi (Alan Endeksleri), Dergi, Yrd. Editör, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
2. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (Alan Endeksleri), Dergi, Yrd. Editör, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 01.05.2018-01.08.2018
3. Uluslararası Genç Bilim Ve Sanat İnsanları Sempozyumu (Gebsis) (Alan Endeksleri), Diğer Yayınlar, Editör, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, 24.01.2019-17.11.2020
4. Akademi Sosyal Bilimler Dergisi (Asbider) (Alan Endeksleri), Dergi, Editör, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, 01.09.2019

