

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI**

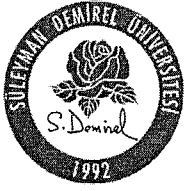
**1980 SONRASI SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ:
TÜRKİYE-OECD ÜLKELERİ ÜZERİNE
BİR KARŞILAŞTIRMA**

**Leyla GÜR
1330214078**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Dilek GÖZE KAYA**

ISPARTA, 2015



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Tez Savunma Sınav Tutanağı 2

Öğrencinin Adı Soyadı	Leyla GÖR
Anabilim Dalı	Maliye
Tez Başlığı	1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Gelişimi; Türkiye - OECD Ülkeleri Üzerine Bir Karşılaştırma
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 20.10.2015 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için;

☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU²

ile aşağıdaki kararı almıştır.

- ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez **KABUL** edilmiştir.
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin **REDDEDİLMESİ**³ kararlaştırılmıştır.

TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Yrd. Doç. Dr. Dilek GÖZE KALA	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Süleyman ALTINTIPE	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Ali YAVUZ	
Jüri Üyesi		
Jüri Üyesi		

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.
² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrenci, yeni tez konusu belirler.



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Gelişimi: Türkiye-Oecd Ülkeleri Üzerine Bir Karşılaştırma**” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Leyla GÜR
20.10.2015

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tez çalışmam süresince her türlü yardım ve fedakarlığı sağlayan, bilgi ve tecrübeleri ile her zaman destek olan tez danışmanım sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Dilek GÖZE KAYA'ya, tez çalışmam sırasında bana bilgi ve tecrübeleri ile yardımcı olan sayın hocalarım Doç. Dr. Ali YAVUZ ve Doç. Dr. Süleyman ULUTÜRK'e, 4320-YL1-15 nolu projeyi hazırlama aşamasında maddi olarak destek olan BAP birimine teşekkür ederim, maddi ve manevi olarak her zaman destek olan aileme teşekkürü borç bilirim.

Leyla GÜR

Isparta, 2015

ÖZET

1980 SONRASI SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ: TÜRKİYE-OECD ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR KARŞILAŞTIRMA

Leyla GÜR

Yüksek Lisans Tezi, Maliye Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Dilek GÖZE KAYA
111 sayfa, Temmuz, 2015

Sağlık, insanların hayatlarını devam ettirebilmeleri için en önemli yapı taşlarından biridir. Sosyal devletin gereği olarak sağlık hizmetlerini devletin bireylere sunmasına gerekmektedir. Bireylerin sağlıklı olması ülkelerin gelişmesini sağlamaktadır. Bundan dolayı ülkelerin ekonomik gelişmişlik göstergesi olarak sağlık harcamalarına bakılmaktadır.

Bu çalışmamda 1980 sonrası yıllarda kamu ve özel kesimin sağlık harcamalarına bakılarak OECD-Türkiye'nin sağlık harcamaları karşılaştırılmıştır. Sosyal devletin gereği olarak yarı kamusal bir mal olan sağlık hizmetlerini devletin bireylere sunması gerekmektedir. Ülkemizde de kamu kesiminin yaptığı sağlık harcamalarının daha fazla olması sağlığa verilen önemi göstermektedir. Ancak 1980 yıllardan sonra itibaren neo-liberal politikaların sonucu olarak özel kesiminde sağlık alanında etkisi artmıştır. 1990'lı yıllardan itibaren ise kamu-özel işbirliği sağlık alanında da uygulanmaya başlamıştır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda karma bir yapıya doğru gitmektedir. Türkiye'de 1980'den bu yana toplam sağlık harcaması ve kişi başına yapılan sağlık harcaması sürekli artış göstermektedir. Bu artışın önümüzdeki yıllarda da devam etmesi beklenmektedir.

OECD üyesi ülkelerle sağlık harcamalarımız kıyaslandığında; sağlık harcamalarında OECD üyesi ülkeler arasında son sıralarda yer almaktayız. Sağlık harcamalarımız sürekli artmasın rağmen OECD üyesi olan gelişmiş ve Batı Avrupa ülkeleri arasında yine de son sıralarda yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sektörü, Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları, Özel Kesim Sağlık Harcamaları.

ABSTRACT

1980 AFTER THE SECTOR DEVELOPMENT OF HEALTH EXPENDİTURE: OECD-TURKEY OF COMPARISON

Leyla GÜR

Master Thesis, Department of Finance
Supervisor, Yrd. Doç. Dr. Dilek GÖZE KAYA
111 pages, June/2015

Health is one of the most important building blocks for people to maintain their lives. The welfare state should be required to provide health services to the state of the individual. That promotes healthy individuals of the country. Therefore it is looking at countries' economic development indicators of the health expenditure.

This year my work in public health spending after 1980 and looking at the private sector OECD-Turkey's health spending are compared. The welfare state should be required to submit as part of the state to the individual's health care is a public good. In our country, his health is more than the public sector spending shows the importance given to health. However, as a result of neo-liberal policies since 1980, after the impact of the private sector in the health field artmıştır.1990 's of years since the public-private partnership has begun to be implemented in the field of health. Turkey is heading towards a mixed structure in the provision of health services. Total health expenditure per capita and health expenditure since 1980 is continuously increasing in Turkey. This trend is expected to continue in the coming years.

Our health spending compared with OECD member countries; We take place at the end of health spending among OECD member countries. We are continually increasing health spending despite the OECD developed and still are taking place in the last place in the Western European countries.

Keywords: Health Services, Health Sector, Public Sector Health Expenditure, Private Sector Health Expenditure.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	vii
GRAFİKLER DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR ve SİMGELER	xii
GİRİŞ	1
I. BÖLÜM.....	3
SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	3
1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK KAVRAMI.....	3
1.1.1. Sağlık Hakkı.....	3
1.1.2. Sağlık Hizmetleri	4
1.1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
1.1.2.1.1. Koruyucu(Önleyici) Sağlık Hizmetleri	6
1.1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	7
1.1.2.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
1.1.2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	8
1.1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	8
1.1.2.2.1. Tam Kamusal Bir Mal Olarak Sağlık.....	10
1.1.2.2.2. Yarı Kamusal Bir Mal Olarak Sağlık.....	10
1.2. BEŞERİ SERMAYE UNSURU OLARAK SAĞLIK	13
1.2.1. Beşeri Sermayenin Tanımı	14
1.2.2. Beşeri Sermayenin Kaynakları.....	14
1.2.3. Sağlık Kavramı ve Beşeri Sermaye	15
1.2.4. İktisadi Büyümede Beşeri Sermayenin Rolü (Sağlık Harcamalarının Rolü)	15
II. BÖLÜM	17
SAĞLIK EKONOMİSİ, SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI, SAĞLIK HARCAMALARI ve KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELİ.....	17
2.1. SAĞLIK EKONOMİSİ	17
2.1.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı.....	17

2.1.2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı	18
2.1.3. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi	19
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	20
2.2.1. Kamu Finansmanı	21
2.2.1.1. Vergilere Dayalı Finansman	21
2.2.1.2. Sosyal Sağlık Sigortası.....	21
2.2.2. Özel Finansman.....	22
2.2.2.1. Cepten Ödemeler.....	23
2.2.2.2. Özel Sağlık Sigortası.....	23
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Yöntemlerine Göre Ülke Örnekleri.....	24
2.2.3.1. İngiltere	25
2.2.3.2. Kanada	25
2.2.3.3. ABD	26
2.2.3.4. Almanya	27
2.3. SAĞLIK HARCAMALARI	28
2.3.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı	28
2.3.2. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri.....	28
2.3.2.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi	28
2.3.2.2. Sağlık Bilincinin Gelişmesi ve Sağlığa Verilen Önemin Artması	29
2.3.2.3. Sosyal Değerlerin Değişmesi	29
2.3.2.4. Teknolojik Gelişmeler.....	29
2.3.2.5. Şehirleşme.....	30
2.3.2.6. Yaşam Süresinin Uzaması	30
2.4. KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELİ	30
2.4.1. Tanımı ve Ortaya Çıkışı	31
2.4.2. Kamu-Özel İşbirliğinin Ekonomik Yönü.....	32
2.4.3. Kamu-Özel İşbirliği Uygulaması	32
III. BÖLÜM	35
TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ	35
3.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMLARI	35
3.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURUMLAR.....	37
3.2.1. Kamu Kurumları	37
3.2.1.1. Sağlık Bakanlığı.....	38
3.2.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumu.....	38

3.2.1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu	39
3.2.1.4. Bağ-Kur.....	39
3.2.1.5. Emekli Sandığı.....	39
3.2.1.6. Milli Savunma Bakanlığı	40
3.2.1.7. Üniversiteler.....	40
3.2.2. Özel Kurumlar	40
3.3. TÜRKİYE’DE SAğLIK HARCAMALARI	41
3.3.1. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları (\$).....	42
3.3.2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’deki Payı (%).....	44
3.3.3. Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%).....	45
3.3.4. Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları	46
3.3.4.1. Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları	48
3.3.4.2. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamaları.....	49
3.3.4.3. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları	49
3.3.4.4. Bağ-Kur Sağlık Harcamalar.....	50
3.3.4.5. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları	51
3.3.5. Özel Kesim Sağlık Harcamaları.....	53
IV. BÖLÜM.....	55
TÜRKİYE-OECD ÜLKELERİ KARşILAşTIRMASI	55
4.1. OECD ÜLKELERİNİN SAğLIK HARCAMALARI.....	55
4.1.1. Kişi Başı Sağlık Harcamaları (\$)	55
4.1.2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%)	57
4.1.3. Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (%) ..	60
4.1.3.Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı(%)	63
4.2. OECD-TÜRKİYE KARşILAşTIRILMASI	65
4.2.1. Kişi Başı Sağlık Harcamasına Göre Karşılaştırılması.....	66
4.2.2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ya Oranlarına Göre Karşılaştırılması.....	75
4.2.3. Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarına Göre Karşılaştırılması	84
4.2.4. Özel Kesim Sağlık Harcamalarına Göre Karşılaştırılması.....	93
SONUÇ	102
KAYNAKÇA.....	106
ÖZ GEÇMİş	112

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: 1980-2013 Yılları Arasındaki Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL) ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya (%) Oranı.....	41
Tablo 2: 1990- 2013 Yılları Arasından Sağlık Bakanlığının Yaptığı Sağlık Harcamaları (2006 Yılına Kadar Milyon TL- 2006 ve Sonrası Yıllarda Bin TL)	48
Tablo 3: 2007-2013 Yılları Arasında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Yaptığı Sağlık Harcamaları (Milyon TL).....	49
Tablo 4: 1990-2005 Yılları Arasında Sosyal Sigortalar Kurumunun Yaptığı Sağlık Harcaması (Milyon TL)	50
Tablo 5: 1990-2006 Yılları Arasında Bağ-Kur'un Yaptığı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	51
Tablo 6: 1990-2007 Yılları Arasında Emekli Sandığının Yaptığı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	52
Tablo 7: OECD Ülkelerinde 1980-2013 Yılları Arası Kişi Başına Yapılan Toplam Sağlık Harcaması (\$).....	56
Tablo 8: 1980-2013 Yılları Arasında OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%).....	58
Tablo 9: 1980-2013 Yılları Arasında Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Kesiminin Payı (%).....	61
Tablo 10: 1980-2013 Yılları Arasında Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Özel Kesimin Payı (%).....	64

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: 1980- 2013 Yılları Arasında Kişi Başına Düşen Özel ve Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları (\$)	43
Grafik 2: 1980- 2013 Yılları Arasında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%), Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%).....	44
Grafik 3: Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	46
Grafik 4: 1999-2013 Yılları Arasında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL)	47
Grafik 5: Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL).....	53
Grafik 6: OECD Üyesi Ülkelerin 1980 Yılında Kişi Başı Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$)	66
Grafik 7: OECD Üyesi Ülkelerin 1990 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları(\$).....	67
Grafik 8: OECD Üyesi Ülkelerin 1995 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$).....	68
Grafik 9: OECD Üyesi Ülkelerin 2000 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$).....	69
Grafik 10: OECD Üyesi Ülkelerin 2005 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$).....	70
Grafik 11: OECD Üyesi Ülkelerin 2010 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$).....	71
Grafik 12: OECD Üyesi Ülkelerin 2011 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$).....	72
Grafik 13: OECD Üyesi Ülkelerin 2012 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$).....	73
Grafik 14: OECD Üyesi Ülkelerin 2013 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$).....	74
Grafik 15: OECD Üyesi Ülkelerin 1980 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%).....	75
Grafik 16: OECD Üyesi Ülkelerin 1990 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%).....	76
Grafik 17: OECD Üyesi Ülkelerin 1995 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%).....	77
Grafik 18: OECD Üyesi Ülkelerin 2000 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%).....	78
Grafik 19: OECD Üyesi Ülkelerin 2005 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%).....	79

Grafik 20: OECD Üyesi Ülkelerin 2010 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%).....	80
Grafik 21: OECD Üyesi Ülkelerin 2011 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%).....	81
Grafik 22: OECD Üyesi Ülkelerin 2012 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%).....	82
Grafik 23: OECD Üyesi Ülkelerin 2013 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%).....	83
Grafik 24: OECD Üyesi Ülkelerin 1980 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	84
Grafik 25: OECD Üyesi Ülkelerin 1990 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	85
Grafik 26: OECD Üyesi Ülkelerin 1995 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	86
Grafik 27: OECD Üyesi Ülkelerin 2000 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	87
Grafik 28: OECD Üyesi Ülkelerin 2005 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	88
Grafik 29: OECD Üyesi Ülkelerin 2010 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	89
Grafik 30: OECD Üyesi Ülkelerin 2011 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	90
Grafik 31: OECD Üyesi Ülkelerin 2012 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	91
Grafik 32: OECD Üyesi Ülkelerin 2013 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	92
Grafik 33: OECD Üyesi Ülkelerin 1980 Yılında Özel Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	93
Grafik 34: OECD Üyesi Ülkelerin 1990 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	94
Grafik 35: OECD Üyesi Ülkelerin 1995 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	95

Grafik 36: OECD Üyesi Ülkelerin 2000 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	96
Grafik 37: OECD Üyesi Ülkelerin 2005 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	97
Grafik 38: OECD Üyesi Ülkelerin 2010 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	98
Grafik 39: OECD Üyesi Ülkelerin 2011 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	99
Grafik 40: OECD Üyesi Ülkelerin 2012 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	100
Grafik 41: OECD Üyesi Ülkelerin 2013 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%).....	101



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	6
Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	20



KISALTMALAR ve SİMGELER

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BÜMKO	: Bütçe ve Mali Kontrol Genel Kurumu
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
KAÖ	: Kamu-Özel İşbirliği
Mad.	: Madde
NHS	: National Health Service (Ulusal Sağlık Servisi)
OECD	: Organization Foreconomicco-Operation And Development (Ekonomik Kalkınma Ve İşbirliği Örgütü)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SH	: Sağlık Harcaması
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TSH	: Toplam Sağlık Harcaması
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü
YÖK	: Yüksek Öğrenim Kurumu
\$	: Amerikan Doları
%	: Yüzde

GİRİŞ

Bireylerin yaşamlarının devam ettirmesi için sağlıklı olmaları gerekmektedir. Bireyler sağlıklarının bozulması durumunda sağlık hizmetlerine başvurmaktadır. Bu sağlık hizmetlerini sosyal devletin gereği olarak bireylere devletin sağlık hizmeti sunması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri; bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, hastalık durumunda iyileştirmek ve hastalık sonucunda bireyde oluşan bir sorun durumunda bireye rehabilite edici sağlık hizmeti sunmak ve sağlığın geliştirilmesi yapılan hizmetlerin tümüdür.

Sağlık hizmetlerini devletin sunmasına rağmen tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kamu kesiminin yanında özel kesim tarafından da sunulmaktadır. Ülkemizde 1990 yılından sonra özel kesim tarafından sağlık hizmetlerinin sunulması yaygınlaşmıştır. Son zamanlarda tüm dünyada sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kamu sektörünün yanında özel kesiminin de yer aldığı görülmektedir.

Sağlık sektörü birey ve toplumun sağlığını geliştirecek şekilde gerekli kaynakların belirlenmesi, kaynakların adil bir şekilde dağıtılması ve kaynakların en verimli şekilde kullanılarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretilmesi ve bu sağlık hizmetinin bireyler arasında adil bir biçimde paylaştırılmasını sağlamalıdır.

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde önemli kriterlerinden biriside sağlık harcamalarına ayırdığı paydır. Genellikle gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelere göre daha fazla olmaktadır. Ülkelerin ekonomik kalkınmalarında sağlığın önemi büyüktür. Çünkü kalkınma için gerekli olan beşeri sermayenin en önemli kaynaklarından birisi sağlıktır. Bireylerin sağlıklı olması ülkelerin kalkınmasını ve gelişmesini sağlayan en önemli faktördür.

Bu tezin amacı 1980 sonrası sağlık harcamalarının gelişimine bakılarak Türkiye-OECD ülkeleri üzerine bir karşılaştırma yapılacaktır.

Bu tez çalışmasının birinci bölümünde; sağlık, sağlık hizmetleri kavramı, sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve özellikleri, sağlık hizmetlerinin tam kamusal ve yarı kamusal mal olma özelliği, beşeri sermaye unsuru olarak sağlık ele alınacaktır.

İkinci bölümde; sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık harcamaları ve kamu-özel işbirliği modeli ele alınacaktır.

Üçüncü bölümde; Türkiye’de sağlık harcamalarının gelişimine bakılacak; Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık hizmeti sunan kurumlar, toplam sağlık harcamaları, kişi başına sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı, kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı verileri verilecektir. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığının yaptığı harcamaları ele alınacaktır.

Çalışmamın son kısmı olan dördüncü bölümde ise; OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının gelişimine bakılacak; kişi başı sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı, kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık oranı verilecek ve Türkiye-OECD ülkeleri üzerine bir karşılaştırma yapılacaktır.

Bu tezin özgün değeri; 1980-2013 yılları arasında sağlık harcamalarının gelişimine bakılacak. Türkiye’de ve OECD ülkelerinde 1980-2013 yılları arasındaki kişi başına yapılan sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı, kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ve özel kesim sağlık harcamaları verilerek ve Türkiye-OECD ülkeleri üzerine bir karşılaştırma yapılmıştır.

I. BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK KAVRAMI

Toplumlar var olduklarından bu tarafa hayatta kalabilmek için çaba sarf etmekte ve yaptıkları tüm faaliyetleri bu ortak amaç için yapmaktadırlar. Hayatta kalabilmeyi başaran toplumların bir diğer amaçları da varlıklarını devam ettirebilmek için sağlıklı toplum yapısına sahip olabilmektir. Toplumların kalkınması ve ilerlemeleri içinde sağlıklı olmaları çok büyük önem arz etmektedir. Sağlık bir topluma güç, refah ve mutluluk verir. Sağlıklı olmak toplumu en birincil ihtiyacıdır. Bu nedenle sağlık çok önemli ve asla vazgeçilemez bir servettir.¹

Sağlık kavramı; geleneksel olarak hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanmaktadır.²WHO'ya göre ise sağlık; “sağlık sadece sakatlık ve hastalığın yokluğu değil, sosyal, zihinsel ve fiziksel yönden tam halde olmaktır”³ şeklinde tanımlanmaktadır.

1.1.1. Sağlık Hakkı

WHO'nun 1946 tarihli Anayasası'nın başlangıç kısmında sağlık hakkı ile ilgili olarak şu ifade yer almaktadır: ⁴

“Ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından yaralanma, ırk, din, siyasi görüş, ekonomik ya da sosyal durum farkı gözetilmeksizin her insanın temel haklarından biridir.”

Sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinde mevcudiyet, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve kalite olmak üzere dört temel faktörün yerine getirilmesini gerektirmektedir.

¹Hülya Özuysal, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları; Ekonometrik Bir Uygulama”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı, 2011, s.3.

²Recep Akdur, Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’de Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2003, s.11-12.

³The Hastings Center Studies, The Concepts of Health 1973, Vol.1, No. 3, pp.77-87 s.77.

⁴Basic Documents, World Health Organization, Forty-Seventh Edition 2009, s.1.

Mevcudiyet, sağlık kuruluşları ile sağlık mal ve hizmetlerinin yeterli miktarda olmasını ifade etmektedir. Erişilebilirlik, ayrımcılık yapmamayı, fiziksel ve ekonomik (karşılanabilirlik) ulaşılabilirliği ve bilgiye erişebilirliği gerektirmektedir. Kabul edilebilirlik, tüm sağlık mal ve hizmetlerinin toplumsal cinsiyete ve yaşam döngüsü ihtiyaçlarına bağlı olmasının yanı sıra tıbbi etiğe ve kültürel değerlere de uygun olması gerekmektedir. Kalite faktörü ise, sağlık mal ve hizmetleri tıbbi ve bilimsel olarak uygun olmalı ve kaliteli olmalıdır. Sağlık hakkı devlete; saygı duyma, koruma ve yerine getirme bakımından üç farklı yükümlülük getirmektedir.⁵

Türkiye’de sağlık hakkı ile ilgili düzenlemelere ilk olarak 1961 Anayasasında yer verilmiştir.⁶Anayasa’da sağlık bir hak olarak tanımlanmıştır. Anayasanın 49. Maddesine göre sağlık hakkı; *“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”*⁷

1982 Anayasa’nın 56. Maddesi de sağlıkla ilgilidir. Anayasanın 56. Maddesi *“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 arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”*⁸

1.1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri: insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, bedensel

⁵WHO, “The Right To Health”, Joing Fact Sheet WHO /OHCHR/323, 2007, s.2.

⁶Emre Kol, “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2015, s.140.

⁷1961 Anayasası 49 Maddesi Sağlık Hakkı.

⁸Anayasa 56. Madde.

ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir.⁹

İnsanların var olması için en önemli faktör sağlığın elde edilmesi, korunması ve sürekliliğin sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili olan mal ve hizmetler üreten bütün kurum ve kuruluşlara sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık hizmetleri ise; sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı yapılan tüm faaliyetler olarak adlandırılmaktadır.¹⁰ Sağlık hizmetleri bireylerin sağlıklı olması için çok büyük önem arz etmektedir. Bu sağlık hizmetlerini sunmakta devletin görevidir.

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 2. Maddesi sağlık hizmetlerini, *“insan 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 için yapılan tıbbi faaliyetler”* olarak tanımlamıştır.¹¹

Toplumların sağlıklı bir şekilde yaşamını devam ettirebilmesi için sağlığın korunması çok önemlidir. Kanunda da ifade edildiği gibi sağlık hizmetleri ilk olarak sağlığı bozabilecek etkenleri ortadan kaldırmalı daha sonrada bu etkenlerden korunmalı eğer bu etkenlerden sonucunda bir hastalık oluşmuşsa tedavi etmeli, sakatlık durumunda ise rehabilitasyon hizmetleri sunmalıdır.

1.1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

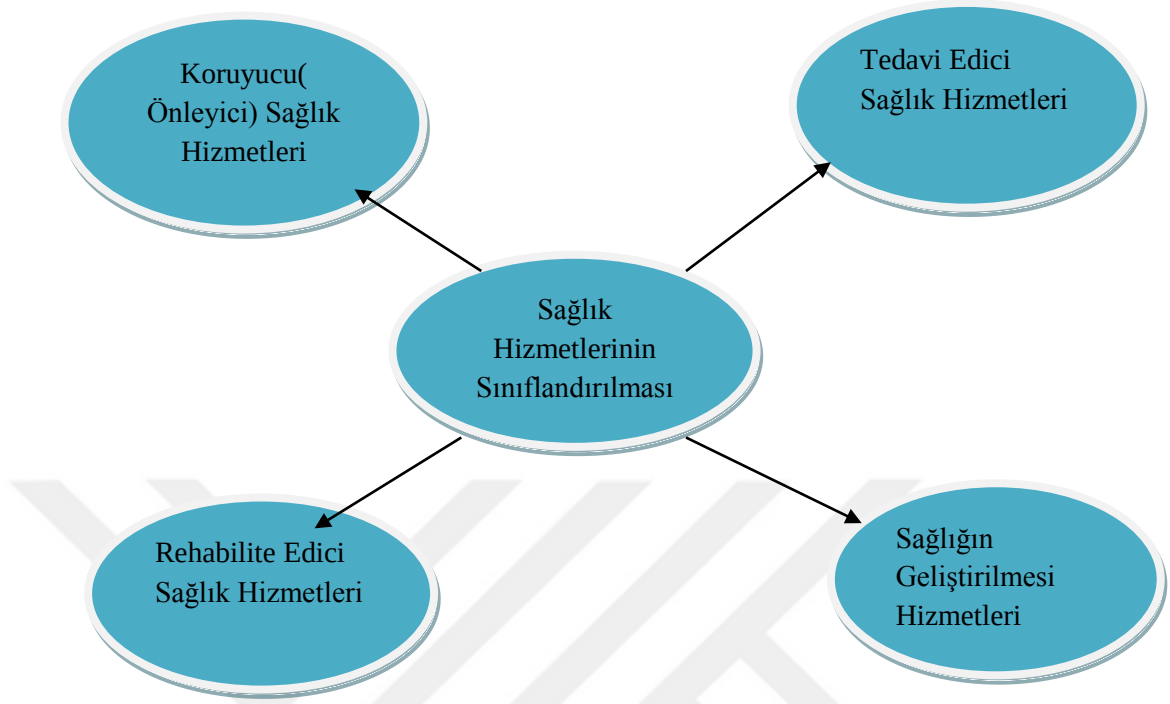
Sağlık hizmetleri genel olarak dört farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri koruyucu(önleyici), tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinden oluşmaktadır.

⁹Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, Madde: 4/b.

¹⁰Filiz Ersöz, Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi, İstatistikçiler Dergisi, 2008, Sayı: 2, s.95.

¹¹224 Sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun.

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu, Sağlık Yönetimi, Beşir Kitabevi, İstanbul, 2011, s. 92-97 kaynaktan yararlanılarak hazırlanmıştır.

1.1.2.1.1. Koruyucu(Önleyici) Sağlık Hizmetleri

Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Kişiye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi işler ile fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler koruyucu sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin ve toplumun kısa ve uzun dönemde karşılaşılabilecekleri çeşitli hastalık riskini azaltarak böylece sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak yaşam standardını yükseltmeyi hedef alan hizmetlerdir.¹²

¹²Recep Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumuna , (Güncellenmiş ve Geliştirilmiş İkinci Baskı), Ankara, 2006, s.13.

Çevrenin sağlıklı olması için ilk olarak çevreyi koruyarak; temiz su ihtiyacının sağlanması, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi birey ve toplumun bu konularda bilgilendirilmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin alanına girmektedir. Hastalıkların erken tanı yapılması ve iyileştirilmesi ve de bu hastalıkların tekrar meydana gelmemesi için önlemlerin alınması gerekmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında sağlık ocakları, aile hekimleri ve dispanserler gibi sağlık kurumlarının etkisi büyüktür. Sağlık hizmetlerden yararlanmanın karşılığı olarak bireyler vergi öderler. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tam kamusalılık özelliği vardır.¹³

1.1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, uygulanan tedavi yöntemine ve tedavinin uygulanma yöntemine göre üç basamak halinde uygulanmaktadır. Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastaya evinde ya da yataksız sağlık kurumlarında (sağlık ocakları, dispanserler gibi) ilk tedaviyi uygulayan sağlık personeli tarafından uygulanan tedavidir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, birinci basamakta uygulanan ayaktaki tedavinin yetersiz olduğu durumlarda hastane de yatarak uygulanan tedavidir. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise, ileri teknolojinin kullanıldığı tıp merkezlerinde uygulanan tedavidir.¹⁴

1.1.2.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu (önleyici) ve tedavi edici sağlık hizmetleri verilmesine rağmen, sakatlanan ve çalışma gücünü kaybeden bireylere verilen sağlık hizmetleri rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri olarak adlandırılır. Sağlık hizmetlerinin son basamağında yer alan rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri çalışma gücünü kaybetmiş insanların tüketici durumdan üretici duruma getirilmesini hedefler.¹⁵ Yani çalışma gücünü kaybetmiş insanları tedavi ederek tekrar eski hallerine getirmeyi hedeflemektedir.

¹³Ali Nihat Konuk, “1980’den Günümüze Değişen Sosyal Devlet Anlayışı İçerisinde Sağlık Harcamaları ve Politikaları”, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011, s.5.

¹⁴Seda Yılmaz, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, 2012, s.12.

¹⁵Nurcan Turan, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifiçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 1555, Eskişehir, 2004, s.14.

1.1.2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk defa tıp tarihçisi olan Henry E.Sigerist'in sağlığın dört görevi olduğunu tanımladığı sırada kullanılmıştır. Sağlığın dört temel görevi şunlardır;

1. Hastanın iyileştirilmesi,
2. Hastalıkların önlenmesi
3. Rehabilitasyon
4. Sağlığın geliştirilmesidir.

Sigerist; eğitim, dinlenme, iyi çalışma şartları gibi fiziksel kültürü oluşturduğu uygun yaşam standardı oluşturabilmek için sağlığın geliştirilmesinin gerekli olduğunu ifade etmektedir.¹⁶

Sağlık yönergesine göre sağlığın geliştirilmesi ise: toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesini hızlandırıcı hizmetlerdir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra, halkın sağlık eğitimi, toplumun kalkınması, sosyal, ekonomik ve çevre koşullarının iyileştirilmesi çalışmalarını da kapsar.¹⁷

1.1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri kendine özgü bir takım özelliklere sahiptir. Bu özellikler kısaca şu şekildedir.

Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirsizliği; Sağlık hizmetlerine olan talep devamlılık arz etmez. Sağlık hizmetlerinde talebin ne zaman ortaya çıkacağı belli değildir. Bundan dolayı sağlık piyasasında hem arz hem de talep edenler açısından sorun olabilmektedir. Ama bu sorun talep edenler açısından daha büyük önem arz etmektedir. Bu yüzden talep edenler ortaya çıkabilecek bir hastalık için önceden bir güvence sisteminin olması gerekmektedir. Bu yüzden sağlık piyasasındaki bu

¹⁶Dilaver Tengilimoğlu - Oğuz Işık - Mahmut Akbolat, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009, s.49.

¹⁷Saęlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, Madde4/1

belirsizliği çözmek için sağlık sigortası sistemi geliştirilmiştir.¹⁸Hastalıkların olağanüstü bir durum olmasından dolayı ne zaman ortaya çıkacağı belirsizdir.

Kamusal Mal Olma Özelliği; sağlık piyasasında özellikle de topluma yönelik sağlık hizmetleri tamamen kamusal bir mal olma özelliğine sahiptir. Salgın hastalıkların önlenmesi ya da bireylerin iyileştirilmesi toplumun yararına olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sunulurken dolaylı yönden maliyetlere katılan bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.¹⁹

Sağlık Hizmetlerinde İkame Edilemezlik Özelliği; sağlık alanında verilen bir hizmetin yerine başka bir hizmetin ikame edilememesidir. Örneğin beyin ameliyatı olacak birisinin bu ameliyatının daha pahalı olmasından dolayı yerine bademcik ameliyatı konamaz çünkü ikisi farklı hastalıklardır. Yani sağlık hizmetlerinde ikame olamaz.²⁰

Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Olması; bulaşıcı hastalıkların tedavi edilmesi tüm toplumun yararınadır. Koruyucu sağlık hizmetleri hasta olsun ya da olmasın toplumun yararı için herkesin bu hizmetten yararlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunulması sosyal devletin bir gereği olarak tamamıyla özel kesime bırakılmayıp devlet tarafından topluma sunulmasıdır.²¹Sağlık hizmetlerinin toplumsal önem arz etmesinden dolayı devlet tarafından sunulmasıdır.

Sağlık Hizmetlerinin Kapsam ve Boyutunun Belirleyicileri; Sağlık hizmetlerinin kapsam ve boyutunu hizmet alan birey değil de hekim belirlemektedir. Sağlık hizmetinden yararlanan bireyin bu hizmeti deneme şansı yoktur. Birey sağlık hizmeti alırken ekonomik ödeme gücünden dolayı hekimle pazarlık etme şansı yoktur ve çoğu zaman hekim hizmetle ilgili olarak tek taraflı karar vermektedir. Örneğin; hastana de yatma süresini, hangi ilacın ne dozda kullanacağına hekim karar vermektedir.²²

¹⁸Nurcan Turan, 2004, s.9-10.

¹⁹Yalçın Bayram, “1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Gelişimi ve Değerlendirilmesi”, Gai Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011,s.6.

²⁰Coşkun Can Aktan - A. Kadir Işık, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, T.C Sağlık Bakanlığı ve Avra Yayınları (Edt. Aktan ve Saran), Ankara, 2007, s.2.

²¹Nurcan Turan, 2004, s.8-9.

²²Coşkun Can Aktan - A. Kadir Işık, 2007,s.2.

Sağlık Hizmetleri Çıktısında Parasallaştırma; sağlık parayla ölçülemediğinden iktisadi ölçülerin dışında tutulması gerekmektedir. Sağlık hizmeti parayla ölçülemez bu yüzden sağlık hizmetinin pazarlığı da olmaz. Sağlık hizmetleri genel olarak sosyal amaç taşımaktadır. Kar amacı güdülmez.²³

1.1.2.2.1. Tam Kamusal Bir Mal Olarak Sağlık

Tam kamusal mallar; toplumdaki tüm bireyler tarafından birlikte ve eşit miktarda tüketilen, fiyatlandırılmayan mallardır. Sağlık hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetleri de tam kamusal mallardandır. Koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan sağlık hizmetleri piyasa ekonomisi tarafından sunulabilmektedir.²⁴

Sağlık hizmetleri içerisinde bölünemeyen ve çok geniş halk kitlesini ilgilendiren bazı ihtiyaçları karlı olmadıkları için piyasa ekonomisi tarafından üretilmezler. Bundan dolayı çevre kirliliği ve salgın hastalıklarla mücadele yöntemleri ve aşılama gibi sağlık hizmetlerini kamu tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda piyasa ekonomisi etkin olabilir. Ancak, sağlık sigortası olmayan sağlık harcamalarını ödeyemeyecek durumda olan yoksul kesimlere piyasa ekonomisinin bir sağlık hizmeti üretimi söz konusu olmamaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde genel olarak tüm halkın özellikle yoksul kesimin belli bir asgari oranda sağlık güvencesine sahip olması gerekmektedir. Salgın hastalıklar, çevre sağlığını tehdit eden, kirliliğe yol açan ve sağlığa zararlı olaylar gibi durumların dışsalılık özelliğinden dolayı sağlık hizmetlerini devletin sunması gerekmektedir. Zorunlu aşılama, haklın sağlığını koruyucu hizmetler, genel sağlık taraması gibi sağlık hizmetleri bu kapsamda sayılmaktadır.²⁵

1.1.2.2.2. Yarı Kamusal Bir Mal Olarak Sağlık

Yarı kamusal mallar; faydası bölünebilen, pazarlanabilen ve topluma önemli oranda dışsal fayda sağlayan mallardır. Yarı kamusal malların iki klasik örneği; eğitim ve sağlıktır. Bu malların üretiminin tamamıyla piyasaya bırakılması sakıncalar

²³Yalçın Bayram, 2011, s.6.

²⁴Burhan Şenatalar, “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, C.U. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), Özel Ek, 2003, s.25-30.

²⁵Asuman Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, 2007, Sayı: 64, s.35-39.

yaratabilmektedir. Bu mallardan yeteri kadar üretim yapılmaması, özel maliyet-özel fayda ilişkisi içerisinde olmasından dolayı bir kısım sağlık ve eğitim hizmetlerinde yapılacak yatırımların ve yatırım kararlarının verilebilmesi açısından gerçekçi bulunmaması gibi nedenlerle eğitim ve sağlık hizmetlerinde aksamaların ortaya çıkmasının önemli toplumsal maliyetleri vardır. Eğitim ve sağlık hizmetleri bireye değil aynı zamanda topluma da fayda sağlamaktadır.²⁶

Beşeri sermayenin niteliksel olarak gelişmesini sağlayan temel unsurlar yarı kamusal mal olan eğitim ve sağlıktır. Beşeri sermayeyi oluşturan temel unsur eğitim olmakla beraber sağlıklı toplumlar beşeri sermayenin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Sağlıklı toplumlar ekonomik yönden de gelişmektedir. Ekonomik yönden gelişmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklarda ekonomik gelişmeyle birlikte artış göstermiştir. Sağlık düzeyinin gelişmesi ile toplumunda gelişmesini hızlandırmaktadır. Sağlık ile ekonomik gelişmişlik arasında karşılıklı etkileşim vardır. Toplumların sağlık düzeylerinin gelişmesi ile iş gücünün verimli hale gelmesi ve üretimi arttırması sonucunda toplumlarda kalkınmayı da olumlu etkilemektedir. Sağlığın geliştiği toplumlarda iş gücünün verimli kullanılması, toplumdaki refah artışı, yatırımlar gibi birçok demografik faktör beşeri sermaye üzerinde olumlu etkilere yol açmaktadır.²⁷

Yarı kamusal bir olan sağlığın bazı genel özellikleri vardır: dışsallık açısından, üretici birimler açısından ve yaratılan fayda açısından gibi bazı özelliklere sahiptir.

Dışsallık Açısından: Dışsallık, bir bireyin tüketimi, davranışı ya da bir firmanın üretiminin diğer bireyleri ve/ veya çevreyi olumlu ya da olumsuz olarak etkilemesine denir. Dışsallıklar olumlu veya olumsuz dışsallıklar biçiminde ortaya çıkar.²⁸ Scitovsky göre; bir ekonomik birimin üretim veya tüketim faaliyetleri sonucunda, başka birimlerin fayda veya maliyetlerini olumlu veya olumsuz etkilenmesi olarak tanımlanmaktadır.²⁹

Sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden birisi dışsallıktır ama dışsallık sadece sağlık piyasalarına özgü değildir. Ancak olumlu dışsallıkların çoğu sağlık piyasalarıyla

²⁶Abdurrahman Akdoğan, Kamu Maliyesi, Gözden Geçirilmiş ve Geliştirilmiş 13. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 2009, s.48.

²⁷Cemil Serhat Akın, “Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Adana, 2007, s.15.

²⁸Mustafa Durmuş, Kamu Ekonomisi, Gazi Kitabevi, Ankara, 2008, s.195.

²⁹Tibor Scitovsky, “Two Concepts of External Economics”, Journal of Political Economy, April 1954, s.143.

ilgilidir. Bulaşıcı etkisi olan bir hastalığın önlenmesi diğer bireyleri olumlu yönde etkilemektedir. Devlet tarafından yapılan aşılama, bulaşıcı hastalıkları önleme çalışmaları yapılmaktadır. Dışsallığa neden başka bir durumda yapılan tıbbi çalışmalardır. Yapılan tıbbi çalışmalardan insanlar da olumlu olarak etkilenmektedir.³⁰

Sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından sunulmasının gerekçelerinden bir tanesi de sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliğinin olmasıdır. Salgın hastalıklardan dolayı, çevre sağlığını tehdit eden, kirliliğe sebep olan ve sağlığa zarar veren gelişmelerin sonucunda ortaya çıkan negatif dışsallıklardan dolayı sağlık hizmetlerinin sunumunu devlet üstlenebilir. Zorunlu aşılama yapılması, karantina oluşturulması, halkın sağlığını korumak amacıyla yapılan hizmetler ve genel sağlık taramaları gibi sağlık hizmetleri bu kapsamda sayılabilir.³¹

Yaratılan Fayda Açısından: Yaratılan fayda toplumsal ama faydası eşit değildir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin faydası hastalığın daha yaygın bir şekilde olduğu yerlerde yaşayan kişilere daha fazla fayda sunar. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin faydası hem toplumsal hem de bireysel fayda sağlar ancak hasta kişilere sağlayacağı bireysel fayda henüz hastalanmamış kişilere sağlayacağı faydadan daha fazladır. Tedavi olmanın sağladığı fayda salgın riskinin ortadan kalkması için sağladığı faydadan daha fazladır.³²

Üretici Birimler Açısından: İktisadi bir terim olarak arz: belirli bir piyasada ve dönemde diğer koşullar sabitken üreticilerin bir malın farklı fiyatlarından piyasaya sunmaya hazır oldukları mal ve hizmet miktarını ifade eder.³³

Sağlık hizmetleri arzı ise, sağlık kurum ve kuruluşlarının belli bir zamanda belli bir fiyattan sağlık hizmeti satmaya razı oldukları miktardır.³⁴

Sağlık hizmetleri arzının özellikleri;

³⁰Ayşegül Mutlu – A. Kadir Işık, Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basın Yayın Dağıtım, Bursa, 2012, s.51.

³¹Asuman Altay, 2007, s.39.

³²Yalçın Bayram, 2011, s.10.

³³Selim Adem Hatırlı, Mikroekonomi, Bil Ofset Matbaacılık, Ankara, 2013, s.59.

³⁴Emine Orhaner, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 2006, Sayı: 1,s.4.

- Sağlık hizmetleri arzı; sağlık piyasasının kendine has özellikleri nedeniyle diğer mal ve hizmetlerin arzından farklıdır. Sağlık hizmetini arz edenler kendi aralarında monopol oluşturabilirler.³⁵
- Sağlık piyasasında meydana gelen bir arz artışı talepte ve fiyatlarda artışa neden olmaz. Aksi bir durumda arzın artması talebin artmasına sebep olabilir. Ekonomik birimlerdeki “talep arzı doğurur” kuralının aksine sağlık piyasaların da yeni buluşların meydana gelmesi ve uygulanmasıyla arz artışı talebi arttırmaktadır.³⁶
- Diğer mal ve hizmetlerin arzını arttırmak genel olarak kısa sürede olduğu halde sağlık piyasasında arzı arttırmak uzun zaman almaktadır. Doktor ve hemşire gibi sağlık personellerinin yetiştirilmesi, yeni bir hastanenin kurulması uzun bir zaman da almaktadır. Ayrıca yeni bulunan ilaç ve tedavi yöntemleri uzun bir araştırma ve deneme safhalarından sonra uygulanmaktadır.³⁷

Sağlık hizmetini sunan üretici ve satıcıları için sağlık hizmeti arzını belirleyen en önemli faktör sağlık hizmetlerinin üretim maliyetleridir. Sağlık hizmetleri üretim girdilerini; hekim, hemşire, idari personel, hastane ve sağlık ocağı gibi binalar, tıbbi araç ve gereçler oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde fiyatlarda etkilidir. Ancak kamu sektörü için fiyatlar çok önemli değilken özel sektör için fiyatlar önemlidir. Özel kesim yatırım yaparken fiyatlara önem vermektedir. Sağlık hizmetleri arzını belirleyen bir diğer faktör ise sağlık hizmeti sunan personel sayısı, tıbbi araç-gereç, hastane gibi sağlık hizmeti girdilerinin orantılı olarak artmasıdır. Sağlık hizmetleri sunumunda kamu denetimi olduğu için özel sektörün piyasaya girmesi kolay olmamaktadır.³⁸

1.2. BEŞERİ SERMAYE UNSURU OLARAK SAĞLIK

Beşeri sermayeyi oluşturan iki temel unsur sağlık ve eğimdir. Beşeri sermayenin artması için sağlık önem arz etmektedir. İktisadi olarak büyüme ve kalkınma içinde sağlık önemlidir.

³⁵Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamik Yayınları, İstanbul, 1998, s.182.

³⁶Sevgi Kurtulmuş, 1998, s.183.

³⁷Sevgi Kurtulmuş, 1998, s.183.

³⁸Emine Orhaner, 2006, s.4.

1.2.1. Beşeri Sermayenin Tanımı

Beşeri sermaye, toplumdaki tüm bireylerin, üretim sürecinde, bir taraftan sahip oldukları bilgilerinin, becerilerinin, yeteneklerinin, tecrübelerinin, davranışlarının, tutum ve değerlerinin olduğu düzeyi; diğer taraftan ise bedensel ve zihinsel zindeliği ya da sağlamlığı ifade eden bir kavramdır.³⁹

Beşeri sermaye kavramını ilk tanımlayan iktisatçı Schultz'dur. Schultz beşeri sermayeyi bir toplumun üretim sürecinde kullandığı tüm faydalı yetenekleri olarak tanımlamıştır.⁴⁰

“Beşeri sermaye kavramının temelleri Adam Smith'in Ulusların Zenginliği adlı kitabını yazdığı 1776 yılına kadar uzamaktadır. Ancak beşeri sermaye kavramının bir teori halini alarak kurumsallaştırılması ve ölçüm tekniklerinin geliştirilmesi 1960'lı yılları bulmaktadır. Beşeri sermaye teorisinin kurucusu sayılan ve beşeri sermaye teorisini iktisat literatürüne kazandıran isim Theodore Schultz olmuştur.”⁴¹

1.2.2. Beşeri Sermayenin Kaynakları

Beşeri sermaye; eğitim düzeyi, sağlık koşulları ve yaşam standartlarını esas alan göstergelerle ölçülmektedir. Beşeri sermayenin verimliliğini iyi eğitim almış, becerikli, sağlıklı ve dengeli beslenen kültürlü insanlar sağlamaktadır.⁴²

Beşeri sermaye birikimini oluşturan en önemli faktör eğitim ve sağlık yatırımlarıdır. Beşeri sermaye birikimini oluşturan faktörlerden olan sağlık yatırımları beşeri sermayenin niteliğini geliştirdiğini ve iş gücü verimliliğini arttırarak ulusal geliri olumlu yönde etkilemektedir.⁴³

³⁹Abdullah Keskin, “Ekonomik Kalkınmada Beşeri Sermayenin Rolü ve Türkiye”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2011, Cilt: 25, Sayı: 3-4, s.128.

⁴⁰T.W Schultz, “Education And Economic Growth; Return To Education” Reading In The Economics Of Education, UNESCO, France, 1968, s.277.

⁴¹Hatice Şehime Özütlü, “Beşeri Sermaye ve Bilgi Ekonomisinin İktisadi Kalkınmadaki Önemi; Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, İktisat Politikası Bilim Dalı, İstanbul, 2009, s.5.

⁴²Muhteşem Kaynak, Kalkınma İktisadi, Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 3.Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 2009, s.318-319.

⁴³Selahattin Bekmez - Aylin Çiğdem Köne - Derya Günel, “Beşeri Sermayenin Türkiye’de Bölgeler Arası Ekonomik Gelişme Açısından Önemi”, Tisk Akademisi, 2009,Cilt: 4, Sayı: 7(2009/I), s.68.

1.2.3. Sağlık Kavramı ve Beşeri Sermaye

Beşeri sermaye; insanların bilgisini, becerisini, yeteneklerini ve kısmen de olsa eğitim yoluyla elde ettiği kazanımları içermektedir ama aynı zamanda sağlık ve beslenmelerine bağlı olan güçlerini ve canlılığı içermektedir. Beşeri sermaye üretim yapmak için sağlık ve eğitim üzerinde durmaktadır.⁴⁴

Beşeri sermaye birikime katkı sağlayan unsurlardan birisi sağlıktır. Bütçeden sağlık harcamalarına ayrılan pay, kişi başına düşen sağlık harcamaları, hastanelerdeki yatak başına düşen kişi sayısı, hekim başına düşen kişi sayısı v.b unsurlar sağlık göstergeleri içerisinde yer almaktadır. Ülkelerin beşeri sermaye birikimini etkileyen en önemli unsurların başında sağlık göstergeleri yer almaktadır. Çünkü bilgili, tecrübeli ve yetenekli bireylerin katkısı ancak onların sağlık oldukları sürece katkı sağlamaktadır.⁴⁵

Nüfusun sağlık seviyesi, diğer beşeri sermaye yatırımlarının da etkinliğini ve süresini uzatmaktadır. Sağlık sebepleriyle nitelikli iş gücü ekonomik aktivitelerden uzak kalırsa verimlilik düşer. Ekonomik aktivitelerdeki iş günü kaybı sağlık sebebiyle olmaktadır. Ortalama yaşam süresinin artması eğitim yatırımlarındaki etkinliği de arttıracaktır. Bundan beşeri sermaye içerisinde eğitim ve sağlık yatırımları birlikte ele alınmalıdır.⁴⁶

1.2.4. İktisadi Büyümede Beşeri Sermayenin Rolü (Sağlık Harcamalarının Rolü)

Ülkelerin kalkınması bireye yapılan yatırım ve yaşam standardının iyileşmesiyle ilgilidir. Ülkelerin kalkınması sadece ekonomisinin gelişimiyle değil, yapılan veya yapılacak eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve teknolojik yatırımlardan oluşmaktadır. Dengeli ve sürdürülebilir bir büyüme süreci için bunlar gerekli olan unsurlardır. Kalkınma sadece eğitimle olmamaktadır. Çünkü kalkınmada bireyin yeteneği önemli olduğu için eğitimin yanı sıra sağlık ve beyin göçü gibi diğer

⁴⁴Simon Appleton - Francis Teal, "Human Capital and Economic Development", A Background Paper Prepared For The African Development Report, 1998, s.9.

⁴⁵Muhammed KARATAŞ - Eda ÇANKAYA, "İktisadi Kalkınma Sürecinde Beşeri Sermayeye İlişkin Bir İnceleme", Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2010, Yıl: 2 Sayı: 3, (s.29-55), s.38.

⁴⁶İbrahim Gürkan Yumuşak, "Beşeri Sermayenin İktisadi Önemi ve Türkiye'nin Beşeri Sermaye Potansiyeli", Sosyal Siyaset konferansları, 2007, s. 24.

unsurlarında beşeri sermaye birikimini etkileyen unsurlar arasında değerlendirilmelidir.⁴⁷

İktisadi büyümenin en temel kaynağı olan beşeri sermaye, bireyin ya da toplumun sahip olduğu bilgi, beceri, yetenek, sağlık durumu ve eğitim düzeyi gibi kavramların tümünü ifade eder. Beşeri sermaye kavramından ilk defa bahseden iktisatçılar olarak Adam Smith, J.Stuart Mill, ve Alfred Marshall gibi klasik iktisatçılardan bahsedilirken bu iktisatçıların görüşleri modern beşeri sermaye kavramına fazla etki etmemiştir. Sonradan Denison, Schultz ve Becker gibi iktisatçılar Smith'in görüşlerinden etkilenecek beşeri sermaye kuramını geliştirmişlerdir.⁴⁸

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde çok yönlü ve uzun dönemli etkisi olmaktadır. Beşeri sermaye kapsamı içerisinde sağlık harcamaları beşeri sermaye yatırımı olarak ele alınmaktadır. T.W.Schultz başta olmak üzere birçok yazar; sağlık hizmetlerinin insanların çalışma yeteneklerini koruyup geliştirerek insanların çalışma yeteneklerini geliştirdiği için insanlara yapılan yatırım olarak değerlendirilmektedir.⁴⁹

⁴⁷Muhammed Karataş - Eda Çankaya, 2010, s.41.

⁴⁸Muhsin Kar - Hüseyin Ağır, "Türkiye'de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme; Nedensellik Testi (Neo- Klasik Büyüme Teorisi), Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, 2006, Yıl: 6 Sayı: 1,s.164.

⁴⁹Sami Taban, "Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi", Sosyo Ekonomi, 2006-2, s.35.

II. BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ, SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI, SAĞLIK HARCAMALARI ve KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELİ

2.1. SAĞLIK EKONOMİSİ

Sağlık ekonomisi; ekonomi birimin sağlık alanına uygulanmasıdır. Sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili her şey sağlık ekonomisinin alanına girmektedir.

2.1.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı

Sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne ayrılmış olan tüm kaynakların (sağlık işgücü, sermaye, bina, tıbbi ekipman v.b.) maksimum oranda sağlık hizmeti üretmek amacıyla, etkili ve verimli bir şekilde nasıl kullanılacağını ve üretilen bu hizmetlerin topluma en iyi şekilde nasıl paylaştırılacağını amaçlayan bir bilim dalıdır. Sağlık ekonomisinde de diğer ekonomi alanlarında olduğu gibi temel amaç, sağlık hizmetlerinin de kullanılan tüm kaynakların en verimli ve etkili bir şekilde kullanılmasıdır.⁵⁰

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin kurallarının, yöntemlerinin ve analiz tekniklerinin sağlık alanına uygulanması ile ilgilenir. Sağlık ekonomisi; sağlık için hangi ekonomik ve sosyal sistemin yararlı olduğunu ve toplumun sağlıklı olabilmesi amacıyla sağlığa ayrılan kaynakların nasıl kullanılacağını bulmayı amaçlar. Sağlık ekonomisi de ekonomi bilimi gibi karmaşıktır. Bundan dolayı sağlık ekonomisi; sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin özelliklerini, sağlık hizmetleri piyasasının nasıl işlediğini, devletin sağlık piyasasındaki rolünü, sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanını gibi birçok konuyla ilgilenmektedir. Sağlık ekonomisi; ekonomideki en temel sektörlerden biri haline gelen sağlık ekonomisi sağlık sektöründe etkinliği sağlamaya yönelik alternatif yöntemler bulmaya çalışarak bu yöntemlerin hangisinin sağlık sektörü için daha az maliyetli ve yüksek faydayı sunduğunu araştırmaktadır.⁵¹

⁵⁰Selen Yeğenoğlu - Hale Emre, "Farmako ekonomi Alanında Temel Kavramlar Main Concepts in Phemaco Economic", Ankara Ecz. Fak. Dergisi 33(1)41-61, 2004, s.44.

⁵¹Nesrin Çilingiroğlu, "Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi", Yeni Türkiye Dergisi, 2001, Sayı: 40, s.1954-1595-1596.

Sağlık ekonomisi ekonomi biliminin bir alt dalı olarak gelişmiştir. Sağlık ekonomisinin kendi özgü sınırları yoktur. Çünkü sağlık ekonomisi hem sağlık hizmetlerini hem de ekonomik faaliyetleri bir noktada birleştirmektedir. Sağlık hizmetleri, vücudun rahatsız olan yerlerini tedavi etmek, vücudu hastalıklardan korumak ve geliştirmek amacıyla çalışırken; bu faaliyetleri gerçekleştirmek için gerekli olan finansman kaynaklarını ise sağlık ekonomisi sağlamaktadır.⁵²

2.1.2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

Tüm toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar kısıtlı ve kıt olmaya da devam edecektir. Kıt olan sağlık kaynakları ile sağlık hizmetlerinin nasıl üretileceği ve alternatif sağlık hizmetlerinden hangisinin daha yararlı olacağına sağlık ekonomisi yoluyla karar verilmektedir.⁵³

Sağlık ekonomisi; sağlık hizmetleri organizasyonlarının etkinliğini değerlendirmek ve geliştirilmesi için öneriler sunmaktadır. Sağlık ekonomisi, geniş anlamda kamu yönetimini de içine alan sosyal bilimlere kapsayacak şekilde ele alınmış, dar anlamda ise sağlık hizmetlerinin organizasyon yapıları ve ödeme sistemlerindeki alternatif yöntemleri ele almıştır.⁵⁴

Sağlık ekonomisinin kapsamı; sağlık alanındaki yasal düzenlemeler, bireylerin ve toplumun sağlığı ile ilgili olan iktisadi düzenlemelerin iktisadi sonuçları, sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin kullanılması, sağlık hizmeti sunumunda sürekliliğin sağlanması, sağlık hizmetinden yararlananların elde ettiği faydanın artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmeti üretenler ve sağlık hizmetinden yararlananların yönetim, organizasyonlarının yeniden yapılandırılması ve geliştirilmesi hizmetlerinden oluşmaktadır.⁵⁵

⁵²Hacı Hayrettin Tıraş, “Sağlık Ekonomisi; Teorik Bir İnceleme”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2013, Cilt: 3, Sayı: 2, s.130-131.

⁵³Besim Şeref, “Sağlık Ekonomisi-Sağlık Hizmetleri Sunumunda Maliyet Kavramı-Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye”, Yeni Türkiye Dergisi Temmuz-Ağustos 2001, Sayı: 40, s.1626.

⁵⁴J.S. Mushkin, “Toward a Definition of Health Economics”, Public Health Report, 1958, 73(9): 785-794, s.786-790.

⁵⁵Zafer Çalışkan, “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2008, Cilt: 26, Sayı: 2, S.29-50, s.32.

2.1.3. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

Sağlık ekonomisinin gelişimi ilk olarak İkinci Dünya savaşından 1950'den sonra ABD'de tıp fakültelerinde bağımsız bir ders olarak okutulmaya başlanması olarak kabul edilmiştir. Sosyal refah devletinin gelişmesiyle sağlık ekonomisinde Avrupa kıtasında ele alınmaya başlamıştır. Özellikle son 15 yılda ilk olarak İngiltere'de olmak üzere tüm Avrupa ülkelerinde sağlık ekonomisi yaygın olarak ele alınmaya başlamıştır.⁵⁶

Arrow'un 1963 yılında yazdığı "Uncertainty and The Welfare Economic of Medical Care" adlı makalesinde sağlık sektöründe piyasa ekonomisi kurallarının neden işlemediğini incelemiştir.⁵⁷ Kenneth Arrow, sağlık ekonomisinin bilimsel bir disiplin olarak ortaya çıkmasına öncülük etmiştir. Arrow, sağlık hizmetlerinden insanların mahrum bırakılmayacağını ve sağlık piyasası mekanizmasının diğer ekonomik faaliyetlerde olduğu gibi sağlık faaliyetlerinde de etkin olduğunu fakat sağlık piyasasında meydana gelen aksaklıklarının piyasa dışı önlemlerle düzelebileceğini söylemiştir.⁵⁸

Bu günkü modern anlamda sağlık ekonomisi yaklaşımının temeli 1970'li yıllarda ortaya çıkmaya başlamıştır. Sağlık ekonomisi tüm ülkelerde gelişme göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde geniş bir sağlık ekonomisi literatürü gelişme göstermektedir. Sağlık ekonomisinin ekonomi bilinin bir alt dalı olarak ele alınmasında Culyer, Wiseman, Klarman Griffiths, Maynard, Williams, Prescott, Wagstaff, Fuchs, Lee, Mills, Fein, Cumber gibi bilim adamları öncülük etmişlerdir. Günümüzde de sağlık ekonomisi alanında çalışan bilim adamlarının sayısı hızlı bir şekilde artmaktadır. Günümüzde sağlık ekonomisi alanında önemli temsilcilere bakıldığında Gavin, Cohen, Folland, Goodman, Stano, Getzen, Cullis, West, Paul, Hendersaon ve Zweifel gibi araştırmacılar görülmektedir.⁵⁹

⁵⁶Ayşegül Mutlu - A. Kadir Işık, 2012, s.25.

⁵⁷Kenneth J. Arrow, "Uncertainty and The Welfare Economic of Medical Care", The American Reiew, 1963, Volume: 53, Number: 5, s.941-973.

⁵⁸William D. Savedoff, "Kenneth Arrow And The Birth of Health Economic", Bulletin of The World Health Organization, 82(2), 2004, s.140.

⁵⁹Ayşegül Mutlu - A. Kadir Işık, 2012, s.35-42.

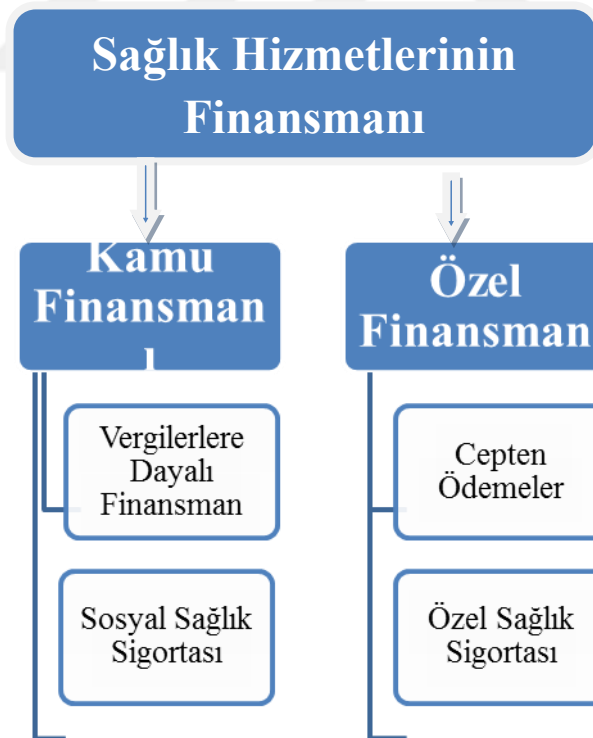
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, toplumda arzu edilen düzeyde sağlık hizmeti sağlamak için gerekli olan mali kaynakların kamu ya da özel kesim tarafından sağlanmasıdır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı üç temel kaynağa sahiptir: ⁶⁰

- Vergi gelirleri ile finanse edilen ve esas olarak Sağlık Bakanlığı (yeşil kart sahipleri de dâhil olmak üzere), Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için genel bütçe,
- SSK, Bağ-Kur, ve Emekli Sandığı üyelerinin sosyal güvenlik katkıları,
- Özel doktorlara ve sağlık kurumlarına doğrudan ödemeler, gönüllü sağlık sigortası için ödenen primler ve katkı primleri biçimindedir.

Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı



⁶⁰Yuanli Liu - Yusuf Çelik - Bayram Şahin, “Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları”, Sağlıkta Umut Vakfı, 2005, s.19.

2.2.1. Kamu Finansmanı

Kamu finansmanı vergilere dayalı finansman ve Sosyal Sağlık Sigortası sisteminden oluşur. Vergi yoluyla finansman vergi gelirlerinin sağlık hizmeti sunumunda kullanılmasıdır. Sosyal Sağlık Sisteminde ise işçi ve işverenler prim ödeyerek sigortalı olmakta bu toplanan primler ise hastalık halinde kendilerine sağlık hizmeti sunumunda kullanılmaktadır.

Devlet bütçesine gelen vergi gelirleri temel olarak Sağlık Bakanlığına, Üniversitesi Hastanelerine, Milli Savunma Bakanlığına ve diğer kamu kurumlarına memurların sağlık harcamaları için aktarılır. Sosyal güvenlik kurumundan gelen kaynaklar ise SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur üyelerinin katkılarını içerir.⁶¹

2.2.1.1. Vergilere Dayalı Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanında yaygın olarak kullanılan vergilere dayalı finansman yönteminde vatandaşlardan çeşitli yollarla alınan vergilerin bir havuzda toplanması ve daha sonra devletin karar alma mekanizmaları yoluyla çeşitli sektörlerle dağıtılan kaynakların kullanımı söz konusudur. Bu finansman yönteminde, vatandaşlar sağlık hizmetleriyle ilgili bireysel katkılarını ödedikleri vergiler yoluyla yaparlar. Vatandaşlar sağlık hizmeti kullanma aşamasında sadece sistem tarafından belirlenen katkı payları dışında herhangi bir ödeme yapmazlar.⁶²

Vergilere dayalı finansman Beveridge modeli olarak ta bilinmektedir. Bu model de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı devlet tarafından yapılmaktadır. En önemli finansman kaynağı vergilerdir. İngiltere, İtalya, İspanya, İsveç, Danimarka Norveç, Finlandiya ve Kanada’da bu model kullanılmaktadır.⁶³

2.2.1.2. Sosyal Sağlık Sigortası

Bismarck sistemi olarakta bilinen bu yöntem; çalışanlar ile işverenlerin kamu sigorta kurumuna prim ödemesi esasına dayanan bir sistemdir. Bu sistemde bireylerin hastalanma riskleri göz önüne alınarak havuzda primler toplanmakta ve bu primler

⁶¹B. Serdar Savaş, “Türkiye’de Sağlık Sistemine ‘Kısa Bir Genel Bakış’, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık-I, Mayıs-Haziran 2001, Sayı: 39, s.107.

⁶² Mektap Tatar, 2011, s.112.

⁶³N.Lameire, - P.Joffeand - M.Wiedemann, “ Healthcare Systems-An International Review: An Overview”, Nephrol Dial Transplant, 1999, 14(suppl 6): 3-9, s.3.

sigortalı kişinin hastalanması durumunda sigortalıya sunulan sağlık hizmetlerini finanse etmek için kullanılmaktadır.⁶⁴

Bismarch Modeli; 1800’li yılların sonlarına kadar uzanan bir sosyal refah devleti yapısında Prusya Başbakanı olan Otto Von Bismarch tarafından tasarlanmıştır. Bu sistemde bir sigorta sistemi bulunur ve bu sigorta türünde finansman işveren ve işçilerden yapılan kesintilerle sağlanmaktadır. Bu modeli uygulayan ülkelerin başında Almanya, Avusturya, Belçika, Fransa, Lüksemburg ve Hollanda gibi ülkeler sayılabilir.⁶⁵ Özellikle 1990 sonrasında sağlık politikalarında Dünya Bankasının sağlık reformları nedeniyle en fazla tercih edilen sağlık istemi modelidir.⁶⁶

Sosyal sağlık sigortası, nüfusun sadece çalışan kesimi veya yasa koyucunun belirlediği kişilere yönelik olabildiği gibi tüm toplumu kapsayacak genel sağlık sigortası biçiminde de olabilir. Bu sistemde önemli olan kamunun sağlık hizmetini üretip sunumunun da aktif olarak yapabilmesidir.⁶⁷

2.2.2. Özel Finansman

Sağlık hizmetleri tüketiminin giderek artması, bu hizmetleri kaliteli ve yeterli düzeyde satın almak isteyen kesimlerin, finansmanının tamamına veya bir kısmına katlanarak donanımlı ve iyi yetişmiş personel ve teknoloji destekli sağlık hizmeti talebini artırmıştır. Bu da özel kesim finansman modellerinin gündeme gelmesine yol açmıştır.⁶⁸ Özel finansman yöntemleri; cepten ödemeler ve özel sağlık sigortasıdır. Cepten ödemeler; kişilerin aldıkları sağlık hizmeti karşılığında cepten yaptıkları ödemelerdir. Özel sağlık sigortası ise; kişilerin özel sağlık sigortası için ödedikleri prim ve katkı paylarıdır.

⁶⁴D. Tiryaki - Mektap Tatar, “Sağlık Sigortası Teorisi ve Uygulama”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2002, Sayı: 5, 123-139, s.125-126.

⁶⁵Robert Kulesherand Elizabeth Forrestal, “İnternational Models Of Health Systems Financing” Journal Of Hospital Administration, 2014, Vol: 3, No: 4, s.128.

⁶⁶Mektap Tatar, 2011, s.111.

⁶⁷A. Erdal Sargutan, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3),400-428 ,2005, s.413.

⁶⁸Asuman Altay, 2007, s.52.

2.2.2.1. Cepten Ödemeler

Cepten yapılan ödemeler; hane halklarının sağlıkla ilgili aldıkları mal ya da hizmetler için hizmeti sunanlara doğrudan yaptıkları ve herhangi bir kurum ya da kişiler tarafından bir kısmı ya da tamamı kendilerine geri ödenmeyen harcamalardır.⁶⁹Bu harcamalar; özel sağlık hizmeti sunan kurumlara ya da doktorlara doğrudan yapılan ödemeler, özel sağlık sigortası için ödenen primler ve ilaç için ödenen katkı payları şeklinde yapılan harcamalardır.⁷⁰

Cepten ödeme modeli dünyanın birçok ülkesinde kullanılan bir modeldir. Sağlık hizmeti verecek kadar gelir seviyesi olmayan ve sağlık sistemi organizasyonu bozuk olan ülkelerde daha fazla tercih edilen bir sistemdir. Bu gibi ülkelerde sağlık hizmeti alacak parası olan insanlar sağlık hizmeti almakta ama parası olmayan insanlar ya hasta kalmakta ya da hastalıktan ölmektedir.⁷¹

Cepten Ödeme modelinin sağlık hizmetlerinin finansmanında etkin bir şekilde uygulanabilmesi için toplumu oluşturan bireylerin adil bir gelir dağılımına sahip olması ve sağlık hizmetlerinde asgari bir bilgi birikimine sahip olması gerekir. Ancak piyasa başarısızlığından dolayı bu mümkün olmamakta ve kamu sektörünün sisteme müdahale etmesini gerekli kılmaktadır.⁷²

2.2.2.2. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası uygulaması Türkiye’de 1990’lı yıllardan sonra yaygın hale gelmiştir.⁷³Günümüzde sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sağlık sigortası gittikçe yoğunlaşmaktadır. Bu uygulama bazı ülkelerde isteğe bağlı olarak uygulanırken bazı ülkelerde ise ABD ve İsviçre’de gibi ülkelerde zorunlu olarak uygulanmakta, bazılarında ise Almanya, Belçika, Hollanda gibi ülkelerde ise kamu sağlık sigortaları

⁶⁹Hacer Özgen, “ Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2007, Cilt: 10, Sayı: 2, s.5.

⁷⁰B. Serdar Savaş - Ömer Karahan - R. Ömer Saka, “Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci”, Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi, 2002,Cilt: 4, No: 4, s.44.

⁷¹Nober Lamerie - P.Joffe - M. Wiedmann, “Healthcare Systems An İnternational Revie: An Overview”, Nephrol Dial Transplant, 1999, 14 (Suppl 6), 3-9, s.3-6.

⁷²Ferdi Çelikay - Erdal Gümüş, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2010, Sayı: 11(1), s.189.

⁷³Yuanli Lui - Yusuf Çelik – Bayram Şahin, 2005, s.23.

tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden kısmen veya tamamen kapsam dışında kalan kişiler için ikame olarak kullanılmaktadır.⁷⁴

Özel sağlık sigortası geri ödeme kurumu olarak bireyleri ya da kurumları sağlık risklerine karşı sigortalamaktadır. Özel sağlık sigortası da cepten ödemelerde de olduğu gibi birçok açıdan sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak başvurulmaması gereken bir finansman kaynağıdır. Bu finansman yöntemi farklı yöntem ve amaçlarla kullanılabilir. Örneğin ABD’de nüfusun önemli bir kısmı için temel sağlık finansmanı kurumundayken, bazı ölkelerde ise (Fransa) kamu sistemiyle tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır. Bu finansman yöntemi kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği alanları finanse etmek için kullanılmaktadır. Sosyal sigortada bireylerin ödeyeceği prim doğrudan bireyin geliriyle alakalıdır ama özel sağlık sigortasın da bireylerin sağlık statüsü ya da sağlık riskleriyle alakalıdır. Bir başka ifadeyle özel sağlık sigortasında herhangi bir hastalığı olan (diyabet, hipertansiyon gibi) ya da hastalanma riski yüksek olan (sigara ve alkol kullananlar gibi) kişiler diğer kişilere göre daha fazla prim ödeyebilirler. Özel sağlık sigortasının bir diğer özelliği de ters seçim özelliğidir. Bu özelliğe göre; yüksek riskli hastalardan daha fazla prim alması gerekmektedir. Sağlık statüsü iyi olan ve az riskli hasta olan bireyler daha yüksek prim ödememek için bu sağlık sigortasından yararlanmak istemeyecektir. Böylece özel sağlık sigortasında genellikle yüksek riskli hastalar yararlanmaktadır. Bu durum sigorta kurumu açısından gelir-gider dengesizliğine yol açacak ve bu kurumun sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyecektir. Bu özelliklerinden dolayı özel sağlık sigortası yoğun olarak tercih edilen bir yöntem olmayıp vergilere ya da sosyal sigortalara dayalı finansman yöntemlerini tamamlar ya da destekler nitelikte olmalıdır.⁷⁵

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Yöntemlerine Göre Ülke Örnekleri

Tüm ölkelerde aynı sağlık sistemi kullanılmamaktadır. Ölkeler farklı sağlık sistemi kullanmaktadır. İngiltere’de Beveridge Modeli uygulanmakta, Kanada’da ulusal sağlık sistemi modeli, ABD sağlık sigortası ağırlıklı bir sistem ve Almaya’da Bismarch Modeli kullanılmaktadır.

⁷⁴Ece Uğurluoğlu ve Hacer Özgen, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakaniyet Kavramı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2008, Cilt: 11, Sayı: 2, s.142-143.

⁷⁵Mektap Tatar, 2011, s.114-115.

2.2.3.1. İngiltere

İngiltere’de sosyal politika ve sosyal güvenlik konusunda 1943 yılında William Henry Beveridge tarafından verilen bir raporda yer alan devlet tarafından finansmanı sağlanan sosyal güvenlik modellerinin temelini oluşturan Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) adlı sağlık sistemi modeli oluşturulmuştur. Bu sağlık sistemi dünyada Beveridge Modeli olarak uygulanmaya başlamıştır.⁷⁶

İngiltere’de sağlık hizmetleri büyük ölçüde ücretsiz olarak sunulmaktadır. 1948 yılında kurulan NHS, koruyucu, birincil bakım ve hastane hizmetleri vermektedir. Nüfusun % 12 kısmı ise özel sağlık hizmetleri almaktadır. Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin sorumluluğu sağlık bakanlığı sekreterindedir ve sekreter görevinden dolayı parlamentoya karşı sorumludur. Sağlık politikalarını merkezi hükümet belirlemektedir. NHS, halk sağlığı, yetişkinler ve diğer sağlık hizmetlerinden de sorumludur. İngiltere’de Sağlık Bakanlığı, sağlık politikası ve sağlık stratejilerinin yanı sıra sağlıkla ilgili mevzuat ve yönetmeliklerden de sorumludur.⁷⁷

Sağlık harcamalarını genel vergi ve genel bütçeden finanse etmektedir. Son zamanlarda sağlık harcamalarının finansmanında özel sigorta ve cepten ödemelerin payı arttırılmaya çalışılmaktadır. İngiltere’deki hastanelerin çoğu kamuya aittir. Sağlık hizmetlerinde hem özel hem de kamu istihdamı bulunmaktadır.⁷⁸

İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) olan Beveridge Modeli tüm nüfusu kapsamasına rağmen sağlık hizmetlerinin tamamını sunmak için özel sağlık sigorta sistemi de gelişme göstermiştir. Bu özel sağlık sigortası; konut ve bakımevi giderleri, ilaç alımları, bazı akut ve uzmanlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Özel sağlık sigortasına üye olan kişiler NHS’den dışlanmamaktadır. Kişiler isterse prim ödedikleri özel sağlık sigortasının sunduğu hizmetlerden, isterseler de devletin sunduğu Ulusal Sağlık Sisteminden yararlanabilmektedir.

2.2.3.2. Kanada

Kanada’da Ulusal Sağlık Sistemi Modeli uygulanmaktadır. Bu modelde özel sağlık hizmeti sunucuları bulunmaktadır. Devlet vatandaşlardan aldığı vergi ve prim ödemeleri yoluyla sağlık hizmetlerini finanse etmektedir. Bu sistemde kar amacı

⁷⁶A. Erdal Sargutan, 2005, s.422.

⁷⁷Sean Boyle, “United Kingdom (Enland): Health System Review”, Health Systems in Transition, 2011, Vol: 13, No: 1 s.17-18.

⁷⁸Recep Akdur, 2006, s.48-49.

olmadığı için ve sadece devlet tarafından finanse edildiği için kolay işleyen bir sistem uygulanmaktadır. Bu sistemde maliyetler daha kolay bir şekilde kontrol edilmektedir.⁷⁹

Kanada’da 1947 yılında Saskatchewan eyaletinde ilk olarak evrensel hastane hizmeti gerçekleştirilmiştir. 1956 yılında federal hükümet tarafından hastane sigortası ve teşhis hizmetleri yasası çıkarılmıştır. 1966 yılında Saskatchewan hastane sigortacılığı sisteminin kapsamı genişletilmiştir. 1971 yılında ise federal hükümet tüm eyaletleri doktor ve sağlık hizmetlerine kapsamına aldı. 1984 yılında Kanada’da sağlık yasası kabul edilmiş ve bu yasa ile tüm eyaletler ve illerde yaşayan herkese tıbbi açıdan gerekli olan tüm hastane ve doktor hizmetlerini karşılamaktadır.⁸⁰

2.2.3.3. ABD

ABD’de 1965 yılına kadar kamu sağlık sigortası yoktu. Ama özel sağlık sigortaları bu dönemden öncede vardı. İlk modern sağlık sigortası 1929 yılında Dallas’ta uygulanmaya başlanmıştır.⁸¹

ABD sağlık sisteminde özel sağlık sigortaları % 70’lik bölümünü kapsamaktadır ve tüm dünyada sağlık sektörü içerisinde özel sağlık sigortasının yer bulduğu tek ülkedir. Ülke nüfusunun % 16’lık kısmı hiçbir sigorta sistemine dahil değildir. ABD’de kamuya bağlı sağlık sigortasının oranı % 24 tür. ABD’de sağlık sistemi genel olarak özel sağlık sigortaları ağırlıklı olarak işlemesi sağlık hizmetlerinin genel olarak parası olan kişilere yönelik olduğunu göstermektedir. 1931 ve 1939 yılında Mavi Haç (Blue Cross) ve Mavi Kalkan (Blue Shield) isimli sigorta şirketleri halen ABD’nin en yaygın sigorta şirketleridir.⁸²

ABD’de sağlık hizmetleri sistemi bağımsız olarak ve birbirleriyle işbirliği halinde işleyen çok bir yapıya sahiptir. Sağlık sektöründe yetkiler federal hükümet ve merkezi hükümet arasında paylaştırılmıştır. Örneğin, hükümet birçok sağlık fonksiyonlarına yatırım yaparlar ve yönetirler. Devlet ve tüm federal hükümetler de

⁷⁹Steffie Woolhandler - Terry Campbell - Himmelstein David. U., “ Costs of Health Care Administration in the United States and Canada “, s.773.

⁸⁰Gregory P. Marchildon, “Canada: Health System Review”, Health Systems in Transition, 2013, Vol: 15, No: 1, s.16.

⁸¹A. İbrahim Oral, “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları üzerine Karşılaştırılmalı Bir Değerlendirme”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2002-2003, s.62.

⁸²Bülent Kılıç, “Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri)”, V. Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa, 2007.

sağlık hizmetlerinde kalite, erişim ve maliyetleri kamu ve özel kuruluşlar tarafından düzenlenmektedir. ABD diğer yüksek gelirli ülkelere göre özel sektör sağlık hizmetlerinde daha fazla rol oynamaktadır. Özel sektör 1930'lı yılların başlarında sağlık sigortası sisteminin gelişmesine neden olmuştur. Kamu sağlık sigortaları ise 1960'lı yılların ortasında Medicare ve Medicaid adlı iki sigorta devreye girmiştir. Medicare; engelli ve emeklileri kapsamaktadır. Medicaid ise; ülkedeki yoksullara ve yoksulluk sınırında olan insanlara hizmet vermektedir. İnsanlar kamu ya da özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden istediklerini tercih edebilmektedir.⁸³

2.2.3.4. Almanya

Almanya'da sosyal sağlık sistemi modeli ulusal olarak 1883 yılında Otto Von Bismarch tarafından kurulmuştur. Almanya'da kullanılan bu sağlık sigortası sistemi işveren ve bireylerden alınan katkı payları ile finanse edilmektedir.⁸⁴ Bireyler ödedikleri katkı paylarının karşılığında sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini fiyatlarını katkı payı ödeyenler ve sağlık hizmetleri sunanlar belirlenmektedir. Ücret belirleme görüşmeleri hastalık fonları tarafından yapılarak sigorta hizmetlerinin genel çerçevesini ise hükümet tarafından belirlemektedir. Bu sistemde hastalık sigorta fonları tamamen hükümetin denetimi dışında bağımsız olarak kendi denetimlerini sağlamaktadır. Almanya'da birçok sigorta fonu bulunmaktadır.⁸⁵

Almanya'da sağlık sistemi dışında küçük çapta sağlık hizmetlerini finanse eden organizasyonlar vardır. Bunlar yerel düzeyde sunulan sağlık hizmetleri ve finansmanının da yerel yönetimler tarafından sunulduğu organizasyon ve büyük işletme sahiplerinin finanse ettiği tıbbi bakım hizmetleridir.⁸⁶

⁸³Thomas Rice v.d. ,” United States of America: Health System Review”, Health Systems in Transition, 2013, Vol: 15, No: 3, s.22.

⁸⁴David G. Green - Benedict Irvine, “Health Care in France and Germany Lessonsforthe UK”, Institute Fort He Study Of Çivil Society, 2001, ISBN 1-903 386-17-9, s.52.

⁸⁵Richard Busse - Miriam Blümel, “Germany: Health System Review”, Health Systems in Tranition, 2014, Vol: 16, No: 2, s.18-19.

⁸⁶Ayşegül Mutlu - A. Kadir Işık, 2012, s.327-328.

2.3. SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık mal ve hizmetleri için yapılan harcamalar sağlık harcaması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık harcamaları hem kamu kesimi hem de özel kesim tarafından yapılmaktadır.

2.3.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı

Bir ülkenin sağlık bir toplum yapısına sahip olması için; ekonomisinin güçlü olması, ekonomik büyümesini sağlayıp bunun devamlılık arz ettirmesi ve toplumun sağlıklı olması için sağlık harcamalarına yeterli finansmanın sağlanması ile olur. Ülkelerin topluma sunduğu sağlık hizmetleri için yaptıkları tüm harcamalara sağlık harcaması denilmektedir. Sadece hastalık durumunda değil aşılama, beslenme gibi sağlığı korumak amacıyla yapılan harcamalarda sağlık harcaması sayılmaktadır.⁸⁷

Sağlık harcamaları; sağlık mal ve hizmetlerine ile sağlık altyapı sermaye yatırımlarının nihai tüketimi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı hem kamu kesim hem de özel kesim tarafından finanse edilmektedir.⁸⁸

2.3.2. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri

Hemen hemen bütün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektöründe sürekli olarak maliyetler artmaktadır.⁸⁹ Özellikle gelişmiş ülkelerde bu artış daha hızlıdır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının artış nedenleri hemen hemen aynı nedenlerden dolayı artmaktadır. Sağlık hizmetleri kullanımının artması, sosyal güvenlik kurumlarının yaygınlaşması, halkın beklentilerinin artması ve teknolojik gelişmeler v.b. nedenlerden kaynaklanabilir.⁹⁰

2.3.2.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Ülkelerin üretimlerinin artmasıyla birlikte gelirleri de artmaktadır. Bununla beraber bireylerin daha rahat yaşam sürmelerini sağlayacak sağlık hizmetlerine olan talepleri artacaktır. Milli gelirin artmasıyla birlikte artan kişisel gelirle bireyler gerek

⁸⁷Yasemin Filiz, “Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi”, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman Anabilim Dalı, Ankara, 2010, s.24.

⁸⁸<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>. (Erişim Tarihi: 23.06.2015)

⁸⁹Yusuf Çelik, Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2011, s.53.

⁹⁰Ayşegül Mutlu - A. Kadir Işık, 2012, s.216.

kamu sektörü gerekse de özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmak isteyecek ve böylece sağlık harcamaları da artacaktır. Hükümetler artan milli gelirden dolayı sağlık harcamalarına daha fazla kaynak aktarması kolaylaşacaktır.⁹¹

2.3.2.2. Sağlık Bilincinin Gelişmesi ve Sağlığa Verilen Önemin Artması

Son yıllarda sağlık bilincinin yükselmesi ve sağlığa verilen önemin artmasıyla birlikte sağlık harcamaları da artmaktadır. Ülkelerin gelişmeleriyle doğru orantılı olarak sağlık konusunda da daha bilinçli hale gelmekte ve daha kaliteli sağlık hizmetleri sunulması beklenmektedir. Sağlık hizmetlerinin tüketiminde eğitim ve gelirin önemli etkileri olmaktadır. Çünkü eğitim seviyesi gelişmiş olan ve geliri yüksek kişiler sağlıklı bir yaşamın önemi daha iyi anlamaktadır. Toplumlar da oluşan bu duyarlılık sonucu sağlık sigortasının kapsadığı kişi sayısı, sunduğu hizmetlerden dolayı sağlık harcamaları da artmaktadır.⁹²

2.3.2.3. Sosyal Değerlerin Değişmesi

Çağın gereği olarak var olan her şey çok kısa sürede tükenmekte ve yerini yeni şeylere bırakmaktadır. Geçmişte doğru olarak kabul edilen değer yargıları yerini yeni oluşan değer ve yargılara bırakmaktadır. Sağlık harcamaları alanında da yeni düşünceler ortaya çıkmaktadır. İnsan sağlığının önemli olmasından dolayı basit sağlık problemleri dahi en pahalı yöntemlerle teşhis edilmektedir. Bu harcamanın yapılmasının nedenlerinden biride sağlık konusunda insanların yaşadığı kaygılardır. Eğitim seviyesinin yükselmesi ile birlikte insanların çoğu konuda bilgisinin artması ile bildiklerinden dolayı hayat kaygıları da giderek artmıştır.⁹³

2.3.2.4. Teknolojik Gelişmeler

Sağlık hizmetleri yerine getirilirken kullanılan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanın elde edilmesi yüksek maliyetlere yol açmaktadır. Ayrıca sağlık sorunlarının çözümü için gerekli olan teknolojik gelişmelerin uzun süren çalışma ve araştırmalara dayanması maliyetleri arttırmaktadır. Her iki nedenden dolayı teknolojik gelişmenin sağlık harcamalarını arttırdığı görülmektedir. Teknolojik gelişme sonucunda elde edilen

⁹¹Ayşegül Mutlu - A. Kadir Işık, 2012, s.217-218.

⁹²Sevgi Kurtulmuş, 1998, s.61.

⁹³Yemliha YANAR, "Gaziantep İlinde Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamaları", Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Gaziantep, 2001, s.22.

ürün ve makinaların kullanılması gerekli olan uzman personelin yetiştirilmesi de sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.⁹⁴

2.3.2.5. Şehirleşme

Ekonomik gelişmeyle birlikte artan sanayi sonucunda şehirleşme de artmaktadır. Ekonomik gelişmenin gereği olarak insanların üretimde daha etkin olmasından dolayı zamanla toplu yaşama zorunluluğu da getirmiştir. İnsan toplu halde yaşam sürmesinin artması ile sağlık harcamaları da artmıştır. Şehirleşmenin olduğu bölgelerde sağlık kurumlarının yeterli düzeyde olması, uzman personelin, ilaç ve teknolojinin bulunması ve alt yapı hizmetlerinin bulunması zorunludur. Aksi takdirde meydana gelebilecek salgın bir hastalık çok büyük kayıplara yol açabilir. Bu durum özellikle sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır.⁹⁵

2.3.2.6. Yaşam Süresinin Uzaması

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla özellikle de gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artmasının sonucu olarak sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç ta artmaktadır. Yapılan tüm istatistiklere göre gelişmiş ülkelerin genel olarak nüfuslarının giderek yaşlandığını ve yapılan çalışmalar bunun devam edeceğini göstermektedir. “Dünyanın gelişmiş bölgelerinde 1950 yılında % 11,4, 1970 yılında % 14,2, 1985 yılında % 16,1, 1990 yılında ise % 17,1 olarak belirlenmiş olan 60 yaş ve üstündeki insanların oranı 2000 yılında % 18,7, 2025 yılında ise % 25,3’e yükseleceği hesap edilmektedir. Böyle bir gelişmenin sonucu olarak ulusal sağlık harcamaları ve emeklilere yönelik yapılan harcamalar sağlık harcamalarını arttıracaktır.”⁹⁶

2.4. KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELİ

1980’li yıllardan sonra gelişen neo-liberal politikalar sonucunda gelişen özelleştirme politikaları sonucunda kamu-özel işbirliği modeli ortaya çıkmıştır.

⁹⁴Ayşegül Mutlu - A. Kadir Işık, 2012, s.222.

⁹⁵Ayşegül Mutlu - A. Kadir Işık, 2012, s.220.

⁹⁶Sevgi Kurtulmuş, 1998, s.61-62.

2.4.1. Tanımı ve Ortaya Çıkışı

Kamu-Özel işbirliği modeli; bir sözleşmeye dayalı olarak hizmet ve yatırımlara yönelik olarak maliyet, risk ve getirilerinin kamu ve özel sektör arasında paylaştırılarak projenin gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de uygulanan yap-işlet-devret, yap-işlet, işletme hakkı devri gibi modeller kamu-özel işbirliğinin örneğidir.⁹⁷

Kamu-Özel İşbirliği en kapsamlı şekilde bir mal ya da hizmetin topluma sunulması için kurumsal ve sözleşmeye bağlı olarak kamu ve özel sektör arasında yapılan işbirliği olarak tanımlanabilir. Bu modelde gerçek bir ortaklık ve risk paylaşımının olması gerekir.⁹⁸

Türkiye’de sağlık altyapı yatırımlarında bir finansman kaynağı olan Kamu-Özel ortaklığı mevzuatı 3359 sayılı kanunun ek 7’inci maddesi uyarınca; *“Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçememek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasına, bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırk dokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine, sağlık tesislerindeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine, ihale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamı ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemektir”*⁹⁹ tanımlanmaktadır.

Kamu-Özel işbirliği; kamu ve özel sektör arasında bir mal ya da hizmetin topluma sunulması için yapılan kurumsal ve sözleşmeye dayalı olarak yapılan bir işbirliğidir. Bu işbirliğinin ortaklık ilişkisi ve özel sektöre yeterli miktarda riskin yüklenmesi gibi iki özelliğe sahiptir.¹⁰⁰

⁹⁷“Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Düzenlemeler”, T.C. Kalkınma Bakanlığı Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Kasım 2012,s.6-7.

⁹⁸Kate Joyner , “Dynamic Evolution in Public-Private Partnerships”, Managerial Law, 2007,Vol: 49, No: 5/6, pp.2006-217, s.6-7.

⁹⁹Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, 26236, 22. Temmuz 2006.

¹⁰⁰Kate Joyner, 2007, s. 207.

2.4.2. Kamu-Özel İşbirliğinin Ekonomik Yönü

Kamu-Özel işbirliği devletin hizmet sunarken geleneksel kamu alımına göre harcama getirisini arttırmayı amaçlayan bir hizmet sunma yöntemidir. Sadece özel sektörle hizmet sunumu için bir sözleşme yapılması harcama getirisini arttırmak için yeterli değildir.¹⁰¹

Kamu-Özel işbirliğinin olumlu ve olumsuz finansal etkileri vardır;¹⁰²

Finansmana olumlu etkileri;

- Sağlık tesislerinin yenilenmesi ve yenilerinin yapımında ortaya çıkan finansman sorunun çözülebilmesi,
- Uzun vadeye yayılmış olan borçlanma ile yatırım yapma esnekliği kazanabilme ve aynı zamanda çok sayıda projeyi hayata geçirebilme,
- Projelerin kendi finansmanını sağlayabilme olasılığı,
- Kamu kaynaklarının daha verimli ve öncelikli alanlara kaydırılabilmesine olanak sağlamaktadır.

Finansmana olumsuz etkileri;

- Döner sermaye üzerinde geri ödeme yükünü artırma olasılığı,
- Genel bütçeye yük oluşturabilmesi,
- Yüksek maliyetli projelerin finansmanında uluslararası yatırımlara yer verilmesi,
- Kamu sağlık sektörüne özel sektörün hakim olması durumunda; piyasayı kontrol edebilme gücü, sağlık hizmetinden yararlanmada adaletsizlikler ve kontrolsüz sağlık harcaması gibi bazı sorunların ortaya çıkabilmesi olasılığı,
- Yüksek sağlık hizmeti maliyetlerine yol açabilir.

2.4.3.Kamu-Özel İşbirliği Uygulaması

Kamu-Özel işbirliği 1980’den sonra neo-liberalizm devlet anlayışıyla birlikte, kamu hizmetlerinin sunumu ve finansmanında etkili olmuştur. Bu anlayışla birlikte

¹⁰¹Harun Güngör, “Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme”, Uzmanlık Tezi, Sosyal Sektörler Koordinasyon Genel Müdürlüğü, T.C Kalkınma Bakanlığı, Yayın No: 2831, Ekim 2012, s.13.

¹⁰²P. Şenel Tekin ve Yusuf Çelik, “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi” Ankara Sağlık Birimleri Dergisi, 2012(3), 81-98, s 7-8.

kamu hizmetlerinin sunumunda alternatif yöntemler bulma arayışına gidilmiştir. Kamu-Özel işbirliği başlığı altında yer alan alternatif finansman ve hizmet sunma yöntemleri neo- liberal politikaların sonucunda meydana gelen bir değişimin göstergesidir.¹⁰³

Kamu-Özel ortaklığı uygulamasıyla kamuya ait bir hastanenin özel bir işletme aracılığıyla yönetilmesi ya da özel bir işletme tarafından kurulan bir hastanenin kamuya kiralanması veya da özel bir işletme tarafından bir kamu hastanesinin kurulması gibi uygulamalardan oluşmaktadır.¹⁰⁴

Kamu-Özel İşbirliği Modeli, kamu hizmeti olarak bilinen, devletin tamamen çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmak istemediği hizmetlere özel sektörün kalıtımını sağlamak ve böylece devlet için temel sorunu haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiş bir modeldir. Bu modelde özel sektör projeyi kurar, sözleşmelerde belirlenen süre için projenin sahibi kendisidir. Ama projeyi kendisi işletmeyip belli süre için kamuya kiraya verir. Sözleşmede belirlenen süre sonunda ise kamuya devreder. Böylece özel sektör sadece kira geliri elde eder.¹⁰⁵

Kamu-Özel işbirliği modeli İngiltere, Hollanda, Avusturalya ve Amerika gibi birçok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır.¹⁰⁶

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasını özendirmek amacıyla 2007 yılında Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. Kamu-Özel Ortaklığı genellikle kamu hizmetlerin de ve kamu imtiyazı teşkil eden büyük alt yapı projelerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Küçük ölçekli projelerde de kullanıldığı görülmektedir. Kamu-Özel Ortaklığı modelinin en belirgin özelliği finansmanının özel sektör tarafından belirlenmesidir. Bu modelde modelinde risk özel sektör ve devlet tarafından paylaşılmakta, hizmet sunumu ise devlet tarafından sağlanabilmektedir. Kamu-Özel Ortaklığı gelecekte yapılması planlanan kamu yatırımlarının bugünden özelleştirilmesidir. Bu modelde doğrudan hastalara yönelik sağlık hizmetlerine ek olarak malzeme, cihaz gibi hizmetler özel firmalar tarafından

¹⁰³F. Eda Çelik, "Hizmet Sunumunda Katılım ve Kamu-Özel Ortaklıkları", Dosya 08: Yerel Yönetimlere Katılım, Bülten 64(Aralık 2008), Mimarlar Odası Ankara Şubesi Yayını, (s.28-38),s.28.

¹⁰⁴Yusuf Çelik, 2011, s.205.

¹⁰⁵Ertuğrul Acartürk - Sabiha Keskin,"Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı Modeli", Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2012, C.17,S.3, (S.25-51), s.33.

¹⁰⁶Dilek Leblebici Teker,"Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi", Okan Üniversitesi, 2008, s.6.

sunulacaktır. Böylece sağlık personeli ve idarecilerin doğrudan sağlık hizmeti sunması amaçlanmaktadır.¹⁰⁷

Kamu-Özel İşbirliği uygulamasına ilişkin yapılması beklenen işler;¹⁰⁸

1. Kira bedelinin karşılığı olarak sağlık tesisi yapımına başlanması,
2. Sağlık tesislerinin bakım, onarım ve restorasyon işlerinin yapılması,
3. Tıbbi destek veren hizmetlerinin sunulması,
4. Tıbbi destek hizmeti dışında temizlik, güvenlik ve yemekhane gibi hizmetlerinde sunulması,
5. Sağlık tesislerinde tüm tıbbi ekipmanların hazır bulundurulması.

Özetle sağlık sektöründe kamu-özel işbirliğinin pek çok fayda sağlamaktadır. Bu faydalar; kamu sektörü sağlık harcamalarının azalması, sağlık hizmetlerinde verimlilik artışı ve teknoloji transferiyle birlikte sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gibi birçok faydası vardır. Böylece sağlık hizmetlerinin kalitesi artmaktadır. KÖİ ile riskler en aza indirilmekte, kaynaklar daha etkin kullanılmakta ve maliyet ve zamanlama yönetiminde daha başarılı olunmaktadır.¹⁰⁹

¹⁰⁷Deloitte, “Türkiye’de Sağlık Sektörü Raporu”, Uluslararası Yatırımcılar Derneği (yased), 2012, s.43-44.

¹⁰⁸Koray Karasu, “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı”, Sağlık Alanında Kamu - Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011, s.185.

¹⁰⁹Irina A. Nikolic - Harld Maikisch, “Public-Private Partnerships and Collaboration in The Health Sector; An Overview With Case Studies From Recent European Experince”, Health Nutrition and Population Discussion Paper, The Word Bank 1818 H Street, NW Washington, 2006, DC 20433, s.5.

III. BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ

3.1.TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMLARI

Türkiye’de sağlık hizmetleri yasalarla devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul etmiş ve ilk defa 1961 tarihli ve 224 sayılı “ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin devletin bir görevi olduğunu belirtmiş, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kırsal kesim dahil herkesin sağlık hizmetlerinden faydalanması sağlanarak, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin entegre olarak bir arada verilmesi hedeflenmiştir. Ancak 1982 Anayasa’sında yapılan değişiklik ile sağlık hizmetlerinin sunumunu devletin sunmakla yükümlü olduğu hizmetler arasından çıkarılmış, devletin “sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesinin düzenlemesini” öngörmüştür.¹¹⁰

Türkiye’de 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yasası ile sağlık reformları alanında somut olarak ilk adım atılmış, 90’lı yılların sonuna kadar maliyet kısıtlayıcı politikalar gündeme gelmiştir. 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı ile; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçilmiş, tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olarak istihdam edilmesi öngörülmüş, sağlık hizmetleri alanında kamunun payı azalmış, özel sektöre önem verilmiş ve sağlık hizmetlerinde piyasa koşulları etkin hale gelmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanı tek elde toplamış, özel sektör dahil tüm kurumların Sosyal Güvenlik Kurumundan hizmet alma modeli oluşturulmuştur.¹¹¹

16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunların başlıcaları şunlardır:

- 1- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel yönden yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması,

¹¹⁰Hatice Erol - Erol Özdemir, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1, 2014, s.11.

¹¹¹Meltem Çiçeklioğlu, “Türkiye’de Sağlık Reformları”, Kapitalizm Krizi ve Sağlık Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI Konferansı 29 Eylül- 2 Ekim 2011, Ankara, s.67-68.

- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilmesi,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörü sağlık alanına yatırım yapması için özendirmek,
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10- Kalkınmada öncelikli bölgelerdeki sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- 11- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Bu hedeflerin hemen arkasından, 2003 yılı başında sağlıkta dönüşüm programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyuruldu. Sağlıkta Dönüşüm Programını 8 tema etrafında dönüştürmeyi hedeflemektedir. Bu temalar;

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği sistemi,
 - b) Etkili ve kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip olan sağlık işletmeleri.
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişimi sağlamak için: Sağlık bilgi sistemi.

2003-2008 yılları sağlık alanında birçok taşın yerinden oynadığı önemli bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, geçmiş yıllardaki birikimlerimiz ve tecrübelerimizden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alınarak hazırlanmıştır.¹¹²

¹¹²Recep Akdağ, “İlerleme Raporu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, 2008, s.20.

2003 yılında yapılan reformlar sonucunda 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sosyal sigorta yardımları ile sağlık hizmetleri sunumu birbirinden ayrılmıştır. Sosyal Sigortalar bölümünde sigortalıya yapılacak parasal yardımlar, Genel Sağlık Sigortası kısmında ise sağlık hizmeti sunumu, kapsamı ve yararlanma şartları düzenlenmiştir. Genel Sağlık Sigortasının amacı; tüm vatandaşların eşit kapsam ve kalitede sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık hizmetlerinde hakkaniyete önem vermek ve ülkenin kaynaklarının kötüye kullanılmasını engelleyen etkin bir yapı oluşturularak sağlıkla ilgili finansal koruma sistemi oluşturmaktır.¹¹³ 2012 yılı itibariyle tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası kapsamı sistemine dahil olma zorunluluğu getirilmiştir.¹¹⁴

Türkiye’de sağlık reformları sonucunda, sağlık hizmetleri bütünlükçü özelliğini kaybetmiş, devletin korumasından çıkararak piyasa koşullarına bırakmış, kamusal bir hizmet olmaktan çıkarmış ve kar elde edilen bir alan haline getirmiştir.¹¹⁵

3.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURUMLAR

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Bu karma yapı içerisinde sağlık hizmetleri kamu sektörü ve özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Kamu kesimi harcamaları içerisinde merkezi devlet ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaktadır. Özel sektörde ise özel sigorta ve sağlık hizmeti karşılığında kişilerin direkt olarak yaptığı cepten ödemeler şeklindedir.¹¹⁶

3.2.1. Kamu Kurumları

Kamu sektörü sağlık harcamalarını Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı gibi kamu kuruluşları tarafından finanse edilmektedir. 2006 yılından önce Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK’da sağlık hizmeti sunmaktaydı 2006 yılında bu üç kurum SGK çatısı altında birleştirildi.

¹¹³Recep Akdağ, 2008, s.37-38.

¹¹⁴İlker Daştan - Volkan Çetinkaya, “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2005, Cilt: 5, Sayı: 1, s.109.

¹¹⁵Meltem Çiçeklioğlu, 2011, s.67-68.

¹¹⁶Recep Akdur, “Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi”, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, 2001, Cilt: 2, Sayı: 40, s.40.

3.2.1.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı 1920 yılında kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı Türkiye'nin en büyük sağlık hizmeti sunan ve önleyici sağlık hizmetlerini veren tek kurumdur. Sağlık Bakanlığı koruyucu (önleyici) ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan ana kurumdur. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ulusal düzeyde sağlık hizmetleri ve sağlık politikalarından sorumlu olan kurumdur.¹¹⁷

Sağlık Bakanlığı yaptığı harcamalarını genel bütçe ödemelerinden, döner sermayeden elde ettiği gelirlerden ve fon gelirlerinden karşılamaktadır. Sağlık Bakanlığı devlet memurlarına, emeklilere ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişilere hizmet vermektedir.¹¹⁸

3.2.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumu

Sosyal Güvenlik Kurumu; Sosyal Güvenlik fonlarının uygulamalarında ve hesaplarında, norm ve hesap birliğini sağlamak için 2006 yılında 5502 sayılı sayılı Sosyal Güvenlik Kanunuyla kurulmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında birleştirilmiştir.¹¹⁹

SGK özel sektörde çalışanlar, kamu sektöründe çalışan işçilere ve tarım sektöründeki çalışanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere emeklilik ve sağlık hizmeti sağlamaktadır.¹²⁰

Türkiye sağlık hizmetleri finansmanında sosyal sigortaya dayalı bir finansman yöntemini tercih edilmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal güvenlik sistemi kademeli olarak gelişmiştir. İlk dönemlerde nüfusun bir kısmı sosyal güvenlik kapsamına alınmış ve daha sonra da sağlık hizmetleri verilmeye başlamıştır. Bugün Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık hizmetlerinin finansmanında en önemli kurumdur.

¹¹⁷Deloitte, 2012, s.17.

¹¹⁸Volkan Yurdadoğ, "Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye'de Sağlık Reformları" Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006, s.146.

¹¹⁹Seher Nur Sülkü, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları", T.C Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No: 2011/414, 2011, s.20.

¹²⁰SGK, İstatistikler Yıllığı, 2008.

Sosyal Güvenlik Kurumu kamu sağlık harcamalarının yarısından fazlasını karşılamaktadır.¹²¹

3.2.1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu

Sosyal Sigortalar Kurumu, özel sektörde çalışanlar ve kamu sektöründeki “mavi yakalıları” kapsayan bir sosyal güvenlik kurumudur. Sosyal Sigortalar Kurumu Çalışma ve Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlıdır. Bu kurum kapsamındakilere sağlık sigortası ve endüstriyel kazalar, mesleki hastalıklar, doğum, iş göremezlik ve yaşlılık gibi birçok farklı konuda sosyal güvenlik sigortası sağlar. Sosyal Sigortalar Kurumu, sosyal güvenlik reformunun gereği olarak 16.05.2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu hükümleri gereğince, merkez ve taşrada teşkilatlarındaki görev yapan memur ve işçileri her türlü taşınır ve taşınmazları, tapuda Sosyal Sigortalar Kurumuna ait tüm taşınır ve taşınmazları ile birlikte Sosyal Sigortalar Kurumuna devredilmiştir.¹²²

3.2.1.4. Bağ-Kur

Yaklaşık 16 milyon kişiyi ve sigortalı nüfusun % 22’sini kapsayan Bağ-Kur esnaf, sanatkar ve kendi adına çalışanları kapsamaktadır. Bağ-Kur 1988 tarihine kadar sadece bu grup için hizmet veren bir emeklilik fonu iken; bu tarihte, pilot illerden başlamak suretiyle sağlık sigortasını da kapsamaktadır.

3.2.1.5. Emekli Sandığı

T.C. Emekli Sandığı 1.1.1950 tarihinden itibaren 5434 Sayılı kanunun maddesiyle emeklilik işlemlerini yürütmeye başlamıştır. Emekli Sandığı, 657 sayılı Devlet Personel Kanunu’na göre çalışan devlet memurlarının emeklileri, dul, yetim ve malullerin ve bunların aile ferlerine hizmet vermektedir.¹²³ Emekli Sandığı Maliye Bakanlığı’na bağlı bir kurum olarak, Türkiye’de emekli olan memurların sosyal güvencesini sağlamakla yükümlü kurum iken, 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu’na devir olmuştur.

¹²¹Hatice Erol - Abdullah Özdemir, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Ankara, Ocak 2014, s.27-28.

¹²²Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007, s.108-109.

¹²³5434 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu.

3.2.1.6. Milli Savunma Bakanlığı

Milli Savunma Bakanlığı; temel olarak askeri personele ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler hizmet sunan 42 hastanelik (15.900 yatak kapasitesi, toplam yatak içinde % 8,8’lik bir pay) bir sağlık hizmeti ağı işletmektedir. Bu hastanelerin % 5’lik kapasitesi sivil hastalara hizmet vermektedir. Milli Savunma Bakanlığına ait lisans ve yüksek lisans düzeyinde eğitim veren iki tane hastane bulunmaktadır.¹²⁴

3.2.1.7. Üniversiteler

Üniversiteler bünyelerinde yer alan tıp fakülteleri, eczacılık fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, hemşirelik ve benzeri sağlık yüksekokulları aracılığı ile eğitim ve bilimsel araştırma faaliyetlerinin yanı sıra, sağlık hizmetleri de sunmaktadır. Üniversiteler tıp fakülteleri dışında mediko-sosyal merkezleri aracılığıyla da sağlık hizmetleri sunmaktadır. Üniversite hastanelerinde iki temel finansman kaynağı vardır. Birincisi YÖK aracılığı ile yapılan genel bütçe ödenekleri, ikincisi ise üniversitelerin döner sermayeleridir.¹²⁵

3.2.2. Özel Kurumlar

Özel Hastaneler; 1980’li yılların sonlarına kadar az sayıda, azınlıklar ve yabancılar tarafından özellikle İstanbul’da kurulmuşlardı. Türkler tarafından kurulan özel sağlık kurumları ise 50 yataktan daha az olan klinik ve özel olarak çalışan uzmanların ihtiyaçları kadar olan ameliyathane ve kadın doğum klinikleriydi. Ekonomik liberizasyon politikaları ile birlikte sağlık alanında da özel hastane yatırımları içinde birçok teşvik sağlandı. 1990’lı yılların ilk yarısından itibaren özel hastaneler kurulmaya başlandı ve özellikle 2000 yıllarda özel hastanelerin sayısı daha da arttı. Bu özel hastaneler son derece lüks olarak kuruldular ve cepten sağlık harcaması yapan kişileri özel hastanelere çekmeyi hedefledir.¹²⁶

Özel sağlık sigortası sistemi 1950’li yıllarda başlamıştır. Özellikle de 1980’li yıllardan sonra daha yaygın hale gelmiştir. Sigorta şirketleri prim ödeme karşılığında kişileri sigortalamaktadır ve topladığı primler karşılığında kişilere sağlık hizmeti sunmaktadır.

¹²⁴Yuanli Liu - Yusuf Çelik - Bayram Şahin, 2005, s.26.

¹²⁵Nurcan Turan, 2004, s.33-34.

¹²⁶B. Serdar Savaş, 2001,s.101.

3.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI

Türkiye’de sağlık harcamaları kamu ve özel kesim tarafından sunulmaktadır. Kamu kesim sağlık harcamalarının finansmanını merkezi devlet, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmaktadır. Özel kesim harcamaları ise cepten harcamalar ve özel sağlık sigortaları tarafından yapılmaktadır.¹²⁷

Tablo 1: 1980-2013 Yılları Arasındaki Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL) ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ya (%) Oranı

Yıllar	Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL-2005 Baz Yılı)	GSYİH/Toplam Sağlık Harcamaları (%)
1980	5271,7264	2,4
1981	6027,739	2,6
1982	5204,5811	2,2
1983	5584,5828	2,2
1984	5740,802	2,2
1985	4219,7264	1,5
1986	5558,9171	1,9
1987	6288,9941	1,9
1988	7027,2987	2,1
1989	7727,395	2,3
1990	9093,3825	2,5
1991	10435,223	2,9
1992	10904,2764	2,8
1993	11557,6743	2,8
1994	10637,507	2,7
1995	10639,3164	2,5
1996	13180,0402	2,9
1997	15301,1196	3,1
1998	18089,1866	3,6
1999	22253,3193	4,6
2000	24584,4674	4,7
2001	24643,2465	5,0
2002	27197,9553	5,2
2003	28496,8577	5,2
2004	30643,4776	5,1
2005	33291,905	5,1
2006	37453,8525	5,4
2007	40036,2461	5,5
2008	40226,772	5,5
2009	40376,3003	5,8
2010	40507,8598	5,3
2011	41602,46	5,0
2012	41842,9086	5,0
2013	44689,6953	5,1

Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

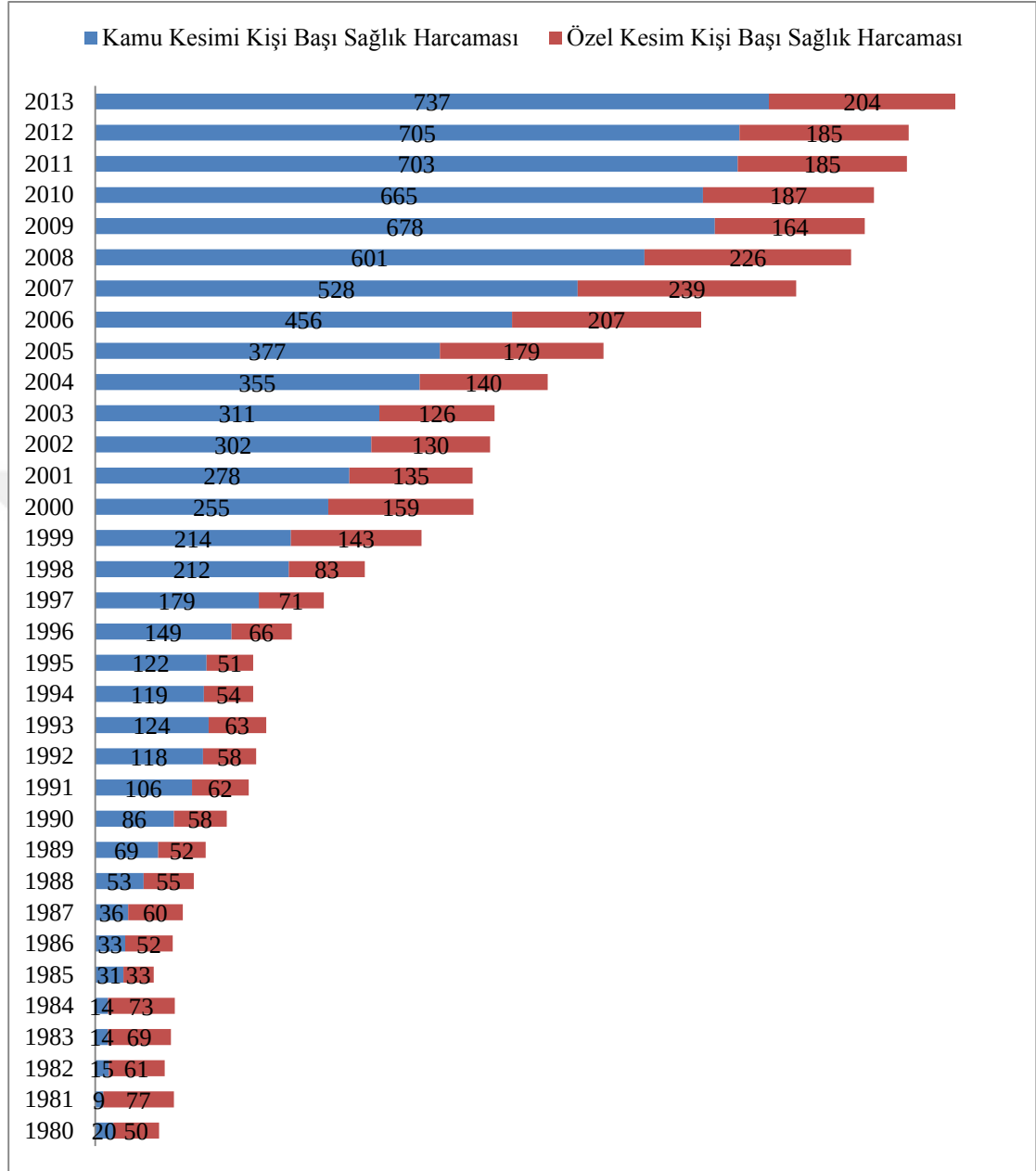
¹²⁷Volkan Yurdadoğ, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007, Cilt: 16, Sayı: 1,(S.591-610), s.594.

Türkiye’de 1980-2013 yılları arasında yapılan toplam sağlık harcamalarına bakıldığında genel olarak artış göstermesine rağmen 1985 ve 1994 yılında bir önceki yıla göre sağlık harcamaları azalmıştır. 1994 yılındaki düşüşün nedeni ülkemizde yaşanan 1994 krizidir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranına bakıldığında ise; 1980 yılında % 2,4 iken 2013 yılında bu oran % 5,1 olmuştur. 1980’den 2013 yılına kadar genel olarak bir artış olsa da bazı yıllarda azalma göstermiştir.

3.3.1. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları (\$)

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı hem kamu kesimi hem de özel kesim tarafından sunulmaktadır. Kişi başına yapılan sağlık harcamaları da hem kamu kesimi hem de özel kesim tarafından hesaplanmaktadır.

Grafik 1: 1980- 2013 Yılları Arasında Kişi Başına Düşen Özel ve Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları (\$)



Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

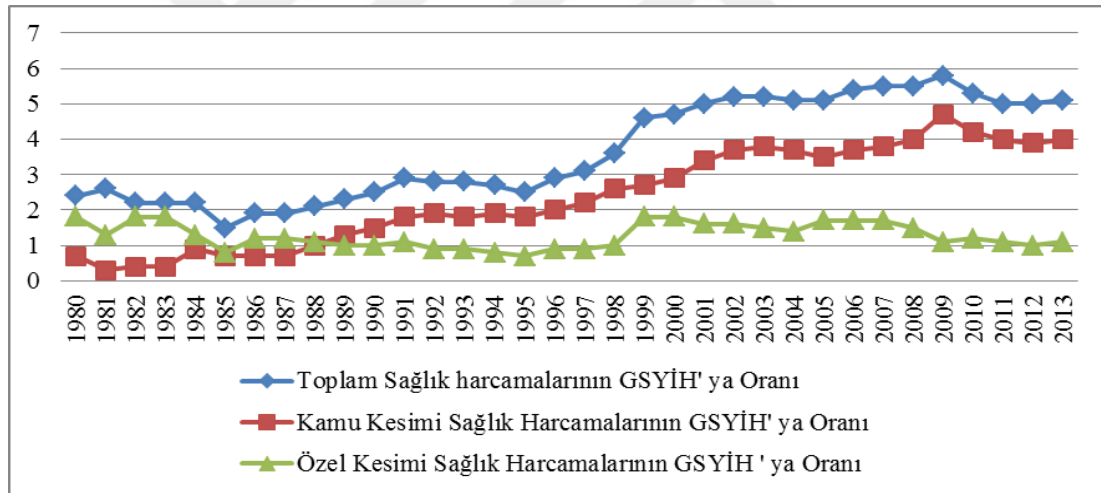
Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcamasına bakıldığında; 1980 yılında 70 dolar iken 2013 yılında 941 dolar olmuştur. 1980’den 2013 yılına gelindiğinde kişi başına yapılan sağlık harcaması genel olarak artmıştır. Ancak 1982, 1985, 1994 ve 2001 yıllarında kişi başına düşen sağlık harcaması bir önceki yıla göre düşüş göstermiştir. Kamu kesimi ve özel kesimin kişi başına yaptığı sağlık harcamasına bakıldığında; 1980 yılında kamu kesimi 20 dolar kişi başı sağlık harcaması yaparken, özel kesim 50 dolar

kişi başı sağlık harcaması yapmıştır. 2013 yılında ise; kamu kesimi 737 dolar kişi başı sağlık harcaması yaparken özel kesim 204 dolar kişi başı sağlık harcaması yapmıştır. 1980 yılından 2013 yılına kadar kamu kesimi ve özel kesimin yaptığı sağlık harcamalarına bakıldığında; 1989 yılına kadar özel kesim kamu kesimine göre daha fazla sağlık harcaması yaparken bu yıldan itibaren kamu kesimi özel kesimden daha fazla sağlık harcaması yapmıştır ve bu 2013 yılına kadar böyle devam etmiştir.

3.3.2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payı (%)

Türkiye geliştirmekte olan ülkelere ve kendi gelir seviyesindeki ülkelerle karşılaştırıldığından sağlık hizmetleri indikatörleri ve sağlık harcamalarına göre ortalamanın üzerinde olmasına rağmen OECD ülkeleri ile kıyaslandığında sağlık göstergeleri açısından en kötü durumda olan ülkelerden biridir.¹²⁸

Grafik 2: 1980- 2013 Yılları Arasında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%), Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%)



Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

Türkiye’de 1980-2013 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranına bakıldığında; 1980 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı % 2,4 iken 2013 yılında bu oran % 2,7 artarak % 5,1 oranına ulaşmıştır. Bazı yıllarda düşüşler meydana gelmişse de genel olarak artmıştır. 1980-2013 yılları arasındaki 33 yıllık periyotta en düşük seviyesi 1985 yılında % 1,5 olmuştur. 1982, 1985, 1992 ve 1995 yıllarında bir önce yıllara göre düşüşler meydana gelmiştir. 1995 yılından itibaren ise

¹²⁸İlker Daştan - Volkan Çetinkaya, 2015, s.109.

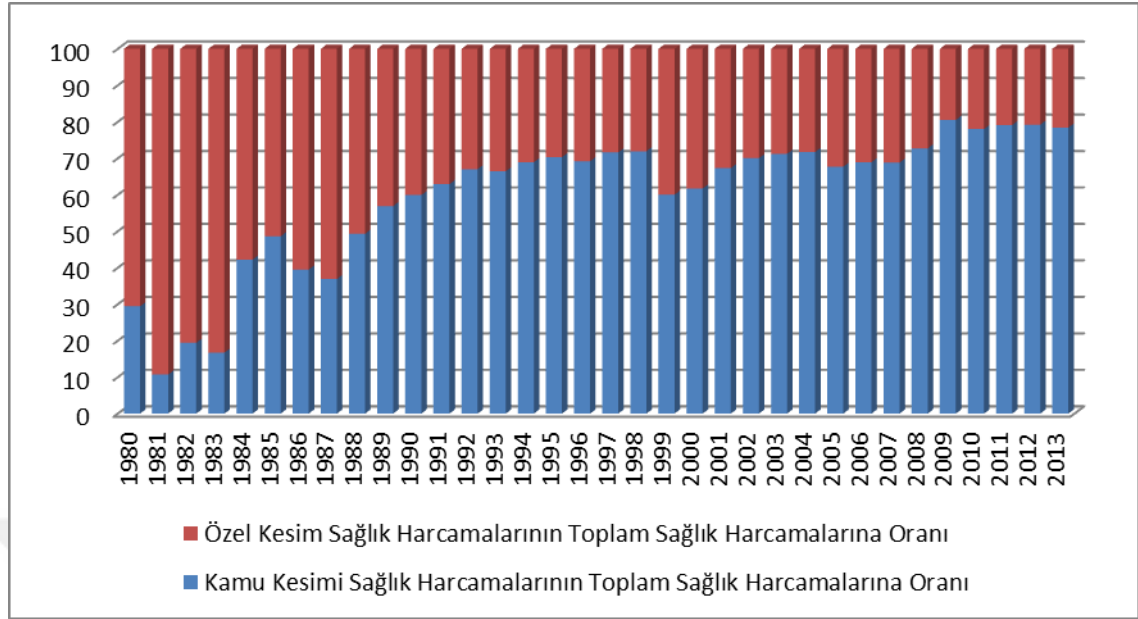
hızlı bir oransal artış gözükmeştir. Bu artış 2009 yılında % 5,8 oranına ulaşarak en yüksek seviyesine ulaşmıştır. 2009-2013 yılları arasında ise düşüş-artış şeklinde dalgalanmalar gözükmeştir.

Kamu kesimi sağlık harcamaları ile özel kesim sağlık harcamalarının GSYİH paylarına gelindiğinde ise 1980 yılında kamu kesimi sağlık harcamaları payı % 0,7 iken özel kesim sağlık harcamalarının payı % 1,8 olarak gerçekleşmiştir. Kamu kesimi sağlık harcamalarının payı 1988 yılından sonra özel kesim sağlık harcamalarının payını geçerek günümüze kadar paydaki oranı her zaman daha fazla olmuştur. 2013 yılında GSYİH’da % 5,1 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamalarındaki paylarının oranlarına bakıldığında kamu kesimi sağlık harcamalarının payının oranı % 4,0 iken özel kesim sağlık harcamalarının payı ise % 1,1’de kalmıştır.

3.3.3. Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu hem kamu kesimi hem de özel kesim tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu karma bir yapıda olduğu için sağlık hizmetlerinin finansmanı da kamu ve özel kesim tarafından yapılmaktadır. Toplam sağlık harcamaları da kamu ve özel kesimin yaptığı sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

Grafik 3: Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)



Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

1980-2013 yılları arasında özel kesim ile kamu kesimi sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının içerisindeki oranlarına bakıldığında 1980-1988 yılları arasında özel kesim sağlık harcamalarının oranı daha fazla iken 1989 yılından 2013 yılına kadar kamu kesimi sağlık harcamalarının oranı her zaman daha fazla olmuştur. Özel kesim sağlık harcamalarının oranı 1981 yılında % 89,3 ile en yüksek seviyeye ulaşırken buna paralel olarak aynı yılda kamu kesimi sağlık harcamaları da % 10,7 ile en düşük seviyesinde kalmıştır. Kamu kesimi sağlık harcamaları ise 2009 yılında % 80,5’lik oran en yüksek seviyesine ulaşmışken, buna paralel olarak aynı yılda özel kesim sağlık harcamaları % 19,5’lik oran ile en düşük seviyede gerçekleşmiştir. 2013 yılına gelindiğinde ise özel kesim sağlık harcamalarının oranı % 21,6 iken kamu kesimi sağlık harcamalarının oranı da % 78,4 oran olarak gerçekleşmiştir.

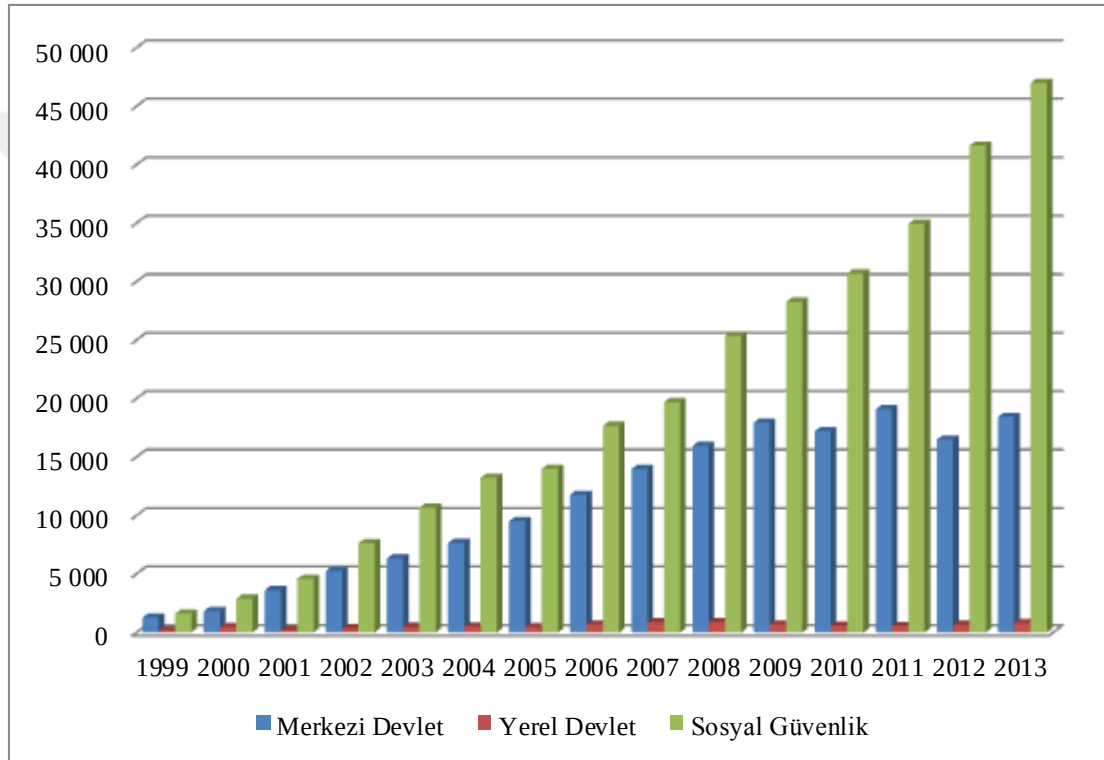
3.3.4. Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları

Türkiye’de kamu kesimi, sağlık hizmetlerinin büyük finansman kaynağını SGK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur tarafından sağlamaktadır. En önemli tedarikçileri ise devlet,

üniversite ve Milli Savunma Bakanlığı hastaneleridir. Kamu sağlık harcamalarının başlıca finansman kaynakları vergiler ve çalışanlardan kesilen sigorta primleridir.¹²⁹

Kamu kesimi sağlık harcamasını finanse eden kurum ve kuruluşlar; Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Bakanlıklar, KİT'ler, Üniversiteler, Belediyeler ve çeşitli fon kuruluşları tarafından finanse edilmektedir. Türkiye'de kamu kesimi tarafından yapılan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içinde çok önemli bir yere sahiptir.

Grafik 4: 1999-2013 Yılları Arasında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu verileri kullanılmıştır. (TÜİK)
(<http://www.tuik.gov.tr>) (Erişim Tarihi: 02 Şubat 2015).

Kamu kesimi sağlık harcamalarının dağılımına bakıldığında ilk sırada Sosyal Güvenlik Kurumu ikincisi merkezi hükümet üçüncü ve en son sırada ise yerel yönetimler yer almaktadır. Türkiye'de kamu kesimi sağlık harcamalarının dağılımında en önemli sağlık hizmeti sunun kurum Sosyal Güvenlik Kurumudur. 1999 yılından 2013 yılına kadar Sosyal Güvenlik Kurumunun yaptığı sağlık harcamalarının miktarı giderek artmıştır. Merkezi devletin yaptığı sağlık harcamaları da 1999'dan itibaren

¹²⁹Nevzat Tetik - Kadir Karagöz, Econ Anadolu 2009: Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi'nde sunulmuş tebliğdir, Eskişehir, 17-19 Haziran 2009, s.3.

genel olarak artış göstermektedir. Kamu kesimi sağlık harcamaları içerisinde en az harcama yapan kurum yerel yönetimlerdir. Yerel Yönetimlerin yaptığı sağlık harcamaları genellikle hep aynı miktarda seyir izlemektedir.

3.3.4.1. Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarını belirlemekle yükümlü olan ve temel sağlık hizmetlerini sunan kurumdur. Türkiye’de en fazla sağlık harcaması yapan kurumda Sağlık Bakanlığıdır.¹³⁰

Tablo 2: 1990- 2013 Yılları Arasında Sağlık Bakanlığının Yaptığı Sağlık Harcamaları (2006 Yılına Kadar Milyon TL- 2006 ve Sonrası Yıllarda Bin TL)

Yıllar	Sağlık Bakanlığının Yaptığı Sağlık Harcamaları
1980	41 087
1981	38 547
1982	44 734
1983	69 881
1984	100 379
1985	149 266
198	217 389
1987	366 032
1988	631 881
1989	1 466 289
1990	3 192 511
1991	5 183 602
1992	10 443 437
1993	19 049 508
1994	31 428 378
1995	57 073 099
1996	106 893 799
1997	255 950 073
1998	471 217 950
1999	805 246 991
2000	1 139 512 582
2001	1 821 580 979
2002	3 038 945 586
2003	3 674 261 734
2004	4 461 250 318
2005	6 769 153 704
2006	8 535 954
2007	10 390 278
2008	11 994 810
2009	14 594 385
2010	14 768 93
2011	17 231 337
2012	4 789 356

Kaynak: Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü (BÜMKO) (Erişim Tarihi: 07 Temmuz 2015)

¹³⁰Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ocak 2001, s.4.

Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı sağlık harcamaları 1980 yılında 41 087 Milyon TL iken 2012 yılına gelindiğinde 4 789 356 Milyon TL olmuştur. 1980 ile 2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığının yaptığı sağlık harcamaları genel olarak artış göstermiştir. 2012 yılında Sağlık Bakanlığının yaptığı sağlık harcamalarında düşüş görülmektedir. Türkiye'de en fazla sağlık harcaması yapan tek kurum Sağlık Bakanlığıdır.

3.3.4.2. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamaları

2007 yılında SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmiştir. 2007 yılından itibaren Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcaması yapmaktadır. 2010 yılından itibaren memurlar, 2012 yılından itibaren ise yeşil kartlılar için yapılan sağlık harcamaları dahil edilmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumunun yaptığı sağlık harcamalarını esas itibariyle çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primler ile finanse edilmektedir.¹³¹

Tablo 3: 2007-2013 Yılları Arasında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Yaptığı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Yıllar	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamaları
2007	19 697 000
2008	23 346 000
2009	28 277 000
2010	30 695 000
2011	34 937 000
2012	41 630 000
2013	46 993 000

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)
(<http://www.tuik.gov.tr>) (Erişim Tarihi: 02 Şubat 2015)

Sosyal Güvenlik Kurumu 2007 yılından itibaren sağlık harcaması yapmaktadır. 2007 yılında 19 697 000 Milyon TL sağlık harcaması yapmış 2013 yılında ise 46 993 000 Milyon TL sağlık harcaması yapmıştır. 2007 yılından 2013 yılına gelene kadar Sosyal Güvenlik Kurumunun yaptığı sağlık harcamaları sürekli artış göstermiştir.

3.3.4.3. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları

Sosyal Sigortalar Kurumu 2006 yılına kadar sağlık hizmeti sunmuş 2007 yılından sonra Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmiştir.

¹³¹SGK, 2008.

Tablo 4: 1990-2005 Yılları Arasında Sosyal Sigortalar Kurumunun Yaptığı Sağlık Harcaması (Milyon TL)

Yıllar	SSK Sağlık Harcamaları
1990	1 138 653
1991	2 332 594
1992	7 316 418
1993	12 061 918
1994	23 424 316
1995	44 754 469
1996	87 937 186
1997	199 230 300
1998	406 180 500
1999	748 699 500
2000	1 280 188 800
2001	2 257 957 600
2002	3 594 350 100
2003	4 981 193 700
2004	6 635 691 000
2005	8 812 270 000

Kaynak: SSK 2005 Çalışma Raporu, Mehmet Tokat, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996”, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1996. ve Sağlık Bakanlığı ve Mehmet Tokat, “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı”, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993.

Sosyal Sigortalar Kurumunun yaptığı sağlık harcamaları 1990 yılında 1 138 653 iken 2005 yılında 8 812 270 000 Milyon TL sağlık harcaması yapmıştır. 1990 dan 2005 yılına gelene kadar Sosyal Sigortalar Kurumunun yaptığı sağlık harcamaları sürekli artış göstermiştir

3.3.4.4. Bağ-Kur Sağlık Harcamalar

1479 Sayılı Yasaya göre bağımsız çalışanlara sigorta hizmetleri vermek üzere 1972 yılında kurulan ve 1985 yılında sağlık hizmeti sunmaya başlamış ve 1988 yılında sunduğu sağlık hizmetlerini daha da yaygınlaştırmıştır.¹³²

¹³²Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1996, s.26.

Tablo 5: 1990-2006 Yılları Arasında Bağ-Kur'un Yaptığı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)
Kaynak: Sosyöl Güvenlik Kurumu (SGK)

Yıllar	Gelir Bin YTL	Gider Bin YTL	Fark Bin YTL
1980	9,1	5,0	4,2
1981	15,5	8,6	6,9
1982	26,1	12,5	13,6
1983	36,9	22,6	14,3
1984	55,2	34,4	20,8
1985	105,8	53,1	52,7
1986	140,6	86,6	54,0
1987	185,3	135,9	49,4
1988	348,1	294,7	53,4
1989	582,1	656,9	-74,8
1990	1.034,7	1.194,5	-159,8
1991	1.339,2	2.081,2	-742,0
1992	4.034,5	4.601,9	-567,4
1993	5.224,5	8.616,5	-3.392,0
1994	9.826,2	19.894,5	-10.068,3
1995	20.054,8	40.788,2	-20.733,4
1996	43.599,5	108.124,8	-64.525,3
1997	130.041,6	307.274,1	-177.232,5
1998	220.139,7	650.472,5	-430.332,8
1999	414.138,1	1.309.598,8	-895.460,7
2000	725.912,8	1.899.118,3	-1.173.205,5
2001	1.280.348,1	3.059.214,4	-1.778.866,3
2002	2.101.540,0	5.032.115,1	-2.930.575,1
2003	2.982.986,0	8.061.199,0	-5.078.213,0
2004	4.241.518,0	9.953.538,0	-5.712.020,0
2005	3.726.768,0	11.020.036,0	-7.293.268,0

(http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri)
(Erişim Tarihi: 01 Mayıs 2015)

Bağ-Kur'un yaptığı sağık harcamalarına bakıldığında 1980 yılından 1988 yılına kadar gelirler giderleri karşılarırken 1989 yılından 2005 yılına kadar gelirler giderleri karşılamamaya başlamıştır. 1988 yılında Bağ-Kur'un sunduğı sağık hizmetlerini daha da yaygınlaştırması ile gelirler giderleri karşılamamaya başlamıştır. Gelirler 1980 yılından 2004 yılına kadar artarken 2005 yılında azalma olmuştur. Giderlerde ise 1980 yılından 2005 yılına kadar sürekli bir artış gözükmektedir.

3.3.4.5. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları

657 Sayılı Devlet Personeli Kanuna göre çalışan devlet memurlarının emeklilikleri, dul ve yetimleri ile bunların aile fertlerine, öncelikli olarak kamuya ait

sağlık kuruluşlarından satın alma yöntemi ile sunmuş olduğu sağlık hizmetleri için Emekli Sandığının yaptığı sağlık harcamalarıdır.¹³³

Tablo 6: 1990-2007 Yılları Arasında Emekli Sandığının Yaptığı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Yıllar	Toplam Gelir	Toplam Gider	Fark
1980	50.747	44.760	5987
1981	66.732	62.718	4014
1982	94.848	93.926	922
1983	129.505	123.231	6274
1984	175.795	168.537	7258
1985	255.143	251.844	3299
1986	358.026	347.907	10119
1987	422.273	500.560	-78287
1988	568.780	792.145	-223365
1989	2.153.093	2.392.359	-239266
1990	5.346.434	5.092.844	253590
1991	9.485.809	8.616.909	868900
1992	17.476.280	16.112.726	1363554
1993	27.498.058	31.450.714	-3952656
1994	47.875.632	53.930.240	-6054608
1995	103.543.112	108.362.222	-4819110
1996	220.793.655	260.272.479	-39478824
1997	465.317.434	573.548.058	-108230624
1998	914.083.750	1.109.524.985	-195441235
1999	1.508.714.904	2.016.291.584	-507576680
2000	2.138.765.110	2.976.238.608	-837473498
2001	3.217.177.726	4.800.176.358	-1582998632
2002	4.981.388.344	7.629.741.972	-2648353628
2003	6.814.266.712	10.346.934.283	-3532667571
2004	7.780.452.224	12.245.126.168	-4464673944
2005	10.098.998.052	14.085.992.348	-3986994296
2006	9.834.582.411	15.233.823.935	-5399241524

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)

(http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri)

(Erişim Tarihi: 01 Mayıs 2015)

Emekli Sandığı'nın 1980-2006 yılları arasındaki harcamalarına bakıldığında 1980-1986 ile 1990-1992 yılları arasında gelirler giderleri karşılarken, 1987-1989 ile 1993-2006 yılları arasında ise gelirler giderleri karşılayamamıştır. 1980 yılından 2005 yılına kadar olan süreçte gelirlerde sürekli artış gözükürken 2006 yılında gelirlerde bir azalma gerçekleşmiştir. 1980-2006 yılına kadar olan süreçte ise giderlerde sürekli artış görünmüştür.

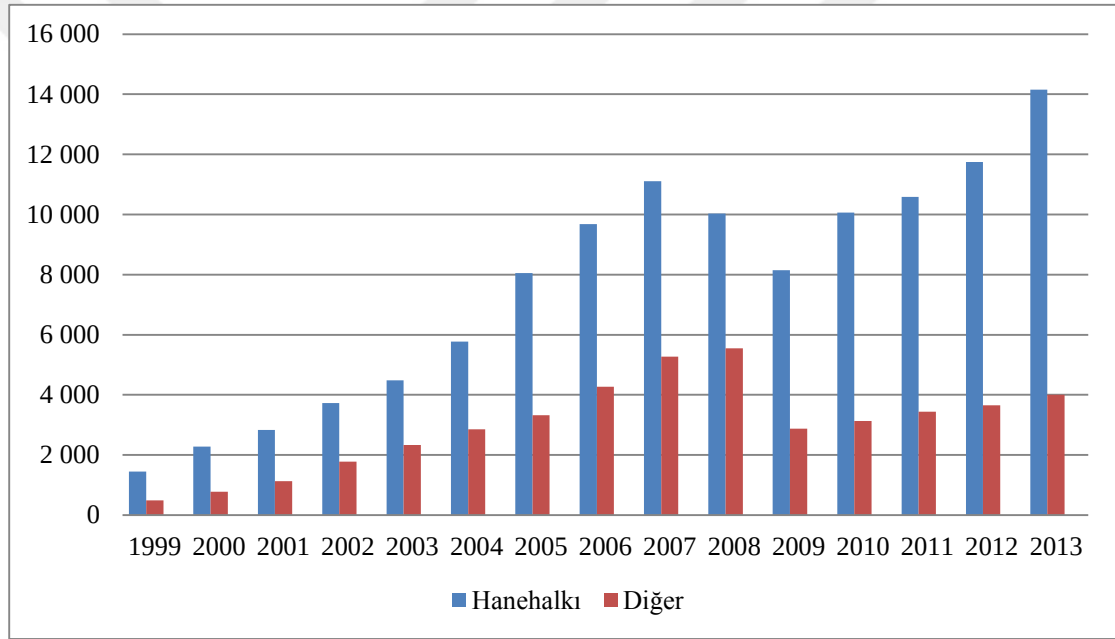
¹³³Mehmet Tokat, 2001, s.29.

3.3.5. Özel Kesim Sağlık Harcamaları

Özel sektör, doğrudan hizmet bedeli ödeyerek, bağış ve yardımlarda bulunarak ya da özel sağlık sigortası yaparak sağlık harcamalarının finansmanına katkı sağlamaktadır. Son zamanlarda neredeyse tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin finansmanını hem kamu sektörü kaynakları hem de özel sektör kaynaklarıyla sağlanmaktadır.¹³⁴

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içerisinde önemli bir kısmı özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Özel sektör harcamaları, hekim harcamaları, diş hekimi harcamaları, özel ilaç harcamaları cepten yapılan ödemelerden oluşmaktadır.¹³⁵

Grafik 5: Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu verileri kullanılmıştır. (TÜİK)

(<http://www.tuik.gov.tr>) (Erişim Tarihi: 01 Haziran 2015)

Hanehalkı: Cepten yapılan sağlık harcamaları

Diğer: Özel sağlık sigortası ve prim ödemeleri

Özel kesim sağlık harcamalarının dağılımına bakıldığında; 1999 yılında 1 449 Milyon TL hanehalkı sağlık harcaması 488 Milyon TL diğer harcamalar vardır. Hanehalkı harcamaları 2007 yılına kadar sürekli artış göstermiş 2008 ve 2009 azalış göstermiştir. 2010 yılından itibaren ise tekrar artış göstererek 2013 yılında 14 156

¹³⁴Emine Orhaner, 2006, s.7.

¹³⁵Abdulkadir Işık - Ayşegül Mutlu, “Sağlık Ekonomisi ve Politikaları”, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul, 2002,Yayın No: 14, s.298.

Milyon TL sağlık harcaması yapmıştır. Diğer harcamalar 1999 yılından 2009 yılına kadar sürekli artmış sadece 2009 yılında dışmış, 2010 yılından sonra ise 2013 yılına sürekli artmış ve 2013 yılında 4 006 Milyon TL sağlık harcaması yapmıştır.



IV. BÖLÜM

TÜRKİYE-OECD ÜLKELERİ KARŞILAŞTIRMASI

4.1. OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK HARCAMALARI

Ülkeler ekonomik gelişmişlik düzeyleri, sosyal yapıları, siyasi değerleri, hastalıklar ve kurumsal düzenlemeleri gibi birçok bakımından önemli farklılıklar göstermektedir. Yaptıkları sağlık harcamaları da bundan dolayı farklı olmaktadır. Sağlık harcamalarını belirleyen en önemli faktör ülkelerin gelişmişlik seviyeleridir.

4.1.1. Kişi Başı Sağlık Harcamaları (\$)

OECD ülkelerinde kişi başına yapılan sağlık harcamalarında Batı Avrupa ülkeleri ve gelişmiş ülkelerde kişi başı yapılan sağlık harcamaları diğer ülkelere göre daha fazladır. Aşağıdaki tabloda 1980-2013 yılları arasında OECD ülkelerinde kişi başına yapılan sağlık harcamaları gösterilmiştir.

Tablo 7: OECD Ülkelerinde 1980-2013 Yılları Arası Kişi Başına Yapılan Toplam Sağlık Harcaması (\$)

Ülkeler	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Avustralya	615	697	731	773	817	881	941	981	1040	1091	1154	1229	1306	1379	1469	1553	1643
ABD	1037	1193	1331	1453	1592	1737	1851	1994	2215	2445	2706	2923	3123	3310	3454	3611	3764
Almanya	943	1073	1113	1178	1277	1375	1416	1488	1624	1613	1726	..	1910	1918	2052	2188	2314
Avusturya	743	694	749	780	815	881	935	1017	1085	1191	1510	1611	1727	1877	2044	2123	2190
Belçika	646	751	831	888	920	972	1035	1101	1190	1264	1356	1484	1571	1613	1651	1712	1806
Çek Cumh.	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	478	453	475	651	705	796	829
Danimarka	862	957	1061	1105	1128	1207	1251	1337	1407	1447	1512	1561	1625	1727	1804	1817	1919
Estonya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Finlandiya	539	607	671	726	777	878	931	1007	1062	1163	1299	1441	1451	1350	1327	1420	1483
Fransa	650	..	..	..	..	1005	..	..	..	..	1403	1498	1591	1690	1757	2040	2100
Hollanda	699	764	825	872	889	936	988	1043	1098	1214	1332	1435	1524	1590	1636	1693	1761
İngiltere	450	513	539	608	632	663	695	765	826	877	915	1003	1106	1171	1246	1275	1353
İrlanda	482	509	536	554	582	619	620	637	663	686	751	850	931	982	1039	1126	1185
İspanya	352	391	426	462	468	481	501	549	662	736	836	911	993	1049	1083	1158	1217
İsrail	580	635	682	767	958	753	734	806	877	967	981	981	1088	1159	1328	1370	1454
İsveç	..	..	..	..	..	1153	1168	1247	1302	1391	1458	1477	1543	1588	1591	1661	1771
İsviçre	1009	1125	1196	1312	1348	1436	1522	1620	1731	1867	1970	2155	2281	2332	2414	2565	2732
İtalya	..	..	..	..	..	..	..	..	1076	1152	1283	1391	1407	1421	1450	1509	1579
İzlanda	724	834	935	1029	1035	1133	1302	1468	1612	1622	1612	1682	1685	1750	1795	1854	1938
Japonya	545	623	696	752	784	863	895	952	1004	1051	1117	1197	1285	1373	1472	1470	1501
Kanada	766	882	994	1074	1150	1233	1313	1373	1465	1571	1692	1829	1916	1967	1997	2001	2002
Kore	84	100	113	127	136	151	165	184	221	279	310	333	370	390	412	461	523
Lüksemburg	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Macaristan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	528	564	580	652	616	627
Meksika	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	286	326	364	388	408	375	359
Norveç	527	587	646	718	740	804	920	993	1043	1060	1291	1422	1530	1575	1662	1753	1912
Polonya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	265	281	308	332	348	374	431
Portekiz	265	306	334	327	339	389	457	485	562	574	618	731	775	809	829	985	1058
Slovakya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Slovenya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	972	1057
Şili	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	386	457
Türkiye	70	86	77	83	87	64	84	96	108	121	144	168	176	187	173	173	215
Yeni Zelanda	482	533	594	623	647	611	660	740	835	896	971	1027	1073	1097	1177	1234	1261
Yunanistan	..	..	..	..	..	..	..	..	661	777	808	832	927	1039	1177	1217	1253
Ortalama	594	660	718	772	815	879	926	995	1057	1127	1135	1170	1263	1320	1385	1403	1474

Ülkeler	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Avustralya	1727	1858	1986	2151	2270	2427	2546	2745	2842	3022	3194	3310	3560	3590	3794	3866	..
ABD	3926	4095	4304	4571	4920	5340	5750	6107	6460	6822	7167	7428	7691	7935	8178	8454	8713
Almanya	2337	2407	2513	2614	2730	2870	3033	3101	3298	3506	3662	3902	4131	4356	4510	4693	4819
Avusturya	2301	2453	2587	2727	2772	2943	3086	3262	3324	3570	3719	3965	4121	4233	4362	4528	4553
Belçika	1851	1922	2048	2246	2366	2542	2822	2907	2976	3141	3297	3554	3822	3886	4148	4225	4256
Çek Cumh.	842	843	894	934	1041	1139	1289	1342	1425	1515	1609	1728	1975	1878	2001	2021	2040
Danimarka	1992	2010	2298	2396	2555	2750	2784	2988	3097	3409	3606	3893	4249	4367	4431	4512	4553
Estonya	..	..	501	501	505	559	647	747	821	950	1098	1284	1328	1291	1341	1443	1542
Finlandiya	1540	1588	1666	1775	1883	2042	2149	2345	2471	2633	2774	3020	3111	3145	3314	3403	3442
Fransa	2164	2247	2336	2485	2657	2853	2828	2948	3101	3270	3426	3579	3792	3881	4014	4045	4124
Hollanda	1824	1963	2076	2225	2440	2701	2853	3017	3511	3800	4067	4398	4552	4668	4862	5081	5131
İngiltere	1400	1471	1574	1723	1907	2071	2219	2414	2569	2786	2856	2986	3178	3072	3095	3175	3235
İrlanda	1292	1382	1483	1648	1911	2157	2360	2582	2795	3067	3347	3621	3840	3650	3577	3663	..
İspanya	1264	1341	1406	1491	1575	1678	1949	2060	2186	2443	2613	2836	2970	2945	2946	2928	..
İsrail	1534	1562	1533	1692	1802	1803	1689	1773	1769	1774	1894	1903	1930	2014	2127	2330	2428
İsveç	1795	1892	2016	2178	2395	2574	2712	2830	2840	3066	3273	3479	3545	3539	4613	4743	4904
İsviçre	2843	2979	3073	3223	3428	3673	3785	3937	4015	4254	4568	4933	5186	5368	5788	6140	6325
İtalya	1694	1793	1846	2020	2194	2202	2236	2356	2479	2705	2752	3011	3066	3106	3169	3137	3077
İzlanda	2063	2412	2601	2674	2783	3078	3198	3340	3294	3278	3376	3628	3626	3404	3421	3526	3677
Japonya	1608	1657	1766	1915	2020	2105	2199	2328	2464	2583	2729	2862	3011	3205	3429	3592	3713
Kanada	2098	2246	2319	2422	2609	2743	2914	3076	3282	3503	3672	3816	4097	4228	4250	4304	4351
Kore	557	547	646	723	861	902	995	1078	1221	1407	1567	1666	1798	1968	2045	2142	2275
Lüksemburg	..	..	2373	2708	2904	3195	3356	3753	3724	3977	3894	4128	4388	4378	4464	4371	..
Macaristan	636	721	774	820	933	1064	1274	1283	1391	1464	1404	1487	1542	1655	1732	1697	1719
Meksika	395	421	449	484	529	558	643	692	731	772	822	875	917	941	970	1026	1048
Norveç	2206	2356	2565	2837	3030	3398	3595	3812	4029	4332	4579	4973	5096	5237	5515	5823	5862
Polonya	454	475	547	562	623	705	718	771	806	883	993	1158	1271	1340	1404	1448	1530
Portekiz	1116	1167	1281	1490	1558	1649	1760	1883	2079	2179	2284	2435	2586	2637	2554	2502	2482
Slovakya	563	584	585	593	653	725	759	971	1094	1295	1546	1781	1965	1917	1872	1977	2010
Slovenya	1151	1225	1303	1452	1581	1609	1693	1799	1903	2020	2075	2323	2356	2362	2435	2483	2511
Şili	502	563	575	610	649	666	787	807	843	946	1046	1118	1180	1250	1394	1511	1623
Türkiye	250	295	357	414	413	432	437	495	556	663	767	827	842	852	888	890	941
Yeni Zelanda	1351	1448	1522	1611	1709	1841	1850	1979	2124	2392	2435	2722	2961	3013	3117	3214	3328
Yunanistan	1300	1323	1402	1383	1655	1857	1936	1999	2263	2512	2628	3011	2972	2652	2602	2329	2366
Ortalama	1518	1601	1683	1803	1937	2084	2201	2339	2464	2645	2786	2989	3137	3175	3305	3389	3419

Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD ye üye olan ülkelerin kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığında; 1980 yılında kişi başına en fazla sağlık harcaması yapan ülke 1037 dolar ile ABD, ikinci sırada 1009 dolar ile İsviçre ve üçüncü sırada 943 dolar ile Almanya yer almaktadır. 1980 yılında kişi başına en az sağlık harcaması yapan ülke Türkiye ve Portekiz 1000 dolardan daha az sağlık harcaması yapmaktadır. OECD ye ülkelerin kişi başına yaptığı sağlık harcaması ortalamasına göre Türkiye, Norveç, Kore, İsrail, İspanya, İrlanda, Şili, Portekiz, Slovenya, İngiltere ve Finlandiya gibi bazı ülkeler ortalamanın altında kalmıştır.

2013 yılına gelindiğinde ise yine en fazla kişi başına sağlık harcaması yapan ülke ABD 8713 dolar kişi başına en fazla sağlık harcaması yapan ülke olmuştur. İkinci sırada 5862 dolarla Norveç ikinci sırada yer almakta üçüncü olarak ise 6325 dolara İsviçre en fazla kişi başına sağlık harcaması yapan ilk üç ülke arasında yer almıştır. Kişi başına en az sağlık harcaması yapan ülkeler ise; 941 dolar ile Türkiye ve 1048 dolar kişi başına yapılan sağlık harcaması ile Meksika olmuştur. OECD ye üye ülkelerin kişi başına yaptığı sağlık harcaması genel olarak her zaman artış göstermiştir. OECD ortalamasına bakıldığında ise; Türkiye, Yunanistan, Yeni Zelanda, Şili, Slovenya, Slovak Cumhuriyeti, Portekiz, Polonya, Kore, Kanada, İtalya, İsrail, İngiltere, Çek Cumhuriyeti, Meksika, Estonya ve Macaristan gibi bazı ülkeler OECD ortalamasının altında kalmıştır.

Bu bilgilerden yola çıkarak; ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde kişi başına yapılan sağlık harcamasının yüksek olduğu görülmektedir. Ülkelerin uyguladığı sağlık sistemlerine bakılarak sağlık harcamaları hakkında bilgi verecek olursak; Ulusal Sağlık Sistemi ve Bismarch sağlık sistemini uygulayan ülkelerde kişi başına yapılan sağlık harcamaları daha yüksektir. Beveridge Modelini uygulayan ülkelerde de kişi başına yapılan sağlık harcamaları yüksek olmasına rağmen Bismarch ve Ulusal Sağlık Sistemini uygulayan ülkelere göre düşük olmaktadır.

4.1.2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%)

OECD ülkelerinin bütçedeki sağlık harcamalarının 1980-2013 yılları arasındaki payının yıllara göre oranları gösterilmiştir.

Tablo 8: 1980-2013 Yılları Arasında OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%)

Ülkeler	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Avustralya	5,8	5,8	6,1	6,1	6,0	6,1	6,3	6,1	6,1	6,1	6,5	6,8	6,8	6,8	6,9	6,9	7,1
ABD	8,2	8,5	9,2	9,3	9,3	9,5	9,7	9,9	10,3	10,7	11,3	12,0	12,2	12,5	12,4	12,5	12,5
Almanya	8,1	8,4	8,2	8,2	8,3	8,5	8,4	8,5	8,7	8,1	8,0	..	9,0	9,0	9,2	9,5	9,8
Avusturya	7,0	6,0	6,0	5,8	5,9	6,0	6,1	6,4	6,4	6,6	7,7	7,8	8,1	8,6	9,0	8,9	8,9
Belçika	6,2	6,6	6,8	7,0	6,8	6,9	7,0	7,1	7,1	7,1	7,1	7,4	7,6	7,7	7,5	7,5	7,8
Çek Cumh	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3,8	3,9	4,0	5,4	5,5	5,8	5,6
Danimarka	8,4	8,6	8,7	8,5	8,0	8,0	7,8	8,1	8,2	8,1	8,0	8,0	8,0	8,3	8,1	7,8	7,8
Estonya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Finlandiya	5,9	6,0	6,1	6,2	6,3	6,7	6,8	6,9	6,7	6,7	7,2	8,3	8,5	7,8	7,3	7,4	7,5
Fransa	6,7	..	..	..	..	7,6	..	..	..	..	8,0	8,2	8,4	8,8	8,8	9,8	9,8
Hollanda	6,6	6,7	6,9	6,9	6,7	6,7	6,7	6,9	6,8	6,9	7,1	7,3	7,5	7,6	7,5	7,4	7,3
İngiltere	5,1	5,3	5,1	5,3	5,2	5,1	5,1	5,2	5,1	5,0	5,1	5,5	5,9	6,0	6,1	6,1	6,0
İrlanda	7,5	7,1	7,0	7,0	6,8	6,8	6,8	6,5	6,1	5,8	5,6	6,1	6,3	6,4	6,3	6,1	5,9
İspanya	5,0	5,1	5,2	5,3	5,2	5,0	5,0	5,1	5,6	5,8	6,1	6,3	6,7	7,0	6,9	7,0	7,1
İsrail	7,0	6,8	6,9	7,3	8,9	6,6	6,2	6,3	6,5	7,0	6,6	6,3	6,5	6,7	7,2	7,0	7,1
İsveç	..	..	..	..	..	7,4	7,1	7,2	7,1	7,2	7,3	7,2	7,5	7,8	7,4	7,3	7,5
İsviçre	6,6	6,7	6,8	7,2	7,0	7,0	7,1	7,3	7,4	7,4	7,4	8,0	8,3	8,4	8,5	8,8	9,2
İtalya	..	..	..	..	..	..	..	..	6,7	6,7	7,0	7,2	7,1	7,1	6,9	6,9	7,0
İzlanda	5,8	6,0	6,2	6,8	6,5	6,7	7,1	7,3	7,9	7,7	7,4	7,5	7,7	7,8	7,6	7,8	7,8
Japonya	6,4	6,4	6,6	6,7	6,5	6,5	6,5	6,5	6,2	6,0	5,8	5,9	6,1	6,4	6,7	6,4	6,3
Kanada	6,6	6,8	7,5	7,7	7,6	7,6	7,9	7,8	7,8	8,0	8,4	9,1	9,4	9,3	8,9	8,6	8,4
Kore	3,5	3,6	3,6	3,4	3,3	3,3	3,2	3,1	3,2	3,7	3,7	3,5	3,6	3,6	3,4	3,4	3,6
Lüksembu	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Macarista	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6,4	6,9	6,9	7,4	6,8	6,7
Meksika	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4,3	4,7	5,0	5,2	5,2	5,1	4,6
Norveç	5,4	5,4	5,6	5,8	5,5	5,5	5,9	6,2	6,3	6,1	7,1	7,3	7,5	7,4	7,3	7,3	7,2
Polanya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4,3	4,8	5,0	5,1	5,0	4,9	5,2
Portekiz	4,8	5,0	5,1	4,8	4,9	5,4	5,9	5,8	6,0	5,5	5,5	6,0	6,2	6,5	6,4	7,2	7,5
Slovak Cul	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Slovenya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	7,3	7,5
Şili	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5,2	5,7
Türkiye	2,4	2,6	2,2	2,2	2,2	1,5	1,9	1,9	2,1	2,3	2,5	2,9	2,8	2,8	2,7	2,5	2,9
Yeni Zelar	5,7	5,7	5,8	5,7	5,4	4,9	5,0	5,6	6,1	6,3	6,7	7,1	7,2	6,9	6,9	6,9	6,9
Yunanista	..	..	..	..	..	..	..	..	5,5	6,0	6,0	5,9	6,5	7,2	7,9	7,9	7,8
Ortalama	6,1	6,2	6,3	6,4	6,3	6,3	6,3	6,4	6,5	6,5	6,5	6,7	7,0	7,1	7,1	7,1	7,2

Ülkeler	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Avustralya	7,1	7,2	7,3	7,6	7,7	7,9	7,9	8,1	8,0	8,0	8,1	8,3	8,6	8,5	8,6	8,8	..
ABD	12,4	12,4	12,4	12,5	13,2	14,0	14,5	14,6	14,6	14,7	14,9	15,3	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4
Almanya	9,7	9,7	9,8	9,8	9,9	10,1	10,3	10,1	10,3	10,1	10,0	10,2	11,1	11,0	10,7	10,8	11,0
Avusturya	9,0	9,2	9,3	9,2	9,3	9,4	9,6	9,6	9,6	9,5	9,5	9,6	10,1	10,1	9,9	10,1	10,1
Belçika	7,6	7,8	7,9	8,0	8,1	8,3	9,1	9,1	9,0	8,9	9,0	9,4	10,1	9,9	10,1	10,2	10,2
Çek Cumh	5,6	5,6	5,8	5,7	5,9	6,2	6,6	6,4	6,4	6,2	6,0	6,4	7,3	6,9	7,0	7,1	7,1
Danimarka	7,7	7,6	8,3	8,1	8,4	8,7	8,9	9,0	9,1	9,2	9,3	9,5	10,7	10,4	10,2	10,4	10,4
Estonya	..	..	5,7	5,2	4,8	4,7	4,9	5,1	5,0	4,9	5,0	5,7	6,6	6,1	5,7	5,8	6,0
Finlandiya	7,1	6,8	6,8	6,7	6,8	7,2	7,5	7,5	7,7	7,6	7,4	7,6	8,3	8,2	8,2	8,5	8,6
Fransa	9,7	9,6	9,6	9,5	9,7	10,0	10,0	10,1	10,2	10,1	10,0	10,2	10,9	10,8	10,7	10,8	10,9
Hollanda	7,1	7,2	7,2	7,0	7,4	8,0	8,5	8,6	9,5	9,4	9,4	9,6	10,3	10,4	10,5	11,0	11,1
İngiltere	5,9	6,0	6,3	6,3	6,6	6,9	7,1	7,3	7,4	7,6	7,6	7,9	8,8	8,6	8,5	8,5	8,5
İrlanda	5,9	5,7	5,6	5,6	6,1	6,3	6,6	6,8	6,9	7,0	7,2	8,3	9,2	8,5	8,0	8,1	..
İspanya	7,0	6,9	6,9	6,8	6,8	6,8	7,7	7,8	7,8	7,9	8,0	8,4	9,1	9,1	9,0	8,9	..
İsrail	7,2	7,1	6,8	6,8	7,3	7,2	7,2	7,1	7,2	7,0	7,0	7,0	7,1	7,0	7,0	7,4	7,5
İsveç	7,3	7,4	7,4	7,4	8,0	8,4	8,5	8,3	8,3	8,2	8,1	8,3	8,9	8,5	10,6	10,8	11,0
İsviçre	9,2	9,3	9,4	9,3	9,7	10,1	10,4	10,4	10,3	9,8	9,6	9,8	10,4	10,5	10,6	11,0	11,1
İtalya	7,2	7,3	7,3	7,6	7,8	7,9	7,9	8,2	8,4	8,5	8,2	8,6	9,0	8,9	8,8	8,8	8,8
İzlanda	7,7	8,5	8,9	9,0	8,9	9,6	10,1	9,5	9,2	8,9	8,7	8,7	9,1	8,8	8,6	8,7	8,7
Japonya	6,5	6,8	7,2	7,4	7,6	7,7	7,9	7,9	8,1	8,1	8,2	8,5	9,4	9,5	10,0	10,1	10,2
Kanada	8,4	8,6	8,4	8,3	8,7	9,0	9,1	9,1	9,1	9,3	9,4	9,5	10,6	10,6	10,3	10,2	10,2
Kore	3,6	3,7	3,9	4,0	4,5	4,3	4,7	4,7	5,0	5,4	5,6	5,8	6,3	6,5	6,5	6,7	6,9
Lüksembu	..	..	5,5	5,9	6,5	6,8	7,1	7,4	7,2	6,8	6,4	6,6	7,5	7,2	6,8	6,6	..
Macarista	6,3	6,7	6,9	6,8	6,9	7,1	8,2	7,8	8,1	7,9	7,3	7,2	7,4	7,7	7,7	7,5	7,4
Meksika	4,7	4,8	4,9	4,9	5,3	5,4	5,9	6,0	5,9	5,7	5,8	5,9	6,4	6,2	5,9	6,1	6,2
Norveç	7,7	8,4	8,4	7,7	8,0	9,0	9,2	8,8	8,3	7,9	8,1	8,0	9,1	8,9	8,8	8,8	8,9
Polanya	5,1	5,0	5,5	5,3	5,7	6,1	6,0	5,9	5,8	5,8	5,9	6,4	6,6	6,5	6,3	6,3	6,4
Portekiz	7,4	7,4	7,6	8,3	8,4	8,5	8,9	9,3	9,4	9,1	9,1	9,3	9,9	9,8	9,5	9,3	9,0
Slovak Cul	5,7	5,6	5,5	5,3	5,3	5,5	5,4	6,5	6,6	6,9	7,2	7,5	8,5	7,8	7,5	7,7	7,6
Slovenya	7,6	7,7	7,7	8,1	8,4	8,0	8,1	7,9	8,0	7,8	7,5	7,8	8,6	8,6	8,5	8,7	8,7
Şili	5,8	6,2	6,4	6,4	6,5	6,5	7,3	6,9	6,6	6,1	6,3	6,8	7,3	6,9	6,9	7,1	7,4
Türkiye	3,1	3,6	4,6	4,7	5,0	5,2	5,2	5,1	5,1	5,4	5,5	5,5	5,8	5,3	5,0	5,0	5,1
Yeni Zelar	7,1	7,5	7,4	7,5	7,6	7,9	7,7	7,9	8,2	8,6	8,4	9,2	9,7	9,7	9,7	9,8	9,5
Yunanista	7,7	7,6	7,7	7,2	8,0	8,3	8,2	8,0	9,0	9,0	9,1	9,8	9,8	9,2	9,7	9,1	9,2
Ortalama	7,1	7,2	7,3	7,2	7,5	7,7	8,0	8,0	8,1	8,0	8,0	8,3	9,0	8,8	8,8	8,9	9,0

Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payına bakıldığında; 1980 yılında % 8,4 ile sırada Danimarka yer alırken ikinci sıra % 8,2 ile ABD ve % 8,1 ile Almanya yer almaktadır. GSYİH içerisinde sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülkeler ise; % 2,4 ile Türkiye ilk sırada yer alırken, % 3,5 ile Kore ikinci sırada yer almakta, % 4,8 ile Portekiz üçüncü sırada yer almaktadır.

OECD üyesi ülkelerin 2013 yılında yaptığı toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payına bakıldığında; GSYİH içerisinde sağlık harcamasına en fazla pay ayıran ülke % 16,4 ile ABD ilk sırada yer almakta, % 11,1 İsviçre ikinci sırada yer almakta, % 11 ile Almanya üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye, Kore, Estonya, Meksika gibi ülkelerde sağlık harcamalarına daha az pay ayrıldığı görülmektedir. 2000 ile 2013 yılları arasında OECD üyesi ülkelerin sağlık harcamalarının GSYİH ya oranının ortalamasına bakıldığında Türkiye, Şili, Polonya, Meksika ve Kore gibi ülkeler her zaman ortalamanın altında kalmıştır. OECD üyesi ülkelerde 1980 yılından bu yana GSYİH içerisinde sağlık harcamalarına ayırdıkları pay artış göstermektedir.

Ülkelerin sağlık sistemlerine bakılarak sağlık harcamalarına ayırdığı pay hakkında yorum yapılacak olursa; 1980 yılından bu yana Beveridge Modelini uygulayan ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan pay ABD'den sonra en yüksek sağlık harcamalarına sahip olan ülkelerdir. Bu ülkelerde sağlık harcamalarına pay artış göstermektedir. 1980 yılından bu yana Bismarch Modelini ve Ulusal Sağlık Sigortasını uygulayan ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan payın yüksek olduğu ve artış gösterdiği görülmektedir.

Ülkeler arasındaki sağlık harcamaları arasındaki çoğu fark kişi başına düşen GSYİH ile ölçülen ortalama refah seviyesiyle açıklanmaktadır. Refah seviyesi yüksek olan ülkeler sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapmaktadır.¹³⁶2001 krizinin olduğu dönemlerde kriz yaşanmasına rağmen OECD üyesi ülkelerinin sağlık harcamalarında azalma olmamış yükseliş devam etmiştir.¹³⁷

¹³⁶Gerard Anderson - S. Hussey Peter, "Comparing Health System Performance in OECD Countries", Health Affairs, 2001, 20(3), s.227.

¹³⁷M. Huber - E. Orosz, "Health Expenditure Trends In OECD Countries, 1990-2001", Health Care Financing Review, 2003, 25(1): 1-2, s.2.

4.1.3. Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (%)

OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında karma bir yapı görülmektedir. Ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemlerine göre kamu kesimi ve özel kesimin yaptığı sağlık harcamalarının oranı her farklılık göstermektedir. Kimi ülkelerde kamu kesimi sağlık harcaması fazla iken kimi ülkelerde özel kesim sağlık harcamaları daha fazladır.



Tablo 9: 1980-2013 Yılları Arasında Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Kesiminin Payı (%)

Ülkeler	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Avustralya	62,9	61,3	58,9	62,9	71,5	71,5	70,3	70,1	68,2	67,4	66,2	66,0	65,8	65,7	65,5	66,4	65,8
ABD	41,9	41,9	41,5	41,4	40,7	40,2	41,0	41,2	39,9	39,9	40,1	41,6	43,0	44,1	45,6	46,0	46,0
Almanya	77,8	77,9	77,3	76,4	76,6	76,9	76,7	76,5	75,1	75,4	..	80,1	79,5	79,8	80,7	81,2	81,2
Avusturya	67,2	74,1	73,8	74,4	73,9	74,6	74,7	74,6	74,2	72,1	74,4	74,4	74,9	75,2	76,0	75,3	75,0
Belçika	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	74,2	73,4	72,8	76,8	78,2
Çek Cumhuriyeti	96,5	..	..	..	..	96,3	..	..	..	96,0	97,1	96,2	94,7	94,0	93,0	89,7	89,7
Danimarka	87,3	87,2	87,1	86,2	85,4	85,0	84,1	83,9	84,2	83,8	82,4	83,2	82,9	82,3	81,7	82,0	81,9
Estonya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Finlandiya	77,9	78,5	78,8	77,7	77,2	77,6	78,4	78,7	78,5	79,1	80,0	80,3	78,9	75,4	74,8	71,2	71,1
Fransa	79,6	..	..	..	..	78,0	..	..	..	..	76,0	75,6	75,9	75,8	75,3	79,1	79,0
Hollanda	73,2	73,6	74,3	73,6	73,7	73,3	70,7	71,2	70,6	72,0	71,2	72,8	76,4	77,3	76,4	75,4	69,9
İngiltere	89,5	89,1	87,8	87,7	87,1	86,1	86,0	85,4	85,1	84,3	84,3	83,6	83,8	84,4	83,8	84,1	84,1
İrlanda	80,8	82,0	81,9	80,1	77,7	76,5	75,5	73,7	72,3	73,9	73,2	73,7	74,3	74,8	74,5	74,1	73,5
İspanya	80,0	78,7	79,3	85,1	82,0	80,5	79,5	79,4	79,0	77,8	78,4	77,1	77,1	76,3	75,5	72,0	72,2
İsrail	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	68,2	69,8
İsveç	..	..	..	..	..	89,5	89,5	89,6	89,2	89,3	79,6	77,8	87,2	87,4	87,2	86,6	87,2
İsviçre	..	..	..	..	..	48,8	48,5	48,4	48,9	50,5	51,0	51,4	52,4	53,0	52,8	53,6	54,5
İtalya	..	..	..	..	..	..	..	..	81,1	80,0	81,3	81,1	80,8	78,6	76,3	71,3	71,3
İzlanda	87,7	88,2	88,5	89,0	86,3	86,3	85,9	86,7	86,6	86,0	86,2	86,2	84,4	82,9	83,1	83,5	82,9
Japonya	71,3	71,0	71,0	72,8	72,9	70,7	72,4	73,7	75,2	76,6	77,6	78,3	78,1	79,2	78,6	81,8	81,8
Kanada	76,1	76,4	76,8	76,8	76,1	75,6	75,1	75,0	74,7	74,5	74,3	74,3	73,8	72,4	71,5	70,9	70,6
Kore	19,7	19,5	23,6	27,2	30,0	31,8	29,7	30,6	33,2	33,7	39,0	36,3	36,9	37,7	38,1	39,2	41,9
Lüksemburg	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Macaristan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	88,2	86,9	86,4	86,3	82,9	80,7
Meksika	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	40,4	43,9	43,1	43,2	45,0	42,1	41,4
Norveç	98,2	98,3	97,0	96,7	97,2	96,3	96,2	97,4	93,6	92,1	82,8	84,0	84,5	84,3	84,4	83,9	83,7
Polonya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	87,2	84,9	76,7	72,6	73,5	73,8
Portekiz	62,4	61,7	53,9	50,2	49,6	53,5	51,5	50,6	53,0	52,4	64,9	62,1	58,6	62,1	62,1	61,5	64,1
Slovak Cumhuriyeti	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Slovenya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	77,7	76,2
Şili	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	48,2	47,2
Türkiye	29,4	10,7	19,4	16,7	42,2	48,6	39,5	36,9	49,3	56,9	59,9	62,9	67,0	66,4	68,9	70,3	69,2
Yeni Zelanda	88,0	95,2	88,0	88,6	87,0	87,0	86,3	87,2	85,6	85,8	82,4	82,2	79,0	76,6	77,5	77,2	76,7
Yunanistan	..	..	..	..	..	..	..	..	54,1	56,3	54,1	54,2	55,7	55,6	51,4	52,9	54,1
Ortalama	72,4	70,3	69,9	70,2	71,5	72,9	70,6	70,5	70,6	72,0	70,9	72,1	72,7	72,2	71,8	70,9	70,8

Ülkeler	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Avustralya	67,3	67,8	69,7	68,4	67,8	68,5	68,1	68,3	68,4	68,3	69,3	69,0	69,3	68,0	69,2	67,6	..
ABD	45,8	44,5	44,1	44,0	45,0	44,9	44,7	45,1	45,2	46,0	46,2	47,1	48,1	48,4	48,2	48,0	48,2
Almanya	80,0	79,4	79,2	78,6	78,6	78,1	77,6	75,8	75,6	75,5	75,4	75,5	75,8	75,7	75,5	75,6	76,3
Avusturya	75,5	75,4	75,6	75,5	75,0	74,8	74,5	74,5	75,1	75,6	75,7	76,5	76,5	76,1	76,1	76,4	76,2
Belçika	75,4	74,8	74,6	74,6	75,4	73,8	74,4	76,5	76,9	75,9	75,2	77,1	77,4	77,7	76,8	77,7	77,8
Çek Cumhuriyeti	89,4	89,5	90,0	89,8	89,4	90,0	89,4	88,8	86,8	86,3	84,7	82,1	83,3	83,3	83,9	83,7	84,1
Danimarka	81,7	81,0	83,2	83,1	83,4	83,8	83,9	83,5	83,7	83,9	83,7	84,0	84,5	84,6	84,7	85,2	84,3
Estonya	..	..	77,0	77,0	78,4	76,6	76,6	75,4	76,6	73,2	76,0	78,4	78,1	79,3	80,2	78,8	77,7
Finlandiya	71,4	72,0	71,2	71,0	71,6	72,1	72,4	73,0	73,5	74,5	74,2	74,5	74,6	74,1	74,7	75,3	75,0
Fransa	79,1	79,0	78,9	78,9	78,9	79,2	78,8	78,8	78,7	78,3	78,4	78,0	78,2	78,0	78,4	78,5	78,7
Hollanda	71,2	67,1	65,8	66,4	65,8	65,5	65,6	70,9	85,7	85,7	86,1	86,8	87,0	86,7	87,0	87,0	87,6
İngiltere	84,9	84,6	85,6	84,5	84,2	84,7	84,2	85,9	86,1	86,8	85,8	87,9	89,1	88,5	87,1	86,5	86,6
İrlanda	74,6	75,1	75,5	75,4	76,6	76,9	76,5	75,4	74,8	75,8	75,4	72,7	69,2	68,7	68,5	..	..
İspanya	72,2	71,9	71,8	71,4	71,0	71,0	69,8	70,0	70,4	71,1	71,6	72,6	74,6	74,0	73,3	71,7	..
İsrail	68,8	64,9	65,0	63,1	62,7	64,0	62,5	61,8	59,9	62,8	61,0	61,7	62,0	63,5	63,3	61,5	59,5
İsveç	85,9	85,8	85,9	85,5	81,8	82,2	82,6	82,2	81,7	81,8	81,8	81,8	81,9	81,9	84,9	84,5	84,1
İsviçre	55,0	54,7	55,1	55,4	56,9	57,7	58,3	58,4	59,5	59,1	59,1	65,2	65,5	64,1	64,2	64,7	66,1
İtalya	71,3	70,6	71,0	72,6	74,6	75,0	75,3	76,2	77,5	77,8	77,5	77,7	78,3	78,5	77,0	77,0	77,4
İzlanda	81,7	79,9	81,1	80,6	80,5	81,4	81,7	81,2	81,4	82,0	82,5	82,6	82,0	80,4	80,6	80,6	80,7
Japonya	80,8	80,1	80,1	80,4	81,0	80,8	80,0	80,3	81,2	80,3	81,2	81,2	81,3	81,9	82,4	82,6	83,2
Kanada	69,8	70,3	69,8	70,0	69,7	69,3	69,9	69,9	69,9	69,5	69,7	69,8	70,2	69,9	70,5	70,5	70,6
Kore	44,4	49,0	49,5	50,5	57,0	56,0	54,2	54,6	54,9	56,4	56,7	56,5	57,6	58,0	57,2	56,3	55,9
Lüksemburg	..	..	89,7	82,0	82,7	83,0	82,9	83,3	83,2	82,8	84,2	87,3	85,7	84,9	84,3	82,5	..
Macaristan	80,1	73,9	71,2	69,6	68,2	69,6	70,5	69,0	69,5	69,1	66,8	66,6	65,5	64,3	63,2	62,9	64,6
Meksika	44,7	46,0	46,8	45,2	43,8	42,7	41,5	43,5	42,2	42,8	43,8	44,5	45,2	47,1	49,9	50,1	51,1
Norveç	80,6	81,3	81,6	81,7	82,8	82,9	83,2	83,0	83,1	83,3	83,7	84,1	84,4	84,7	84,4	84,8	85,0
Polonya	69,1	68,8	70,1	68,9	71,0	70,4	69,2	67,7	68,7	69,2	70,1	71,7	71,7	71,7	70,9	70,0	70,6
Portekiz	64,4	66,0	66,5	71,2	71,5	73,3	71,6	71,6	71,8	69,7	69,3	69,0	70,4	70,0	67,8	65,4	66,0
Slovak Cumhuriyeti	91,7	91,6	89,4	89,2	89,1	89,0	87,8	77,6	75,3	70,0	69,3	70,5	69,2	71,9	73,8	72,2	74,2
Slovenya	75,0	75,5	75,7	74,0	73,3	73,4	72,8	73,4	73,5	73,1	71,5	73,6	73,1	73,3	73,3	71,8	71,0
Şili	47,1	48,1	49,9	52,1	53,5	54,5	36,6	37,9	37,6	40,4	41,3	42,9	46,7	46,9	46,9	47,5	46,1
Türkiye	71,6	71,9	60,0	61,7	67,3	70,0	71,2	71,7	67,7	68,9	68,8	72,7	80,5	78,0	79,1	79,2	78,4
Yeni Zelanda	77,3	77,0	77,5	78,0	76,4	77,9	78,3	79,6	79,7	80,1	82,4	80,6	80,7	80,6	80,4	80,1	79,8
Yunanistan	53,9	53,3	54,8	61,6	63,2	60,5	61,7	60,9	61,7	63,7	61,9	59,9	69,5	67,7	68,4	67,9	65,5
Ortalama	71,3	71,0	71,5	71,5	72,0	72,2	71,4	71,2	71,3	71,7	71,8	72,5	73,2	73,0	73,1	72,7	72,8

Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

Toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin payına bakıldığında; 1980 yılında % 96,5 ile ek Cumhuriyeti ilk sırada, ikinci sırada ise % 89,5 ile İngiltere ve üçüncü sırada % 88 ile Yeni Zelanda yer almaktadır. Bu gibi ölkelerde sağlık harcamalarının neredeyse tamamını kamu kesiminin finanse ettiği görölmektedir. Kamu kesiminin yaptığı sağlık harcamalarının en az olduğu ölkeler ise % 19,7 ile Kore, % 29,4 ile Türkiye ve % 41,9 ile ABD gibi ölkeler yer almaktadır. OECD'ye üye ölkelerdeki toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin yaptığı sağlık harcamalarının ortalamasında bakıldığında Kore, Şili, Türkiye, ABD, İsviçre gibi ölkelerin ortalamanın altında kaldığı görölmektedir.

2013 yılında ise toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun payının en fazla paya sahip olan öлке % 87,6 ile Hollanda, ikinci sırada ise % 86,6 İngiltere, üçüncü sırada ise % 84,3 ile Danimarka yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarının en az olduğu ölkeler ise % 48,2 ile ABD ve % 46,1 ile Şili yer almaktadır.

OECD üyesi ölkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin yaptığı sağlık harcamalarının payının ortalamasına bakıldığında ABD, Yunanistan, Şili ve Kore gibi ölkeler her zaman ortalamanın altında kalmıştır. Sonuç olarak bazı ölkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı artarken bazı ölkelerde azalma göstermiştir.

OECD üyesi ölkeleri uyguladığı sağlık sistemlerine göre sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin payına bakıldığında yıllar arasında bazı değişiklikler olsa da Beveridge Modelini uygulayan ölkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin daha fazladır. Bismarch Modelini uygulayan ölkeler ise toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı fazla olsa da Beveridge Modeline göre daha düşüktür. 2000 yılından sonra Beveridge Modelini uygulayan ölkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin payı azalmıştır. Bu ölkelerde özel sektöre doğru bir kayma olduğu görölmektedir. Beveridge ve Bismarch Modelini uygulayan ölkeler OECD üyesi ölkeler içerisinde toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin payının en fazla olduğu ölkelerdendir. Ulusal Sağlık Sistemini Modelini uygulayan ölkelerde ise toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin payı daha düşüktür.

4.1.3.Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı(%)

Özel kesim sağlık harcamaları cepten yapılan harcamalar ile özel sağlık sigortası harcamalarından oluşmaktadır. Bu harcamaların ülkelere göre yapılan toplam sağlık harcamalarındaki payı uyguladıkları sağlık sistemlerine göre değişiklik göstermektedir.



Tablo 10: 1980-2013 Yılları Arasında Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Özel Kesimin Payı (%)

Ülkeler	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Avustralya	37,1	38,7	41,1	37,1	28,5	28,5	29,7	29,9	31,8	32,6	33,8	34,0	34,2	34,3	34,5	33,6	34,2
ABD	58,1	58,1	58,5	58,6	59,3	59,8	59,1	58,8	60,1	60,1	59,9	58,4	57,0	55,9	54,4	54,0	54,0
Almanya	22,2	22,1	22,7	23,6	23,4	23,1	23,3	23,5	24,9	24,6	..	19,9	20,5	20,2	19,3	18,8	..
Avusturya	32,8	25,9	26,2	25,6	26,1	25,4	25,3	25,4	25,8	27,9	25,6	25,6	25,1	24,8	24,0	24,7	25,0
Belçika	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	23,2	21,8
Çek Cumhuriyeti	3,5	..	..	..	..	..	3,7	..	..	..	4,0	2,9	3,8	5,3	6,0	7,0	10,3
Danimarka	12,7	12,8	12,9	13,8	14,6	15,0	15,9	16,1	15,8	16,2	17,6	16,8	17,1	17,7	18,3	18,0	18,1
Estonya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Finlandiya	22,1	21,5	21,2	22,3	22,8	22,4	21,6	21,3	21,5	20,9	20,0	19,7	21,1	24,6	25,2	28,8	28,9
Fransa	20,4	..	..	..	..	22,0	..	..	..	..	24,0	24,4	24,1	24,2	24,7	20,9	21,0
Hollanda	26,8	26,4	25,7	26,4	26,3	26,7	29,3	28,8	29,4	28,0	28,8	27,2	23,6	22,7	23,6	24,6	30,1
İngiltere	10,5	10,9	12,2	12,3	12,9	13,9	14,0	14,6	14,9	15,7	15,7	16,4	16,2	15,6	16,2	15,9	15,9
İrlanda	19,2	18,0	18,1	19,9	22,3	23,5	24,5	26,3	27,7	26,1	26,8	26,3	25,7	25,2	25,5	25,9	26,5
İspanya	20,0	21,3	20,7	14,9	18,0	19,5	20,5	20,6	21,0	22,2	21,6	22,9	22,9	23,7	24,5	28,0	27,8
İsrail	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	29,1	27,5
İsveç	..	..	..	..	..	10,5	10,5	10,4	10,8	10,7	20,4	22,2	12,8	12,6	12,8	13,4	12,8
İsviçre	..	..	..	..	..	51,2	51,5	51,6	51,1	49,5	49,0	48,6	47,6	47,0	47,2	46,4	45,5
İtalya	..	..	..	..	..	..	..	..	18,9	20,0	18,7	18,9	19,2	21,4	23,7	28,7	28,7
İzlanda	12,3	11,8	11,5	11,0	13,7	13,6	14,1	13,3	13,4	14,0	13,8	13,8	15,6	17,1	16,9	16,5	17,1
Japonya	28,7	29,0	29,0	27,2	27,1	29,3	27,6	26,3	24,8	23,4	22,4	21,7	21,9	20,8	21,4	18,2	18,2
Kanada	23,9	23,6	23,2	23,2	23,9	24,4	24,9	25,0	25,3	25,5	25,7	25,7	26,2	27,6	28,5	29,1	29,4
Kore	80,3	80,5	76,4	72,8	70,0	68,2	70,3	69,4	66,8	66,3	61,0	63,7	63,1	62,3	61,9	60,8	58,1
Lüksemburg	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Macaristan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	11,9	13,1	13,6	13,8	17,1	19,3
Meksika	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	59,6	56,1	56,9	56,8	55,0	57,9	58,6
Norveç	1,8	1,7	3,0	3,3	2,8	3,7	3,8	2,6	6,4	7,9	17,2	16,0	15,5	15,7	15,6	16,1	16,3
Polonya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Portekiz	37,6	38,3	46,1	49,8	50,4	46,5	48,5	49,4	47,0	47,6	35,1	37,9	41,4	37,9	37,9	38,5	35,9
Slovak Cumhuriyeti	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Slovenya	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	22,3	23,8
Şili	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	51,8	52,8
Türkiye	76,5	..	..	..	59,4	51,4	60,5	63,1	50,7	43,1	40,1	37,1	33,0	33,6	31,1	29,7	30,8
Yeni Zelanda	12,0	4,8	12,0	11,4	13,0	13,0	13,7	12,8	14,4	14,2	17,6	17,8	21,0	23,4	22,5	22,8	23,3
Yunanistan	..	..	..	..	..	..	..	..	45,9	43,7	45,9	45,8	44,3	44,4	48,6	47,1	45,9
Ortalama	27,9	26,2	27,1	26,7	28,6	27,1	29,4	29,5	29,4	28,0	29,1	28,5	27,8	28,1	28,3	29,1	29,2

Ülkeler	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Avustralya	32,7	32,2	30,3	31,7	32,2	31,5	32,0	31,7	31,6	31,7	30,7	31,0	30,7	32,0	30,8	32,4	..
ABD	54,2	55,5	55,9	56,0	55,1	55,3	54,9	54,8	54,0	53,8	52,9	51,9	51,6	51,8	52,0	51,8	..
Almanya	20,0	20,6	20,8	21,4	21,4	21,9	22,4	24,2	24,4	24,5	24,6	24,5	24,2	24,3	24,5	24,4	23,7
Avusturya	24,5	24,6	24,4	24,5	25,0	25,2	25,5	25,5	24,9	24,4	24,3	23,5	23,5	23,9	23,9	23,6	23,8
Belçika	24,6	25,2	25,4	25,4	24,6	26,2	25,6	23,5	23,1	24,1	24,9	22,9	22,6	22,3	23,2	22,3	22,2
Çek Cumhuriyeti	10,6	10,5	10,0	10,2	10,6	10,0	10,6	11,2	13,2	13,7	15,3	17,9	16,7	16,7	16,1	16,3	15,9
Danimarka	18,3	19,0	16,8	16,9	16,6	16,2	16,1	16,5	16,3	16,1	16,3	16,0	15,5	15,4	15,3	14,8	15,7
Estonya	..	..	19,4	23,0	21,6	23,4	23,4	24,1	23,1	26,4	23,6	21,5	21,7	20,4	19,5	21,2	22,3
Finlandiya	28,6	28,0	28,8	29,0	28,4	27,9	27,6	27,0	26,5	25,5	25,8	25,5	25,4	25,9	25,3	24,7	25,0
Fransa	20,9	21,0	21,1	21,1	21,1	20,8	21,2	21,2	21,3	21,7	21,6	22,0	21,8	22,0	21,6	21,5	21,3
Hollanda	28,8	32,9	34,2	33,6	34,2	34,5	33,5	34,4	29,1	14,3	14,3	13,9	13,2	13,0	13,3	13,0	12,4
İngiltere	20,8	20,7	20,6	21,7	22,6	21,4	21,7	19,8	20,4	19,5	20,5	19,8	18,0	17,4	17,7	17,8	17,4
İrlanda	25,4	24,9	24,5	24,6	23,4	23,1	23,5	23,5	24,6	25,2	24,2	24,6	27,3	30,8	31,3	31,5	..
İspanya	27,8	28,1	28,2	28,6	29,0	29,0	30,2	30,0	29,6	28,9	28,4	27,4	25,4	26,0	26,7	28,3	..
İsrail	28,9	32,8	32,2	34,6	35,3	33,8	35,5	36,0	38,0	35,9	37,9	37,0	37,0	35,3	35,7	36,9	39,1
İsveç	14,1	14,2	14,1	14,5	18,2	17,8	17,4	17,8	18,3	18,2	18,2	18,2	18,1	18,1	15,1	15,5	15,9
İsviçre	45,0	45,3	44,9	44,6	43,1	42,3	41,7	41,6	40,5	40,9	40,9	34,8	34,5	34,9	34,8	34,3	32,9
İtalya	28,8	29,4	29,0	27,4	25,4	25,0	24,7	23,8	22,5	22,2	22,5	22,3	21,7	21,5	23,0	23,0	22,6
İzlanda	18,3	20,1	18,9	19,4	19,5	18,6	18,3	18,8	18,6	18,0	17,5	17,4	18,0	19,6	19,4	19,4	19,3
Japonya	19,2	19,9	19,9	19,6	19,0	19,2	20,0	19,7	18,8	19,7	18,8	18,8	18,7	18,1	17,6	17,4	16,8
Kanada	30,2	29,7	30,2	30,0	30,3	30,7	30,1	30,1	30,1	30,5	30,3	30,2	29,8	30,1	29,5	29,5	29,4
Kore	55,6	51,0	50,5	49,5	43,0	44,0	45,8	45,4	45,1	43,6	43,3	43,5	42,4	42,0	42,8	43,7	44,1
Lüksemburg	..	..	10,3	18,0	17,3	17,0	17,1	16,7	16,8	17,2	15,8	12,7	14,3	15,1	15,7	17,5	..
Macaristan	19,9	26,1	28,8	30,4	31,8	30,4	29,5	31,0	30,5	30,9	33,2	33,4	34,5	35,7	36,8	37,1	35,4
Meksika	55,3	54,0	53,2	54,8	56,2	57,3	58,5	56,5	57,8	57,2	56,2	55,5	54,8	52,9	50,1	49,9	48,9
Norveç	19,4	18,7	18,4	18,3	17,2	17,1	16,8	17,0	16,9	16,7	16,3	15,8	15,5	15,3	15,6	15,2	15,0
Polonya	..	..	29,9	31,1	29,0	29,6	30,8	32,3	31,3	30,8	29,9	28,3	28,3	28,3	29,1	30,0	29,2
Portekiz	35,6	34,0	33,5	28,8	28,5	26,7	28,4	28,4	28,2	30,3	30,7	31,0	29,6	30,0	32,2	34,6	34,0
Slovak Cumhuriyeti	8,3	8,4	10,6	10,8	10,9	11,0	12,2	22,4	24,7	30,0	30,7	29,5	30,8	28,1	26,2	27,8	25,8
Slovenya	25,0	24,5	24,3	26,0	26,7	26,6	27,2	26,6	26,5	26,9	28,5	26,4	26,9	26,7	26,7	28,2	29,0
Şili	52,9	51,9	50,1	47,9	46,5	45,5	63,4	62,1	62,4	59,6	58,7	57,1	53,3	53,1	53,1	52,5	53,9
Türkiye	28,4	28,1	40,0	38,3	32,7	30,0	28,8	28,3	32,3	31,1	31,2	27,3	19,5	22,0	20,9	20,8	21,6
Yeni Zelanda	22,7	23,0	22,5	22,0	23,6	22,1	21,7	20,4	20,3	19,9	17,6	19,4	19,3	19,4	19,6	19,9	20,2
Yunanistan	46,1	46,7	45,2	38,4	36,8	39,5	38,3	39,1	38,3	36,3	38,1	40,1	30,5	32,3	31,4	32,0	33,7
Ortalama	28,7	29,1	28,4	28,6	28,1	28,0	28,7	28,9	28,8	28,4	28,4	27,7	26,9	27,1	26,9	27,3	27,3

Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel kesimin payına bakıldığında; 1980 yılında özel kesim sağlık harcamalarının en fazla paya sahip olduğu ülke % 80,3 ile Kore, ikinci sırada ise % 76,5 ile Türkiye ve nc sırada ise % 58,1 ile ABD yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının en az olduğu ülkeler ise % 1,8 ile Norveç % 3,5 ile ek Cumhuriyeti ve % 10,5 ile İngiltere yer almaktadır. OECD yesi olan Şili, Yunanistan ve İsviçre gibi bazı lkelerde toplam sağlık harcamasının yaklaşık yarısını özel kesim karşılamaktadır. ABD’ de ise sağlık harcamalarının yarısından fazlasını özel kesim karşılamaktadır. OECD yesi lkelerde özel kesimin yaptığı sağlık harcamaları ortalamasına bakıldığında; Yeni Zelanda, Slovakya Cumhuriyeti, Lüksemburg, İzlanda, Almaya ve ek Cumhuriyeti gibi bazı ülkeler ortalamanın altında kalmıştır.

2013 yılına gelindiğinde ise; % 53,9 ile Şili ilk sırada yer alırken, ikinci sırada % 51,8 ile ABD ve % 48,9 ile Meksika nc sırada yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamasının en az olduğu ülkeler, % 15 ile Norveç, % 15,7 ile Danimarka ve % 15,9 ile İsveç ve ek Cumhuriyeti gibi ülkelerdir. OECD yesi lkelerde özel kesimin yaptığı sağlık harcamalarının ortalamasına bakıldığında; Japonya, İzlanda, İsveç, İspanya, ek Cumhuriyeti ve Almanya gibi bazı ülkeler ortalamanın altında kalmıştır. Türkiye, Yunanistan, İspanya, Hollanda gibi bazı lkelerde özel kesimin yaptığı sağlık harcamalarının payı düşerken Şili, Slovakya Cumhuriyeti, Macaristan, ek Cumhuriyeti, Şili ve ABD gibi bazı lkelerde ise özel kesimin payı artmıştır. ABD’de sağlık harcamalarının yarısından fazlasını özel kesim tarafından karşılanmaktadır.

OECD yesi ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemlerine göre toplam sağlık harcaması içerinde özel kesimin payına bakıldığında; Beveridge Modelini uygulayan lkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde özel kesimin payı düşüktür. Bismarch Modelini uygulayan lkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde özel kesimin payı düşük olsa da Beveridge Modeline göre özel kesimin payı daha yüksektir. Ulusal Sağlık Sistemini uygulayan lkelerde ise; toplam sağlık harcamaları içerisinde özel kesimin payı diğer modeli uygulayan ülkelerden daha yüksektir.

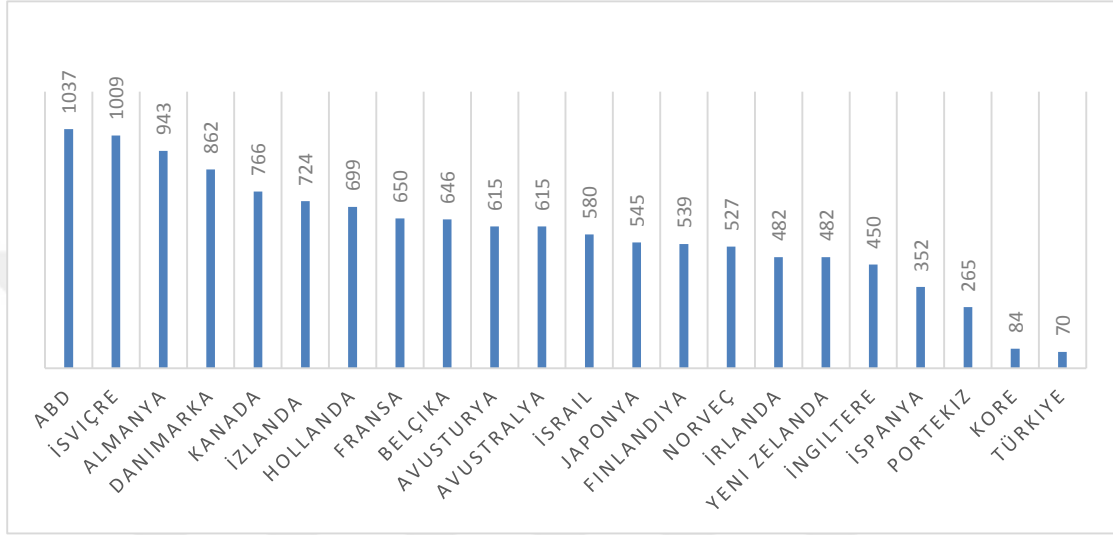
4.2. OECD-TÜRKİYE KARşILAşTIRILMASI

OECD yesi ülkeler dünya nüfusunun yaklaşık % 20 sini oluşturmasına rağmen çok fazla sağlık harcaması yapmaktadır.

4.2.1. Kişi Başı Sağlık Harcamasına Göre Karşılaştırılması

Kişi başına sağlık harcamaları ülkelerin zenginlik seviyeleri ile doğru orantılıdır. Gelişmiş ve Batı Avrupa ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcaması diğer ülkelerden daha fazla olmaktadır.

Grafik 6: OECD Üyesi Ülkelerin 1980 Yılında Kişi Başı Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$)

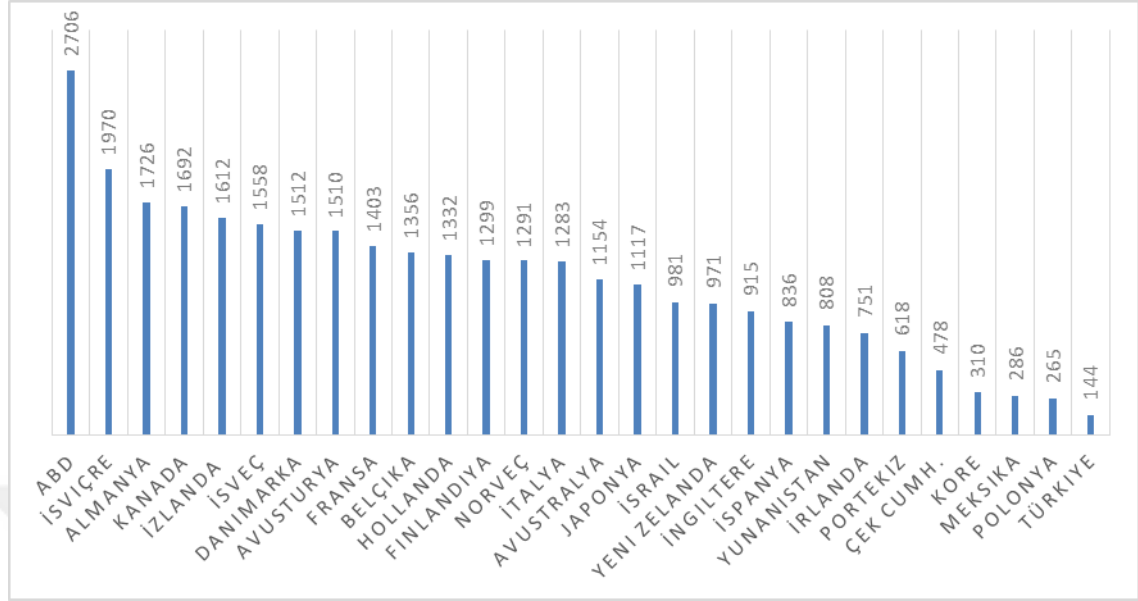


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 1980 yılı kişi başı sağlık başına düşen sağlık harcamasına göre sıralamasına bakıldığında; ABD 1037 dolar ile ilk sırada, ikinci sırada 1009 dolar ile İsviçre ve üçüncü sırada 943 dolar ile Almanya en fazla kişi başı sağlık harcaması yapan ülkelerdir. En kişi başı sağlık harcaması yapan ülkeler ise sondan ilk sırada 70 dolar ile Türkiye, sondan ikinci sırada 84 dolar ile Kore, sondan üçüncü sırada ise 265 dolar ile Portekiz kişi başına sağlık harcaması yapan ülkedir.

Grafik 7: OECD Üyesi Ülkelerin 1990 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları(\$)

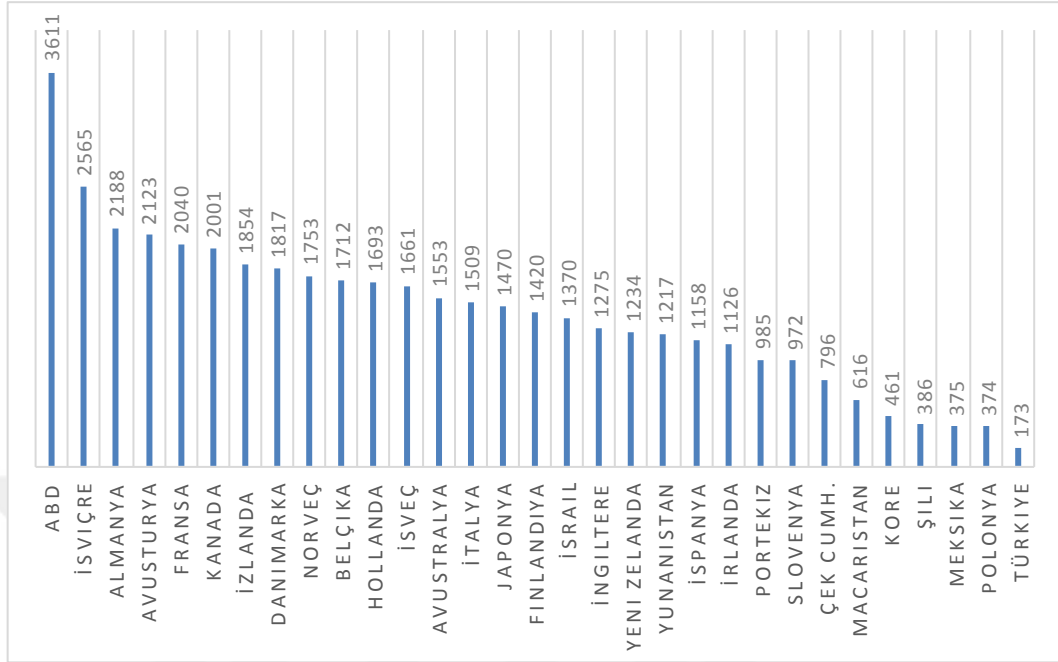


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 1990 yılında kişi başına düşen sağlık harcamasına göre sıralamasına bakıldığında; ABD 2706 dolar kişi başı sağlık harcaması yaparak ilk sırada yer alırken, ikinci sırada 1970 dolar ile İsviçre, üçüncü sırada 1726 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Almanya yer almaktadır. En az kişi başı sağlık harcaması yapan ülkeler ise; 144 dolar kişi başı sağlık harcaması yaparak sondan ilk sırada Türkiye, sondan ikinci sırada 265 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Polonya, sondan üçüncü sırada ise 286 kişi başı sağlık harcaması ile Meksika yer almaktadır. Türkiye 1980 yılında 70 dolar kişi başı sağlık harcaması yaparken 1990 yılına gelindiğinde ise 144 dolara yükselmiştir. OECD üyesi tüm ülkelerin kişi başına düşen sağlık harcaması 1980 yılından 1990 yılına gelindiğinde artış göstermiştir.

Grafik 8: OECD Üyesi Ülkelerin 1995 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$)

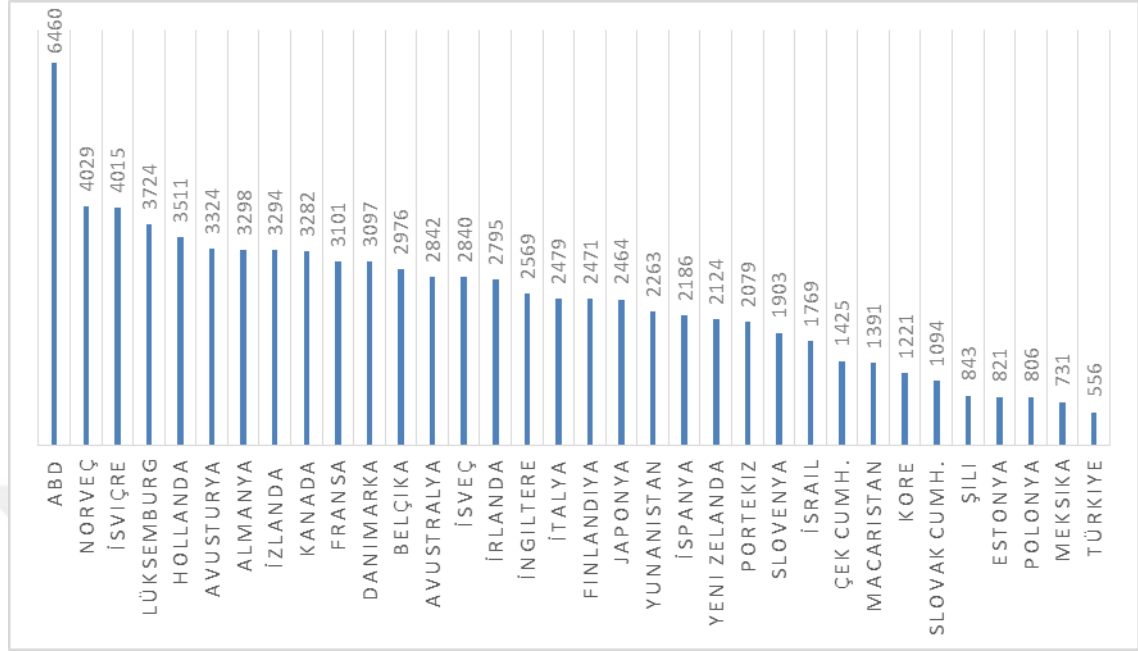


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 1995 yılında kişi başına düşen sağlık harcamalarına göre sıralamasına bakıldığında; ABD 3611 dolar kişi başına sağlık harcaması yaparak ilk sırada yer alırken, ikinci sırada 2565 dolar ile İsviçre ikinci sırada, üçüncü sırada ise 2188 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Almanya yer almaktadır. Kişi başına en az sağlık harcaması yapan ülkeler ise; sondan ilk sırada 173 dolar kişi başına sağlık harcaması ile Türkiye, sondan ikinci sırada 374 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Polonya, sondan üçüncü sırada ise 375 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Meksika yer almaktadır. Türkiye 1990 yılında 144 dolar kişi başı sağlık harcaması yaparken 1995 yılında 173 dolara düşmüştür. Türkiye’de kişi başı sağlık harcamasındaki bu düşüşe sebep olarak 1994 yılında yaşanan kriz gösterilebilir. OECD üyesi olan tüm ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcaması 1990 yılından 1995 yılına gelindiğinde artış göstermektedir.

Grafik 9: OECD Üyesi Ülkelerin 2000 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$)

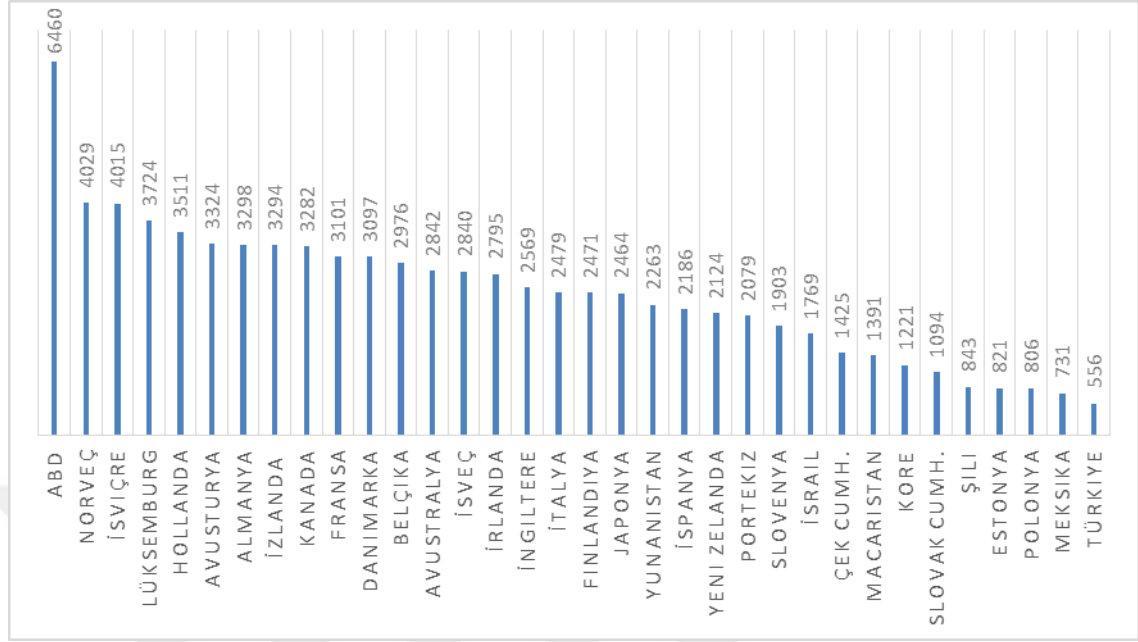


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2000 yılı kişi başına düşen sağlık harcamalarının sıralamasına bakıldığında; ABD 4751 dolar kişi başı sağlık harcaması ile sırada yer alırken, ikinci sırada 3223 dolar ile İsviçre, üçüncü sırada 2837 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Norveç yer almaktadır. Kişi başına en az sağlık harcaması yapan ülkeler ise; sondan ilk sırada 414 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Türkiye, sondan ikinci sırada ise 484 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Meksika, sondan üçüncü sırada ise 501 dolar ile Estonya yer almaktadır. 1995 yılında 173 dolar sağlık harcaması 2000 yılında 414 dolara yükselmiştir. OECD üyesi ülkelerde 1995 yılından 2000 yılına gelindiğinde kişi başına düşen sağlık harcaması artış göstermiştir.

Grafik 10: OECD Üyesi Ülkelerin 2005 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$)

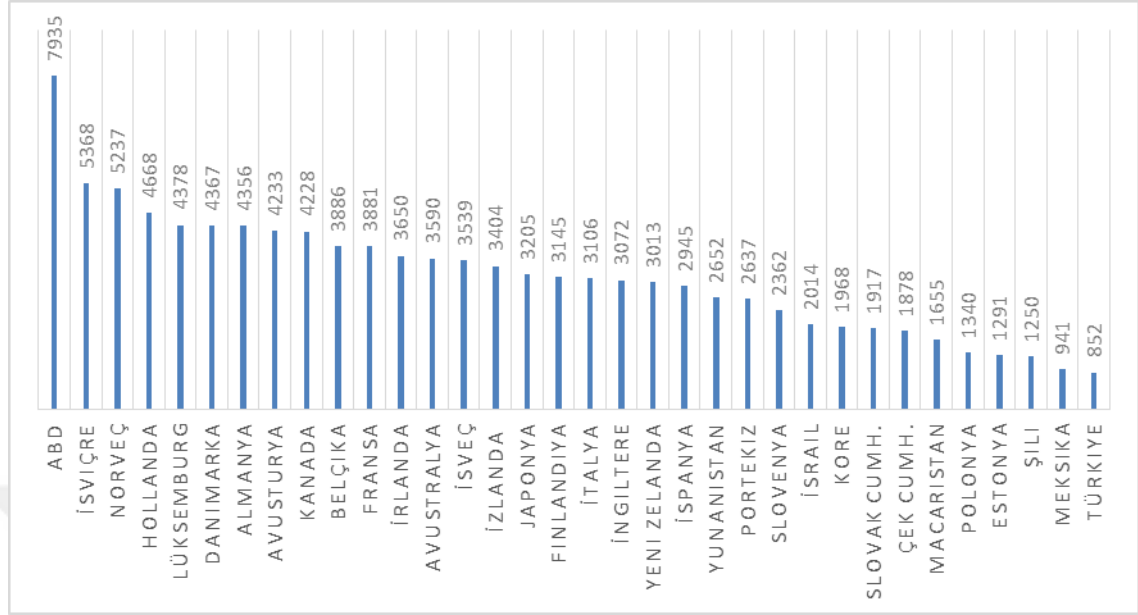


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2005 yılında kişi başına düşen sağlık harcamasına göre sıralamasına bakıldığında; ABD 6460 dolar kişi başı sağlık harcaması yaparak ilk sırada yer alırken, ikinci sırada 4029 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Norveç, üçüncü sırada ise 4015 dolar kişi başı sağlık harcaması ile İsviçre en fazla kişi başı sağlık harcaması yapan ülkelerdir. En az kişi başı sağlık harcaması yapan ülkeler ise; 556 dolar kişi başı sağlık harcaması yaparak Türkiye sondan ilk sırada yer alırken, sondan ikinci sırada 731 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Meksika, sondan üçüncü sırada 806 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Polonya yer almaktadır. Türkiye’de kişi başın sağlık harcaması 2000 yılında 414 dolar iken 2005 yılında 556 dolara yükselmiştir. OECD üyesi tüm ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcaması 2000 yılından 2005 yılına gelindiğinde artış göstermiştir.

Grafik 11: OECD Üyesi Ülkelerin 2010 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$)

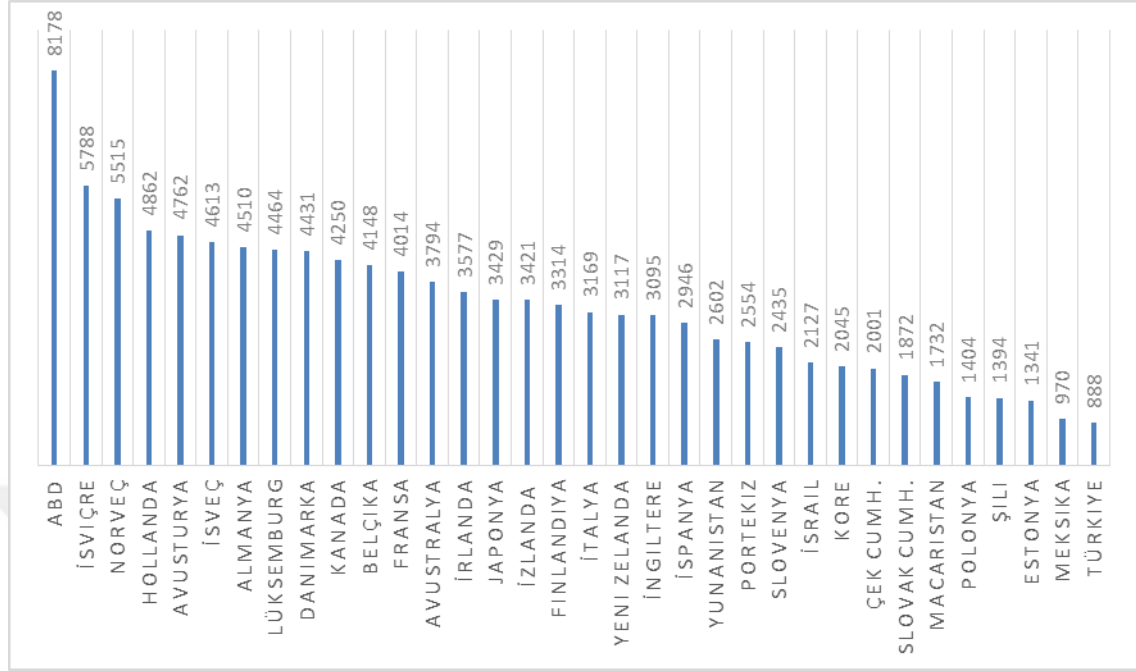


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2010 yılında kişi başına düşen sağlık harcamasına göre bakıldığında; 7935 dolar kişi sağlık harcaması yaparak ABD ile sırada yer alırken, ikinci sırada 5368 dolar kişi başı sağlık harcaması ile İsviçre ikinci sırada, üçüncü sırada ise 5237 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Norveç en fazla kişi sağlık harcaması yapan ülkelerdir. Kişi başına en az sağlık harcaması yapan ülkeler ise; 852 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Türkiye sondan ilk sırada, sondan ikinci sırada 941 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Meksika, sondan üçüncü sırada ise 1250 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Şili yer almaktadır. Türkiye'nin kişi sağlık harcaması 2005 yılında 556 dolar iken 2010 yılında 852 dolara yükselmiştir. OECD üyesi tüm ülkelerin kişi başı sağlık harcaması 2005 göre yılına artış göstermiştir.

Grafik 12: OECD Üyesi Ülkelerin 2011 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$)

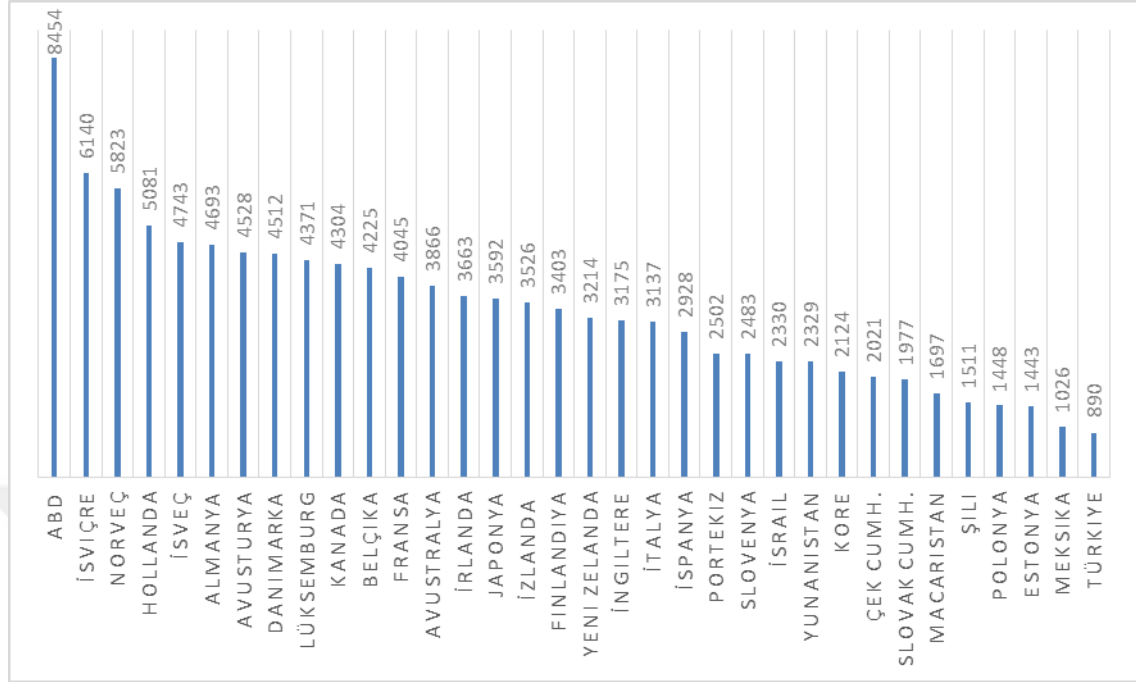


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2011 yılında kişi başına düşen sağlık harcamasına göre bakıldığında; 8178 dolar kişi sağlık harcaması yaparak ABD ile sırada yer alırken, ikinci sırada 5788 dolar kişi başı sağlık harcaması ile İsviçre, üçüncü sırada ise 5515 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Norveç en fazla kişi başı sağlık harcaması yapan ülkelerdir. Kişi başına en sağlık harcaması yapan ülkeler ise 888 dolar kişi başı sağlık harcaması yapan Türkiye sondan ilk sırada, sondan ikinci sırada 970 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Meksika, sondan üçüncü sırada ise 1341 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Estonya yer almaktadır. Türkiye'nin kişi sağlık harcaması 2010 yılında 852 dolar iken 2011 yılında 888 dolara yükselmiştir. OECD üyesi tüm ülkelerin kişi başı sağlık harcaması 2010 göre yılına artış göstermiştir.

Grafik 13: OECD Üyesi Ülkelerin 2012 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$)

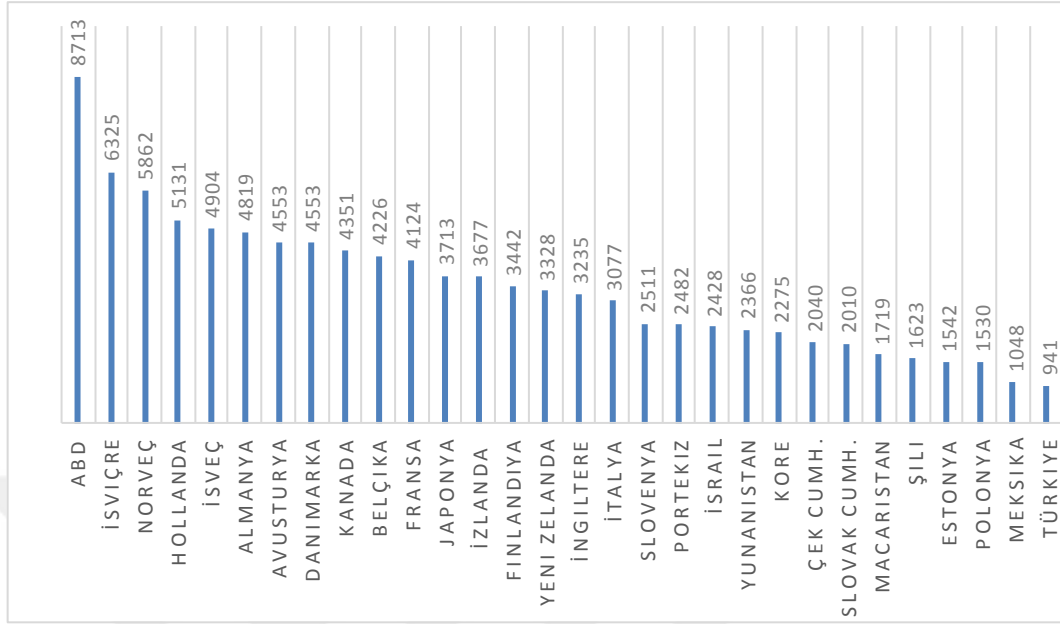


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2012 yılında kişi başına düşen sağlık harcamasına bakıldığında; 8454 dolar kişi sağlık harcaması yaparak ABD ilk sırada yer alırken ikinci sırada 6140 dolar kişi başı sağlık harcaması ile İsviçre, üçüncü sırada ise 5823 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Norveç en fazla sağlık harcaması yapan ülkelerdir. Kişi başına en sağlık harcaması yapan ülkeler ise; 890 dolar kişi başı sağlık harcaması yapan Türkiye son dan ilk sırada, 1026 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Meksika son dan üçüncü sırada 1443 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Estonya yer almaktadır. Türkiye'nin kişi sağlık harcaması 2011 yılında 888 dolar iken 2012 yılında 890 dolara yükselmiştir. OECD üyesi tüm ülkelerin kişi başı sağlık harcaması 2012 yılına artış göstermiştir.

Grafik 14: OECD Üyesi Ülkelerin 2013 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamasına Göre Sıralamaları (\$)



Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

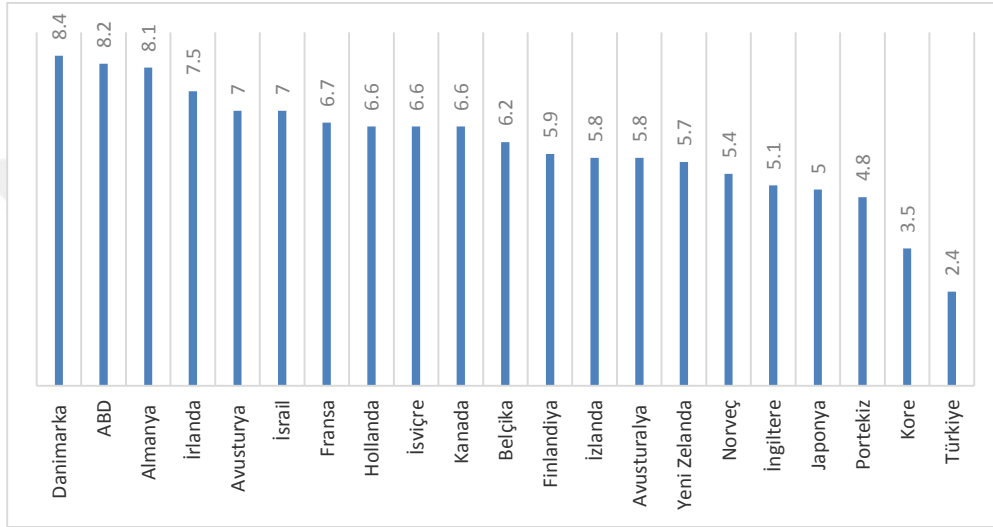
OECD üyesi ülkelerin 2013 yılında kişi başına düşen sağlık harcamasına bakıldığında; 8713 dolar kişi sağlık harcaması yaparak ABD ile sırada yer alırken, ikinci sırada 6325 dolar kişi başı sağlık harcaması ile İsviçre, üçüncü sırada 5862 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Norveç en fazla kişi başı sağlık harcaması yapan ülkelerdir. Kişi başına en sağlık harcaması yapan ülkeler ise; 941 dolar kişi başı sağlık harcaması yapan Türkiye sondan ilk sırada, 1048 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Meksika sondan ikinci sırada, 1530 dolar kişi başı sağlık harcaması ile Polonya sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'nin kişi sağlık harcaması 2012 yılında 890 dolar iken 2013 yılında 941 dolara yükselmiştir. OECD üyesi tüm ülkelerin kişi başı sağlık harcaması 2012 yılına artış göstermiştir.

Genel olarak bakıldığında; OECD üyesi ülkelere 1980 yılından 2013 yılına kadar kişi başı sağlık harcaması sürekli artmıştır. Türkiye OECD üyesi ile kıyaslandığında her zaman son sıralarda yer alsa da kişi başı sağlık harcaması sürekli artmıştır.

4.2.2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranlarına Göre Karşılaştırılması

OECD üyesi ülkelerde toplam sağlık harcaması bütçe içerisinde önemli bir yere sahiptir. Ülkelerin gelişmesi için toplumun sağlıklı bir yapıya sahip olması gerekir. Bu yüzden ülkeler sağlık harcamalarına önem vermektedir.

Grafik 15: OECD Üyesi Ülkelerin 1980 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%)

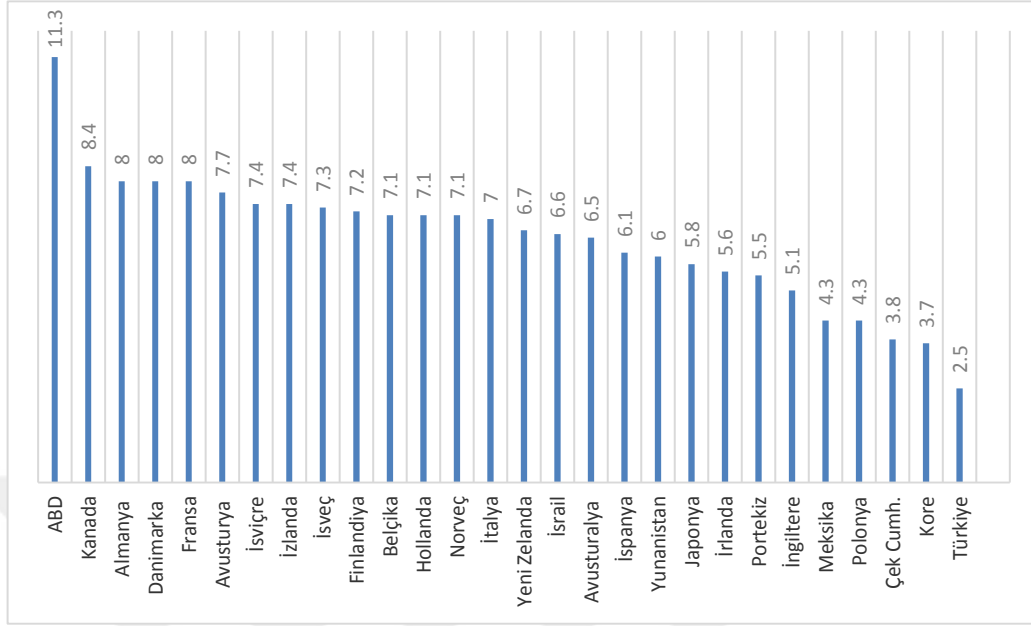


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 1980 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına göre sıralamasına bakıldığında; toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı en fazla olan ülkeler; % 8,4 ile Danimarka ilk sırada, % 8,2 ile ABD ve İsveç ikinci sırada, % 8,1 ile Almanya üçüncü sırada yer almaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı en az olan ülkeler; % 2,4 ile Türkiye sondan ilk sırada, % 3,5 ile Kore sondan ikinci sırada, % 4,8 ile Portekiz sondan üçüncü sırada yer almaktadır.

Grafik 16: OECD Üyesi Ülkelerin 1990 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%)

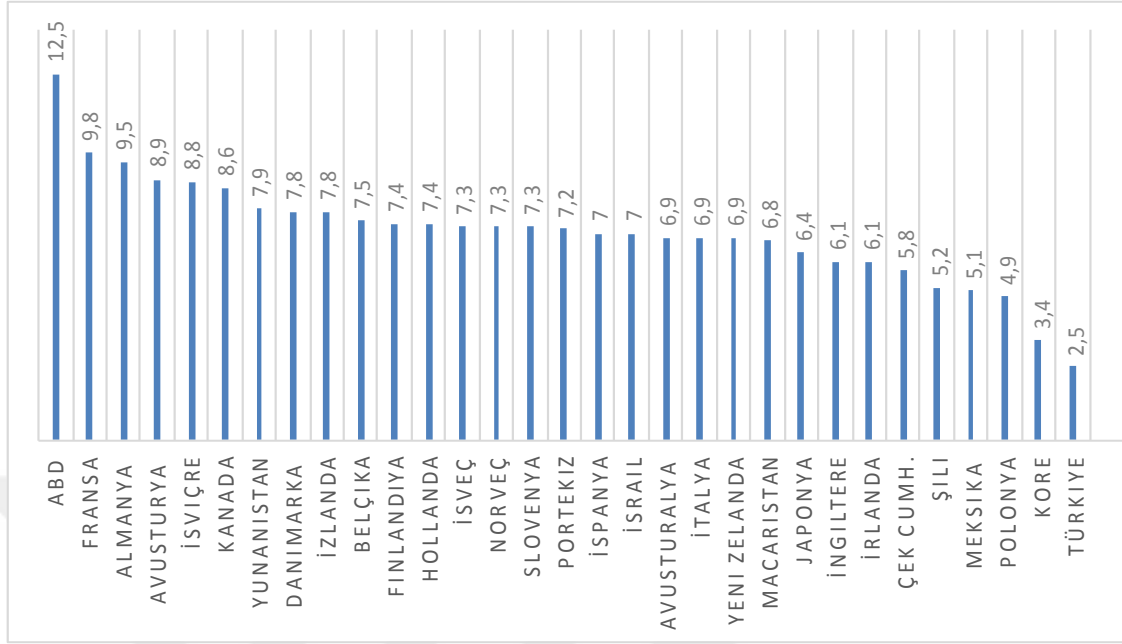


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 1990 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına göre sıralamasına bakıldığında; toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı en fazla olan ülkeler; % 11,3 ile ABD ilk sırada, % 8,4 ile Kanada ikinci sırada, % 8 ile Almanya, Fransa ve Danimarka üçüncü sırada yer almaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı en az olan ülkeler; % 2,5 ile Türkiye sondan ilk sırada, % 3,7 ile Kore sondan ikinci sırada, % 3,8 ile Çek Cumhuriyeti sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının 1980 yılında % 2,4 iken 1990 yılında % 2,5'ye yükselmiştir. OECD üyesi tüm ülkelerde toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 1980 yılından 1990 yılına gelindiğinde artış göstermiştir.

Grafik 17: OECD Üyesi Ülkelerin 1995 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%)

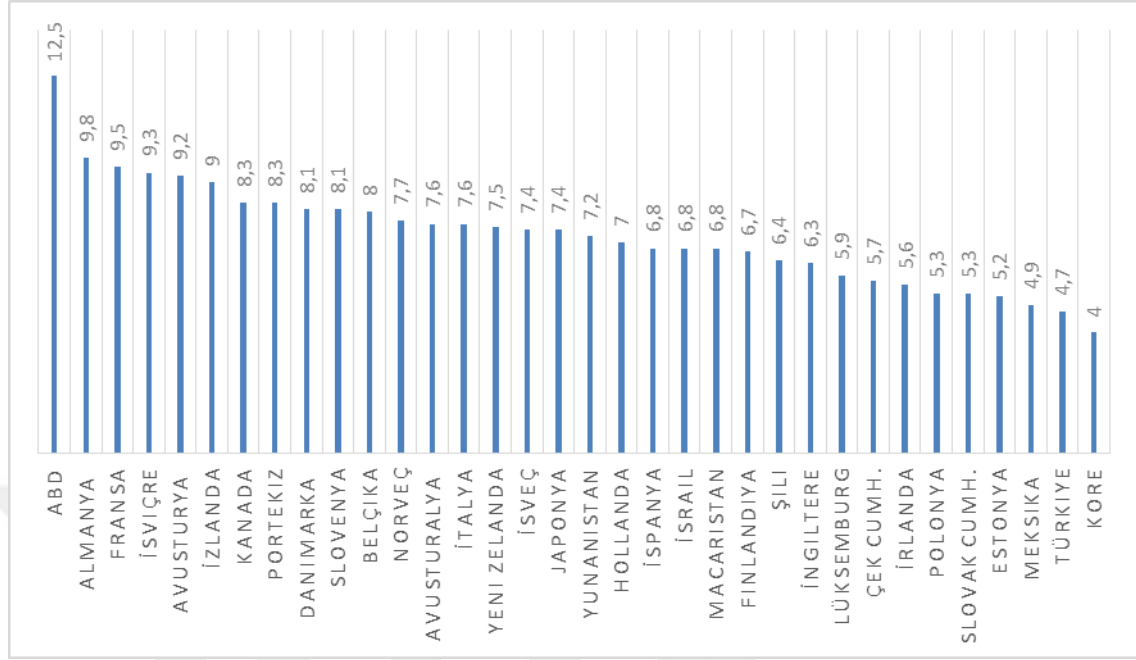


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 1995 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına göre sıralamasına bakıldığında; toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı en fazla olan ülkeler; % 12,5 ile ABD ilk sırada, % 9,8 ile Fransa ikinci sırada, % 9,5 ile Almanya üçüncü sırada yer almaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı en az olan ülkeler; % 2,5 ile Türkiye sondan ilk sırada, % 3,4 ile Kore sondan ikinci sırada, % 4,9 ile Polonya sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının 1990 yılında % 2,4 iken 1995 yılında % 2,5'e yükselmiştir. OECD üyesi ülkelere göre Kore hariç diğer ülkelerin toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 1990 yılından 1995 yılına gelindiğinde artış göstermiştir.

Grafik 18: OECD Üyesi Ülkelerin 2000 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%)

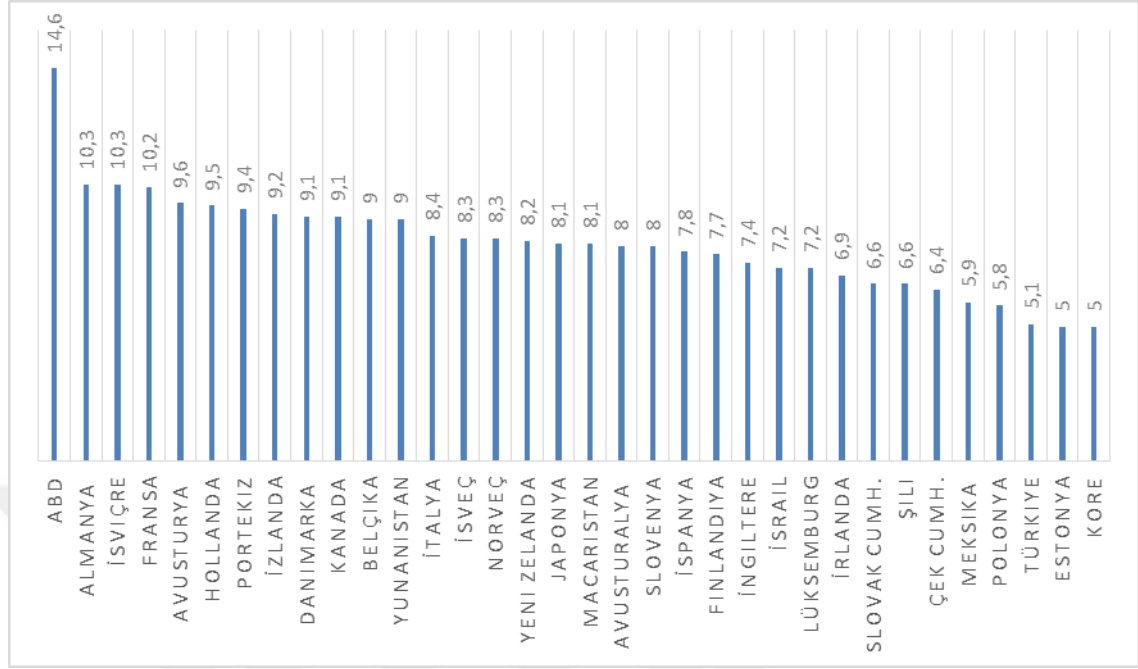


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına göre sıralamasına bakıldığında; toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı en fazla olan ülkeler; % 12,5 ile ABD ilk sırada, % 9,8 ile Almanya ikinci sırada, % 9,5 ile Fransa üçüncü sırada yer almaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı en az olan ülkeler; % 4 ile Kore sondan ilk sırada, % 4,7 ile Türkiye sondan ikinci sırada, % 4,9 ile Meksika sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının 1995 yılında % 2,5 iken 2000 yılında % 4,7'ye yükselmiştir. Türkiye 1995 yılında OECD ülkelerinin sıralamasında son sırada yer alırken 2000 yılından sondan bir önceki sıraya yükselmiştir. OECD üyesi tüm ülkelerde toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 1995 yılından 2000 yılına gelindiğinde artış göstermiştir.

Grafik 19: OECD Üyesi Ülkelerin 2005 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%)

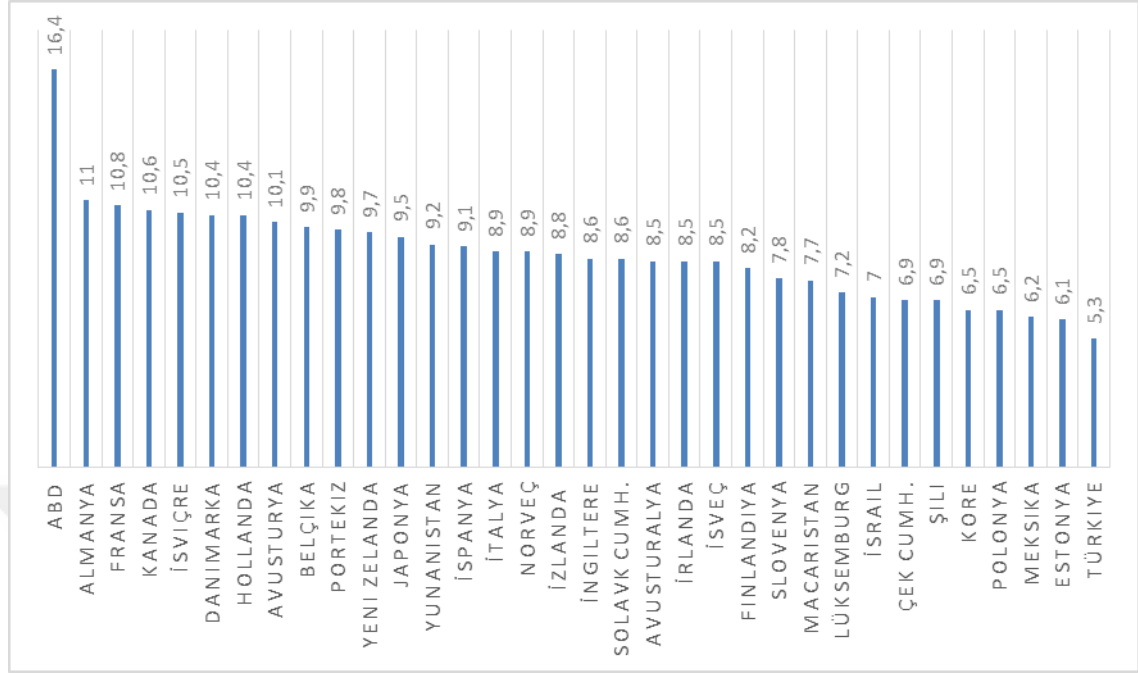


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2005 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına göre sıralamasına bakıldığında; toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı en fazla olan ülkeler; % 14,6 ile ABD ilk sırada, % 10,3 ile Almanya ve İsviçre ikinci sırada, % 10,2 ile Fransa üçüncü sırada yer almaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı en az olan ülkeler; % 5 ile Kore ve Estonya sondan ilk sırada, % 5,1 ile Türkiye sondan ikinci sırada, % 5,8 ile Polonya sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının 2000 yılında %4,7 iken 1990 yılında % 5,1'e yükselmiştir. OECD üyesi tüm ülkelerde toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 2000 yılından 2005 yılına gelindiğinde artış göstermiştir.

Grafik 20: OECD Üyesi Ülkelerin 2010 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%)

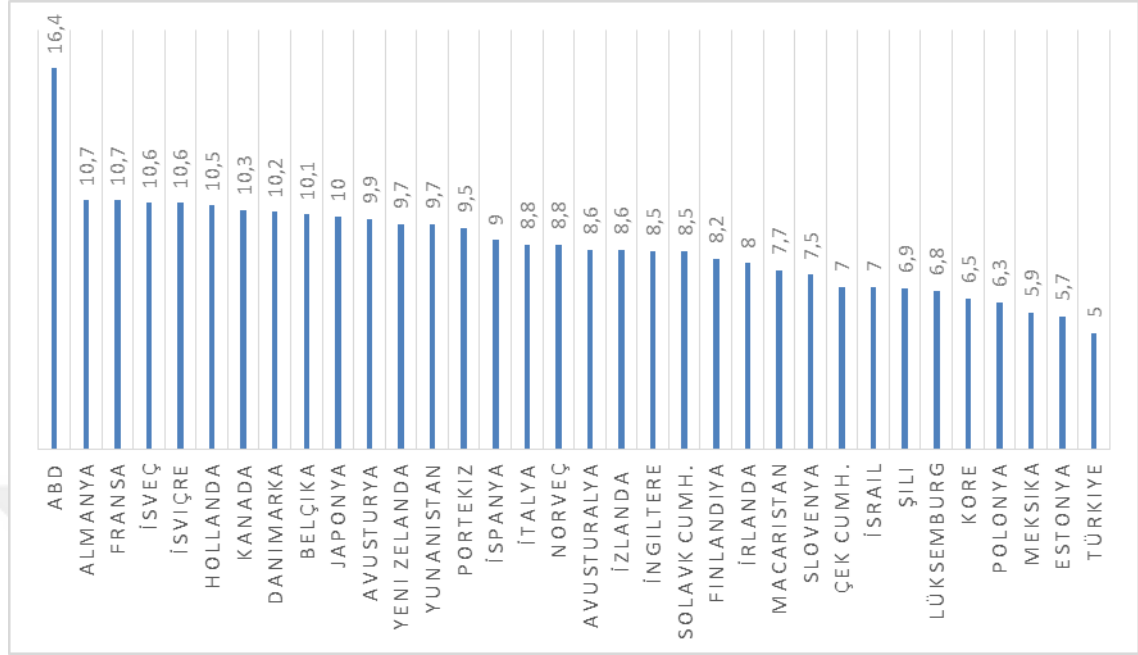


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2010 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına göre sıralamasına bakıldığında; toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı en fazla olan ülkeler; % 16,4 ile ABD ilk sırada, % 11 ile Almanya ikinci sırada, %10,8 ile Fransa üçüncü sırada yer almaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı en az olan ülkeler; % 5,3 ile Türkiye sondan ilk sırada, % 6,1 ile Estonya sondan ikinci sırada, % 6,2 ile Meksika sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının 2005 yılında % 5,1 iken 2010 yılında % 5,3'e yükselmiştir. OECD üyesi tüm ülkelerde toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 2005 yılından 2010 yılına gelindiğinde artış göstermiştir. Türkiye 2000-2005 yılında OECD ülkeleri sıralamasında son sıra değilken 2010 yılında sonra sıraya gelmiştir.

Grafik 21: OECD Üyesi Ülkelerin 2011 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%)

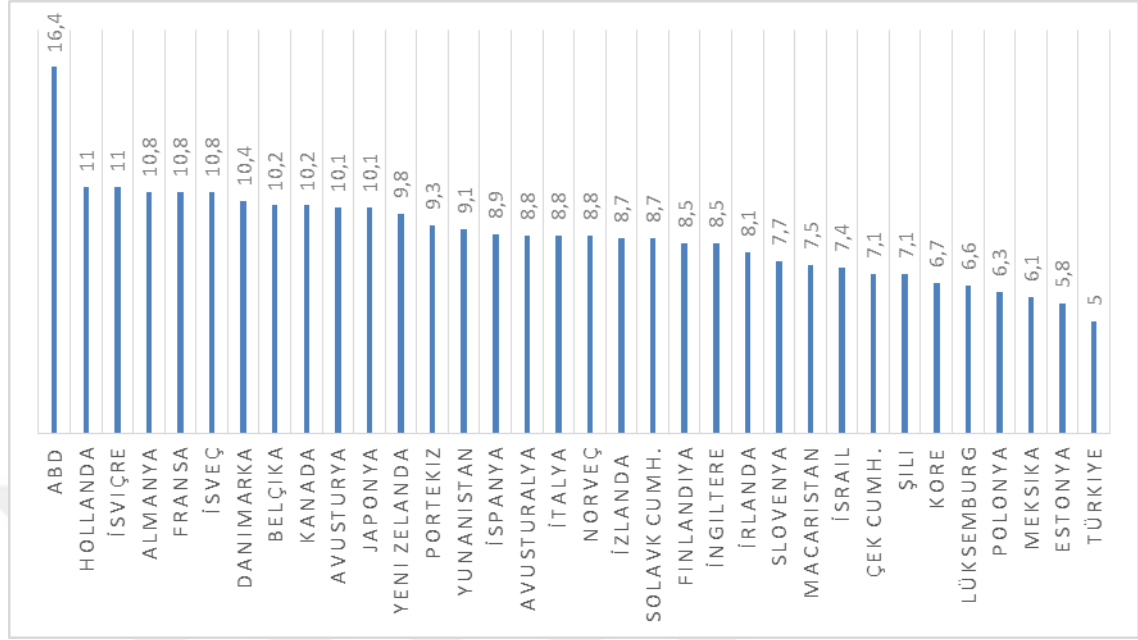


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2011 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına göre sıralamasına bakıldığında; toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı en fazla olan ülkeler; % 16,4 ile ABD ilk sırada, % 10,7 ile Almanya ve Fransa ikinci sırada, % 10,6 ile İsveç üçüncü sırada yer almaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı en az olan ülkeler; % 5 ile Türkiye sondan ilk sırada, % 5,7 ile Estonya sondan ikinci sırada, % 5,9 ile Meksika sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının 2010 yılında % 5,3 iken 2011 yılında % 5'e düşmüştür.

Grafik 22: OECD Üyesi Ülkelerin 2012 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%)

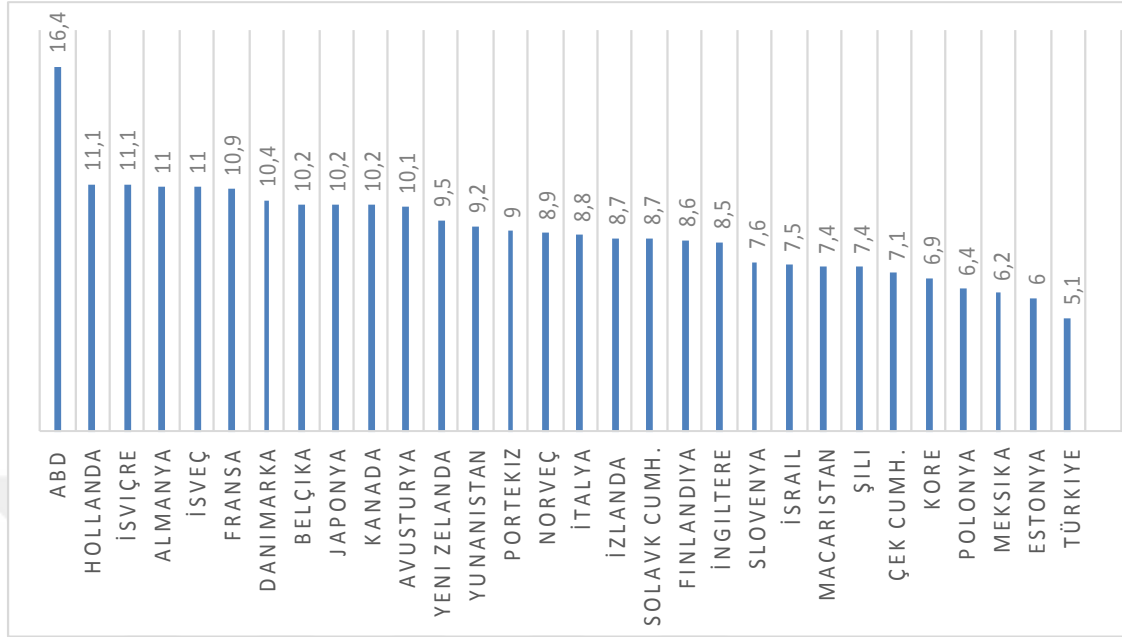


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2012 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına göre sıralamasına bakıldığında; toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı en fazla olan ülkeler; % 16,4 ile ABD ilk sırada, % 11 ile Hollanda ve İsviçre ikinci sırada, % 10,8 ile Almanya üçüncü sırada yer almaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı en az olan ülkeler; % 5 ile Türkiye sondan ilk sırada, % 5,8 ile Estonya sondan ikinci sırada, % 6,1 ile Meksika sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının 2010 yılında % 5 iken 2011 yılında % 5 olarak kalmıştır.

Grafik 23: OECD Üyesi Ülkelerin 2013 Yılında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranına Göre Sıralamaları (%)



Kaynak: OECD Stats Health Data.

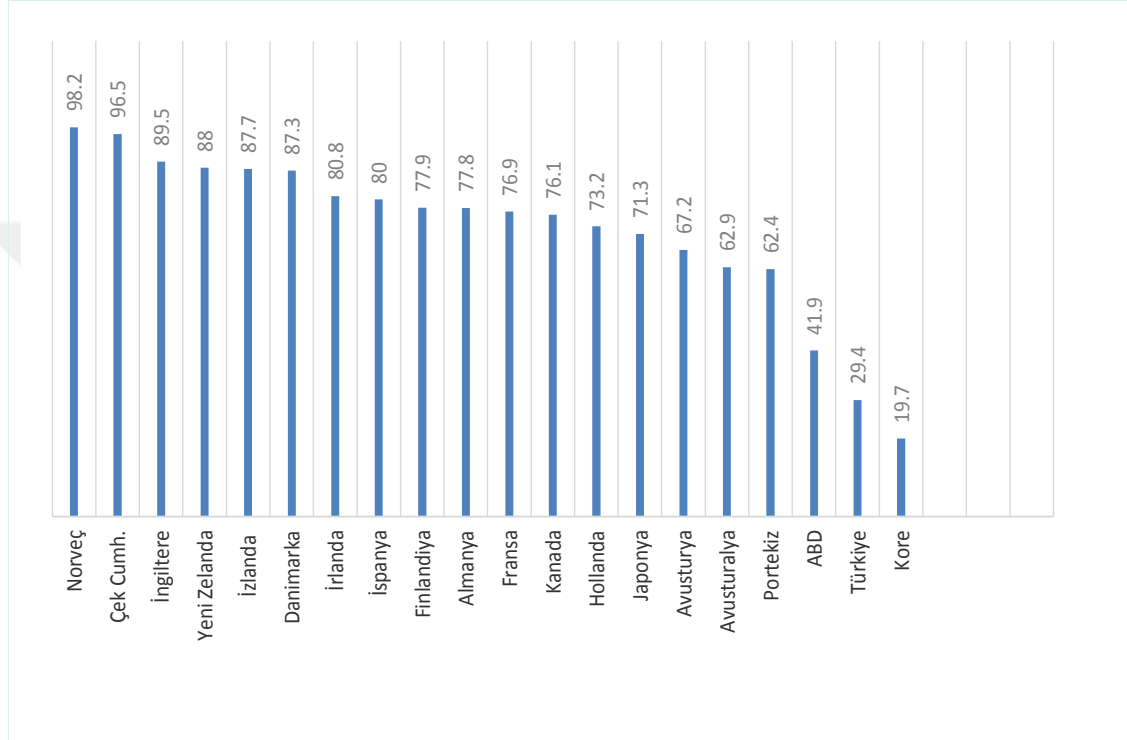
(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerin 2013 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranına göre sıralamasına bakıldığında; toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı en fazla olan ülkeler; % 16,4 ile ABD ilk sırada, % 11,1 ile Hollanda ve İsviçre ikinci sırada, % 11 ile Almanya ve İsveç üçüncü sırada yer almaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı en az olan ülkeler; % 5,1 ile Türkiye sondan ilk sırada, % 6 ile Estonya sondan ikinci sırada, % 6,2 ile Meksika sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının 2012 yılında % 5 iken 2013 yılında % 5,1'e yükselmiştir.

4.2.3. Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarına Göre Karşılaştırılması

OECD üyesi olan bazı ülkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı daha fazla iken bazı ülkelerde ise özel kesiminin payı daha fazla olabilmektedir. Ülkelerin kullandıkları sağlık sistemi modellerine göre değişmektedir.

Grafik 24: OECD Üyesi Ülkelerin 1980 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

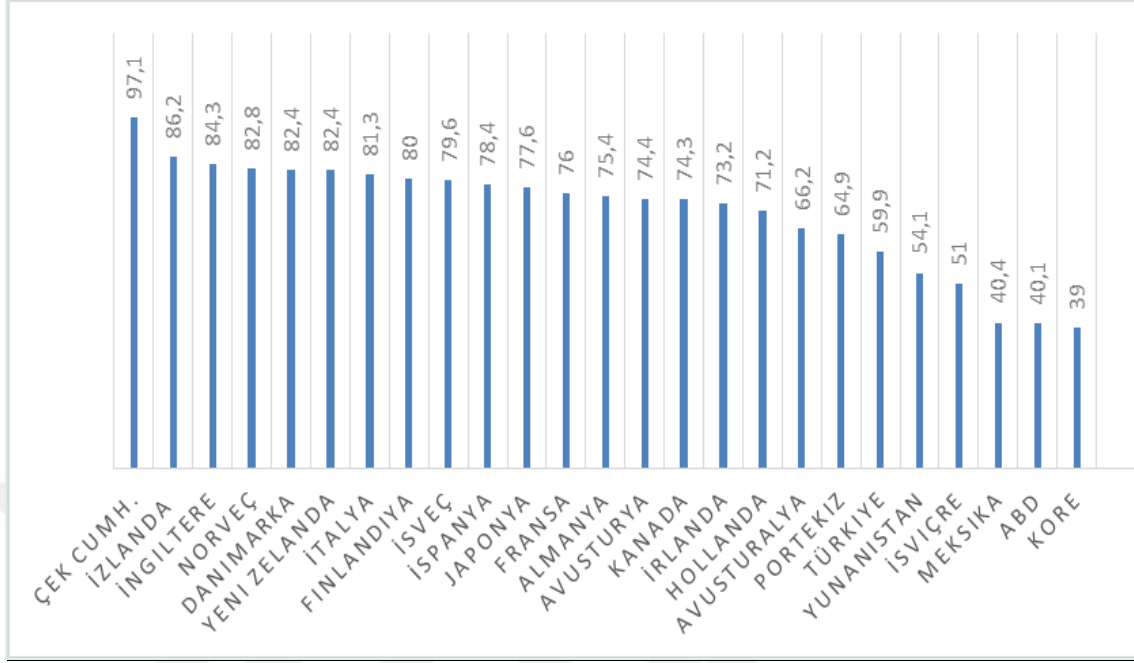


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 1980 yılında kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 98,2 ile Norveç ilk sırada, % 96,5 ile Çek Cumhuriyeti ikinci sırada, % 89,5 ile İngiltere üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 19,7 Kore son dan ilk sırada, % 29,4 ile Türkiye son dan ikinci sırada, % 41,9 ile ABD son dan ikinci sırada yer almaktadır.

Grafik 25: OECD Üyesi Ülkelerin 1990 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

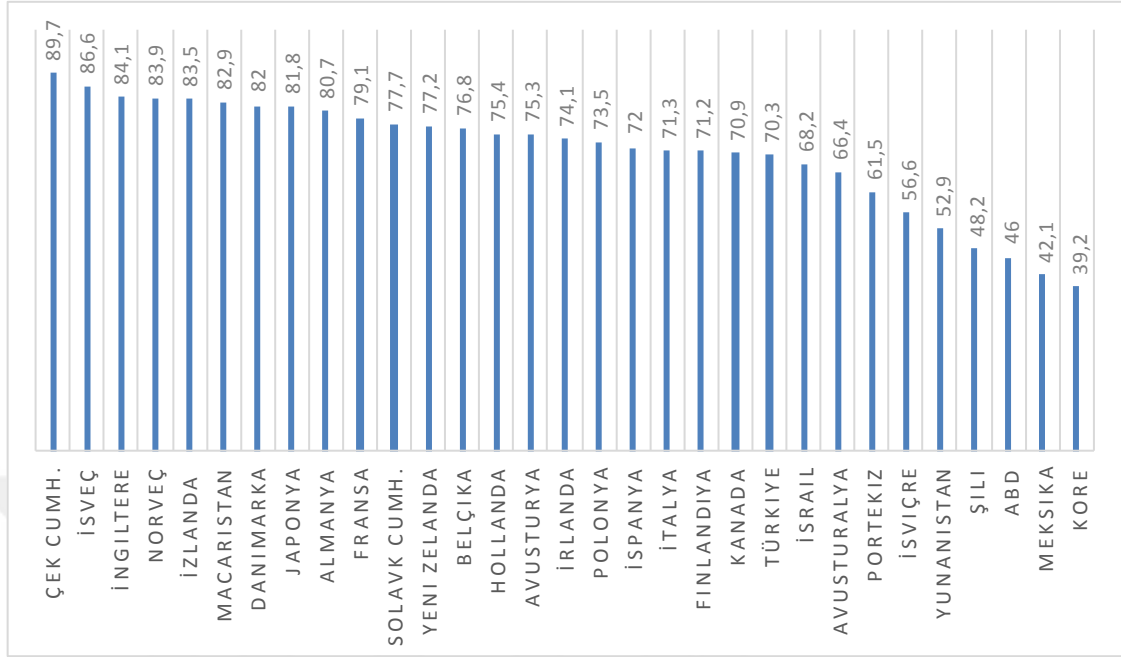


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 1990 yılında kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 97,1 ile Çek Cumhuriyeti ilk sırada, % 86,2 ile İzlanda ikinci sırada, % 84,3 ile İngiltere üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 39 Kore son dan ilk sırada, % 40,1 ile son dan ikinci sırada ABD, % 40,4 ile Meksika son dan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'ye kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 1980 yılında % 29,4 ile son dan ikinci sırada yer alırken 1990 yılında % 59,9 ile son dan altıncı sırada yer almaktadır.

Grafik 26: OECD Üyesi Ülkelerin 1995 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

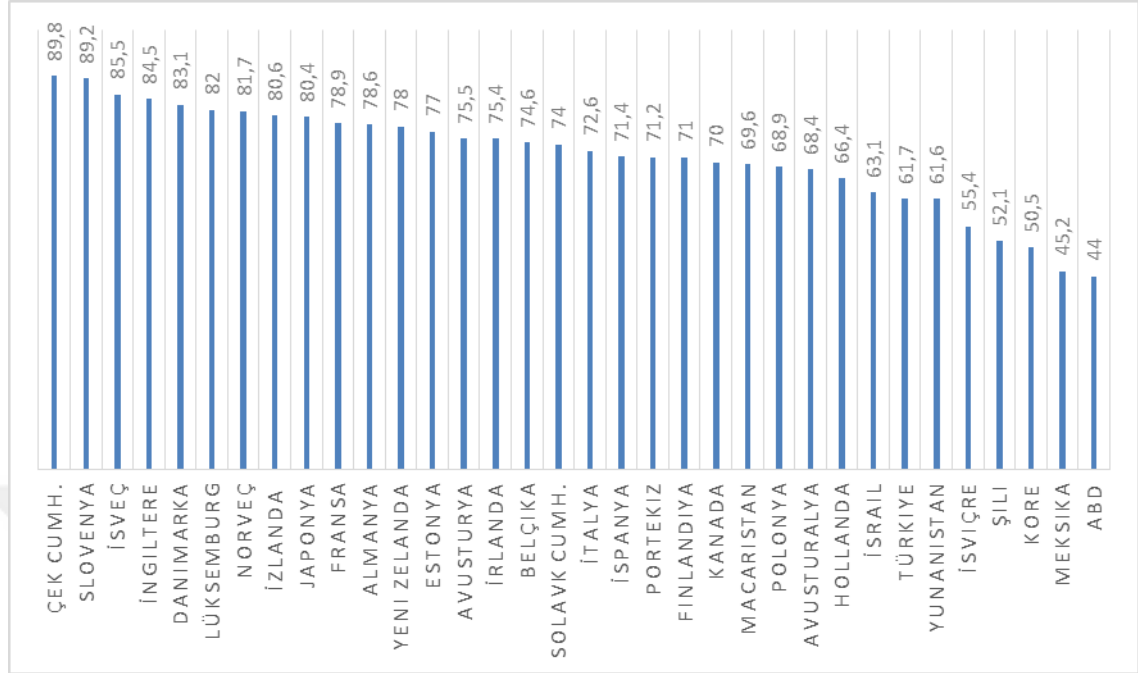


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 1995 yılında kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 89,7 ile Çek Cumhuriyeti ilk sırada, % 86,6 ile İsveç ikinci sırada, % 84,1 ile İngiltere üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 39,2 Kore son dan ilk sırada, % 42,1 ile Meksika son dan ikinci sırada, % 46 ile ABD son dan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye' kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 1990 yılında % 59,9 iken 1995 yılında % 70,3'e yükselmiştir. Kore, Meksika, Türkiye gibi bazı ülkeler de kamu kesimi sağlık harcamalarının oranı artarken, Çek Cumhuriyeti, Polonya gibi bazı ülkelerde kamu kesiminin payı azalmıştır.

Grafik 27: OECD Üyesi Ülkelerin 2000 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

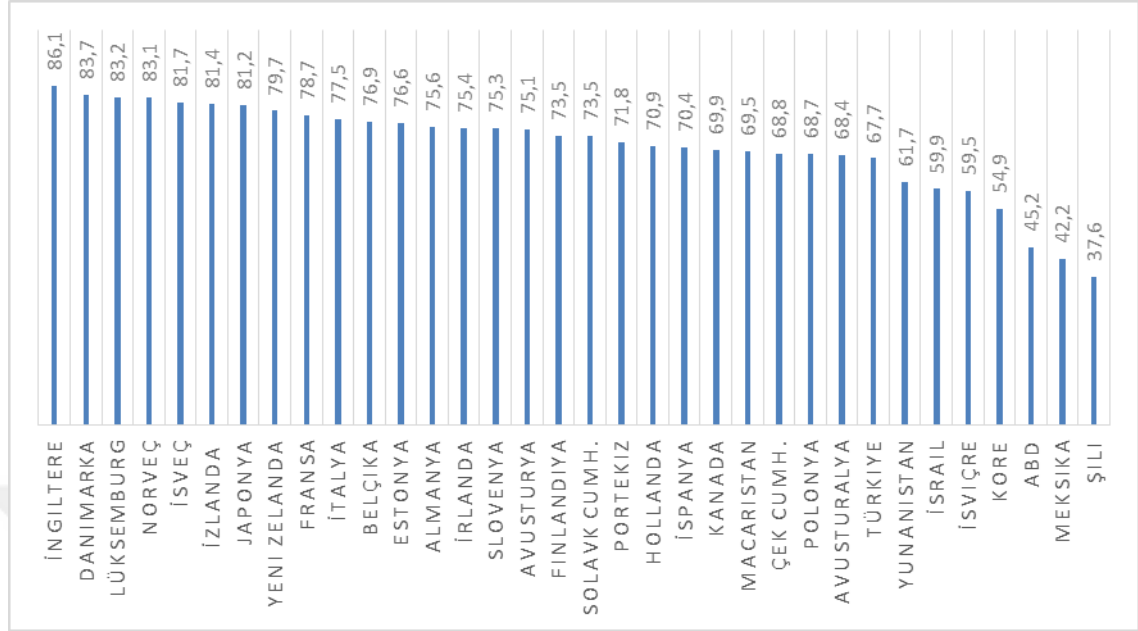


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2000 yılında kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 89,8 ile Çek Cumhuriyeti ilk sırada, % 89,2 ile Slovenya ikinci sırada, % 85,5 ile İsveç üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 44 ABD sondan ilk sırada, % 46,6 ile Meksika sondan ikinci sırada, % 50,5 ile Kore sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye' kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 1995 yılında % 70,3 iken 1995 yılında % 61,7'ye düşmüştür. ABD, Estonya, Türkiye gibi bazı ülkeler de kamu gibi bazı ülkelerde kamu kesiminin payı azalmıştır.

Grafik 28: OECD Üyesi Ülkelerin 2005 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

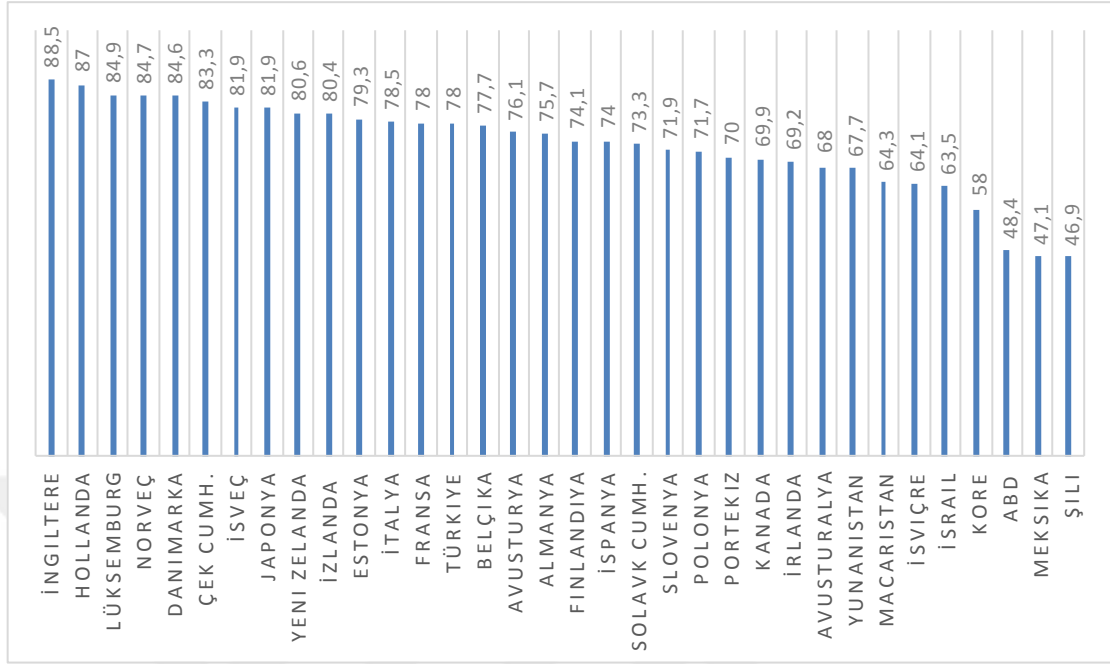


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2005 yılında kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 86,1 ile İngiltere ilk sırada, % 83,7 ile Danimarka ikinci sırada, % 83,2 ile Lüksemburg üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 37,6 Şili son dan ilk sırada, % 44,2 ile Meksika son dan ikinci sırada, % 45,2 ile ABD son dan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 2000 yılında % 61,7 iken 2005 yılında % 67,7’ye yükselmiştir.

Grafik 29: OECD Üyesi Ülkelerin 2010 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

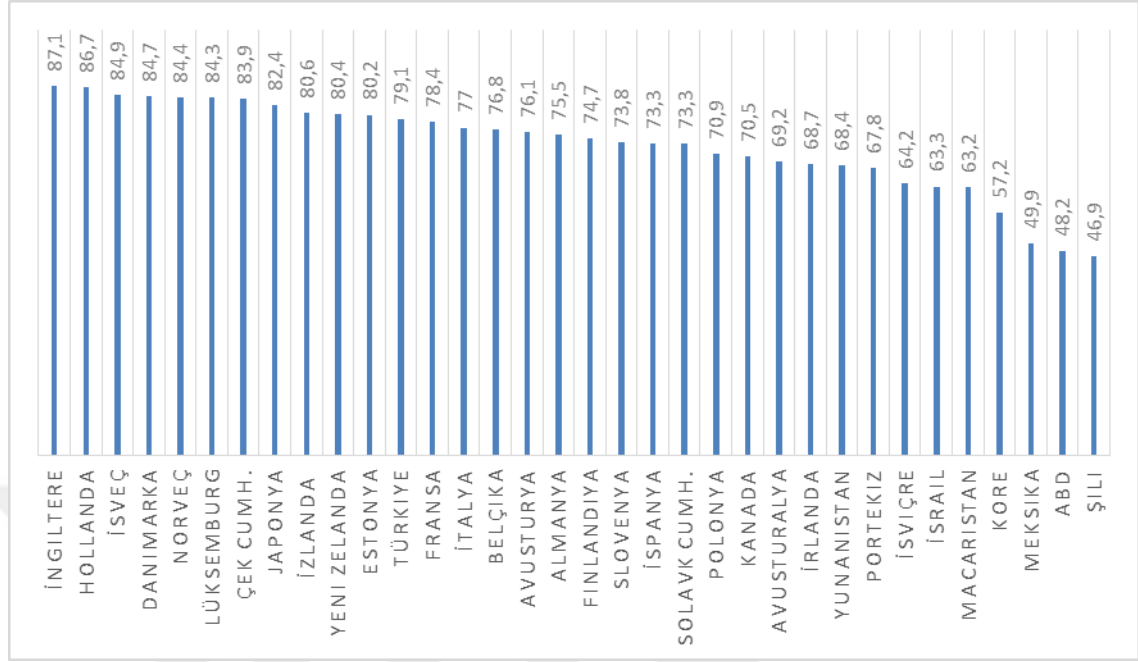


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2010 yılında kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 88,5 ile İngiltere ilk sırada, % 87 ile Hollanda ikinci sırada, % 84,9 ile Lüksemburg üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 46,9 ile Şili sondan ilk sırada, % 47,1 ile Meksika sondan ikinci sırada, % 48,4 ile ABD sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 2005 yılında % 67,7 iken 2010 yılında % 78’e yükselmiştir.

Grafik 30: OECD Üyesi Ülkelerin 2011 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

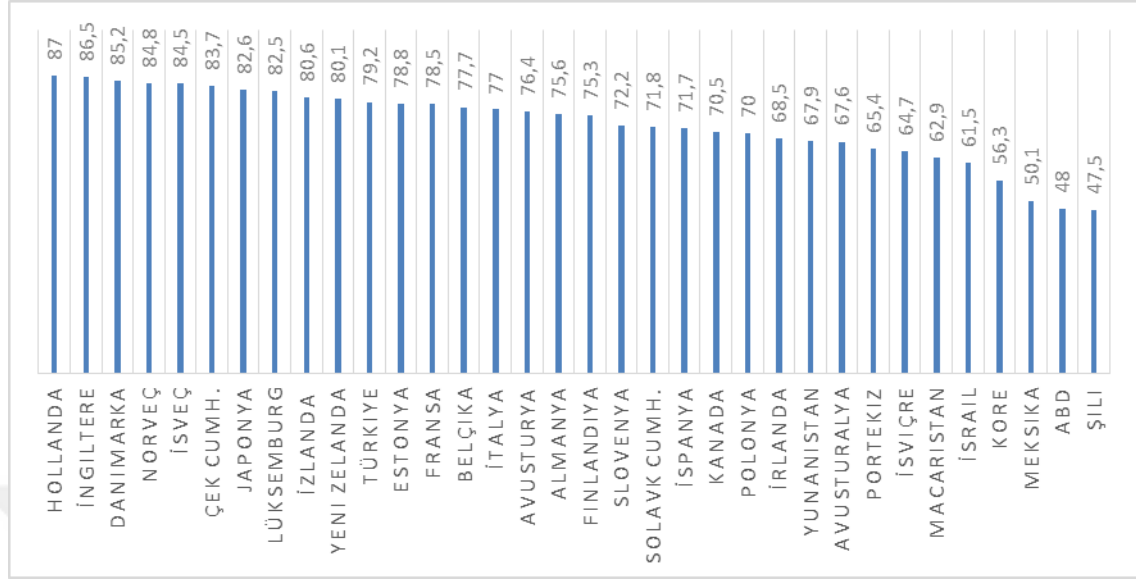


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2011 yılında kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 87,1 ile İngiltere ilk sırada, % 86,7 ile Hollanda ikinci sırada, % 84,9 ile İsveç üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 46,9 ile Şili sondan ilk sırada, % 48,2 ile ABD sondan ikinci sırada, % 49,9 ile Meksika sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 2010 yılında % 78 iken 2011 yılında % 79,1’e yükselmiştir.

Grafik 31: OECD Üyesi Ülkelerin 2012 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

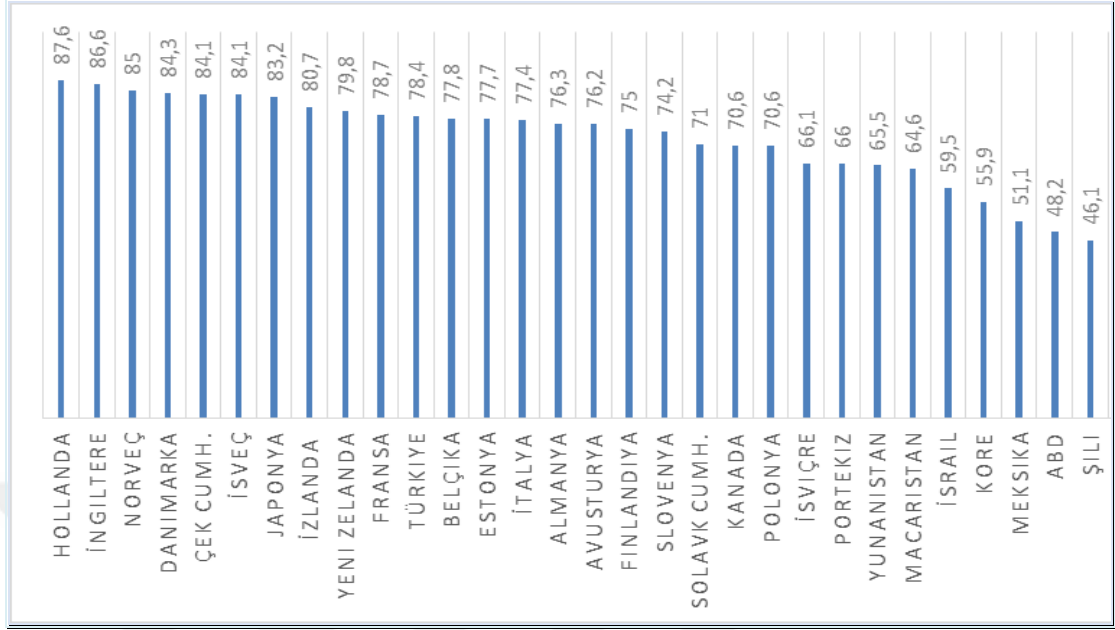


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2012 yılında kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 87 ile Hollanda ilk sırada, % 86,5 ile İngiltere ikinci sırada, % 85,2 ile Danimarka üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 47,5 ile Şili sondan ilk sırada, % 48 ile ABD sondan ikinci sırada, % 50,1 ile Meksika da sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye' kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 2011 yılında % 79,1 iken 2012 yılında % 79,2'ye yükselmiştir.

Grafik 32: OECD Üyesi Ülkelerin 2013 Yılında Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)



Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

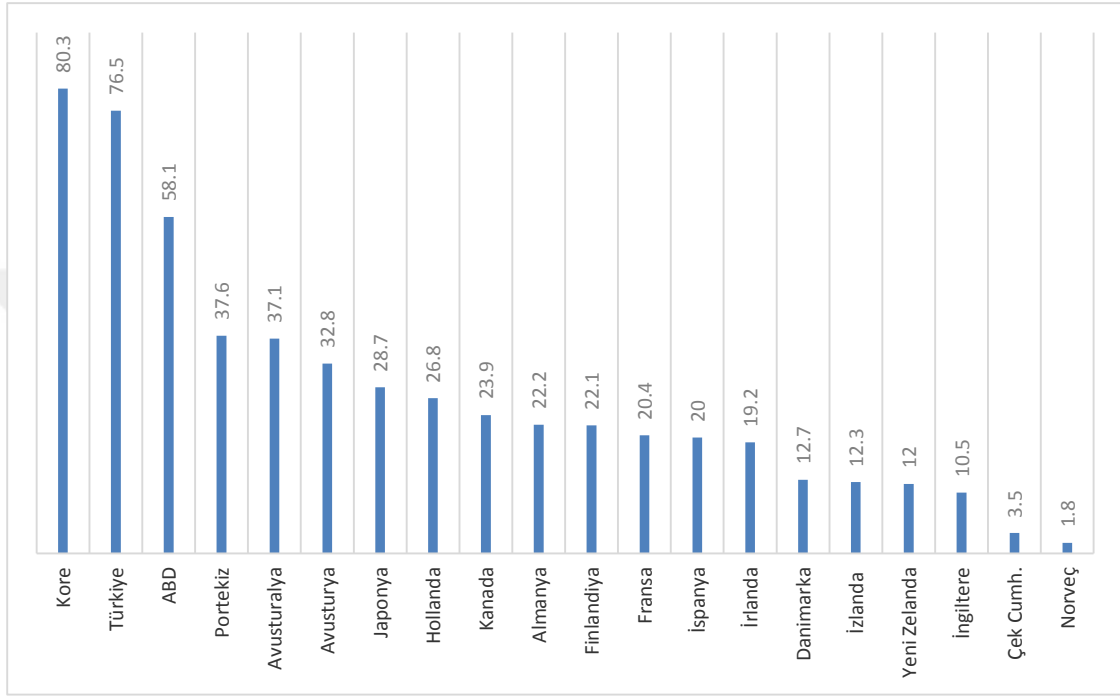
OECD üyesi ülkelerde 2013 yılında kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 87,6 ile Hollanda ilk sırada, % 86,6 ile İngiltere ikinci sırada, % 85 ile Norveç üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 46,1 ile Şili sondan ilk sırada, % 48,1 ile ABD sondan ikinci sırada, % 51,1 ile Meksika da sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 2012 yılında % 79,2 iken 2013 yılında % 78,4’e düşmüştür.

OECD üyesi ülkelerde 1980 yılından bu yana genel olarak bakıldığında; kamu kesimi sağlık harcamaları azalmıştır. Türkiye’de ise 1980’li kamu kesiminin payı az iken 1990’lı yıllardan sonra ise kamu kesiminin payı artmıştır.

4.2.4. Özel Kesim Sağlık Harcamalarına Göre Karşılaştırılması

OECD üyesi ülkelerin bazılarında özel kesim sağlık harcamaları daha fazladır. Sağlık sistemi modellerine göre değişebilmektedir.

Grafik 33: OECD Üyesi Ülkelerin 1980 Yılında Özel Kesimi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

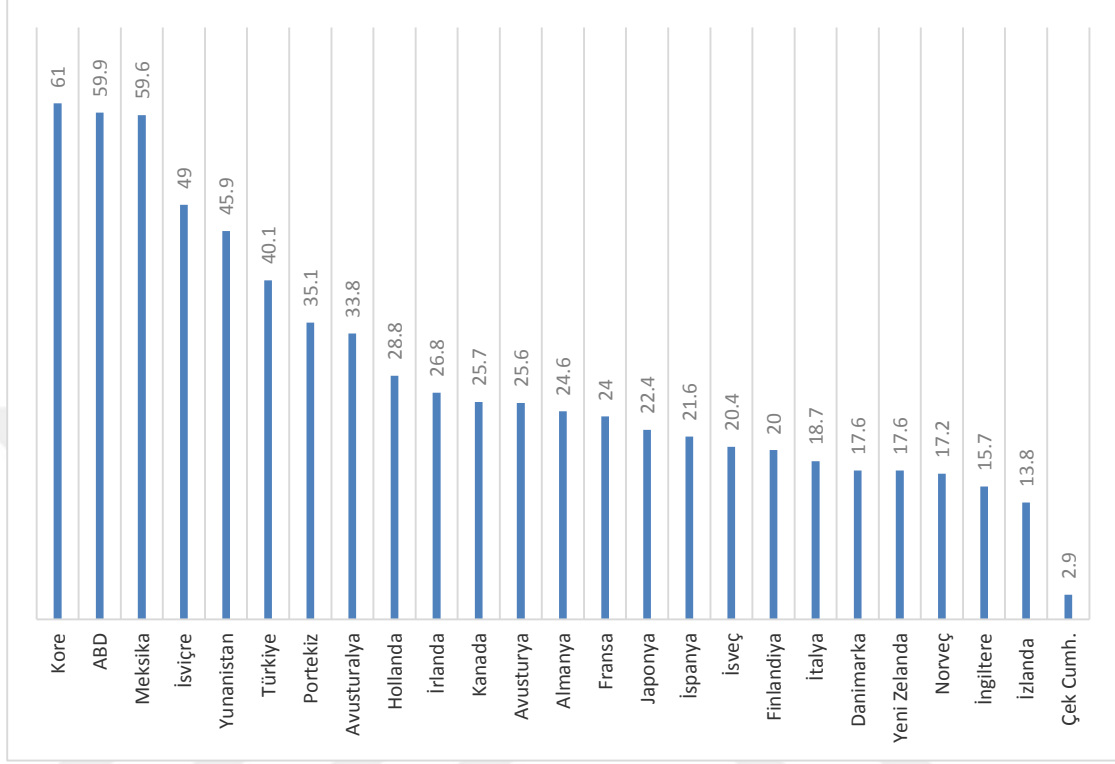


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 1980 yılında özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 80,3 ile Kore ilk sırada, % 76,5 ile Türkiye ikinci sırada, % 58,1 ile ABD üçüncü sırada yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 1,8 ile Norveç sondan ilk sırada, % 3,5 ile Çek Cumhuriyeti sondan ikinci sırada, % 10,5 ile İngiltere sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise % 76,5’tir.

Grafik 34: OECD Üyesi Ülkelerin 1990 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

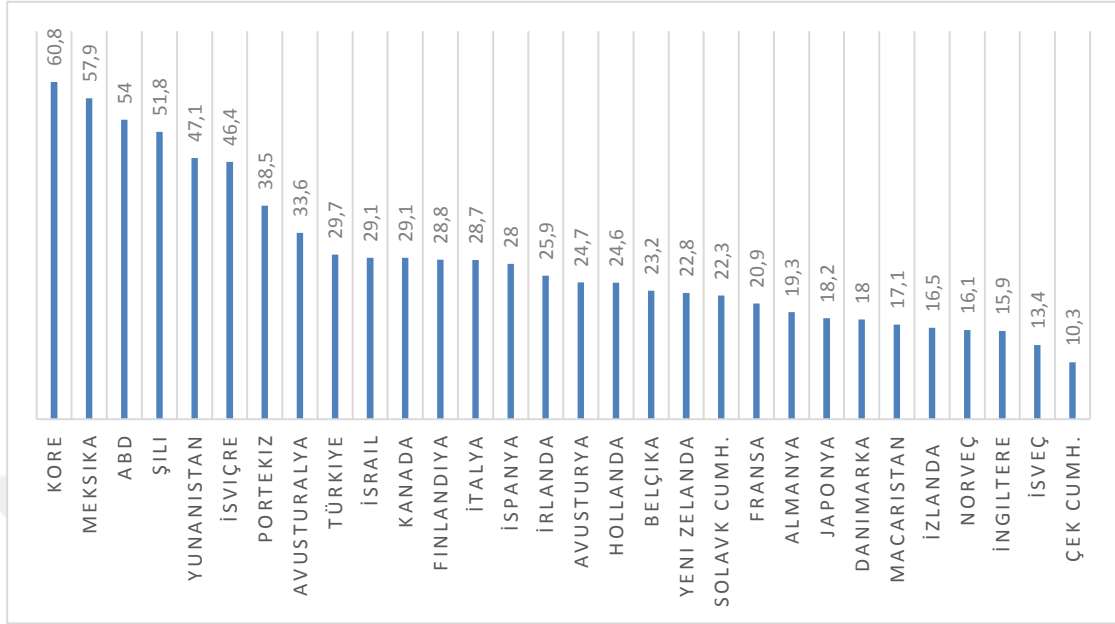


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 1990 yılında özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 61 ile Kore ilk sırada, % 59,9 ile ABD ikinci sırada, % 59,6 ile Meksika üçüncü sırada yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 2,9 ile Çek Cumhuriyeti sondan ilk sırada, % 13,8 ile İzlanda sondan ikinci sırada, %15,7 ile İngiltere sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 1980 yılında % 76,5 iken 1990 yılında % 40,1’e düşmüştür.

Grafik 35: OECD Üyesi Ülkelerin 1995 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

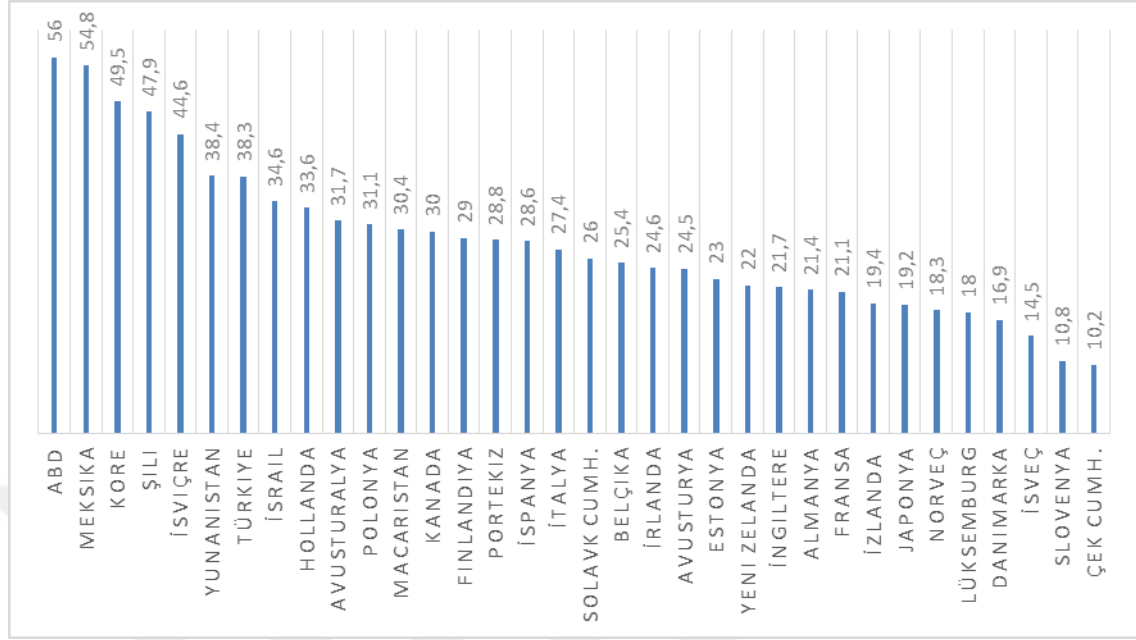


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 1995 yılında özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 60,8 ile Kore ilk sırada, % 57,9 ile Meksika ikinci sırada, % 54 ile ABD üçüncü sırada yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 10,3 ile Çek Cumhuriyeti sondan ilk sırada, % 13,4 ile İsveç sondan ikinci sırada, % 15,9 ile İngiltere sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 1990 yılında % 40,1 iken 1995 yılında % 29,7’ye düşmüştür.

Grafik 36: OECD Üyesi Ülkelerin 2000 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

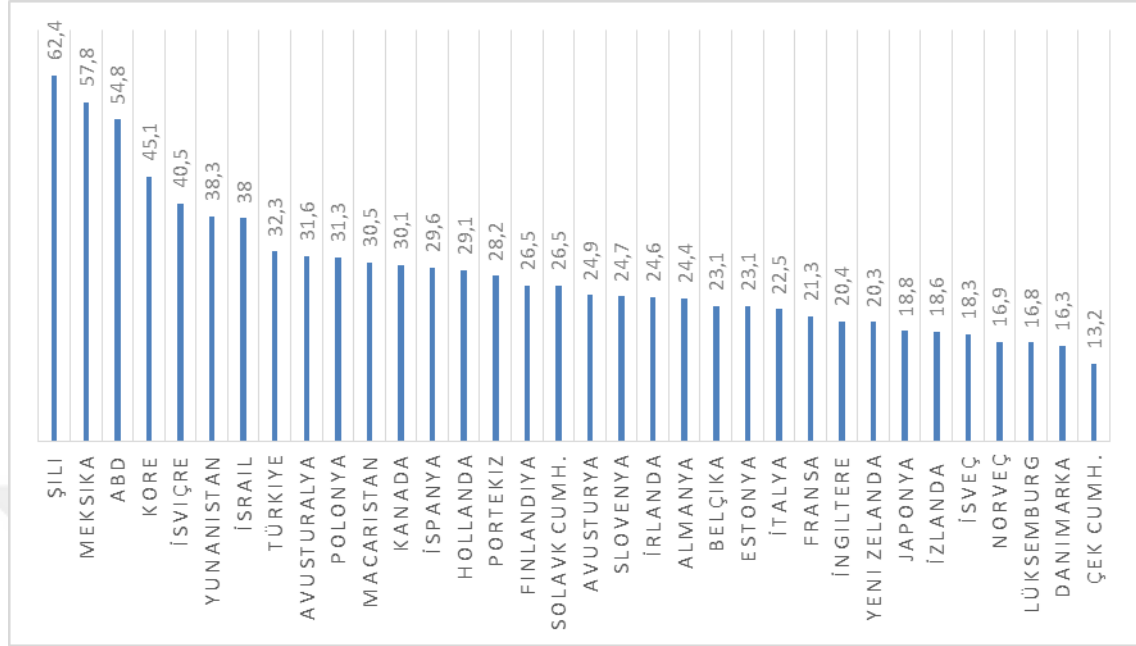


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2000 yılında özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 56 ile ABD ilk sırada, % 54,8 ile Meksika ikinci sırada, % 49,5 ile Kore üçüncü sırada yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 10,2 ile Çek Cumhuriyeti sondan ilk sırada, % 10,8 ile Slovenya sondan ikinci sırada, % 14,5 ile İsveç sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 1995 yılında % 29,7 iken 2000 yılında % 38,3’e yükselmiştir.

Grafik 37: OECD Üyesi Ülkelerin 2005 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

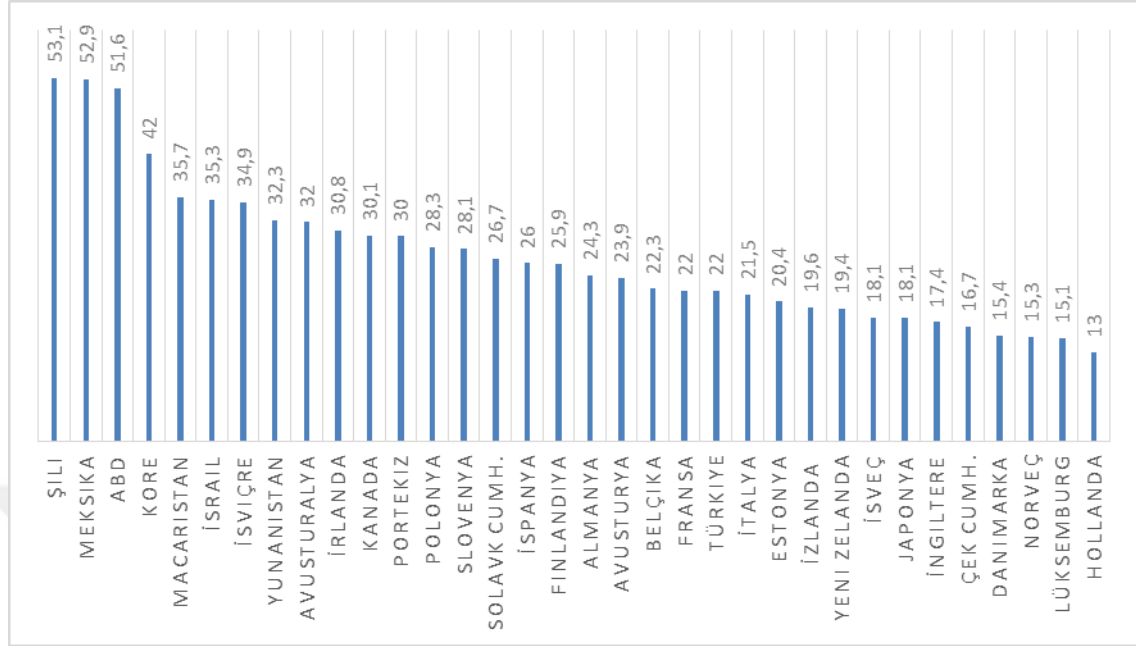


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2005 yılında özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 62,4 ile Şili ilk sırada, % 57,8 ile Meksika ikinci sırada, % 54,8 ile ABD üçüncü sırada yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 13,2 ile Çek Cumhuriyeti sondan ilk sırada, % 16,3 ile Danimarka sondan ikinci sırada, % 16,8 ile Lüksemburg sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 2000 yılında % 38,3 iken 2005 yılında % 32,3’e düşmüştür.

Grafik 38: OECD Üyesi Ülkelerin 2010 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

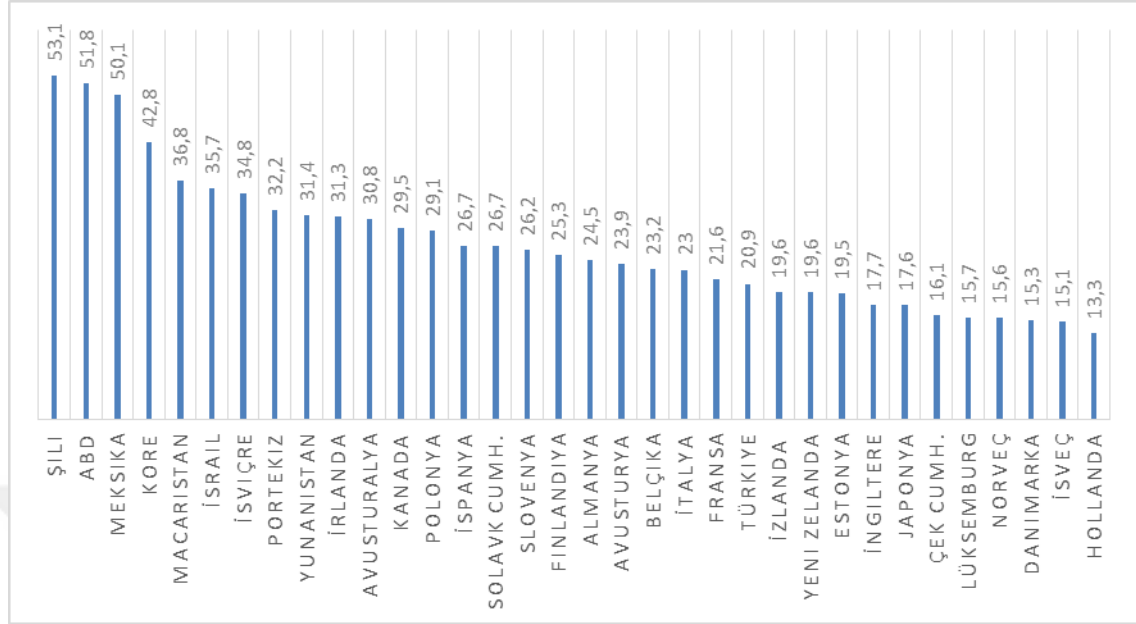


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2010 yılında özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 53,1 ile Şili ilk sırada, % 52,9 ile Meksika ikinci sırada, % 51,6 ile ABD üçüncü sırada yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 13 ile Hollanda sondan ilk sırada, % 15,1 ile Lüksemburg sondan ikinci sırada, % 15,3 ile Norveç sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 2005 yılında % 32,3 iken 2010 yılında % 22’ye düşmüştür.

Grafik 39: OECD Üyesi Ülkelerin 2011 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

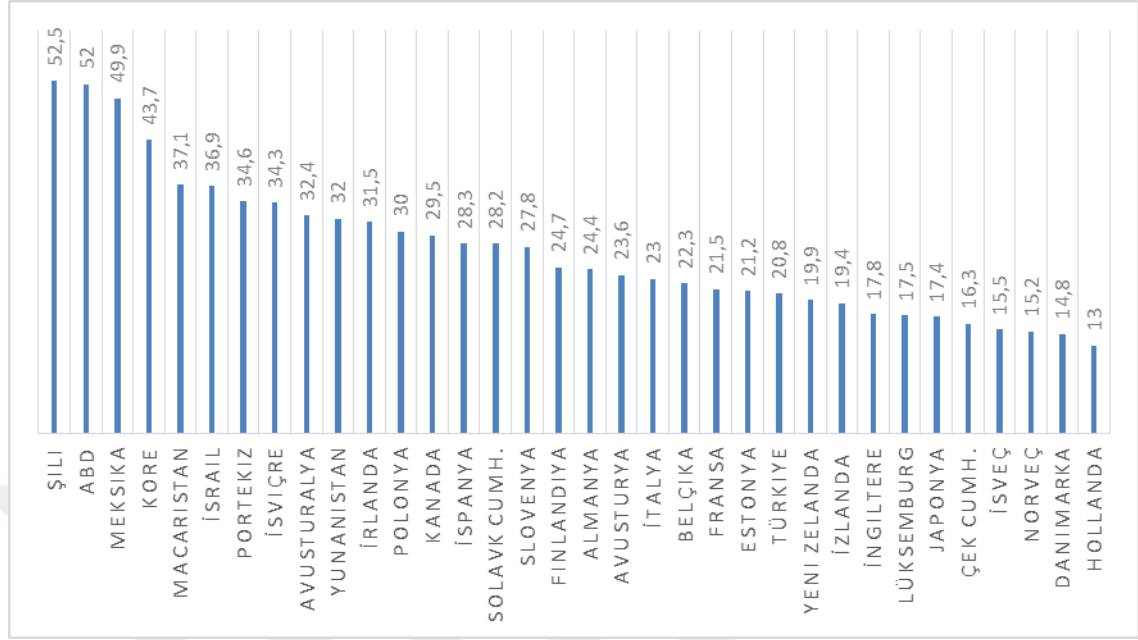


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2011 yılında özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 53,1 ile Şili ilk sırada, % 51,8 ile ABD ikinci sırada, % 50,1 ile Meksika üçüncü sırada yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 13,3 ile Hollanda sondan ilk sırada, % 15,1 ile İsveç sondan ikinci sırada, % 15,3 ile Danimarka sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 2010 yılında % 22 iken 2011 yılında % 20,9’a düşmüştür.

Grafik 40: OECD Üyesi Ülkelerin 2012 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)

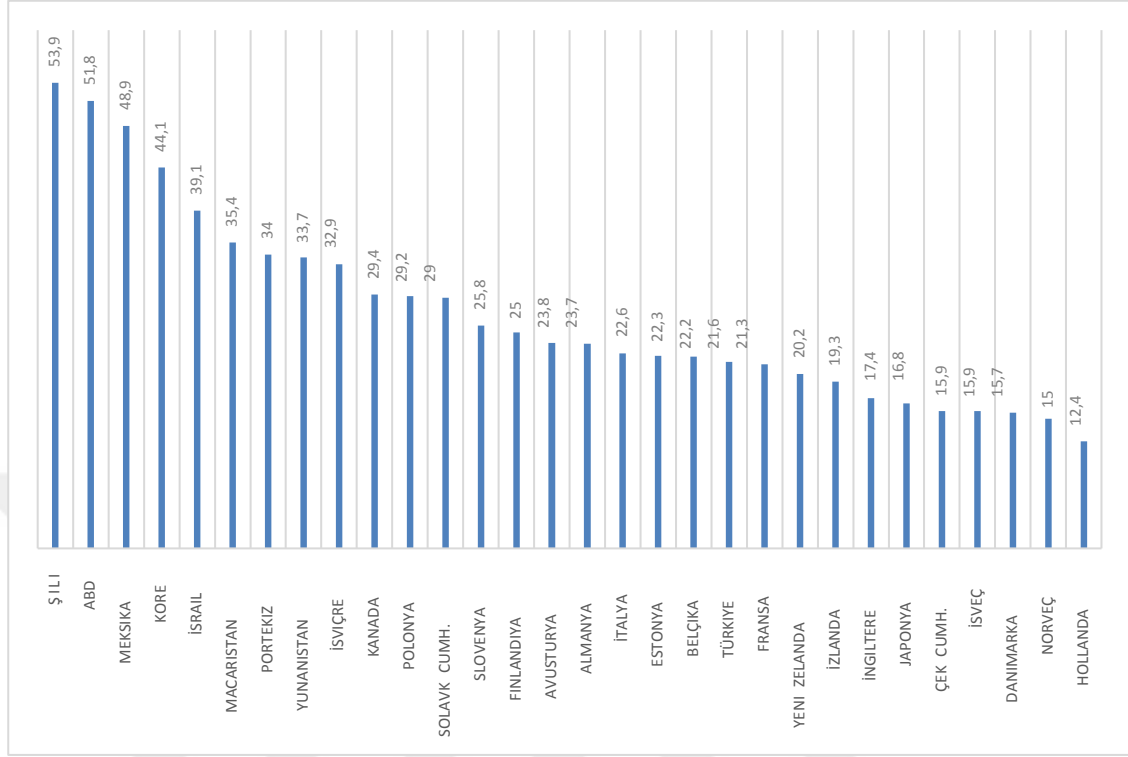


Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2012 yılında özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 52,5 ile Şili ilk sırada, % 52 ile ABD ikinci sırada, % 49,9 ile Meksika üçüncü sırada yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 13 ile Hollanda sondan ilk sırada, % 14,8 ile Danimarka sondan ikinci sırada, % 15,2 ile Norveç sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 2011 yılında % 20,9 iken 2012 yılında % 20,8’e yükselmiştir.

Grafik 41: OECD Üyesi Ülkelerin 2013 Yılında Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payına Göre Sıralamaları (%)



Kaynak: OECD Stats Health Data.

(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 01 Şubat 2015)

OECD üyesi ülkelerde 2013 yılında özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına göre sıralamasına bakıldığında; özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık içerisindeki payının en fazla olduğu ülkeler, % 53,9 ile Şili ilk sırada, % 51,8 ile ABD ikinci sırada, % 48,9 ile Meksika üçüncü sırada yer almaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisinde en az paya sahip olduğu ülkeler ise; % 12,4 ile Hollanda sondan ilk sırada, % 15 ile Norveç sondan ikinci sırada, % 15,7 ile Danimarka sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise 2012 yılında % 20,8 iken 2013 yılında % 21,6’ya düşmüştür.

SONUÇ

Bu çalışmada; 1980 sonrası sağlık harcamalarının gelişimine bakılarak Türkiye-OECD Ülkeleri üzerine bir karşılaştırma yapılmıştır. İlk bölümde sağlık kavramı, sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, sağlık ve sağlık hizmetlerinin özellikleri verilmiştir. İkinci bölümde; sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık harcamaları ve kamu-özel işbirliği modeli açıklanmıştır. Üçüncü bölümde; Türkiye’de sağlık reformları, sağlık hizmeti sunan kurumlar ile 1980-2013 yılları arasında kişi başına yapılan sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı, kamu ve özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı, Sağlık Bakanlığı, SSK, SGK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sağlık harcamaları verilmiştir. Dördüncü bölümde ise; 1980-2013 yılları arasında OECD ülkelerinin kişi başına düşen yaptığı sağlık harcamalar, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı, kamu ve özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı verilerek Türkiye- OECD karşılaştırılması yapılmıştır.

Sosyal devletin gereği olarak sağlık hizmetlerini devletin vatandaşlarına sunması gerekir. Çünkü bir toplumun var olması için gerekli yapı taşlarından bir tanesi sağlıktır. Türkiye’ de ilk defa sağlık bir hak olarak 1961 Anayasasına girmiştir. Anayasa da sağlık ile ilgili maddenin olması sağlık verilen göstermektedir. Ülkelerin kalkınması ve gelişmesi için beşeri sermaye unsuru olan sağlığa daha fazla harcama ayırması gerekmektedir. Beşeri sermaye ülkenin kalkınması için gerekli olan yatırımlardır. Beşeri sermaye yatırımı olarak eğitim ve sağlık yer almaktadır. Ülkelerin varlığını devam ettirmesi ve gelişmesini sağlaması için sağlık harcamalarına önem vermek zorundadırlar. Beşeri sermaye yatırımları ile bireylerin daha sağlık olması ve böylece iş hayatında daha verimli hale gelmesini sağlamaktadır. Beşeri sermaye yatırımları ile ülkelerin gelişmişlik seviyeleri doğru orantılı olarak artmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik seviyelerine bakarken bütçesi içerisinde sağlık harcamalarına ayırdığı paya bakılmaktadır. Sağlık yarı kamusal bir maldır. Ancak koruyucu sağlık hizmetleri tüm topluma yönelik olarak yapıldığı için tam kamusal mal olma özelliği göstermektedir. Koruyucu sağlık hizmeti dışındaki sağlık hizmetleri yarı kamusal bir özelliğe sahiptir.

1980 sonrası Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanına baktığımızda sağlık hizmetleri kamu ve özel kesim tarafından sunulurken neo-liberal politikalar ile birlikte

1990'lı yıllardan itibaren kamu-özel işbirliği sisteminde geliştiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunu kamu kesimi ile birlikte özel kesiminde gelişmesiyle yarı kamusal bir mal olan sağlığın yarı kamusal maldan özel mal niteliğine dönüştüğü görülmektedir.

Kamu-özel işbirliği modeli, kamu ve özel kesimi arasında bir sözleşmeye dayalı olarak kurulan ve risk paylaşımını esas alan bir sistemdir. Sağlık sektöründe de hastane kurmak ve tıbbi malzeme temini gibi bazı durumlarda kullanılan bir modeldir. Türkiye'de 1990'lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Dünyada da bazı ülkelerde bu sistem uygulanmaktadır. Bu sistemi en başarılı bir şekilde uygulayan ülkeler İngiltere ve Avusturalya' a kamu-özel işbirliği birçok alanda uygulanmaktadır.

Kamu sektörü sağlık hizmetlerini finansmanı, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler tarafından yapılmaktadır. Güçlü bir sigorta sisteminin kurulması amacıyla Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu 2006 yılında çıkarılan 5510 sayılı kanun ile Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmiştir. Sosyal Sigorta kuruluşları tek çatı altında toplanmış, norm ve standart birliğinin sağlanmasına yönelik önemli adımlar atılmış, sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğine katkı sağlayacak parametrik değişiklikler gerçekleştirilmiş ve tüm vatandaşlara aynı standartlarda sağlık hizmeti sunan zorunlu genel sağlık sigortası sistemi kurulmuştur. Nüfusun tamamına yakını sağlık sigortası kapsamına alınmış, aile hekimliği sistemi yaygınlaştırılmış, sağlık personeli ve hastane sayısı ile yatak kapasitesinde artış sağlanmıştır. Özel kesim sağlık hizmetlerinin finansmanı ise hane halkları tarafından yapılan cepten ödeme ve özel sağlık sigortası primleri ile finanse edilmektedir.

Türkiye'de 1980'li yıllarda sağlık harcamaları içerisinde özel kesimin payı daha fazlaydı. Fakat 1990'lı yıllardan itibaren ise sağlık harcamalarının içerisinde özel kesimin payı azalırken kamu kesiminin payı artış göstermiştir. Özellikle 2000 yılından sonra kamu kesimi sağlık harcamalarının daha arttığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının yarısından fazlasını kamu kesimi finanse etmektedir. Sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin payının yüksek olması devletin sağlığa verdiği önemi göstermektedir. Çünkü

sosyal devlet olmanı gereği olarak sağlık hizmetlerini devletin bireylerine sunması gerekmektedir.

Türkiye’de sağlık harcamaları bütçe içerisinde önemli bir yere sahiptir. Türkiye’de sağlık harcamaları 1980 yılından bu yana sürekli artış göstermektedir. Sağlık bilincinin gelişmesi, teknolojik ilerleme, ortalama yaşam süresinin uzaması, kişi başına gelir seviyesinin yükselmesi, sağlığa verilen önemin artması, şehirleşme, sosyal değerlerin değışmesi gibi bazı faktörlerden dolayı sağlık harcamasının ileriki dönemlerde de daha da artması beklenmektedir. Bu yüzden emeklilik ve sosyal güvenlik alanında bazı tedbirlerin alınması gerekmektedir. İnsanları özel sağlık sigortasına yönlendirmek ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile harcamaları yapan kurumların birbirinden ayrılması gibi bazı önlemler alınması gerekmektedir. Aksi takdirde ileriki dönemlerde sağlık harcamaları sosyal güvenlik ve bütçe üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir.

2003 yılında Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetleri alanında pek çok değışiklik yapılmıştır. Bu çerçevede sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında birleştirilmiş, aile hekimi sistemi uygulaması getirilmiş, kamu-özel işbirliği modelini yaygınlaştırmak amacıyla ve böylece özel sektörü yatırım yapmaya yöneltmek için 2007 yılında Kamu-Özel İşbirliği daire başkanlığı kurulmuştur. 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası getirilmiş ve 2012 yılında da herkesin zorunlu olarak genel sağlık sigortası sistemine katılması zorunlu hale getirilmiştir.

OECD üyesi ülkeler dünyada fazla yer kaplamamasına rağmen sağlık harcamalarında çok ileri konumda oldukları görülmektedir. Dünya da yapılan sağlık harcamalarının büyük kısmı bu OECD üyesi ülkelerde yapılmaktadır. Bu ülkelerde sağlık harcamaları sürekli artmaktadır. OECD üyesi ülkelerde farklı sağlık sistemleri uygulanmaktadır. Bu yüzden bazı ülkelerde kamu kesimi fazla harcama yaparken bazı ülkelerde ise özel kesim daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır. OECD üyesi ülkeler içerisinde gelişmiş ve Batı Avrupa ülkeleri daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır. OECD üyesi ülkelerin sağlık harcamaları 2001 ve 2008 krizinden etkilenmemiştir. Kriz yıllarında herhangi bir azalma olamamıştır.

OECD üyesi ülkelerle Türkiye'nin sağlık harcamaları kıyaslandığında; OECD üyesi ülkeler içerisinde kişi başı sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamalarının bütçe içerisindeki payına bakıldığında Türkiye'nin son sıralarda yer aldığı görülmektedir. Türkiye'de sağlık harcamaları 1980 yılından bu yana sürekli artmasına rağmen OECD üyesi ülkeler arasında yine de son sıralarda yer almaktadır.



KAYNAKÇA

- 1961 Anayasası 49. Maddesi Sağlık Hakkı.
- 224 Sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun.
- 5334 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu.
- Acartürk, Ertuğrul-Keskin, Sabiha, “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı Modeli”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2012, C.17,S.3, (S.25-51), s.33.
- Akdağ, Recep, “İlerleme Raporu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, 2008.
- Akdoğan, Abdurrahman, Kamu Maliyesi, Gözden Geçirilmesi ve Geliştirilmiş 13. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 2009.
- Akdur, Recep, “Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi”, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı,2011, Cilt: 2, Sayı: 40.
- Akdur, Recep, Sağlık Sektör, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’de Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2003.
- Akdur, Recep, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, (Güncelleştirilmiş ve Geliştirilmiş İkinci Baskı), Ankara, 2006.
- Akın, Cemil Serhat, “Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Adana, 2007.
- Aktan, Coşkun Can-Işık Abdulkadir, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Avra Yayınları (Edt. Aktan ve Saran), Ankara, 2007.
- Altay, Asuman, ”Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, 2007, Sayı: 64.
- Anayasa 56. Madde.
- Appleton, Simon-Teal, Francis, “Human Capitaland Economic Development”, A Background PaperPreparedForTheAfrican Development Report, 1998.
- Arrow, Kenneth J., “Uncertainty and The Welfare Economic of Medical Care”, The American Reiew, Volume: 53, Number: 5,1963.
- Basic Documents, World Health Organization, Forty-Seventh Edition 2009.
- Bayram, Yalçın, “1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Gelişimi ve Değerlendirilmesi”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
- Bekmez, Selahattin-Köne, Aylin Çiğdem-Günel, Derya, “Beşeri Sermayenin Türkiye’de Bölgeler Arası Ekonomik Gelişme Açısından Önemi”, Tisk Akademi, 2009,Cilt: 4, Sayı: 7(2009/I).

- Boyle, Sean, “United Kingdom (England): Health System Review”, Health Systems in Transition, 2014, Vol: 16, No: 2.
- Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü (Bümko) (Erişim Tarihi: 07 Temmuz 2015).
- Çalışkan, Zafer, “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 26, Sayı: 2, s.29-50, 2008.
- Çelik, F. Eda, “Hizmet Sunumunda Katılım ve Kamu-Özel Ortaklıkları”, Dosya 08: Yerel Yönetimlere Katılım, Mimarlar Odası Ankara Şubesi Yayını, Bülten 64 (Aralık 2008).
- Çelik, Yusuf, Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2011.
- Çelikay, Ferdi-Gümüş, Erdal, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2010, Sayı: 11(1).
- Çiçeklioğlu, Meltem, “Türkiye’de Sağlık Reformları”, Kapitalizm Krizi ve Sağlık Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara.
- Çilingiroğlu, Nesrin, “Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi”, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı: 40, 2001.
- Daştan, İlker-Çetinkaya, Volkan, “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırılması”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2015, Cilt: 5, Sayı: 1, Volume: 5.
- Deloitte, “Türkiye Sağlık Sektörü Raporu”, Uluslararası Yatırımcılar Derneği (yased), 2012.
- Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Düzenlemeler, T.C. Kalkınma Bakanlığı Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Kasım 2012.
- Erol, Hatice-Özdemir, Abdullah, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Ankara, 2014.
- Erol, Hatice-Özdemir, Erol, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1, 2014.
- Ersöz, Filiz, “Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analiz”, İstatistikçiler Dergisi, 2008.
- Filiz, Yasemin, “Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi”, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman Anabilim Dalı, Ankara, 2010.
- Gerard Anderson and S. Hussey Peter, “Comparing Health System Performance in OECD Countries”, Health Affairs, 2011, 20(3)
- Green, David G.-Irvine, Benedict, “Health Care in France and Germany Lessons for the UK”, Institute for the Study of Civil Society, 2001, ISBN 1-903 386-17-9.
- Güngör, Harun, “Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme”, Uzmanlık Tezi, Sosyal Sektörler Koordinasyon Genel Müdürlüğü, T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2012, Yayın No: 2831.
- Hatırlı, Selim Adem, Mikroekonomi, Bil Ofset Matbaacılık, Ankara, 2013.

- http://tr.wikipedia.org/wiki/Emekli_Sand%C4%B1/C4%9F%C4%B1. (Erişim Tarihi: 03 Nisan 2015).
- <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (Erişim Tarihi: 01 şubat 2015).
- Huberand, M.-Orozs, E., “Health Expenditure Trend in OECD Countries, 1990-2001”, Health Care Financing Review, 2003, 25(1): 1-2.
- Işık, Abdulkadir–Mutlu, Ayşegöl, “Sağlık Ekonomisi ve Politikaları”, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın No: 14, İstanbul, 2002.
- Joyner, Kate, “Dyanamic Evolution İn Public-Private Partnerships”, Managerial Law, 2007, Vol: 49, No: 5/6, pp.2006-217.
- Kar, Muhsin-Ağır, Hüseyin, “Türkiye’de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme; Nedensellik Testi (Neo- Klasik Büyüme Teorisi), Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, 2006, Yıl: 6 Sayı: 1.
- Karasu, Koray, “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı”, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011.
- Karataş, Muhammed-Çankaya, Eda, “İktisadi Kalkınma Sürecinde Beşeri Sermayeye İlişkin Bir İnceleme”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2010, Yıl: 2, Sayı: 3.
- Karşılaştırılmalı Bir Değerlendirme”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2002-2003.
- Kaynak, Muhteşem, Kalkınma İktisadı, Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 3.Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 2009.
- Keskin, Abdullah, “Ekonomik Kalkınmada Beşeri Sermayenin Rolü ve Türkiye”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2011, Cilt: 25, Sayı: 3-4.
- Kılıç, Bülent, “Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almaya Örnekleri)”, V. Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa, 2007.
- Kol, Emre, “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2015.
- Konuk, Ali Nihat, “1980’den Günümüze Değişen Sosyal Devlet Anlayışı İçerisinde Sağlık Harcamaları ve Politikaları, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,İstanbul, 2011.
- Kulesherand, Robert-Forrestal, Elizabeth, “İnternational Models Of Health Systems Financing” Journal Of Hospital Administration, 2014, Vol: 3, No: 4.
- Kurtulmuş, Sevgi, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamik Yayınları, İstanbul, 1998.
- Lameire, N.-Joffeand, P.-Wiedmann, M., “Healthcare Systems-An İnternational Review: An Overview”, Nephrol Dial Transplant, 1999, 14 (suppl 6): 3-9,
- Leblebici Teker, Dilek, ”Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi”, Okan Üniversitesi, 2008.

- Liu, Yuanli-Çelik, Yusuf-Şahin, Bayram, “Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları”, Sağlıkta Umut Vakfı, 2005.
- Marchildon, Gregory P., “Canada: Health System Review”, Health Systems in Transition, 2013, Vol: 15, No: 1.
- Mushkin, J.S., “Toward a Definition of Health Economics”, Public Health Report, 1958, 73(9): 785-794.
- Durmuş, Mustafa, Kamu Ekonomisi, Gazi Kitabevi, Ankara, 2008.
- Mutlu, Ayşegül ve Işık, A. Kadir, Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basın Yayın Dağıtım, Bursa 2012.
- Nikolic, Irina A.-Maikisch Hard, “Public-Private Partnerships and Collaboration In The Health Sector; An Overview With Case Studies From Recent European Experience”, Health Nutrition and Population Discussion Paper, The World Bank 1818 H Street, 2006, N.W Washington, DC. 20433.
- Oral, A. İbrahim, “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine
- Orhaner, Emine, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 2006, Sayı: 1.
- Özgen, Hacer, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2007, Cilt: 10, Sayı: 2.
- Özuysal, Hülya, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları; Ekonometrik Bir İnceleme Uygulama”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı, Ankara, 2011.
- Özütler, Hatice Şehime, “Beşeri Sermaye ve Bilgi Ekonomisinin İktisadi Kalkınmadaki Önemi; Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, İktisat Politikası Bilim Dalı, İstanbul, 2009.
- Reinhard Busse-Miriam Blümel, “Germany Health System Review”, Health Systems in Transition, 2014, Vol: 16, No: 2.
- Rice, Thomas v.d., “United States of America: Health System Review”, Health Systems in Transition, 2013, Vol: 15, No: 3.
- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Bakanlığı Yönergesi, Madde: 4/1
- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, Madde: 4/b
- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, Madde: 4/d
- Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanlarının İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, 26236, 22 Temmuz 2006.
- Sargutan, A.Erdal, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), 400-428, 2005.
- Savaş, B. Serdar, “Türkiye’de Sağlık Sistemine ‘Kısa Bir Genel Bakış’, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı: 39, Sağlık-I, Mayıs-Haziran .
- Savaş, B. Serdar-Karahan, Ömer-Saka R. Ömer, “Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci”, Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi, 2002, Cilt: 4, No: 4.

- Savedoff, William D., “Kenneth Arrow And The Birth of Health Economic”, Bulletin of The World Health Organization, 82(2), 2004.
- Schultz, T.W, “Education And Economic Growth; Return To Education” Reading In The Economics Of Education, UNESCO, France, 1968.
- Scitovsky, Tibor, “Two Concepts Of External Economics”, Journal Of Political Economy, April 1954.
- SGK İstatistikler Yıllığı, 2008.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)
- (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri) (Erişim Tarihi: 01 Mayıs 2015)
- Sülkü, Seher Nur, “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları”, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No: 2011/414.
- Şenatalar, Burhan, “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, C.U. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), Özel Ek, 2003.
- Şeref, Besim, “Sağlık Ekonomisi-Sağlık Hizmetleri Sunumunda Maliyet Kavramı-Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye”, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı: 40, Temmuz- Ağustos 2001.
- Taban, Sami, “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, Sosyo Ekonomi, 2006-2.
- Tatar, Mektap, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi” Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011/1.
- Tekin, P. Şenel-Çelik,Yusuf, “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi”, Ankara Sağlık Birimleri Dergisi, Ankara, 2012.
- Tengilimoğlu, Dilaver-Işık, Oğuz-Akbolat, Mahmut, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009.
- Tetik, Nevzat-Karagöz, Kadir, Econ Anadolu 2009: Anadolu Uluslararası İktisat Kongresinde Sunulmuş Tebliğdir. 17-19 Haziran 2009, Eskişehir.
- The Hastings Center Studies, The Concepts of Health, 1973, Vol: 1, No: 3, pp.77-87.
- Tıraş, Hacı Hayrettin, “Sağlık Ekonomisi; Teorik Bir İnceleme”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2013, Cilt: 3, Sayı: 2.
- Tiryaki, D.-Tatar, Mektap, “Sağlık Sigortası Teorisi ve Uygulama”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Sayı: 5, 123-139, 2002.
- Tokat, Mehmet, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1996.
- Tokat, Mehmet, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, T.C. Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü, 2001.

- Turan, Nurcan, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 1555, Eskişehir, 2004.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (Erişim Tarihi: 01 Haziran 2015)
- Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007.
- Uğurluoğlu, Ece-Özgen, Hacer, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakaniyet Kavramı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2008, Cilt: 11, Sayı: 2, s.142-143.
- WHO, “The Right To Health”, Joing Fact Sheet WHO /OHCHR/323, 2007.
- Woolhandler, Steffie-Campbelland, Terry U.-Daid,Himmelstein, “Cots Of Health Care Administration İn The United States And Canada”, New England Journal of Medicine, 2003, 349(8), 768-775.
- Yeğenoğlu, Selen-Emre, Hale, “Farmako ekonomi Alanında Temel Kavramlar Main Concepts in Phemaco Economic”, Ankara Ecz. Fak. Dergisi 33(1)41-61, 2004.
- Yemliha, Yanar, “Gaziantep İlinde Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamaları”, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Gaziantep, 2001.
- Yıldırım Kaptanoğlu, Ayşegül, Sağlık Yönetimi, Beşir Kitabevi, İstanbul, 2011.
- Yılmaz, Seda, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Isparta, 2012.
- Yumuşak, İbrahim Gürkan, “Beşeri Sermayenin İktisadi Önemi ve Türkiye’nin Beşeri Sermaye Potansiyeli, Sosyal Siyaset Konferansları, 2007.
- Yurdadoğ, Volkan, “Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformları”, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006.
- Yurdadoğ, Volkan, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007, Cilt: 16, Sayı: 1,(S.591-610).

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı ve Soyadı : Leyla GÜR
Doğum Yeri ve Yılı : Gaziantep / 07.06.1988
Medeni Hali : Bekar

Eğitim Durumu :

Lisans Öğrenimi : Pamukkale Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte
Maliye Bölümü

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi :

1-İngilizce : Orta Düzeyde

İş Deneyimi :

: S.D.Ü. Isparta MYO Ücretli Öğretim Görevliliği (2014/ ---)