



**T.C**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**MALİYE ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL NİTELİĞİ SAĞLIK  
HARCAMALARININ GELİŞİMİ: SEÇİLİ ÜLKELER VE  
TÜRKİYE ÜZERİNE KARŞILAŞTIRMALI BİR İNCELEME**

**YÜKSEK LİSANS**

**Turan ULAŞ**

**ŞANLIURFA - 2018**



**T.C**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
MALİYE ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL NİTELİĞİ SAĞLIK  
HARCAMALARININ GELİŞİMİ: SEÇİLİ ÜLKELER VE  
TÜRKİYE ÜZERİNE KARŞILAŞTIRMALI BİR İNCELEME**

**YÜKSEK LİSANS**

**Turan ULAŞ**

**Danışman:**


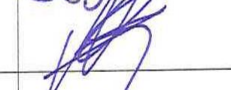

**Dr. Öğr. Üyesi Hasan TÜRKAL**

**ŞANLIURFA - 2018**

T. C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

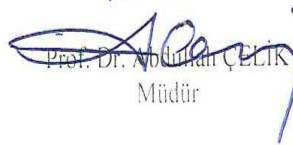
Enstitümüz MALİYE Anabilim Dalı 135218015 numaralı TURAN ULAŞ'ın hazırladığı "SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL NİTELİĞİ SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ: SEÇİLİ ÜLKELER VE TÜRKİYE ÜZERİNE KARŞILAŞTIRMALI BİR İNCELEME" konulu **yüksek lisans** tezi ile ilgili tez savunması, 10/07/2018 tarihinde, saat 10:00'da yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL (başarılı) olduğuna oybirliği/~~oy çokluğu~~ ile karar verilmiştir.

10/07/ 2018

Sınav Jürisi	Unvan, Adı Soyadı	Kanaati	İmzası
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Hasan TÜRKAL		
Üye	Prof. Dr. Murat DEMİR		
Üye	Dr. Öğr. Üyesi M. Sena EKİCİ (Muş Alparslan Üniversitesi)		

Bu tezin Maliye Anabilim Dalında Yapıldığını ve Enstitümüz Kurallarına Göre Düzenlendiğini Onaylarım.

17.09/2018

  
Prof. Dr. Abdullatif ÇELİK  
Müdür

Not: a) Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan alıntıların, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

b) Tez. HÜBAK'tan Bilimsel Araştırma Projesi mali destek Almıştır Almamıştır.



HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı-Soyadı : TURAN ULAŞ  
Öğrenci Numarası : 135218015  
Enstitü Anabilim Dalı : MALİYE  
Programı : MALİYE  
Başlık (Türkçe) :Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliği ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi Türkiye-Seçili Ülkeler Üzerine Karşılaştırmalı Bir İnceleme

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans Tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 86 sayfalık kısmına ilişkin, 09/06/2018 tarihinde şahsım/danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı % 25'tir.

Uygulanan Filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç.
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç/dâhil
- 4- 6 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezli/tezsiz lisansüstü programlarda seminer, dönem projesi, tez vb Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntılarının bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim kurulu bilimsel araştırma ve yayın etiği yönergesi ile Harran Üniversitesi bilimsel araştırma ve yayın etiği yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, Enstitü yönetim kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

09/06/2018

Hazırlayan Öğrencinin  
İmzası

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 09/06/2018

Dr. Öğr. Üyesi HASAN TÜRKAL  
Danışmanın Unvanı-Adı-Soyadı  
(İmzası)

## ÖNSÖZ

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hasan TÜRKAL'a, kaynak seçiminde bana yol göstererek yardımcı olan Harran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü Öğretim üyesi Prof. Dr. Murat DEMİR'e ve bölüm hocalarım Prof. Dr. Esra Siverekli, Dr. Öğr. Üyesi Mahmut İnan ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Küçükkaya'a ve değerli jüri üyelerine teşekkürlerimi sunarım. En umutsuz anlarımda güler yüzüyle bana tekrar çalışma azmi sağlayan aileme ve arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Turan ULAŞ

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	I
TABLO LİSTESİ.....	V
KISALTMALAR .....	VII
ÖZET.....	VIII
ABSTRACT .....	IX
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

<b>1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL NİTELİĞİ VE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı, Özellikleri ve Sınıflandırılması.....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Sağlık Kavramı .....	3
1.1.2. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Özellikleri.....	3
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	3
<b>1.2. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri .....</b>	<b>6</b>
1.2.1. Teknolojik Gelişmeler.....	6
1.2.2. Eğitim Düzeyinin Yükselmesi .....	7
1.2.3. Kentleşme.....	8
1.2.4. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması.....	8
1.2.5. Yaşam Sürelerinin Uzaması.....	9
<b>1.3. Sağlık Finansman Sistemlerinin Sınıflandırılması.....</b>	<b>10</b>
1.3.1. Beveridge Tipi Sağlık Sistemleri (Kapsayıcı).....	11
1.3.2. Bismarck Tipi Sağlık Sistemleri .....	12
1.3.3. Özel Finansman Modeli .....	12
<b>1.4. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği.....</b>	<b>13</b>
1.4.1. Kamu Ekonomisi ve Sağlık Hizmetleri.....	13
1.4.2. Piyasa Ekonomisi ve Sağlık Hizmetleri.....	16

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. GELİŞMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK

#### HARCAMALARI ..... 17

2.1.Sağlık Harcamalarının OECD Ülkeleri İçinde GSYİH'ye Oranı ..... 17

2.2.OECD Ülkeleri İçerisinde Sağlık Harcamalarının Kişi Başına Dağılımı ..... 22

2.3.İngiltere Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları ..... 24

2.4.Almanya Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları ..... 26

2.5.Fransa Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları ..... 27

2.6.İsveç Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları ..... 28

2.7.Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları ..... 29

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE FİNANSMAN

#### 3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ..... 32

3.1.1. Selçuklu ve Osmanlı Devletleri Dönemi..... 32

3.1.2. Cumhuriyet Dönemi..... 33

#### 3.2. Sağlık Hizmetlerinin Hukuki Alt Yapısı ..... 35

#### 3.3. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Öncesi Dönem ..... 35

3.3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ..... 36

3.3.2. Emekli Sandığı ..... 38

3.3.3. Bağ-Kur..... 40

3.3.4. Özel Sandıklar ..... 42

3.3.5. Yeşil Kart Uygulaması ..... 43

3.3.6. Özel Sağlık Sigortaları ..... 44

#### 3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı ..... 46

3.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ..... 46

3.4.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanındaki Gelişmeler ..... 49

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

<b>4. TÜRKİYE VE SEÇİLİ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....</b>	<b>52</b>
4.1. Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	52
4.2. Türkiye ve Almanya Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	55
4.3. Türkiye ve Fransa Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	59
4.4. Türkiye ve İsveç Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	62
4.5. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması .....	65
<b>SONUÇ.....</b>	<b>70</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>74</b>



## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. 1. Sağlık Finansman Sistemlerinin Sınıflandırılması .....	11
Tablo 2. 1.OECD Ülkelerindeki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%).....	19
Tablo 2. 2. OECD Ülkelerinin 2005-2015 Yılları Arasında Kişi Başına Sağlık Harcaması 2005-2015 (USD).....	22
Tablo 3. 1. Sosyal Sigortalar Kurumunun Kapsadığı Nüfus ve Oranlanması % (2005-2016).....	37
Tablo 3. 2. Emekli Sandığının Kapsadığı Nüfus ve Oranlanması % (2005-2016)....	39
Tablo 3. 3. BAĞ-KUR'un Kapsadığı Nüfus ve Oranlanması % (2005-2016) .....	41
Tablo 3. 4. Özel Sandıkların Kapsadığı Nüfus ve Oranlanması % (2005-2016).....	42
Tablo 3. 5. Özel Sağlık Sigortalarının Alınan Prim ve Artış Oranları % (2005-2017) .....	45
Tablo 3. 6. Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus ve Oranlanması % (2005-2016) .....	47
Tablo 3. 7. Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı, (2005-2016) .....	48
Tablo 3. 8. Sağlık Harcamaları 2005-2016 .....	49
Tablo 3. 9. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları 2005-2016 (Milyon TL) .....	50
Tablo 4. 1. Türkiye'nin ve İngiltere'nin Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015) .....	52
Tablo 4. 2. Türkiye'nin ve İngiltere'nin Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015) .....	53
Tablo 4. 3. Türkiye'nin ve İngiltere'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015).....	54
Tablo 4. 4. Türkiye'nin ve Almanya'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015) .....	56
Tablo 4. 5. Türkiye'nin ve Almanya'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015) .....	57

Tablo 4. 6. Türkiye'nin ve Almanya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015) .....	58
Tablo 4. 7. Türkiye'nin ve Fransa'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015) .....	59
Tablo 4. 8. Türkiye'nin ve Fransa'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015) .....	60
Tablo 4. 9. Türkiye'nin ve Fransa'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015).....	61
Tablo 4. 10. Türkiye'nin ve İsveç'in Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015) .....	62
Tablo 4. 11. Türkiye'nin ve İsveç'in Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015) .....	63
Tablo 4. 12. Türkiye'nin ve İsveç'in Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015).....	64
Tablo 4. 13. Türkiye'nin ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015).....	66
Tablo 4. 14. Türkiye'nin ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015).....	67
Tablo 4. 15. Türkiye'nin ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015) 68	

## **KISALTMALAR**

ABD :Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü

GSMH :Gayri Safi Milli Hasıla

GSYİH :Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla

KHK :Kanun Hükmünde Kararname

KİT :Kamu İktisadi Teşebbüsleri

SGK :Sosyal Güvenlik Kurumu

SSK :Sosyal Sigortalar Kurumu

TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi

TL : Türk Lirası

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

USD : Amerikan Doları

WHO : World Health Organization

## ÖZET

### SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL NİTELİĞİ SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ: SEÇİLİ ÜLKELER VE TÜRKİYE ÜZERİNE KARŞILAŞTIRMALI BİR İNCELEME

Sağlık, kişilerin ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden iyi olması olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin sağlıklı olması toplumu da etkilemektedir. Sağlıklı kişilerin toplumsal yararı şüphesiz çok yüksektir. Tersi durumda ise, meydana gelen zararların boyutları ve maliyetinin tahmin edilmesi dahi çok zordur. Bu maliyetlerin karşılanması için yapılan harcamaların tümü sağlık harcamalarının konusunu oluşturur.

Bu çalışmanın amacı; sağlık sistemleri ve sağlık harcamalarını inceleyerek Türkiye ile bazı gelişmiş ülkeler arasında karşılaştırma yapmaktır. Çalışmada; sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri, sınıflandırılması, sağlık harcamalarının artış nedenleri ile finansman sistemleri açıklanmıştır. Ayrıca sağlık harcamalarının OECD ülkeleri içinde GSYİH'ye oranı ve kişi başına düşen sağlık harcamasının dağılımı tablolar aracılığıyla anlatılmaya çalışılmıştır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi, harcamaların finansmanı ile sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında açıklamalara yer verilmiştir. Yapılan incelemeler ve rakamsal veriler ışığında; Türkiye'nin ve ele alınan seçili gelişmiş ülkeler arasında önemli ölçüde farklar olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda bazı eksiklikler olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması, Sağlık Hizmetlerinin Niteliği.

## ABSTRACT

### **PUBLIC QUALITY OF HEALTH SERVICES AND IMPROVEMENT OF HEALTH EXPENDITURES: A COMPARATIVE STUDY ON SELECTED COUNTRIES AND TURKEY**

Health is defined as the well-being of people in the spiritual, physical and social aspects. The health of individuals also affects society. The social benefits of healthy people are undoubtedly very high. Otherwise, it is very difficult to estimate the size and cost of the resulting damage. All costs incurred to cover these costs constitute the subject of health expenditures.

The purpose of this study is to make some comparisons between some developed countries and Turkey by examining health systems and health care spending. In this study, definition of health services, their characteristics and classification, reasons of health expenditure increases and financing systems are explained. In addition, the ratio of health expenditures to GDP in OECD countries and the distribution of health expenditure per capita have been attempted to be explained through tables. Explanations about the historical development of health services in Turkey, the financing of expenditures and the provision of health services have been given in the study. In the light of the examinations and numerical data, it was found that there were significant differences between Turkey and the developed countries. It was also found that there were some deficiencies in the provision of health services in Turkey.

**Keywords:** Health Services, Health Expenditure, Health Expenditure Per Capita, Quality of Health Services.

## GİRİŞ

Sağlık, ülkelerin kalkınmışlık düzeyini ve gelişmişliğini yakından ilgilendiren bir kavramdır. Bu nedenle ülkeler sağlık göstergelerini iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla birtakım faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu faaliyetleri gerçekleştirme aşamasında sağlığın ekonomisi ortaya çıkar. Teknolojinin hızla gelişmesi ve pahalı ilaç ve tedavilerin uygulanması sağlık ekonomisinin önemini her geçen gün artırmaktadır.

İnsanlığın var oluşundan itibaren sağlık hizmetleri devamlı gelişme gösteren bir alan olmuştur, bu gelişme ülkelerin demografik, coğrafik ve siyasi yapılarına göre şekillenmiştir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine ve sosyo-ekonomik durumlarına göre uyguladıkları sağlık politikaları ve ayırdıkları paylar farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkeler, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verirken gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkeler tedavi edici sağlık politikalarına daha fazla önem vermektedir. Gelişmiş veya yeni kalkınmış olan ve belirli bir refah seviyesini yakalamış olan ülkeler sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sunumunu daha iyi bir duruma getirmek için sürekli olarak daha fazla kaynak ayırdıkları görülmektedir. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerin daha öncelikli konulara (savunma vb.) daha fazla bütçe ayırdıklarından ve daha farklı sorunlara çözüm bulmaya çalıştıklarından sağlık ve eğitim gibi alanlara daha az kaynak ayırabilmektedirler. Ayrıca nüfus artış hızları gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olduğundan dolayı ayırdıkları bütçe ancak artan nüfusun sağlık giderlerini karşılayabilmektedir.

Bu çalışmayla sağlık ile ekonomi arasındaki ilişkinin değerlendirilerek sağlık harcamalarının ekonomi üzerine etkilerinin belirlenmesi ve Türkiye'nin gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının OECD ülkeleri içindeki payı ve seçilmiş bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması ve konuyla ilgili önerilerin sunulması amaçlanmaktadır.

Bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri, sınıflandırılması ve sağlık harcamalarının artış

nedenleri ile sağlığın finansman sistemleri ve sağlık hizmetlerinin nitelikleri hakkında bilgi verilecektir.

İkinci bölümde, sağlık harcamalarının OECD ülkeleri içinde GSYİH'ye oranı ve kişi başına düşen sağlık harcamasının dağılımı tablolar aracılığıyla anlatılmaya çalışılmıştır. Ayrıca seçilmiş ülkelerin sağlık sistemleri ve sağlık harcamaları hakkında bilgi verilmiştir.

Üçüncü bölümde, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve finansmanı ile sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında bilgi verilmiştir. Son bölümde ise Türkiye ve seçili olan ülkeler arasında tablolar aracılığıyla karşılaştırmalar yapılmış ve durum analizine yer verilmiştir.



## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL NİTELİĞİ VE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

#### 1.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı, Özellikleri ve Sınıflandırılması

##### 1.1.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı “sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlayarak, sosyal olgular ile sağlık kavramı arasındaki doğrudan ilişkiyi açıkça belirtmiştir.

##### 1.1.2. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Özellikleri

Sağlık hizmetleri, kamunun ya da özel sağlık kurumlarının sunmuş olduğu ve temelinde kişilerin fiziki ve ruh sağlığının korunması ile beraber toplumun geneli için ortaya çıkabilecek sağlık tehditlerinin ortadan kaldırılmasını gibi amaçlar taşıyan kamusal ve özel hizmetlerdir<sup>1</sup>. Bu hizmetler kişilerin talebi sonucu ve sağlık kurumlarının üstlenmiş olduğu görevin yerine getirilmesi için sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki talepler herhangi bir unsura bağlı olmamaktadır. Sağlık Hizmetleri; genel olarak iş gücü, sağlık materyallerinin ve finansal kaynakların toplanıp bir araya getirilip hastalara sunulmaktadır<sup>2</sup>.

##### 1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sınıflandırılırken hizmetin sunum şekli ve kişilerin hastalık durumları dikkate alınarak genelde koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık

---

<sup>1</sup> Kerman Uysal, Yakup Altan ve Mehmet Aktel, “Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.17, S.3, 2012, s. 2.

<sup>2</sup> Ferhat Sayım ve Tarık Orhan, “Sağlık Bakanlığı Web Tabanlı Merkezi Muhasebe Kayıt ve İstatistik Modüllerinin Hastanelerde Kurumsal Yönetim İşlevleri Açısından Değerlendirmesi” *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.16, S.1, 2011, s.187.



hizmetleri ve rehabilitasyon (iyileştirme) sağlık hizmetleri olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir.

### **1.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Hastalıkların insanlara bulaşmasını engellemek için verilen hizmetlerin tamamı koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamını oluşturur. Bireyin ve toplumun sağlığının korunması geliştirilmesi için toplum ve çevre için alınan önlemlerin bütünü koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamını oluşturur. Koruyucu sağlık hizmetleri hastalıkların tedavisi ile birebir ilişkili değildir. Ancak, aşı hariç bireylerin maddi varlıkları ile ilgili olmakla birlikte bireylerin çevresine yönelik hizmetler sunarak kişilerin sağlığının korunması ve iyi olmalarına dolaylı olarak etki eder<sup>3</sup>.

Toplumda hasta olma riski azalır, toplumun tüm bireyleri bundan faydalanır. Toplumdaki bir insan için bile bu riskin azaltılması tüm toplum için azaltılması demektir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri dışsal faydası en fazla olan sağlık hizmetidir. Koruyucu sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bireye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin bütünüdür. Bu hizmetlerin maliyetleri düşük, etkisi büyük olup kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler<sup>4</sup>. Günümüzde koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı, artan ihtiyaçlar ve gelişen teknoloji ile daha da büyüyerek, sağlıklı su rezervlerinin temini, halk sağlığı koruma önlemlerinin yanı sıra beslenme, aile planlaması, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi gibi genel olarak tüm toplumun sağlığını geliştirecek çalışmaları da kendi kapsamına almaya başlamıştır<sup>5</sup>.

### **1.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hasta olan bireylerin sağlıklarına tekrar kavuşmaları amacıyla sağlık ocaklarında, hastanelerde veya evlerinde uzman sağlık personelleri tarafından tedavilerinin edildiği hizmetlerdir.

---

<sup>3</sup> Sevgi Kurtulmuş, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998, s.21.

<sup>4</sup> Savaş Yıldırım, “*Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi Uzmanlık Tezi*, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü DPT Yayın No: 2350, Ankara, Temmuz 1994, s.12, <http://ekutup.dpt.gov.tr>, Erişim Tarihi: 20.03.1016.

<sup>5</sup> Kurtulmuş, s.86.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir sonraki kademesini oluşturan ve önceki kademedeki koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla yarar sağlayan bir hizmet türüdür. Hastalıkların iyileşmesi ile beraber ortaya çıkan verimlilik artışı gibi sebeplerden dolayı sosyal fayda da sağlamaktadır. Kişinin hasta olması veya hastalık belirtileri oluştuktan sonra, hastalığın tanı, teşhis ve tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, kişinin ortalama yaşam süresini uzattığı gibi verimliliğini de arttırır. Tedavi edici sağlık hizmetleri iki alt gruba ayrılır. Bunlardan birincisi; ayaktan verilen sağlık hizmetleri, ikincisi ise yataklı tedavi hizmetleridir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalanma, sakatlanma gibi hallerle karşılaşılması durumunda ortaya çıkan zararların azaltılması veya tamamen yok edilmesi amacıyla yapılan sağlık hizmeti türüdür. Tedavi edici sağlık hizmetinin amacı kişilerin çalışma gücünde meydana gelen geçici veya daimi kayıp nedeni ile kazancının kesilmesi ile sonuçlanan çalışma yetisinin kişiye yeniden ve daha ziyadesi ile kazandırılmasıdır.<sup>6</sup>

Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine nazaran biraz daha pahalı bir sağlık hizmeti sistemidir, ayrıca bu sağlık hizmetlerinde bireysel yarar daha ağır bastığı bilinmektedir. Aynı zamanda bu sağlık hizmetinden faydalanan doğrudan ve şahsi fayda elde etmektedir. Hizmetin dışsal faydası ise kişinin bu tedavi uygulaması sonucunda toplumun diğer bireyelerine hastalık bulaştırma risklerinin azaltılması veya tedavi olunması ile toplumda diğer bireyelere verebileceği zararların önüne geçilmiş olması ile ortaya çıkmaktadır<sup>7</sup>.

Yataklı tedavi hizmetleri ise, hastanelerin kliniklerince hastanın yatırılmak suretiyle teşhis ve tedavisinin yapılması esasına dayanmaktadır.

### **1.1.3.3. Rehabilitasyon (İyileştirme) Sağlık Hizmetleri**

Rehabilitasyon sağlık hizmetlerini bazı kaza ve hastalıklara bağlı bir biçimde gelişen ve geçici olmayan çeşitli bozukluk ve sakatlanmaların gündelik hayata olumsuz yönde etki etmesini engellemek veya bu etkiyi en minimuma indirmek, kişilerin bedeni ve ruhsal yönden başka kimselere bağımlı kalmadan hayatlarını

<sup>6</sup> Turan Yazgan, *Sosyal Sigorta*, İstanbul, 1977, s. 150.

<sup>7</sup> Kenan Bulutoğlu, *Kamu Ekonomisine Giriş*, İstanbul, Filiz Kitapevi, 1981, s. 255.

devam ettirmek amacıyla düzenlenmiş olan sağlık hizmetlerinden birisi olarak tanımlamak mümkündür<sup>8</sup>.

Kişilerin rehabilite edilmesi ile kapsamlı ve birbirileri ile ilişki içinde olan hizmetlerin götürülmesi malul, mazur veya sosyal bakımdan dezavantajlı durumda bulunan kişilerin kendi kendine yetebilecek sağlığa sahip, toplumla uyumlu bir şekilde hayatlarına devam etmeleri sağlanır. Bu durumda bulunan kişilere yönelik hizmetler fizik tedavi, ihtiyaçları gereğince araç, gereç temini ve bunların kullanılması için gereken eğitimin, ferdi ve mesleki danışmanlık yapılması, sakat olan kişilere de özel ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri yaşadıkları yerlerde gerekli değişiklik ve düzenlemelerin yapılmasının yanı sıra, uygun niteliklerin kazandırılması için gereken öğretim ve mesleki eğitimlerin verilmesi ve bu kişilere uygun bir iş imkanı sağlanması gibi hizmetler de sunulmaktadır.

Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt başlıktan oluşmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon ile psikolojik olarak ya da fizikken iş görebilme yeteneğini tamamını ya da bir kısmını kaybeden kişilerin bu yeteneklerini ortez, protez, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla olabildiğince geri kazandırabilme amaç edinmektedir. Sosyal rehabilitasyon ise bedenen iş görebilme yeteneğinin tamamını ya da bir kısmını kaybeden kişinin kendi çevresi ile beraber toplumla iç içe yaşayabilmesini sağlamak ve kişilerin yeni yetenekler öğrenmesini sağlayarak sosyokültürel ve ekonomik hayata katılmasını sağlamak ve bu süreci hızlandırmak amacını gütmektedir<sup>9</sup>.

## **1.2. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri**

### **1.2.1. Teknolojik Gelişmeler**

Teknoloji alanında yapılan yenilikler ve gelişmeler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yakından takip edilmektedir. İleri teknoloji doğal kaynakların daha etkin bir biçimde kullanılmasına imkân tanır. Fakat sağlık hizmetleri yerine getirilirken

---

<sup>8</sup> Özge Karaege, "Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusurlu Sorumluluğu", *CBÜ, İİBF Dergisi*, 2001, C.8, S.2, s. 113.

<sup>9</sup> Recep Akdur, "Sağlık Harcamaları", *Bilim ve Ütopya Dergisi*, C.170, S.14, 2008, s. 17.

ihtiyaç duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanın sağlanması çok büyük maliyetlere katlanmayı gerektirir<sup>10</sup>.

Tıp ve sağlık alanlarındaki araştırma ve geliştirme faaliyetlerine ağırlık verilmesi ile beraber hastalıkların teşhisinde ve tedavi yöntemlerinde sürekli yeni tıbbi teknikler kullanıma girmektedir. Son zamanlarda teşhis ve tedavide ileri teknoloji ürünleri yüksek maliyetli ve kullanılması özel eğitim gerektiren cihazların icat edilmesi ve geliştirilmesi sonucu, yeni cihazların alımına ihtiyaç duyulması, bakım ve onarım giderlerinin artması, bu cihazların kullanımına yönelik eğitim maliyetlerinin artması gibi bazı faktörler toplam sağlık harcamalarının artması yönünde olmasına neden olmaktadır<sup>11</sup>.

### **1.2.2. Eğitim Düzeyinin Yükselmesi**

Kişilerin eğitim düzeylerinin her geçen gün artış göstermesi ile beraber sağlık konusundaki bilincin gelişmesini beraberinde getirmektedir bu da sağlık hizmetlerinin buna bağlı olarak da sağlık harcamalarının her gün biraz daha yükselmesine neden olmaktadır. Bir diğer husus da eğitim düzeyleri artan kişilerin entelektüel seviyesi de yükselmekte bu yükselişe bağlı olarak sağlık sektöründeki gelişmelerden daha çok haberdar olmaları da bu hizmetlere olan harcamaların artış göstermesine sebep olmaktadır. Tıp alanında çıkan yenilikler ve sağlık sorunlarıyla yapılan mücadeledeki yöntemlerin çeşitlenmesi ile doğru orantılı olarak farkındalığı yüksek olan kişilerin de bu yeni sağlık hizmetine olan talebi yine sağlık hizmetlerinin artış nedeninden birisidir.

Bir toplumda yaşayan bireylerin eğitim seviyesindeki yükselme ve sağlık bilinçlerinin yükselmesi ve gelişmesinin sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin artırıcı yönde olduğu bilinmektedir. Kişilerin eğitim seviyesinin yükselmesine paralel olarak toplumun kültür düzeyi de artmakta dolayısıyla sağlık alanındaki gelişme ve değişimlerden daha çok haberdar olmaktadır. Tıp alanındaki gelişmeler ve hastalıkla mücadele yöntem çeşitliliklerinin artması ile beraber farkındalığı yüksek olan kesimin bu sağlık hizmetlerine olan talebini de artış yönünde olmasını sağlamaktadır. Eğitim ile birlikte sağlık bilincinin de yükselmesi günümüzde sağlık endüstrisini en gelir getirici sektörlerden birisi yapmıştır, geliştirilen özel satış ve

---

<sup>10</sup> Kurtulmuş, s. 64.

<sup>11</sup> Kurtulmuş, s. 64.

finansman teknikleri ile sağlık alanındaki ürünler daha kolayca müşterilerini bulmaktadır<sup>12</sup>.

### 1.2.3. Kentleşme

Sağlık harcamalarını artıran bir diğer sosyal olguda artan kentleşme eğilimidir. 20. Yüzyılda artan sanayileşmenin de etkisiyle kırsal kesim büyük bir hızla şehirlere göç etmiştir. Bu durumda beraberinde birtakım sorunu da beraberinde getirmiştir. Bu yoğun nüfus hareketliliği ile beraber gerek altyapı gerekse sunulan hizmetler yönünden sağlık harcamaları artış göstermiştir. Bu durum kentlerde yaşayan nüfusun artmasına ve bu nüfusa verilen sağlık hizmetlerinin de artmasına neden olmuştur<sup>13</sup>.

### 1.2.4. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması

Sağlık hizmetleri genellikle devlet tarafından sunulan kamusal mallar biçiminde sunulmaktadır. Kamusal mallar gelir esnekliği yüksek mal grubunda buldukları için talep edilen miktarları gelirdeki yükselişe paralel olarak her fiyat düzeyinde yükselcektir. Kişisel gelirdeki bir birimlik yükseliş devletin verdiği sağlık hizmeti talebinde daha fazla bir artışa dolayısıyla da sağlık harcamalarının yükselişine sebep olacaktır<sup>14</sup>.

Sağlık harcamasının gelir esnekliğini tahmin etmek ve gelişmiş ülkelerde sağlık harcamasının daha esnek olup olmadığının tayine etmenin hedeflendiği bir çalışma da sağlık harcamalarını betimleyen en önemli faktörün gelir olduğu ve gelişmiş ülkeler de sağlık harcamasının daha esnek olduğu tespit edilmiştir. Kişi başına GSYİH’ de 100\$’lık artış kişi başına sağlık harcamasını 10.99 \$’lık artırmaktadır<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> Yusuf Alper, “21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvelik”, *Yayınlanmamış Rapor*, Bursa, 1988, s. 76.

<sup>13</sup> Cemil Serhat Akın, *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Adana, 2007, s. 34.

<sup>14</sup> İbrahim Arısoy, “Wagner ve Keynes Hipotezleri Çerçevesinde Türkiye’de Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. C.14, S.2, 2005, s. 63.

<sup>15</sup> Gülten Şanlıalp, “Determinants Of Health Expenditure In Oecd Countries And The Income Elasticity”, *The Institute of Economics and Social Sciences of Bilkent University*, Ankara, 2008, s. 139.

Bireylerin gelir seviyesi artıkça daha iyi hayat şartları için sağlık hizmeti taleplerini artırmaları beklenen bir durumdur. Özellikle piyasa aracılığıyla verilen sağlık hizmetlerine olan talep gelirle doğru orantılıdır. Kişiler yeni teknolojilerden faydalanmak, sıra beklemeden ve diledikleri zaman muayene olabilmek, daha iyi fiziksel koşullara sahip sağlık merkezlerinden hizmet almak gibi sebeplerle daha çok para vererek sağlık hizmeti alabilirler. Ayrıca bireylerin gelirleri yükseldikçe sosyal güvenlik kurumlarının sigorta kapsamı dışında bıraktığı bazı sağlık hizmetlerinin talebi de artmakta ve sağlık harcamalarını artırmaktadır.

Gelir seviyesindeki artışlar sağlık harcamalarını artırmaktadır fakat düşük gelir seviyesi de sağlık sorunlarını artırmaktadır. Kötü sağlık şartları ile gelir seviyesi arasında doğru bir orantı vardır. Birçok zararlı madde alışkanlıkların temelinde yoksulluk bulunmaktadır. Aynı biçimde sosyal olmayan davranışlar, artmış yiyecek güvensizliği yoksullukla ilişkilendirilmektedir<sup>16</sup>.

Epidemiyolojik çalışmalar yaşam şeklinin toplumların sağlık durumlarını etkileyen en önemli etken olduğunu göstermektedir. Yaşam şeklini etkileyen en önemli etkenler ise gelir ve eğitimidir. Gelir ve eğitim haricinde sunulan sağlık hizmetinin niteliği, fiziki koşullar ve genetik yapı toplumun sağlık durumunu etkilemektedir<sup>17</sup>.

Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırmasına göre bir sağlık sorunu meydana geldiğinde sağlık sorununun çözümü için hiçbir şey yapmama durumunun tespitinde toplam 1.802.133 kişinin (11.609.154 kişinin % 15,5) %60'nın tedavi için yeterli paraya sahip olmadıkları için hastalandıklarında hiçbir şey yapmadıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kişi başı gelir artıkça tedavi olmayanların oranının düştüğü görülmüştür<sup>18</sup>.

### **1.2.5. Yaşam Sürelerinin Uzaması**

İnsanların yaşam sürelerinin uzaması, kronik hastalık ve yetersizlik oranının yükselmesine sebep olmakta ve toplumun sağlık hizmetlerine olan talebini

---

<sup>16</sup> Osman Günay, Yusuf Özbal ve Yusuf Öztürk, *21. Yüzyılda Herkese Sağlık*, Erciyes Üniversitesi Yayınları, No:126, Kayseri, 2001, s. 12.

<sup>17</sup> Kayıhan Para, *Türkiye İçin Nasıl bir Sağlık Reformu*, Bursa, TTB Yayınları, Bursa, 2007, s. 5.

<sup>18</sup> Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları: 2002-2003", *TC Sağlık Bakanlığı Yayını*, Ankara, 2006, s. 57.

artırmaktadır. Toplumun sağlık hizmetlerine olan talepleri doğal olarak gelirden sağlığa ayrılan payın yükselmesine sebep olmaktadır. Bu durumun sürdürülebilir olmasında; ya sağlık hizmetlerinde verimliliğin artırılması ve yaşlıların bağımlılık oranlarının azaltılması, ya da bu kişilere kamu finansman taahhütlerinin azaltılması, olguları tartışılmaktadır<sup>19</sup>.

### 1.3. Sağlık Finansman Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri finansman yöntem ve sınıflandırılması tanımlamadan önce üç temel sağlık finansman modellerinden bahsedilmesi gereklidir. En temel manada Beveridge Modeli, Bismarck Modeli ve Özel Sağlık Sigortası olacak şekilde gruplandırılan bu modeller, finansman kaynakları, karar verme mekanizmaları, hizmet sunucularının örgütlenmesi gibi konularda birbirlerinden önemli ölçüde farklılık gösterebilmektedir. Aşağıdaki tabloda bu modellere ilişkin bazı özellikleri özet olacak şekilde sunulmuştur<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> David Mechanic and David A. Rochefort “Comparative Medical Systems” *Annual Review of Sociology*, Vol. 22, 1996, s. 239.

<sup>20</sup> Mehtap Tatar , “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C.1, S. 1, 2011, s. 110.

**Tablo 1. 1. Sağlık Finansman Sistemlerinin Sınıflandırılması**

	<b>Beveridge Modeli</b>	<b>Bismarck Modeli</b>	<b>Özel Sigorta Modeli</b>
<b>Örnek</b>	Ulusal Sağlık Hizmeti İngiltere	Sosyal Sağlık Sigortası Almanya	Amerika Birleşik Devletleri
<b>Karar Verme Mekanizması</b>	Devlet Tarafından Karar Verme ve Yönetim	Sigorta Fonu Ve Hekim Birlikleri Tarafından Karar Verme ve Yönetim	Özel Girişimcilik İlkeleri
<b>Kaynaklar</b>	Vergiler	Çalışanların ve İşverenlerin Katkıları	Özel finansman
<b>Sağlık Hizmetleri Sunucuları</b>	Kamu	Kamu/Özel	Özel

**Kaynak:** Mehtap Tatar , “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, C.1, S.1, 2011, s.110.

### **1.3.1. Beveridge Tipi Sağlık Sistemleri (Kapsayıcı)**

Finansmanı vergiye dayalı olan sağlık sistemleri, bu ismi İkinci Dünya Savaşından sonra İngiltere’de devletin sağlık ve eğitim hizmetlerini doğrudan karşılanması gerektiğini öne süren sosyal politika görüşünü ortaya koyan Beveridge’den gelmektedir<sup>21</sup>.

Sistem ülke nüfusunun tümünü kapsamı, finansmanının tamamı genel vergilerden karşılanıyor olması ve sağlık sektörü çalışanlarının ücret sistemine dayalı istihdamı bu tür sağlık sistemlerinin özelliklerindedir. İngiltere başta olmak üzere

<sup>21</sup> Gönül Dinç, *Birleşik Krallık Sağlık Sisteminin Genel Özellikleri*, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Yayını, 2009, s. 5.



İskandinav ülkeleri, İspanya, Yunanistan, İtalya gibi ülkeler bu sağlık sistemini uygulayan ülkeler olarak örnek verilebilir<sup>22</sup>.

### 1.3.2. Bismarck Tipi Sağlık Sistemleri

Bu model ilk olarak 1883 yılında kanuna dayandırılarak, Otto Van Bismarck'ın öncülük etmesi ile Almanya'da başlamıştır. Bu model belirli endüstrilerde, belirli bir düzeyin altında ücretle çalışanların, sistemin hastalık fonuna üye olma mecburiyetinin olduğu ve fonun finansman kısmının ise bu işçi ve bu işçileri çalıştıran işverenlerden alınmakta olan zorunlu katkılarla oluşturulmaktadır<sup>23</sup>.

Bismarck tipi sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı sosyal sigorta fonlarıdır. Sosyal sigorta kuruluşlarına üye olmak yasal bir zorunluluk olup kişiler oluşabilecek sağlık risklerine karşı prim öderler. Sağlık hizmetleri kamu kurumlarınca sunulduğu gibi sosyal sigorta kurumları ile anlaşma sağlayan kurum ve kuruluşlardan da alınabilmektedir. Bismarck modellemesi sağlık sistemi Almanya öncülüğünde, Avusturya, Belçika, Fransa başta olmak üzere Avrupa ülkelerinin çoğunda uygulanmaktadır<sup>24</sup>.

### 1.3.3. Özel Finansman Modeli

Özel finansman modelinde, sağlık hizmeti sunumunun oluşması aşamasında sağlık hizmetini sunanlar ile sağlık hizmeti için talepte bulunanlar serbest piyasa koşullarında karşı karşıya gelip oluşan denge fiyatını kabul etmektedirler. Bu durumda, sağlık hizmetini talep edenler, faydalanacakları sağlık hizmetinin meydana getireceği maliyeti şahsen karşılayabildikleri gibi özel sağlık sigortası kuruluşları vasıtasıyla da karşılayabilmektedirler. Bu konuda karşılaştığımız temel husus, sağlık hizmetini talep eden kişilerin bu hizmetlerden yararlanmaları neticesinde ortaya çıkan maliyetleri kendilerinin veya özel sigorta kuruluşlarının aracılığıyla ödemeleri halinde süregelen süreç içerisinde herhangi bir kamu müdahalesinin yer almıyor

---

<sup>22</sup> İlker Belek, *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*, İstanbul, Yazılama Yayınevi, 2009, s. 176.

<sup>23</sup> S. Atabey Ertürk, *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, 1. Baskı, Ankara, Gazi Kitabevi, 2012. s.23.

<sup>24</sup> Ron A., Abel-Smith, B., and Tamburi, G., "Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach", ILO, 1990. s. 23.

olmasıdır. Özel finansman modelinde sağlık hizmetleri özel şahıs ya da kuruluşun fon transfer mekanizmaları ile finans olunmaktadır<sup>25</sup>.

#### **1.4. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği**

Sağlık hizmetlerinin niteliği, kamu ekonomisi ve sağlık hizmetleri ile piyasa ekonomisi ve sağlık hizmetleri olacak şekilde iki başlık altında incelenmektedir.

##### **1.4.1. Kamu Ekonomisi ve Sağlık Hizmetleri**

Sağlık hizmetlerinin fiilen kamu kesimine dâhil edilmesine 19.asırda rastlanmaktadır. Bu tarihten önce bir özel sağlık hizmeti niteliği taşıyan, bulaşıcı hastalıkların tedavisine çalışılması sırasında, kamusal boyutu ortaya çıkmıştır. Bulaşıcı hastalıkların tedavi edilmesi, toplumun diğer fertlerinin korunması açısından sosyal yararlar sağladığı gerçeği, bu sağlık hizmetlerinin kamu hizmetleri arasına girmesine neden olmuştur. Ayrıca “ Sosyal Refah Devleti” anlayışının ortaya çıkışı ve topyekûn savaşlar nedeni ile sağlık sorunlarının artmasıyla, bu hizmetin devlet tarafından verilmesi taleplerinin artması da, kamusal nitelik kazanmasında etkili olmuştur<sup>26</sup>.

Kamuya dayalı sağlık politikası uygulamakta olan ülkelerde, sağlık hizmetleri genellikle kamu kurum ve birimleri aracılığıyla sağlanmaktadır. Bu şekilde sağlanan hizmetin sunumlarında, sağlık kurumlarının ve birimlerinin çalışmaları çoğunlukla hasta ile beraber kamunun da yararı üzerine oluşturulmaktadır. Başka bir ifade ile kar amacı güden bir hizmetten söz etmek mümkün olmamaktadır. Bu sebeple de genelde sağlık sektörü, özelden ise kurumda sürümü / tüketimi yükseltici uygulamalar kuruma da, çalışanlara da hiçbir çıkar sağlamaz. Sağlık kurumları, birimleri ve çalışanları arasında hasta (müşteri) çekme konusunda yarış ve kaygısı söz konusu olmamaktadır. Sağlık kurumları tarafından hastalara karşı gerçekleştirilen tavırlarda tamamen tedaviye yönelik ihtiyaçları belirleyici olmaktadır. Sağlık kurumlarının ve birimlerinin yapılanmasında tamamıyla gerekli ihtiyaçlarla beraber mantıklı olmak ilk planda olur. Yukarıda belirtilen nedenlerle, sağlık hizmeti

---

<sup>25</sup> Mehmet Cihan Erumut, “Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem”, *Sosyal Güvençe Dergisi*, S.5, Ankara, 2014, s. 98.

<sup>26</sup> Hasan Türkal ve Mehmet Cihangir, “Sağlık Hizmetlerinin Kamu Maliyesi Açısından Analizi ve Değerlendirilmesi”, *İktisat Dergisi*, S.498, İstanbul, 2008, s. 130.

uygulamalarında mantıkçı olma ve ihtiyaçlar etkili unsurlar olur. Bu tip sağlık sistemi uygulayan ülkeler sağlık sektörü için merkezi bir planlama yapılabilirler. Bu planlama ile kaynakların tümünün bölgeler ve kurumlara dağılımı bölgenin ihtiyaçlarına dayandırılmış olur. Bu sayede gereksiz harcamaların önüne geçilir ve gerçek ihtiyaçlara yönelik bir harcama düzeyi sağlanmış olunur. Bu durum sabit harcamalarda olsun gerekse de cari harcamalarda olsun mantık çerçevesinde davranış sergilemeyi egemen kılar ve bu kaynakların en etkili bir biçimde kullanılmasını sağlayarak büyük ölçüde tasarruf edilmesine yardımcı olur<sup>27</sup>.

Sağlık durumu yerinde kişilerin topluma sağladıkları yarar şüphesiz daha yüksek olacaktır. Bu durumun aksi söz konusu ise, ortaya çıkacak olan zararların boyut ve maliyetinin tahminin dahi çok zor olduğu söylenilebilir. Bu nedenle kamu ekonomisi tarafından toplum sağlığını korunmasına yönelik sağlık hizmetlerinin üretilmesi kaçınılmaz hale gelmektedir, buradan yola çıkarak toplumun koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl sunucusu devletin kendisi olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Özel sektör ise koruyucu sağlık alanında kar elde edemeyeceğini düşündüğü için bu alanda faaliyette bulunmak istemeyecektir. Bunların yanında piyasa ekonomisi, kamu ekonomisi tarafından üretilen bölünemeyen ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik mal ve hizmet üretme konusunda kamu ekonomisine hizmet sunabilir; fakat burada söz konusu olan bu hizmetin kamusal olması özelliğinin değiştiğini göstermez. Konuya örnek olarak özellikle yaygın ya da riski yüksek grupların yoğunlukta olduğu nedenlerle kitle şeklinde ya da bölge bazında aşılama uygulamaları bu kapsamda görülebilen en önemli hizmetlerdendir.

Sağlık hizmetleri piyasadan alınabilen ve satılabilen hizmetler olmasına nazaran, yukarıda dile getirdiğimiz dışsallık nedeniyle kamu tarafından üretimi zaruri olan kamu mallarındandır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri sağlıklı bir toplum olma konusunda en önemli sağlık hizmeti aracıdır. Devlet koruyucu sağlık hizmetleri ile beraber, tedavi hizmetleri konusunda da faaliyet gösterebilir. Bunu yaparken de bu hizmeti satın alamayanlara destek olunup kişinin ve dışsal fayda nedeniyle toplumun sağlığına olumlu katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

---

<sup>27</sup> Akdur, s. 14.

Günümüze gelindiğinde insan hakları tanımının kapsamı içerisinde beşeri sermaye değişkenlerinden olan sağlık ve eğitim temel bir hak olarak kabul etmektedir. Birleşmiş Milletler, her bireyin sağlıklı bir yaşam ve temel eğitim hakkının olduğunu kabul etmektedir. Ülkelerin birçoğunda da kişisel hak tanımı kapsamında sağlık temel haklardan birisi olarak kabul edilmektedir. Önceden de belirtildiği üzere sağlık hususunda hak, adalet ve eşitlik sınırları içerisinde bir perspektif geliştirilmesi “normatif yaklaşım” içerisinde gerçekleşmektedir. İnsanların sahip oldukları dil, din, ırk, cinsiyet, gelir, servet, prestij ve statü gibi unsurlara bakılmaksızın eşitlik, adalet ve haklar bağlamında sağlık hizmetlerinden yararlanmaları konusunda genel bir kabul söz konusudur. Bunların yanı sıra, kamu tedavi edici hizmetlerinin sunumunda sınırlama söz konusu değildir. Bu durum ülkeden ülkeye değişkenlik gösterebilir, piyasa ekonomisinin işlediği her ülkede kamusal tedavi hizmetleri sınırsız olması mümkün olamamaktadır<sup>28</sup>.

Genelde bu hususta sınırlama olamayan tek hizmetin “bulaşıcı hastalıklar” kapsamında gerçekleştiği söylenebilir. Bu açıdan devletin tedavi edici sağlık hizmetleri sunarken özellikle toplumda riski bulunan grupları iyi belirlemesi gereklidir. Özellikle yoksul ve muhtaçlara yönelik devletin sınırsız tedavi hizmeti sağlaması sosyal sorumluluğunun yanı sıra önemli görevlerinden biridir. Günümüz piyasa ekonomilerinde devletin sağlık hizmetleri sunucularından olarak pozisyonun belirlenmesinde cevaplaması gerekli iki temel soru vardır;

- İlki, devletin sunmuş olduğu tedavi hizmetinin toplumsal sınırı ve ölçütleri nelerin olmasıdır?
- Diğeri, devletin vatandaşlara bu hizmeti sunarken hizmetin finansman boyutu için bütçeden kullanacakları kaynakların ne kadar olacağıdır?

Ülkelerin birçoğunda sağlık konusunda düzenleme arayışlarının temelinde bu soruların net cevaplarının olmaması yatmaktadır. Çünkü bütçe kaynakları toplumun tümünü içerisine alacak sağlık hizmetleri ve özellikle tedavi edici hizmetleri sınırlanmadan sunulmasına izin verememektedir. Bu türden hizmetlerin bütçedeki esas kaynağını bilindiği üzere “vergiler” oluşturmaktadır. Öte yandan vergi mükellefleri açısından ortaya çıkan bu durum ciddi bir yük de oluşturabilmektedir.

---

<sup>28</sup> Bulutoğlu, s. 286.

Özellikle kayıt dışılığın yüksek boyutta olması ve buna bağlı olarak vergi kaçırma olgusunun yaşanması ve yoksul kesimlerin nüfusun büyük bir kısmını oluşturduğu ülkelerde, devletten en azından yoksul olmayan kesimler için sınırsız ve ücretsiz bir sağlık hizmet düzeyi beklemek, kaynak kısıtı sebebiyle çok mümkün değildir. Genellikle, kamusal sağlık hizmetleri sunumunda sınırsız kaynak kullanımı, yoksul insanlara ve salgın hastalıklara yönelik olarak uygulanmaktadır. Burada önemli olan husus, ülkede yoksul kesimlerin katmanlarının belirlenebilmesidir. Çünkü sağlık hizmetlerinin finansmanına hiçbir şekilde iştirak edemeyecek olan gerçek muhtaç ve yoksulların tespit edilmesi bu noktada önem kazanmaktadır<sup>29</sup>.

#### 1.4.2. Piyasa Ekonomisi ve Sağlık Hizmetleri

Piyasacı sağlık politikasının uygulandığı ülkelerde sağlık hizmetleri özel kurum ve birimle tarafından sağlanmaktadır. Özel birimler ise çalışmalarını kar ve rekabet temeline dayandırır. Özel birim ve kurumlar genelde karın yüksek olduğu bölgelerde kurulur ve kendini burada güçlendirir. Buna karşın kar elde edilemeyen bölgelerde, mahrumiyetin olduğu bölgelerde ise özel kurum ve birimler kurulmaz, buralarda kurulmuş olanlar ise daha uzun süre yaşayacağı söylenemez. Bunların doğal sonucu olarak da hem kaynakların bölge düzeyinde merkezi planlamaların yapılması düşünülemez, neticesinde de bölgeler arasında eşitsizlikler söz konusu olur.

Bu tür alanlarda, kurumların işletilmesinde kurum ve birimler arasındaki ilişkinin temelinde tamamen müşteri olarak gördüğü hastaları çekmek için rekabeti, riski ve çabası ön plana çıkmaktadır. Kurumların kaynakları kullanmada ve yapılanmasında ve hastalarla olan ilişkilerinin tümünde tamamen rekabet belirleyici olmaktadır. Bundan ötürü de, gerek kurumların yapılanmasında gerekse hasta (müşteri) ilişkilerinde akılcılığın yerine rekabet ve kurnazlık geçer. Sonuç olarak da sabit harcamalarında ve cari harcamalarında çok fazla tüketim ortaya çıkar ve bu harcamaların boyutu alabildiğince yükselir<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Asuman Altay, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, S.64, 2007, s. 37.

<sup>30</sup> Akdur, s. 4.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. GELİŞMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

World Health Organization (WHO-Dünya Sağlık Örgütü)'ne göre mevcut düzende yer alan sağlık sistemleri ve bunların birbirinden farklılık göstermesi, toplumların geneline hakim olan norm ve değerler tarafından oluştuğu ve bunlar tarafından belirlendiği için olduğunu açıklamıştır. Toplumların sağlık hizmeti sunumları, bunların finansmanı tamamen ülkede yaşayan insanların kültür, gelenek, sosyal yaşam ve politik tarzlarını yansıttığı söylenebilir. Ülkeler gelişmiş, gelişmekte olan veya gelişmemiş sınıflarda bulunurken fiili durumlarında değişiklik olup olmadığına bakılmaksızın yeni sistem ve politika arayışlarında bulunabilmektedirler. Bunun sonucu olarak da birden fazla sağlık hizmetleri sunum, harcama ve finansman modeli ortaya çıkabilmektedir.

#### 2.1.Sağlık Harcamalarının OECD Ülkeleri İçinde GSYİH'ye Oranı

Gelişmiş veya yeni kalkınmış olan ve belirli bir refah seviyesini yakalamış olan ülkeler, beşeri yatırım olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve sunumunun daha iyi hale getirilmesi için gündün güne daha fazla kaynak aktardıkları görülmektedir. Ekonomik olarak kalkınmanın ve refahın da temel unsuru olan insanın sağlıklı olması ve hastalıkların tedavi edilmesi için, gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler Gayri Safi Yurtiçi Hasıllarından (GSYH) her geçen yıl daha fazla pay ayırmaya çalışmaktadırlar. Literatürde bazıları sağlığa yapılan yatırımları “üretken yatırım” olarak kabul etmektedirler<sup>31</sup>. Bir ülkede refahın en önemli kriterlerinden birisi olan insan sağlığına verilen değer arttıkça ülkenin de refah seviyesinin hızla arttığı görülmektedir.

---

<sup>31</sup> Erdinç Tokgöz, “Sosyal Gelişimde Sağlık”, Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, Ankara, *DPT Yayınları*, s. 198.

Toplumların sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yadsınamaz bir nedensellik ilişkisinin olduğu söylenebilir<sup>32</sup>. Ekonomik gelişmesini belli seviyelere getirmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar hızlı bir şekilde arttığı gibi, bireylerin sağlık konusunda farkındalıkları ve istekleri de artmaktadır. Bununla birlikte sağlık düzeyinin gelişimi de ekonomik gelişimi hızlandırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, ekonomik göstergelerde meydana gelen iyileşmelerin sağlık göstergelerini paralel olarak olumlu etkilediği gözlenmiştir. Ülkeler sanayileştikçe ve gelir seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmaktadır<sup>33</sup>. Bu duruma örnek olarak OECD tarafından yapılan şu açıklamanın paylaşılması gerekmektedir. OECD; 2000 yılından bu yana doktorların ve hemşirelerin sayısı neredeyse tüm OECD ülkelerinde, hem mutlak sayı hem de kişi başına esasında artış göstermiştir. Bu artış, 2000 yılında özellikle daha az sayıda doktoru bulunan birtakım ülkelerde (Örnek Türkiye, Kore, Meksika ve Birleşik Krallık) daha hızlı olmuş fakat zaten nispeten çok sayıda doktoru bulunan ülkelerde de (Örnek Yunanistan, Avusturya ve Avustralya) kuvvetli bir artış gerçekleşmiştir<sup>34</sup>.

OECD veri sisteminden derlenen bilgilere göre ülkelerin gayri safi yurtiçi hasılasının(GSİYH) ne kadarını sağlık harcamalarına ayırdığı yıllar itibariyle en güncel veriler aşağıdaki tabloda detaylı bir şekilde ele alınmaktadır. OECD veri sisteminde yer alan bu bilgiler en son olarak 05.10.2016 tarihinde güncellenmiştir. Aynı zamanda aşağıdaki tabloda yer alan bilgiler 05.11.2016 tarihinde elde edilmiştir. Tablo 2.1’de sağlık, harcama ve finansman verileri kullanılarak oluşturulmuştur.

Yapılan harcamalara özel, kamu ayırımı olmaksızın elde edilen tüm veriler eklenerek hazırlanmıştır. Yani ilgili ülkelerin GSYİH’e oranı tüm sağlık harcamaları birlikte değerlendirilerek hazırlanmış ve gerçeğe en yakın sonuçları vermektedir. Buradan hareketle tablo 2.1 ile ilgili ayrıntılara, karşılaştırmalara ve yorumlara ilerleyen bölümlerde yer verilmiştir

---

<sup>32</sup> Sami Taban, “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi”, Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, *Osmangazi Üniversitesi İİBF*, Eskişehir, 2014, s. 36.

<sup>33</sup> İsmail Mazgıt, *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1998, s. 31.

<sup>34</sup> [http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-03?itemld=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&csp\\_ =354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8](http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-03?itemld=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&csp_ =354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8), Erişim Tarihi: 25.10.2016.

**Tablo 2. 1.OECD Ülkelerindeki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)**

Ülke	Yıllar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Avustralya		8,0	8,0	8,1	8,3	8,6	8,5	8,6	8,7	8,8	9,0	9,3
Avusturya		9,6	9,5	9,5	9,6	10,1	10,1	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4
Belçika		9,0	8,9	9,0	9,4	10,1	9,9	10,1	10,2	10,4	10,4	10,4
Kanada		9,1	9,2	9,3	9,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,2	10,0	10,1
Şili		6,6	6,0	6,1	6,7	7,1	6,7	6,7	7,0	7,3	7,7	7,7
Çek Cumhuriyeti		6,4	6,2	6,0	6,4	7,3	6,9	7,0	7,1	7,8	7,7	7,5
Danimarka		9,1	9,2	9,3	9,5	10,7	10,4	10,2	10,3	10,3	10,6	10,6
Estonya		5,0	4,9	5,0	5,7	6,5	6,3	5,8	5,8	6,0	6,1	6,3
Finlandiya		8,0	8,0	7,8	8,1	8,9	8,9	9,0	9,3	9,5	9,5	9,6
Fransa		10,2	10,1	10,0	10,1	10,8	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11,0
Almanya		10,2	10,1	10,0	10,1	11,1	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1
Yunanistan		9,0	9,0	9,1	9,8	9,8	9,9	9,5	8,9	8,7	8,3	8,2
Macaristan		8,0	7,8	7,3	7,1	7,3	7,6	7,6	7,5	7,3	7,2	7,0
İzlanda		9,2	8,9	8,7	8,8	9,1	8,8	8,6	8,7	8,8	8,9	8,8
İrlanda		7,7	7,5	7,8	9,1	10,5	10,6	9,9	10,1	10,5	10,1	9,4
İsrail		7,1	6,9	6,9	7,0	7,0	7,0	7,0	7,1	7,4	7,6	7,4
İtalya		8,4	8,5	8,2	8,6	9,0	9,0	8,8	8,8	8,8	9,1	9,1
Japonya		8,1	8,1	8,2	8,5	9,4	9,5	11,1	11,2	11,3	11,4	11,2
Kore		5,0	5,4	5,6	5,8	6,3	6,4	6,5	6,6	6,8	7,1	7,2
Litvanya		5,9	5,7	5,8	5,6	6,2	6,2	5,6	5,4	5,4	5,5	5,6
Lüksemburg		7,3	6,8	6,3	6,6	7,5	7,1	6,2	6,7	6,5	6,3	7,2
Meksika		5,9	5,7	5,8	5,7	6,2	6,0	5,8	5,9	6,0	5,7	5,8
Hollanda		9,4	9,3	9,3	9,5	10,3	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,8
Yeni Zelanda		8,3	8,6	8,3	9,1	9,7	9,7	9,6	9,7	9,4	9,4	9,4
Norveç		8,3	7,9	8,1	8,0	9,1	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	9,9
Polonya		5,8	5,8	5,9	6,4	6,6	6,4	6,2	6,2	6,5	6,4	6,3



Portekiz	9,4	9,1	9,1	9,4	9,9	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	8,9
Slovakya	6,6	6,9	7,2	7,0	8,0	7,8	7,4	7,7	7,6	7,0	7,0
Slovenya	8,0	7,8	7,5	7,8	8,6	8,6	8,5	8,7	8,8	8,5	8,4
İspanya	7,7	7,8	7,8	8,3	9,0	9,0	9,1	9,1	9,0	9,1	9,0
İsveç	8,3	8,2	8,1	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,1	11,2	11,1
İsviçre	10,3	9,8	9,6	9,8	10,4	10,5	10,6	11,0	11,2	11,4	11,5
Türkiye	5,1	5,4	5,5	5,5	5,8	5,3	5,0	5,0	5,1	5,1	5,2
Birleşik Krallık	7,4	7,5	7,6	7,9	8,7	8,5	8,4	8,5	9,9	9,9	9,8
Amerika Birleşik Devletleri	14,5	14,7	14,9	15,3	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,6	16,9

**Kaynak:** OECD Veri Sistemi (www.oecd.org.tr).

Tablo 2.1. detaylı bir şekilde incelendiğinde; ülkeler arasında oran olarak en fazla harcamanın % 16,9 ile Birleşik Devletler tarafından yapıldığı görülmektedir. Bunu takip eden diğer ülkeler ise; İsviçre % 11,5 Japonya % 11,2 Almanya % 11,1, İsveç % 11,1 Fransa % 11,0 şeklinde azalarak devam etmektedir. Görüldüğü üzere ABD ile arasındaki en yakın ülke arasında oransal olarak yaklaşık %5,5 fark bulunmaktadır. Bu durumda ilgili ülkelerin sağlık politikalarının incelenmesi ve karşılaştırılması farklılıkların neden kaynaklandığını ortaya koymak açısından çok yerinde olacaktır. Çalışmamızın ilerleyen bölümlerinde ülkelerin sağlık politikalarına kısaca yer verilecek ve karşılaştırmalar yapılacaktır.

Yine tablo üzerinde küçükten büyüğe yapılacak bir incelemede görüleceği üzere sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranında en düşük harcamaya sahip olan ülkeler Türkiye % 5,2 Litvanya % 5,6 Meksika % 5,8 Estonya % 6,3, oranında olduğu görülmektedir. Yani OECD üyeleri içerisinde yer alan 35 ülke için yapılan karşılaştırmada yurt içi hasılaya oranla sağlığa en az harcama yapan ülkelerin Türkiye, Litvanya, Meksika olduğunu söyleyebiliriz. Bilindiği üzere bu ülkeler gelişmekte olan ülkeler sınırında yer almakta ve halen kalkınma çabasında bulunmaktadırlar.

Yunanistan, Amerika Birleşik Devletleri ve Polonya dışındaki bütün OECD ülkelerinde temel sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortası vardır. Yunanistan'da

ekonomik kriz, uzun vadeli işsizler ile serbest çalışan pek çok işçi arasında sağlık sigortasının kapsayıcılığında kayba yol açmıştır. Ancak Haziran 2014'ten bu yana nüfusun sigortasız kesimi için reçete edilen farmasötiklere ve acil durum hizmetlerine erişebilmeleri amacıyla tedbirler alınmıştır<sup>35</sup>.

35 ülkeye ait ortalama 2000-2015 yılları arasındaki ortalama değer alınırsa yine en son sırada Türkiye, Estonya, Kore ve Meksika ülkeleri, ilk sıralarda ise ABD, Almanya ve İsviçre ülkeleri yer almaktadır. Türkiye'nin sağlık harcamaları yıllar itibariyle artmış olmasına rağmen GSYİH'in hızlı yükseldiği dönemlerde ise azalmış gibi görünmektedir. Örneğin; 2011-2012 yıllarında ülkemizde GSYİH ve GSMH rakamları çok hızlı biçimde yükselmiştir buna rağmen sağlık harcamaları aynı oranda yükselmediği için gerilemiş gibi görünmektedir. Buradan hareketle sağlık harcamalarında ki artış GSYİH ve GSMH'deki artışa paralel olmadığını en azından Türkiye için söyleyebiliriz.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri arasında son sırada yer alan Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması sadece 941 dolar. Bu rakam ABD'de 8 bin 713, Fransa'da 4 bin 124, krizle boğuşan Yunanistan'da 2 bin 366 dolar. OECD ortalaması ise 3 bin 453 dolar. Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması milli gelirin ise sadece yüzde 5.1'i. Bu oran da Türkiye'ni OECD ülkeleri arasında son sıraya yerleştiriyor. OECD her yıl 'Bir bakışta sağlık' raporu yayımlıyor.

Dünya ülkelerinin genelinde sağlık harcamaları yıllar itibariyle artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ve harcamalarının artma nedenlerine değinecek olursak;

- Kişi başına düşen milli gelirin veya hasılanın artması,
- Sosyal değer yargılarının her geçen gün hızla değişmesi,
- Sanayileşme ve kent kültürünün oluşması,
- Eğitim seviyesinin yükselmesi,
- Ortalama yaşam sürelerinin uzaması,
- Teknolojide ve sanayide yaşanan gelişmeler, demokratik toplum düzeninin yaygınlaşması ve yeni kazanımlar olarak sıralanabilir.

---

<sup>35</sup> [http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-0\\_3?itemId=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&csp=354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8](http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-0_3?itemId=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&csp=354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8), Erişim Tarihi: 25.10.2016.

Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin yarı-özel kamusal mal statüsünde olması ve özelleşmesi, hızla ticarileşmesi ve sağlık hizmetlerinin piyasalaşması, kamu müdahalesinin azalması sağlık harcamasını artıran, özel firma ve hastanelere sermaye aktarımını sağlayan ve türetilmiş talep sorununu ortaya çıkaran özelliklerini göz ardı etmemek gerekmektedir<sup>36</sup>.

Bu nedenle sağlık hizmetlerine yapılan harcamanın ve toplum sağlığın korunabilmesi için öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerine yer verilmesi harcamalar içerisinde payının artırılması gerekmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunun artırılması tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılan payı çok düşük seviyelere geriletebilir. Aynı zamanda toplum sağlığı ve ortalama yaşam sürelerinin uzaması, çocuk ölümlerinin azalması, ilaç gibi ürünlere bağımlılığın azaltılması ancak ve ancak koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile gerçekleştirilebileceği açıkça ortadadır.

## 2.2.OECD Ülkeleri İçerisinde Sağlık Harcamalarının Kişi Başına Dağılımı

OECD ülkelerinin 2005-2015 yılları arasında yapmış olduğu sağlık harcamalarının fert başına tutarı 2010 yılında OECD tarafından sabit gösterilen Amerikan Doları (USD) cinsinden hesaplanmış şekli tablo 3’de verilmiştir.

**Tablo 2. 2. OECD Ülkelerinin 2005-2015 Yılları Arasında Kişi Başına Sağlık Harcaması 2005-2015 (USD)**

Yıllar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Avustralya	3.242	3.323	3.415	3.494	3.629	3.607	3.738	3.831	3.901	4.009	4.164
Avusturya	3.826	3.893	4.020	4.137	4.178	4.236	4.253	4.362	4.352	4.390	4.451
Belçika	3.442	3.469	3.577	3.725	3.900	3.901	3.986	4.006	4.062	4.097	4.120
Kanada	3.619	3.745	3.823	3.888	4.168	4.242	4.197	4.217	4.227	4.203	4.289
Şili	945	986	1.053	1.084	1.153	1.219	1.279	1.355	1.465	1.562	1.595
Çek Cumhuriyeti	1.574	1.628	1.660	1.787	1.939	1.879	1.927	1.924	2.102	2.112	2.166
Danimarka	3.883	4.052	4.137	4.175	4.434	4.370	4.311	4.309	4.295	4.434	4.484
Estonya	1.047	1.152	1.275	1.373	1.342	1.334	1.324	1.394	1.464	1.550	1.613
Finlandiya	3.016	3.129	3.203	3.316	3.322	3.403	3.505	3.568	3.602	3.566	3.628

<sup>36</sup> Ayşegül Mutlu ve Abdülkadir Işık, *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları*, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama merkezi, Yayın No 14, İstanbul, 2002, s.17.

Fransa	3.629	3.644	3.680	3.713	3.836	3.859	3.917	3.942	3.989	4.036	4.027
Almanya	3.787	3.875	3.950	4.079	4.232	4.358	4.396	4.517	4.589	4.684	4.772
Yunanistan	2.683	2.816	2.931	3.138	2.995	2.855	2.496	2.199	2.096	2.012	1.994
Macaristan	1.736	1.763	1.641	1.631	1.558	1.632	1.670	1.633	1.623	1.656	1.676
İzlanda	3.571	3.531	3.686	3.692	3.632	3.406	3.395	3.440	3.560	3.627	3.712
İrlanda	3.490	3.545	3.777	4.225	4.560	4.585	4.370	4.467	4.676	4.743	4.730
İsrail	1.827	1.850	1.919	1.966	1.966	2.025	2.085	2.138	2.259	2.319	2.292
İtalya	3.015	3.102	3.022	3.116	3.073	3.108	3.079	2.986	2.886	2.933	2.954
Japonya	2.692	2.743	2.821	2.906	3.035	3.204	3.726	3.858	3.952	3.962	3.930
Kore	1.287	1.455	1.578	1.660	1.813	1.951	2.031	2.112	2.227	2.380	2.480
Litvanya	978	1.082	1.207	1.146	1.091	1.071	1.052	1.078	1.116	1.173	1.229
Lüksemburg	6.192	6.020	5.982	6.130	6.451	6.401	5.628	5.811	5.787	5.777	6.758
Meksika	868	869	902	891	900	911	895	947	965	928	956
Hollanda	4.027	4.114	4.261	4.418	4.550	4.671	4.749	4.850	4.851	4.876	4.885
Yeni Zelenda	2.525	2.670	2.645	2.837	3.028	3.020	3.047	3.150	3.084	3.128	3.184
Norveç	4.822	4.846	4.965	5.149	5.254	5.240	5.388	5.499	5.557	5.730	5.926
Polonya	965	1.023	1.107	1.256	1.332	1.340	1.366	1.380	1.455	1.499	1.527
Portekiz	2.481	2.436	2.472	2.552	2.613	2.645	2.524	2.386	2.306	2.312	2.319
Slovakya	1.290	1.455	1.689	1.727	1.864	1.917	1.872	1.955	1.955	1.842	1.916
Slovenya	2.066	2.132	2.178	2.352	2.345	2.363	2.368	2.350	2.329	2.340	2.353
İspanya	2.515	2.602	2.679	2.820	2.919	2.917	2.902	2.824	2.755	2.830	2.896
İsveç	3.318	3.405	3.458	3.513	3.554	3.543	4.543	4.606	4.693	4.786	4.906
İsviçre	4.964	4.906	4.975	5.100	5.236	5.371	5.485	5.687	5.818	5.971	6.062
Türkiye	749	832	878	871	862	852	863	856	903	917	974
Birleşik Krallık	2.712	2.812	2.894	2.945	3.085	3.036	3.063	3.099	3.673	3.731	3.755
Amerika Birleşik Devletleri	7.092	7.269	7.449	7.561	7.778	7.929	8.005	8.103	8.157	8.404	8.714

**Kaynak:** OECD Veri Sistemi (www.oecd.org.tr)

Tablo 2. 2. incelendiğinde görüleceği üzere kişi başına en fazla sağlık harcaması yapan ülkelerin Birleşik Devletler(ABD) 8.714 dolar, Lüksemburg 6.758 Dolar, İsviçre 6.062 Dolar olduğu görülecektir. Önceki bölümde de anlatıldığı üzere ABD GSYİH'ye oranla da en çok harcama yapan ülke özelliğini taşımaktadır. ABD'nin ardından gelen Lüksemburg ve İsviçre gibi ülkelerin gelmesi ise bunların

insan sağlığına vermiş olduğu değeri ve beşeri yatırımın 6rneğini teşkil ettiğini s6yleyebiliriz.

Yukarıda yar alan tabloda tersine bir sıralama yapıldığında ise kişi başına en d6ř6k sağlık harcaması yapan 6lkelerin; Meksika 956 Dolar, T6rkiye 974 Dolar, Litvanya 1.229 Dolar, Polonya 1.527 Dolar olduğu g6r6lecektir. Bu durumda GSYİH'e oranla en d6ř6k sağlık harcaması yapan 6lkelerin kişi başına sağlık harcamasında da en son sırada olduğu g6zlenmektedir.

Yine tabloya g6re yapılan hesaplamalarda 2015 yılında OECD 6lkelerinin(35 6lke) kişi başına sağlık harcamalarının ortalaması alındığında 3.470 Dolar olduğu ve bazı 6lkelerin bu rakamın 6ok 6ok altında kaldığı g6r6lmektedir. 6rneğin; T6rkiye, Meksika gibi 6lkelerin kişi başına sağlık harcaması OECD 6lke ortalamalarının yaklaşık 2.500 Dolar altında olduğu g6r6lmektedir. Bu durumun sebepleri araştırıldığında kalkınmakta olan bu 6lkelerin hızla bu alana y6neldikleri g6r6lmektedir.

T6rkiye'de 2000'li yıllarda kişi başına ortalama 575 Dolar olan sağlık harcamaları 2015 yılında yaklaşık iki kat artarak 974 Dolar seviyelerine y6kselmiştir.

### **2.3. İngiltere Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları**

W.Beveridge İngiltere parlamentosunda milletvekili olarak bulunurken 1941 yılında İngiltere'de yeni ve d6zenli bir sosyal g6venlik sisteminin kurulması i6in rapor hazırlamakla g6revlendirilmiştir. W.Beveridge'nin tarafından hazırlanan rapor, İngiltere'nin sosyal g6venlik ve sağlık sistemine temel teşkil etmiştir. Bu y6zden İngiltere'de uygulanan bu sisteme Beveridge Sistemi de denilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanını bu şekilde karşılayan 6lkeler arasında İrlanda, İzlanda, İsve6, Norve6, Finlandiya, Portekiz ve Yeni Zelenda'yı 6lkeleri sayılabilir.

Beveridge'nin 6alışmasında; T6m İngiltere vatandaşlarının sosyal g6venlik kapsamına alınması, ulusal sağlık hizmetleri ağının oluşturulması ve tam istihdamın sağlanması olmak 6zere başlıca 66 ama6 6nerilmektedir. Buna ek olarak sağlık sisteminin sadece vergiler ile finanse edilmesi 6nerileri finansman arasında yer almaktadır. Bu sistemi uygulayan İngiltere 2. D6nya savaşından sonra en iyi sağlık

hizmeti veren ülkelerin başında gelmektedir. İngiltere’de kurulan ulusal sağlık hizmeti birimi tüm ülke vatandaşlarına ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin tamamen vergiye dayalı bir şekilde finanse edildiği ve halka sunulduğu bir sağlık sistemi olan Beveridge sağlık sisteminin genel güvenlik, yol, köprü, ışıklandırma gibi bir kamu malı olarak görüldüğü söylenebilir. Dünya üzerinde en çok kullanılan sağlık finansman yöntemlerinden biri olduğu söylenebilir. İngiltere’de neredeyse tüm hastane ve poliklinikler kamuya aittir, kamuda çalışan doktorlar kadar özel doktorlar da ücretlerini kamu bütçesinden almaktadırlar<sup>37</sup>.

Beveridge modeline göre İngiltere’de sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin finansmanı, %66,5’i devlet tarafından, %11,5’i yerel yönetimlerin topladığı dolaylı vergilerden, %15’i işveren, işçi ve esnafın ulusal sigortaya katkısından, %7’si halkın gözlük, tıbbi cihaz v.b. araçların alınmasında ödedikleri küçük miktarlardan karşılanmaktadır<sup>38</sup>.

Bu durum İngiltere’de devlet finansmanına aşırı yüklenmesine ve sorumluluğun artmasına neden olmuştur. Bu nedenle İngiltere’de reform çalışmaları başlatılmış ve sağlık sistemi özelleştirilmeye çalışılmış, sigorta şirketlerinin sayısı artırılmış ancak başarılı olunamamıştır. İngiltere de amaçlanan genel bütçe vergi gelirleri üzerinden pay alan sağlık sistemi payının azaltılmasıdır.

İngiltere de sağlık sisteminin işleyişi Türkiye’de mevcut sağlık sistemine benzerdir. Şöyle ki; İngiltere’de Türkiye’de bulunan sağlık ocaklarına benzer koruyucu sağlık hizmeti veren sağlık merkezleri bulunmakta, öncelikli tedavi ve koruma için vatandaşlar bu merkezlere yönlendirilmektedir. Ancak burada tedavi olunamaması durumunda bir üst sağlık kuruluşuna gidilebilmektedir. Acil durumlar dışında 1. Basamakta yer alan sağlık ocaklarına gidilmeden bir üst birime başvuru yapılamamaktadır. Türkiye’de de bir ara uygulanmaya çalışılan bu sistem koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olması nedeniyle sürdürülememiştir.

---

<sup>37</sup> Ellen M. Immergut, *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge University Press, 1992 s.23.

<sup>38</sup> <http://blog.milliyet.com.tr/nasil-bir-saglik-sistemi---4--ingiltere/Blog/?BlogNo=75027>; Erişim Tarihi:01.11.2016.

Dünya bankası ve dünya sağlık örgütü verilerine göre İngiltere de sağlık harcamalarında devlet katkısının % 80-85 bandında olduğu bilinmektedir.<sup>39</sup> Ayrıca OECD tarafından yapılan çalışmada İngiltere’de sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranının 2015 yılı itibariyle % 9.8 olduğu belirtilmiştir. İngiltere’nin 2000-2015 arası verileri derlenerek bir yorumlama yapıldığında ortalama olarak GSYİH’ye sağlık harcamalarının oranı %8 olmaktadır. Yıllar itibariyle bakıldığında sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı sürekli olarak artmıştır. 2000 yılında %6.3 olan bu oran 2015 yılına gelindiğinde %9.8 olduğu görülmektedir. Önceki paragraflarda belirtildiği üzere İngiltere’deki ekonomi yöneticileri ve aktüeryal planlayıcılar sağlık harcamalarının sürekli olarak artış göstereceğini aynı zamanda merkezi hükümet bütçesi üzerinde ağır bir yük oluşturacağı öngörülmüştür. Bu nedenle farklı çalışmalar yapılmış ancak başarılı olunamamıştır.

#### **2.4.Almanya Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları**

Almanya diğer ülkelere nazaran dünya da sağlık hizmetleri açısından en kaliteli ve en iyi sağlık hizmeti veren ülkeler arasında sayılmaktadır. Almanya da kamusal sağlık sigorta sisteminin başarılı bir şekilde uygulandığı kabul edilmektedir. Tüm ülke vatandaşları kolaylıkla sağlık hizmetine ulaşabilmektedir.

Bu sistemi uygulayan ülkelerdeki yer alan hastane ve doktorlar daha çok sağlık hizmetlerini ticarete, piyasaya yormaya çalışmaktadırlar. Bu sistemlerde risklere karşı sigortalama yapılmasını ile tedavi edici ve ayakta bakım hizmetlerini kapsadığını söyleyebiliriz. Bismarck modeli gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunluğunda uygulandığı görülmektedir. Bu sistemin uygulandığı ülkeler olarak; başta Almanya olmak üzere, Hollanda, Japonya, İsviçre, Fransa, Belçika ve bazı Güney Amerika ülkeleri gelmektedir<sup>40</sup>.

Almanya da sağlık harcamalarının finansmanı karma sistem ile sağlanmaktadır. Yani kamu ve özel kesim ortak paydada sağlık harcamalarını finanse etmektedirler. Ülkede bulunan nüfusun neredeyse %100’ü sağlık sigortası kapsamındadır. Vatandaşlara yönelik olan bu sigortaya hastalık sigorta fonları adı verilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerin ücretleri hastalık sigorta fonu ve

<sup>39</sup> Dünya Bankası Yıllık Raporu 2015.s. 32.

<sup>40</sup> Tatar, s. 110.

Ulusal Doktor Birliği tarafından belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinde karma sistem mevcut olduğu halde hastanelerin altyapı ve yatırım harcamaları merkezi devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Sağlık sisteminin finansmanında esas olan kazanca dayalı olarak ödenen sigorta primleridir. Türkiye’de de buna benzer bir sistem uygulanmaktadır.

Almanya da sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimliğine benzer bir sistem uygulanmaktadır. Bir ailenin tüm fertleri ile ilgilenen bir doktor bulunmaktadır. Bu doktor maaşını baktığı hasta sayısına veya sorumlu olduğu hasta sayısına göre almaktadır. Ayrıca basamaklı tedavi sisteminin Almanya’da da geçerli olduğunu söyleyebiliriz<sup>41</sup>.

OECD tarafından hazırlanan veriler göz önüne alındığında 35 ülke içerisinde GSYİH’ye oranla sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ikinci ülke olarak Almanya gösterilmektedir. 2015 yılında GSYİH’ye sağlık harcamalarının oranının %11,1 olduğu, 2000-2015 yılları ortalamasının ise %10,5 olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle 2000 yılında % 9,8 olan bu oranın 2015 yılına gelindiğinde çok müphem bir farklılık bulunmamasını Almanya’nın sağlam temellere dayalı bir sağlık sistemi oluşturduğunu ve ülkede yaşıyan vatandaşların da bilincinin buna paralel olarak geliştiiğini söyleyebiliriz.

## **2.5.Fransa Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları**

Fransa’da çok eski ve sistemli bir sağlık politikası uygulandığı söylenemez ancak 2000 yılında hayata geçirilen genel hastalık sigortası ile toplumun tamamı sigorta kapsamına alınmış yeni bir sisteme geçilmiştir. Böylece gelir düzeyi ayırımı olmaksızın tüm vatandaşlar sigortalı olmuştur. Fransa’da vatandaş olup olmadığına bakılmaksızın yasal olarak ikamet izni olan ve ikamet eden herkes genel hastalık sigortasına dahil olmaktadır. Bu sistemde herkes istediği hastane ve hekimden hizmet alabilmektedir. Aynı gün içerisinde birden fazla hastaneye gidilebilir. Sağlık hizmetinden yararlanan kişi öncelikle bir miktar ödeme yapar ve daha sonra yapmış

---

<sup>41</sup> <http://blog.milliyet.com.tr/tijeninsayfasi>, Erişim Tarihi: 23.04.2011.



olduğu ödemenin bir kısmını sigortadan geriye alır. Sağlık harcamalarının finansmanı sigorta primleri, vergiler ve genel sosyal katkılar ile sağlanmaktadır.<sup>42</sup>

Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Fransa'da sağlık harcamalarına genel bütçeden katılan pay toplam sağlık harcamalarının yaklaşık % 79'u kadardır<sup>43</sup>.

OECD verilerine bakıldığında Fransa'da sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı dikkate alındığında 2015 yılında %11,0 olduğu görülmektedir. Aynı zamanda Fransa, 35 OECD ülkesi arasında en yüksek orana sahip ülkeler arasında yer almaktadır. 2000-2015 yılları arası Fransa'nın oranına bakıldığında 2000'li yıllarda % 9,5 seviyesinden 2015 yılında %11 seviyelerine gelinmiş olmakla birlikte ortalamada %10,4 olarak gerçekleşmektedir.

## 2.6. İsveç Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları

Genellikle dünya üzerinde refahın en yüksek seviyelerde olduğu kabul edilen İskandinav ülkelerinde birbirinden farklı sağlık sistemleri uygulanmaktadır. İsveç sürdürülebilir büyüme ve kalkınmaya odaklanan bununla birlikte sosyal refahın arttığı bir ülke olma çabasıdadır. İsveç'te sağlık harcamaları ve sağlık yatırımları refahın en büyük göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir<sup>44</sup>.

İsveç'te 1967 yılından itibaren tek bir sağlık sigortası mevcuttur ve tüm vatandaşlarını kapsar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı %40 çalışan, %50 işveren ve %10 devlet katkısıyla sağlanır. Hastanelerin tamamına yakını kamu hastanesi şeklindedir. Devlet hastanelerinde yararlanmak isteyen kişiler ilk muayene ücreti haricinde herhangi bir ücret ödemedi sağlık hizmetlerinden faydalanabilirler. Finansmanı vergi yoluyla, yani devlet tarafından yapılır. Özel hastanelerden

---

<sup>42</sup> [http:// www.istanbul.edu.tr/itf/halksagligi/.../fatih.yildirim-fransa.saglik.sistemi.ppt](http://www.istanbul.edu.tr/itf/halksagligi/.../fatih.yildirim-fransa.saglik.sistemi.ppt), Erişim Tarihi: 12.02.2011.

<sup>43</sup> Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü Yıllık Raporları 2015 s. 39.

<sup>44</sup> Orhan Koçak ve Ferhat Sayım, "Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler", *Anadolu International Conference in Economics*, Eskişehir, 17-19 Haziran 2009, s.3.

yararlanmak isteyen kişiler, yine muayene ücreti ödeyerek sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler, geriye kalan kısmı ise Sigorta Kurumu ödemektedir<sup>45</sup>.

OECD tarafından hazırlanan verilere göre İsveç 2015 yılında GSYİH'nin %11,5'ini sağlık harcamalarına ayırdığı görülmektedir. Ayrıca 2000-2015 yılları verileri derlenerek ortalamada %10,4 oranında sağlık harcaması yapmış bulunmaktadır. Yıllar itibariyle sağlık harcamaları artış göstermesine rağmen 2000 yılında %9,3 oranındadır.

## **2.7. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları**

Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde sağlık hizmetleri sunumunun ve sağlık finansmanın karma olduğunu söyleyebiliriz. Sağlık sisteminin finansmanı vatandaş katkısı, merkezi bütçe katkısı ve eyaletlerin katkısı ile özel sigortaların katkısıyla sağlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ABD sağlık sistemi hem pahalı hem de tüm vatandaşları kapsamadığı için tavsiye edilmeyen ve başarısız bir sistemdir. Devlet desteğinde olan medicare(yaşlılar için) ve medicaid(yaşlılar dışında kalanlar için) adı altında iki adet sağlık sigortası ve desteği bulunmaktadır. Bu sistem sayesinde iyi ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişmek mümkün olmamaktadır. Bu yardımlardan yararlanabilmek için bir müddet sağlık sigortası primi ödenmesi gerekmektedir. Ancak düşük gelirli kesimin birçoğu bu primleri yüksek olması hasebiyle ödeyemediği için sağlık hizmetlerinden yoksun kalmaktadırlar<sup>46</sup>.

Amerikan sistemi özel sigortacılığın hakim ve belirleyici olduğu neredeyse tamamen piyasa ekonomisi şeklindedir. Piyasa ekonomisinde olduğu gibi herkes istediği doktoru ve hastayı seçebilme karşılıklı anlaşma halinde hizmet alım-satımı gerçekleşmektedir. Bu nedenle devlet hastaneleri ve dispanserlerden ziyade özel poliklinikler daha fazla revaçtadır. Yararlanılan sağlık hizmetlerinin karşılığı anlaşmalı olunan sigorta sistemi tarafından yada kişinin kendi finansmanı ile ödenmektedir. Sağlık sistemi ve harcamaları finansman modeli her eyalette

---

<sup>45</sup> Mehmet Tokat, *Sağlık Ekonomisi*, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını, Yayın No: 403, Eskişehir, 2004, s.21.

<sup>46</sup> Mutlu vd. , s.57.

farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle tam anlamıyla tek bir sistemin uygulanmadığını söyleyebiliriz<sup>47</sup>.

Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sistemi, dört ana sağlık sistem modelinin hepsini içinde bulundurmaktadır. Gaziler ve çocukların sağlık hizmeti alması için Beveridge modeli, yaşlıların sağlık hizmeti alması için ulusal sağlık sigortası, çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri açısından ise Bismarck modeline benzediği söylenebilir. Son zamanlarda yapılan değişiklikler ile birlikte nüfusun %15'inden fazlasının sağlık sigortası olmadığı için bu model cepten ödeme modeliyle benzerlikler taşımaktadır<sup>48</sup>.

ABD bilindiği üzere başta savunma, uzay ve endüstriyel sanayii olmak üzere dünyada en çok gelişmiş ülkelerden birisidir. Aynı zamanda da dünyanın en iyi hastaneleri ve en iyi hekimlerinin bu ülkede bulunması kaçınılmazdır. Fakat buna rağmen vatandaşların iyi doktorlara ve iyi hastanelere erişme şansı maddi güçlerine bağlıdır. Ancak maddi gücü iyi olan ve gelir düzeyi yüksek olan kişiler kaliteli sağlık hizmetlerine kolaylıkla erişebilmektedir. ABD'de sağlık hizmetlerine erişimin gelir miktarına dayalı olduğu söylenebilir.

ABD'de sağlık harcamalarının çok yüksek olmasına rağmen istenen sonucun alınmadığı dünya sağlık örgütü tarafından dile getirilmektedir. Bu durumu uluslararası kuruluşların verileri de desteklemekte olup 2015 yılı sağlık harcamaları sıralamasında ABD kişi başına 8.508 dolarla açık ara şampiyon olurken, ikinci sırada 5.669 dolarla Norveç gelmektedir<sup>49</sup>.

ABD Başkanı Barack Obama sağlık sigortası olmayan vatandaş sayısının yüksek olduğunu ve sağlık hizmetlerine erişimin zor olduğu konusunu gündeme getirmiş kesinlikle bir reform yapılması gerekliliğini ifade etmiştir. Bu duruma istinaden "Hasta Koruma ve Ekonomik Bakın Yasası" tüm vatandaşları sigorta sistemine dahil etmeyi hedefleyen bir anlayış çerçevesinde hazırlanmıştır. Yeni yasa

---

<sup>47</sup> A. İlhan Oral, *Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*, Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1331, Eskişehir, 2002, s.64.

<sup>48</sup> İlker Daştan ve Volkan Çetinkaya, "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması" *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, Ocak 2015, s.108.

<sup>49</sup> <http://www.gidahatti.com/dso-saglik-harcamalari-tum-zamanlarin-en-yuksek-seviyesinde-48557>, Erişim Tarihi: 20.10.2016.

ile yaklaşık 30 milyon kişinin daha sağlık sigortası kapsamına dahil edilmesi hedeflendiği halde sigorta sistemine katılan kişi sayısı hedeflenenin yaklaşık %10'u kadar olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Ödenebilir Bakım Yasası'nın hayata geçmesinin ardından sigortasız nüfusun yüzdesi 2013'teki %14,4'lük seviyeden 2014'te %11,5'e inmiştir ve 2015'te daha da azalması beklenmektedir<sup>50</sup>.



---

<sup>50</sup> <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-03?itemId=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&csp=354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8>, Erişim Tarihi: 25.10.2016.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE FİNANSMANI

Bu bölümde Türkiye’nin sağlık sisteminin gelişimi çerçevesinde yapılan politikalar, reformlar ve sağlık harcamaları, sunumu ve finansmanı konuları ele alınacaktır.

#### 3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

İnsanlığın varoluşundan bugüne doğru gelindiğinde sağlık hizmetleri sürekli gelişme gösteren bir alan olmuştur, bu gelişme ülkenin demografik, coğrafik ve siyasi yapılarına göre şekillenmiştir. Türkiye sağlık hizmetleri de söylenildiği gibi demografik, coğrafik ve siyasi yapısı gibi sosyal sebeplerle ve gelişen teknoloji ile beraber günümüze doğru bir hal almıştır. Bu bilgiler ışığında bu çalışmada sağlık hizmetlerini Selçuklu ve Osmanlı Dönemi ile Cumhuriyetten sonraki dönem olarak iki başlık altında incelemesi yapılacaktır.

##### 3.1.1. Selçuklu ve Osmanlı Devletleri Dönemi

Gerek Selçuklu gerekse sonrası dönem olan Osmanlı Devleti sağlık hizmetleri alanına çok önem vermiştir, bugünkü modern almada tıp olmasa da dönemim şartlarına uygun olarak ilerlemiş tıp ve sağlık hizmetleri yürütülmekteydi.

Selçuklular döneminde sağlık alanında hizmet veren hastanelerin ilk örneği olan ve aynı zamanda tıp eğitimi veren, Bimarhane, Darüşşifa ve Maristan adı verilen vakıf kuruluşları bulunuyordu. Bu vakıf kuruluşları ülkenin başta salgın hastalıklar olmak üzere bütün hastalıklarla mücadelede hizmet veriyordu.

Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde sağlık hizmetleri genel olarak vakıflar aracılığıyla darüşşifalarda, hastalar bedel alınmadan muayene edilip ve sonrasında da ilaçları parasız verilmiş olsa da; bugünkü tarzda devlet-birey ilişkilerinde devlete düşen sorumluluğun ifa edilmesi manasında olmamıştır. Selçuklu ve Osmanlı'daki bu

uygulamalar, o dönemlerin batı ülkelerindeki uygulamalarla karşılaştırıldığında, çok daha fazla gelişme göstermiş olduğu görülmüştür<sup>51</sup>.

Osmanlı Devletinde 1866 yılında askeri anlamda ve 1880'li yıllarda ise mülki memurların ve bu memurların bağımlılarına özgü olarak tekaüt sandıkları adı altında resmi olarak ilk sosyal güvenlik kurumları kurulmuştur. Daha sonra ikisi, Askeri ve Mülki Memurlar Sandığı adı ile bir araya getirilerek ve prim alınıp finansmanı da sağlanılmıştır<sup>52</sup>.

Osmanlı'daki sosyal güvenlik uygulamaları doğal ve geleneksel kurumlardan modern sosyal güvenlik uygulamalarına doğru bir aşama şeklinde olmuştur. Avrupa'daki şimdiki manada sosyal güvenlik sisteminin oluşması, ancak sanayi devriminin gerçekleşmiş olması ve işçi sınıfının ortaya çıkmasıyla mümkün olmuştur. Osmanlı da ise bu dönemde sanayileşme aşamasında olmamış olması dolayısı ile sosyal korumayı talep edebilecek işçi kitlesi olmamıştır. Osmanlı İmparatorluğu'nda aile yapısının kendi koruyucu olma işlevini devam ettirmesinin yanında sosyal koruma önlemlerinin sınırlı ve düzensiz oluşu, gerçek manada bir sosyal güvenlik sisteminin olmasını engellemiştir<sup>53</sup>.

Osmanlı'da batılı devletlerde olduğu gibi, sosyal güvenlik anlayışı, karşılıklı yardımlaşma şeklinde başlayıp ve gelişmiştir; çalışan işçilerin sosyal güvenliği genel olarak üç esasa dayandırılmış olup; aile içi yardımlaşma, meslek kuruluşları kapsamı içerisinde yardımlaşma ve sosyal yardımlar olduğu söylenebilir<sup>54</sup>.

### 3.1.2. Cumhuriyet Dönemi

Avrupa ülkelerinde hayata geçen Sanayi Devrimi Osmanlı İmparatorluğu'nda aynı anda hayata geçememiştir. Osmanlı'da da sanayileşme adına çaba verilmesine rağmen gerçek manada sanayileşme ancak Cumhuriyetin kurulmasından sonra

---

<sup>51</sup> Erdem Aydın, "Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri", *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, Ankara, 2002, s.185.

<sup>52</sup> Erdal Gümüş, "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler", *Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı*, Ağustos 2010, s.7.

<sup>53</sup> Cemal Hüseyin Güvercin, "Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, S. 2, C.57, Ankara, 2004, s.91.

<sup>54</sup> Murat Şen, "Osmanlı Devleti'nde Sosyal Güvenlik: Ahi Birlikleri, Loncalar ve Vakıflar", *Çimento ve İşveren Dergisi*, S.6, C.16, 2002, s.23.

gerçekleştirilmiştir. Bunlara bağlı olarak çağdaş sosyal güvenlik yöntemlerinin de cumhuriyetin kurulmasından sonra uygulanmaya başlanmıştır<sup>55</sup>.

Cumhuriyet kurulmadan önce, mali durumu yerinde olanlar genel olarak özel sağlık hizmetlerinden yararlanmakta, yoksul olanlar ise sağlık sorunları için genel olarak hayır kurumlarına başvuruyordu. TBMM'nin kurulmasından itibaren sağlık hizmetleri devletin görevleri arasına girmeye başlanmıştır. 3 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuş olup Dr.Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak göreve getirilmiştir<sup>56</sup>.

Cumhuriyet'in ilk senelerinden sonra yaklaşık olarak on altı sene Sağlık Bakanlığı yapmış olan Saydam, Türkiye'de bugünkü sağlık yapılanmasını ve sağlık hizmetlerinin temelini atmıştır<sup>57</sup>.

Tedavi evleri ve muayene hanelerinin sayıları yükseltilmeye çalışılmış ve 1930 yılından sonra da dönem başlatılmıştır. 1930'da hizmete açılan Etimesgut Numune Dispanseri diğerlerinden farklı bir biçimde, koruyucu sağlık hizmeti ile beraber tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte yürütülmesi için organize edilmiştir. Türkiye'de taşralara ve kırsal kesime sağlık hizmeti götüreceği şekilde teşkilatlanma birimi olarak yer almış olan ve bu teşkilatlanmanın ilki olan Etimesgut'taki Numune Dispanseri hizmet ünitesi 1937'den itibaren Sağlık Merkezi adı altında hizmet vermiştir<sup>58</sup>.

1949 yılında çıkartılan Emekli Sandığı Kanunu ile beraber, devlet kurumlarında çalışan memurların sosyal güvenlik ile olarak dağınık bir biçimde duran düzenlemeler bir çatı altında birleştirilmiştir.<sup>59</sup>

20.07.1961 tarihinde Resmi Gazetede 10859 sayı ile yayımlanan 1961 Anayasası'nda, "Sağlık Hakkı" başlığının 49. maddesinde; " Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.

---

<sup>55</sup> Nüvit Gerek ve Fatma Kocabaş T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, *İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku*, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset, 2012, s. 203.

<sup>56</sup> TTB Merkez Konseyi, *Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Tasarısı*, Mayıs 1991, s.8.

<sup>57</sup> Aydın, s. 188.

<sup>58</sup> Aydın, s. 190.

<sup>59</sup> Süleyman Ulutürk, Kutlu Dane, "Sosyal Güvenlik: Teori, Dönüşüm ve Türkiye Uygulaması", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2009, s. 131.

Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır." ifadesine yer verilmiştir.

1982 Anayasası'nın 60. maddesinde, "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar" ifadesi bulunmaktadır. Dolayısıyla, 1982 Anayasası ile de 1961 Anayasası'nda olduğu gibi sosyal güvenlik anayasal bir hak olarak kabul edilmiştir<sup>60</sup>.

*Sosyal güvenlikte reform çerçevesinde 16.05.2006 tarihinde kabul edilen ve 20.05.2006 tarihinde yürürlüğe giren 5502 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu, çalışma ilişkisinin niteliğine bağlı olarak farklı sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olan sigortalıları bünyesine almıştır. Bu Kanunla Sosyal Sigortalar Kurumu, T.C. Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un tüzel kişilikleri sona erdirilmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu altında toplanılmışlardır<sup>61</sup>.*

### **3.2. Sağlık Hizmetlerinin Hukuki Alt Yapısı**

Sağlık hizmetleri sunulurken belli bir düzen içinde sunulması ve bu hizmetlere yapılacak harcama ile gelirler belli bir plan dâhilinde olması gerekmektedir, bu düzen de en büyük yaptırım olan kanunlar aracılığıyla yapılmaktadır. Türkiye de sağlık hizmetleri çeşitli aşamalardan gelerek ve farklı kanun ve kurumlar aracılığı ile gerçekleşmiş olup bugünkü haline getirilmiştir.

### **3.3. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Öncesi Dönem**

Türkiye'de 2006 yılına gelene kadar sosyal sigorta hizmetleri üç kurum tarafından sunulmaktaydı. Bu kurumlar, 1949 yılında 5434 sayılı Kanun ile kurulmuş olan Emekli Sandığı, 1945 yılında 4792 sayılı Kanun ile kurulmuş olan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile kurulmuş Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) idi. Bu kurumlar kuruluş çalışanlarının mesleki iştigal esasına göre teşkilatlanmıştı. Bu kurumlar 2006 yılında çıkartılan 5502 sayılı Kanun ile kurulmuş olan yeni bir kuruma ve tek bir elden olacak şekilde, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)

---

<sup>60</sup> Gerek, s. 205.

<sup>61</sup> Gerek, s. 206.



birleştirilmiş ve bu kurumlarda buraya devredilmiştir. 2006 yılında çıkartılan 5510 sayılı kanun 01.10.2008 tarihinde uygulamaya konulmuştur<sup>62</sup>.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur tek çatı altında birleştirilmişmiş olup, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) olarak kurulmuştur. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu 20 Mayıs 2006 tarihinde ve 26173 sayılı Resmi Gazete’de kabul edilip uygulamaya konulmuştur.<sup>63</sup>

### **3.3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)**

Sosyal Sigortalar Kurumu, SSK, en büyük sosyal sigorta kuruluşudur. 9.7.1945 tarih ve 4792 sayılı kanunla İşçi Sigortaları Kurumu adı ile kurulmuş, 1.3.1964 tarihinde yürürlüğe giren 506 sayılı kanunla Sosyal Sigortalar Kurumu adını almıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı, mali ve idari bakımdan özerk bir kamu kuruluşudur. 2000 yılında 616 sayılı KHK ile Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü’nden, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı’na dönüştürülmüştür.

Sosyal Sigortalar Kurumunun amacı, kanun içeriğinde yer alan bir hizmet sözleşmesine binaen bir ya da birkaç işveren tarafından çalıştırılan sigortalıları çalışma hayatının çeşitli risklerine karşı sigortalatmak suretiyle sosyal güvenliklerini sağlamaktır. Sosyal Sigortalar Kurumu; bu amaç doğrultusunda sigortalı olan üyelerine iş kazaları, meslek hastalıkları, annelik, malullük, yaşlılık ve ölüm gibi durumlarda onlara yardımda bulunmak, mevzuatta yer alan çalışmalarını sürdürmek ve giderlerini yönetmek gibi çeşitli faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu kurum; kendi içinde genel kuruldan, yönetim kurulundan, başkanlık ve bu başkanlığa bağlı merkez teşkilat ve taşra teşkilatlarından oluşmaktadır<sup>64</sup>.

Sosyal Sigortalar Kurumunun gelirleri 4792 sayılı yasanın 19. maddesinde sayılmıştır. Bunlar; primden elde edilen gelirler, işçilerin ücretleri üzerinden kesilen cezalar, bakanlık aracılığıyla kuruma verilen paralar, gerçek veya tüzel kişiler

---

<sup>62</sup> Gümüş, s. 10.

<sup>63</sup> Barış Öztuna, “ Güvenlik Kurumu’nda Kurumsal Karne Modeli”, *ÇSBG Çalışma Dünyası Dergisi*, S.3, C.2, Eylül - Aralık 2014, s. 23.

<sup>64</sup> Haluk Egeli, *Parafiskalite ve Parafiskal Yükümlükler*, İlkem Ofset, İzmir, 2007, s.89.

tarafınca kuruma yapılan bağışlar, kurumun elinde bulunan menkuller ve gayrimenkullerden elde ettiği gelirler ile genel bütçeden yapılan aktarımlar şeklinde olduğu söylenebilir. Kurumun en büyük giderini ise emekliler için yapılan aylık ödemeleri ile birlikte, sosyal yardım zammı ödemeleri, sağlık giderleri ve genel yönetim harcamaları gibi giderler kurumun diğer giderini oluşturduğu söylenebilir<sup>65</sup>.

**Tablo 3. 1. Sosyal Sigortalar Kurumunun Kapsadığı Nüfus ve Oranlanması % (2005-2016)**

YIL	SSK'lı TOPLAMI	TOPLAM SİGORTALI SAYISI	SSK'lıların SİGORTALI NÜFUSUNA ORANI %	GENEL NÜFUS TOPLAMI	SSK 'lıların GENEL NÜFUSA ORANI %
2005	29.104.207	52.150.282	55,80	68.582.000	42,44
2006	30.884.857	54.418.986	57,04	69.421.000	44,50
2007	32.498.087	56.265.855	57,76	70.586.256	46,04
2008	33.330.984	57.089.162	58,38	71.517.100	46,60
2009	34.264.467	58.329.818	58,74	72.561.312	47,22
2010	36.466.213	61.176.910	59,60	73.722.988	48,80
2011	38.050.678	63.790.639	59,64	74.724.269	50,92
2012	37.015.094	62.899.043	58,84	75.627.384	48,94
2013	37.180.697	62.789.365	59,21	76.667.864	48,50
2014	38.925.236	65.060.709	59,83	77.695.904	50,10
2015	40.572.447	67.330.236	60,25	78.741.053	51,52
2016	41.937.454	68.212.484	61,48	79.814.871	52,54

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

<sup>65</sup> Umut Tepekule *Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılması Çerçevesinde Reform Sürecinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2008, s. 56.

Tablo 3.1. de SSK'luların 2005-2016 yılları arası yıllar itibari ile kapsadığı kişi sayısı ve bu sayının ülke toplamı ve ülkede yer alan toplam sosyal güvencesi olanlara oranları ele alınmıştır. Rakamlar ve oranlar incelenmeye alındığında genel olarak nüfus artışı ile beraber sigortalı artışı olmuş bununla beraber SSK'ya mensup sigortalılarında arttığı görülmüştür ancak; 2011 yılından 2012 yılına doğru bir azalış olmuştur, bu da hem sigortalı nüfus içindeki payını hem de toplam nüfus içindeki oranını azaltmıştır. Tabloda sigortalılara en yüksek oranın 61.48 ile ve aynı şekilde toplam nüfusa 52,54 ile 2016 yılında olduğu izlenilmiştir.

### 3.3.2. Emekli Sandığı

1949'da çıkartılmış Emekli Sandığı Kanunu ile beraber, memurların sosyal güvenlik ile ilgili dağınık haldeki düzenlemeleri bir araya getirilmiştir.<sup>66</sup>

657 Sayılı Devlet Personel Kanununa kapsamında çalışmakta olan devlet memurlarının emeklileri, dul ve yetimleri ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilere çeşitli sağlık kuruluşlarından satın alarak bu kişilere sağlık hizmetleri sunan Emekli Sandığı, Bağ-Kur'a benzer bir finans kurumu niteliğindedir. Emekli Sandığının finansman kaynağı faal memurlardan alınan primler olmasına rağmen, bu kurum sağlık primi olarak herhangi bir prim almamaktadır; ancak ihtiyarlık ve sağlık için tek bir kalem içinde alınmakta olan primler finansman kaynağı olarak kullanılmaktadır. Uygulamada ise Emekli Sandığı bütçesi, adeta devlet bütçesi ile birleşikmiş gibi bir yapı kazandırılmıştır. Kısacası bütçe açığı otomatik olarak genel bütçeden karşılanan bir hal almıştır<sup>67</sup>.

---

<sup>66</sup> Ulutürk vd. s. 131.

<sup>67</sup> Volkan Yurdadoğ, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C.16, S.1, 2007, s. 604.

**Tablo 3. 2. Emekli Sandığının Kapsadığı Nüfus ve Oranlanması % (2005-2016)**

YIL	EMEKLİ SANDIĞI TOPLAMI	GENEL SİGORTALI TOPLAMI	EMEKLİ SANDIĞI SİGORTALI NÜFUSA ORANI	GENEL NÜFUS TOPLAMI	EMEKLİ SANDIĞI GENEL NÜFUSA ORANI
2005	8.448.727	52.150.282	16,20	68.582.000	12,31
2006	8.583.980	54.418.986	15,77	69.421.000	12,33
2007	8.722.348	56.265.855	15,50	70.586.256	12,35
2008	8.867.512	57.089.162	15,53	71.517.100	12,40
2009	9.028.211	58.329.818	15,47	72.561.312	12,44
2010	9.191.803	61.176.910	15,02	73.722.988	12,47
2011	9.998.872	63.790.639	15,67	74.724.269	13,38
2012	10.342.989	62.899.043	16,52	75.627.384	13,67
2013	10.846.318	62.789.365	17,32	76.667.864	14,15
2014	11.147.192	65.060.709	17,13	77.695.904	14,35
2015	11.560.377	67.330.236	17,17	78.741.053	14,68
2016	11.520.218	68.212.484	16,89	79.814.871	14,43

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 3.2 de daha öncede sözü geçen 657 Sayılı Devlet Personel Kanununa kapsamında çalışmakta olan devlet memurlarının emeklileri, dul ve yetimleri ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsayan Emekli Sandığına ait veriler toplanmıştır, bu veriler ışığında emekli sandığına ait kişi sayısı her yıl arttığı ancak bu artışın toplam sigortalılar içindeki payı buna paralel olmadığı görülmüştür. Genel nüfusa oranında da çok dikkat çekici değişimler söz konusu olamamıştır. 2015 yılında toplam emekli sandığı kapsamında olan kişi sayısı 12 milyona yaklaşmıştır,

bu sayı ile toplam sigortalılar içindeki payı %17,17 olurken genel nüfusa oranı da % 14,68 olmuştur.

### 3.3.3. Bağ-Kur

Bağ-Kur belirli bir prim karşılığında, devlet tarafından Esnaf ve Sanatkârlar ve bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini sağlamak için, 1479 sayılı Kanunla kurulmuş olan sosyal güvenlik sistemidir. 1479 sayılı Kanunla Esnaf ve Sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışan vatandaşlar, Bağ-Kur'un sosyal güvenlik alanına alınmış ve Türkiye’de 01.10.1972 tarihinden sonra uygulamaya konulmuştur<sup>68</sup>.

Bağ-Kur’un kendi sağlık tesisleri olmadığından, sağlık hizmetlerini, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, yerel idareler, üniversite hastaneleri, kamu iktisadi teşebbüslerine bağlı sağlık tesislerinde ve diğer sağlık müesseslerinden satın alarak gerçekleştirmeye çalışmaktadır<sup>69</sup>.

Bağ-Kur’un sağlık yardımları daha çok; Bağ-Kur’a bağlı olanlar, 2926 sayılı kanuna tabi olan zorunlu sigortalılar ile bunların eş ve bakmak zorunda oldukları çocuklar ile anne ve babaları; aynı kanuna tabi yaşlılık ve malullük aylığı alanlar ile bunların eş ve bakmak zorunda oldukları çocukları, anne ve babaları ve sözü edilen kanunlara bağlı olarak ölüm aylığı alanlar yararlandırılmışlardır<sup>70</sup>.

Bağ-Kur finansmanı ise; bağlı bulunan üyelerinden toplanan primlerle sağlanılmaya çalışılmıştır. Bu primlerin miktarı sigortalının bulunduğu basamağın gösterge tutarı ile genel bütçe onaylanan katsayı ile çarpılması sonucunda bulunacak tutar üzerinden ödenmiştir. Kamu veya özel sektörden hizmet satın almakta olan Bağ-Kur’un, gelir ve harcamaları arasındaki fark devlet kaynaklarından karşılanmaya çalışılmıştır.<sup>71</sup>

Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanununa göre kurumun gelirleri, Bağ-Kur kapsamında sigortalı olanların ödedikleri primler; bağış ve vasiyetler, kurumun menkul ve gayrimenkul mallarından sağlanan

<sup>68</sup> İstanbul Ticaret Odası, Bağ - Kur Rehberi.

<sup>69</sup> Ali Nazım Sözer, “Sosyal Devlet Uygulamaları”, *Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları*, İzmir, 1997, s.138.

<sup>70</sup> Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007, s.66.

<sup>71</sup> Yaşar, s.66.

gelirler, genel bütçe ile yapılan aktarımlar, kurumun iştirak ve kuruluşlarının gelirlerinden ve diğer gelirler kalemlerinden oluşmaktadır. Bu gelirler kalemlerinden en büyük oran Bağ-Kur kapsamında sigortalı olanların ödedikleri primler oluşturmaktadır. Bununla beraber kuruma hazine tarafından da destek sağlanmaktadır. Kurumun giderlerini ise; genel yönetim giderlerinin yanında sigortalılar için yapılan giderler oluşturmaktadır.

**Tablo 3. 3. Bağ Kur'un Kapsadığı Nüfus ve Oranlanması % (2005-2016)**

YIL	BAĞ-KUR	SİGORTALI GENEL TOPLAM	BAĞ-KUR SİGORTALI NÜFUSA ORANI %	GENEL NÜFUS	BAĞ-KUR GENEL NÜFUSA ORANI %
2005	14.290.187	52.150.282	27,40	68.582.000	20,79
2006	14.651.880	54.418.986	26,92	69.421.000	21,10
2007	14.734.569	56.265.855	26,18	70.586.256	20,87
2008	14.567.448	57.089.162	25,51	71.517.100	20,37
2009	14.705.935	58.329.818	25,21	72.561.312	20,26
2010	15.177.791	61.176.910	24,81	73.722.988	20,59
2011	15.390.199	63.790.639	24,12	74.724.269	20,60
2012	15.185.233	62.899.043	24,14	75.627.384	20,08
2013	14.395.145	62.789.365	22,93	76.667.864	18,78
2014	14.610.481	65.060.709	22,46	77.695.904	18,80
2015	14.810.840	67.330.236	22,00	78.741.053	18,81
2016	14.362.611	68.212.484	21,01	79.814.871	17,99

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Bağ-Kur; Esnaf ve Sanatkar olanlar ile bağımsız çalışanların bağlı olduğu sosyal güvenlik sistemi olduğu daha önce söylenmişti. Tablo 3.3 te bu sisteme dâhil olan kişi sayısı ile nüfuslara oranlamasını içermektedir. Bağ-Kur sistemine dâhil olan kişi sayısı ve oranı SSKdan sonra ikinci sırayı alan bir sosyal güvenlik sistemi

olduğu verilerden anlaşılmaktadır. Bağ-Kur sistemi genel artış eğiliminde olduğu görülmesine rağmen toplam sosyal güvenliği olan kişilere oranı ise düşüş eğiliminde olmuştur. Toplam nüfusa olan payı ise dalgalanmalar göstermiş olup ele alınan yıllar itibarı ile en düşük oranını ise 2016 yılı olduğu görülmüştür. Aynı şekilde toplam sigortalılar arasındaki payının da en düşük olduğu yıl yine 2016 yılı olmuştur.

### 3.3.4. Özel Sandıklar

Türkiye’de sosyal güvenlik sağlayan bir diğer yapı da, Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 20. maddesi içerisinde yer alan bankalar, sigorta ve reasürans (ikili sigorta) şirketleri, ticaret ve sanayi odaları, borsalar ile bunların oluşturmuş oldukları birliklerin çalışanları için vakıflar biçiminde kurulan zorunlu yardımlaşma sandıklarıyla, bu yasanın 128. maddesine göre bunlara ilaveten kurulmuş olan munzam sandıkları kapsamaktadır.<sup>72</sup> 4784 sayılı yasa ile getirilmiş olan imkân, Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 20.maddesinde yer alan sandıklar tarafından uygulanmamıştır<sup>73</sup>.

**Tablo 3. 4. Özel Sandıkların Kapsadığı Nüfus ve Oranlanması % (2005-2016)**

YILLAR	ÖZEL SANDIKLAR TOPLAMI	GENEL TOPLAM	ÖZEL SANDIKLAR TOPLAMI SİGORTALI NÜFUSA ORANI %	GENEL NÜFUS	ÖZEL SANDIKLAR GENEL NÜFUSA ORANI %
2005	307.161	52.150.282	0,59	68.582.000	0,45
2006	298.269	54.418.986	0,55	69.421.000	0,43
2007	310.850	56.265.855	0,55	70.586.256	0,44
2008	323.218	57.089.162	0,57	71.517.100	0,45
2009	331.205	58.329.818	0,57	72.561.312	0,46
2010	341.103	61.176.910	0,53	73.722.988	0,46

<sup>72</sup> Levent Akın, “4784 Sayılı Yasa İle Getirilen Sosyal Destek Ödemesi Karşısında Banka Zorunlu Sandıklarının Durumu”, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, S.1, C.54, 2005, s.100.

<sup>73</sup> Akın, s. 100.

<b>2011</b>	350.890	63.790.639	0,55	74.724.269	0,47
<b>2012</b>	356.040	62.899.043	0,57	75.627.384	0,47
<b>2013</b>	367.205	62.789.365	0,58	76.667.864	0,48
<b>2014</b>	377.800	65.060.709	0,58	77.695.904	0,49
<b>2015</b>	386.572	67.330.236	0,57	78.741.053	0,49
<b>2016</b>	392.201	68.212.484	0,57	79.814.871	0,49

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 3.4. de özel sandıklara ait ve 2005 yılı 2016 yılı arasında geçen sürede bu sigorta kapsamında olan kişilere ait veriler yer almıştır. Sosyal güvenlik sistemi içerisinde en az paya ve sayıya sahip olan bu sigorta bankalar, sigorta ve reasürans (ikili sigorta) şirketleri, ticaret ve sanayi odaları, borsalar ile bunların oluşturmuş oldukları birliklerin çalışanları için hazırlanmış olan bir sosyal güvenlik sistemidir. Tablodaki rakamlara göre dalgalanmalı seyreden özel sandıklara mensup kişi sayısı bu yılların tümünde toplam sigortalılar içinde hep % 1 in altında seyretmiştir, toplam nüfusa oranı ise % 0,50'yi geçememiş ve hep bu yılların altında kalmıştır. En fazla sayı 392.201 ile 2016 yılı olmuştur ancak bu yıl oran olarak en fazla olan yıl değildir.

### 3.3.5. Yeşil Kart Uygulaması

Herhangi bir sosyal güvenlik kurumunun üyesi olmayan ve sağlık harcamalarını karşılayamayacak durumda olanlar Yeşil Kart uygulamasından faydalanmaktadır<sup>74</sup>.

Yeşil Kart uygulaması 1992'de yoksul vatandaşların, sadece yatan hastalar için sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmasına yönelik bir düzenleme olarak geliştirilmiştir. Şubat 2005 ten sonra Yeşil Kartlı olan vatandaşların ilaç harcamaları da bu kapsama alınarak ilaç reçetelerine % 20'lik bir katkı payı sağlanmasına başlanmıştır. Ayrıca, ayakta sunulan sağlık hizmetlerinin yeşil kart kapsamı altına alınması doğrultusunda gerekli düzenlemeler tamamlanmış ve uygulanmaya

<sup>74</sup> Güvercin, s. 93.



konulmuştur. Kural olarak da yeşil Kartlı olanlar ücretsiz bir şekilde kapsamlı olarak sağlık hizmeti alma hakkına sahiptirler<sup>75</sup>.

Yeşil kartlılar içi uygulanan vize sürelerin dolmasına kadar sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Vizelerinin dolduğu günden sonra 1 ay içerisinde ikametlerinin bulunduğu sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfına giderek gelir testini yaptırarak yeniden sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Yapılan bu gelir testi ile ailenin fert başına düşen geliri asgari ücretin üçte birinden aşağı olanlar herhangi bir ödemede bulunmayacaklardır<sup>76</sup>.

Genel sağlık sigortası, bireylerin maddi durumlarına ve isteğine bakılmaksızın, meydana gelecek hastalık ihtimaline karşı, toplumun tüm bireylerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir biçimde yararlanmalarını sağlayan sağlık sigortasıdır. 5510 sayılı Kanunla yürürlüğe giren genel sağlık sigortası ile tüm nüfus kapsama alınarak herkese eşit ve aynı sağlık hizmetinin verilmesi sağlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası Sistemi, primli ve primsiz sosyal sigortacılığın bir arada olduğu zorunlu bir sistemdir. Kişilerin, genel sağlık sigortalılığı süreklidir<sup>77</sup>.

### 3.3.6. Özel Sağlık Sigortaları

Kamunun sunmuş olduğu sağlık sigortası çok fazla sayıda kişilere ve belirlenmiş olan risklere asgari düzeyde güvence sağlıyor olmasından bunun daha fazlasını talep edenler özel sağlık sigortasını yaptırmaktadır. Özel sağlık sigortası ile finansman, genel olarak kamunun sağlık sigortasının yerine ikinci bir seçenek olarak tercih edilmekte ya da kamu sağlık sisteminin tamamlayıcısı özelliğine sahip olabilmektedir. Kamu sağlık sigorta sistemini uygulayan ülkelerde kişiler bu sistemden yeterince memnun değiller ise, gelirlerine göre kamu sağlık sigorta sisteminin yerine geçecek olan nitelikteki özel sigorta sisteminden

---

<sup>75</sup> Hülya Özuysal, *Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2011, s.14.

<sup>76</sup> Genel Sağlık Sigortası Uygulaması ve Gelir Testi, s.3.

<sup>77</sup> Genel Sağlık Sigortası, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Yayın No: 79, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi: 2013, s.1.

yararlanmaktadırlar <sup>78</sup> . Türkiye’de özel sağlık sigortası uygulamasına 1990’lı yıllardan itibaren izin verilmiştir.

Özel sağlık sigortasının en önemli faydası, gelir düzeyi daha yüksek olan kişilerin bu sağlık sigortasını seçmelerine imkân vererek, sınırlı olan kamu kaynaklarının daha düşük gelirliler, dezavantajlı olanlar ya da özel sigorta yaptıramayacak olan bazı kesim için kullanılmasına imkân tanıyor olmasıdır<sup>79</sup>.

**Tablo 3. 5. Özel Sağlık Sigortalarının Alınan Prim ve Artış Oranları % (2005-2017)**

YILLAR	SAĞLIK BRANŞI PRİM ÜRETİMİ ( TL)	ARTIŞ ORANI (%)
2005	798.538.595	-
2006	971.688.494	21,68
2007	1.203.723.686	23,88
2008	1.305.007.060	8,41
2009	1.390.157.525	6,52
2010	1.675.377.354	20,52
2011	1.962.821.974	17,16
2012	2.169.818.835	10,5
2013	2.398.077.778	10,5
2014	2.847.809.073	18,8
2015	3.321.928.306	16,6
2016	4.082.408.624	22,9
2017	4.825.757.464	18,2

**Kaynak:** Türkiye Sigorta Birliği 2018. <tsb.org.tr /resmi istatistikler>

<sup>78</sup> Ferdi Çelikay ve Erdal Gümüş, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, S.1, Eskişehir, s.191.

<sup>79</sup> Ece Uğurluoğlu ve Hacer Özgen, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C.11, S.2, 2008, s.143.

Tablo 3.5. de özel sağlık sigortasına ait ve 2005 yılı 2017 yılı arasında geçen sürede bu sigortanın toplam elde ettiği primler yer almaktadır. Tablodaki rakamlara göre elde edilen primlerde sürekli artış görülmektedir. Artış oranlarında ise dalgalanmalar mevcuttur. En yüksek primi 2017 yılında 4.825.757.464 TL olarak elde etmiştir. En yüksek artış oranı ise 2007 yılında 23,88 olarak göze çarpmaktadır.

### **3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı**

Dünya kuruluşundan bu yana sağlık hizmetleri devamlı olarak ihtiyaç duyulan bir alan olmuştur. Bu devamlılık beraberinde sürekli olarak yenileşmeyi de beraberinde getirmiştir. Sağlık hizmetlerindeki bu değişim sunumu ve bu sunuma karşılık finansman yöntemlerindeki değişim ve gelişmeyi de beraberinde getirmiştir.

#### **3.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu**

Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal ve hizmet olması özelliğinden dolayı sunumu da genel olarak iki şekilde gerçekleşmektedir, bu sunum şekilleri ise ya devlet tarafından kamusal olarak ya da özel kesim tarafından piyasa şartlarında sunulmaktadır. Ancak yine de sağlık hizmetlerinin temel sunucusu devlet olduğunu söylenirse hata olmayacaktır. Özellikle gelir seviyesi belli bir tutarın altında olan kişilere kamunun sınırsız tedavi sunması sosyal sorumluluğu ve ödevidir<sup>80</sup>.

Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu kişilere özel olarak sunulur, bundan dolayı fiyatlanması ve piyasada bu hizmetin alınıp satılması mümkün olmaktadır. Ancak alınıp satılan sağlığın kendisi değildir, sağlık hizmetleridir. Bu sebeple de sağlık hizmetleri, özel piyasada da fiyata konu olabilir ve arz talep koşullarına göre düzeyi belirlenebilen hizmetler olduğu bir gerçekliktir<sup>81</sup>.

---

<sup>80</sup> Altay, s.36.

<sup>81</sup> Altay, s.37.

**Tablo 3. 6. Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus ve Oranlanması % (2005-2016)**

	EMEKLİ SANDIĞI TOPLAMI	SSK TOPLAMI	BAĞ-KUR TOPLAMI	ÖZEL SANDIKLAR TOPLAMI	GENEL TOPLAM	SİGORTALI NÜFUS ORANI %	GENEL NÜFUS TOPLAMI
2005	8.448.727	29.104.207	14.290.187	307.161	52.150.282	76,00	68.582.000
2006	8.583.980	30.884.857	14.651.880	298.269	54.418.986	78,40	69.421.000
2007	8.722.348	32.498.087	14.734.569	310.850	56.265.855	79,70	70.586.256
2008	8.867.512	33.330.984	14.567.448	323.218	57.089.162	79,80	71.517.100
2009	9.028.211	34.264.467	14.705.935	331.205	58.329.818	80,40	72.561.312
2010	9.191.803	36.466.213	15.177.791	341.103	61.176.910	83,00	73.722.988
2011	9.998.872	38.050.678	15.390.199	350.890	63.790.639	85,40	74.724.269
2012	10.342.989	37.015.094	15.185.233	356.040	62.899.043	83,14	75.627.384
2013	10.846.318	37.180.697	14.395.145	367.205	62.789.365	81,89	76.667.864
2014	11.147.192	38.925.236	14.610.481	377.800	65.060.709	83,73	77.695.904
2015	11.560.377	40.572.447	14.810.840	386.572	67.330.236	85,51	78.741.053
2016	11.520.218	41.937.454	14.362.611	392.201	68.212.484	85,46	79.814.871

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Sağlık hizmetlerinin kişilere sunulduğu söylenmişti Tablo 3.6. da sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan sigorta kollarına ayrılmış kişi sayısı ve toplam sigortalıların ülke genel nüfusu içindeki payı ele alınmıştır. Ülke genelinde sosyal güvencesi olan kişilerin oranı toplam nüfus içerisindeki payı sürekli olarak artmış ancak 2012 yılından sonra azalış göstermiştir. 2013 yılına gelindiğinde toplam nüfusun % 80 den fazlası sosyal güvenlik şemsiyesi altına alındığı görülmüştür. Ülke nüfusu tablodaki son yıla gelene kadar on milyon kişiden fazla artarken sigortalı kişi sayısı daha fazla artış göstermiştir. Sigorta kolları içerisinde en fazla sayının sosyal güvenlik kurumu üyeleri yer alırken, özel sandıklara mensup olan kişi sayısının ise

en az olduğu görülmüştür. Tabloda yer alan dört sigorta kolu içerisinde sürekli ve düzenli artan ise Emekli Sandığı olmuştur.

**Tablo 3. 7. Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı, (2005-2016)**

YILLAR	TOPLAM SAĞLIK KURUMU SAYISI	YATAKLI SAĞLIK KURUMU SAYISI	YATAKSIZ SAĞLIK KURUMU SAYISI *	TOPLAM YATAK SAYISI	1000 KİŞİ BAŞINA DÜŞEN YATAK SAYISI
2005	8.870	1.196	7.674	170.972	2,48
2006	9.831	1.203	8.628	174.342	2,50
2007	11.839	1.317	10.522	178.000	2,52
2008	13.818	1.350	12.468	183.183	2,56
2009	15.205	1.389	13.816	188.638	2,60
2010	26.993	1.439	25.554	200.239	2,72
2011	27.997	1.453	26.544	194.504	2,60
2012	29.960	1.483	28.477	200.072	2,65
2013	30.116	1.517	28.599	202.031	2,64
2014	30.176	1.528	28.648	206.836	2,66
2015	30.449	1.533	28.916	209.648	2,66
2016	32.980	1.510	31.470	217.771	2,73

\* Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Verem Savaş Dispanseri, AÇSAP Merkezi, Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi sayıları toplama dâhil edilmiştir.

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016

Tablo 3.7. de sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili bazı sayısal veriler ele alınmıştır. Bu veriler ışığında sağlık hizmeti sunan kurumların sayılarının sürekli artış gösterdiği görülmüştür. 2009 yılından 2010 yılına gelindiğinde çok büyük bir sıçrama göstermiş olduğu izlenilmiştir, bu yıldan sonraki yıllarda yine dengeli olarak artışına devam etmiştir. Toplam sağlık kurumu sayısının 10 yıllık evriminde üç

katından fazla artış olduğunu söylemek mümkün olmaktadır. Ayrıca tabloda dikkat çeken bir diğer husus da yataksız kurum sayısı yataklı kurum sayısının çok çok üstünde olması ve bu farkında yıllar ilerledikçe büyüme gösteriyor olmasıdır. Toplam yatak sayısı ve bin kişi başına düşen yatak sayısı ortalaması da ele alınan yıllar itibarı ile artış eğilimi göstermiştir. Fakat 2009 ile 2010 yılları arasındaki yükselişten sonra tekrar düşüş göstermiş bu yıldan sonra artışını devam ettirmiştir.

### 3.4.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanındaki Gelişmeler

Sosyal güvenlik sistemlerinde finansman kaynağı olarak genel de devlet genel vergi gelirleri veya sigortalıların ödemiş oldukları primler ile karşılanmaktadır. Ancak uygulamaya bakıldığında zaman genelde finansman sağlanmaya çalışılırken ağırlıklı olarak primlerin kullanıldığı görünmektedir. Öbür taraftan, sosyal güvenlik açıklarını desteklemek amacıyla da genel bütçeden transferler yapılarak böylelikle sisteme destek verilmektedir<sup>82</sup>.

**Tablo 3. 8. Sağlık Harcamaları 2005-2016**

YILLAR	TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)	TOPLAM SAĞLIK HARCAMASININ GSYİ H ORANI (%)
2005	35.359	5,2
2006	44.069	5,6
2007	50.904	5,8
2008	57.740	5,8
2009	57.911	5,8
2010	61.678	5,3
2011	68.607	4,9
2012	74.189	4,7

<sup>82</sup> Ulutürk vd. , s. 132.

<b>2013</b>	84.390	4,7
<b>2014</b>	94.750	4,6
<b>2015</b>	104.568	4,5
<b>2016</b>	119.756	4,6

\*GSYH'deki güncellemeler nedeniyle oranlar revize edilmiştir.

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 3.8. de 2005-2016 yılları arasında gerçekleştirilen sağlık harcamaları değerlendirilmeye alınmış, bu veriler ışığında sağlık harcamalarının sürekli ve giderek artış eğiliminde olduğunu, ancak bu harcamaların GSYİH oranında çok değişmelerin olmadığı görülmüştür. Bu on yıllık aralık içerisinde cari harcama olarak en yüksek harcamanın değerlendirilen yılların sonuncusu olan 2016 yılı en yüksek olan yıl olduğu görülmüştür fakat bu yıl GSYİH olarak yüksek değerde olamamıştır. 2007-2008-2009 yıllarında sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 5,8 bu yılların en zirvede olduğu yıl olmuştur, 2005 yılından başlayarak yükselen GSYİH içindeki oranı 2009 da en yüksek oranı yakalamış ve tekrar düşme eğilimine geçmiştir, 2015 yılında bu on yıllık evrede %4,5 ile en taban yaptığı yıl olmuştur. Bu yıldan sonra da yükselişe geçse de GSYİH içindeki payı ancak 2014 deki değere ulaşabilmiştir.

**Tablo 3. 9. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları 2005-2016 (Milyon TL)**

YILLAR	GENEL DEVLET				ÖZEL SEKTÖR			GENEL TOPLAM
	MERKEZİ DEVLET	YEREL DEVLET	SGK	TOPLAM	HANE HALKI	DİĞER	TOPLAM	
<b>2005</b>	9 520	467	14 000	<b>23 987</b>	8 049	3 323	<b>11 372</b>	<b>35 359</b>
<b>2006</b>	11 766	683	17 667	<b>30 116</b>	9 684	4 269	<b>13 953</b>	<b>44 069</b>
<b>2007</b>	13 966	867	19 697	<b>34 530</b>	11 105	5 269	<b>16 374</b>	<b>50 904</b>
<b>2008</b>	15 948	865	25 346	<b>42 159</b>	10 036	5 545	<b>15 580</b>	<b>57 740</b>
<b>2009</b>	17 946	667	28 277	<b>46 890</b>	8 142	2 879	<b>11 021</b>	<b>57 911</b>

<b>2010</b>	17 209	577	30 695	<b>48 482</b>	10 062	3 134	<b>13 196</b>	<b>61 678</b>
<b>2011</b>	19 086	557	34 937	<b>54 580</b>	10 590	3 438	<b>14 028</b>	<b>68 607</b>
<b>2012</b>	16 493	662	41 630	<b>58 785</b>	11 750	3 654	<b>15 404</b>	<b>74 189</b>
<b>2013</b>	18 425	810	46 993	<b>66 228</b>	14 156	4 006	<b>18 162</b>	<b>84 390</b>
<b>2014</b>	21 282	744	51 356	<b>73 382</b>	16 819	4 549	<b>21 368</b>	<b>94 750</b>
<b>2015</b>	25 286	927	55 908	<b>82 121</b>	17 315	5 131	<b>22 446</b>	<b>104 568</b>
<b>2016</b>	28 731	1118	64 163	<b>94 012</b>	19 562	6 182	<b>25 744</b>	<b>119 756</b>

\* “Diğer” sağlık harcamaları; özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hane halklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT’ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 3.9. içerisinde sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre genel devler ve özel sektör olarak kategorize edilerek ele alınmıştır. Bu bağlamda genel devlet sağlık harcamaları içerisinde merkezi devlet sağlık harcamaları, yerel yönetimlerin sağlık harcamaları ile sosyal güvenlik kurumları sağlık harcamaları yer almaktadır. Özel sağlık harcamaları ise daha önce de bahsedildiği gibi kişilerin kendi imkânları ile yapmış oldukları harcamalardan oluşmaktadır, tabloda hane halkı sağlık harcamaları ve diğer özel sağlık harcamaları yer almaktadır. Diğer özel sağlık harcamaları da özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hane halklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT’ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Tablo analiz edildiğinde bütün yıllarda yapılan sağlık harcamalarında en büyük payın sosyal güvenlik kurumlarına ait olduğu görülmektedir ayrıca bu kurumun yaptığı harcamalar bütün yıllarda bir önceki yıla göre sürekli artış halinde olduğu izlenilmiştir. 2005 yılında 23.987 milyon TL olan genel devlet sağlık harcamaları 2016 yılına gelindiğinde 94.012 milyon TL ile yaklaşık dört kat artmış olduğu görülmüştür.



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4. TÜRKİYE VE SEÇİLİ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde Türkiye ile İngiltere, Almanya, Fransa, İsveç ve Amerika Birleşik Devletleri'nin toplam sağlık harcamasının gsyih içindeki payı, kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörü payının yıllara göre dağılımı ayrı ayrı alınarak karşılaştırma yapılacaktır.

#### 4.1. Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Türkiye'nin sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken, diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. İngiltere'de ise Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen bir Ulusal Sağlık Sistemi vardır. Hastanelerin tamamına yakını kamuya aittir. Hem özel hem de kamu istihdamı vardır.

**Tablo 4. 1. Türkiye'nin ve İngiltere'nin Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'deki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)	İngiltere'deki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)
2005	5,1	7,4
2006	5,4	7,5
2007	5,5	7,6
2008	5,5	7,9

2009	5,8	8,7
2010	5,3	8,5
2011	5,0	8,4
2012	5,0	8,5
2013	5,1	9,9
2014	5,1	9,9
2015	5,2	9,8

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

Türkiye toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2005 yılında % 5,1 iken, 2009 yılında % 5,8'e kadar yükselmiş olsa da daha sonra tekrar düşerek 2015 yılında % 5,2'ye kadar düşmüştür. İngiltere'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 2005 yılında % 7,4 iken, 2015 yılında %9,8'e kadar yükselmiştir. Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, İngiltere'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 2005-2015 yıllarına göre Türkiye'den yüksektir.

**Tablo 4. 2. Türkiye'nin ve İngiltere'nin Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	İngiltere'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
2005	749,0	2.712,3
2006	832,2	2.812,7
2007	878,6	2.894,8
2008	871,7	2.945,8
2009	862,9	3.085,4

2010	852,7	3.036,1
2011	863,0	3.063,0
2012	856,9	3.099,1
2013	903,6	3.673,1
2014	917,6	3.731,3
2015	974,8	3.755,9

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

2005 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 749\$, 2006 yılında 832,2\$, 2010 yılında 852,7\$ ve 2015 yılında 974,8\$ ile en yüksek sağlık harcaması gerçekleştirirken, İngiltere'nin kişi başına toplam sağlık harcaması 2005 yılında 2712,3\$, 2006 yılında 2812,7\$, 2010 yılında 3036,1\$ ve 2015 yılında 3755,9\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

**Tablo 4. 3. Türkiye'nin ve İngiltere'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'deki Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	İngiltere'deki Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
2005	67,75	81,11
2006	68,85	82,06
2007	68,78	81,20
2008	72,69	82,32
2009	80,05	83,30
2010	78,00	82,91
2011	79,13	82,41

2012	79,17	81,78
2013	78,35	79,54
2014	77,61	79,58
2015	77,21	79,03

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 2005 yılında %67,75, 2008 yılında %72,69, 2009 yılında %80,05 iken 2015 yılında %77,21 olduğu görülmektedir. İngiltere'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 2005 yılında %81,11 2008 yılında %82,32 2009 yılında 83,30 iken 2015 yılında %79,03 olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak tüm bu verilerden de anlaşılacağı üzere, İngiltere'nin toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı, kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 2005-2015 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

#### **4.2. Türkiye ve Almanya Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması**

Almanya, Refah Yönelimli Sigorta tipi sağlık sistemiyle tüm vatandaşlarına standart olarak yüksek kalitede ve dengeli hizmet sunarken, Türkiye'de ise farklı kalitelerde ve dengesiz bir hizmet sunumu gerçekleşmektedir.

**Tablo 4. 4. Türkiye'nin ve Almanya'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'deki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)	Almanya'daki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)
2005	5,1	10,2
2006	5,4	10,1
2007	5,5	10,0
2008	5,5	10,1
2009	5,8	11,1
2010	5,3	11,0
2011	5,0	10,7
2012	5,0	10,8
2013	5,1	10,9
2014	5,1	11,0
2015	5,2	11,1

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

Türkiye toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2005 yılında %5,1 iken, 2009 yılında %5,8'e kadar yükselmiş olsa da daha sonra tekrar düşerek 2015 yılında %5,2'ye kadar düşmüştür. Almanya'nın toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 2005 yılında %10,2 iken, 2015 yılında %11,1'e kadar yükselmiştir. Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, Almanya'nın toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 2005-2015 yıllarına göre Türkiye'den yüksektir.

**Tablo 4. 5. Türkiye'nin ve Almanya'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

<b>Yıllar</b>	<b>Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)</b>	<b>Almanya'nın Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)</b>
2005	749,0	3.787,1
2006	832,2	3.875,1
2007	878,6	3.950,2
2008	871,7	4.079,1
2009	862,9	4.232,6
2010	852,7	4.358,6
2011	863,0	4.396,4
2012	856,9	4.517,0
2013	903,6	4.589,4
2014	917,6	4.684,5
2015	974,8	4.772,3

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

2005 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 749\$, 2006 yılında 832,2\$, 2010 yılında 852,7\$ ve 2015 yılında 974,8\$ ile en yüksek sağlık harcaması gerçekleştirirken, Almanya'nın kişi başına toplam sağlık harcaması 2005 yılında 3787,1\$, 2006 yılında 3875,1\$, 2010 yılında 4358,6\$ ve 2015 yılında 4772,3\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

**Tablo 4. 6. Türkiye'nin ve Almanya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'deki Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	Almanya'daki Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
2005	67,75	76,55
2006	68,85	76,41
2007	68,78	76,36
2008	72,69	76,45
2009	80,05	83,87
2010	78,00	83,75
2011	79,13	83,63
2012	79,17	83,52
2013	78,35	84,19
2014	77,61	84,63
2015	77,21	84,99

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 2005 yılında % 67,75, 2008 yılında % 72,69, 2009 yılında % 80,05 iken 2015 yılında % 77,21 olduğu görülmektedir. Almanya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 2005 yılında % 76,55 2008 yılında % 76,45 2009 yılında % 83,87 iken 2015 yılında % 84,99 olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak tüm bu verilerden de anlaşılacağı üzere, Almanya'nın toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı, kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının

ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 2005-2015 yıllarına göre dağılımını Türkiye'ye göre yüksektir.

#### 4.3. Türkiye ve Fransa Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Türkiye de Sağlık Sistemi finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Bu karma yapı sistemin etkin işleyişini güçleştiren önemli etkenlerden biridir. Bu karmaşık yapı içinde sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Fransa'da hastanelerin büyük bir çoğunluğu kamu hastanesidir. Finansman alışan ve işveren primleri ile sağlanır.

**Tablo 4. 7. Türkiye'nin ve Fransa'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımını (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'deki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)	Fransa'daki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)
2005	5,1	10,2
2006	5,4	10,1
2007	5,5	10,0
2008	5,5	10,1
2009	5,8	10,8
2010	5,3	10,7
2011	5,0	10,7
2012	5,0	10,8
2013	5,1	10,9
2014	5,1	11,1
2015	5,2	11,0

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.



Türkiye toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2005 yılında %5,1 iken, 2009 yılında %5,8'e kadar yükselmiş olsa da daha sonra tekrar düşerek 2015 yılında %5,2'ye kadar düşmüştür. Fransa'nın toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 2005 yılında %10,2 iken, 2015 yılında %11,0'e kadar yükselmiştir. Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, Fransa'nın toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 2005-2015 yıllarına göre Türkiye'den yüksektir.

**Tablo 4. 8. Türkiye'nin ve Fransa'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	Fransa'nın Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
2005	749,0	3016,7
2006	832,2	3129,1
2007	878,6	3203,7
2008	871,7	3316,6
2009	862,9	3322,6
2010	852,7	3403,1
2011	863,0	3505,0
2012	856,9	3568,2
2013	903,6	3602,7
2014	917,6	3566,5
2015	974,8	3628,0

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

2005 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 749\$, 2006 yılında 832,2\$, 2010 yılında 852,7\$ ve 2015 yılında 974,8\$ ile en yüksek sağlık harcaması

gerçekleştirirken, Fransa'nın kişi başına toplam sağlık harcaması 2005 yılında 3016,7\$, 2006 yılında 3129,1\$, 2010 yılında 3403,1\$ ve 2015 yılında 3628,0\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

**Tablo 4. 9. Türkiye'nin ve Fransa'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'deki Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	Fransa'daki Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
2005	67,75	78,68
2006	68,85	78,49
2007	68,78	78,36
2008	72,69	78,02
2009	80,05	78,26
2010	78,00	78,13
2011	79,13	78,06
2012	79,17	78,18
2013	78,35	78,36
2014	77,61	78,65
2015	77,21	78,61

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 2005 yılında %67,75, 2008 yılında %72,69, 2009 yılında %80,05 iken 2015 yılında %77,21 olduğu görülmektedir. Fransa'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 2005 yılında %78,68 2008 yılında %78,02 2009 yılında 78,26 iken 2015 yılında %78,61 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin 2009-2012 arası toplam

sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı Fransa'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payından yüksek olsa da 2013 yılından itibaren düşerek Fransa'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payından daha düşük olmuştur.

Sonuç olarak tüm bu verilerden de anlaşılacağı üzere, Fransa'nın toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı, kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 2005-2015 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

#### 4.4. Türkiye ve İsveç Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

İsveç sağlık kurumlarını yerel otoriteler aracılığıyla işleterek sağlık hizmeti sunmaya çalışmaktadır. İsveç sağlık sistemi bölgesel tabanlıdır ve kamu tarafından işletilmektedir. Sistem ulusal, bölgesel ve yerel olma üzere üç düzeyde örgütlenmiştir. Türkiye'de ise daha çok merkezi bir yönetim sistem mevcuttur. Planlar, politikalar ve uygulamalar merkezi yönetim tarafından belirlenir ve yürütülür.

**Tablo 4. 10. Türkiye'nin ve İsveç'in Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'deki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)	İsveç'deki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)
2005	5,1	8,3
2006	5,4	8,2
2007	5,5	8,1
2008	5,5	8,3
2009	5,8	8,9
2010	5,3	8,5

2011	5,0	10,7
2012	5,0	10,9
2013	5,1	11,1
2014	5,1	11,2
2015	5,2	11,1

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

Türkiye toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2005 yılında %5,1 iken, 2009 yılında %5,8'e kadar yükselmiş olsa da daha sonra tekrar düşerek 2015 yılında %5,2'ye kadar düşmüştür. İsveç'in toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 2005 yılında %8,3 iken, 2015 yılında %11,1'e kadar yükselmiştir. Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, İsveç'in toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 2005-2015 yıllarına göre Türkiye'den yüksektir.

**Tablo 4. 11. Türkiye'nin ve İsveç'in Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	İsveç'in Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
2005	749,0	3.318,3
2006	832,2	3.405,8
2007	878,6	3.458,4
2008	871,7	3.513,5
2009	862,9	3.554,0
2010	852,7	3.543,6
2011	863,0	4.543,5

2012	856,9	4.606,2
2013	903,6	4.693,1
2014	917,6	4.786,5
2015	974,8	4.906,9

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

2005 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 749\$, 2006 yılında 832,2\$, 2010 yılında 852,7\$ ve 2015 yılında 974,8\$ ile en yüksek sağlık harcaması gerçekleştirirken, İsveç'in kişi başına toplam sağlık harcaması 2005 yılında 3318,3\$, 2006 yılında 3405,8\$, 2010 yılında 3543,6\$ ve 2015 yılında 4906,9\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

**Tablo 4. 12. Türkiye'nin ve İsveç'in Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'deki Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	İsveç'deki Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
2005	67,75	81,76
2006	68,85	81,81
2007	68,78	81,85
2008	72,69	81,86
2009	80,05	81,96
2010	78,00	81,88
2011	79,13	83,97
2012	79,17	83,58
2013	78,35	83,38

2014	77,61	83,37
2015	77,21	83,70

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 2005 yılında %67,75, 2008 yılında %72,69, 2009 yılında %80,05 iken 2015 yılında %77,21 olduğu görülmektedir. İsveç'in toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 2005 yılında %81,76 2008 yılında %81,86 2009 yılında 81,96 iken 2015 yılında %83,70 olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak tüm bu verilerden de anlaşılacağı üzere, İsveç'in toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı, kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 2005-2015 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

#### **4.5. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması**

Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemi talepte özel sektör ve kamu ödemelerinin bir arada bulunduğu bir karma yapıya sahiptir. Fakat sağlık sigortalarının büyük bir kısmı özel sağlık sigortasıdır. Türkiye'de ise sağlık hizmetlerinin talebinin finansmanı büyük ölçüde kişisel ödemeler ve dolaylı kişisel ödemeler yoluyla sağlanmaktadır. Çalışanların ve varsa işverenlerinin yaptıkları dolaylı ödemeler(primler) yolu ile finanse edilen sağlık sigortaları, doğrudan kişisel ödemeler ve gönüllü sağlık sigortaları, talep finansmanının çok büyük kısmı karşılamaktadır.

**Tablo 4. 13. Türkiye'nin ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'deki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)	Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)
2005	5,1	14,5
2006	5,4	14,7
2007	5,5	14,9
2008	5,5	15,3
2009	5,8	16,4
2010	5,3	16,4
2011	5,0	16,4
2012	5,0	16,4
2013	5,1	16,4
2014	5,1	16,6
2015	5,2	16,9

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

Türkiye toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2005 yılında %5,1 iken, 2009 yılında %5,8'e kadar yükselmiş olsa da daha sonra tekrar düşerek 2015 yılında %5,2'ye kadar düşmüştür. Amerika Birleşik Devletleri'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 2005 yılında %14,5 iken, 2015 yılında %16,9'a kadar yükselmiştir. Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, Amerika Birleşik Devletleri'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 2005-2015 yıllarına göre Türkiye'den yüksektir.

**Tablo 4. 14. Türkiye'nin ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

<b>Yıllar</b>	<b>Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)</b>	<b>Amerika Birleşik Devletleri'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)</b>
2005	749,0	7092,7
2006	832,2	7269,7
2007	878,6	7449,0
2008	871,7	7561,6
2009	862,9	7778,6
2010	852,7	7929,4
2011	863,0	8005,8
2012	856,9	8103,3
2013	903,6	8157,4
2014	917,6	8404,4
2015	974,8	8714,9

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

Tablo 4. 14. de Türkiye'nin ve Amerika Birleşik Devletleri'nin kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının yıllara göre dağılımı verilmiştir. 2005 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 749\$, 2006 yılında 832,2\$, 2010 yılında 852,7\$ ve 2015 yılında 974,8\$ ile en yüksek sağlık harcaması gerçekleştirirken, Amerika Birleşik Devletleri'nin kişi başına toplam sağlık harcaması 2005 yılında



7092,7\$, 2006 yılında 7269,7\$, 2010 yılında 7929,4\$ ve 2015 yılında 8714,9\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

**Tablo 4. 15. Türkiye'nin ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (2005-2015)**

Yıllar	Türkiye'deki Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
2005	67,75	45,36
2006	68,85	46,10
2007	68,78	46,18
2008	72,69	47,15
2009	80,05	48,09
2010	78,00	48,39
2011	79,13	48,27
2012	79,17	48,24
2013	78,35	48,06
2014	77,61	49,29
2015	77,21	49,43

**Kaynak:** OECD, Health Data 2016.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 2005 yılında % 67,75, 2008 yılında %72,69, 2009 yılında %80,05 iken 2015 yılında %77,21 olduğu görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 2005 yılında %45,36 2008 yılında %47,15 2009 yılında 48,09 iken 2015 yılında %49,43 olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak tüm bu verilerden de anlaşılacağı üzere, Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 2005-2015 yıllarına göre dağılımı Amerika Birleşik Devletleri'ne göre daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nin toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı, kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 2005-2015 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre daha yüksektir.



## SONUÇ

Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlık bireylerin en temel hakkıdır. Bireylerin sağlıklı oluşu topluma olumlu yönde katkı sağlar. Toplumun sağlığını korumak ve iyileştirmek için yapılan harcamalar sağlık ekonomisini oluşturur.

Toplumların sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yadsınamaz bir nedensellik ilişkisinin olduğu söylenebilir. Ekonomik gelişmesini belli seviyelere getirmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar hızlı bir şekilde arttığı gibi, bireylerin sağlık konusunda farkındalıkları ve istekleri de artmaktadır. Bununla birlikte sağlık düzeyinin gelişimi de ekonomik gelişimi hızlandırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, ekonomik göstergelerde meydana gelen iyileşmelerin sağlık göstergelerini paralel olarak olumlu etkilediği gözlenmiştir. Ülkeler sanayileştikçe ve gelir seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmaktadır.

Sağlık ekonomisinin temel konusu olan sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri şeklinde sınıflandırılırken ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre bu hizmetlere verdiği önem değişmektedir. Gelişmiş ülkeler daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine pay ayırırken, gelişmekte olan ülkeler tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok pay ayırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise genel olarak üç temel sağlık finansman modelinden açıklayabiliriz. Beveridge modeli, finansmanı vergiye bağlı sağlık sistemleri, ismini 2.Dünya Savaşı sonrası İngiltere’de devletin sağlık ve eğitim hizmetlerini doğrudan karşılaması gerektiği yönündeki sosyal politika anlayışını ortaya atan Beveridge’den almaktadır. Bismarck modeli, Bu model yasal olarak ilk kez 1883 yılında, Otto Van Bismarck öncülüğünde, Almanya’da başlatılmıştır. Bu model belirli endüstrilerde, belli bir ücret seviyesi altında çalışanların hastalık fonuna üye olma yükümlülüğünü ve fonun finansmanının işçi ve işverenlerden sağlanan zorunlu katkılarla oluşturulmasını gerektirmektedir. Özel finansman modeli, Özel nitelikli finansman sistemlerinde, sağlık hizmeti sunumunun oluşması evresinde sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmeti talebinde bulunanlar serbest piyasa şartlarında karşı karşıya gelerek oluşacak olan denge fiyatını kabullenmektedirler.

Böyle bir durumda, sağlık hizmeti talebinde bulunanlar, yararlanacakları sağlık hizmetlerinin meydan getireceği maliyetleri doğrudan kendileri karşılayabilecekleri gibi özel sağlık sigortası kuruluşları aracılığıyla da karşılayabilmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin niteliği, kamusal veya piyasa ekonomisi tarafından sunulabilir. Kamucu sağlık politikası uygulayan ülkelerde hizmet daha çok kamu kurum ve birimleri tarafından sağlanır. Kar amaçlı bir hizmet söz konusu değildir. Bu tip ülkelerde sağlık sektörünün merkezi bir planlaması yapılabilir. Piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkelerde hizmet özel kurum ve birimler tarafından sağlanır. Özel birimlerin çalışması kar ve rekabet temeline dayanır. Bu tip ülkelerde sağlık sektörünün merkezi bir planlaması yapılamaz. Sonuçta piyasa mekanizması kar odaklı çalıştığından dolayı kar etmedikleri bölgelere hizmet götürmez ve bölgeler arasında eşitsizlikler meydana gelir.

Ülkelerin sağlık hizmeti sunumları, bu ülkelerin finansmanı tamamen ülkede yaşayan insanların kültür, gelenek, sosyal yaşam ve politik tarzlarını yansıttığı söylenebilir. Ülkeler gelişmiş, gelişmekte olan veya gelişmemiş sınıflarda bulunurken fiili durumlarında değişiklik olup olmadığına bakılmaksızın yeni sistem ve politika arayışlarında bulunabilmektedirler. İngiltere’de Beveridge sağlık sistemi uygulanır ve sağlık hizmeti ihtiyacı devlet tarafından Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) adlı kamu örgütüne karşılanmaktadır. Almanya’da Bismarck sağlık sistemi uygulanır ve sağlık hizmeti ihtiyacı yerel ve merkezi hükümetler aracılığıyla karşılanır. Fransa’da genel sağlık sigortasına dayalı bir sağlık sistemi mevcuttur. İsveç’te tek bir sağlık sistemi mevcuttur ve finansmanı vergi yoluyla devlet tarafından karşılanır ve herkesi kapsar. Amerika Birleşik Devletleri’nde ise özel sağlık sigortasına dayalı bir sağlık sistemi uygulanır ve finansmanı vatandaş katkısı, merkezi bütçe katkısı ve eyaletlerin katkısı ile özel sigortaların katkısıyla sağlanmaktadır.

Türkiye’nin sağlık sistemi son derece merkezi ve karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri, kamu, yarı kamu ve özel kuruluşlar tarafından sağlanır. Sağlık hizmetleri, (Maliye Bakanlığı aracılığıyla), hükümetin sosyal güvenlik kurumları (Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tüccarlar; esnaf ve kendi hesabına (Bağ-Kur) ve devlet memurları emekli sandığı (Emekli Sandığı) tarafından ve cepten

ödemelerle finanse edilmektedir. Türkiye’de sağlık finansmanı ana kaynakları; genel bütçe vergi gelirleri, sosyal güvenlik primleri ve cepten ödemeler şeklinde gerçekleştirilmektedir.

Hizmetlerin alt yapısındaki yetersizlikler nedeniyle, kırsal kesimde hayatını sürdüren kişiler, şehir merkezlerinde hayatını sürdüren kişilere oranla, sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır. Bu olumsuzlukların temel sebeplerinin başında, kırsal kesimde yaşanan personel yetersizliği gelmekte; bunu, ulaşım sorunları, ekonomik sorunlar ve toplumun sağlık hizmeti kullanma alışkanlığındaki yetersizlik gibi nedenler izlemektedir. Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Mevcut sistemin ana sorunları içerisinde; sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, sağlık kurumlarında yönetim, insan gücü ve mevzuata yönelik sorunlar söz konusudur. Gelir dağılımındaki dengesizlik, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki en önemli sorunlardan biridir.

Türkiye’de gerçekleşen sağlık harcamalarının yıllar içindeki (2005-2105) değişimi incelendiğinde Türkiye’nin sağlık harcamalarında da artış eğilimi görülmektedir. Ancak, tezimizde seçilmiş olan, İngiltere, Almanya, Fransa, İsveç ve Amerika Birleşik Devletleri’nin sağlık harcamalarına göre çok düşük bir düzeyde olduğu söylenebilir. Ayrıca Türkiye’de sağlık harcamalarında yaptığı artış kaliteyi artırsa da ekonomik göstergelerde zayıf görünmesinin en büyük sebeplerinden biri nüfus artış hızının yüksek seviyede olması söylenebilir. Bununla beraber bütçe dağılımında sağlıktan önce Türkiye’nin daha ciddi problemleri olduğu alanlara daha fazla bütçe ayırdığını bu sebeple seçili ülkeler arasında Türkiye’nin sağlık harcamalarında yaptığı artışın daha düşük olduğunu görmekteyiz.

Sonuç olarak; Türkiye’nin sağlık sisteminde istenilen düzeye ulaşılabilmesi ve sağlıkta reformları başarılı bir şekilde yapılabilmesi için; ülke gerçekleri göz önünde bulundurularak doğru politikaların tespit edilmesi gerekmektedir. Ülkemizin sağlık hizmetlerinde koordinasyonsuzluğa son vererek iyi bir sağlık politikası geliştirilmeli ve bu politika sektörler arası işbirliği içinde gerçekleştirilmelidir. Sağlık hizmetlerinde öncelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilmelidir. Ayrıca tüm kesimlerin sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştıracak çözümler bulunmalı ihtiyacı

olduğu zaman tedavi edici sağlık hizmetlerine kolayca ulaşması sağlanmalıdır.  
Bunun içinde kaynak tahsisi dengesi ve etkinliği sağlanmalıdır.



## KAYNAKÇA

- Akdur, Recep, “Sağlık Harcamaları”, *Bilim ve Ütopya Dergisi*, C.170, S.14, 2008, s. 14-19.
- Akın, Cemil Serhat, *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Adana, 2007.
- Akın, Levent, “4784 Sayılı Yasa İle Getirilen Sosyal Destek Ödemesi Karşısında Banka Zorunlu Sandıklarının Durumu”, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C.54, S.1, 2005, s. 99-113.
- Alper Yusuf, “21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik”, *Türk Dünyası Araştırmalar Vakfı Yayınlanmamış Rapor*, Bursa, 1988.
- Altay, Asuman, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, S.64, 2007, s.35-37.
- Arısoy, İbrahim, “Wagner ve Keynes Hipotezleri Çerçevesinde Türkiye’de Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. C.14, S.2, 2005, s.63-80.
- Aydın, Erdem, “Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri”, *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, C.31, S. 3, 2002, s. 183-192.
- Belek, İlker, *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*, İstanbul: Yazılama Yayınevi, 2009.
- Bulutoğlu, Kenan, *Kamu Ekonomisine Giriş*, İstanbul: Filiz Kitapevi, 1981.
- Çelikay, Ferdi, ve Erdal Gümüş, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, S.1,2014, s.177-216.
- Daştan, İlker ve Volkan Çetinkaya, “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması” *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C.5, S.1, 2015, s.104-134.

Dinç, Gönül, “Birleşik Krallık Sağlık Sistemi”, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Yayını, 2009, s.57-77.

Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü Yıllık Raporları 2015.

Dünya Bankası Yıllık Raporu 2015.

Egeli, Haluk, *Parafiskalite ve Parafiskal Yükümlükler*, İzmir: İlkem Ofset, 2007.

Ertürk, S. Atabey, *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, 1. Baskı, Ankara, Gazi Kitabevi, 2012.

Erumut, Mehmet Cihan, “Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem”, *Sosyal Güvençe Dergisi*, S.5, Ankara, 2014, s. 98-99.

Genel Sağlık Sigortası Uygulaması ve Gelir Testi.

Genel Sağlık Sigortası, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Yayın No: 79, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi: 2013.

Gerek Nüvit ve Fatma Kocabaş T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, *İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku*, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset, 2012.

Gümüş Erdal, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler”, *Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı*, Ağustos 2010.

Günay, Osman, Yusuf Özbal ve Yusuf Öztürk, “21. Yüzyılda Herkese Sağlık”, *Erciyes Üniversitesi Yayınları*, No:126, Kayseri, 2000.

Güvercin, Cemal Hüseyin, “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, C.57, S. 2, Ankara, 2004.

[http:// www.istanbul.edu.tr/itf/halksagligi/.../fatih.yildirim-fransa.saglik.sistemi.ppt](http://www.istanbul.edu.tr/itf/halksagligi/.../fatih.yildirim-fransa.saglik.sistemi.ppt), Erişim Tarihi: 12.02.2011.

<http://blog.milliyet.com.tr>; 2011.

<http://www.gidahatti.com/dso-saglik-harcamalari-tum-zamanlarin-en-yukse-seviyesinde-48557>, Erişim Tarihi: 20.10.2016.



[http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-03?itemId=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&\\_csp\\_=354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8](http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-03?itemId=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&_csp_=354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8), Erişim Tarihi: 25.10.2016.

[http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-03?itemId=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&\\_csp\\_=354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8](http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-03?itemId=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&_csp_=354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8), Erişim Tarihi: 25.10.2016.

[http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-03?itemId=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&\\_csp\\_=354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8](http://www.oecd-ilibrary.org/sites/7b56c7bc-tr/index.html;jsessionid=e6h4d77eksta.x-oecd-live-03?itemId=/content/summary/7b56c7bctr&mimeType=text/html&_csp_=354c227aaf3707eeb88392b0b5462fa8), Erişim Tarihi: 25.10.2016.

İstanbul Ticaret Odası, Bağ - Kur Rehberi.

Karaege Özge, “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusurlu Sorumluluğu”, *CBÜ İİBF Dergisi*, C.8, S.2, 2001, s. 107-124.

Kerman, Uysal, Yakup Altan ve Mehmet Aktel, “Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.17, S.3, 2012.

Koçak, Orhan ve Ferhat Sayım, “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler”, *Anadolu International Conference in Economics*, Eskişehir, 2009, s. 3-13.

Kurtulmuş, Sevgi, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998.

M. Immergut, Ellen, “Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe”, *Cambridge University Press*, 1992.

Mazgit, İsmail, *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1998.

Mechanic, David, and David A. Rochefort “Comparative Medical Systems” *Annual Review of Sociology*, Vol. 22, 1996, p. 239-270.

Mutlu, Ayşegül ve Abdülkadir Işık, “Sağlık Ekonomisi ve Politikaları”, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın No 14, İstanbul, 2002.

OECD Veri Sistemi (www.oecd.org.tr).

Oral, A.İlhan, *Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*, Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1331, Eskişehir, 2002.

Öztuna, Barış, “ Güvenlik Kurumu’nda Kurumsal Karne Modeli”, *ÇSBG Çalışma Dünyası Dergisi*, C.2, S.3, 2014, s.23.

Özuysal, Hülya, *Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2011.

Para, Kayıhan, *Türkiye İçin Nasıl bir Sağlık Reformu*, Bursa, TTB Yayınları, 2007.

Ron A., Abel-Smith, B., and Tamburi, G., “Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach”, *ILO*, 1990. p. 21-33.

Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları: 2002-2003”, *TC Sağlık Bakanlığı Yayını*, 2006.

Sayım, Ferhat ve Tarık Orhan, “Sağlık Bakanlığı Web Tabanlı Merkezi Muhasebe Kayıt ve İstatistik Modüllerinin Hastanelerde Kurumsal Yönetim İşlevleri Açısından Değerlendirmesi” *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.16, S.1, 2011, s.185-204.

Sözer, Ali Nazım, “Sosyal Devlet Uygulamaları”, *Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları*, İzmir, 1997.

Şanlıalp, Gülten, “Determinants Of Health Expenditure In Oecd Countries And The Income Elasticity”, *The Institute of Economics and Social Sciences of Bilkent University*, Ankara, 2008.

Taban, Sami, “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi”, *Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Osmangazi Üniversitesi İİBF, Eskişehir, 2014, s.31-47.

- Tatar, Mehtap, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C.1, S. 1, 2011, s.103-133.
- Tokat, Mehmet, *Sağlık Ekonomisi*, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını, Yayın No: 403, Eskişehir, 2004.
- Tokgöz, Erdinç, “Sosyal Gelişimde Sağlık, Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri”, *Ankara, DPT Yayınları*, 198.
- TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri.
- Türkal, Hasan ve Mehmet Cihangir, “Sağlık Hizmetlerinin Kamu Maliyesi Açısından Analizi ve Değerlendirilmesi”, *İktisat Dergisi*, S.498, 2008, s.130-142.
- Uğurluoğlu, Ece ve Hacer Özgen, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C.11, S.2, 2008, s.134-160.
- Ulutürk, Süleyman ve Kutlu Dane, “Sosyal Güvenlik: Teori, Dönüşüm ve Türkiye Uygulaması”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2009, s.114-142.
- Umut Tepekule *Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılması Çerçevesinde Reform Sürecinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2008.
- Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli, *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.
- Yazgan, Turan, *Sosyal Sigorta*, İstanbul,1977.
- Yıldırım, Savaş, *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi* Uzmanlık Tezi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü DPT Yayın No: 2350, Ankara, Temmuz 1994. <http://ekutup.dpt.gov.tr>, Erişim Tarihi: 26.10.2016.
- Yurdadoğ, Volkan, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C.16, S.1, 2007, s.591-610.