

## Sosyal Refah Devleti Perspektifinden Sağlık Harcamaları ve Teorik Yönleri<sup>1</sup>

Tarık İliman<sup>2</sup>

Recep Tekeli<sup>3</sup>

### Özet

Dünya genelinde tüm insanları ilgilendiren en önemli olguların başında sağlık gelmektedir. Çünkü insanlar özellikle fizyolojik olarak zayıf düştükleri zaman sağlığın önemini daha iyi anlamakta ve sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca bireylerin daha uzun yaşama isteği duyması yine onların gelirlerinin bir kısmını sağlıklı takviye gıdalara ayırmalarına neden olarak sağlık tedbirlerine başvurmasına yönlendirmektedir. Sağlık hizmetleri dünya genelinde kamu ve özel sektörler tarafından toplumun tamamının kullanımına sunulmakta ve ikamesi bulunmamaktadır. Sağlık hizmetleri sağlık hizmetinden yararlanan bireyin, öncelikle kendisine olduğu gibi ailesine ve içinde yaşadığı topluma da faydaları bulunan dolayısıyla dışsallık özelliği bulunan yarı kamusal nitelikte bir hizmettir.

Buradan hareketle genel olarak sağlık hizmetleriyle ilgili olarak gerçekleştirilen harcamalara sağlık harcamaları adı verilmektedir. Bu çalışmada sağlık harcamaları teori kapsamında ele alınmış olup öncelikle sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin amacı ve özellikleri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, kamu harcaması olarak sağlık hizmetleri incelenmiştir. Ayrıca Türkiye’de ve Dünya’da sağlık harcamalarının gelişimi konularına da değinilerek özellikle Türkiye’deki genel kamu sağlık harcamaları üzerine de odaklanılmıştır.

- 1 Bu çalışma, “Türkiye’de Yaşlılığın Merkezi Yönetim Sağlık Harcamalarına Etkisi: İller Bazından Ampirik Bir Analiz” başlıklı ÖYP Kapsamında yer alan Doktor Öğretim Üyesi Tarık İLİMAN’ın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezinden (2020) üretilmiş ve veriler güncellenmiştir.
- 2 Doktor Öğretim Üyesi, Adnan Menderes Üniversitesi Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü Bütçe ve Mali Planlama Anabilim Dalı, tarik.iliman@adu.edu.tr, 0000-0002-6894-9744
- 3 Profesör Doktor, Adnan Menderes Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Maliye Bölümü Bütçe ve Mali Planlama Anabilim Dalı, rtekel@adu.edu.tr, Orcid ID: 0000-0001-6403-9383

## GİRİŞ

Dünya genelinde sağlık hizmetleri özel kesim tarafından da sunulabilmektedir ancak devletler vatandaşlarının refahını ve toplum içerisinde sağlıktan kaynaklı doğabilecek riskler neticesinde oluşacak olan huzursuzluğu ve panik haline karşı çaresiz kalınmaması adına sağlık hizmetlerini üstlenmektedir. Devletin sağlık hizmetlerini üstlenmesinin diğer sebepleri olarak ise; i) benimsenen sosyal refah devleti anlayışı, ii) sağlık araç ve gereç masraflarının özel sektöre bırakılmayacak derecede pahalı olması, iii) sağlık üzerine gerçekleştirilen araştırma ve geliştirme proje maliyetlerinin çok yüksek boyutlara ulaşması, iv) sağlık hizmetinin zorunlu mallar kategorisinde gösterilmesi olarak sıralanabilir. Sağlık hizmetleri zorunlu mal kategorisinde yer alırçünkü sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliği 1'den küçük hesaplanmaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 99). Bu bağlamda, devletlerin sağlık hizmetlerini üstlenmesi, hem ekonomik hem de toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve adaletini sağlamak için kritik bir rol oynamaktadır.

Devletlerin kendi idari sistemlerine göre kamusal sağlık hizmetlerini ifa edebilmek için parlamentonun yetki verdiği hükümetler eliyle tespit edilecek miktar ve orandaki kamu sağlık harcamaları başlığında harcamalar gerçekleştirilmekte ve böylelikle sağlık hizmetleri sunumu yerine getirilmektedir. Ülkeler kamusal hizmetleri yerine getirebilmek adına gerçekleştirdiği kamu harcamalarını bilindiği üzere devletin en önemli ve en büyük gelir kalemi olan vergiler vasıtasıyla finanse etmektedir. Devletin vergiden ziyade ayrıca harç, resim ve borçlanma gibi diğer finansman türleri de bulunmaktadır. Dolayısıyla kamu harcamalarından biri olan sağlık harcamalarının da büyük çoğunluğu kamunun en büyük gelir kalemi olan vergi gelirleri vasıtasıyla finanse edilmektedir (Bozkaya, 2017: 20). Kamu sağlık harcamalarının büyük ölçüde vergi gelirleriyle finanse edilmesi, kamunun sağlık hizmetlerini sürdürülebilir bir şekilde sunabilmesi için gerekli ekonomik temeli oluşturmaktadır.

Buradan hareketle bu çalışmada sağlık ve sağlık harcamaları teorisi ve ek olarak Türkiye'deki genel kamu sağlık harcamaları ve Dünyadaki toplam sağlık harcamalarının araştırılması amaçlanmıştır. Sağlık teorisiyle ifade edilen kavramlar sağlık kavramının tanımı ve ne olduğu, sağlık hizmetleri kavramının tanımının ve amaçlarının kapsamı, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasının nasıl gerçekleştiği ve kamunun vatandaşlarına sağlık hizmetleri sunmasındaki amaçların neler olduğu olarak sıralanabilmektedir. Bunun yanında sağlık hizmetlerini sağlamak adına gerçekleştirilen sağlık harcamalarının kamu harcamalarından sadece

biri olması dolayısıyla bir kamu harcaması olarak sağlık harcamalarının ele alınması amaçlanmıştır. Bunlara ek olarak Türkiye’de ve dünya da sağlık harcamaları trendinin nasıl bir gelişim gösterdiği de bu çalışmanın inceleme alanı içerisine dahil edilmiştir.

Bu kapsamda hazırlanan çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri üzerinden gerçekleştirilen sağlık harcamaları teorisi detaylı olarak ele alınmıştır. Sağlık ve sağlık harcamaları teorisi açıklanırken sağlık kavramına genel bir bakış, sağlık hizmetlerinin tanımı ve amacı, özellikleri, sınıflandırılması, kamunun sağlık hizmeti sunmasının nedenleri, kamu harcaması olarak sağlık konusu detaylı olarak teorik düzeyde incelenmiştir. İkinci bölümde ise Türkiye’de gerçekleştirilen toplam genel kamu sağlık harcamaları ve dünya da gerçekleştirilen sağlık harcamaları istatistiksel veriler ortaya koyularak incelenmiştir. Bu çalışmada sağlık teorisine kamusal bakış açısıyla yaklaşıldığı için özel sektör sağlık harcamaları çalışmanın kapsamı dışında tutulmuştur.

## 1. Sağlık Harcamaları Teorisi

Bu bölümde sağlık hizmetleri ve bu hizmetlere mukabil olarak gerçekleştirilen sağlık harcamaları konusuna teorik düzeyde yer verilecektir. Bu kapsamda ilk olarak sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin tanımı ve amacı, özellikleri, sınıflandırılması ve kamunun sağlık hizmeti fonksiyonu sunmasının nedenleri üzerinde durulacaktır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri yönünde gerçekleştirilen sağlık harcamaları devletin gerçekleştirdiği kamusal bir hizmet olarak görülmektedir. Sağlık harcamaları Türkiye’de özel sektör tarafından da gerçekleştirilmektedir ancak özel sektörün payının kamu sektörü payına oranla çok düşük kalmasından dolayı bu çalışmada sadece kamusal anlamdaki sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları üzerinde durulmuştur (İliman, 2020: 9). Bu bağlamda, Türkiye’de sağlık harcamalarının büyük kısmının kamusal kaynaklarla finanse edilmesi, sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından sunulmasının temel bir özellik taşıdığını göstermektedir.

### 1.1. Sağlık Kavramına Genel Bir Bakış

Vatandaşlar lkeler için en önemli unsurdur ve vatandaşların özellikle fiziken sağlıklı olmaması durumunda yaşamlarını devam ettirmeleri düşünülemez. Dolayısıyla, devletlerin de mevcudiyetini devam ettirebilmesi vatandaşlarının ömrü ile sınırlı olmaktadır. Bu nedenle, vatandaşların sağlıklı bir yaşam sürmesi, hastalıkların en düşük seviyeye indirilmesi, hastalıklara yol açan etmenlerin tespit edilip ortadan kaldırılması ve hastalık durumlarında

kamu tarafından tüm olanakların sağlanması, sosyal refah devleti olmanın en temel sorumluluğu olarak kabul edilmektedir.

Sağlık kavramı, İkinci Dünya Savaşı'na kadar genellikle hastalık, sakatlık veya ölümlle ilişkili dar bir çerçevede ele alınmıştır. Ancak 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun (SHSK) ile sağlık, dar bir perspektiften çıkarak daha geniş bir bakış açısına kavuşturulmuştur. Bu çerçevede, sağlığın “**tam bir iyilik hali**” olduğu vurgulanmış ve bu tanım her iki kaynaktan da belirgin bir şekilde ifade edilmiştir. Literatürde ise “**tam bir iyilik hali**” durumu, hem subjektif hem de objektif sağlık değerlendirmeleriyle açıklanmaktadır. Subjektif sağlık değerlendirmesinde vatandaşların kendilerini fiziksel ve zihinsel anlamda iyi hissetmeleri olarak tanımlanmıştır. Subjektif değerlendirme yapılırken bireylerin içinde yaşadığı çevre koşulları, onlara tahsis edilmiş olan eğitim hizmetleri, beslenme alışkanlıkları ve gelir dağılımının da etkisinin olduğunu söyleyebiliriz. Objektif sağlık değerlendirmesi, bireyin kendi hislerinden ziyade, sağlık çalışanlarının (özellikle hekimlerin) bireyi muayene ettikten sonra elde ettikleri bulgulara dayalı olarak yapılan değerlendirmeyi ifade etmektedir. Ancak bireyin tamamen sağlıklı olup olmadığı eşanlı olarak hem subjektif hem de objektif değerlendirme neticesinde elde edilecek sonuçlara bağlı olmaktadır. Bazı durumlarda kendisini sağlıklı hisseden bireylerin sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilen muayene sonrasında sağlıklı olduğu veya tam tersi olarak kendisini sağlıklı hisseden bireylerin gerçekleştirilen objektif değerlendirmeler sonucunda sağlıklı olduğu da ortaya çıkabilmektedir (Barlin, 2010: 6-7). Bu çerçevede, sağlık, hem bireyin kişisel hislerine hem de sağlık profesyonellerinin objektif değerlendirmelerine dayalı olarak belirlenmektedir.

Kişilerin sağlık algısı ile hekimlerin bakış açıları çoğu zaman birbirinden farklılık göstermektedir. Bireyler genellikle hastalık belirtilerinin olmamasını “**sağlık**” olarak değerlendirirken, hekimler, bireyin fiziksel ya da zihinsel yapısında meydana gelen en ufak bir bozulmayı veya yıpranmayı hastalık olarak tanımlamaktadır. Bireyin sağlıklı olmadığı durumlar, sağlık çalışanlarının değerlendirmeleriyle ortaya konulmaktadır (Gök, 2012: 4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 1948 yılında sağlık kavramını şu şekilde tanımlamıştır: “Sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir.” Türkiye’de de 224 sayılı Sosyal Hizmetler ve Sağlık Hizmetleri (SHSH) Kanunu’nun 2. maddesi, DSÖ’nün bu tanımıyla paralel olarak, sağlığı “hastalık veya maluliyetin yokluğu değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak ifade etmektedir. Şener (2006) ise sağlık kavramının, bireylerin yalnızca hasta ya da sakat olmamasıyla sınırlı kalmadığını, aynı

zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan da iyi olma durumunu kapsadığını vurgulamaktadır. Bu tanımlamalarda sosyal yönden iyilik hali, sağlık kavramında ön plana çıkan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, insanların ekonomik, çevresel ve toplumsal koşullarının iyileştirilmesinin hem sağlıklı bireylerin hem de sağlıklı bir toplumun oluşumunda önemli bir rol oynayacağı belirtilmektedir.

Sağlık sadece bireylerin sağlıklı olmasıyla sınırlı kalmaz, aynı zamanda bu sağlığın sürekliliği de büyük önem taşır. Hem fiziksel hem de zihinsel sağlık, hastalıklardan korunmak ve genel iyilik halini sürdürmek, yalnızca sağlık sektörünün değil, toplumun tüm kesimlerinin ortak sorumluluğudur. Toplum sağlığının sürdürülebilmesi için ekonomik ve sosyolojik faktörlerin birbiriyle uyum içinde çalışması gerekmektedir. Sosyolojik faktörler, çevresel ve biyolojik unsurların insan sağlığına olan etkilerini inceleyerek bireylerin daha sağlıklı yaşam koşullarına sahip olmalarına katkı sağlarken, ekonomik faktörler ise sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için gerekli finansal kaynakları temin etme noktasında kritik bir rol üstlenmektedir (Aytürk, 2010: 4). Bu bağlamda, sağlıklı bir toplumun oluşturulması ve bu sağlığın sürdürülebilmesi için bireysel ve toplumsal düzeyde etkili bir iş birliği gerekmektedir.

İnsan sağlığı, bireyin hayatı boyunca çeşitli faktörlerden etkilenir; bu faktörler arasında psikolojik durum, çevresel koşullar ve fiziksel sağlık yer alır. Bireyin fiziksel ve zihinsel durumu doğumdan ergenliğe kadar artış gösterirken, yaşlanma süreciyle birlikte, özellikle yaşlılık döneminde bu seviyelerde bir düşüş yaşanır. Ancak yaşlanma süreci içinde fiziksel ve zihinsel değişimler her zaman aynı hızda gerçekleşmez. İlk değişim genellikle fiziksel düzeyde görülürken, zihinsel değişim bu süreci zamanla takip etmektedir. Sağlıklı bireylerde, fiziksel değişimlerin veya gerilemenin hızı, diğer bireylere göre daha yavaş gerçekleşmektedir. İleri yaşlarda sağlıklı bireylerde zihinsel gerileme, fiziksel olarak daha sağlıklı bireylere kıyasla çok daha yavaş bir hızda gerçekleşmektedir (Ayhan, 2004: 4). Bu bağlamda, bireylerin yaşlılık dönemine kadar sağlıklarına özen göstermeleri, ilerleyen yaşlarda sağlık sorunlarının daha az yaşanmasını ve sağlık hizmetlerine olan talebin düşmesini sağlama potansiyeline sahiptir.

## 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Amacı ve Kapsamı

Sağlık, her bireyin sahip olduğu en kıymetli değerdir. Sağlıklı bir yaşam sürdürmek adına yapılan çabalar, yalnızca sağlığın elde edilmesini değil, aynı zamanda bu sağlığın korunması ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasını da amaçlar. Sağlığın elde edilmesi, korunması ve devamlılığının temin

edilmesinde rol oynayan, sağlıkla ilgili ürün ve hizmetleri sağlayan tüm yapılar, “sağlık sektörü” olarak tanımlanır. Bu sektörün gerçekleştirdiği tüm sağlık odaklı işlemler ise “sağlık hizmetleri” olarak tanımlanır. Sağlık hizmetleri, bir ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişliğini belirleyen temel faktörlerden biridir ve bu hizmetlerin amacı; insanları potansiyel hastalık ve sağlık risklerinden korumak, tedavi süreci için gerekli önlemleri almak, hastalanmış bireyleri eski sağlıklarına kavuşturmak ve engellilik durumunda olanları tedavilerini sağlamak şeklinde sıralanabilir (Akın, 2007: 6). Sağlık hizmetlerinin esas gayesi ise, bireyleri hastalıklardan uzak tutarak daha sağlıklı ve verimli bir toplum yapısının temellerini atmaktır.

Ayrıca, 224 sayılı Sosyal Hizmetler ve Sağlık Kanunu (SHSK) ile Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) sağlık hizmetlerine dair tanımları ve değerlendirmeleri büyük bir öneme sahiptir. 224 sayılı Kanun’un 2. maddesine göre, sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanmaktadır: “İnsan sağlığını olumsuz etkileyen çeşitli faktörlerin ortadan kaldırılması ve toplumun bu etmenlere karşı korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olan bireylerin rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmeti olarak kabul edilir.” DSÖ’ye göre sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis ve tedavisiyle ilgili tüm süreçleri içermektedir. Bu tanım, bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin yanı sıra toplum genelinde sunulan sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır.

Sağlık hizmetleri, devletlerin öncelikli olarak gerçekleştirmesi gereken refah harcamaları arasında yer almakta ve yaşam kalitesi ile iş gücü verimliliğini yükseltmektedir (Şener, 2006: 385). Bunun yanı sıra, sağlık hizmetleri, bir ülkenin sosyo-ekonomik kalkınma ve gelişmişlik düzeyini yansıtan en önemli göstergelerden biri olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireylerin hastalanmalarını engellemekle kalmayıp, aynı zamanda sağlıklarını korumak ve daha sağlıklı bir yaşam sürmenin yollarını aramaktır. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetleri, bireyleri hastalık durumunda mali risklere karşı korumak ve tedavi süreçlerini yönetmek şeklinde önemli fonksiyonları da yerine getirdiği söylenebilmektedir (Öztürk ve Uçan, 2017: 140). Sağlık hizmetlerinin hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık, refah ve ekonomik kalkınma için hayati öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır.

Sağlık sisteminin en önemli işlevlerinden biri sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerin etkin bir şekilde sunulabilmesi için bazı temel unsurlar büyük rol oynamaktadır. Bu unsurlar, sağlık hizmetlerini daha erişilebilir ve kaliteli hale getiren faktörlerdir. Bunlar arasında, sağlık alanında sağlanan finansal kaynakların genişliği, sağlık ekipmanlarının teknolojik açıdan ileri düzeyde olması ve farklı uzmanlık alanlarında yeterli donanımına sahip sağlık

personelinin bulunması sayılabilir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine kolay erişim sağlanması, bu hizmetlerin dūřuk maliyetle sunulması ya da tamamen kamu tarafından finanse edilmesi, hizmetin kalitesinin yūkseltilmesi ve sağlık ekipmanlarının eksiksiz sağlanması gibi unsurlar, bu Őartların ne dūzeyde sağlandığına bağlı olarak gelişme gōstermektedir (Belmartino, 1994: 1316). Bu unsurlar, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve kalitesinin artırılmasında kritik bir rol oynar ve sağlık sisteminin sūrdürülebilirliđini sağlar.

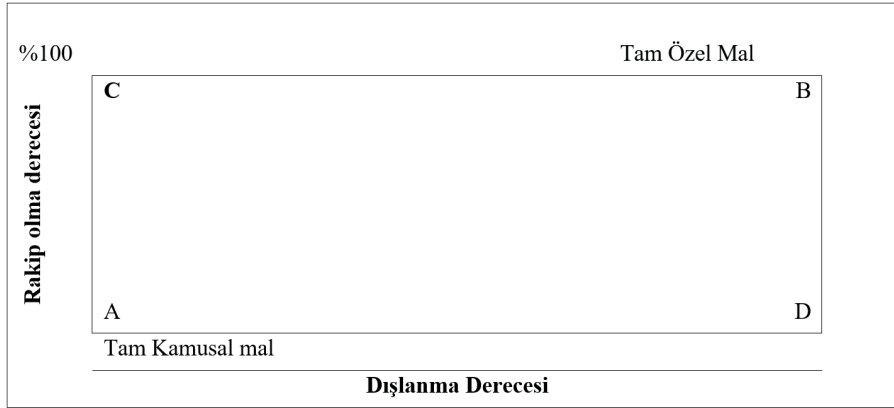
### 1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, diğer mal ve hizmetlerden birkaç temel özelliğiyle farklılık gōstermektedir. Bu özellikler, sağlık hizmetlerinin kamuya ait nitelik taşımaları, dışsallık yaratmaları, erdemli mallar olmaları, devlet mūdahalesini zorunlu kılmaları, belirsizlik içermeleri, bilgi asimetrisi barındırmaları, yerine başka alternatiflerin geçmemesi, ertelenememesi ve depolanamaması Őeklinde sıralanabilir (Iliman, 2020: 12). Bu özellikler, sağlık hizmetlerinin özel bir yapıya sahip olduğunu ve ekonomideki diğer mal ve hizmetlerden farklı bir Őekilde ele alınması gerektiğini gōstermektedir (Iliman, 2020: 12). Dolayısıyla bu özellikler, sağlık hizmetlerinin ekonomik ve toplumsal bağlamda göz ardı edilemeyecek kadar büyük bir öneme sahip olduğunu ve düzenlemelerinin dikkatle yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

#### 1.3.1. Kamusallık Özelliği

Sağlığın hangi tür bir mal olarak sınıflandırılmalı sorusu önemli bir tartışma konusunu da beraberinde getirmektedir. Sağlığın türünü belirlemek amacıyla, Őekil 1'de, kamusal ve özel mallar arasındaki farkları gōsteren bir matris bulunmaktadır. Matrisin dikey ekseni, bir malın tūketimi sırasında piyasa rekabetinin seviyesini, yatay ekseni ise malın tūketiminden bireylerin dışlanma ihtimalini ifade etmektedir.

## Şekil 1. Kamusal ve Özel Mal Ayrımı



*Kaynak: İliman (2020)*

A noktası, malın tüketiminde rekabetin olmadığı ve dışlanmanın imkansız olduğu pür kamusal malları temsil etmektedir. Bu tür mallara en iyi örnekler arasında savunma hizmetleri ve asayiş hizmetleri verilebilir. Öte yandan, B noktası, tam tersi bir durumu ifade eder; burada malın tüketiminde hem rekabetin hem de dışlanmanın tamamen mümkün olduğu tam özel mallar bulunmaktadır. Ayakkabı, meyve suyu, cep telefonu gibi örnekler bu kategoriye girmektedir.

C noktası, tüketim sırasında dışlanmanın mümkün olmadığı ancak rekabetin yaşandığı malları ifade eder; buna en uygun örneklerden biri kumsaldır. Kumsalın kullanımından kimse dışlanamasa da, yoğun bir kalabalık diğer bireylerin alanını kısıtlayarak tüketimde rekabete yol açabilir. D noktası ise, rekabetin olmadığı ancak bireylerin tüketimden dışlanabileceği mal ve hizmetleri temsil etmektedir. Bu tür mallar, kulüp malları olarak bilinir. James M. Buchanan, 1965 yılında yayınladığı makalesinde kulüp mallarını şu şekilde tanımlamaktadır: Kamusal olmayan, birden fazla bireye fayda sağlayabilen mallar, belirli bir fiyat karşılığında bir kulüp veya gruba tahsis edilerek dışlama mekanizması oluşturulur. Tiyatro hizmetleri, avcılık ve atıcılık kulüpleri gibi örnekler bu kategoriye girmektedir (Uğurlu, 2010: 30). Bu tanımlar, mal ve hizmetlerin tüketiminde farklı sosyal ve ekonomik yapıları anlamamıza yardımcı olarak, kaynakların etkin ve adil bir şekilde dağıtılmasında önemli bir rol oynamaktadır.

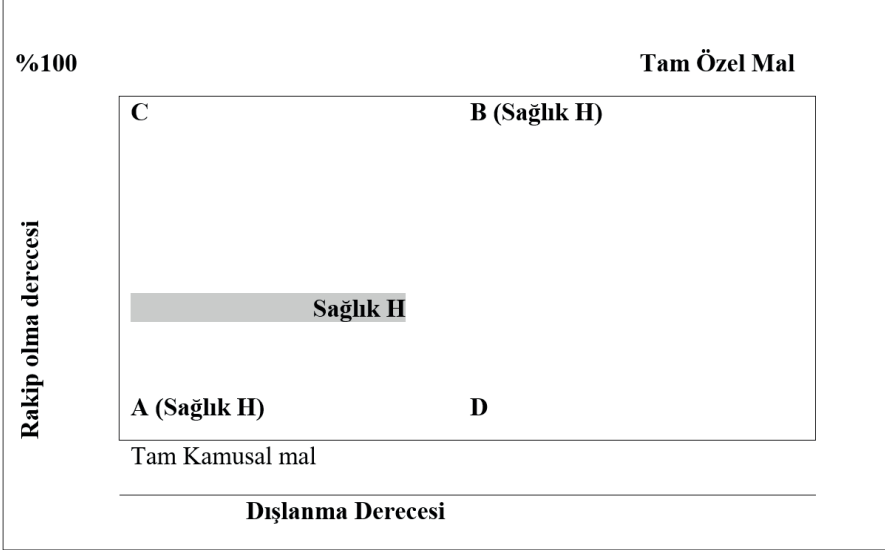
Sağlık hizmetlerinin hangi tür bir mal olduğu, literatürde sıkça tartışılan bir konu olmuştur. Özellikle sağlık harcamalarının tam kamusal mal olma özelliği ile ilgili örnekler oldukça sınırlıdır. Sağlık hizmeti, tam kamusal mal,



tam özel mal ve yarı kamusal mal gibi farklı kategorilerde değeriendirilebilen bir özelliğe sahiptir. Eğer sağlık hizmeti yalnızca onu kullanan kişiye fayda sağlıyorsa, bu durumda söz konusu hizmetin tam özel mal olarak kabul edilmesi mümkündür (Smith ve MacKellar, 2007: 3). Örneğin, bir bireyin baş ağrısını hafifletmek için ağrı kesici ilaç alması, **tam özel sağlık mallarına** örnek olarak gösterilebilir (World Bank, 1987: 4). Sağlık hizmeti, eğer bireye doğrudan fayda sağlamakla birlikte, toplumun tamamına da dolaylı yoldan katkı sunuyorsa, bu tür hizmetlerin **yarı kamusal özellik** gösterdiği söylenebilir. Yarı kamusal mallar genellikle özel sektör tarafından sunulabiliyor olsa da, yüksek dışsalıklar yaratmaları sebebiyle kamu sektörünün üretimine ihtiyaç duymaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin çoğunlukla kamu eliyle sunulmasını gerektiren bir özelliktir. Örneğin, bir bireyin devletin sağladığı aşılama programına katılması, hem kendisi için doğrudan fayda sağlarken, aynı zamanda toplumun genel sağlığına da olumlu etki etmektedir. Bu da söz konusu sağlık hizmetinin yarı kamusal nitelikte olduğunu göstermektedir (Dünya Bankası, 1987:4).

Sağlık hizmetlerinin topluma sağladığı faydanın bireyler arasında eşit bir şekilde dağıldığı ve herhangi bir kişinin bu hizmetten yararlanması engellenemediği durumlarda, sağlık **hizmeti tam kamusal mal** olarak tanımlanabilir. Çevre temizliğinin geliştirilmesi, kirliliği önleme çalışmaları, hastanelerin acil servislerinin sürekli erişilebilir olması ve anne-çocuk sağlığı hizmetleri, tam kamusal sağlık hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Özellikle **koruyucu sağlık hizmetleri** bu özelliği taşımaktadır. Bu tür hizmetler genellikle kamu tarafından sunulur, böylece hiçbir birey dışlanmaz ve her birey bu hizmetlerden ücretsiz olarak faydalanabilir (Altay, 2007: 36-37). Sonuç olarak, sağlık hizmetleri dışlanamaz bir mal olarak kabul edilse de, bu hizmetlerin tüketimi rekabet içerebilir ve bu durum, sağlık hizmetlerinin karma mal ya da yarı kamusal mal olarak değeriendirilmesine neden olabilmektedir (Jason, 2020: 1). Bu durum sağlık hizmetlerinin hem kamusal mal hem de karma mal özellikleri taşıyan bir yapıya sahip olduğunu ve kamunun bu mallar üzerindeki rolünün büyük olduğunu ancak rekabetin ve sınırlamaların da söz konusu olabileceğini vurgulamaktadır.

Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal-Özel Matristeki Yeri



Kaynak: İLİMAN (2020)

Şekil 1'de kamusal mal ve özel mal ayrımını gösteren bir matris bulunmaktadır. Şekil 2'de ise söz konusu matriste, sağlık hizmetlerinin hangi mal türüne ait olduğuna dair yapılan açıklamalar ve örnekler doğrultusunda, sağlık hizmetlerinin konumunu net bir şekilde anlayabilmek için kamu ve özel mal ayrımı matrisi güncellenmiş ve sağlık hizmetleri de dahil edilmiştir. Bu şekilde, sağlık hizmetlerinin hangi mal ve hizmet kategorisinde yer aldığı daha açık bir biçimde ortaya konulmuştur.

Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin Şekil 1 ve Şekil 2'ye göre pür kamusal, karma ve özel mal özelliklerini barındırdığı söylenebilir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin pür kamusal mal olma özelliği nedeniyle A noktasında, özel mal olma özelliği nedeniyle B noktasında ve karma mal ve hizmet grubunda yer alması nedeniyle *her iki noktanın tam ortasında yer alması gerektiği* söylenebilir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin başlıca üreticisi ve sağlayıcısı kamu olmasına rağmen, piyasa ekonomisi de sağlık hizmetlerinin kamusal yönüyle uyumlu olarak sunulmasında rol oynamaktadır.

Sağlık hizmetleri, hem bireysel hem de toplumsal faydaları göz önünde bulundurulduğunda yarı kamusal mal ve hizmet sınıfına dâhil edilmektedir. Bu hizmetler, hem bölünebilir ve fiyatlandırılabilir olmaları açısından özel hizmetlere benzerlik gösterirken, aynı zamanda toplumsal faydaların yayılması ve birlikte tüketim olanağı sunması nedeniyle kamusal hizmetlerle

de örtüşmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin tamamı benzer özellikler taşımaz. Örneğin, çevre sağlığına yönelik faaliyetler veya anne ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi **koruyucu sağlık hizmetlerinin** ücretsiz olması nedeniyle pür kamusal mal ve hizmet olarak değerlendirilir. Ancak tedavi edici sağlık hizmetleri, faydalarının bölünebilmesi ve ücretlendirilebilmesi nedeniyle özel mal özelliklerine sahiptir; bu nedenle sağlık hizmetleri genellikle yarı kamusal mal ve hizmetler kategorisinde değerlendirilmektedir (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 297). Sağlık hizmetleri, hem bireysel hem de toplumsal faydalar sunduğu için yarı kamusal mal olarak kabul edilir, ancak belirli hizmet türleri, ücretli ve bölünebilir özellikleri nedeniyle özel hizmetlerle benzerlik gösterdiği söylenebilir.

### 1.3.2. Dışsallık

Sağlık hizmetlerindeki dışsallık olgusu, dört temel kategoriye ayrılmaktadır:

i) **Arz Kaynaklı Negatif Dışsallıklar:** Üretim sırasında marjinal sosyal maliyetin, marjinal özel maliyetten daha yüksek olduğu durumları ifade eder. Örneğin, bir ilaç firmasının üretim sürecinde çevre kirliliğine neden olması, toplum sağlığı ve çevre üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. ii) **Arz Kaynaklı Pozitif Dışsallıklar:** Üretim sırasında marjinal sosyal faydanın, marjinal özel faydadan daha fazla olduğu durumları içerir. İlaç firmalarının Ar-Ge çalışmalarıyla yeni ürün veya teknolojiler geliştirmesi, hem firmanın kârını artırır hem de toplum ve sağlık sektörü için önemli faydalar sağlar. iii) **Talep Kaynaklı Negatif Dışsallıklar:** Tüketim sırasında marjinal sosyal faydanın, marjinal özel faydadan daha düşük olduğu durumları tanımlar. Örneğin, sigara içen bireylerin çevresindekilere zarar vermesi, bu tür bir negatif dışsallığa örnektir. iv) **Talep Kaynaklı Pozitif Dışsallıklar:** Tüketim sırasında marjinal sosyal faydanın, marjinal özel faydadan daha yüksek olduğu durumları ifade eder (Ay, 2019:69). Sağlık hizmetleri bağlamında, aşılama programları talep kaynaklı pozitif dışsallıklara örnek teşkil eder. Aşılar, yalnızca bireyi korumakla kalmaz, aynı zamanda toplumun genel sağlığını da iyileştirerek daha geniş sosyal faydalar yarattığı söylenebilmektedir (Dewar, 2010: 76). Sağlık hizmetlerinde dışsallık, hem arz hem de talep tarafında hem negatif hem de pozitif etkiler yaratabilmektedir ve bu durumun sağlık ekonomisinin önemli bir yönünü oluşturduğu söylenebilmektedir.

### 1.3.3. Erdemli Hizmet

Erdemli mallar, serbest piyasa tarafından üretilen özel mallara benzer, ancak topluma sağladıkları fayda ve toplumsal refahı artırma potansiyeliyle öne çıkar (Ay, 2019: 81). Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında, zorunlu sağlık sigortası bu mallar arasında önemli bir örnek teşkil etmektedir. Zorunlu

sağlık sigortası, bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan ödeme güçlüğü veya aniden ortaya çıkan sağlık ihtiyaçlarının yol açtığı düzensiz talep gibi sorunlara karşı devreye giren, kamu tarafından sunulan bir çözüm olduğu düşünülmektedir. Bu sistem, sağlık hizmetlerinden faydalanamayan bireyler için erdemli bir çözüm sunmaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 298). Dolayısıyla, erdemli malların toplum genelinde sağladığı faydalar nedeniyle kamu müdahalesini gerektiren ve toplumsal refahı arttırmaya katkı sağlayan mal ve hizmetlerden biri olduğu söylenebilmektedir.

#### **1.3.4. Kamu Müdahalesinin Gerekliliği**

Kamunun sağlık sektöründeki müdahaleleri, genellikle sağlık hizmetlerinin üretim aşamasında gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetlerine müdahale etmenin çeşitli sebepleri vardır. Bu sebepler, toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek, erişimi artırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini denetlemek gibi çeşitli faktörleri içermektedir (Musgrove, 1996: 2-3). Bunlar; i) Sağlık hizmetlerinin sağlanması ve iyileştirilmesi, yalnızca bireyler için değil, aynı zamanda bu bireylerden oluşan toplumlar için de büyük bir öneme sahiptir. ii) Sağlık hizmetlerine olan talebin belirsizliği, kamunun sağlık hizmetlerini sunma sorumluluğunu üstlenmesine neden olmaktadır. iii) Özel sektörün sağlık hizmetleri talebine yeterli yanıt verememesi ve ticari amaçlarla hareket eden özel sağlık kuruluşlarının, belirli bölgelerde sağlık hizmetlerini ya hiç sunamaması ya da eksik sunması, bu hizmetlerin yetersiz kalmasına yol açmaktadır. iv) Sağlık hizmetlerinin bölünmezlik özelliği nedeniyle, çeşitli hastalıklarla mücadele, ülke çapında belirlenen sağlık politikaları doğrultusunda yürütülmesi gerekmektedir. Son olarak ise Sağlık hizmetlerinin piyasa büyüklüğü nedeniyle devletin bu alanda aktif bir rol üstlenmesinin önemli bir etken teşkil ettiği söylenebilmektedir.

#### **1.3.5. Belirsizlik**

Sağlık hizmetlerindeki belirsizlik, genellikle tam bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu belirsizlik iki ana şekilde ortaya çıkabilmektedir. İlk olarak, kişilerin sağlık hizmetlerine ne zaman, ne kadar ve nerede ihtiyaç duyacakları önceden belirlenemez. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerine olan talebin tahmin edilememesi bu belirsizliği yaratmaktadır (Yıldırım, 1999: 5). Bir diğer belirsizlik ise sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında tedavi yöntemlerinin ne kadar etkili olacağını kesin olarak bilinmemesidir. Bazı hastalıkların iyileşme süreleri belirli olsa da, bu süreç kişinin özelliklerine göre farklılık gösterdiği için tam bir tahmin yapmak mümkün olmamaktadır (Çalışkan, 2008: 41). Dolayısıyla, sağlık hizmetlerindeki belirsizliğin, hem

talebin öngörülemezliği hem de tedavi yöntemlerinin etkinliğinin kesin olarak bilinmemesi nedeniyle ortaya çıktığı söylenebilmektedir.

### 1.3.6. Asimetrik Bilgi

Sağlık hizmetleri piyasasında, hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcısı olan doktor arasında asimetrik bilgi problemi sıklıkla karşılaşılan durumlardan birini oluşturmaktadır. Bu durum, bireylerin sağlık sorunları ve bu sorunların nasıl çözüleceği konusunda doktorla arasında bilgi düzeylerinin farklı olmasından kaynaklanmaktadır (Şenatalar, 2003: 27). Hasta, hekime başvurma fikrini kendi inisiyatifi doğrultusunda almasına rağmen, sağlık durumu hakkında sınırlı bilgiye sahiptir. Bu nedenle doktor, hastalığın tedavi edilmesi için uygun tedavi yöntemini ve tedavi miktarını belirlemektedir. Asimetrik bilgi durumunda, doktor hem sağlık hizmetini üreten hem de bu hizmete olan talebi belirleyen bir konuma sahiptir (Yıldırım, 1999: 5). Bir başka ifadeyle, sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi, hasta ile doktor arasındaki bilgi farklılıklarından kaynaklanmakta ve doktorun tedavi sürecinde hem karar verici hem de hizmet sağlayıcı rolünü üstlenmesine yol açtığı görülmektedir.

### 1.3.7. İkame Edilememesi

Herhangi bir mal veya hizmetin değeri arttığında, tüketiciler genellikle daha ucuz alternatiflerle ikame yapma eğiliminde olurlar. Ancak sağlık hizmetleri için bu durum geçerli değildir; sağlık hizmetleri, ikame edilebilecek başka bir mal veya hizmet ile değiştirilemez özelliğe sahiptir. Yani, sağlık hizmetlerinin yerine geçebilecek alternatif bir ürün veya hizmet bulunmamaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 301). Dolayısıyla sağlık hizmetleri, ikame edilemez özellikleri nedeniyle, tüketicilerin daha ucuz alternatiflere yönelmesi gibi ikame eğilimlerinin geçerli olmadığı bir mal ve hizmet olarak tanımlanabilir.

### 1.3.8. Ertelenememesi ve Depolanamaması

Sağlık hizmetlerinin en belirgin özelliklerinden biri, ertelenemez ve depolanamaz olmalarıdır. Diğer birçok mal ve hizmetin aksine, sağlık hizmetlerine talep genellikle acil durumlar veya hastalıklar nedeniyle ortaya çıkmakta ve bu durumlarda talep ertelenememektedir. Bireyler, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarını ekonomik sebeplerle erteleme şansına sahip değildirler. Sağlık hizmetlerinin talep anında sunulması gerektiğinden, bu hizmetlerin depolanması mümkün değildir. Bu durum, sağlık kuruluşlarını talebin en yoğun olduğu dönemlere uygun kapasite planlaması yapmaya zorlamaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 302). Sağlık hizmetleri, acil durumlar ve hastalıklar nedeniyle ertelenemez ve depolanamaz, bu

da sağlık hizmetlerine olan talebin önceden planlanamayacağı ve sağlık kuruluşlarının kapasite yönetimini zorlaştırdığı bir durum ortaya çıkardığı söylenebilmektedir.

#### 1.4. Sağlık Hizmetlerinin Tasnifi

224 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu'nun 2. maddesinde, sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanmaktadır: "İnsan sağlığını tehdit eden faktörlerin ortadan kaldırılması ve toplumun bu tehlikelerden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yeteneklerin kaybı yaşayan bireylerin rehabilite edilmesi amacıyla gerçekleştirilen tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir." Bu tanım doğrultusunda sağlık hizmetleri üç ana başlıkta ele alınmaktadır: Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. **Koruyucu sağlık hizmetleri**; bu hizmetler, hastalıkların önlenmesi ve bireylerin sağlıklı kalmalarını sağlamak amacıyla sunulmaktadır. Risklerin azaltılması ve sağlığın korunması için yapılan çalışmaları kapsamaktadır. **Tedavi edici sağlık hizmetleri**; bu hizmetler, sağlık sorunları yaşayan bireylerin tedavi edilmesini ve sağlıklarının iyileştirilmesini amaçlayan faaliyetleri içermektedir. Tedavi, hastalıkların düzeltilmesi ve bireylerin sağlık durumunun eski haline getirilmesi sürecini kapsamaktadır. **Rehabilite edici sağlık hizmetleri** ise; bireylerin kaybettikleri bedensel ve zihinsel yeteneklerini tekrar kazanmalarını hedefleyen hizmetler olarak gösterilebilir. Bu hizmetler, hastalık veya kaza sonucu işlev kaybı yaşayan bireylerin eski fonksiyonlarına geri dönmelerini sağlamak amacıyla sunulmaktadır (İliman, 2020: 20-22). Dolayısıyla bu hizmetler genel olarak insan sağlığını tehdit eden faktörlerin ortadan kaldırılması, toplumun korunması, hastaların tedavi edilmesi ve bireylerin bedensel ve ruhsal yeteneklerinin kaybı durumunda rehabilite edilmesi amacıyla gerçekleştirilen tıbbi faaliyetler olarak değerlendirilebilmektedir.

#### 1.5. Kamunun Sağlık Hizmeti Sunmasının Rasyoneli

Sağlık hizmetlerinin, hem iktisadi açıdan hem de sosyal refah devleti anlayışına dayalı olarak anayasal bir temele oturtulmuş olması, devletin bu hizmeti temin etmelerini gerektirmektedir. Kamunun sağlık hizmetlerinin üretiminde etkin bir rol oynamasının birkaç temel nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler arasında piyasa başarısızlıkları, kamusal mal özelliği taşıyan sağlık hizmetlerinin dışsallık yaratması ve sağlık hizmetlerinin toplumsal fayda sağlaması gibi unsurlar yer almaktadır. Ayrıca, sağlık hakkının bir temel insan hakkı olarak kabul edilmesi ve kamunun sosyal refah sorumluluğu da kamu sağlık hizmetlerinde yer almasının gerekçeleri arasında sayılabilir (Orhaner, 2006: 2-3). Bu bağlamda, devletin sağlık hizmetlerini sağlama sorumluluğu,

piyasa başarısızlıklarını düzelterek toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve bu hizmetlerin dışsallık ve toplumsal fayda sağlama özellikleriyle toplumsal refahı artırmak amacıyla anayasal ve insani bir zorunluluk haline geldiği ifade edilebilmektedir.

### 1.6. Kamu Harcaması Olarak Sağlık Kavramı

Sağlık harcamaları, kamu harcamalarının bir bileşeni olarak kabul edilmekte ve bu nedenle kamu harcamaları teorisiyle benzerlik göstermektedir. Kamu, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sağlık hizmetleri sunar ve bu hizmetlerin sağlanabilmesi için belirli bir finansman ayırır. Türkiye’de bu sağlık harcamaları, Analitik Bütçe Sınıflandırması (ABS) çerçevesinde, sağlık hizmetleri kategorisinde, fonksiyonel sınıflandırmanın yedinci sırasına yerleştirilmiştir.

*Tablo 1. Fonksiyonel Sınıflandırma (1.Düzyey)*

01	Genel Kamu Hizmetleri
02	Savunma Hizmetleri
03	Kamu Düzeni ve Güvenlik Hizmetleri
04	Ekonomik İşler ve Hizmetler
05	Çevre Koruma Hizmetleri
06	İskan ve Toplum Refahı Hizmetleri
07	<b>Sağlık Hizmetleri</b>
08	Dinlenme, Kültür ve Din Hizmetleri
09	Eğitim Hizmetleri
10	Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım Hizmetleri

*Kaynak: İliman (2020)*

Tablo 1 Türkiye’nin Analitik Bütçe Sınıflandırması (ABS) çerçevesinde birinci düzey fonksiyonel sınıflandırmasını göstermektedir. Bu sınıflandırma, toplamda on ana kalemden oluşmaktadır. “07” kodlu harcama düzeyinin sağlık hizmetleri olduğu görülmektedir. Türkiye’de, ABS’ye dayalı fonksiyonel sınıflandırma çerçevesinde ikinci ve üçüncü düzey kodlar, sağlık hizmetlerinin kapsamını belirlemektedir. Bu doğrultuda, kamu sağlık hizmetleri; tıbbi malzemeler, ekipman ve cihazlar, ayakta tedavi hizmetleri, hastane hizmetleri ile toplum sağlığını korumaya yönelik harcamaları kapsamaktadır.

## 2. Türkiye ve Dünyada Toplam Sağlık Harcamaları

Türkiye'deki sağlık harcamaları, hem cari hem de yatırım harcamalarını içerecek şekilde iki ana kategoriye ayrılmaktadır: genel kamu sağlık harcamaları ve özel sektör sağlık harcamaları. Genel kamu sağlık harcamaları ise merkezi hükümet, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik sağlık harcamaları olarak üç alt gruba ayrılmaktadır (İlman, 2020: 76). Ancak çalışmada özellikle kamu harcamaları kapsamında yer alan sağlık harcamaları ele alındığı için özel sektörün gerçekleştirdiği harcamalar kapsam dışına alınmıştır.

### 2.1. Türkiye'de Genel Kamu Sağlık Harcamaları

*Tablo 2. Reel<sup>4</sup> Kamu Sağlık Harcamalarının Milli Gelir İçindeki Oranı*

Yıl	Genel Kamu Sağlık Harcamaları (Reel/Milyon TL)	Genel Kamu Sağlık Harcamaları (%) GSYİH
1999	22927	2.8
2000	25201	3
2001	26536	3.4
2002	28787	3.7
2003	31152	3.7
2004	35137	3.7
2005	36425	3.6
2006	41728	3.8
2007	43991	3.9
2008	48632	4.2
2009	50907	4.7
2010	48482	4.2
2011	51262	3.9
2012	50703	3.7
2013	53141	3.7
2014	54092	3.6
2015	56221	3.5
2016	59718	3.6
2017	62722	3.5
2018	62897	3.4
2019	66902	3.63
2020	75251	3.92
2021	89015	3.86
2022	85456	3.08

*Kaynak: TÜİK (2020) elde edilen veriler dabilinde hazırlanmıştır.*

4 Dünya Bankası 2010 CPI (Tüketici Fiyat Endeksi) Endeksi kullanılarak Türkiye'deki kamu sağlık harcamaları, reel değere çevrilmiştir.



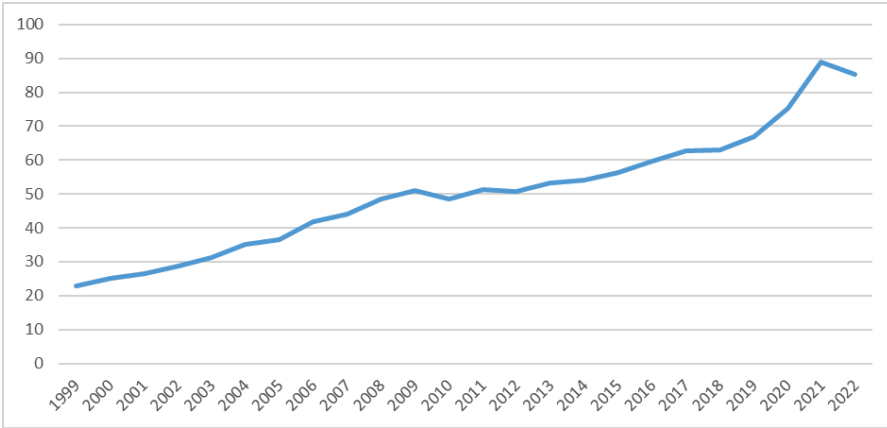
Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları, genel kamu sağlık harcamaları ve özel sektör sağlık harcamaları olarak iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Genel kamu sağlık harcamaları, merkezi yönetim, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik kurumlarının harcamalarını içermektedir. Bu harcamalar, cari sağlık harcamaları ve yatırım harcamaları olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır. Cari sağlık harcamaları ise hastaneler, evde bakım hizmetleri, ayakta tedavi hizmet sağlayıcıları, tıbbi malzeme temin eden işletmeler, halk sağlığı projeleri, genel sağlık yönetimi ve sağlık sigortası gibi çeşitli kalemlerden oluşmaktadır (İliman, 2020: 81). Ancak, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik kurumlarının gerçekleştirdiği sağlık harcamaları bu çalışmanın sınırları dışında tutulmuş ve detaylı bir şekilde incelenmemiştir. Bu bölümde, 1999-2022 yılları arasında Türkiye'de genel kamu sağlık harcamalarının gelişimi üzerinde durulacaktır.

Tablo 2, Türkiye'de genel kamu sağlık harcamalarının reel değerleri ile bu harcamaların milli gelir içindeki paylarını 1999-2022 döneminde göstermektedir. Buna göre; 1999 yılında Türkiye'de reel kamu sağlık harcamaları 22.9 milyar TL iken 2022 yılında 85.45 milyar TL'ye ulaştığı ve yaklaşık 4 kat artış gösterdiği görülmüştür. 2009 yılında Türkiye'de reel genel kamu sağlık harcamaları 50.9 milyar TL olarak hesaplanmış ve 2014 yılına kadar artışların çok düşük seviyede olduğu görülmüştür. 2014 yılında ise 54.9 milyar TL olarak hesaplanan reel genel kamu sağlık harcamalarının 2019 yılına kadar artarak devam ettiği görülmüştür. 2019 yılında reel genel kamu sağlık harcamaları 66.9 milyar TL iken 2021 yılında en yüksek seviyeye ulaşarak 89 milyar TL'ye ulaşmış ve 2022 yılında ise küçük bir azalış ile 85.45 milyar TL'ye düştüğü gözlenmiştir. Türkiye'de reel genel kamu sağlık harcamalarının milli gelire oranı incelendiğinde 1999 yılında % 2.8 olan oranın 2009 yılında %4,7 olarak hesaplandığı görülmüştür. 2009 yılından 2016 yılına kadar sürekli düşüş trendi izleyen reel genel kamu sağlık harcamalarının milli gelire oranı 2016 yılında düşüşü durdurarak % 3,6 olarak hesaplanmış ancak 2017 ve 2018 yıllarında da düşüş devam ederek 2018 yılında %3,4 olarak hesaplanmıştır. 2019 yılında ise bu oranın %3,63, 2020, 2021 ve 2022 yıllarında ise sırasıyla %3,92, %3,86 ve %3,08 olduğu gözlenmiştir. Ayrıca verilerdeki azalış ve/veya artışların daha net görülebilmesi adına Grafik 1 ve Grafik 2 çalışmaya dahil edilmiştir.

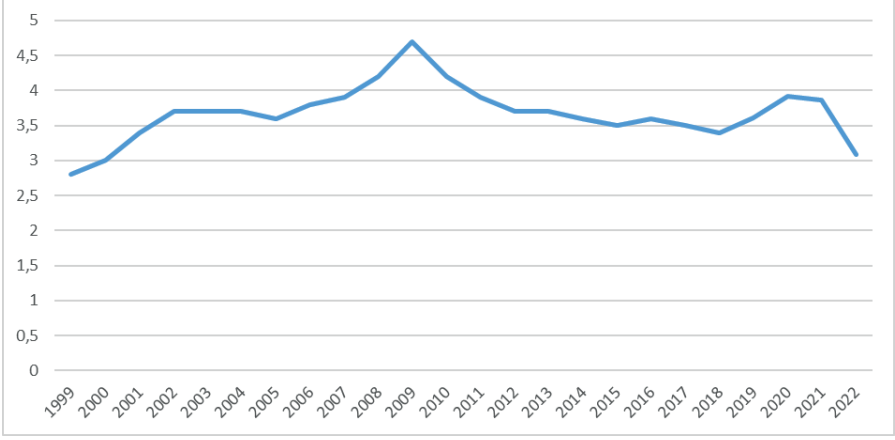
Tablo 2'deki veriler sosyo-ekonomik açıdan incelendiğinde, 2009 yılında zirveye ulaşan reel genel kamu sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranının zamanla sürekli bir düşüş göstermesinin temel nedeni, 2008 yılında ABD'de başlayıp, ilerleyen yıllarda etkilerini daha da derinleştiren Küresel Finansal Krize bağlamak mümkündür. 2009 yılındaki düşüşün arkasında, 2008 yılının Eylül ayında ABD'de patlak veren kriz yer almaktadır. Türkiye'nin

2009 yılı bütçesi, kriz henüz belirginleşmeden önce hazırlandığı için, krizin olumsuz etkileri daha çok 2010 yılı bütçesinde kendini göstermiştir. 2018 ile 2021 yılları arasında artan reel genel kamu sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranındaki yükselişin sebepleri arasında ise, 11 Mart 2020’de DSÖ tarafından pandemi ilan edilmesi ve COVID-19 salgınının ekonomik ve sosyal açıdan dünyada derin etkiler yaratması öne çıkmaktadır. Korona virüs salgını ile dünya çapında ekonomik ve sosyal kapanma yaşanması Türkiye’yi de sağlık harcamaları konusunda artışa gitmeye mecbur bırakmıştır ve böylece kamunun sağlık harcamalarının da milli gelir içindeki payı artış göstermiştir. 2022 yılında ise bu oranın %3,08’e keskin bir düşüş yaşaması da Korona Virüs aşısının etkisi olduğunu söylemek mümkündür. Türkiye’de ilk aşılama 14 Ocak 2021 yılında başlamış ve aşının etkisiyle hastalık etkisini kaybetmiş ve reel kamu sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranı da düşmüştür diyebiliriz.

*Grafik 1. Reel Genel Kamu Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (1999-2022)*



*Kaynak: TUIK (2024)*

**Grafik 2. Genel Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (1999-2022)**

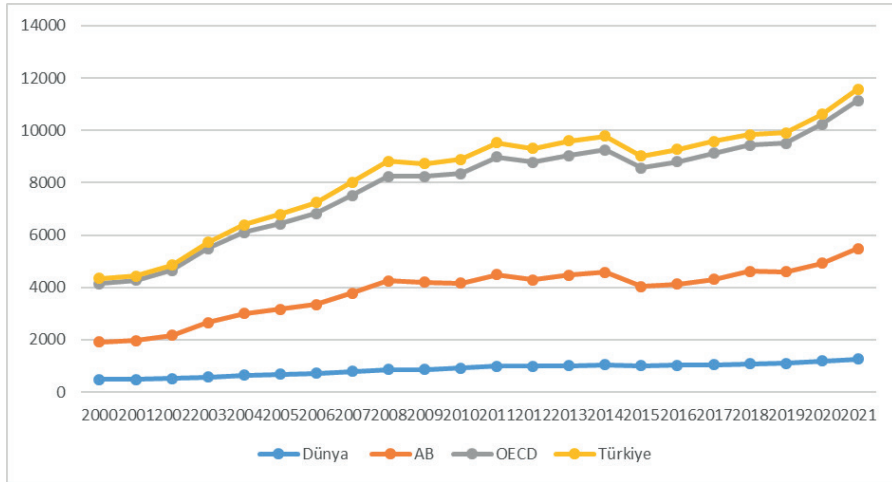
*Kaynak: TÜİK (2024)*

## 2.2. Dünya’da Sağlık Harcamaları

Grafik 3’de Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de 2000-2021 yılları arasında gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının kişi başına ABD Doları (USD) cinsinden gösterimi sağlanmıştır. Grafik 3 detaylı bir şekilde yorumlandığında şu ifadeler yer vermek mümkündür. Dünya genelinde kişi başına sağlık harcamalarının 2000–2021 yılları arasında 474 ABD Dolarından 1265 ABD Dolarına çıktığı gözlemlenmiştir. Bu artışların, ekonomik büyüme ve küresel sağlık sistemlerine yapılan yatırımlarla ilişkili olduğu söylenebilir. Özellikle 2020–2021 yıllarında pandeminin tetiklediği sağlık harcamalarındaki keskin artış, küresel sağlık altyapısına yapılan ek harcamaların bir yansıması olarak görülebilir. Bu dönemdeki artış, ülkelerin sağlık sistemlerini güçlendirme ve pandeminin etkilerini hafifletme çabalarını göstermektedir. AB ülkelerinde ise kişi başına düşen sağlık harcamaları, dünya ortalamasının oldukça üzerindedir. 2000 yılında 1441ABD Doları olan bu harcamalar, 2021 yılında 4215ABD Dolarına ulaşmıştır. Bu durum, AB ülkelerinin sosyal refah kamu anlayışına dayalı olarak sağlık hizmetlerine öncelik vermesiyle açıklanabilir. Ancak, 2008 küresel finansal krizi sonrası bir yavaşlama ve 2015 yılı civarında harcamalarda geçici bir düşüş gözlenmiştir. Bu düşüşün, ekonomik daralmanın sağlık bütçelerine olan etkisini yansıttığı söylenebilir. Ancak kriz sonrası toparlanma hızlı olmuş ve 2020 sonrası pandeminin etkisiyle harcamalarda yeniden güçlü bir artış yaşandığı görülmektedir. OECD ülkelerinde ise AB ülkelerine paralel bir seyir izlemekle birlikte, kişi başına düşen sağlık harcamalarının daha yüksek seviyelerde olduğu

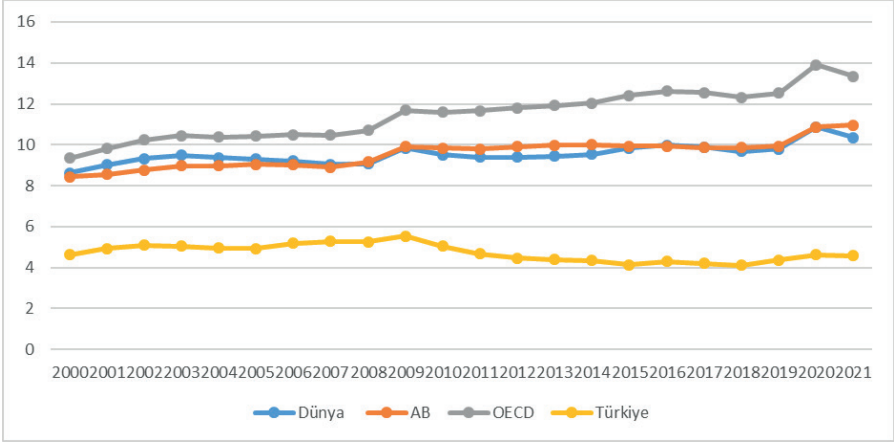
görülmektedir. 2000 yılında 2223 ABD Doları olan bu harcamalar, 2021 yılında 5653 ABD Dolarına kadar yükselmiştir. Bu durum, OECD ülkelerinin yüksek gelir düzeyleri ve gelişmiş sağlık altyapılarıyla ilişkilendirilebilir. OECD ülkelerinin 2020 ve 2021 yıllarındaki hızlı artışı, pandeminin bu ülkelerde daha fazla sağlık harcaması gerektirdiğini gösterdiğini söylemek mümkündür. Türkiye, analiz edilen diğer bölgelerle karşılaştırıldığında kişi başına düşen sağlık harcamaları açısından oldukça düşük seviyelerde yer almaktadır. 2001 yılında 153 ABD Doları ile en düşük seviyeyi gören sağlık harcamaları, 2015 yılında 552 ABD Doları ile zirve yapmıştır. Ancak, 2015 sonrası dönem özellikle dikkat çekicidir. Bu dönemde harcamalarda belirgin bir düşüş yaşanmış ve 2018 yılında 388 ABD Doları seviyesine gerilemiştir. 2015 sonrası düşüş, Türkiye'nin ekonomik krizler ve döviz kurlarındaki dalgalanmalardan etkilendiğini gösterdiğini söyleyebiliriz. 2021 yılında görülen toparlanma, pandeminin sağlık sektörüne olan etkisiyle açıklanabilir. Ancak bu toparlanma, Türkiye'nin genel sağlık harcaması seviyesi açısından hala düşük bir noktada olduğunu ortaya koymaktadır.

*Grafik 3. Türkiye, Dünya, OECD, ve AB Ülkelerinde Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (ABD Doları)*



*Kaynak: Dünya Bankası (2024)*

**Grafik 4. Türkiye, Dünya, OECD ve AB Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)**

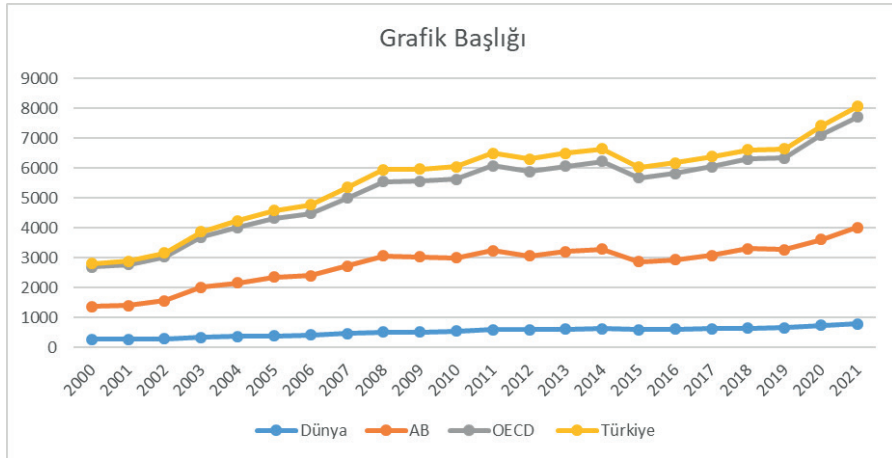


*Kaynak: Dünya Bankası (2024)*

Grafik 4, 2000-2021 yılları arasında Dünya, OECD, AB ve Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranlarının zaman içindeki değişimlerini sunmaktadır. Grafik 4 detaylı bir şekilde yorumlandığında şu ifadeler yer vermem mümkündür. Dünya genelinde sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı, 2000 yılında % 8,62 iken 2021 yılında % 10.3 seviyesine yükselmiştir. Bu artış, küresel ölçekte sağlık harcamalarındaki artışa paralel bir şekilde, ekonomik büyüklüklerle birlikte daha fazla kaynağın sağlık sektörüne ayrıldığını göstermektedir. 2020 yılı ise dikkat çekici bir yükselme göstererek % 10.86 seviyesine ulaşmış ve pandeminin sağlık sistemlerine yönelik harcamaları artıran etkisini açıkça ortaya koymuştur. Ancak, genel olarak artış yavaş bir şekilde devam etmiş ve % 10 civarında dengelenmiştir. AB ülkelerinde sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı, 2000 yılında % 8.44 iken, 2021 yılında % 10.95 seviyesine yükselmiştir. AB, sağlık harcamalarına daha fazla bütçe ayıran bir bölge olarak dikkat çekmektedir. 2008 küresel finansal krizi sonrası, özellikle 2009’dan sonra %10 seviyelerine yakın seyreden bu oran, 2020 ve 2021 yıllarında pandeminin etkisiyle daha da artmıştır. Bu dönemi, sağlık sektörüne yönelik artan kamu harcamalarının ve kriz sonrası toparlanma çabalarının yansımaları olarak görebiliriz. Ayrıca, AB ülkelerindeki artış oranı, sağlık sistemlerine yapılan yatırımların artmasının yanı sıra, yaşlanan nüfus ve sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla da ilişkili olduğu söylenebilir. OECD ülkeleri, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payını en yüksek oranlarda tutan bölgelerdir. 2000 yılında % 9.34 olan bu oran, 2021 yılına kadar % 13.35’e yükselmiştir. OECD

ülkeleri, gelişmiş sağlık altyapıları ve yüksek gelir seviyeleriyle bu oranı sürekli olarak artırmışlardır. Özellikle 2020 ve 2021 yıllarında pandemi nedeniyle sağlık harcamalarındaki artış daha belirgin hale gelmiştir. 2020'de % 13.91, 2021'de ise % 13.35 oranıyla en yüksek seviyelere ulaşılmıştır. OECD ülkeleri için sağlık harcamalarındaki bu artış, büyük ölçüde kamunun sağlık hizmetlerine verdiği önemin, pandemi yönetiminden kaynaklı ek maliyetlerin ve yaşlanan nüfusun etkisi olduğu söylenebilir. Türkiye'nin sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı, diğer bölgelerle karşılaştırıldığında daha düşük bir seviyededir. 2000 yılında % 4.62 olan bu oran, 2021 yılında % 4.57'ye gerilemiştir. 2020 yılı, pandeminin etkisiyle % 4.62 seviyelerine yükselmiş olsa da, Türkiye'nin sağlık harcamaları genel olarak milli gelire oranla düşük kaldığı görülmektedir. Türkiye'nin bu düşük oranını, sağlık harcamalarına yapılan yatırımların yetersizliği ve ülkenin ekonomik yapısındaki kırılganlıklara bağlamak mümkündür. 2000–2021 döneminde Türkiye'deki oran, dünya ve OECD ortalamalarının çok gerisinde kalmış ve sağlık sektörü için ayrılan kaynaklar sınırlı kalmıştır. Türkiye'nin ekonomik krizler ve döviz kurlarındaki dalgalanmalardan etkilenen bir sağlık harcaması yapısına sahip olduğu söylenebilir.

*Grafik 5. Türkiye, Dünya, OECD ve AB Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Genel Kamu Sağlık Harcamaları (ABD Doları)*

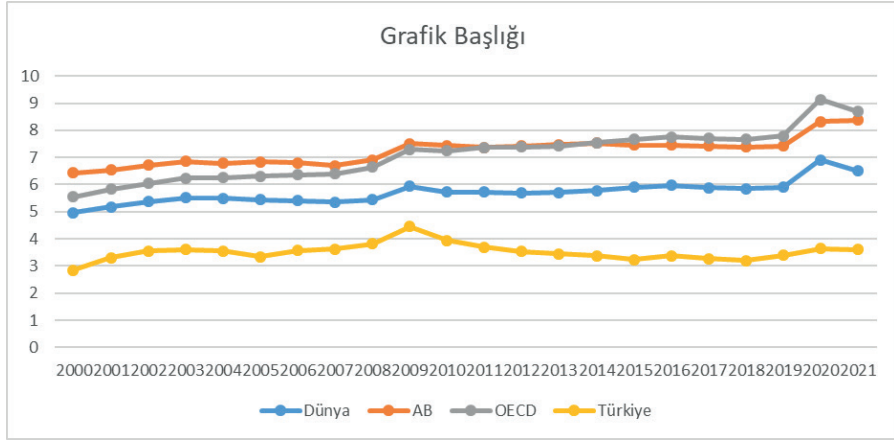


*Kaynak: Dünya Bankası (2024)*

Grafik 5, 2000-2021 yılları arasında Dünya, OECD, AB ve Türkiye'de kişi başına düşen genel kamu sağlık harcamalarının yıllık değişimlerini sergilemektedir. Grafik 5 detaylı bir şekilde yorumlandığında şu ifadelerle yer vermem mümkündür. Dünya genelinde kamu sağlık harcamalarının

kişi başına düşen ABD Doları cinsinden artışı gözlemlenmektedir. 2000 yılında 273 ABD Doları olan bu rakam, 2021 yılına gelindiğinde 796 ABD Dolarına yükselmiştir. Bu artış, küresel sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik artan harcamaları ve özellikle sağlık hizmetlerine olan talebin küresel ölçekte arttığını göstermektedir. 2020 yılında 750 ABD Doları ile belirgin bir artış yaşanmış olup, pandemi nedeniyle kamunun sağlık sektörüne yaptığı yatırımların yükseldiği söylenebilir. 2021 yılında ise bu oran daha da artmış ve küresel sağlık harcamalarındaki artış trendi devam etmiştir. AB ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının kişi başına düşen payı, 2000-2021 yılları arasında düzenli bir artış göstermiştir. 2000 yılında 1099 USD olan bu değer, 2021'de 3224 ABD Dolarına ulaşmıştır. Bu artış, AB'nin sağlık sistemine yaptığı yatırımların arttığını ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin iyileştirildiğini yansıtmaktadır. 2008 yılındaki finansal kriz sonrası, sağlık harcamalarındaki artış hız kazanmış ve 2020 yılı itibariyle 2862 ABD Dolarına çıkmıştır. Pandemi sonrası 2021'de bu rakam daha da artmış ve AB ülkelerinin sağlık harcamalarına yönelik kamu finansmanının arttığı gözlemlenmiştir. OECD ülkeleri, sağlık harcamalarını kişi başına yüksek oranda artırmış ve 2021 yılı itibariyle 3691 ABD Doları seviyesine ulaşmıştır. 2000 yılında 1320 ABD Doları olan kamu sağlık harcamalarının kişi başına düşen oranı, özellikle 2010'dan sonra güçlü bir artış göstermiştir. OECD ülkeleri, gelişmiş sağlık altyapıları ve sağlık politikalarındaki yüksek yatırımlarla, kişi başına sağlık harcamalarını artırma konusunda öncülük etmiştir. 2020 yılı ve sonrasında, pandeminin sağlık sektörüne olan etkisiyle birlikte kamu sağlık harcamalarının artışı daha da hızlanmış ve bu artış, 2021 yılında zirveye ulaşmıştır. Türkiye'de kişi başına kamu sağlık harcamaları, 2000-2021 yılları arasında gözle görülür bir artış göstermiştir, ancak OECD ve AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında daha düşük seviyelerde kaldığı görülmektedir. 2000 yılında 123 ABD Doları olan bu değer, 2021 yılında 348 ABD Dolarına yükselmiştir. Türkiye'deki artış, sağlık harcamalarındaki kamu katkılarının artırılmaya çalışıldığı ancak hâlâ daha düşük seviyelerde kaldığı bir durumu yansıtmaktadır. 2008 sonrası artışlar, özellikle devletin sağlık sistemine yaptığı katkıların arttığı bir dönemi işaret etse de, Türkiye'nin bu artışı diğer gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında sınırlı kalmıştır. 2020 yılındaki pandemi dönemi de dahil olmak üzere, Türkiye'nin sağlık harcamaları kişi başına düşük kalmış, sağlık altyapısının güçlendirilmesi için daha fazla kaynağa ihtiyaç duyulduğu açık bir şekilde görülmüştür.

**Grafik 6. Türkiye, Dünya, OECD ve AB Ülkelerinde Genel Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)**



*Kaynak: Dünya Bankası (2024)*

Grafik 6, 2000-2021 yılları arasında Dünya, OECD, AB ve Türkiye'deki genel kamu sağlık harcamalarının milli gelire oranlarının zaman içindeki değişimini analiz etmektedir. Grafik 6 detaylı bir şekilde yorumlandığında şu ifadelere yer vermem mümkündür. Dünya genelinde 2000-2021 yılları arasında genel kamu sağlık harcamalarının milli gelire oranı belirgin bir artış göstermiştir. 2000 yılında % 4,96 iken, 2021 yılına gelindiğinde % 6,5 seviyesine çıkmıştır. Bu artış, dünya genelinde sağlık harcamalarına yapılan yatırımların giderek daha önemli hale geldiğini ve sağlık sektörüne ayrılan payın arttığını göstermektedir. Özellikle 2020 yılında COVID-19 pandemisinin etkisiyle sağlık harcamalarında büyük bir artış gözlemlenmiştir. AB ülkelerinde ise genel olarak bu oran yüksek seviyelerde kalmıştır ve yıllık olarak oldukça istikrarlı bir artış göstermiştir. 2000 yılında % 6,44 olan oran, 2021 yılı itibarıyla % 8,37'ye yükselmiştir. Bu artış, AB ülkelerinin sağlık sektörüne olan bağlılıklarının arttığını ve sosyal kamu anlayışının sağlık alanında daha fazla kaynak tahsis edilmesine yol açtığını gösteriyor diyebiliriz. AB ülkelerinin, özellikle yaşlanan nüfus ve artan sağlık ihtiyaçları ile başa çıkmak için sağlık harcamalarını artırmayı sürdürdüğü söylenebilir. OECD ülkelerinde ise; 2000 yılında % 5,55 olan oran, 2021 yılında % 8,7'ye yükselmiştir. OECD ülkeleri, gelişmiş ekonomileri ve güçlü sosyal kamu sistemleri sayesinde sağlık harcamalarına yüksek oranda bütçe ayırmayı sürdürmüştür. Ayrıca, 2020'deki % 9,14'lük zirve, pandeminin sağlık harcamalarına etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Türkiye'nin milli geliri içindeki genel kamu sağlık harcamaları oranı 2000'li yıllardan itibaren



genellikle düşük seviyelerde kalmış, ancak zamanla artış göstermiştir. 2000'de % 2,85 olan oran, 2021'de % 3.6'ya yükselmiştir. Türkiye, sağlık harcamalarına artan bir eğilim göstermiş olsa da, AB ve OECD ülkelerinin oldukça gerisinde kalmaktadır. 2009 yılında % 4,45 gibi bir artış gözlemlense de son yıllarda oran daha düşük seviyelerde kalmıştır. Türkiye'deki sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı, özellikle sağlık sisteminin iyileştirilmesi, özel hastanelerin ve kamu hastanelerinin kapasite artırımı gibi adımlarla arttığını söylemek mümkündür.

Genel olarak, ikinci bölümde yapılan incelemeler sonucunda, Türkiye'de 2000-2007 yılları arasında sağlık harcamalarının reel olarak ve milli gelir içindeki payı açısından sürekli bir artış yaşandığı tespit edilmiştir. Bu artışın temel sebebi, 2001 yılında meydana gelen Ekonomik Kriz sonrasında sağlık sektörünün Türkiye için öncelikli alanlardan biri haline gelmesidir. Ancak 2007-2012 yılları arasında sağlık harcamalarında belirgin bir duraklama dönemi gözlemlenmiştir. Bu durum, ABD'de 2008 yılında patlak veren Finansal Kriz'in küresel ölçekte etkilerinin Türkiye'deki ekonomik durumu olumsuz etkilemesiyle açıklanabilir. Krizin etkisiyle, Türkiye'deki ekonomik daralma sağlık harcamaları ve diğer kamu harcamaları üzerinde azalmaya yol açmıştır. 2013-2017 yılları arasında Küresel Finansal Kriz'in etkilerinin geride kalmış olmasına rağmen, Türkiye'de sağlık harcamaları, 1999-2007 yıllarındaki hızlı artış seviyelerine ulaşamadığı görülmektedir. Bunun nedeni, sağlık sistemi ve altyapısındaki gelişmeler, toplumun sağlığa bakış açısındaki değişiklikler ve sağlık ekipmanlarına erişimin kolaylaşması olarak değerlendirilebilir. 2018-2021 yılları arasında Türkiye'de sağlık harcamaları önemli bir artış göstermiştir. Bu dönemde, sağlık sektörüne yapılan yatırımların artırıldığı ve sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletildiği gözlemlenmiştir. Türkiye'nin sağlık harcamaları, özellikle pandemi nedeniyle küresel sağlık krizine yanıt olarak hızla artmış, bu da kamunun sağlık hizmetlerine olan bağlılığını ve önceliğini yansıtmaktadır. Bununla birlikte, Türkiye'nin sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı, gelişmiş ülkelere kıyasla hala düşük seviyelerde kalmaktadır. Bu durum, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyüme ile uyumlu bir şekilde gerçekleşmediğini ve sağlık sektörünün daha fazla yatırım gerektirdiğini ortaya koymaktadır. Genel olarak, Türkiye'nin sağlık harcamaları, özellikle sağlık altyapısına yapılan yatırımların güçlendirilmesi gerektiğini, ancak bu artışların sürdürülebilir büyüme ve kalkınma için yeterli olmayabileceğini işaret ettiği söylenebilir.

## SONUÇ

Sağlık teorisi, sağlığın çeşitli yönlerini anlamaya yönelik bir dizi disiplinlerarası yaklaşımı içermektedir. Sağlık, sadece hastalıkların yokluğu

değil, aynı zamanda bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halini de kapsayan geniş bir kavramdır. Sağlık teorisi, sağlığı etkileyen faktörleri, bu faktörlerin etkileşimini ve sağlık hizmetlerinin toplum üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır. Sağlık teorisinin önemli bir boyutu, sağlık hizmetlerinin üretimidir. Sağlık, bireylerin yaşam tarzı, çevresel faktörler ve sağlık hizmetlerine erişim gibi unsurların bir birleşimi olarak üretilmektedir. Ekonomik açıdan bakıldığında, sağlık harcamaları, insan sermayesine yapılan bir yatırım olarak görülmektedir. Sağlıklı bireylerin daha verimli çalışacak olması, sağlık harcamalarını uzun vadede azaltır ve ekonomik büyümeye de katkı sağladığı söylenebilir. Ayrıca, sağlık teorisi, sağlık hizmetlerinin kamusal bir iyi olarak kabul edilmesini savunmaktadır. Toplum sağlığı, yalnızca bireylerin sağlığını değil, aynı zamanda tüm toplumun refahını da etkiler. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilmesi, toplumun genel sağlığının iyileştirilmesi için önemli bir strateji olarak öne çıktığı ifade edilebilir. Dolayısıyla, sağlık teorisi, sağlık harcamalarının yalnızca bir maliyet değil, aynı zamanda toplumsal kalkınma ve refah için önemli bir yatırım olduğunu vurgulamaktadır. Bu teorilerin, sağlık politikalarının şekillendirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır.

Bu çalışmada ayrıca Türkiye'deki sağlık harcamalarının gelişimi de incelenmiş ve Türkiye'deki sağlık harcamalarının zaman içindeki gelişimi, farklı yıllarda yaşanan ekonomik krizlerin etkisi ve bu harcamaların küresel eğilimlerle nasıl şekillendiği detaylı bir şekilde ortaya konmuştur. Türkiye'nin sağlık harcamalarındaki artış ve duraklamaların sebepleri, ekonomik krizler, sağlık sistemi reformları ve toplumsal değişiklikler bağlamında ele alınarak, sağlık harcamalarının ülke ekonomisi ve kamu harcamaları içindeki payı üzerine önemli çıkarımlar yapılmıştır. Öncelikle, 1999-2007 yılları arasında Türkiye'de sağlık harcamalarının sürekli artış göstermesi, ülkenin sağlık sektörüne verdiği önemin bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Bu dönemde özellikle 2001 Ekonomik Krizi sonrası sağlık sektörüne yapılan yatırımların artırılması, Türkiye'de sağlık alanındaki altyapının güçlendirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin genişletilmesi önemli bir rol oynamıştır. Kriz sonrası sağlık sektörünün öncelikli alanlardan biri haline gelmesi, devletin sağlık harcamalarına daha fazla bütçe ayırmasıyla paralel bir gelişim gösterdiği görülmektedir. Bu yıllarda sağlık harcamalarının reel olarak artmasının yanı sıra, milli gelir içindeki payının da yükseldiği görülmüştür. Bu durum, sağlık harcamalarının ülke ekonomisinde önemli bir yer edindiğini ve bu alanda yapılan yatırımların bir kısmının kriz sonrası toparlanma süreciyle birlikte hızlı bir şekilde geri döndüğünü göstermektedir.

Ancak, 2007-2012 yılları arasında sağlık harcamalarında yaşanan durağanlığı, 2008 yılında ABD'de patlak veren Küresel Finansal Kriz'in

etkisiyle açıklamak mümkün olabilmektedir. Bu kriz, dünya genelinde ekonomik daralmaya yol açmış ve gelişmekte olan ülkelerde de benzer şekilde ekonomik küçülme etkisi yaratmıştır. Türkiye de bu krizden etkilenmiş ve sağlık harcamaları gibi kamu harcamalarındaki artışlar duraklama noktasına gelmiştir. 2009 yılında başlayan bu duraklama, hükümetin sağlık harcamalarına ayırdığı bütçede bir azalmaya yol açmış ve sağlık hizmetleri sunumunda bazı kesintilere gidilmiştir. Küresel Finansal Kriz'in, Türkiye gibi gelişmekte olan ekonomilerde sağlık gibi temel kamu hizmetlerine yönelik harcamaları olumsuz etkilemesi, bu dönemde sağlık harcamalarının yükselmesinin aksine düşmesine neden olmuştur.

2013-2017 yılları arasında ise, Küresel Finansal Kriz'in etkilerinin azalmasına rağmen, Türkiye'de sağlık harcamalarındaki artışın 1999-2007 yıllarındaki kadar belirgin olmadığı görülmektedir. Bu dönemde, Türkiye'nin sağlık altyapısında önemli gelişmeler kaydedilmiş ve toplumun sağlığa olan bakış açısındaki değişimlerin, sağlık harcamalarının artış hızını sınırladığı ifade edilebilir. Sağlık sistemi üzerindeki iyileştirmeler, daha verimli ve etkili sağlık hizmetleri sunumunun sağlanması, sağlık ekipmanlarına daha kolay erişim gibi faktörler, sağlık harcamalarının artış hızını yavaşlatmıştır. Bununla birlikte, Türkiye'de sağlık harcamaları milli gelir içindeki pay açısından hâlâ gelişmiş ülkelere kıyasla düşük seviyelerde kalmaktadır. Türkiye'nin genel kamu sağlık harcamaları milli gelir içindeki payı, OECD, AB ve Dünya ortalamalarının gerisinde kalmakta ve bu durum, Türkiye'nin sağlık sektörüne ayırdığı kaynakların nispeten sınırlı olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, Türkiye'de sağlık harcamalarındaki artış ve duraklamalar, hem içsel ekonomik koşullara hem de küresel ekonomik gelişmelere paralel bir şekilde şekillenmiştir. 2001 Ekonomik Krizi sonrası sağlık sektörüne yapılan yatırımlar, Türkiye'nin sağlık harcamalarını artırırken, 2008 Küresel Finansal Krizi sonrasında sağlık harcamalarındaki artış durmuş ve hatta bazı yıllarda düşüş yaşandığı gözlenmiştir. Ancak, 2013 yılından itibaren sağlık sistemindeki iyileştirmeler ve altyapı gelişmeleri, Türkiye'nin sağlık harcamalarındaki artış hızını yavaşlatmış, ancak aynı zamanda hizmetlerin kalitesini artırmıştır. 2018-2021 yılları arasında ise Türkiye'nin sağlık harcamaları, özellikle COVID-19 pandemisinin etkisiyle belirgin bir artış göstermiştir. Pandemi süreci, sağlık sistemine olan ihtiyaçları zirveye taşımış ve kamu, sağlık sektörüne yapılan yatırımları hızlandırmıştır. Bu dönemde sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı artış göstermiş, ancak yine de OECD ve AB ülkelerinin gerisinde kalmıştır. Sağlık harcamalarındaki bu artış, sağlık altyapısının güçlendirilmesine yönelik bir tepki olarak görülebilir ve Türkiye'nin sağlık harcamaları, ekonomik büyüme ile uyumlu bir şekilde sürdürülebilir bir artış hedeflemelidir diyebiliriz. Türkiye'nin

sağlık harcamaları, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında hala düşük seviyelerde olsa da, son yıllarda sağlık sektörüne yapılan yatırımların artırılması gerektiği anlaşılmaktadır. Sağlık harcamaları, yalnızca sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili değil, aynı zamanda ülkenin sosyal ve ekonomik kalkınmasıyla da doğrudan ilişkili bir kavramdır. Bu nedenle, sağlık harcamalarındaki artış hızının daha sürdürülebilir ve dengeli bir şekilde devam etmesi için, sağlık altyapısına daha fazla yatırım yapılması ve sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılması gerekmektedir.

Türkiye'nin sağlık harcamalarındaki gelişimi, sağlık sektöründeki politika değişikliklerinin küresel ekonomik koşulların etkisiyle şekillendiği söylenebilir. Ancak, bu süreçte sağlık harcamalarının daha etkili ve verimli bir şekilde yönetilmesi, sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle uyumlu bir şekilde sağlık harcamalarının arttırılması, ülkenin sağlık sisteminin daha güçlü bir temele oturmasını sağlayacaktır.

## Kaynakça

- Akın, C.S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana
- Akyol Aytürk, K. (2010). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınma üzerine etkisi: Ortadoğu Anadolu Bölge analizi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi, 64(1), 33-58.
- Ay, H. (2019). Kamu Maliyesi. (Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş 6. Basım). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Ayhan, B. (2004). Türkiye’de Sağlık ve Sağlık Harcamaları: Sakarya Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Barlin, F. (2010). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Kalkınma Üzerine Etkileri. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Belmartino, S. (1994). The Role of the State in Health Systems. Social Sciences of Medical. 39(9), 1315-1321.
- Bozkaya, Z.R. (2017). Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Cepten Sağlık Harcamaları ve 2050 Yılı İçin Projeksiyon. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(2), 179-196.
- Dewar, D.M. (2010). Essentials of Health Economics. United States of America. Jones and Barlett Publishers
- Gök, S. (2012). Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Maliye Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- İliman, T. (2020). Türkiye’de Yaşlılığın Merkezi Yönetim Sağlık Harcamalarına Etkisi: İller Bazında Ampirik Bir Analiz. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi
- Jason, W. (2020). Why is healthcare not a public good in economics ?. mytutor.co.uk. 11.07.2018, <https://www.mytutor.co.uk/answers/17315/IB/Economics/Why-ishealthcare-not-a-public-good-in-economics>
- Öztürk, S., Uçan, O. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış-Büyüme İlişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi, 22(1), 139-152.

- Saraçoğlu, S., Öztürk, F. (2017). Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *İş ve Hayat*. 2(4), 293-342.
- Smith, R., MacKellar, L. (2007). Global Public Goods and The Global Health Agenda: Problems, Priorities and Potential. *Globalization and Health*. 3(9), 1-7.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 25-30.
- Şener, O. (2006). *Kamu Ekonomisi*. (8. Baskı). İstanbul: Beta Yayınevi.
- World Bank (1987). *Financing Health Services in Developing Countries An Agenda for Reform*. <http://documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/Financing-health-services-in-developing-countries-an-agenda-for-reform>
- Yıldırım, H.H. (1999). Piyasa Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. *Amme İdare Dergisi*. 32(1), 1-11.
- Yılmaz, V., Yentürk, N. (2015). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi. 25 Nisan 2018 tarihinde <http://stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/11/08/saglikHarcamalari.pdf> adresinden alınmıştır.