

TÜRKİYE’DE SAĞLIK EKONOMİSİ İSTATİSTİKLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ

Ferhat SAYIM*

Geliş Tarihi: 17.07.2017 Revize Tarihi: 19.11.2017 Kabul Tarihi: 12.12.2017

ÖZ

Büyüyen sağlık işletmelerinin ve harcamalarının etkisiyle 20’nci yy’da “sağlık ekonomisi” ayrı bir çalışma alanı olmuştur. Kamunun sağlık harcamalarından alması gereken pay ve de üstlenmesi gereken roller, maliye yönetimi ile birlikte sağlık ekonomistleri ve sağlık sistemi yöneticilerinin ilgi alanındadır. Çalışmada, kamunun sağlık harcamalarını üstlenme sebeplerine bakılmaktadır. Sonrasında Türkiye’de sağlık hizmetlerine ve bu hizmetlere ayrılan paya değinilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınladığı ulusal sağlık harcamalarına ilişkin son veriler de ele alınmaktadır. Diğer ülkeler içindeki yeri renklendirilmiş haritalarda gösterilmekte ve Türkiye verilerinin gelişim seyri hazırlanan şekiller yardımıyla ortaya konmaktadır. Ayrıca, mevcut durumda belediyelerin de sağlık hizmetlerindeki yetki ve sorumlulukları üzerinde durulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemi, Sağlık Sektörü, Sağlık Ekonomisi, Bütçe, Ulusal Sağlık Hesapları

HEALTH ECONOMICS STATISTICS AND DEVELOPMENT OF HEALTH EXPENDITURES IN TURKEY

ABSTRACT

In the 20th century, an area called 'Health Economy' was created because mainly health institutions and expenditures were growing up. The share that the public has to pay for health expenditures and the role that the public should undertake are in the interest of health economists and health care managers, along with fiscal management. In the study, the reasons for assuming the health expenditures by the public are examined. After that, health services in Turkey and the share of these services are mentioned. The latest data on national health expenditures published by the World Health Organization are also addressed. The ranking among other countries is shown in colored maps and the development of Turkey related data is illustrated with the aid of the prepared graphics. In addition, the authorities and responsibilities of the municipalities in the health services are also emphasized.

Keywords: Health System, Health Sector, Health Economy, Budget, National Health Accounts

JEL Classification Code: H51

* Doç. Dr., Yalova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, f_sayim@hotmail.com

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 1946). “Sosyal yönden tam iyilik hali” açıklanması gereken bir kavram olarak sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını, toplumsal yönünün de bulunduğu işaret etmektedir (Fişek, 1982). Literatürde ve tıp eğitimi alanlar arasında bu tanım yaygın olarak bilinmektedir. Sağlık hizmetleri en genel ayrımla amaçlarına göre, koruyucu ve tedavi edici özellikte faaliyetlerin bütünü olarak tanımlanabilecektir. Bu ikili ayrım rehabilite edici hizmetlerin de eklenmesiyle üçlü şekilde karşımıza çıkmaktadır (Fişek, 1982). Bu yaygın ayrımın yanında sağlık hizmetlerinin konularına göre bölümlendirilmesi ve kademelerine göre sınıflandırılması da yapılmaktadır (Karafakıoğlu, 1998: 108-9). Konularına göre bölümlendirme ortopedi, beyin cerrahi, doğum vb. branş bazında ayrıma göre yapılmaktadır. Kademe bazında ayrım ise sağlık hizmetlerinin kurumlar bazında görev dağılımı yapması sonucunda en yaygın haliyle 1, 2 ve 3. basamak kurumlar olarak ortaya çıkmaktadır.

Dar çerçevede sağlık harcamaları,

- Koruyucu sağlık harcamaları,
- Teşhis ve tedaviye ilişkin sağlık harcamaları,
- Rehabilite edici sağlık harcamaları şeklinde ifade edilebilir.

Ulusal sağlık harcamaları ve istatistikleri hesaplanırken çoğunlukla doğrudan sağlık hizmetine ilişkin sağlık harcamaları esas alınır.

Sağlık hizmetinin türüne bağlı sağlık harcamaları sınıflandırması dışında sağlık koşullarını iyileştirmeye yönelik tüm harcamalar ele alınmak suretiyle daha geniş bir çerçevede sınıflandırma yapılabilir. Bu harcamaların uzun vadeli planlar çerçevesinde bütçelenmesi ve özel sektörün teşvik edilmesinde kamu yönetimin etkinliği, planlama başarısını getirecektir.

Geniş çerçevede ise sağlık harcamaları şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Sağlık Kurumları Bina ve Altyapı Harcamaları
- Sağlık İşgücü ve Donanım Harcamaları
- Vatandaşların Fiziksel Sağlık Koşullarını İyileştirecek Yatırım Harcamaları
- Vatandaşların Ruhsal Sağlık Koşullarını İyileştirmeye Yönelik Yatırım Harcamaları
- Çevre Sağlığına Yönelik Yatırım Harcamaları
- İlaç-Tıbbi Malzeme ve Tanılama-Görüntüleme Cihazları Üretimine Yönelik Yatırım Harcamaları
- Sağlık Eğitimine Yönelik Yatırım Harcamaları
- Optimum Sağlık Malı Stoku, Personel ve Teşkilat Planlaması İçin İzleme ve Araştırmaya Yönelik Yatırım Harcamaları
- Hastalık-İlaç Yan Etki Dağılımı vb. Arge Harcamaları
- Standardizasyon-Kalite-Cihaz Kalibrasyon-İzleme Harcamaları

Sağlık aynı zamanda ekonomi için de çok önemlidir. Ekonomik aktivitenin onda biri sağlığa atfedilir. Verimlilik ve ekonomik büyüme sağlıktan etkilenen unsurlardır (Global Agenda Council, 2008: 24). Özellikle ekonomik stres

dönemlerinde sağlık kritik bir endişe kaynağı halini alır. Ucuz önleyici stratejiler kötü sağlık koşullarından korunmak için etkili olabilir, ancak bu stratejiler göz ardı edilebilmekte ve fonlanmayabilmektedir. Sağlıkta iyileştirme ile daha iyi korunma bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıkla ilgili öne çıkan konular şu şekilde sıralanabilir (Global Agenda Council, 2008: 7):

- Sağlık sistemlerinde büyük verimsizlikler bulunmaktadır. Yeni tip sosyal bütüncül sağlık hakkı bir gerekliliktir.
- Sağlık konularında daha fazla bilgi ve iletişim gereklidir. Önleyici tedbirler ve eğitim anahtardır.
- Pandemilere karşı hazırlık hızlandırılmalıdır. Açıklık tüm aktörlerin tam işbirliğine engel olmayacak şekilde birbirine bağlı risklerin tanımlanması ve hafifletilmesine yardım etmelidir.
- Sağlıkta iyileştirme, hastalığın önlenmesi ve afet hazırlığı cari harcama yerine sermaye yatırımları olarak algılanmalıdır.
- Kronik hastalık ve yetersiz beslenme konusunda daha etkin güçlü yönetim ve liderlik özellikle kamu-özel ortaklıkları yoluyla ve açık hedeflerle geliştirilmelidir.

1. ULUSAL SAĞLIK HESAPLARININ GEREKLİLİĞİ

Sağlık piyasalarının tamamına yakını ne tamamen rekabetçi ne de tamamen tekelcidir (Jacobs ve Rapoport, 2002:217). Sağlık piyasalarında özel sektör bulunmakla birlikte geniş bir devlet kesimi ve devlet sağlık harcamaları söz konusudur. Sağlıkta geniş hükümet müdahalesinin altında yatan temel mantık, tam rekabet piyasalarının ideal varsayımlarının hiçbirinin sağlık piyasalarında düzgün çalışmaması olarak gösterilir (Donaldson vd., 2005: 29). Ekonomi teorisine göre devlet; kamu mallarını koruma, tekeli gücü kontrol etme, dışsallıkları yönlendirme ve bilgi asimetrisi ile başa çıkma durumlarında piyasada olabilir ve olmalıdır (Wonderling vd., 2005: 150). Ayrıca, sağlık piyasalarında hizmet alıcısı tarafında olan bilgi eksikliği ve sağlık sigortacılığındaki “ters (olumsuz) seçim ve ahlaki tehlike” olarak tanımlanan etik dışı uygulamalar, fiyatlanamayan dışsallıklar ile bazı malların tüketilmesi konusunda oluşmuş konsensüs olarak tanımlanabilecek paternalizm, devletin bu piyasalarda olmasını gerektirmektedir (Rosen, 2005: 216-219), (Sayım, 2009: 280). Amerika Birleşik Devletleri gibi kişisel finansmanın yüksek olduğu ülkelerde dahi hükümetin sağlık harcamaları artma eğilimindedir (Getzen, 2010: 334-5). Hükümetler kaynak veya gelir dağılımı tahsisini etkilemek için çeşitli politikalar ve araçlar kullanabilir. Sağlık ile ilgili temel kategoriler, seçici emtia vergileri ve sübvansiyonlar, sağlığa yönelik kamu harcamaları, transfer programları ve düzenlemeler olarak kabul edilebilir (Folland vd., 2010: 416).

Sağlık finansman politikası şu konularda karar vermeyi gerektirir. Tahsisat nasıl yükseltilecektir? Tahsis edilen fonlar nasıl bir araya getirilecektir? Adil ve verimli bir şekilde nasıl kullanılacaktır? Bilgilendirilmiş şekilde karar süreçleri için kullanılan mali kaynakların miktarı, bunların geldiği yerler ve nasıl kullanıldığı konularında güvenilir bilgi gerekmektedir. Ulusal sağlık hesapları bir ülkedeki farklı sağlık bakım faaliyetleri, sağlayıcıları, hastalıklar, nüfus grupları ve bölgeler için kamu ve özel tüm sektörlerdeki sağlık harcamaları eğilimlerini izlemek amaçlı kanıtlar sağlar. Etkili sağlık finansmanı için ulusal stratejiler geliştirilmesine ve

sağlıkta ek fonların artırılmasına yardımcı olur. Bu bilgiler bir ülkenin sağlık sisteminin gereksinimlerine ilişkin finansal projeksiyonlar ve kendi geçmiş deneyimleri ya da diğer ülkelerle karşılaştırmalar yapmak için kullanılabilir. Ulusal Sağlık Hesapları başlığı “Dünya Sağlık Örgütü”nün küresel çapta sağlık birliklikleri kurması için bir araç örneğidir. Bu alanda normların belirlenmesi, sağlık sistemlerinin performansında eğilimleri izlemek, farklı ülkeler için politika seçenekleri göstermek, ülkelerin bilgilendirilmiş karar kapasitelerini arttırmak için faydalı olabilecektir (World Health Organization, 2010).

2. DEVLETİN SAĞLIK SİGORTASINI ÜSTLENME SEBEPLERİ

Bu kısımda sağlık hizmetlerinin kapsama alanından ziyade bu hizmetlerin sunumunda ortaya çıkan iktisadi davranışların ortaya konmasına çalışılmaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin arz ve talebi ile ilgili birtakım ortak noktalar belirlenebilmektedir. Ayrıca sağlık sigortacılığının çoğu ülkede kamu tarafından üstlenilmesi ve sağlıkta kamu yatırımlarının ağırlığına dair sebeplerin de incelenmesi gerekmektedir.

Ülkelerin çoğunda sağlık hizmetlerinin ve genel sağlık sigortalarının kamu tarafından finanse edilmesi sonucu, sağlık harcamalarının finansmanında en büyük rolü kamu sektörü üstlenmektedir. Toplam sağlık harcamaları finansmanında sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan harcamalar ve genel devlet harcamaları birleştirildiğinde toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı özel sektör harcamalarının üstüne çıkmaktadır.

Sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı da önemli seviyededir. Dünya genelinde 2014 yılı için kamu kaynaklarının %15,5’si sağlık harcamalarına gitmektedir

(http://www.who.int/gho/health_financing/government_expenditure/en/).

Devletin sağlık sektöründe olmasının gerekliliğine dair sebepler dört başlık altında sıralanabilmektedir (Rosen, 2005: 216-219):

- ✓ Yetersiz Bilgi
- ✓ Olumsuz Seçim ve Ahlaki Tehlike
- ✓ Dışsalıklar
- ✓ Paternalizm

2.1. Yetersiz Bilgi

Bilgi ile ilgili problem “belirsizlik” veya “bilgi asimetrisi” şeklinde ortaya çıkabilir (Folland vd., 2007: 13). Bilgi eksikliğine dayalı belirsizlik bazı durumlarda hem hasta hem de doktor için geçerlidir. Belirsizlik altında seçim olarak da adlandırılabilir (Mutlu ve Işık, 2005: 54). Örneğin, bazı kanser türleri bir tanı yöntemi olmaksızın ne doktor ne de hasta tarafından erken dönemde teşhis edilemez (Folland vd., 2007: 13). Bir diğer durumda da bilgi asimetrisinin yol açtığı problemlerdir. Hastalanan kişinin nasıl bir sağlık hizmeti alması gerektiği konusunda bilgisi yoktur ya da çok azdır. Böyle karmaşık bir durumda tavsiyesine güveneceği kişi aynı zamanda o hizmetin satıcısı konumundadır (Rosen, 2005: 217). Satın alınacak hizmetin niteliği, miktarı ve süresi hakkında taraflar arasında bilgi eşitsizliği bulunmakta ve bu durum satıcıya alıcıyı kandırma imkânı

vermektedir. Diğer hizmetlerin satın alınmasında da benzer durum olsa da sağlık hizmetleri kadar acil olmayan hizmetlerde karar vermeden önce birtakım bilgiler toplamak mümkün olabilmektedir. Yetersiz bilginin oluşturduğu olumsuzlukları ortadan kaldırmak ya da azaltmak için kamu yatırımları devreye girmektedir (Sayım, 2011a: 33). Dolayısıyla yetersiz bilgi sorunu sebebiyle piyasa mekanizması işlemeden sektördeki üretim açığı devlet tarafından giderilmekte ve düzenlenmektedir.

2.2. Dışsallıklar

Dışsallık kişi ya da firmanın yaptığı faaliyetlerle ilgili bütün maliyetleri üstlenmediği (negatif dışsallık) ya da bütün faydaları içine almadığı (pozitif dışsallık) durumlarda ortaya çıkan bir durum-fenomen olarak tanımlanmaktadır (Kaul ve Conceição, 2006: 612). Sağlıklı bireylerin kendi yaşam kaliteleri dışında toplum sağlığını fiziksel ve moral olarak da olumlu etkilemeleri sağlık hizmeti üretiminin yaydığı pozitif dışsallığa örnek olarak gösterilebilecektir. Bireylerin ve toplumun sağlığının korunduğu durumlarda işgücü ve ekonomik aktivitelerin sektöre uğramaması, sayılabilecek bir başka dışsal faydadır. Sağlık hizmeti satın alacak kişinin, o hizmet için ödeyeceği bedeli kişisel çıkarları açısından yüksek bulup satın almaması söz konusu olabilecektir. Bu gibi durumlarda yeterince bedel ödenmemesi sebebiyle bu hizmetin üretimi yeterli seviyelere gelmeyecektir. Toplumsal dışsallıkların devlet tarafından gözetilmesi gerekmektedir (Sayım, 2011a:33). Bireyler yeterince talep etmese de toplumu oluşturan fertlerin hesaplayamadığı bu dışsal faydalar sebebiyle bu hizmetin üretilmesi ve dolayısıyla finanse edilmesi arzulanabilir.

2.3. Paternalizm

Devletin kişilerin en iyi çıkarının ne olduğunu onlardan daha iyi bildiği için müdahale etme görüşüne paternalizm denilmektedir (Stiglitz, 1994: 99). İnsanların sigorta sisteminin nasıl çalıştığı konusunu anlayamamaları ya da sigortayı satın alma konusunda bir öngöründen yoksun olmaları (maliyet-fayda analizi yapamamaları) ihtimali karşısında, “paternalistik görüş” onları medikal sigorta sistemine üye olmaya zorlamaktadır (Rosen, 2005: 219). Paternalist görüşün aksine çoğu iktisatçı ve sosyal felsefeci, devletin tüketici tercihlerine saygı göstermesi gerektiğini düşünmektedir (Stiglitz, 1994: 99). Devletin bireyleri zorunlu olarak sağlık sigortasına üye yapması ve prim yatırmaya zorlaması paternalist görüşe sahip kesimler tarafından normal ve gerekli bir durum olarak görülmektedir.

2.4. Ters (Olumsuz) Seçim ve Ahlaki Tehlike

Özel sigorta firmalarının farklı risklere maruz bireyler arasında ayırım yapmadığı durumlarda riski az olanların riski fazla olanları finanse ettiği bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu durumda riskine göre fazla prim ödeyen az riskli bireylerin diğer bir ifadeyle iyi risklerin sigortaya yanaşmaması söz konusudur. İyi risklerin sigorta satın almaması primlerin artmasını getirecektir. Sadece kötü risklerin özel sigorta satın aldığı bu sürece olumsuz seçim adı verilmektedir (Stiglitz, 1994: 405-6).

Ahlaki tehlike en yaygın örneğiyle sigorta satın alan kişinin satın aldığı sigorta konusu riskten kaçınmaya ilişkin güdüsünü azaltmasıyla ilintili olarak ortaya çıkmaktadır (Kaul ve Conceição, 2006: 614). Sigortanın bireylerin davranışları üzerindeki buna benzer etkilerine ahlaki tehlike adı verilmektedir. Ahlaki tehlike

bireyin tek hedefi sigortadan kaynaklanan menfaati cebine indirmek olmak üzere eyleme girişmesinin ahlaki olmadığı görüşünden kaynaklanmaktadır (Stiglitz, 1994: 364-5). Sağlık sigortasının yapıldığı durumlarda bireylerin sağlıklarını koruma yönündeki çabalarını azaltmaları ve sigortalının satın alacağı sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesini sigortalı olup olmama durumuna göre belirlemesi bu tehlike çerçevesinde ele alınabilir. Bu durum ahlaki tehlikenin büyük olduğu alanlarda özel sigortaların çekingen davranmalarına ve maliyetleri yükseltmelerine sebep olmaktadır. Özel sigortaların yeterince olmadığı sağlık piyasaları devletin sunacağı sağlık sigortasına ihtiyaç duymaktadır. (Sayım, 2011a: 34) Devletin sunmuş olduğu sağlık sigortası sistemi, yukarıda ifade edilen sebeplerden dolayı piyasa şartlarında yeterince gelişemeyen sigorta sistemi açığını kapamaktadır. Ayrıca büyük riskleri üzerine almak suretiyle özel sigorta sisteminin işlemesine zemin hazırladığından da bahsedilebilir.

3. ÇALIŞMANIN AMACI, KAPSAMI, ÖNEMİ VE YÖNTEMİ

Çalışmanın amacı sağlık yönetimi ve sağlık ekonomisi alanında çalışanlar ile sağlık yöneticilerine hitap edecek şekilde, ulusal sağlık harcamalarının seyri, temel istatistikler, diğer ülkelerle karşılaştırma gibi tabloların ve grafiklerin derlenmesi ve yorumlanmasıdır.

Çalışma, incelenen verilerde Türkiye'nin 1995-2014 arasındaki 20 yıllık verisini bir araya getirmektedir. Ayrıca hazırlanan grafikler yoluyla gelişim seyri gösterilmektedir. Dünya sağlık örgütünün 2014 yılı karşılaştırma haritalarına da yer verilmektedir.

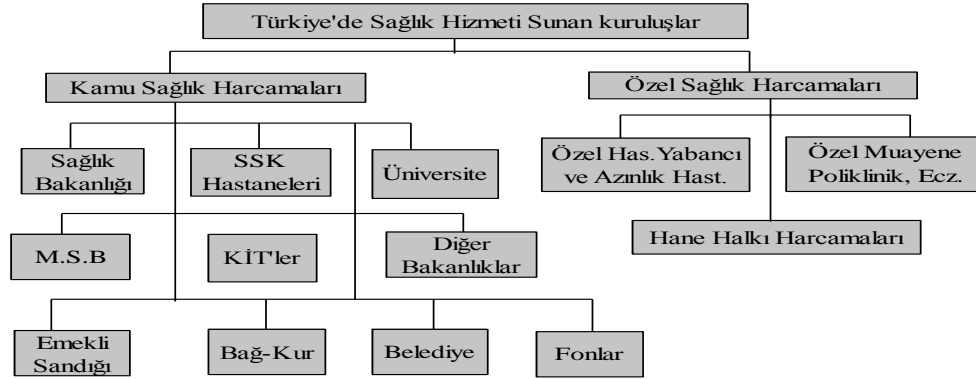
Sağlık ekonomisi ve finansmanı adıyla ayrı bir akademik çalışma alanı bulunmaktadır. Ulusal bütçede önemli yer tutan sağlık harcamalarının seyrine ilişkin derlenmiş tabloların ve grafiklerin hazırlanması, odak noktaların gösterilmesi açısından önemli görülmüştür.

Çalışmada Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Bakanlığı gibi resmî kurumlar tarafından yayınlanan veriler işlenmektedir. Bu yönüyle kullanılan veriler ikincil veri statüsündedir. Konu itibarıyla daha güvenilir bir birincil veri elde etme imkânı yoktur. Verilerin güvenilirliği bu istatistikleri bir araya getiren kurumların güvenilirliği ve saygınlığı ile eşdeğer görülmelidir. Çalışmada seçilmiş veriler, odaklanılmış alt başlıklarda tablolanmış, gelişim grafiği hazırlanmış ve yorumlanmıştır. Sayısal veri kullanılması sebebiyle çalışmanın nicel araştırma statüsüne girdiği değerlendirilebilir. Çalışmada birincil veri kullanılmadığı için herhangi bir istatistik test yapılmamıştır. Derlenen veriler, hazırlanan grafikler ve karşılaştırma haritalarıyla yorumlanmıştır. Ayrıca Türkiye'de belediyelerin sağlık alanına ilişkin görev ve yetkileri mevzuat taraması yöntemiyle araştırılmıştır.

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

Türkiye'nin sağlık sistemi yakın zamana kadar oldukça karmaşık bir yapıya sahipti. Sağlık Bakanlığının dışında, Milli Savunma Bakanlığı, üniversiteler ve sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olarak hizmet veren sağlık kurumları (SSK hastaneleri) gibi birçok farklı kamu kurumu tarafından yönetilen ve bu kurumların bütçeleriyle finanse edilen bir harcama sistemi bulunmaktaydı. Yakın zamana kadar kullanılan ve içinde yerel yönetimlerin de yer aldığı bu yapı aşağıdaki şekilde gösterilebilir.

Şekil 1: Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar



Kaynak: Tokat, 1993: 11.

Türkiye’de 2002 yılı sonrasında uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde üniversite ve Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri dışındaki birçok ayrı kurum hastanesinin Sağlık Bakanlığı yönetimine geçmesi sağlanmış; ayrıca, sosyal güvenlik kurumları da tek çatı altında birleştirilmiştir.

4.1. WHO İstatistiklerine Göre Türkiye’de Sağlık Ekonomisine İlişkin Veriler

Dünya Sağlık Örgütü sağlık koşulları, hastalık, ölüm, doğum oranı vb. verilerin yanısıra ülkelerin sağlık harcamalarına ve ülkedeki sağlık finansmanına ilişkin bazı verilere de önem vermekte ve bu verileri talep etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerinde Türkiye’nin verilerine ilişkin aşağıdaki başlıklar seçilerek veriler incelenmiş ve aşağıdaki sağlık ekonomisi istatistik tablosu oluşturulmuştur. Dünya Sağlık Örgütünün verileri çalışmanın yayın tarihi itibarıyla 2014 yılında son bulmaktadır. 2014 verileri Haziran 2016’da kaydedilmiştir. Aşağıda derlenen tablodan sonra alt başlıklar halinde Türkiye’deki sağlık harcamalarının gelişimi ve dünya ülkeleri içindeki yeri şekil ve haritalar ile gösterilecektir.

Tablo 1: Türkiye’de Ulusal Sağlık Finansmanı Verileri (1995-2014 Dönemi)

Yıl	Toplam Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla İçindeki Payı %	Devletin Genel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı %	Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı %	Devletin Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Harcamaları İçindeki Payı %	Sağlığa İlişkin Sosyal Güvenlik Harcamalarının Kamu Sağlık Harcamaları İçindeki Payı %	Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması-Ortalama Döviz Kuru (USD)	Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması-Satınalma Gücü Paritesi (USD)	Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması-Ortalama Döviz Kuru (USD)	Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması-Satınalma Gücü Paritesi (USD)
1995	2,5	70,3	29,7	10,7	33,8	96,2	180,2	67,7	126,7
1996	2,9	69,2	30,8	10,1	29,7	117,6	224,5	81,3	155,3
1997	3,1	71,6	28,4	10,8	38,8	130,8	261,6	93,7	187,4
1998	3,6	71,9	28,1	11,5	50,6	155,9	309,8	112,1	222,8
1999	4,8	61,1	38,9	10,3	53,0	189,2	392,2	115,7	239,7

Tablo 1'in devamı

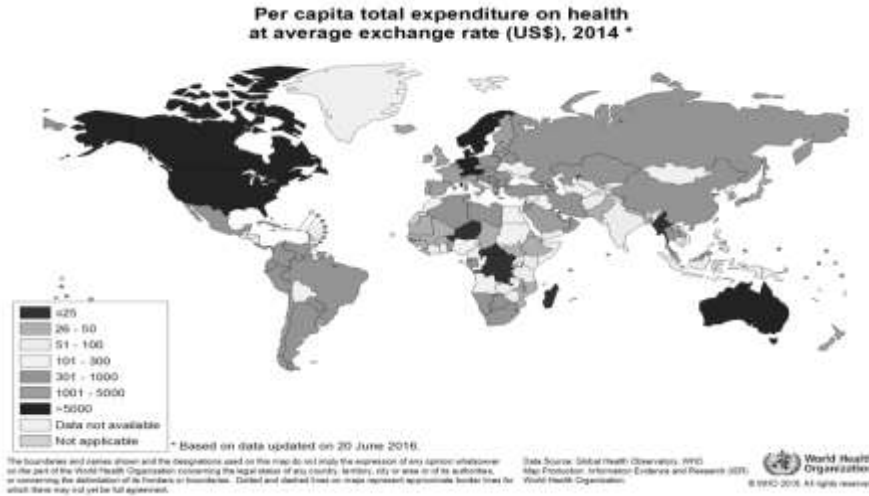
Yıl	Toplam Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla İçindeki Payı %	Devletin Genel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı %	Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı %	Devletin Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Harcamaları İçindeki Payı %	Sağlığa İlişkin Sosyal Güvenlik Harcamalarının Kamu Sağlık Harcamaları İçindeki Payı %	Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması-Ortalama Döviz Kuru (USD)	Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması-Satınalma Gücü Paritesi (USD)	Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması-Ortalama Döviz Kuru (USD)	Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması-Satınalma Gücü Paritesi (USD)
2000	5,0	62,9	37,1	9,8	55,6	206,8	457,3	130,1	287,8
2001	5,2	68,1	31,9	8,2	54,5	156,3	447,8	106,4	304,8
2002	5,4	70,7	29,3	9,1	57,5	190,0	467,4	134,3	330,4
2003	5,3	71,9	28,1	9,7	59,9	243,5	473,2	175,1	340,3
2004	5,4	71,3	28,8	10,8	61,9	312,9	549,5	223,0	391,5
2005	5,5	67,8	32,2	11,3	58,4	386,2	624,7	262,0	423,8
2006	5,8	68,3	31,7	12,0	58,7	447,2	754,4	305,6	515,5
2007	6,0	67,8	32,2	11,8	57,0	559,7	843,9	379,7	572,4
2008	6,1	73,0	27,0	12,2	60,1	627,9	918,2	458,5	670,4
2009	6,1	81,0	19,0	11,4	60,3	522,0	887,1	422,7	718,3
2010	5,6	78,6	21,4	11,0	63,3	565,9	904,1	444,8	710,7
2011	5,3	79,6	20,5	11,3	64,0	557,5	941,4	443,5	748,9
2012	5,2	79,2	20,8	10,8	70,8	555,1	948,7	439,8	751,7
2013	5,4	78,5	21,5	10,5	71,0	588,2	1007,0	461,6	790,2
2014	5,4	77,5	22,6	10,5	70,0	567,6	1036,5	439,6	802,7

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü İstatistik Sayfalarından Derlenmiştir.
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-TUR>

4.2. Kişi Başı Sağlık Harcamaları

Türkiye'nin sağlık harcamaları yönünden dünya ülkeleri ile karşılaştırılmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün en son güncellediği aşağıdaki 2014 yılı kişi başı sağlık harcamaları haritasında Türkiye orta grupta yer almıştır. İstatistik veri 2014 için 567 USD'dir. Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamaları 301-1000 USD aralığındadır.

Şekil 2: Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamalarına İlişkin Harita, 2014 (US\$)



Kaynak: World Health Organization, National Health Accounts, 2014.

WHO'nun Haziran 2016'da güncellediği 2014 yılı rakamlarına göre dünya için kişi başı sağlık harcaması tutarı ortalama dolar kuru üzerinden 1.058 dolardır (http://www.who.int/gho/health_financing/en/).

Şekil 3: Türkiye'de Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Gelişimi 1995-2014



Kaynak: Grafik WHO Türkiye istatistikleri kullanılarak hazırlanmıştır.

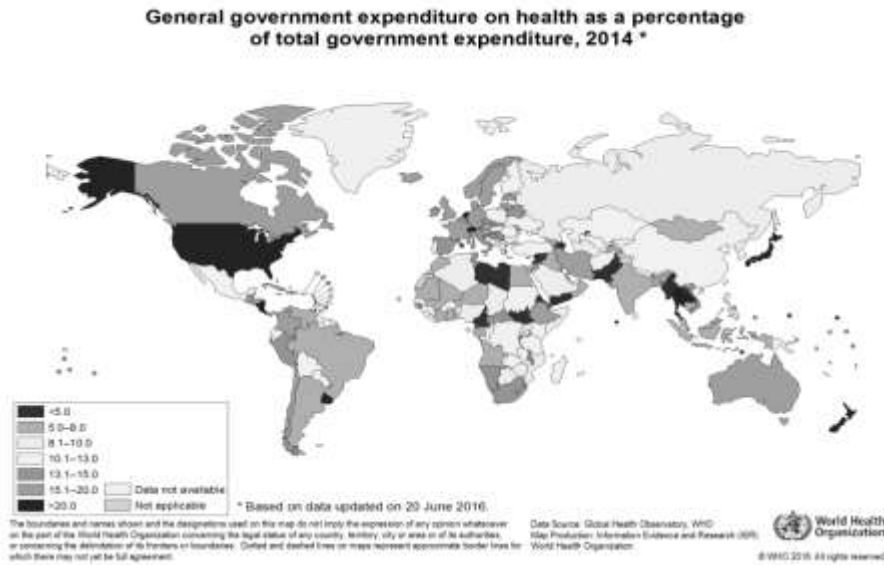
Dünya Sağlık Örgütü kişi başı sağlık harcamalarını ele alırken iki temel parite kullanmaktadır. Birincisinde harcamalar dolar cinsinden ele alınarak harcama rakamları bulunmakta, ikincisinde ise yine dolar kullanılmakla birlikte satın alma gücü paritesine göre hesaplama yapılmaktadır. Yukarıdaki haritada ortalama dolar kurundan harcamalar ele alınmıştır. Buna göre 1995 yılında 96 USD'den 2000 yılında 206 USD'ye 2005 yılında 386 USD'ye, 2010 yılında 565 USD'ye ve 2014 yılında 567 USD'ye yükselmiştir. Satın alma gücü paritesine göre hesap edilen rakamlar ele alındığında Türkiye'nin kişi başı sağlık harcaması ise 1995 yılında

180 USD'den 2000 yılında 457 USD'ye 2005 yılında 624 USD'ye, 2010 yılında 904 USD'ye ve 2014 yılında 1.036 USD'ye yükselmiştir.

4.3. Kamu Harcamaları İçinde Sağlık Harcamaları

Kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı tek başına ülkedeki sağlık harcamalarının yeterliliğini ifade edecek bir ölçüt değildir. Ancak ülke bütçesinde sağlık harcamalarına ne kadar pay ayrıldığı, bu ülkenin sağlığa, dolayısıyla vatandaşlarının sağlıklı gelişimine ayırdığı pay olarak algılanmaktadır. Bu yönüyle de sosyal devlet anlayışı ile ilintilendirilebilmektedir. Bu oran aynı zamanda devletin vatandaşa bakış açısının belirlenmesinde de kullanılmaktadır. Çünkü kamu harcamalarının dağılımını belirleyen maliye politikaları aynı zamanda içinde bulunulan yönetim sistemi ve yaklaşımının önceliklerini de ifade etmektedir. Birincil öncelik genellikle bütçeden daha fazla pay almaktadır. Eğitim ve sağlık harcamalarının bütçeden aldığı payın yüksekliği ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle ilintilendirilebilmektedir. Savunma harcamaları diğer harcamaların çok çok önünde bir devlet için savunma harcamalarının ön plana çıkartıldığı, dolayısıyla kamu kaynaklarının ağırlıklı olarak askeri harcamalar için ayrıldığı ifade edilmekte ve gerekçeleri sorgulanabilmektedir.

Şekil 4: 2014 Yılı İçin Toplam Kamu Harcamaları İçindeki Sağlık Harcamaları Payı Haritası (2016 Haziran Ayında Güncellenmiş Rakamlar)



Kaynak: World Health Organization, National Health Accounts, 2014.

WHO verilerine göre dünya ortalaması 2014 için %15,5 olmaktadır (http://www.who.int/gho/health_financing/government_expenditure/en/). Türkiye bu tabloda % 10,1-%13 aralığında, çoğunlukla Doğu Avrupa ile Orta ve Doğu Asya ülkeleri arasında yer almaktadır.

Şekil 5: Devletin Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Harcamaları İçindeki Payı

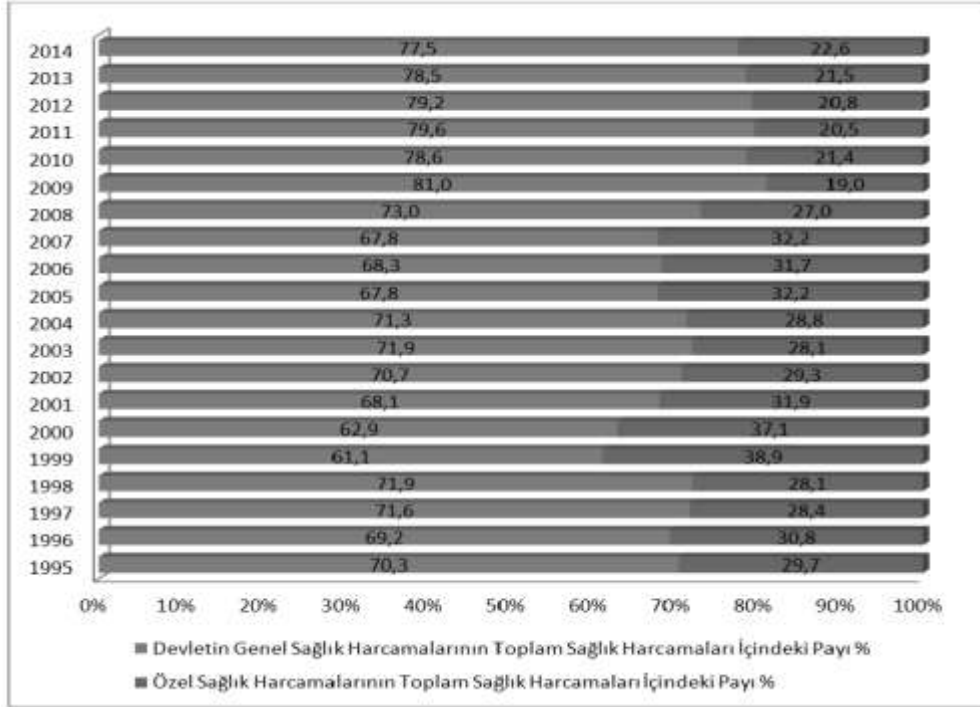


Kaynak: Grafik WHO Türkiye istatistikleri kullanılarak hazırlanmıştır.

Sağlık harcamalarının bütçeden aldığı pay 1998 yılında gördüğü %11,5 seviyesinden sonra 2001 yılına kadar düşmüş ve bu yılda %8,2 seviyesini görmüştür. Türkiye’de uygulamaya alınan dönüşüm programı ve reform çalışmaları ile birlikte sağlık harcamalarının bütçeden aldığı payda da yükselme olmuştur. Bu yükselme 2008 yılına kadar düzenli devam etmiş ve %12’ler seviyesine gelmiştir. Bu yıldan sonra bir miktar düşüş ile %10,5-11’ler civarında gerçekleşmektedir. Kamu sağlık harcamalarının toplam kamu bütçesi içindeki payının artışı sosyal devlet uygulamaları açısından önemli görülmektedir.

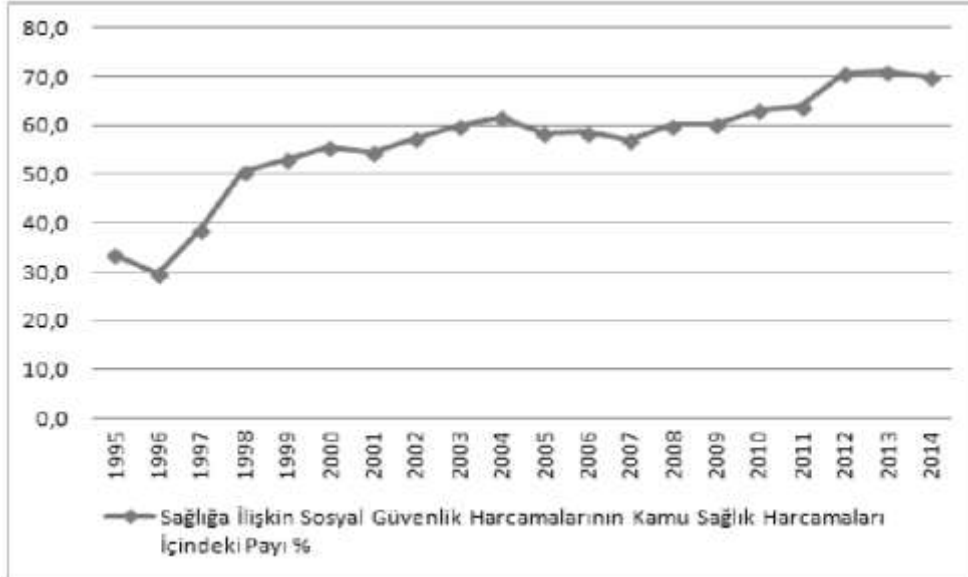
Ülkedeki toplam sağlık harcamalarının büyüklüğü ülkenin sağlığa verdiği önem ve ekonomik gelişmişlik seviyesi için bir veri olsa da bir başka husus, bu harcamaların finansmanında kamu-özel bölüşümüdür. Kamu sağlık harcamalarının düşük olduğu ya da sağlığa ilişkin kamu sosyal güvenlik kapsamının sınırlı olduğu ülkelerde kişilerin yeterli sağlık hizmeti alabilmesi için cepten ödeme ya da özel sigortalar yoluyla sağlık harcaması yapması gerekmektedir. Genel gelir seviyesinin düşük olduğu ve gelir dağılımının bozuk olduğu ülkelerde kişilerin yeterli sağlık harcaması alması kamunun harcamalarına bağlı olmaktadır. Aşağıda Türkiye’deki toplam sağlık harcamalarının ne kadarının kamu ne kadarının özel harcama olduğuna ilişkin şekil hazırlanmıştır.

Şekil 6: Toplam Sağlık Harcamalarının Kamu ve Özel Arasında Bölüşümü 1995- 2014



Kaynak: Grafik WHO Türkiye istatistikleri kullanılarak hazırlanmıştır.

Şekil 7: Sağlığa İlişkin Sosyal Güvenlik Harcamalarının Kamu Sağlık Harcamaları İçindeki Payı %



Kaynak: Grafik WHO Türkiye istatistikleri kullanılarak hazırlanmıştır.

4.4. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

Sağlık harcamalarının ülkenin gayrisafi milli hasılası içindeki payı da ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde kriter olarak kullanılabilir. Ülkenin toplam ekonomik kapasitesinin ne kadarının sağlık hizmetleri üretiminden kaynaklandığı anlaşılmaktadır.

Şekil 8: 2014 Yılı için GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları Payı (2016 Haziran Ayında Güncellenmiş Rakamlar)



Kaynak: World Health Organization, National Health Accounts, 2014.

WHO'nun en son yayınladığı 2014 yılı rakamlarına göre dünya GSMH'nin %9,9'unu sağlık harcamaları oluşturmaktadır (http://www.who.int/gho/health_financing/en/).

Türkiye bu tabloda %5,1-%8 aralığında daha çok Doğu Avrupa ve Asya ülkeleri arasında yer almıştır.

Şekil 9: Toplam Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla İçindeki Payı



Kaynak: Grafik WHO Türkiye istatistikleri kullanılarak hazırlanmıştır.

Yıllar itibarıyla sağlık harcamalarının toplam GSMH içindeki payı için şekillerdeki veriler incelendiğinde 2009 yılına kadar Türkiye'nin düzenli sayılabilecek bir artış içinde olduğu görülmektedir. Bu durum Türkiye'de hizmetler sektöründe yaşanan üretim artışı ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinde ve harcamalarında meydana gelen artış olarak da yorumlanabilecektir. Ayrıca bu durum gelir seviyesinde genel bir artışın sonucu olarak da yorumlanabilecektir. Sonrasındaki iki yılda oransal düşüşün ardından yeniden yükselme trendi söz konusudur.

4.5. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamalarında Son Durum

Türkiye İstatistik Kurumunun yayınladığı veri ve bültenler incelendiğinde 2013 ve 2014 yılı karşılaştırmalı istatistik veriler şu şekilde gerçekleşmiştir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18853>):

Sağlık harcamaları, 2014 yılında 2013'e göre %12,3 oranında artarak 94 milyar 750 milyon TL'ye ulaşmıştır. Cari sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı 2013 yılında %94,4 iken 2014 yılında %93,8 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 2: Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2013-2014

	(Milyon TL)							
	2013				2014			
	Toplam	%	Genel devlet	Özel sektör	Toplam	%	Genel devlet	Özel sektör
Toplam sağlık harcaması	84 390	100,0	66 226	18 162	94 750	100,0	73 382	21 368
Cari sağlık harcaması	79 702	94,4	62 447	17 255	88 878	93,8	68 974	19 904
Hastaneler	41 785	49,5	34 095	7 690	46 429	49,0	37 608	8 823
Evde hemşirelik bakımı	2	0,0	-	2	1	0,0	-	1
Ayakta bakım sunanlar	10 807	12,8	7 978	2 830	11 624	12,3	8 334	3 290
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	21 230	25,2	16 742	5 488	24 136	25,5	17 627	6 509
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	3 167	3,8	3 167	-	3 836	4,0	3 836	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	342	0,4	207	106	374	0,4	225	149
Sınıflandırmayan diğer kategori	2 398	2,8	1 258	1 140	2 479	2,6	1 346	1 133
Yatırım	4 688	5,6	3 781	907	5 871	6,2	4 407	1 464

Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyecektir.

- Bilgi yoktur.

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu Bülteni, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18853>

Hanehalkları tarafından tedavi, ilaç vb. amaçlı yapılan cepten sağlık harcaması, 2014 yılında %18,8 artarak 16 milyar 819 milyon TL'ye yükselmiştir. Hanehalkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2014 yılında %17,8'e yükselmiştir.

5. TÜRKİYE'DE BELEDİYELERİN SAĞLIK GÖREVLERİ

Sağlık hizmetlerinde kaynak dağılımının etkinliğinin sağlanmasında özellikle planlama ve denetim açısından merkezi yönetimin etkin olması hem bir gereklilik hem de yerel yönetimlerin kendi başlarına sağlık yatırımlarına girişmelerini kısıtlayıcı bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte belediyelerin sağlık hizmeti üretimine ilişkin görev ve sorumlulukları ile ilgili olarak bazı düzenlemelerden bahsedilebilir (Sayım, 2011b: 161).

Belediyelerin teşkilat ve görevlerine ilişkin temel kanun, 3.7.2005 tarihli ve 5393 sayılı Belediye Kanunu'dur. Kanun'un 14'üncü maddesi belediyenin görev ve sorumluluklarını ortaya koymaktadır. Görev ve sorumluluklar mahalli ve müşterek nitelikte olmak şartıyla birinci fıkranın a ve b bentlerinde ayrı ayrı ifade edilmiştir. "a" bendindekiler belediyelere verilen görevleri ifade etmektedir. Kanun metninden, bu bentteki görevlerin, belediyelerin yapmak zorunda olduğu asli türdeki işlevleri olduğu çıkarılmaktadır. "b" bendindeki görevler ise belediyelere verilen zorunlu görevler olmayıp bu alanlarda belediyelere izin niteliği taşımakta ve belediyelerin bu alanlarda hizmet verebileceğini ifade etmektedir.

Bu Kanun'un görev ve yetkiler bölümünde ifade edilen zorunlu ve isteğe bağlı görevler arasındaki sağlıkla ilgili sayılan konular aynı zamanda belediyelerin sağlık yatırımlarını yönlendiren maddelerdir. Bu yetkiler çerçevesinde sağlık konusu ile ilintilendirilebilecek belediyelerin zorunlu olarak vermek zorunda olduğu hizmetler, "çevre ve çevre sağlığı, su ve kanalizasyon, temizlik ve katı atık; zabıta, acil yardım, kurtarma ve ambulans; defin ve mezarlıklar; gençlik ve spor hizmetleri" olarak sayılabilir. Belediyelerin sağlıkla ilgili doğrudan tedavi ve rehabilite edici büyük yatırımlara girişmesi kanunda zorunlu bir görev olarak görülmemiştir. "b" bendinde belediyelerin her türlü sağlık tesisini açıp işletebileceği ifade edilmekle birlikte bu, izin niteliğinde bir düzenlemedir.

Belediyelerin yetki ve imtiyazlarının sayıldığı 15'inci maddenin üçüncü fıkrasında, "*İl sınırları içinde büyükşehir belediyeleri, belediye ve mücavir alan sınırları içinde il belediyeleri ile nüfusu 10.000'i geçen belediyelerin meclis kararıyla; sağlık, su, termal su, kanalizasyon, gibi alt yapı çalışmalarını faiz almaksızın on yıla kadar geri ödemeli veya ücretsiz olarak yapabileceği veya yaptırabileceği, bunun karşılığında yapılan tesislere ortak olabileceği; sağlık, eğitim, sosyal hizmet ve turizmi geliştirecek projelere İçişleri Bakanlığının onayı ile ücretsiz veya düşük bir bedelle amacı dışında kullanılmamak kaydıyla arsa tahsis edebileceği*" ifade edilmektedir. 15'inci maddenin birinci fıkrasının a bendinde belediyelerin, belde sakinlerinin mahallî müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla her türlü faaliyet ve girişimde bulunmaya yetkili olduğu ifade edilmektedir.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Ekonomi biliminde devletin ekonomiye müdahalesi bazı gerekçelere bağlı olarak kabul görmektedir. Bu gerekçelerin ortaya çıktığı durumlar ve sektörler piyasa başarısızlıkları olarak isimlendirmektedir. Devletin sağlık sektöründe hem üretici hem de finansör olarak yer almasının sebepleri olarak yetersiz bilgi, olumsuz seçim ve ahlaki tehlike, dışsallıklar ve paternalizm gösterilmektedir. Ayrıca sosyal refah devleti anlayışının da bir yansıması olarak ülkelerin çoğunda sağlık hizmetleri ve genel sağlık sigortaları kamu kesimi tarafından finanse edilmekte ve dolayısıyla da sağlık harcamalarının finansmanında en büyük rolü kamu kesimi üstlenmektedir. Toplam sağlık harcamaları finansmanında sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan harcamalar ve genel devlet harcamaları birleştirildiğinde, toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı özel sektör harcamalarının üstüne çıkmaktadır. Sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı da önemli seviyededir.

İlgili kısımda gösterilen rakamlar çerçevesinde, Türkiye sağlık harcamaları yönünden dünya ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Dünya Sağlık Örgütü'nün en son güncellediği 2014 yılı kişi başı sağlık harcamaları haritasında Türkiye orta grupta yer almıştır (2014 için 567 USD). Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamaları WHO haritasında 301-1000 USD aralığındadır. Ortalama dolar kurundan harcamalar ele alındığında 1995 yılında 96 USD'den 2000 yılında 206 USD'ye 2005 yılında 386 USD'ye, 2010 yılında 565 USD'ye ve 2014 yılında 567 USD'ye yükselmiştir. Satın alma gücü paritesine göre hesap edilen rakamlar ele alındığında Türkiye'nin kişi başı sağlık harcaması ise 1995 yılında 180 USD'den 2000 yılında 457 USD'ye 2005 yılında 624 USD'ye, 2010 yılında 904 USD'ye ve 2014 yılında 1.036 USD'ye yükselmiştir.

Türkiye'de uygulamaya alınan sağlıkta dönüşüm programı ve reform çalışmaları ile birlikte sağlık harcamalarının bütçeden aldığı payda da bir yükselme olmuştur. Bu yükselme 2008 yılına kadar düzenli olarak devam etmiş ve bütçe içerisindeki payı %12'ler seviyesine gelmiştir. Bu yıldan sonra bir miktar düşüş yaşanmış ve bu pay %11'ler civarında gerçekleşmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı, tek başına ülkedeki sağlık harcamalarının yeterliliğini ifade edecek bir ölçüt değildir. Ancak ülke bütçesinde sağlık harcamalarına ne kadar pay ayrıldığı, bu ülkenin sağlığa, dolayısıyla vatandaşlarının sağlıklı gelişimine ayırdığı pay olarak algılanmaktadır. Eğitim ve sağlık harcamalarının bütçeden aldığı payın yüksekliği ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle ilintilendirilebilmektedir. İlgili kısımda da gösterildiği üzere Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre bu payın dünya ortalaması 2014 yılı için %15,5 olmuştur. Türkiye ise bu veride %10,1-%13 aralığında yer almakta ve bu sınıflandırmada çoğunlukla Doğu Avrupa ile Orta ve Doğu Asya ülkeleri arasında yer almaktadır.

Genel olarak ülkelerin toplam sağlık harcamalarının büyüklüğü o ülkenin sağlığa verdiği önem ve ekonomik gelişmişlik seviyesi için bir veri olsa da, bir başka husus bu harcamaların finansmanında kamu-özel bölüşümü olmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının düşük olduğu ya da sağlığa ilişkin kamu sosyal güvenlik kapsamının sınırlı olduğu ülkelerde, kişilerin yeterli sağlık hizmeti alabilmesi için cepten ödeme ya da özel sigortalar yoluyla sağlık harcaması yapması gerekmektedir. Genel gelir seviyesinin düşük olduğu ve gelir dağılımının bozuk

olduğu ülkelerde kişilerin yeterli sağlık hizmeti alması kamunun harcamalarına bağlı olmaktadır.

Sağlık harcamalarının ülkenin gayrisafi milli hasılası içindeki payı da ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde kriter olarak kullanılabilir. Ülkenin toplam ekonomik kapasitesinin ne kadarının sağlık hizmetleri üretiminden kaynaklandığı anlaşılmaktadır. WHO'nun 2014 yılı rakamlarına göre dünya GSMH'nin %9,9'unu sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Türkiye bu tabloda %5,1-%8 aralığında daha çok Doğu Avrupa ve Asya ülkeleri arasında yer almıştır.

Çalışmada sağlık hizmetlerinin gördürülmesinde belediyelerin yetkileri de incelenmiştir. Belediye kanununun görev ve yetkiler bölümünde ifade edilen zorunlu ve isteğe bağlı görevler arasındaki sağlıkla ilgili sayılan konular aynı zamanda belediyelerin sağlık yatırımlarını yönlendiren maddelerdir. Bu yetkiler çerçevesinde sağlık konusu ile ilintilendirilebilecek, belediyelerin zorunlu olarak vermek zorunda olduğu hizmetler, “çevre ve çevre sağlığı, su ve kanalizasyon, temizlik ve katı atık; zabıta, acil yardım, kurtarma ve ambulans; defin ve mezarlıklar; gençlik ve spor hizmetleri” olarak sayılabilir. Belediyelerin sağlıkla ilgili doğrudan tedavi ve rehabilite edici büyük yatırımlara girişmesi kanunda zorunlu bir görev olarak görülmemiştir. Son durumda kamu sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı bünyesinde konsolide edilmesine yönelik reformlar sebebiyle belediyelerin bu tür yatırımlara girişmesi yönünde bir anlayış ve beklenti bulunmamaktadır. Bazı büyükşehir belediyelerinin evde bakım hizmeti gibi hizmetler için kaynak ayırdığı bilinmektedir. Sağlık hizmetleri için gerekli sabit sermaye yatırımının oldukça büyük olması sebebiyle tedavi edici sağlık hizmetleri için yapılacak yatırımlarda maliyet fayda ve maliyet etkililik gibi analizlerin titizlikle yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte yerel yönetimlerin özellikle sağlık hizmetlerine erişim yönünden dezavantajlı kesimlere yönelik hizmetlere yoğunlaşması düşünülebilir. Özellikle dezavantajlı kesimlerin sağlık hizmetlerine erişiminin yerelden takibine ilişkin sistemlerin kurulması ve işletilmesi, belediye yapmasa bile çalışanların kadın ve çocukların sağlık taramalarının belediye bölgesinde takip ve kontrol edebilmesi, bilinçlendirici, önleyici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine bütçe ayrılması gibi hususlar belediyelerin yapabileceği hizmetler olarak görülmelidir. Bu alanda gerçekleştirilen başarılı model uygulamalar yaygınlaştırılabilir. Bunların maliyet fayda ve etkililik analizleri yapılabilir. Bunlar ulusal sağlık harcamalarının etkinliğini arttırmada rol oynayabilecektir. Belediyelerin bu tür çalışmalarına ilişkin “yetki, bütçe, insan kaynağı, organizasyon gücü vb.” faktörlere ilişkin analizler ileride başka akademik çalışmalarda ele alınabilir.

KAYNAKÇA

- Donaldson, C., Gerard, K., Jan, S. & Wiseman, V. (2005). *Economics of Health Care Financing*. China: Palgrave Mcmillan.
- Fişek, N. (1982). *Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları*, Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144. Erişim Tarihi: 28.12.2008, <http://ankararefakat.net/drupaltr/drupal-5.2/?q=node/12>
- Folland, S., Goodman, A.C. ve Stano, M. (2007). *The Economics of Health and Health Care, Fifth Edition*, Pearson Prentice Hall, New Jersey.

- Folland, S., Goodman, A.C. ve Stano, M. (2010). *The Economics of Health and Health Care* (6 b.), New Jersey: Pearson Education.
- Getzen, T. (2010). *Health, Economics and Financing* (4b.), USA: John Wiley&Sons,Inc.
- Global Agenda Council (2008). *Summit on the Global Agenda*, Dubai, United Arab Emirates: World Economic Forum.
- Jacobs, P. ve Rapoport, J. (2002). *The Economics of Health and Medical Care*, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Karafakıoğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, İstanbul.
- Kaul, I. ve Conceição, P. (Editors). (2006). *The New Public Finance*. New York: Oxford University Pres.
- Mutlu, A. ve Işık, A. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Yayınları.
- Rosen, H. S. (2005). *Public Finance*, McGraw Hill Education, Seventh Edition, Internatioanal Edition, United States.
- Sayım, F. (2009). *Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı, Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi*, Ankara: Seçkin Yayınları.
- Sayım, F. (2011a). *Sağlık Piyasası ve Etik*, Bursa: MKM Yayınları.
- Sayım, F. (2011b). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanına İlişkin Ulusal Hesaplar ve Sağlık Alanında Belediyelere Verilen Görev ile Yetkiler. *Bütçe Dünyası Dergisi*, Sayı:2011/1, 151-165.
- Stiglitz, J. E. (1994). *Kamu Kesimi Ekonomisi*, Çeviren: Ö.F. BatireL, Marmara Üniversitesi Yayınları, Yayın No:59, İkinci Baskı, İstanbul.
- Tokat, M. (1993). *Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı*, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2016). Sağlık Harcamaları Bülteni. Erişim Tarihi: 20.02.2009, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/sagliksektorufinansmani.pdf>
- Türkiye İstatistik Kurumu Erişim Tarihi: 29.06.2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18853>
- Wonderling, D., Gruen, R. ve Black, N. (2005). *Introduction to Health Economics*, Glasgow: McGraw Hill Education.
- World Health Organization (WHO) (1946). Frequently Asked Question-What is the WHO Definition of Health?, Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June-22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. Erişim Tarihi:28.12.2008, <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html> .
- World Health Organization (WHO) (2009). Erişim Tarihi: 25.05.2010, <http://www.who.int/countries/tur/en/index.html>
- World Health Organization (WHO) (2010). WHO-National Health Accounting. Erişim Tarihi: 25.02.2011, <http://www.who.int/nha/en/index.html>.
- World Health Organization (WHO) (Haziran 2016). National Health Accounts, 2014 Erişim Tarihi: 21.07.2016, http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/PerCapitaUSD_2014.png
- World Health Organization (WHO) (Haziran 2016). National Health Accounts, 2014. Erişim Tarihi: 21.07.2016, http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/TotPercentGDP_2014.png
- World Health Organization (WHO) (Haziran 2016). National Health Accounts, 2014 Erişim Tarihi: 21.07.2016, http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/GenGovExpTotal_2014.png