

*Araştırma Makalesi - Research Article*

## 2000-2021 Dönemi Türkiye’de Sağlık Harcamalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi

### Examination and Evaluation of Health Expenditures in Turkey During 2000-2021 Period

Murat ZORKUN<sup>1\*</sup>, Duran BÜLBÜL<sup>2</sup>

*Geliş / Received: 26/09/2022*

*Revize / Revised: 25/11/2022*

*Kabul / Accepted: 20/12/2022*

#### ÖZ

Sağlık harcamaları, bir toplumun fiziksel ve ruhsal olarak iyi olması amacıyla yapılan harcamalardır. Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte bu harcamaların büyük çoğunluğu kamu kesimi tarafından üstlenilmekte ancak özel kesimin payının da azımsanmayacak ölçüde olduğu görülmektedir. Kamu kesimi payının fazlalığı, sosyal refah devleti anlayışının bir gereğidir. Ayrıca sağlık harcamalarının finansmanında kamu kesiminin pay çokluğuyla, beşerî sermayenin artırılarak ekonomik büyüme ve kalkınmanın desteklenmesi, gelir dağılımının düzenlenmesi ve yoksulluğun azaltılması arasında bir korelasyon vardır. Çok yönlü faydaları olan bu harcamaların artırılması, refah devletini ilke kabul eden ve makroekonomik göstergelerin iyileştirilmesini arzulayan bütün devletlerin hedefi dâhilindedir. Belirtilen ilke ve hedefler doğrultusunda yapılan sağlık harcamalarının Türkiye bağlamında incelenmesi bu çalışmanın hazırlanmasında temel motivasyon kaynağıdır. Belirlenen amaçtan hareketle öncelikle sağlık harcamaları ile ilgili genel bilgiler verilmiş, harcamaların öneminden, ekonomik büyüme ve kalkınma ile yoksulluk ilişkisinden bahsedilmiştir. Daha sonra Türkiye’de sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler OECD ülkeleri ile karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının OECD ülkeleri ortalamasının çok altında kaldığı tespiti yapılmıştır. Türkiye’nin OECD ortalamasını yakalaması hatta ortalamasının üstüne çıkması için sağlık harcamalarına bütçeden ciddi anlamda pay ayrılması gerektiği önerisinde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler-** Sağlık, Sağlık Harcamaları, OECD, Türkiye

#### ABSTRACT

Health expenditures are expenditures made for the physical and spiritual well-being of a society. Although it varies from country to country, the vast majority of these expenditures are undertaken by the public sector, but it is seen that the share of the private sector is also to an extent that cannot be underestimated. The surplus of the public sector share is a requirement of the understanding of the social welfare state. In addition, there is a correlation between the decency of the public sector in financing health expenditures, increasing human capital to support economic growth and development, regulating income distribution and reducing poverty. Increasing these expenditures, which have multifaceted benefits, is within the goal of all states that accept the welfare state as a principle and desire to improve macroeconomic indicators. The study of health expenditures made in accordance with the stated principles and objectives in the context of Turkey is the main motivation for the

<sup>1\*</sup>Sorumlu yazar iletişim: [mzorkun@kastamonu.edu.tr](mailto:mzorkun@kastamonu.edu.tr) (<https://orcid.org/0000-0002-4619-1477>)

İşletme Bölümü, Kastamonu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kastamonu, Türkiye

<sup>2</sup>İletişim: [duranbulbul@gazi.edu.tr](mailto:duranbulbul@gazi.edu.tr) (<https://orcid.org/0000-0002-3890-2304>)

Maliye Bölümü, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ankara, Türkiye.

preparation of this study. Based on the determined purpose, first of all, general information about health expenditures was given, the importance of expenditures, the relationship between economic growth and development and poverty was mentioned. Then, the indicators related to health expenditures in Turkey were compared with the OECD countries. As a result of the study, it was determined that health expenditures in Turkey remained well below the average of OECD countries. It has been suggested that in order for Turkey to reach the OECD average or even to rise above the average, a significant share of the budget should be allocated to health expenditures.

**Keywords- Health, Health Expenditure, OECD, Turkey**

## I.GİRİŞ

Sağlıklı bir toplum için sağlık harcamalarının devlet tarafından üstlenilmesi ve artırılması fikri, II. Dünya savaşından sonra önemli hale gelen sosyal refah devleti anlayışı ile daha fazla taraf bulmaya başlamıştır. Devletler bu görüş çerçevesinde hareket ederek toplumun sağlığını iyileştirmek gayesiyle bütçeden sağlık harcamalarına önemli pay ayırmışlardır. 1980’li yıllarda küresel iklimde neoliberal havalara estirene (bilhassa Türkiye bundan payını almıştır) kadar bu durum devam edegelmiştir. Daha sonra sağlıkta dönüşüm programlarıyla birlikte artık harcamalarda kamu kesiminin payının azaltılması hedefi doğrultusunda düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır.

Sağlık harcamalarında kamu payının yüksek olması elbette refahın artması için istenen bir durumdur. Ancak bunun yüksek oluşunda istemenin yanında aynı zamanda sağlık hizmetlerinin özelliklerinin etkisinin de olduğunu bir gerçektir. Nitekim sağlık harcamalarının faydası yalnızca bireylerle sınırlı kalmamakta, dışsallığının fazla olması sebebiyle tüm toplum da pozitif yönde etkilenmektedir.

Tüm toplumu etkileyen sağlık harcamaları; bir toplumun sağlığını iyileştirmekle kalmayıp, ayrıca ekonomik büyüme ve kalkınmadan gelir dağılımında adaletin tesisine ve yoksulluğun azaltılmasına kadar çok geniş yelpazede etkileri olan, cari giderden çok aslında bir yatırım özelliğini içinde barındıran bir üst kavramdır. Dolayısıyla sağlık harcamalarını refahın artırılmasına ek olarak, ülkenin makroekonomik göstergelerini de iyileştiren sihirli bir değnek olarak ifade etmek yerinde olacaktır.

Toplum refahını artırmak ve makroekonomik göstergeleri iyileştirmek isteyen devletlerin yollarının sağlık harcamalarını artırmaktan geçtiğinin bilincinden hareketle Türkiye’nin mevcut durumunun tahlili, bu çalışmanın hazırlanmasında temel motivasyon kaynağımız olmuştur. Bilhassa OECD üye ülkelerinden biri olan Türkiye’yi diğer ülke ortalamaları ile mukayese etmek Türkiye’nin görünümünün daha doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlayacaktır. Çalışma kapsamında belirlenen amaç doğrultusunda öncelikle sağlık kavramı tanımlanarak sağlık hizmetlerinin özelliklerinden bahsedilmiştir. Daha sonra sağlık harcamalarının önemi kapsamında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınma ile gelir dağılımı ve yoksulluk ilişkisine değinilmiştir. Bir sonraki bölümde Türkiye’de sağlık harcamaları verileri, OECD ülkelerinin sağlık harcaması verileri ile mukayese edilerek değerlendirilmiştir. Son olarak ise COVID-19 süresince sağlık harcamalarının gelişim seyirinden bahsedilerek çalışma sonlandırılmıştır.

## II.SAĞLIK HARCAMALARI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

### A. Sağlık Harcamalarının Tanımı

Sağlığı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), “*Sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal bir iyilik hali*” olarak ifade etmektedir. İlaveten WHO sağlığı; eğitim ve istihdam da dâhil çeşitli faaliyetlere katılım için bir ön koşul olarak nitelendirmektedir (Öztürk ve Kıraç, 2019: 382).

Sağlık harcamalarının tanımını, dar ve geniş anlamda olmak üzere iki farklı şekilde yapabilmek mümkündür. Dar anlamda sağlık harcamaları; “*Sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında yapılan giderler*” (Kaya, 2019: 13) şeklinde ifade edilebilir. Bu noktada açıklığa kavuşturulması gereken soru, sağlık hizmetlerinin neler olduğudur. Sağlık hizmetleri esas itibarıyla koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç türden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye ve çevreye yönelik sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; ayakta tedavi, bir ileri aşaması olan yatakta tedavi ve son aşama ileri teknoloji destekli tedavilerden oluşmaktadır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise; tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki aşamadan müteşekkildir (Sayım, 2017: 14).

Geniş anlamda sağlık harcamaları; “Sağlık kurumları bina ve altyapı harcamaları, sağlık işgücü ve donanım harcamaları, vatandaşların fiziksel ve ruhsal sağlık koşullarını iyileştirecek yatırım harcamaları, çevre sağlığına yönelik yatırım harcamaları, ilaç-tıbbi malzeme ve tanılama- görüntüleme cihazları üretimine yönelik yatırım harcamaları, sağlık eğitimine yönelik yatırım harcamaları, optimum sağlık mali stoku, personel ve teşkilat planlaması için izleme ve araştırmaya yönelik yatırım harcamaları, hastalık-ilaç yan etki dağılımı vb. Ar-Ge harcamaları, standardizasyon-kalite-cihaz kalibrasyon-izleme harcamaları” (Sayım, 2017: 14) şeklinde detaylı olarak ifade edilebilir.

### **B. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık harcamaları kavramının tanımsal olarak ifade edilmesinin önemi hiç şüphesiz büyüktür. Ancak kavramın tanımlanmasına ek olarak sağlık hizmetlerinin özelliklerinden de bahsetmek gerekmektedir. Buradan hareketle sağlık hizmetleri mevcut literatürdeki farklı sıralamalarından ziyade kapsayıcı olarak aşağıdaki gibi sıralanabilir (Atabey Ertürk, 2016: 14-20):

**Sağlık hizmetleri kamusaldır:** Sağlık hizmetlerinin bir kısmı (koruyucu sağlık hizmetleri) yalnızca kamu tarafından sunulabilirken, bir diğer kısmı (tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri) hem kamu hem de özel sektör tarafından sunulabilmektedir (Altay, 2007: 34-35; Çevik ve Yüksel, 2021: 89). Bunların ağırlığı ise ülkeden ülkeye değişmekle birlikte çeşitli sebeplere bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir.

**Sağlık hizmetleri erdemli bir hizmettir:** Toplumsal refahın artırılabilmesi için özel mal niteliğinde olan erdemli malların devlet tarafından tüm topluma hizmet şeklinde sunulması, sağlık hizmetinin erdemli hizmet olmasını sağlamaktadır.

**Sağlık hizmetleri dışsaldır:** Sağlık hizmetlerinden yararlananların bireyler olmasına karşın bundan etkilenenler aslında kişinin çevresinden başlamak üzere toplumun tamamıdır (Altunöz, 2020: 86). Nitekim COVID-19 gibi bir salgının olduğu günümüzde bir kişinin sağlık hizmetlerinden yararlanarak iyileşmesi, diğer bireylerin bundan olumlu yönde etkilenmesine vesile olmaktadır.

**Sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesi gerekmektedir:** Sağlık hizmetleri daha önce de belirtildiği üzere toplumun tamamına faydası olan ve tüm toplumun bu hizmetlerden yararlanması icap eden bir hizmettir. Şayet bu hizmet tamamen özel sektöre bırakılırsa, gerekli parayı temin edemeyen kişiler hizmetten faydalanamayacaktır. Dolayısıyla devletin müdahil olması, sosyal refah devleti anlayışının bir gereği olarak önem arz etmektedir.

**Sağlık hizmetlerinin tüketiminde talep belirsizdir:** Toplum bireylerinin, sağlık hizmeti konusunda karşılaşılabilecek durumların belirsiz olması, onların önceden talep miktarını belirleme noktasında bilinmezliğe itmektedir. Nitekim hiçbir birey ne zaman hasta olacağını ve netice olarak ne kadarlık bir sağlık hizmeti talebinde bulunacağını öngöremez.

**Sağlık hizmetleri doğal tekel olma eğilimi göstermektedir:** Doğal tekellerin özelliklerinden olan, başlangıçta yüksek sabit sermaye gerektirmesi ve yüksek teknolojilere ihtiyaç duyulması sağlık hizmetlerinin de buna doğru evrilmesini gerektirebilmektedir. Nitekim sağlık sektöründe bilhassa teknolojik gelişmelerin olması, bu durumu pekiştirecek örnek niteliğindedir.

**Sağlık hizmetlerinde asimetrik enformasyon olabilmektedir:** Sağlık hizmeti sektöründe istihdam edilen personellerin bilgi ve tecrübesi pekâlâ hizmetten yararlanmak isteyenlerden fazladır. Dolayısıyla bu bilgi asimetrisi zaman zaman da kötüye kullanılabilir. Netice itibarıyla asimetrik enformasyonun önlenmesi, toplumsal refahın artışı sağlayabilecektir.

**Sağlık harcaması yatırım özelliği taşımaktadır:** Sağlık hizmetlerine yapılan/yapılacak harcamalar, kısa vadede gider niteliği taşısa da bu harcamaları uzun vadede; toplum refahını, üretimi, ekonomik büyümeyi sağlayacak bir yatırım olarak değerlendirmek yanlış olmayacaktır.

**Sağlık hizmetleri adaletli dağıtılmalıdır:** Bilhassa kamunun sağladığı sağlık hizmetinden yararlananlar genellikle toplumun düşük gelirli kesimleridir. Dolayısıyla bu kesime verilecek hizmet, sosyal refah devleti anlayışı ve toplumsal adalet tesisi açısından çok önemlidir.

### **C. Sağlık Harcamalarının Önemi**

Devletin; istihdam koşullarını iyileştirmesi, ekonomik büyümeyi sağlaması ve gelir dağılımında adaleti tesis ederek yoksulluğu önlemesi en nihayetinde sosyal refahı yüksek bir toplum inşa etmesi temel

görevlerindedir. Tüm bu gelişmelerin yaşanabilmesi, kritik yatırımların var olmasıyla mümkündür. Geçmişte sabit sermaye yatırımlarının varlığı ön planda tutulurken günümüzde beşerî sermaye yatırımlarının da ekonomik göstergelerin iyileştirilmesinde gerekli olduğu kabul edilmektedir (Bayır ve Kavan, 2021: 33).

Beşerî sermaye yatırımları için ilk ve en önemli bileşen olarak sağlık harcamaları sayılabilir. Nitekim sağlık harcamalarının yüksekliği o toplumdaki sağlıklı bireylerin daha çok olacağı anlamına gelebilir. Bireyler sağlıklı oldukları takdirde, beşerî sermaye yatırım bileşenlerinden olan bilgi, beceri, yetenekler ve eğitimin geliştirilmesini temin edecek faaliyetlere yönelebileceklerdir. Tüm bu faaliyetlerin neticesinde ise beşerî sermaye yatırımları artacak ve istihdam koşulları iyileşerek ekonomik büyüme sağlanabilecektir.

Sağlık harcamaları, beşerî sermaye yatırımlarını artırmada kilit role sahip olması sebebiyle sadece istihdam koşullarının iyileştirmesinde ve ekonomik büyümenin sağlanmasında değil ilave olarak gelir dağılımında adaletin tesisinde ve yoksulluğun önlenmesinde de pay sahibidir. Bu denli önem arz eden sağlık harcamalarının etkilerinin ayrı ayrı değerlendirilmesinde yarar vardır.

*1) Sağlık Harcamaları-Ekonomik Büyüme ve Kalkınma İlişkisi:* Sosyal refah devleti anlayışının bir gereği olarak önem arz eden sağlık, toplumdaki bireylerin hayatlarının sorunsuz ve kaliteli olarak sürdürülmesine katkıda bulunur (Gençoğlu vd.,2020: 1284). Nitekim iyi bir sağlık hizmeti ile yaşam kalitesi birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır (Alhassan vd., 2020: 1). Bu durum ise işgücü verimliliğini artırarak gelirlerde ve refah düzeyinde artışlara vesile olur (Piabuo ve Tieguhong, 2017: 7). İlâveten sağlık harcamalarındaki artışların bireylerin ortalama yaşam sürelerindeki artışları desteklediğini ve netice itibarıyla fiziki yatırımların arttığını ve ekonomik büyümenin sağlandığını söylemek yanlış olmayacaktır. Alhassan vd. (2020) Nijerya’da yaptıkları bir ekonometrik çalışma sonucunda; bireylerin ortalama yaşam beklentisindeki %1’lik bir artışın ekonomik büyümeyi %3,85 oranında artırdığını, ölüm oranlarındaki %1’lik bir artışın ise ekonomik büyümeyi %1,84 oranında azalttığını bulmuşlardır.

Mevcut literatür incelendiğinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ve kalkınma arasında ilişkileri inceleyen çalışmaların olduğu görülmektedir. Nitekim Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012) sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında eş bütünleşme ilişkisi olduğunu; Sökmen (2021) sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru nedensellik ilişkisi olduğunu; Eneji vd. (2013), Khan vd. (2016), Boachie (2017) ve Aydın (2022) ise sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

*2) Sağlık Harcamaları-Gelir Dağılımı ve Yoksulluk İlişkisi:* Gelir dağılımı, bir ülkede belirli bir dönemde oluşturulan milli gelirin üretim faktörleri, kişiler veya gruplar arasında bölüşümü olarak tanımlanabilir. Bu bölüşümün devlet olmadığı zaman adaletli bir şekilde dağıtımı beklenemez. Bu nedenledir ki gelir dağılımı, sosyal refah devleti anlayışının tüm dünyada hakim olmaya başladığı zamanlardan günümüze kadar önemini koruyan bir kavram olagelmiştir. Günümüzde ne kadar ekonomik büyüme devletler açısından bir maliye politikası amacı ise gelir dağılımında adaletin tesis edilmesi de en az o kadar önemli bir maliye politikası amacıdır.

Kamunun finanse ettiği sağlık hizmetlerinden faydalananlar bilhassa sosyal güvencesi olmayan düşük gelirli kesimlerdir. Çünkü geliri nispeten yüksek olan bireyler daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmek için cepten sağlık harcamaları yapmaktadırlar. Dolayısıyla kamunun sağlık harcamalarına ayırdığı bütçenin büyüklüğü, yararlanan kesimlerin gelir dağılımında düzelmeye vesile olabilecek ve yoksulluğun azaltılarak toplum refahının yükseltilmesinde rol oynayabilecektir (Akbulut, 2020: 139).

Literatürde de bu konuyla alakalı önemli çalışmalar vardır. Nitekim Selowsky (1979) Kolombiya’da 4019 hane üzerine araştırma yapmış ve sağlık harcamalarının gelir dağılımı üzerinde düzeltici etkiler yarattığı sonucuna ulaşmıştır. Devarajan ve Hossain (1998) Filipin’de 1988 aile üzerinde anket yapmışlar ve sonuç olarak sağlık harcamalarının gelir dağılımı üzerine yansımaları yoksulluk yanlısı olarak bulmuşlardır. Aksoğan ve Elveren (2012) ise Türkiye üzerine yaptıkları çalışma sonucunda sağlık harcamalarının etkisinin gelir dağılımındaki eşitsizliği bozduğu sonucuna ulaşmışlardır. Söz konusu çalışmalara bakıldığında devletin sağlık harcamalarının bütçedeki payını artırma yönünde politikalar izlemesiyle, maliye politikası amaçlarından olan gelir dağılımında adaletin tesisinin nispeten sağlayabileceğini söylemek yanlış olmayacaktır.

#### **D. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri**

Mevcut devlet anlayışındaki küresel değişimler ve sosyal refah devleti anlayışına yönelik evrilmeler, sağlık harcamaları konusunda da devletlerin sorumluluğunu artırmış ve bu doğrultuda sağlık harcamaları için ayrılan bütçenin zaman içerisinde nispeten önemli boyutlara ulaşmasını sağlamıştır. Günümüzde gerek küresel

gerekse de bölgesel ve ulusal sağlık şoklarını hariç tuttuğumuzda sağlık harcamalarında genel itibariyle bir artış olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bilhassa gelişmiş ülkelerdeki artışın, az gelişmiş ve/veya gelişmekte olan ülkelere nazaran daha yukarı yönlü ivmelendiği görülmektedir (Boz ve Sur, 2016: 25). Sebep olarak ulusal gelir düzeyi ve buna bağlı olarak kişi başı gelir düzeyi farklılıkları gösterilebilir.

Ulusal gelir düzeyini bir kenara bırakacak olursak, sağlık harcamalarındaki artışı birden fazla nedene bağlamak mümkündür. Kısa açıklamalı olarak nedenleri şu şekilde sıralayabiliriz (Kocabadak, 2021: 13-15):

**Eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi:** Toplumda eğitim seviyesinin artması ve bilhassa hastaların bilinçlenmesi, daha kaliteli bir sağlık hizmeti taleplerinin de aynı oranda artmasını tetikleyecektir.

**Sosyal değer yargılarının değişmesi:** Küreselleşmenin artışı, dünyada mevcut olan ihtiyaçların da sürekli değişimini beraberinde getirmektedir. Toplumda yer alan değer yargılarının değişmesiyle, önceleri lüks, pahalı ve erişilmez görülen sağlık hizmetleri günümüzde hayatın vazgeçilmezleri konumuna gelmiştir.

**Teknolojinin ilerlemesi:** Günümüz teknolojileri, yapay zeka, endüstri 4.0, robotlar, nesnelerin interneti gibi gelişmelerle birlikte günden güne ilerlemektedir. Mevcut gelişmelerden sağlık sektörünün de pay alabilmesi için yoğun bir Ar-Ge çalışmaları yapılmaktadır. Ayrıca üretilen yüksek teknolojik cihazların kullanımı için personel eğitimi, bakımı için de ekstra maliyet gerekebilmektedir. Bu durum ister istemez sağlık harcamalarının artışını kaçınılmaz kılmaktadır.

**Kentleşmenin artması:** Kırsal alandan kentlere doğru yaşanan göç hareketleri, daha önce kırsal kesimde sağlık erişimi kısıtından dolayı gizlenebilen hastalıkların ortaya çıkmasına, kentleşme ile birlikte nüfusun kalabalıklaşmasına bağlı olarak sağlık hizmeti taleplerinin artmasına sebebiyet vermiştir. Dolayısıyla sağlık harcamaları da buna mukabil artış göstermiştir.

**Ortalama yaşam süresinin uzaması:** Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması bireylerin daha sağlıklı yaşamalarına ve ortalama yaşam sürelerinin uzamasına vesile olmuştur. Doğurganlık oranlarının düşerek yaşlı nüfus oranının artışı, toplumlarda sağlık için talep artışlarını da beraberinde getirmiştir. Nitekim yaşlanma ile birlikte bireyler hastalığa daha kolay yakalanabilmektedirler (Balçık vd., 2021: 316). Netice itibariyle bu durum da sağlık harcamalarını artıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

### III. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ

Türkiye Cumhuriyeti kurulmadan önce sağlık harcamalarının genellikle kamu tarafından ve vakıflar aracılığıyla finanse edildiği görülmektedir (Kasapoğlu, 2016: 133-134). Cumhuriyet'in ilanından sonra ise Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı daha çok kamusal nitelik kazanmaya başlamıştır (Sevinç ve Yılmaz, 2020: 121). Sağlık alanında kamusal bir yapıya bürünmesi, sosyal refah devleti olarak anılan ülkemizde II. Dünya savaşı sonrasında da devam etmiş ve bunu başaran nadir ülke konumuna gelmemize vesile olmuştur (Altınakar Mercan ve Geyik, 2019: 844).

Sağlık alanında yaşanan kamusallaşma ve bununla birlikte yapılan harcamaların giderek artması, bütçe üzerinde ciddi yüklerin oluşmasına sebebiyet vermiştir. Var olan yüklerin hafifletilmesi adına sağlık alanında reformların yapılması gündeme gelmiştir. 1980'lerde başlatılan sağlıkta reform çalışmaları ile kamunun sağlık sektöründeki payının azaltılması ve kamu haricindeki finansmana ağırlık kazandırması amaçlanmıştır. Ayriyeten kamunun, sağlık hizmeti vermesinden ziyade daha çok piyasanın düzenlenmesi ve denetlenmesi konumunda olması da hedeflenmiştir (Sevinç ve Yılmaz, 2020: 121). Tablo 1'deki gibi sağlık alanında yapılan reformları yıllar itibariyle göstermek daha akılda kalıcı olacaktır.

Tablo 1. Sağlık Alanında Yapılan Reformlar

Yıllar	Yapılan Reformlar
1983	"Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" yayınlanması
1987	3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" yayınlanması
1992	3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun" yayınlanması
1995	"Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi"nin Bakanlar Kurulu Kararıyla sağlık işletmesine dönüştürülmesi
2003	"Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın başlatılması

2006	“5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile sosyal güvenlik kuruluşları (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adıyla tek çatı altında birleştirilmesi
2007	“Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı”nın kurulması
2010	1992’de başlatılan Yeşil Kart uygulamasının kaldırılması ve SGK’ya aktarılması
2011	“Kamu Hastane Birlikleri” reformunun hayata geçirilmesi
2013	6428 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”un yürürlüğe girmesi

**Kaynak:** (Boz, 2013: 284-285; Altunakar Mercan ve Geyik, 2019: 845-846; Sevinç ve Yılmaz, 2020: 121)

Tablo 1 referans alınmak suretiyle sağlık alanında yapılan reformları temelde 3 dönüm noktasına ayırarak incelemek gerekirse; ilk bahsedilecek reform 1983 yılındaki “Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” yayımlanmasıdır. Bir diğer önemli reform 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”dır. Bu program; Türkiye’de sağlık sektörünün mevcut sorunlarını ele almak ve çözmek gayesiyle hazırlanmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017: 52). Program kapsamında 2006 yılında 5502 Sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile sosyal güvenlik kuruluşları (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adıyla tek çatı altında birleştirilmiştir. Sağlık reformu kapsamında bahsedilmesi gereken son yenilik ise; 2013 yılında 6428 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun” yürürlüğe girmesidir. Bu kanunla birlikte sağlık sektöründeki kamunun payı noktasında ciddi dönüşüme yol açan kamu-özel işbirliği modelinin usul ve esasları belirlenmiştir (Boz, 2013: 279).

Yapılan reformların gerekçelerinin altında yatan en önemli sebep olarak; kamu hizmetlerinin etkinsizliği, verimsizliği, kalitesinin düşüklüğü ve sağlık hizmetlerinin karşılanmasında kamunun payının yüksek olmasına bağlı olarak bütçe üzerinde yarattığı aşırı yük gösterilmektedir. 2003’te yapılan sağlık reformu ile 2013 yılında kanunlaşan kamu-özel işbirliği modeli belirtilen gerekçelere çare olarak yapılan değişim-dönüşüm hareketleridir. Ancak reform çalışmalarının sonucunda; hastaların müşteriye, sağlık kurumlarının işletmeye, kamu sağlık hizmetlerinin de piyasaya dönüştüğü gözden kaçmamıştır (Erol ve Özdemir, 2014: 11).

Sağlık harcamaları gerek dünyada gerekse Türkiye’de kamu ve özel kesim tarafından sunulmaktadır. Kamu kesimi denildiğinde merkezi yönetim (genel ve özel bütçeli kurumlar ile düzenleyici ve denetleyici kurumlar), mahalli yönetim (il özel idareleri, belediyeler ve köyler) ve sosyal güvenlik kurumu anlaşılmalıdır. Özel kesim denildiğinde ise; hane halkının yaptığı cepten harcamalar ile diğerleri (banka sandıkları, KİT’ler, vakıf üniversiteleri vs.) anlaşılmalıdır.

**Tablo 2.** Hizmetin Sunulduğu Kesime Göre Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi (Milyon TL)

Yıllar	Kamu Kesimi					Özel Kesim				Genel Toplam	(%)
	Merkezi Yönetim	Mahalli Yönetim	SGK	Kamu Kesimi Toplam	(%)	Hane Halkları	Diğer	Özel Kesim Toplam	(%)		
2000	1.846	458	2.886	5.190	62,9	2.280	778	3.058	37,1	8.248	100
2001	3.612	231	4.595	8.438	68,1	2.832	1.126	3.958	31,9	12.396	100
2002	5.283	356	7.631	13.270	70,7	3.725	1.779	5.504	29,3	18.774	100
2003	6.317	482	10.662	17.462	71,9	4.482	2.335	6.817	28,1	24.279	100
2004	7.659	500	13.231	21.389	71,2	5.775	2.856	8.632	28,8	30.021	100
2005	9.520	467	14.000	23.987	67,8	8.049	3.323	11.372	32,2	35.359	100
2006	11.766	683	17.667	30.116	68,3	9.684	4.269	13.953	31,7	44.069	100
2007	13.966	867	19.697	34.530	67,8	11.105	5.269	16.374	32,2	50.904	100
2008	15.948	865	25.346	42.159	73	10.036	5.545	15.580	27	57.739	100
2009	17.946	667	28.277	46.890	80,1	8.142	2.879	11.021	19,9	57.911	100
2010	17.209	577	30.695	48.482	78,6	10.062	3.134	13.196	21,4	61.678	100
2011	19.086	557	34.937	54.580	79,5	10.590	3.438	14.028	20,5	68.607	100
2012	16.493	662	41.630	58.785	79,2	11.750	3.654	15.404	20,8	74.189	100
2013	18.425	810	46.993	66.228	78,5	14.156	4.006	18.162	21,5	84.390	100
2014	21.282	744	51.356	73.382	77,5	16.819	4.549	21.368	22,5	94.750	100
2015	25.286	927	55.908	82.121	78,5	17.315	5.131	22.446	21,5	104.568	100
2016	28.731	1.118	64.163	94.012	78,5	19.562	6.182	25.744	21,5	119.756	100
2017	35.316	1.303	73.125	109.744	78	24.004	6.900	30.904	22	140.647	100
2018	40.461	1.439	86.121	128.021	77,5	28.655	8.558	37.213	22,5	165.234	100
2019	51.492	1.373	103.954	156.819	78	33.626	10.586	44.212	22	201.031	100

2020	68.927	1.632	127.504	198.062	79	40.105	11.764	51.869	21	249.931	100
------	--------	-------	---------	---------	----	--------	--------	--------	----	---------	-----

**Kaynak:** (TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sağlık-Harcamaları-Istatistikleri-2020-37192> [Erişim Tarihi 10.08.2022])

Sağlık harcamalarının sunulduğu kesim içerisindeki ağırlıklarının yıllara göre değişeceği açıktır. Tablo 2’de bunu doğrular niteliktedir. Türkiye’de kesim ağırlıkları yıllar içerisinde değişiklik göstermektedir. 2008 yılında küresel çapta yaşanan finansal krize kadar harcamaların (her iki kesim açısından da) sürekli olarak arttığı görülmektedir. 2008 yılında kamu kesiminin payı etkilenmeyip istikrarlı bir şekilde artarken, özel kesimin payının 2009 yılında ciddi bir düşüş gösterdiği ancak sonrasında tekrardan artış trendine geçtiği görülmektedir.

Dünya genelinde sağlık harcamalarını sunan kesimin ağırlıklı olarak kamu kesimi olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarının ülkede beşerî sermaye yatırımı olarak kabul edilmesi, bu yatırımların yalnızca özel kesimin inisiyatifine bırakılmaması gerektiği olarak düşünülmektedir. Türkiye için de durum pek farklı değildir. Tablo 2’de görüldüğü üzere kamu kesiminin sağlık harcamaları içindeki payı özel sektörün payına oranla oldukça yüksek seviyelerde seyretmektedir. Dalgalı bir seyir izlemekle beraber 2009 yılı kamu kesimi ile özel kesim arasındaki oransal farkın en fazla (%60) olduğu yıl olarak görülmektedir. Hiç şüphesiz bunun müsebbibi 2008 küresel finansal krizidir.

Sağlık hizmeti sunan kesimlerin yaptıkları sağlık harcamalarının daha iyi değerlendirilebilmesi için GSYH içerisindeki payına da bakmak gerekmektedir. Nitekim Tablo 3 de bu ihtiyaçtan dolayı hazırlanmıştır. Tablo 3 incelendiğinde krizin yaşandığı ve etkisinin en çok hissedildiği yıllar olan 2008 ve 2009 yıllarına kadar kamu ve özel kesimin yaptığı harcamaların GSYH içindeki payının sürekli arttığı görülmektedir. Belirtilen yıllardan itibaren ise oranın azalış trendine girdiğini söylemek mümkündür. Kesimler ayrı ayrı değerlendirilecek olursa; kamunun özel kesime göre oransal olarak yüksek olduğu, 2008 ve 2009 yıllarına kadar arttığı sonrasında azaldığı, özel kesimin ise belirtilen yıllara kadar dalgalı bir seyir izlediği sonrasında ise azaldığı ve sonraki yıllarda sabit bir oranda kaldığı ifade edilebilir.

**Tablo 3.** Hizmeti Sunan Kesimlerin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı (%)

Yıllar	Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları/ GSYH	Özel Kesim Sağlık Harcamaları/ GSYH	Toplam Sağlık Harcamaları/ GSYH
2000	3	1,8	4,8
2001	3,4	1,6	5
2002	3,7	1,5	5,2
2003	3,7	1,5	5,2
2004	3,7	1,5	5,2
2005	3,6	1,7	5,3
2006	3,8	1,8	5,6
2007	3,9	1,9	5,8
2008	4,2	1,6	5,8
2009	4,7	1,1	5,8
2010	4,2	1,1	5,3
2011	3,9	1	4,9
2012	3,7	1	4,7
2013	3,7	1	4,7
2014	3,6	1	4,6
2015	3,5	1	4,5
2016	3,6	1	4,6
2017	3,5	1	4,5
2018	3,4	1	4,4
2019	3,6	1	4,6
2020	3,9	1	4,9

**Kaynak:** (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <https://www.sbb.gov.tr/temel-ekonomik-gostergeler/#1623658138156-495ade6f-614d> (26.08.2022). TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020", <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sağlık-Harcamaları-Istatistikleri-2020-37192> [Erişim Tarihi 10.08.2022])

Kamu ve özel kesim harcamalarının miktar olarak artması elbette çok önemlidir. Ancak bunların oransal olarak artıp artmadığına da bakmak son derece önem arz etmektedir. Tablo 4’e bakıldığında Türkiye’de reel GSYH’nın yıllar itibarıyla sürekli arttığı görülmektedir. Bunun yanında kamu kesiminin de yaptığı sağlık harcamalarının miktar olarak TL bazında sürekli arttığı ancak oransal olarak aynı istikrarı göstermediği ve dalgalı bir seyir izlediği görülmektedir.

Tablo 4'ün devamında özel kesim sağlık harcamalarının miktar olarak 2008 yılına kadar arttığı, aynı yıl düşüş gösterdiği ve 2009 yılından itibaren artmaya devam ettiği görülmektedir. GSYH içindeki oranına bakıldığında ise kriz yılı olan 2008'e kadar nispeten yüksek oranda seyrettiği, ancak mezkûr yıldan itibaren oranın düştüğü ve stabil hale geldiği yorumu yapılabilir.

Kamu kesimi sağlık harcamalarının, özel kesim sağlık harcamalarının ve toplam sağlık harcamalarının Reel GSYH içindeki payına bakmak ve mukayese etmenin önemi yadsınamaz büyüklüktedir. Ancak önemli olan bir diğer husus ise söz konusu harcamaların kendi içindeki durumudur. Daha açık bir ifadeyle, önceki döneme oranla gösterdiği değişimdir. Tablo 4 incelendiğinde söz konusu harcamalardaki değişimlerin 2000-2003 yılları arasında belirgin olduğu görülmektedir. İlerleyen dönemlerde (özellikle 2009 kriz yılındaki sert düşüş hariç) değişim oranlarında dalgalanmalar görülmektedir. 2015 yılından sonra ise (2019-2020 pandemi yıllarında) genel anlamda bir artış olduğu şeklinde yorum yapmak mümkündür.

**Tablo 4.** Reel GSYH ve Hizmet Kesimlerinin Miktar ve Oransal Durumları

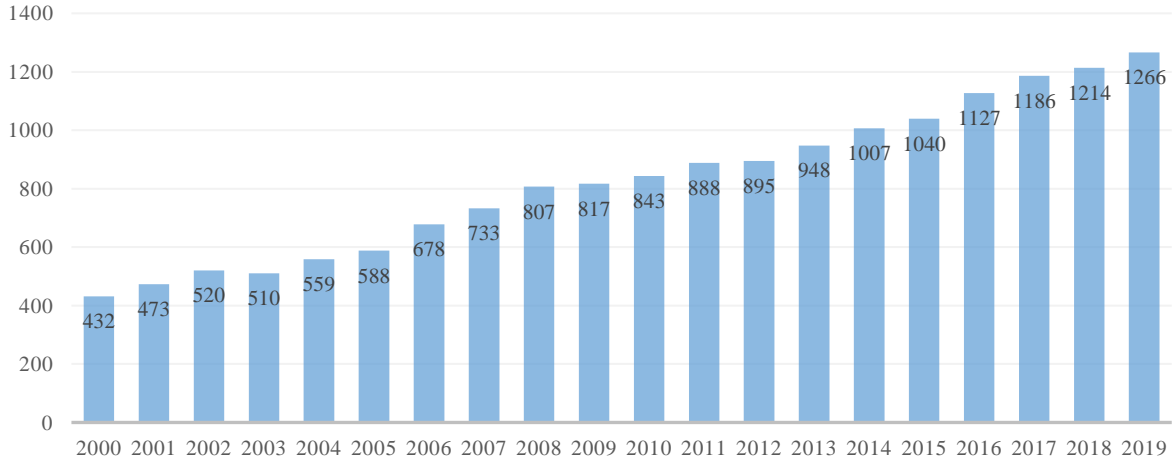
Yıllar	Reel GSYH (Bin TL)	Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	Değişim (%)	Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları			Özel Kesim Sağlık Harcamaları		
				(Milyon TL)	Değişim (%)	GSYH İçindeki Payı (%)	(Milyon TL)	Değişim (%)	GSYH İçindeki Payı (%)
2000	170.666.715	8,248	-	5,19	-	3,0	3,058	-	1,8
2001	245.428.760	12,396	50	8,438	63	3,4	3,958	29	1,6
2002	359.358.871	18,774	51	13,27	57	3,7	5,504	39	1,5
2003	468.015.146	24,279	30	17,462	32	3,7	6,817	24	1,5
2004	577.023.497	30,021	24	21,389	22	3,7	8,632	27	1,5
2005	673.702.943	35,359	18	23,987	12	3,6	11,372	32	1,7
2006	789.227.555	44,069	25	30,116	26	3,8	13,953	23	1,8
2007	880.460.879	50,904	16	34,53	15	3,9	16,374	17	1,9
2008	994.782.858	57,739	13	42,159	22	4,2	15,58	-4	1,6
2009	999.191.848	57,911	0,2	46,89	12	4,7	11,021	-29	1,1
2010	1.160.013.978	61,678	6,5	48,482	4	4,2	13,196	19	1,1
2011	1.394.477.166	68,607	11	54,58	13	3,9	14,028	6	1,0
2012	1.569.672.115	74,189	8	58,785	8	3,7	15,404	9,9	1,0
2013	1.809.713.087	84,39	14	66,228	13	3,7	18,162	18	1,0
2014	2.044.465.876	94,75	12	73,382	11	3,6	21,368	18	1,0
2015	2.338.647.494	104,568	10	82,121	12	3,5	22,446	5	1,0
2016	2.608.525.749	119,756	15	94,012	15	3,6	25,744	15	1,0
2017	3.104.906.706	140,647	17	109,744	17	3,5	30,904	20	1,0
2018	3.758.315.621	165,234	17	128,021	17	3,4	37,213	20	1,0
2019	4.320.191.227	201,031	22	156,819	23	3,6	44,212	19	1,0
2020	5.047.909.499	249,931	24	198,062	26	3,9	51,869	17	1,0

**Kaynak:** (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <https://www.sbb.gov.tr/temel-ekonomik-gostergeler/#1623658138156-495ade6f-614d> (26.08.2022). TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020", <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sağlık-Harcamaları-Istatistikleri-2020-37192> [Erişim Tarihi 10.08.2022])

Bir ülkede kişi başına düşen sağlık harcamalarının boyutu, o ülkede sağlık harcamalarının ne denli fazla ve önemli olduğu hakkında iyi bir yorumda bulunmaya teşvik eden bir gösterge niteliği taşıyabilir. Böylesi önemli bir göstergenin uluslararası alandaki yerini de bilmek elbette çok daha önemlidir. Ancak uluslararası boyuta geçmeden önce Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamalarındaki durumunu göstermek amaçlanmaktadır (Grafik 1).

Grafik 1'e bakıldığında 2000 yılında 432 \$ ile başlayan kişi başı sağlık harcamasının 2008-2009 arasında çok az bir artış olmasına rağmen sürekli arttığı görülmektedir. Son verinin olduğu 2019 yılında ise kişi başı sağlık harcamalarının 1266 \$'a yükselmiştir.





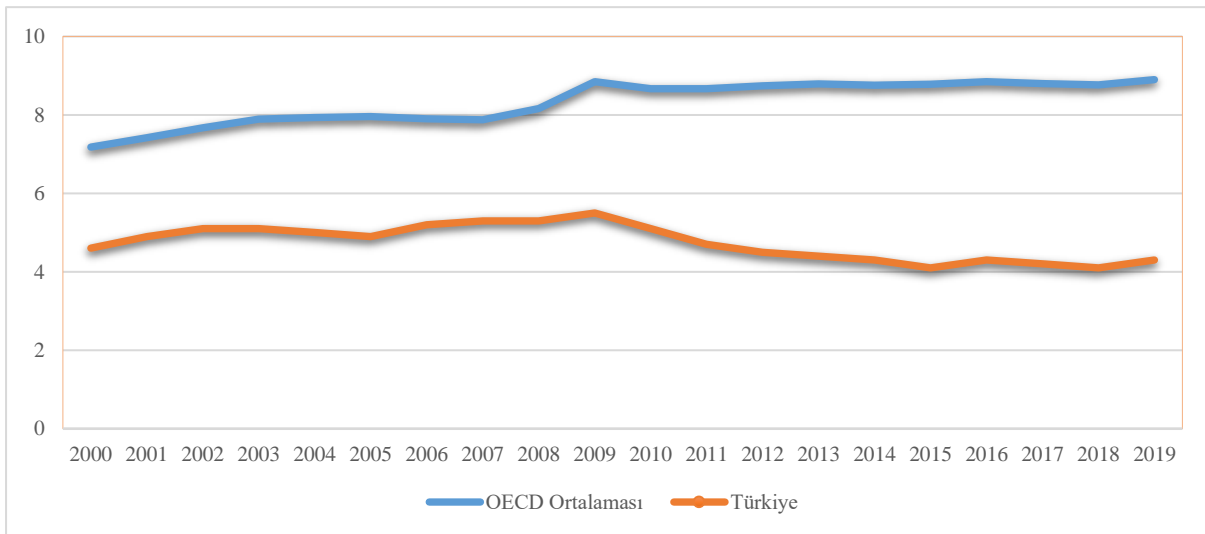
**Grafik 1.** Türkiye’de Kişi Başına Düşüne Sağlık Harcamaları (\$)

**Kaynak:** (OECD “OECD Health Statistics 2022” <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> [Erişim Tarihi: 26.08.2022])

#### IV.TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI GELİŞİMİNİN OECD ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Sağlık harcama göstergeleri; bir ülkenin sağlığa verdiği önemi, sağlıkla ilgili politikaları, sağlık hizmetleri ile ilgili gelecek planlanmaları ve bunların yorumlanmasına kadar çeşitli konularda fikirler elde edilmesine yardımcı olabilir. Kişi başı ve toplam sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYH payları, cepten ödenen sağlık harcama miktarları ve oranları ülkeler arasında önemli boyutlarda farklılık gösterebilmektedir. Dolayısıyla bunların toplu bir şekilde incelenmesi ve Türkiye’nin nerede olduğunun bilinmesi, ülkemizin durumunu değerlendirmek anlamında önemlidir (Grafik 2).

Grafik 2’ye bakıldığında OECD ülkelerinin sağlık harcamaları/GSYH ivmelenmesi genel itibariyle yukarı yönlü olmuştur. 2009 yılından sonra krizin etkisiyle hafif bir azalma olsa da sonrasında toparlandığı yorumu yapılabilir. Türkiye’nin ortalamasına baktığımızda OECD ortalamasının oldukça altında hareket ettiği görülmektedir. 2009 yılına kadar OECD ortalamasına görece bir yakınsama görülse de bu yıldan itibaren makas aralığının gittikçe açıldığı da gözden kaçmamaktadır.



**Grafik 2.** Türkiye’nin ve OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcaması/GSYH Karşılaştırması (%)

**Kaynak:** (OECD “OECD Health Statistics 2022” <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> [Erişim Tarihi: 26.08.2022])

**Tablo 5.** Türkiye'nin ve OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcaması/GSYH Karşılaştırması (%)

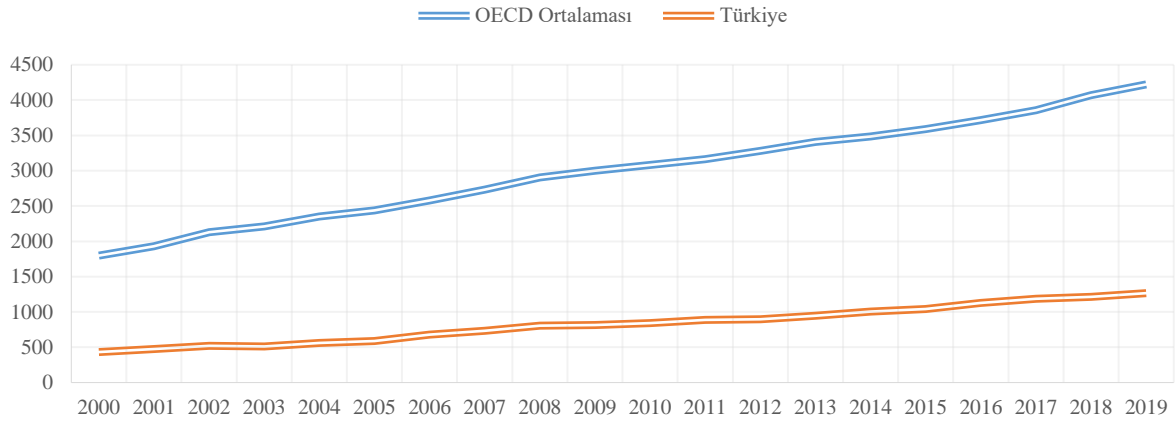
Ülkeler	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2019
ABD	12,5	14,5	14,7	16,3	16,3	16,7	16,7	16,8
Almanya	9,8	10,3	10,1	11,1	10,8	11,2	11,5	11,7
Avustralya	7,6	7,9	8	8,6	8,7	9,3	9,2	9,4
Avusturya	9,2	9,5	9,5	10,2	10,2	10,4	10,3	10,4
Belçika	7,9	9,1	8,9	10,1	10,3	10,3	10,8	10,7
Birleşik Krallık	6	6,8	7,3	8,5	8,3	9,7	9,9	10,2
Çek Cumhuriyeti	5,7	6,6	6,2	7,3	7	7,2	7,5	7,8
Danimarka	8,1	8,9	9,2	10,7	10,2	10,2	10,1	10,0
Estonya	5,2	4,9	4,8	6,5	5,8	6,4	6,7	6,7
Finlandiya	6,8	7,7	8	8,9	9,3	9,7	9,0	9,2
Fransa	9,6	10,1	10,4	11,3	11,3	11,5	11,2	11,1
Hollanda	7,7	9,1	9,1	10	10,5	10,3	10,0	10,2
İrlanda	5,9	7	7,5	10,5	10,7	7,3	6,9	6,7
İspanya	6,8	7,5	7,8	9	9,1	9,1	9,0	9,1
İsrail	6,8	7,1	6,9	7,1	7,1	7,1	7,5	7,5
İsveç	7,4	8,5	8,2	8,9	10,9	11	10,9	10,9
İsviçre	9,8	10,9	10,2	10,8	11,1	11,9	11,2	11,3
İtalya	7,6	7,9	8,5	9	9	9	8,7	8,7
İzlanda	9	10	8,8	8,9	8,2	8,1	8,4	8,6
Japonya	7,2	7,6	7,8	9,1	10,8	10,9	10,9	11,0
Kanada	8,2	9	9,4	10,8	10,4	10,6	10,8	10,8
Kore	4	4,6	5,2	6,1	6,4	7	7,5	8,2
Letonya	5,4	5,5	5,7	6,2	5,4	5,7	6,2	6,6
Litvanya	6,2	6,2	5,8	7,4	6,3	6,5	6,5	7,0
Lüksemburg	5,9	7	6,7	7,3	6,6	5,5	5,3	5,4
Macaristan	6,8	8,1	7,8	7,2	7,5	7	6,5	6,4
Meksika	4,4	5,8	5,7	6,1	5,8	5,8	5,4	5,4
Norveç	7,7	9,2	7,9	9,1	8,8	10,1	10,0	10,5
Polonya	5,3	6	5,8	6,6	6,2	6,3	6,3	6,5
Portekiz	8,4	8,9	9,1	9,9	9,3	9	9,4	9,5
Slovak Cumhuriyeti	5,3	5,5	6,9	8	7,6	6,8	6,7	7,0
Slovenya	7,8	8,1	7,8	8,6	8,8	8,5	8,3	8,5
Şili	7	7,3	6	7,8	7	8,3	9,2	9,3
Türkiye	<b>4,6</b>	<b>5,1</b>	<b>5,2</b>	<b>5,5</b>	<b>4,5</b>	<b>4,1</b>	<b>4,1</b>	<b>4,3</b>
Yeni Zelanda	7,5	7,7	8,6	9,6	9,7	9,3	9,0	9,1
Yunanistan	7,2	8,2	9	9,5	8,9	8,1	8,0	7,8
OECD Ortalaması	<b>7,18</b>	<b>7,89</b>	<b>7,9</b>	<b>8,85</b>	<b>8,74</b>	<b>8,78</b>	<b>8,77</b>	<b>8,9</b>

**Kaynak:** (OECD "OECD Health Statistics 2022" <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> [Erişim Tarihi: 26.08.2022])

Tablo 5, hem Türkiye'nin hem de diğer OECD ülkelerinin yıllar itibariyle toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki paylarının ne şekilde değişim gösterdiğini ifade etmek amacıyla hazırlanmıştır. Tabloya bakıldığında Türkiye'nin 2000 yılındaki oranının %4,6 olduğu ve bu oranın 2019 yılı itibariyle %4,3'e düştüğü görülmektedir. Bu oran ile Türkiye, 2019 yılında OECD ülkeleri içinde en düşük orana sahip ülke konumuna gelmiştir. Türkiye'den sonra oranın en düşük olduğu ülkeler; %5,4 ile Meksika ve Lüksemburg, %6,4 ile Macaristan'dır.

2019 yılı itibariyle ABD ise OECD ülkeleri içinde %16,8 oranla GSYH içinde toplam sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke konumundadır. ABD'yi %11,7 ile Almanya, %11,3 ile İsviçre takip etmektedir. Söz konusu bu ülkelerin önemli bir ortak özelliği ise yıllar itibariyle mevcut üstünlüklerini kaybetmemeleridir. Bir başka ifadeyle 2000 yılında da toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı en yüksek ülkeler (Nitekim ABD %12,5, Almanya ve İsviçre %9,8) konumunda olmalarıdır.

Kişi başı sağlık harcamalarının genel seyrine bakabilmek, Türkiye'nin ve OECD ülkelerinin yıllar itibariyle nasıl bir performans gösterdiği yorumunu yapabilmek açısından önemlidir. Buradan hareketle hazırlanan Grafik 3'e bakıldığında OECD ülkelerinin kişi başı sağlık harcamaları ivmelenmesinin genel itibariyle yukarı yönlü olduğu görülmektedir. Türkiye'nin de benzer şekilde incelenen yıllar itibariyle yukarı yönlü ivmelendiği görülmekle birlikte, OECD ortalamasının oldukça altında kaldığı gözden kaçmamaktadır. OECD ortalaması ile Türkiye arasındaki farkın gittikçe açılmakta olduğu da (daha önceden de olduğu gibi 2008 kriz yılından itibaren) dikkatleri çeken bir diğer önemli husustur.



**Grafik 3.** Türkiye'nin ve OECD Ülkelerinin Kişi Başı Sağlık Harcamaları Karşılaştırması (\$)

**Kaynak:** (OECD "OECD Health Statistics 2022" <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> [Erişim Tarihi: 26.08.2022])

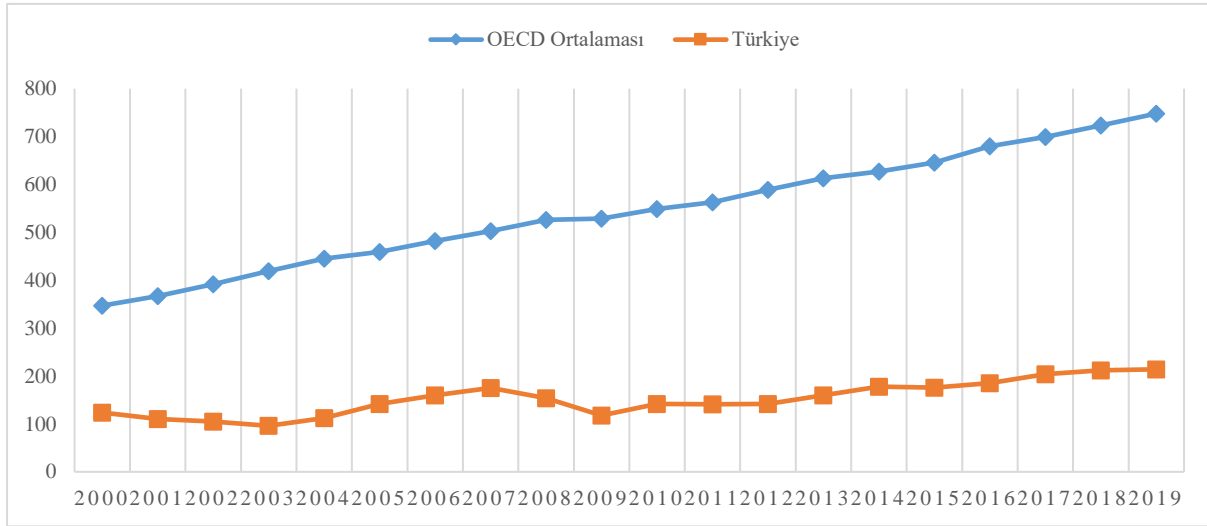
**Tablo 6.** Türkiye'nin ve OECD Ülkelerinin Kişi Başı Sağlık Harcamaları Karşılaştırması (\$)

Ülkeler	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2019
ABD	4.557	5.736	6.807	7.682	8.423	9.505	10.528	10.948
Almanya	2.888	3.322	3.554	4.157	4.734	5.291	6.291	6.518
Avustralya	2.154	2.577	2.995	3.422	3.854	4.381	4.793	4.919
Avusturya	2.802	3.198	3.632	4.100	4.588	4.945	5.544	5.705
Belçika	2.297	2.899	3.131	3.678	4.161	4.527	5.358	5.458
Birleşik Krallık	1.561	2.076	2.480	2.789	2.968	3.703	4.288	4.500
Çek Cumhuriyeti	1.025	1.394	1.559	2.054	2.090	2.546	3.174	3.417
Danimarka	2.344	2.723	3.286	4.026	4.315	4.674	5.316	5.477
Estonya	543	700	945	1.311	1.515	1.868	2.365	2.507
Finlandiya	1.807	2.198	2.655	3.173	3.651	3.991	4.378	4.558
Fransa	2.686	3.056	3.446	3.895	4.306	4.676	5.136	5.274
Hollanda	2.646	3.309	3.826	4.444	4.782	4.928	5.538	5.379
İrlanda	1.829	2.579	3.202	3.865	4.373	4.302	4.897	5.083
İspanya	1.523	2.009	2.379	2.738	2.726	3.025	3.443	3.600
İsrail	1.550	1.634	1.747	1.916	2.223	2.309	2.836	2.903
İsveç	2.195	2.697	3.026	3.473	4.694	5.027	5.456	5.531
İsviçre	3.491	4.117	4.401	5.282	5.796	6.761	6.978	7.138
İtalya	2.029	2.289	2.660	2.945	3.111	3.129	3.522	3.653
İzlanda	2.666	3.182	3.449	3.529	3.398	3.735	4.376	4.540
Japonya	1.851	2.197	2.559	2.974	3.971	4.517	4.558	4.691
Kanada	2.451	2.913	3.497	3.964	4.286	4.551	5.330	5.370
Kore	726	980	1.286	1.697	2.080	2.488	3.091	3.406
Letonya	464	638	938	1.009	1.156	1.405	1.867	2.039
Litvanya	574	817	1.010	1.326	1.568	1.918	2.414	2.727
Lüksemburg	3.409	4.412	5.150	5.724	5.207	4.821	5.220	5.414
Macaristan	906	1.365	1.510	1.496	1.767	1.892	2.102	2.169
Meksika	506	676	812	907	1.004	1.075	1.116	1.133
Norveç	2.792	3.448	3.963	4.687	5.210	5.728	6.536	6.744
Polonya	604	782	903	1.316	1.579	1.803	2.122	2.289
Portekiz	1.599	1.876	2.186	2.457	2.346	2.540	3.152	3.347
Slovak Cumhuriyeti	690	877	1.341	1.814	2.097	2.060	2.049	2.189
Slovenya	1.463	1.786	1.985	2.271	2.431	2.574	3.060	3.303
Şili	589	708	960	1.311	1.485	1.838	2.131	2.291
Türkiye	<b>432</b>	<b>510</b>	<b>678</b>	<b>817</b>	<b>895</b>	<b>1.040</b>	<b>1.214</b>	<b>1.266</b>
Yeni Zelanda	1.659	1.916	2.438	2.951	3.240	3.513	4.058	4.211
Yunanistan	1.418	1.988	2.498	2.760	2.168	2.100	2.290	2.319
OECD Ortalaması	<b>1.798</b>	<b>2.211</b>	<b>2.580</b>	<b>2.999</b>	<b>3.283</b>	<b>3.589</b>	<b>4.070</b>	<b>4.222</b>

**Kaynak:** (OECD "OECD Health Statistics 2022" <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> [Erişim Tarihi: 26.08.2022])

Tablo 6, hem Türkiye'nin hem de diğer OECD ülkelerinin yıllar itibariyle kişi başı sağlık harcamalarının ne şekilde değişim gösterdiğini belirtmek amacıyla hazırlanmıştır. Tabloya bakıldığında Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcamalarının daimi olarak OECD ortalamasının altında bir seyir izlediği görülmektedir. 2000 yılında 432 \$ olan kişi başı sağlık harcaması 2019 yılında 1.266 \$ olmuştur. OECD ülkeleri içinde 2019 yılı itibariyle 1.133 \$ ile en düşük kişi başı sağlık harcamasına sahip ülke konumunda Meksika bulunmaktadır. Türkiye, 1.266 \$ ile Meksika'dan hemen sonra gelmektedir. Türkiye'yi ise 2.039 \$ ile Letonya takip etmektedir.

Kişi başı sağlık harcamaları konusunda 2019 yılı itibariyle ABD, 10.948 \$ ile OECD ülkeleri içinde lider ülke konumundadır. ABD'yi 7.138 \$ ile İsviçre, 6.744 \$ ile Norveç takip etmektedir. Tablo 6'da ABD yalnızca 2019 yılında değil 2000 yılında da OECD ülkeleri içinde ilk sırada olduğu görülmektedir. Benzer şekilde İsviçre ikinci sıradadır. Ancak burada farklılık arz eden husus Norveç'in 2019 yılındaki gibi kişi başı sağlık harcamaları konusunda 3. sırada olmadığıdır. Nitekim Norveç yıllar itibariyle ciddi bir gelişim göstererek kişi başı sağlık harcamaları sıralamasında 2019 yılında üçüncü sıraya yerleşmiştir.



**Grafik 4.** Türkiye'nin ve OECD Ülkelerinin Kişi Başına Cepten Harcamaları Karşılaştırması (\$)

**Kaynak:** (OECD "OECD Health Statistics 2022" <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> [Erişim Tarihi: 26.08.2022])

Kişi başı cepten harcamaların genel seyrine bakabilmek, Türkiye'nin ve OECD ülkelerinin yıllar itibariyle nasıl bir performans gösterdiği yorumunu yapabilmek açısından önemlidir. Buradan hareketle hazırlanan Grafik 4'e bakıldığında OECD ülkelerinin kişi başı cepten harcamaları ivmelenmesinin genel itibariyle yukarı yönlü olduğu görülmektedir. Türkiye'nin de benzer şekilde incelenen yıllar itibariyle yukarı yönlü ivmelendiği görülmekle birlikte, OECD ortalamasının oldukça altında kaldığı gözden kaçmamaktadır. OECD ortalaması ile Türkiye arasındaki farkın 2008 kriz yılına kadar yakınsadığı ancak bu yıldan itibaren farkın gittikçe açılmakta olduğu da dikkatleri çeken bir diğer önemli husustur.

Kişi başı cepten harcamalarının rakamsal bazda gerek Türkiye'nin gerekse OECD ülkelerinin spesifik olarak görülmesi, Türkiye'nin mevcut konumunun tespiti açısından önemlidir. Tablo 7 bu tespitin gerekliliğinden hareketle hazırlanmıştır. Tablo 7'ye bakıldığında Türkiye'nin kişi başı cepten sağlık harcamalarının daima OECD ülkeler ortalamasının altında seyrettiği görülmektedir. 2000 yılında 124 \$ olan kişi başı cepten sağlık harcaması 2019 yılında 214 \$'a yükselmiştir. Ancak bu rakamlarla 2019 yılında OECD ülkeleri içinde son sırada yer almıştır. Türkiye'yi 385 \$ ile Slovenya, 419 \$ ile Slovak Cumhuriyeti takip etmektedir.

OECD ülkeleri içinde kişi başı cepten harcamaların en yüksek olduğu ülke 1.805 \$ ile İsviçre'dir. İsviçre'den sonra 1.238 \$ ile ABD ikinci sırada, 1.030 \$ ile Kore üçüncü sırada yer almaktadır. Söz konusu ülkeler içinde Kore'deki değişim dikkat çekicidir. Öyle ki 2000 yılında kişi başı cepten harcaması 316 \$ iken yıllar itibariyle ciddi bir gelişim göstererek 2019 yılında 3 katından fazlaya çıkmıştır. Ayrıca 2000 yılında ABD'nin 685 \$ olduğunu ve İsviçre'nin 1.032 \$ olduğunu da belirtmek gerekmektedir.

**Tablo 7.** Türkiye'nin ve OECD Ülkelerinin Kişi Başı Cepten Harcamaları Karşılaştırması (\$)

Ülkeler	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2018	2019
ABD	685	810	932	966	1029	1103	1190	1238
Almanya	352	423	511	572	665	686	799	827
Avustralya	452	493	591	652	768	821	854	-
Avusturya	499	603	683	739	856	943	1.008	1.008
Belçika	-	615	656	743	821	900	977	991
Birleşik Krallık	323	391	370	403	496	583	681	714
Çek Cumhuriyeti	104	144	181	308	319	377	450	483
Danimarka	360	396	477	550	611	639	731	776
Estonya	110	143	219	266	326	425	580	600
Finlandiya	405	463	517	602	661	743	804	795
Fransa	195	225	322	395	435	453	478	488
Hollanda	291	317	318	402	482	556	597	607
İrlanda	221	339	446	490	605	567	588	595
İspanya	370	452	503	522	595	673	766	785
İsrail	457	467	449	486	520	519	608	609
İsviçre	317	424	497	567	693	745	761	770
İsviçre	1.032	1.120	1.157	1.328	1.439	1.672	1.850	1.805
İtalya	537	542	567	608	678	724	830	851
İzlanda	518	540	574	588	631	658	694	702
Japonya	294	371	420	450	515	584	592	-
Kanada	407	444	553	598	644	676	799	801
Kore	316	376	456	578	715	838	996	1.030
Letonya	221	309	333	391	437	568	731	725
Litvanya	155	197	321	355	498	610	761	880
Lüksemburg	485	584	688	566	507	502	544	519
Macaristan	247	359	378	392	519	519	555	611
Meksika	270	383	441	432	395	436	471	477
Norveç	501	572	652	714	771	809	913	934
Polonya	187	215	244	320	383	419	433	459
Portekiz	422	455	571	632	716	778	943	1.019
Slovak Cumhuriyeti	74	107	356	406	487	379	387	419
Slovenya	-	222	243	290	302	321	366	385
Şili	253	302	391	451	496	632	708	751
Türkiye	<b>124</b>	<b>96</b>	<b>160</b>	<b>118</b>	<b>142</b>	<b>176</b>	<b>212</b>	<b>214</b>
Yeni Zelanda	255	-	337	364	397	467	524	-
Yunanistan	-	776	829	808	653	765	842	815
OECD Ortalaması	<b>347</b>	<b>419</b>	<b>482</b>	<b>529</b>	<b>589</b>	<b>646</b>	<b>723</b>	<b>748</b>

**Kaynak:** (OECD "OECD Health Statistics 2022" <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> [Erişim Tarihi: 26.08.2022])

### V.COVID-19 VE SAĞLIK HARCAMALARI

İnsanların yeryüzünde yaşamaya başladığı zamanlardan beridir salgın hastalıkların ortaya çıkması ve paralel bir şekilde sağlık krizlerinin yaşanması uzun aralıklı olsa da hep olağan bir durum olmuştur. Bunlar, çok sayıda ölümleri ve gerek devletler gerekse de bireyler için ciddi ekonomik kayıpları beraberinde getirmiştir. 2019 Aralık ayında Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan, WHO tarafından COVID-19 olarak adlandırılan salgın, 24Kasım 2022 tarihi itibarıyla 636 milyon doğrulanmış vakaya ve 6,6 milyon kişinin ölümüne yol açmış ([www.covid19.who.int](http://www.covid19.who.int)), ülkelerin ekonomik göstergelerini ciddi manada olumsuz yönde etkilemiştir.

COVID-19, ekonomik ve sağlık krizine yol açmış ve harcamaların artmasına sebep olmuştur. Öyle ki devletler mevcut bütçelerinde öngörülmedik bir şekilde sağlık harcamalarını ek bütçelerle, bireyler ise sağlıkta finansal koruma açısından cepten yapılan sağlık harcamalarını artırmışlardır (Manavgat vd., 2021: 27).

COVID-19 sebebiyle başta yüksek gelire sahip 22 ülkeden elde edilen kanıtlar, sağlık harcamalarının 2020 yılında önceki yıllara nazaran önemli ölçüde arttığını göstermektedir. Nitekim tüm ülkelerin (İran ve İrlanda hariç) kişi başı GSYH'sının %4,8 oranında düşmesine karşın kişi başına düşen sağlık harcamalarının reel olarak %4,9 artması pekiştirici nitelikte bir örnek olarak verilebilir. Benzer şekilde 2020 yılında 17 yüksek gelirli ülkede sağlık harcamaları/GSYH oranı %10,1'e, 5 düşük ve orta gelirli ülkede ortalama %5,8'den %6,3'e

yükselmiştir. Birleşik Krallık'ta sağlık harcamaları GSYH'dan 2019'da %10,2 pay alırken bu oran 2020 yılında %12,8'e yükselmiştir (WHO, 2021: 49-53).

Ülkeler COVID-19 sebebiyle sağlık harcamalarına kişi başı bütçe tahsisi yapmışlardır. Öyle ki yüksek gelirli ülkelerde COVID-19 öncesi kişi başı sağlık harcaması ortalama 2519 \$ iken COVID 19 sebebiyle ortalama kişi başı 205 \$ (%8,1 artış) bütçe tahsis edilmiştir. Benzer şekilde orta gelirli ülkelerde kişi başı sağlık harcamaları ortalama yıllık 158 \$ iken ek olarak 20 \$ ek bütçe tahsis edilmiştir. Düşük gelirli ülkelerde ise kişi başı sağlık harcamaları ortalama yıllık 8,9 \$ iken 3,20 \$ ek bütçe tahsis edilmiştir (WHO, 2020: 57).

Türkiye, COVID-19 salgınına karşın bütçe içerisinde 2020-2022 yılları arasında gittikçe artan bir sağlık harcaması payı ayırarak yanıt vermiştir. 2019 yılında henüz pandeminin oluşmadığı zamanda ayrılan pay 188,6 milyar TL (bütçenin %17,2'si) iken 2021 yılında 238 milyar TL'ye, 2022 yılı bütçesinde ise 304,6 milyar TL'ye ulaşmıştır. Buradaki artışın en büyük sebebi ülkede yaşayan bireylere yapılan aşıların maliyetidir.

### Vİ.SONUÇLAR

Sağlık harcamaları toplum refahının artırılması makroekonomik göstergelerin iyileştirilmesi için devletin önemli bütçe ayırdığı/ayırması gerektiği alanların başında gelmektedir. Özellikle sosyal refah devleti anlayışının ön planda tutulduğu II. Dünya savaşı sonrası dönemde bu harcamalardaki kamu payının ciddi boyutlara ulaştığına şahit olunmuştur. Ancak sonraki dönemlerde sağlık harcamalarının bütçe üzerinde aşırı yük oluşturmaması, kamu kesiminin etkisizliği, verimsizliği gibi sebepler ve üstüne neo-liberal havanın da eserek devlet yöneticilerini etkilemesi, sağlık harcamalarında kamu dışı kesimin payının ağırlık kazanmasına yönelik çalışmaları başlatmıştır.

Sağlık harcamalarında kamunun payının azaltılmaya çalışılması; sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınmanın en önemli bileşeni kabul edilen beşerî sermayenin artırılması, gelir dağılımının adaletli tesis edilmesi ve yoksulluğun azaltılmasının ihmaline eşdeğerdir. Aynı zamanda sosyal refah devleti ilkesinin de zedelenmesine yol açması olasılığı da oldukça fazladır.

Türkiye'de Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren sağlık harcamalarında kamu kesiminin pay çokluğu, 1980'li yıllarda başlatılan sağlıkta reform çalışmaları ile birlikte azaltılmak istenmiştir. Reformların neticesinde kamuya biçilen rol daha çok piyasanın düzenlenmesi ve denetlenmesi üzerinedir. Ancak tüm çalışmaların neticesinde günümüzde gelinen nokta itibarıyla kamunun payının azaltılması hedefine ulaşılamadığı, kamunun hâlâ sağlık harcamalarının başrolü konumunda olduğu (2020 yılı itibarıyla toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin payı %79'dur) görülmektedir.

Türkiye'de kamu ve özel kesimin sağlık harcaması birlikte değerlendirildiğinde sorulması gereken temel soru sağlık harcamalarının yeterli olup olmadığıdır. Bu soruya cevap verebilmek için sağlıkla ilgili temel göstergelere bakmak gerekmektedir. Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2019 yılı itibarıyla %4,3'tür. Bu oranın OECD ortalamasının %8,9 olduğu düşünüldüğünde oldukça düşük kaldığı yorumu yapılabilecektir. Türkiye kişi başına düşen sağlık harcaması yönüyle de OECD'nin altında kalmaktadır. Nitekim OECD'de 4.222 \$ olan kişi başı sağlık harcaması Türkiye'de 1.266 \$'dır. Kamu kesiminin yanında özel kesimin de durumuna bakmak ve karşılaştırmak gereklidir. Özel kesimin içerisinde hane halkının cepten yaptığı sağlık harcamalarının önemi büyüktür. Ne yazık ki Türkiye bu konuda da geride kalmıştır. Öyle ki kişi başı cepten sağlık harcamaları OECD ülkelerinde ortalama olarak 748 \$ iken Türkiye'de bu rakam 214 \$'dır.

Genel olarak değerlendirildiğinde Türkiye'nin gerek kamu kesimi gerek özel kesimin yaptığı sağlık harcamaları, üyesi olduğu OECD ülkelerinin ortalamasını geçmek bir yana ortalamasının yarısına dahi ulaşamadığı görülmektedir. Bu yalnızca pandemi yılları olan 2019 ve 2020 yıllarına özgü bir durum değil, 2000 yılından beridir mevcut olan bir sorundur. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme başta olmak üzere gelir dağılımı gibi önemli etki alanları olmasına karşın, sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan payın önemine kıyasla az olması gerek sosyal refahın artırılması gerekse de makroekonomik göstergelerin iyileştirilmesi adına endişe vericidir. Nitekim günümüzde yaşadığımız COVID-19 sağlık krizine cevaben sağlık harcamalarına bütçeden ayrılan pay artırılrsa da, hâlâ oldukça düşük seviyelerde kaldığı görülmektedir. Politika yapıcıların sağlık harcamalarını yalnızca kriz zamanlarında yapılan (bütçeden pay ayrılan) cari gider olarak değil uzun vadeli bir yatırım harcaması olarak değerlendirmeleri gerekmektedir. Böyle değerlendirmek netice itibarıyla, bütçe yapıcıları ister istemez bütçeden sağlığa daha fazla pay ayırmaya teşvik edecektir.

#### KAYNAKLAR

- Akbulut, E.** (2020). Sağlık Harcamaları ve Gelir Dağılımı İlişkisi: Türkiye ve OECD Ülkeleri Karşılaştırmalı Analizi. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 137-155.
- Alhassan, G. N. vd.** (2020). Does Life Expectancy, Death Rate and Public Health Expenditure Matter in Sustaining Economic Growth under COVID - 19: Empirical Evidence from Nigeria?. *Journal of Public Affairs*, 1-11.
- Altay, A.** (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Altunakar Mercan, S. Ş., & Geyik, O.** (2019). Yeni Sağlık Reformunun Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi. *III. International Symposium on Economics, Politics and Administration*, 843-849.
- Altunöz, U.** (2020). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ile İlişkisinin OECD Ülkeleri İçin Analizi. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 12(1), 85-105.
- Atabey Ertürk, S.** (2016). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası (2. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Aydın, B.** (2022). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. (Ed.) Erdoğan Tarakçı, İ. ve Uysal, B. "Sağlık Yönetimi Güncel Konular Üzerine Akademik Değerlendirmeler" (1. Baskı). *İstanbul: Efe Akademik Yayıncılık*.
- Balçık, P. Y.** (2021). Yaşlı Nüfus ile Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Panel Veriye Dayalı Bir Uygulama. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(26), 315-324.
- Bayır, M., & Kavan, H.** (2021). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelere Yönelik Karşılaştırmalı Ekonometrik Bir Analiz.
- Boachie, M. K.** (2017). Health and Economic Growth in Ghana: An Empirical Investigation. *Fudan Journal of the Humanities and Social Sciences*, 10(2), 253-265.
- Boz, C., & Sur, H.** (2016). Avrupa Birliği Üyesi ve Aday Ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılık Analizi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(9), 23-46.
- Boz, S. S.** (2013). Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(2), 277-332.
- Çavmak, Ş., & Çavmak, D.** (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, (1), 48-57.
- Çevik, A., & Yüksel, C.** (2021). Yarı Kamusal Mallar ve Asimetrik Bilgi Arasındaki İlişki Bağlamında Sağlık Hizmetleri. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(21), 85-107.
- Eneji, M. A. vd.** (2013). Health Care Expenditure, Health Status and National Productivity in Nigeria (1999-2012). *Journal of Economics and International Finance*, 5(7), 258-272.
- Erol, H., & Özdemir, A.** (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Gençoğlu, P. vd.** (2020). Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Sürdürülebilirliğinin Panel Birim Kök Testleri İle Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 1283-1297.
- Kasapoğlu, A.** (2016). Türkiye’de Kamu Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kaya, G.** (2019). Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi ve Bilecik İli Özelinde Türkiye’de Sağlık Harcamaları. Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bilecik.
- Khan, H.N. vd.** (2016). Health Care Expenditure and Economic Growth in SAARC Countries (1995-2012): A Panel Causality Analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 11(3), 639-661.
- Kocabadak, Y.** (2021). Kriz ve Salgın Dönemlerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Manavgat, G. vd.** (2021). COVID-19 Pandemisinin Türkiye’de Hanehalkı Yoksulluğu, Sağlık Harcamaları ve Sağlıkta Finansal Koruma Üzerindeki Olası Etkileri. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment (EHTA)*, 5(1), 27-44.
- OECD (2022).** OECD Health Statistics 2022. [Erişim Tarihi: 26.08.2022. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>]
- Öztürk, Y. E., & Kırac, R.** (2019). Sağlık ve Hastalık. *Scientific Developments*, 382-389.
- Piabuo, S. M., & Tieguhong, J. C.** (2017). Health Expenditure and Economic Growth-A Review of the Literature and An Analysis Between the Economic Community for Central African States (CEMAC) and Selected African Countries. *Health Economics Review*, 7(1), 1-13.

- Sayım, F.** (2017). Türkiye’de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(15), 13-30.
- Sevinç, Ş. & Yılmaz, F. Ö.** (2020). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 118-132.
- Sökmen, F. Ş.** (2021). BRICS-T Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Ekonomik Büyüme Etkiliyor mu? Ampirik Bir İnceleme. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 13(24), 1-10.
- T. C. Cumhurbaşkanlığı Stratejik Bütçe Başkanlığı** (2021). Milli Gelir ve Üretim. [Erişim Tarihi: 26.08.2022 <https://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf>]
- Tıraşoğlu, M. & Yıldırım, B.** (2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 2(2), 111-117.
- TÜİK** (2021). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020. [Erişim Tarihi: 10.08.2022 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>]
- WHO** (2020). Global Spending on Health: Weathering the Storm. [Erişim Tarihi: 23.07.2022 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017788>]
- \_\_\_\_\_ (2021). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. [Erişim Tarihi: 17.08.2022 <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---14-december-2021>]
- \_\_\_\_\_ (2022). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. [Erişim Tarihi: 25.11.2022 <https://covid19.who.int/>]