



**TÜRKİYE VE SEÇİLMİŞ OECD ÜLKELERİNDE KAMU SAĞLIK  
HARCAMALARININ GELİŞİMİ ÜZERİNE KARŞILAŞTIRMALI BİR  
DEĞERLENDİRME (2010-2022)\***

*A Comparative Assessment on the Development of Public Health Expenditures in Turkey and  
Selected OECD Countries (2010-2022)*

**Melike GÜNEŞ**

Harran Üniversitesi, Hilvan Meslek Yüksekokulu, Finans Bankacılık ve Sigortacılık Bölümü,  
[mbayar@harran.edu.tr](mailto:mbayar@harran.edu.tr), Şanlıurfa / Türkiye  
<https://orcid.org/0000-0002-5469-6627>

**Murat DEMİR**

Harran Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü,  
[muratdemir26@hotmail.com](mailto:muratdemir26@hotmail.com), Şanlıurfa / Türkiye  
<https://orcid.org/0000-0002-1466-1104>

**Doi:** <https://doi.org/10.33723/rs.1414620>

Güneş, M. & Demir, M. (2024). “Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının gelişimi üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme (2010-2022)”. R&S-Research Studies Anatolia Journal, 7(1). 29-71.

**Makale Türü:** Araştırma Makalesi

**Geliş Tarihi/ Arrived Date:** 04.01.2024

**Kabul Tarihi / Accepted Date:** 19.01.2024

**Yayınlanma Tarihi / Published Date:** 31.01.2024

\* Bu çalışma Harran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı’nda Hazırlanan “Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Türkiye ve OECD Ülkeleri Üzerine Bir İnceleme” isimli Doktora Tezinden Üretilmiştir.

## ÖZ

Sağlık hizmetleri kamusal niteliği ve sahip olduğu dışsallıklar ile bütün ülkelerde kamu kesiminin önemli hizmet alanlarından biridir. Birey ve toplumun genel sağlık durumunu ifade eden sağlık statüsü göstergelerini iyileştirmek için sağlık sektörüne daha fazla kaynak aktarımı, mevcut kaynakların doğru öncelik ve tercihlerle kullanılması önem taşımaktadır. Kamu sağlık harcamaları, finansmanı kamu kesimince sağlanan sağlık hizmeti kapsamında yerine getirilen her türlü işlem için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Fiziksel ve psikolojik anlamda sağlıklı bir toplum yapısının inşasında sağlık harcamaları önemli rol oynamaktadır. Sağlıkta yeni teknolojilerin tedariki, ilaç ve tedavi koşullarının iyileştirilmesi, sağlık hizmet kalitesinin artırılması, sağlığa ilişkin araştırma-geliştirme faaliyetlerinin artırılması hususları sağlık harcamalarının doğru kullanımı ile gerçekleştirilecektir. Bu doğrultuda Türkiye'nin sağlık göstergelerine ilişkin mevcut durumun tahlili, bu çalışmanın oluşturulmasında temel motivasyon kaynağı olmuştur. Çalışmada sağlık ve sağlığa ilişkin kavramlar ele alınarak, yıllar itibarıyla Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamalarındaki değişimin ortaya konulması amaçlanmıştır. Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelere ait kamu sağlık harcamalarının genel görünümü betimsel değerlendirmelerle ortaya konulmuş, Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının özellikle gelişmiş ülkelere kıyasla oldukça düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Sağlık Harcamaları, Kamu Sağlık Harcaması, Türkiye, OECD.

## ABSTRACT

Health services are one of the important service areas of the public sector in all countries with their public nature and externalities. In order to improve health status indicators, which express the general health status of the individual and the society, it is important to transfer more resources to the health sector and to use existing resources with the right priorities and

preferences. Public health expenditures include expenditures for all kinds of procedures carried out within the scope of health services financed by the public sector. Health expenditures play an important role in building a physically and psychologically healthy social structure. Providing new technologies in health, improving drug and treatment conditions, increasing the quality of health services, and increasing health-related research and development activities will be achieved through the correct use of health expenditures. In this regard, the analysis of the current situation regarding Turkey's health indicators was the main motivation for creating this study. By discussing health and health-related concepts, the study aims to reveal the change in public health expenditures in Turkey and selected OECD countries over the years. The general view of public health expenditures in Turkey and selected OECD countries has been revealed through descriptive evaluations, and it has been concluded that public health expenditures in Turkey are at a very low level, especially compared to developed countries.

**Keywords:** Health, Health Expenditures, Public Health Expenditure, Türkiye, OECD.

## GİRİŞ

Sağlık, evrensel bir kavram olmakla beraber bireylerin doğuştan gelen bir hakkıdır. Sağlıklı yaşam, insanoğlunun diğer haklarını kullanması ve geliştirmesi için olmazsa olmaz bir koşuldur. Sağlık, sadece bireylerin değil, toplumsal refahın ve gelişmişliğin de temel belirleyicisidir. Birey ve toplum sağlığının korunması, mevcut sağlık düzeyinin yükseltilmesi, sağlıklı bir ortam oluşturmak ve gelecek nesillerin daha nitelikli bir yaşam standardına sahip olması tüm insanlığın ve ülkelerin ortak hedefidir. Bu doğrultuda bireylere sağlık bilincini kazandırmak ve gerekli tüm altyapıyı oluşturmak kamunun temel yükümlülüklerindedir (Görmüş, 2013: 75). Bireysel ve toplumsal hayatın devamlılığı, hayat standardının yükseltilmesi, ekonomik, sosyal ve beşerî yapının korunması açısından sağlık konusu büyük önem arz etmektedir. Bir toplumda sağlıklı birey sayısındaki artış, toplumun üretim gücünün

yükselmesi, verimliliğin artması, gelir kayıplarının azalmasına etki ederek doğrudan toplumsal refaha katkı sunmaktadır (Üzümcü ve Söğüt, 2020: 277-278). Bu doğrultuda toplumun genel sağlık düzeyi için sağlık harcamaları önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hizmet kalitesinin niteliğinin ve niceliğinin artırılması, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin sağlanmasında sağlık harcamaları önemli rol oynamaktadır. Özellikle de beşerî sermaye birikiminin en önemli bileşenini sağlık harcamaları oluşturmaktadır (Sağlam ve Kara, 2023: 575). Sağlık konusu günümüz ekonomik ve sosyal problemlerinin başında gelmektedir. Bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için sağlığa ilişkin gerekli mal ve hizmetlerin üretilmesi gerekmektedir. Ancak sağlık ürün ve hizmetlerinin üretimine yönelik kamu harcama düzeyi ve kaynak kullanımındaki yetersizlik ülkelerin ekonomik kalkınma ve gelişmişlik seviyesini olumsuz etkilerken, sosyal adaletin sağlanmasını zorlaştırmakta, birey ve toplum refahını azaltmaktadır. Bu nedenlerden ötürü kamu sağlık harcamalarının performansı son derece önem arz etmektedir. Refah devleti anlayışına göre ise bu problemlerin çözümünde kamunun kendisi sorumludur. Ülkelerin sağlık göstergelerinin incelenmesi, uluslararası karşılaştırmaların yapılabilmesi adına tarafsız, net ve niceliksel göstergelere gereksinim duyulmaktadır. Sağlık göstergeleri, ulusların temel sağlık politikalarının belirlenmesi, sağlık hizmet sunumunun güçlendirilmesi, geleceğe yönelik yönetim, plan, programlamanın yapılması, sağlık statüsünün belirlenmesi, sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözümünde önemli rol oynamaktadır.

Sağlık harcamaları, bir ülkede ekonomik büyümeden kalkınmaya, istihdamdan, gelir dağılımında adalete, yoksulluğa kadar pek çok makroekonomik değişkeni etkileyen bir faktördür. Bu faktör sadece bir toplumun sağlığını iyileştirmekle kalmayıp, toplumsal refahın artırılmasına da katkı sağlamaktadır. Kamunun makro ekonomik değişkenleri iyileştirmek ve toplum refahını arttırmak için sağlık harcamalarının artırılması gerektiğinin bilincine varmak ülkeler için önemli bir kriterdir. Çalışmanın amacı Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının 2010-2022 yılları arasındaki gelişimini OECD ülkeleri ile karşılaştırmak ve birtakım politika

önerilerinde bulunmaktadır. Bu bağlamda önce sağlık ve sağlığa ilişkin tanımlamalar yapılmış ve kamusal bir mal olarak sağlığın önemi üzerinde durulmuştur. Daha sonra Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerine ait toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içerisindeki payı, kişi başına kamu sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içerisindeki payı, genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ve bireysel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payına ilişkin mevcut durum incelenmiştir. Sonuç kısmında ise mevcut veriler üzerinden ülkelerin sağlık görünümüne ait genel bir değerlendirme yapılmış ve politika önerilerinde bulunulmuştur.

### SAĞLIĞA İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bireysel ve toplumsal gelişmenin sağlanmasında sağlık önemli bir role sahiptir. Kuşkusuz sağlıklı bireylerin toplumsal yararı oldukça yüksektir. Günümüzde ülkeler nezdinde sağlık, tüm sektörler içerisinde ciddi yatırımların yapıldığı kritik bir alan haline gelmiştir (Yılmaz ve Şenel, 2019: 1054). Sağlık hizmet sunumunun niteliğinin artırılması ve herkes için ulaşılabilir olması önem arz etmektedir. Sağlığa dönük amaç ve hedeflerin belirlenmesinde sağlık harcamalarına ilişkin politikalar önemli rol oynamaktadır (Geyik, 2021: 2072). Sağlık harcamalarının düzenli olarak incelenmesi ve analizi gelecek politika ve hedeflerinin belirlenmesinde ülkelere kolaylıklar sunmaktadır. Bu bağlamda Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamaları değerlendirilmeden önce sağlıkla ilgili kavramların ne anlam ifade ettiğini belirtmek yerinde olacaktır.

#### Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, geçmişte birçok kez değişime uğramış ve günümüze kadar sağlığa ilişkin pek çok tanım oluşturulmuştur. Sağlık, sosyal ve fen bilimlerinde “normal olma hali” ya da “hasta olmama hali” olarak kullanılmaktadır (Hayran, 1997: 3). Sağlık önceleri sosyolojik ve psikolojik olarak ele alınmamış olup, tamamen fizyolojik tanımlama ile somutlaştırılmıştır

(Twaddle, 1974: 29-38). Birey ve toplum sağlığı günümüzde sadece bedensel ve sosyal açıdan değil, psikolojik yönüyle de sağlık kavramının içerisine girmiştir (Tuncel, Şanlı ve Perk, 1993: 3). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığa ilişkin en genel tanımlamayı yapmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, bireylerde hastalıkların olmaması değil, aynı zamanda psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik olarak iyi durumda olması anlamına gelmektedir (Koç, 2018: 48). Dünya Sağlık Örgütü, sağlıklı olmayı hasta olmama, fiziken iyi durumda olma, engel durumunun olmaması, psikolojik olarak iyi olma ve sosyal yönden iyi olma şeklinde beş şarta bağlamaktadır. Sağlıklı birey fiziksel ve toplumsal çevre ile ilgili vücut ve kafası düzenli şekilde çalışan bireydir (Potter, 1969: 45). Sağlık tanımı, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile Türk Sağlık hukukuna da kazandırılmıştır. 12 Ocak 1961'de Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren yasada, "Sağlık, hastalık ve sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal anlamda bireylerin tam bir iyilik halidir." şeklinde tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961: madde 2). Bu tanım ile sağlığa ilişkin içerik ve kapsam yönünden geniş bir çerçeve oluşturulmuştur. Sağlığa ilişkin başka bir tanımda ise; kişilerin ölüm ve hastalık gibi durumlara karşı koyabilme yeteneği şeklinde ifade edilmektedir (Tokgöz, 1979: 3). Diğer bir tanımda da sağlık, organizmanın bütünlüğünü ve istikrarını korumak ve bozulmadan faaliyet göstermesi için yüksek düzeyde bir organizasyona ulaşma süreci olarak ifade edilmektedir (Belek, Nalçacı, Onuroğulları ve Ardıç 1998: 25). Yapılan tanımlamalardan anlaşılacağı üzere sağlık, bireyin bedeninden daha geniş bir çerçeveyi vurgulamaktadır.

### **Sağlık Hizmeti Kavramı**

Sağlık insan hayatına anlam ve değer katan temel faktörlerden biridir. Toplumun tüm kesimlerine tıbbi hizmet ve tedavi imkanlarının sağlanması sosyal kalkınmanın önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Sağlık sektörü birçok yönüyle diğer sektörlerden farklıdır. Diğer

sektörler hizmet verdikleri bölgelerdeki müşterilerinden gelen talepleri erteleyebilmektedir. Fakat sağlık alanında bu pek mümkün olamamaktadır. Tıbbi bakımdaki gecikmeler hastalar için ciddi sonuçlara neden olabileceği gibi ölümlere de yol açabilecektir (Astuti ve Nagase, 2014: 40). Sağlık hizmetleri birey ve toplum sağlığının korunmasını amaçlamaktadır. Bu nedenle bedende, ruhta ve toplumda ortaya çıkabilecek hastalıkları tedavi ederek bireylerin mutlu olması için yapılan bütün iş ve işlemleri kapsamaktadır (Ertürk Atabey, 2018: 11). Sağlık hizmetleri toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi amacıyla sunulan hizmetler bütünüdür. Sağlık hizmetleri, tıbbi bakımı sağlayanlar ve alanlar açısından farklı değerlendirilen bir hizmet olmasına rağmen özünde aynı amaca hizmet etmekte ve bir plan dahilinde yürütülmektedir. Ayrıca, insan sağlığını bozan faktörlerin etkilerinden korunmayı, hastaların bakımını, fiziksel ve psikolojik performansı azalmış bireylerin iş hayatına uyumunu sağlamaya yönelik müdahaleler de sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Akdur, 2001: 1571). Modern toplumda kamunun sorumlu olduğu en önemli görev sağlıklı bir toplum yapısının oluşturulmasıdır. Sağlıklı insan, insan refahının önemli bir unsurudur. Dolayısıyla sağlıklı insanın varlığı gerek ülke ekonomisinin gelişmesi gerekse de gerekli işgücü kaynaklarının oluşturulması için en önemli faktörlerden biridir (Witter, Ensor, Jowett ve Thompson, 2000: 45). Sağlık hizmetlerine erişim temel insan haklarından biridir. Doğumdan ölüme kadar bireyler sağlık hakkından yararlanmaktadır. Bireylere sağlık hizmetlerinin aktif olarak sunulması önemli bir husustur. Hizmet sunumunda faaliyetlerin aktarımında öncelikle sağlık hizmet kalitesinin artırılması ve kapsamının genişletilmesi gelmektedir. Ayrıca bu hizmetlerin kamu hizmeti olarak sunulması son derece önem arz etmektedir (Görmüş, 2013: 105). Sağlık hizmetleri, 5 Ocak 1961 tarihli, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da da tanımlanmıştır. Kanuna göre, "Tıbbi hizmetler, bireylerin sağlığını etkileyen çeşitli nedenleri ortadan kaldırmak, bireyleri bu nedenlerin etkilerinden korumak, hasta, fiziksel ve zihinsel kapasitesi azalmış kişileri tedavi etmek amacıyla gerçekleştirilen tıbbi faaliyetler olarak

tanımlanmaktadır. Öte yandan WHO, sağlık hizmetlerini, kamunun iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkeler için dahi kamusal bir işlev olarak tanımlamaktadır. Bu tanım sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğini vurgulamaktadır (Tekin, 1987: 263). Sağlık hizmetleriyle ilgili dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta ise sağlığın sadece üretimi sağlayan bir ara malı değil, aynı zamanda anında fayda sağlayan bir tüketim malı olmasıdır (Funchs, 1996: 3). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda kamunun rolü oldukça önemlidir.

### **Sağlık Harcaması Kavramı**

Sağlık, sosyal bir yaşam hakkı olarak belirtilirken, aynı zamanda literatürde küresel öneme sahip bir meta ve beşerî değer olarak görülmektedir. Bu değerın tüm fertlerin ulaşabileceği ve yararlanabileceği düzeyde sağlanması ve korunması refah düzeyinin geliştirilmesinde önemli bir girdi kaynağı olduğundan önem arz etmektedir. Sağlık sadece refahın geliştirilmesinde bir tüketim malı değildir. Birey ve ülke ekonomisinin üretken yapısını ve katma değerini arttıran yatırım girdisi olarak da nitelendirilmektedir (Mushkin, 1962: 131-132). Günümüz rekabetçi koşullarında, sağlıkta mali açıdan güçlü olunması ve mevcut kaynakların verimli ve etkin kullanımı, geleceğe ilişkin sağlık politikaların oluşturulmasında büyük öneme sahiptir. Bu bağlamda önemli nokta, finansal sistemin güçlendirilmesi ve yerinde politika kararlarıyla sürdürülebilirliğin sağlanmasına odaklanılmasıdır (Frenzel ve McCready, 1979: 269). Kent-kır ayrımı olmaksızın toplumun genelinin sağlık gereksinimlerinin karşılanması amacıyla yapılan harcamalara sağlık harcaması denilmektedir (Kızılcılık, 1996: 147). Başka bir tanıma göre; Bir toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin sunumu için ortaya çıkan maliyetlerin karşılanması amacıyla yerine getirilen kişisel ve toplumsal harcamalar sağlık harcaması olarak tanımlanmaktadır (Ünal, 2013: 113). Kamunun birey ve toplum sağlığına ilişkin problemlerin çözüme kavuşturulması veya mevcut durumun korunması amacıyla yapmış olduğu tüm harcamaları sağlık harcaması olarak tanımlamak mümkündür. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik harcamalar sağlık harcaması olarak ifade edilmektedir (Akar, 2014:



311). Yine bireylerin bireysel (out of pocket) yaptıkları sağlık harcamaları, devletin sağlık hizmetlerine olan katkı payları, özel ve kamu sektörünün sağlık yatırım harcamalarının toplamı sağlık harcamalarını oluşturmaktadır (Yalçın ve Çakmak, 2016: 706). Teşhis ve tedavi amaçlı harcamalar, rehabilite edici sağlık hizmetlerine yapılan ödemeler, tıbbi malzemeler, makine ve teçhizatın bakım ve onarım giderleri, yeni sağlık tesisleri inşasına yapılan ödemeler, personel giderleri, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik harcamalar da sağlık harcamalarını tanımlamaktadır (Sayım, 2017: 14-15). Sağlık ekonomisindeki gelişme, sağlık göstergelerini ve sağlık harcamalarını da etkilemiştir. Ülkelere ait sağlık harcamalarının payı, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin ortaya konulması ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir. Yine yapılan harcamalar aynı zamanda ülkelere ait sağlık sistemine ilişkin bilgi de sağlamaktadır (Schieber ve Maeda, 1999: 193). Türkiye, “Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000” çalışması ile OECD sağlık hesapları sistemini benimsemiştir (Tosun, 2018: 44). Ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre sağlık harcamaları farklılık gösterse de bütün ülkeler için önemli harcama kalemlerinden biri olarak görülmektedir. Bir toplumda refah, istikrar, güvenlik, güç ve mutluluğun özünde sağlık bulunmaktadır (Kurşun ve Rakıcı, 2014: 78). Bu nedenle ülkelerin sağlık harcamaları artmakta ve daha da önem kazanmaktadır. Ülkeler sağlıklı bir toplum oluşturma gayretiyle uyumlu olarak sağlık harcamalarını artırıcı yönde hareket etmektedirler. Bununla beraber ülkelerin gelişmişlik düzeyiyle uyumlu bir şekilde, sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıladan aldıkları paylarda da önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu doğrultuda uygulanan politikaların kamu kaynaklarının kullanımında etkin olup olmadığının analizi de önem arz etmektedir. Güçlendirilen sağlık koşulları ekonomiye daha fazla fayda sağlayacağından, kamu sağlık harcamalarının ülkelerin kalkınma düzeyine etkisi de önemli ölçüde artacaktır. Bu sayede kamu sağlık harcamaları ile toplumdaki her bireyin sağlık hakkı idealleştirilerek, toplumsal refah düzeyine yansımaları da olumlu olacaktır (Çalışkan ve Eğmir, 2020: 218).

### Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık

Kamu malı kavramının felsefi temeli devlet anlayışına dayanmaktadır. Kamu malı kavramına ilişkin araştırmaların kökleri 18. yüzyıl devletin gelişim ve genişlemesine ilişkin araştırmalara kadar uzanmaktadır. Kamu malı, İlk kez David Hume tarafından 1739 tarihli “İnsan Doğası üzerine Bir İnceleme” adlı eserinde “ortak mallar” olarak ifade edilmiştir. David Hume’dan sonra Adam Smith aynı soruyu ele almıştır (Kaul, Grunberg ve Stern, 1999: 3).

Kamu malı teorisi ilk kez 1954 yılında Samuelson tarafından ortaya konulmuştur. Samuelson geliştirdiği modelde hangi malların kamu malı olarak ifade edileceğine yönelik kriterler geliştirmiştir. Belirlenen kriterlerin bir kısmı talebe ilişkinken bir kısmı da arza yönelik kriterlerdir. Talep ile ilişkili kriterler; faydanın yalnızca malı tüketen kişiye mi tahakkuk ettiği yoksa başkalarına da yayılıp yayılmadığı hususudur. Bir malı birden fazla birey eşanlı olarak tüketiyorsa kamusal mal söz konusudur. Samuelson bu durumu “bağlı tüketim” olarak ifade etmektedir. Arz yönüne ilişkin ise iki kriter bulunmaktadır. Birincisi, tüketimden dışlamanın mümkün olup olmadığı, ikincisi ise tüketim rekabetinin oluşup oluşmayacağıdır. Bir malın tam bir kamusal mal sayılabilmesi için tüketiminden mahrum bırakılmaması yeterli değildir. Aynı zamanda başka bireyler tüketse bile mevcut tüketicilerin faydasının azalmaması da gerekmektedir (Samuelson, 1954: 350-356). Kamusal mallar devlet tarafından üretilmekte olup, bütçeden finanse edilmektedir (Holcombe, 1997: 2-4). Neoliberal politikalar 1970’li yıllardan itibaren dünya üzerinde etkin olmaya başlamıştır. Kamusal mal ve hizmet yelpazesi daraltılarak kamunun ekonomi içerisindeki payının azaltılması düşüncesi hâkim olmaya başlamıştır. Bu dönemde küreselleşme ile tüm dünyayı ilgilendiren bazı konularda ortak kararların alınması söz konusu olmuş, küresel boyuttaki kamusal malların sunulmasına ilişkin olarak da küresel kamusal mal kavramı ortaya çıkmıştır. 20. yüzyılın sonlarında yaşanan teknolojik gelişmeler ve küreselleşme olgusunun beraberinde getirdiği hızlı değişimler hemen her alanda liberal politikaların önem kazanmasına neden olmuştur. Dünya çapında gerçekleşen

entegrasyon süreci küresel kamusal mal olgusunu daha da ön plana çıkarmıştır. Küresel kamusal mallar özellikleri yönünden kamusal mallar ile benzerlik göstermektedir. Bu doğrultuda, sağlığın hem ulusal düzeyde hem de ulus ötesi boyutta dışsallığının bulunması sağlık malına küresel kamusal mal özelliği kazandırmaktadır. Yani maliyet ve fayda tüm ülkelere yayılabilmektedir (Kaul, 2003: 23). Küresel sağlık hizmetlerinin etkileri ulusal sınırları aşarak tüm bölgelere ya da dünyaya yayılmaktadır. Bu etki sadece ülkeler arasında kalmamakta nesilden nesile de aktarılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bugün karşılanamaması durumunda gelecek nesiller de bu durumdan olumsuz etkilenecektir. Bu bağlamda, küresel bir kamu malı olarak sağlık, çevresel tehlikelerden sonra sınır ötesi dışsallıkların kamusal bir tehlike olarak ortaya çıkmasının en açık örneğidir. Günümüzde küreselleşmenin neden olduğu sağlık problemlerinin nedenleri ise şu şekilde sıralanabilir (Chen, Evans ve Cash, 1999: 286):

- I. Az gelişmiş ülkelerde iktisadi daralma ve yoksulluk sebebiyle ortaya çıkan hastalık ve ölüm oranlarının artması.
- II. Ülkelerarası göç dalgası nedeniyle bulaşıcı hastalıkların yayılması.
- III. İklim değişikliği ve su kaynaklarındaki azalma ve kirlilik nedeniyle ortaya çıkan hastalıklardaki artışlar.
- IV. Küresel pazarlama imkanlarının artışından kaynaklanan tütün ve benzeri zararlı mal gruplarının dolaşımının artması ve buna bağlı hastalıklardaki artışlar.

Sağlık hizmetleri kamusal mal olarak değerlendirilirken arzu edilen düzeyde sunumu için engel teşkil eden unsurlar bulunmaktadır. İlki kaynak dağılımında etkinliğin sağlanamayacağı görüşüdür. Dışsal ekonomilerin varlığı, erdemli mallar, monopol piyasaların varlığı ve kamusal malların kaynak dağılımında etkinliği bozan unsurlar olduğu ifade edilmektedir (Akalın, 1981: 207). Bu nedenle kamunun sağlık alanında faaliyette bulunması ve sektöre müdahalesinde dışsallıklar önemli bir gerekçe olarak gösterilmektedir (Stiglitz ve Rosengard, 2015: 385). İkincisi ise asimetrik bilgi, hastalık risk ve talebinin önceden öngörülememesi, belirsizlik

altında seçim yapılması, piyasaya giriş ve çıkıştaki zorluklar, sağlık hizmetini talep eden ve hizmeti sağlayanların sayıca azlığı sağlık hizmetlerinin arzu edilen düzeyde sunulmasının önündeki engeller olarak görülmektedir (Mutlu, 2006: 58). Bu engel ve belirsizlikler sağlık malına ilişkin organizasyon, üretim ve finansman sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu yüzden çözüm için sağlığın küresel kamusal bir mal olduğunun farkına varmak gerekmektedir. Bu hizmetlerin artması küresel boyutta dışsallık sağlayacağından, sağlık hizmetlerinden üst düzeyde yararlanmak için başka küresel kamusal mal üretiminin de artırılması gerekmektedir. Gıda emniyeti, temiz su kaynaklarına erişim, yoksulluğun azaltılması gibi (Woodward ve Smith, 2006: 3). Bu bağlamda her düzeyde sağlığa ilişkin riskler belirlenerek, teknoloji ağları ve bilgi enformasyonu gerçekleştirilmelidir.

Refah devleti kavramının ortaya çıkışı, sağlık hizmetlerinin kamu eliyle sunulmasına yönelik gereksinimleri arttırmıştır. Bu durum bu tür hizmetlere kamusal bir nitelik kazandırmıştır (Türkal ve Cihangir, 2008: 132). Refah devleti; sosyal refahın optimizasyonunu sağlamak için kamunun ekonomiye kapsamlı müdahalesini savunan devlet anlayışı şeklinde ifade edilmektedir. Bu anlayış içerisinde kamu; sosyal koruma, eğitim, sağlık harcamalarının yanı sıra tam istihdamın sağlanmasından, özel kuruluşlara ait faaliyetlerin birey yaşamını iyileştirmesine kadar farklı alanlarda sorumluluk üstlenmektedir (Gökbunar, Özdemir ve Uğur, 2008: 159). Bu yönüyle kamu tarafından, sağlık hizmet ve sunumuna ilişkin yerinde politikalar oluşturularak, gerekli düzenlemelerin zaman kaybetmeden hayata geçirilmesi, sağlık ve sağlığa ilişkin tüm sektörlerin entegrasyonunun sağlanması önem arz etmektedir. Bunun sağlanmasında elbette finansman kaynakları önemli rol oynamaktadır. Küresel mal olan sağlığın finansmanında ülke içerisinde dışsallıkların içselleştirilmesi için sağlık piyasasının üretim ve düzenlenmesinde kullanılan öncelikli araçlar vergi ve sübvansiyonlardır. Özel kaynaklar ve kamu kaynakları ise finansman araçlarını oluşturmaktadır. Özel kaynaklar içerisinde, kâr amaçlı olmayan kuruluşlar (dernek, vakıf, sivil toplum kuruluşları), kâr amaçlı kuruluşlar,

bireysel ödemeler bulunmaktadır. Ulusal ve uluslararası finansman kaynakları ise kamu kaynaklarını oluşturmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere ait kamusal kaynaklar ulusal kaynakları (vergi ve kamu sigorta kaynaklarının primleri) oluşturmaktadır. Uluslararası kuruluşlar, gelişmiş ülkelerin ayırdıkları fonlar, uluslararası organizasyon ve örgütler ise uluslararası finansman kaynaklarıdır. Bu kuruluşlar sadece küresel sağlık malı üretimi sağlamamakta, sağlık konusunda AR-GE çalışmaları yapma, istatistik oluşturma, geleceğe dair beklentileri saptama, gelişmekte olan ülkelere tıbbi bilgilerin iletilmesi gibi görevleri de yerine getirmektedir. Aynı zamanda bulaşıcı hastalıklara dair, politika oluşturma, finansman desteği, bilgi ve yönetimine ilişkin destekte sunmaktadır. Uluslararası kuruluşlar özellikle gelişme yolundaki ülkelere bağış, mali katkı, yardım ve kredi gibi araçlarla destek olmaktadır (Feachem ve Sachs, 2002: 14-16).

Sağlık, tüm ülkeler için sosyal ve iktisadi kalkınmanın temel göstergelerinden biridir. Sağlık, özellikle toplumsal sağlık statüsünün belirleyici unsurunu oluşturmaktadır. Bu statünün sürdürülebilirliği, iyileştirilmesi, mevcut kaynakların verimli kullanımı açısından sağlığa ilişkin göstergelerin analizi geleceğe ilişkin politika ve hedeflerin belirlenmesinde yol gösterici olmaktadır. Bu önem çerçevesinde aşağıda Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerine ait kamu sağlık göstergeleri ele alınarak ülkeler arası kıyaslamalar ile mevcut görünüm izah edilecektir.

## **TÜRKİYE VE SEÇİLMİŞ OECD ÜLKELERİNE AİT KAMU SAĞLIK**

### **HARCAMALARININ GENEL GÖRÜNÜMÜ**

Sağlık ve sağlık hizmetleri insan ve toplum yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Pek çok ülke ekonomik kaynaklarının giderek artan bir kısmını sağlık hizmetleri üretimine ayırmaktadır. Bireylerin yaşam standardının belirlenmesi, fiziksel ve psikolojik işlevselliğinin ortaya konulması, toplumsal sağlık statüsünün belirlenmesinde sağlık göstergelerinin niceliksel olarak incelenmesi önem arz etmektedir. Ülkelerin sağlık harcama göstergeleri bir ülkenin

sağlığa verdiği önemin saptanması, mevcut görünümüne ilişkin yetersizliklerin belirlenmesi, sağlık politikaları ve sağlık hizmetleri ile ilgili gelecek planlamaların oluşturulmasında yol gösterici olmaktadır. Kişi başına düşen gelir, kişi başına kamu sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamaları ve toplam sağlık harcamaları içerisindeki kamu sağlık harcamalarının payları, gayrisafi yurt içi hasıla içerisindeki sağlık harcamalarının payları, bireysel ödemelerin toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ülkelerin sahip oldukları sağlık sistemi yapılarına göre de değişiklik gösterebilmektedir.

### **Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Sisteminin Genel Yapısı**

Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sistemleri alanında da ülkeler arasında bilgi akışı söz konusudur. Bu akış, dünya genelinde çeşitli kurumları, ulusal politikaları, sağlık sistem ve hizmetlerini etkileyen küreselleşme olgusu ve yansıması olan liberal ekonomi politikaları nedeniyle 1980'lerin sonlarından 1990'ların başlarına kadar artış göstermiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 366). Her ülke; kültürünü, tarihini, iktisadi kalkınmasını, baskın politik yapısını yansıtan, tıbbi teknoloji bilgisi, nüfusu, hastalık türleri, toplumsal algı ve beklentilerden etkilenen ulusal bir sağlık sistemine sahiptir (Roemer, 1993: 336). Devletlerin sağlık sistemleri, hizmetinde bulunduğu toplumun gereksinimleri, tercihleri ve şartlarına göre şekillenmektedir (Smith, 2002: 145). Sağlık sistemine ilişkin pek çok tanımlama bulunmaktadır. Field'e göre sağlık sistemi, sağlık hizmetleri kapsamında ülkeye ait kaynakların belirli çıktılarına kanalize edilmesini sağlayan sosyal bir mekanizmadır (Field, 1973: 764). Reinke sağlık sistemini, belirli sağlık sorunlarını çözmek ve sağlık statüsünü oluşturmak için toplumun mevcut kaynaklarını kullanma mekanizması olarak tanımlanmaktadır (Reinke, 1988: 261). Block (1997)'e göre sağlık sistemi, sistemde bulunan aktörler (hane halkı, hizmet sunucular, devlet) ve bunlar arasındaki etkileşimden (sağlık hizmet sunumu, hizmet ödemeleri, sigorta ödemeleri gibi) oluşan bir bütün olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sisteminin tanımlanmasına yönelik evrensel bir tanımlama mevcut değildir. Sağlık sistemlerinin ana hedefi; sağlığın iyileştirilmesi,

korunması ve geliştirilmesine yönelik her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Murray ve Frenk, 2000: 717). Tüm ülkelerin sağlık sistemlerinin tanımlanmış amacı sağlıktır. Sağlık sistemlerinin ortak paydası ise toplumun beklentilerinin karşılanması ve adil finansmandır. Ükelere ait sağlık göstergelerine ilişkin görünüm ele alınmadan önce Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin genel yapısı hakkında bilgi vermek yerinde olacaktır. Ükelerin sağlık sistemlerinin bilinmesi, Türkiye sağlık sistemini anlamak açısından önem arz etmektedir. Sağlık sistemleri sağlık performansının ortaya konulması ve politika oluşturulmasında önemli bir araçtır.

Türkiye sağlık sistemi; Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışından sonra 3 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı Kanun ile kurulmuştur. Bu dönemde esas odak noktası savaş sonrası problemlerin çözümü, mevzuat araştırmaları ve koruyucu sağlık hizmetleriydi. Koruyucu sağlık hizmetleri kamu sorumluluğunda iken yerel yönetimler tedavi edici hizmetlerden sorumlu idi (Özkaya, 2016: 78). 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. Emekli Sandığı Kanunu, 1950 yılında çıkarılmıştır. 1952 yılında ise anne ve çocuk sağlığına yönelik kurumlar oluşturulup, sağlık meslek birlikleri faaliyete geçmiştir. Sağlık, 1961 Anayasası ile temel bir insan hakkı olarak tanımlanmış olup, 49. madde ile kamu bu hakkın sağlanmasında mükellef tutulmuştur. Planlı ekonomi modeli, Anayasanın 129. maddesi ile hukuki zemin kazanmıştır. Başlatılan kalkınma planları içerisinde sağlık hizmetleri de yer edinmiştir. Birinci kalkınma planında sağlıkta amaçlanan hedef bireylerin sağlık düzeylerinin artırılması olmuştur. Bu nedenle halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmiştir. Amacın yerine getirilebilmesi için 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkarılarak koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmiş olup, en ücra sahalara sağlık hizmetlerinin ulaştırılması amaçlanmıştır. 20. yüzyılın son dönemlerinde ortaya çıkan ekonomik kriz Türkiye'yi de olumsuz etkilemiştir. Sosyal devlet anlayışı etkisini kaybetmeye başlamıştır. Neoliberal ekonomi politikaları krizden kurtuluş yolu olarak hâkim olmaya

başlamıştır. Neoliberalizmin etkisi sağlık sektöründe de belirmiştir. 1980’li yıllarda pek çok kez reform çalışmaları gündeme alınmış ancak arzu edilen sonuçlara ulaşılamamıştır. 2003 yılı Sağlıkta Dönüşüm Programı Türk sağlık sisteminin dönüm noktası olmuştur. Bütün bireyler Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil edilerek, tek tip hizmet verilmeye başlanmıştır. 2004 yılında Aile Hekimliği Modeli uygulanmaya başlanmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu 2006 yılında oluşturulmuştur. 2010 yılında 5947 sayılı Kanun ile akademik ve sağlık personelinin tam zamanlı istihdamına ilişkin bazı kanunlarda değişiklik yapılmıştır. 2011 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastaneler Kurumu kurulmuştur. Kamu hastanelerinin piyasa benzeri yapıya dönüşmesi Kamu Hastane Birlikleri ile gerçekleştirilmiştir. 2013 yılına gelindiğinde 6428 sayılı kanun ile kamu-özel kesim iş birliği modeli uygulamaya konulmuştur (Erol ve Özdemir, 2018: 126). Sağlık Bakanlığı ise sağlık hizmet standardının belirlenmesi ve denetimin sağlanması görevleriyle sınırlandırılmıştır (Cansever, 2018: 111). Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin ana sağlayıcısıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu kamu kesimi, özel sektör, üniversiteler, vakıf ve dernekler ile sağlanmaktadır. Türkiye’de sağlık sisteminin finansman yapısı karma bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı vergiler, sosyal güvenlik primleri, bireysel ödemeler ve özel sigorta primleri ile karşılanmaktadır. Temelde finansman kaynakları özel ve kamu kaynakları olarak ikiye ayrılmaktadır. Bireysel ödemeler, işverenin çalışanları için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları, hane halkına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlara ait harcamalardan oluşmaktadır. Merkezi devlet harcamaları, yerel yönetim harcamaları, sosyal güvenlik fonları ise kamu kaynaklarını oluşturmaktadır (Özbay, Öncül, Gökçimen ve Mollahaliloğlu, 2007: 178).

İngiltere sağlık sistemi; küresel sağlık politikalarının oluşması ve sağlık sistemlerine ilişkin reform uygulamaları açısından rol model ülke olarak gösterilmektedir. İngiltere neredeyse tamamı bütçe kaynaklı sağlık finansman sistemini uygulayan ülkelerin önde gelenidir. 1943



yılında William Henry Beveridge tarafından “Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS)” kurulmuştur. İngiltere sağlık sisteminde, tüm vatandaşları kapsayan, vergi ile finanse edilen, kamu hastaneleri ve diğer sağlık birimleri ile ücretsiz sağlık hizmeti sunulmaktadır. İngiltere’de sağlık hizmetleri ve sosyal bakım ayrı değerlendirilmektedir (Cylus, Richardson, Findley, Longley, O’Neill ve Steel, 2015: 1). Özel sağlık sigortası ve bireysel (özel) ödemeler de bulunmaktadır. İngiltere’de toplam sağlık harcamalarının finansmanı kamu kaynaklarından sağlanmaktadır. Genel vergiler ve ulusal sigorta katkıları esas kaynaklarını oluşturmaktadır. Bireysel ödemelere ek, özel sağlık sigortasından da gelir elde edilmektedir. İngiltere, Uluslararası Sağlık Hizmetleri’nin esas amacı, ödeme gücüne bakılmaksızın tüm vatandaşlara sağlık hizmet sunumunun sağlanmasıdır. Bireyler herhangi bir ödeme yapmadan tüm sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. NHS’de amaç; güvenli, etkili, yüksek kaliteli sağlık hizmet sunumunu sağlamaktır. İngiltere’nin halk sağlığına ilişkin mevcut stratejileri 2010’da Sağlık Bakanlığı’nca çıkarılan “Sağlıklı Yaşamlar, Sağlıklı İnsanlar: İngiltere’de Halk Sağlığı Stratejimiz” e dayanmaktadır. Burada toplum sağlığı ve mahalli idareler ile refahı yükseltmek öncelikli hedef olmuştur. Halkın risklere karşı korunması, bireylerin daha sağlıklı ve uzun yaşaması, dengeli beslenmesi, gelir seviyesi en düşük ailelerin en hızlı iyileşeceği şartların oluşturulması öncelikli görülmüştür. Aynı zamanda mahalli idareler ve sivil toplum kuruluşları ile hükümetin iş birliğini arttırması ve dış paydaşlarında katkısına imkân sunulması öngörülmüştür (Özçelik, 2020: 1182).

İspanya sağlık sistemi; 1978 yılından önce İspanya’da sosyal güvenlik programına dayalı merkezileşmiş sağlık sistemi hakimdi. 1978’de kabul edilen Anayasa ile bütün vatandaşlara sağlığın korunması hakkı tanınmıştır. 1978 ve 1981 yılında sırayla Ulusal Sağlık Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı yapılandırılmıştır. 1986 yılından itibaren Bismark Modelin’den (sosyal güvenlik rejimi) evrensel geçerliliği olan ve vergilerle finanse edilen Beveridge Modeline (Ulusal sağlık hizmetleri) geçiş sağlanmıştır (Kara ve Öztürk, 2021: 11). Bununla beraber

bölgesel organizasyona dayalı yeni bir model oluşturulmuştur. İspanya günümüzde ulusal koordinasyon altında ancak merkezi olmayan bir sağlık sistemine sahiptir. Ulusal sağlık sistemi vergilerle finanse edilmektedir. Kamu, ağırlıklı olarak sağlık hizmet sunumunu yerine getirmektedir. 25 senelik merkezileşmiş bir mevzuat modelinden 2002 yılı itibarıyla sağlık yetkileri bölgesel idareye sevk edilmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinin organizasyon ve dağıtımıyla ilgili bölgesel 17 Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve harcamalarına ilişkin süreçler bölgesel yönetim tarafından belirlenmeye başlanmıştır. İspanyol sağlık sisteminde özel sektör oyun kurucu olarak yer almaktadır. Vatandaşlara gönüllü sağlık sigortası düzenlemektedir. Gönüllü sağlık sigortası İspanya’da kanuni sistemden bağımsız ve tamamlayıcıdır (Bernal-Delgado, Garcia-Armesto, Oliva-Morena ve Sanchez-Martinez, 2018: 3). Genel vergiler, ulusal sağlık hizmetlerinin sağlanmasında esas finansman kaynağıdır. Sistemin nüfus kapsamı %99,5 olmakla beraber sistem bütün bireylere kapsamlı teminat paketini garanti etmektedir. Sağlık hizmetleri herkes için ücretsizdir. Fakat bazı harcamalar için (ilaç katılım payı) bireysel ödeme yapmak gerekebilmektedir.

Norveç sağlık sistemi; Norveç’in gelişmiş ve iyi bir sosyal güvenlik sistemi ile ona bağlı geniş bir sağlık sistemi ağı bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilişkin uygulama ve finansmanın sağlanmasında Ulusal Sigorta Yasası’na bağlı Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı’nın birimi olan Sağlık Hizmetleri Direktörlüğü sorumlu olmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik koordinasyon ve kontrol bakanlık tarafından değil, sosyal güvenlik kurumuna bağlı genel müdürlük tarafından yerine getirilmektedir (Şahinli ve Tarım, 2019: 17). Dünyadaki en kapsamlı ve gelişmiş sosyal güvenlik sistemi Norveç’e aittir. Ulusal Sosyal Güvenlik Sistemi zorunlu bir güvenlik sistemi olup, ülkedeki bütün vatandaş ve ülke çalışanlarını kapsamaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik sistemi büyük oranda ulusal sigorta primleri ile finanse edilmektedir. Ödenen primler ile sigortanın her branşından yararlanma hakkı tanınmaktadır. Yaşlı bakımı, çocuk

bakımı, sağlık ve sosyal hizmetler sunumunda kamu, büyük ölçüde kendi kaynakları ile hizmet sunumunu sağlamaktadır. Sağlık politikalarının oluşturulmasında merkezi hükümet sorumludur. Yerel demokrasi ile tutarlı şekilde yerel yönetimler eliyle sağlık hizmeti sunulmaktadır. Sağlık sistemi aşamalı olarak işlemektedir. Öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanılmakta daha sonra uzman hekimlere başvurulmaktadır. Norveç çocuk sağlığı açısından verilen hizmetleriyle de önde gelen ülke konumundadır.

Güney Kore sağlık sistemi; Güney Kore, sağlık hizmetlerindeki güçlü altyapısı ve yetkinliği ile ifade edilmektedir. Güney Kore’de 1989 yılında ulusal sağlık sigortası ve vergiye dayalı tıbbi yardım programı bir araya getirilerek bütün vatandaşları kapsayan genel sağlık sigortası uygulamaya konulmuştur. Sağlık sisteminin temel finansman kaynağını ulusal sağlık sigortası oluşturmaktadır. Nüfusun % 97’si ulusal sağlık sigortasından faydalanmaktadır. %3’lük kesim ise dar gelirli olup, bu kesime sağlık hizmeti vergi destekli “Tıbbi Yardım Programı” ile sağlanmaktadır (Baysan, 2021: 404). Ülkede sağlık sistemi kamu kaynakları ile finanse edilmektedir. Fakat sağlık hizmet sunumunda ağırlık özel sektöre aittir. Hükümetin sağlık hizmet gereksiniminin karşılanması amacıyla özel sektöre izin vermesiyle hizmet sunumunun büyük bir bölümü özel sektör eliyle gerçekleştirilmektedir (Kwon, Lee ve Kim, 2015: 1). Sağlık finansmanın ana kaynağı olan Ulusal Sağlık Sigortası’nın yönetimi “Sağlık Sigortası İnceleme ve Değerlendirme Hizmeti” ve “Ulusal Kanıta Dayalı Sağlık Kurumu İş birliği” kurumlarına bırakılmıştır. Bu kurumların Sağlık Bakanlığına karşı sorumlulukları bulunmaktadır. Güney Kore’de sağlık hizmetleri dört kademedan oluşmaktadır. Sağlık Hizmetleri Yasası’na göre sağlık hizmetleri klinikler, küçük hastaneler, genel hastaneler ve uzmanlaşmış hastaneler olarak dört aşamadan oluşmaktadır. Ulusal Sağlık Sistemine göre ise iki kademedan oluşmaktadır. Bunlar sırasıyla uzmanlaşmış hastaneler ve diğer hastanelerdir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör önemli rol oynamasına rağmen birinci basamak sağlık hizmeti kamu tarafından sunulmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası tarafından hizmetlerin finansmanı

sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı ise hizmetlere ilişkin politika oluşturulması ve uygulanmasından sorumludur.

Meksika sağlık sistemi; paralel çalışan üç ana bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; 1. İstihdama dayalı sosyal sigorta programları, 2. Ekonomik koruma programları aracılığıyla sigortasız bireylere yönelik kamu yardım hizmetleri, 3. Hizmet sağlayıcılar, sigorta kuruluşları, ilaç şirketleri ve tıbbi cihaz üreticilerinin oluşturduğu özel sektördür. Merkezi ulusal kurumlar sosyal sigorta programlarını yürütmektedir. Sigortası olmayan vatandaşlar için eyalet, federal yetkililer ve hizmet sunan birimler teminat vermektedir. Sağlık Bakanlığı, Genel Sağlık Yasası'nda yürürlüğe giren Ulusal Sağlık Sistemi'ni koordine etmektedir (Gonzalez Block, Reyes Morales, Cahuana Hurtado, Balandran ve Allin, 2020: 9). Ülkede sosyal sigorta alt sistemine dahil bütün maaşlı personeli kapsayan ulusal üç kurum bulunmaktadır. Özel sektör çalışanlarını kapsayan Meksika Sosyal Güvenlik Enstitüsü (IMSS), kamu çalışanları için Güvenlik ve Sosyal Hizmetler Enstitüsü (ISSSTE) ve Petrol şirketi, askeri ve donanma personeli için ise Petroleos Mexicanos (PEMEX) sigorta kurumu faaliyette bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve eyalet hükümetleri ve bunların hizmet sunum birimleri, bütün nüfus için halk sağlığı programları, sigortasız bireyler için sağlık sigortası, sosyal yardım ile kendi adına çalışanlar ve kayıt dışı istihdam piyasasında yer alanlar için mali koruma yükümlülüğünü paylaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastane hizmetlerinin ana sağlayıcısı olup, sigortasız bireylerin sağlık hizmetleri için fon teminini gerçekleştirmektedir. Genel hastane hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri ise eyalet hükümetlerince yerine getirilmektedir. 2004 yılında SP (Seguro Popular) Halkın Sağlık Sigortası uygulaması yürürlüğe konulmuştur. Bu uygulama ile kapsam dışı nüfusun tamamının sistem içerisine dahil edilmesi amaçlanmıştır. SP, federal hükümet tarafından finanse edilmekte olup, eyaletlere kaynak aktarılarak sağlık hizmet sunumu sağlanmaktadır. Bu sistemde bireyler gelir düzeylerine göre ücretsiz ya da gelir düzeylerinin % 5'ini aşmayacak şekilde prim ödeyerek sisteme dahil olmaktadır. 2018 yılında SP sistemi

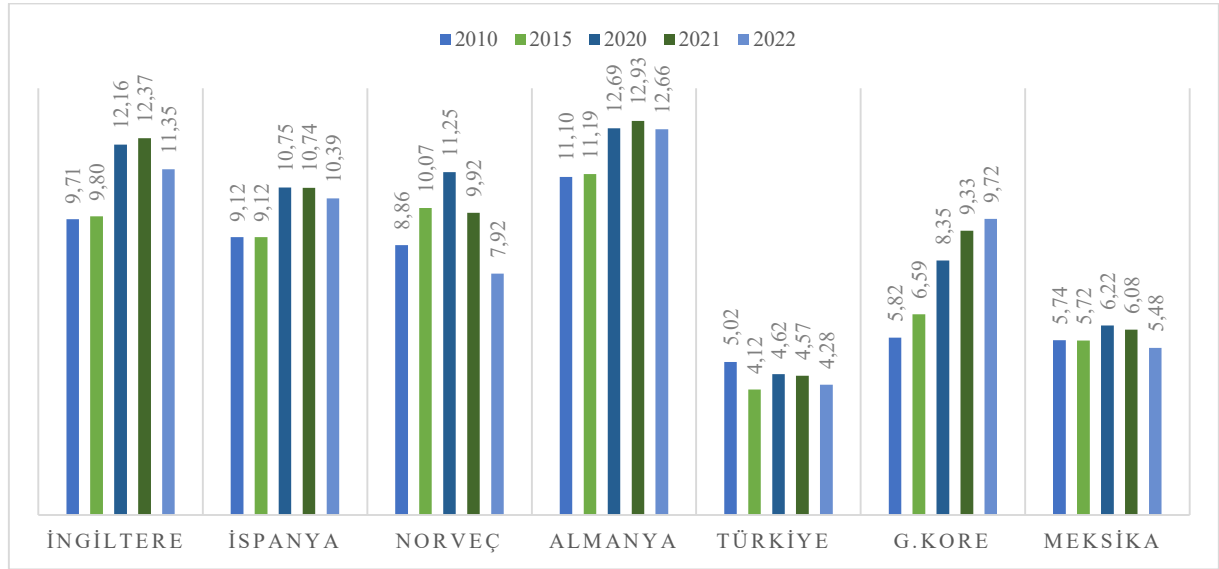
ücretsiz ilaç ve sağlık hizmeti sağlanması amacıyla Politika ve Ulusal Sağlık Enstitüsü (INSABI) olarak değiştirilmiştir. Ülkede özel sektör bağımsız olarak hizmet faaliyetlerini sürdürmekte olup, Sağlık Bakanlığınca denetlenmektedir (Gonzalez Block, Reyes Morales, Cahuana Hurtado, Balandran ve Allin, 2020: 32). Kamu birinci basamak sağlık hizmetleri, pediatrik bakım, aile planlaması, aşılama, doğum öncesi bakım hizmetlerinin yanı sıra sağlığın geliştirilmesine yönelik pek çok hizmetin sunulmasına da katkıda bulunmaktadır. Özel sektör ise birinci basamak sağlık hizmetinin tedaviye yönelik tıbbi bakım hizmetiyle sınırlı kalmaktadır (Çiçeklioğlu, 2022: 132).

Almanya sağlık sistemi; Almanya uluslararası alanda sağlık hizmet kalitesi ve sunumunda önemli bir ülke konumundadır. Alman Anayasası 20. maddesine, Almanya sosyal bir devlettir. Vatandaşların sosyal güvenliği devletin öncelikli görevleri arasında gelmektedir. Ülkede yaşayan bireylerin sosyal ve mali durumları ne olursa olsun sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilirliği hususunda herkesin eşit haklara sahip olduğu kabul edilmektedir (Hüsmenoğlu ve Kuşaklı, 2021: 157). Hastaneler, klinikler ve tıp merkezleri bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini hızlandırmaktadır. Federal Sağlık Bakanlığı, sağlık sigorta şirketleri, sağlık alanındaki meslek kuruluşları, düzenleyici kuruluşlar, hasta örgütleri sağlık sisteminin etkin bir şekilde işleyişinden sorumlu birimlerdir. Yani Almanya’da sağlık sistemi merkezi yönetimden ziyade özerk ve çoğulcu yönetim anlayışıyla yürütülmektedir. Kanunen ülkedeki herkes zorunlu sağlık sigortası yaptırmaktadır. Federal ve halk sağlığı sigortası yetkilileri ile Alman halk sağlığı sigorta programı yönetilmektedir. Sosyal sigorta yöntemi ile sağlık sisteminin finansmanı sağlanmaktadır (Kırcı Çevik ve Yüksel, 2019: 215). Sağlık hizmetleri öncelikle işveren ve sigortalı çalışanlar tarafından ödenen primler ile finanse edilmektedir (IQWiG, 2018). Alman sağlık sistemi üç ana bölümden oluşmaktadır. Bunlar; ayakta tedavi hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleridir. Ülkede tüm eyaletlerde genel anlamda sevk zincirine riayet edilmektedir. Almanya’da kayıtlı bütün vatandaşların bir aile

doktorunun bulunması zorunluluğu bulunmaktadır. Ülkedeki vatandaşlar yasal ya da özel sağlık sigortaları olup olmamasına bakılmaksızın bütün hastanelerden yararlanabilmektedir (Gülşen, 2018: 95-96).

Türkiye ve seçilmiş OECD ülkeleri sağlık sistemlerine ilişkin genel bir bilgilendirme sonrasında aşağıda ülkelere ait sağlık göstergelerine yer verilmesi ülkelerin sağlığa ilişkin performanslarının ortaya konulması, geleceğe dair hedef ve politikaların belirlenmesinde yol gösterici olacaktır.

**Grafik 1.** Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerine Ait Toplam Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla İçerisindeki Payı (%)

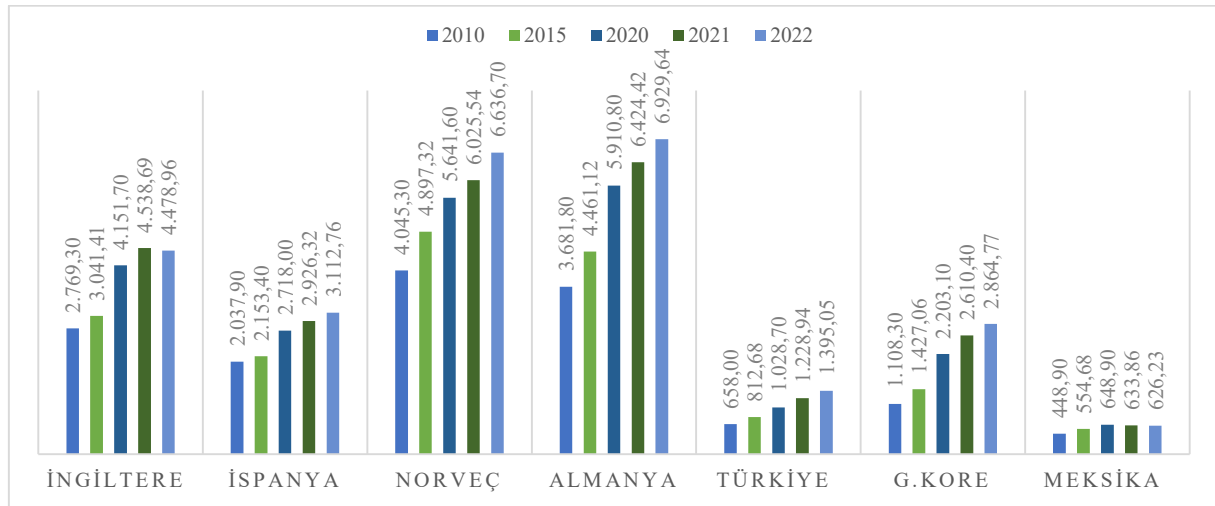


**Kaynak:** OECD, 2023 <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (09.11.2023)

Sağlık hizmetlerinin yerinde, zamanında ve tam bir şekilde toplumun geneline ulaştırılacak şekilde gerçekleştirilmesinde yapılan harcamalar büyük önem arz etmektedir. Sağlık harcaması olarak tanımlanan bu harcamalar, birey ve toplum sağlığının geliştirilmesi, iyileştirilmesi, korunması ve devamlılığının sağlanmasını kapsamaktadır. Ülkelerin sosyal, iktisadi, demografik özellikleri, sağlık sistemi ve finansman yapısına göre sağlık harcamaları şekillenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık harcamaları bakımından ülkelere belli bir standart getirmiştir. Bu kapsamda sağlık harcamalarına ayrılan payın en az %5 olması gerektiği

ifade edilmektedir (Eryer, 2023: 57). Grafik 1'e bakıldığında Türkiye ve seçilmiş ülkelere ait toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla içerisindeki payı gösterilmektedir. Almanya'nın ülkeler arasında en yüksek paya sahip olduğu görülmektedir. Hemen hemen tüm ülkelerde 2020 yılında artışın fazla olduğu izlenmektedir. Covid-19 salgını bu artışın temel sebebidir. Tıpkı Almanya gibi toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı İngiltere'de de yüksek düzeydedir. En düşük payın ise Türkiye'ye ait olduğu grafikten görülmektedir. Meksika'nın da benzer şekilde sağlık harcamasının düşük olduğu grafikten anlaşılmaktadır. Covid-19 nedeniyle ortaya çıkan küresel sağlık krizi, ülkelerin sağlık sistemlerine ilişkin önemli sonuçların ortaya çıkmasına kaynaklık etmiştir (Goryakin, Thiebaut, Cortaredona, Lerouge, Cecchini, Feigle ve Ventelou, 2020: 1).

**Grafik 2.** Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerine Ait Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (\$)

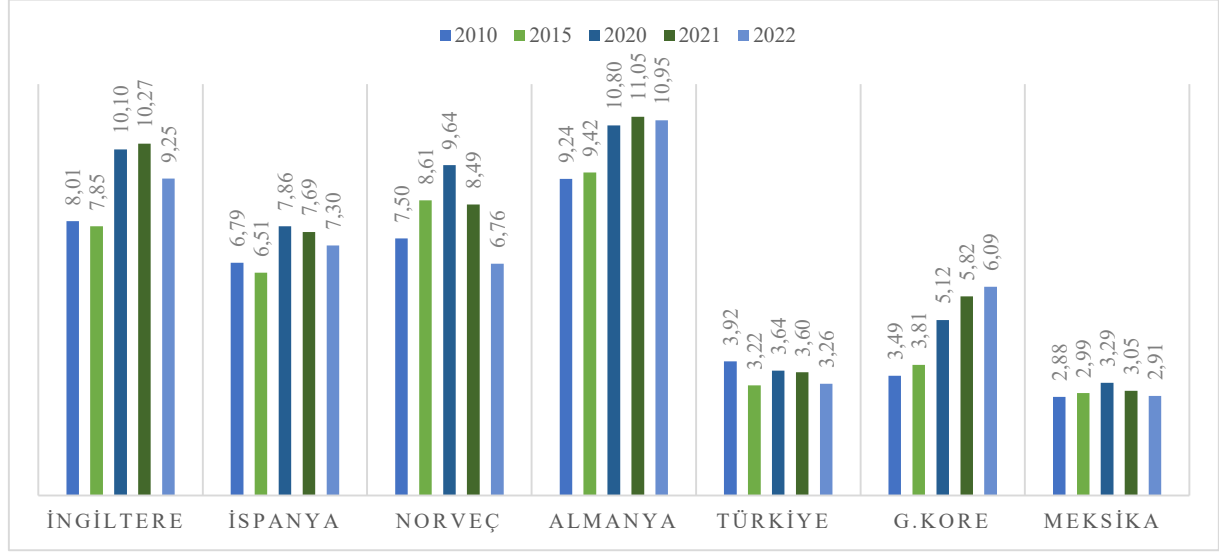


**Kaynak:** OECD, 2023 <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (11.11.2023)

Grafik 2, Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerinde kişi başına kamu sağlık harcamalarını göstermektedir. Kişi başına kamu sağlık harcamaları ivmelenmesinin genel olarak yukarı yönlü olduğu görülmektedir. Türkiye'nin ele alınan yıllar itibariyle benzer şekilde yukarı yönlü bir seyir izlediği ancak seçilmiş OECD ülkeleri ile kıyaslandığında düşük seviyede kaldığı görülmektedir. Kişi başına kamu sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla

Almanya ve Norveç iken, İngiltere 3. sırada gelmektedir. Türkiye'den sonra Meksika'nın da kişi başına kamu sağlık harcamasının en az olduğu ülke olduğu grafikten anlaşılmaktadır.

**Grafik 3.** Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerine Ait Kamu Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla İçerisindeki Payı (%)

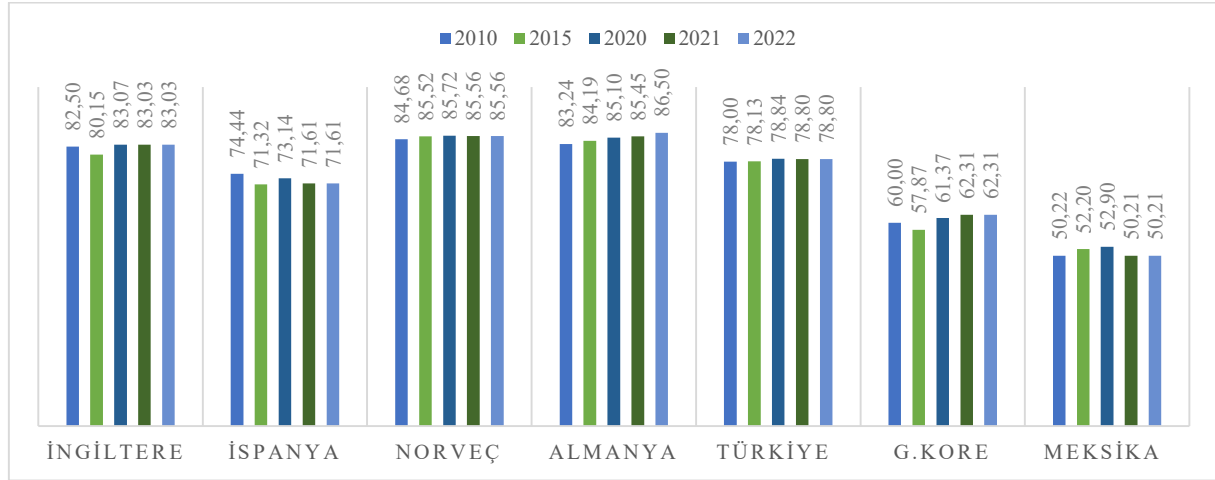


**Kaynak:** OECD, 2023 <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (11.11.2023)

Kamu sağlık harcamaları, kamu kurumlarının sağlık hizmetlerini finanse etmek için sağladığı kaynakları ifade etmektedir. Birçok ülkede vergiler ve sosyal sigorta katkılarının toplamından oluşmaktadır (Şantaş, Şantaş ve Demirgil, 2021: 75). Grafik 3'te kamu sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içerisindeki payı gösterilmektedir. Kamu sağlık harcamalarına en çok pay ayıran ülke Almanya olup onu İngiltere ve Norveç takip etmektedir. Milli gelirden kamu sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülke ise Türkiye'dir. Türkiye'den sonra en düşük düzeye sahip ülke Meksika'dır. Grafik 1 ve Grafik 3'ten anlaşılacağı üzere toplam sağlık harcamalarına en fazla pay ayıran ülkelerin aynı zamanda kamu sağlık harcamalarına da en fazla pay ayıran ülkeler olduğu görülmektedir.



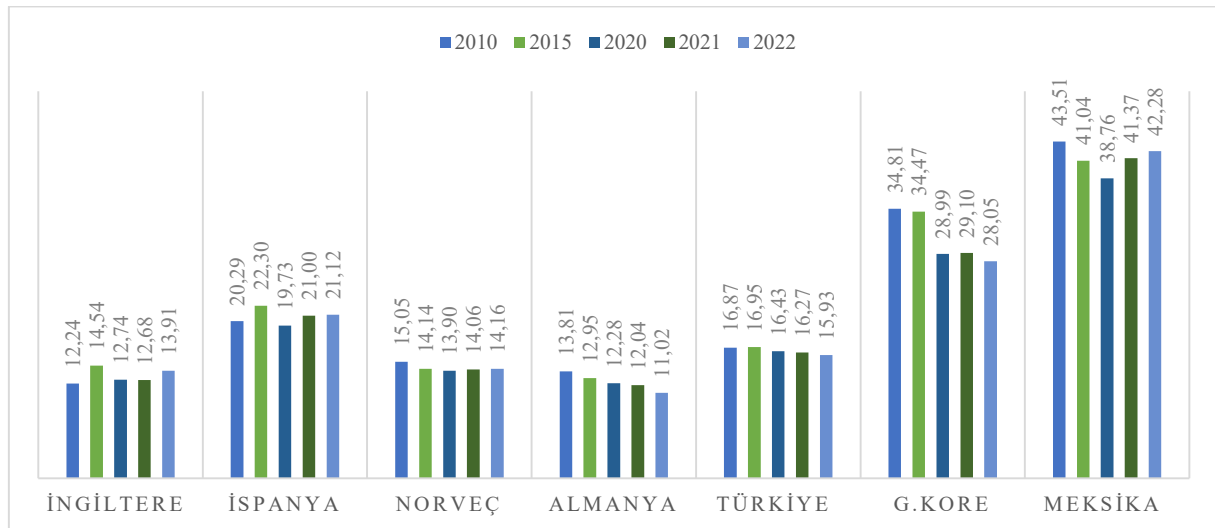
**Grafik 4.** Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerine Ait Genel Devlet Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%)



**Kaynak:** OECD, 2023 <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS> (12.11.2023)

Grafik 4’te Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerine ilişkin kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payları gösterilmektedir. Toplam sağlık harcamasına oranla en çok kamu sağlık harcamasına pay ayıran ülke Norveç’tir. Norveç’i, Almanya takip etmektedir. Toplam sağlık harcaması içerisinde kamunun payının en düşük olduğu ülke Meksika’dır.

**Grafik 5.** Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerine Ait Bireysel (Özel) Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%)

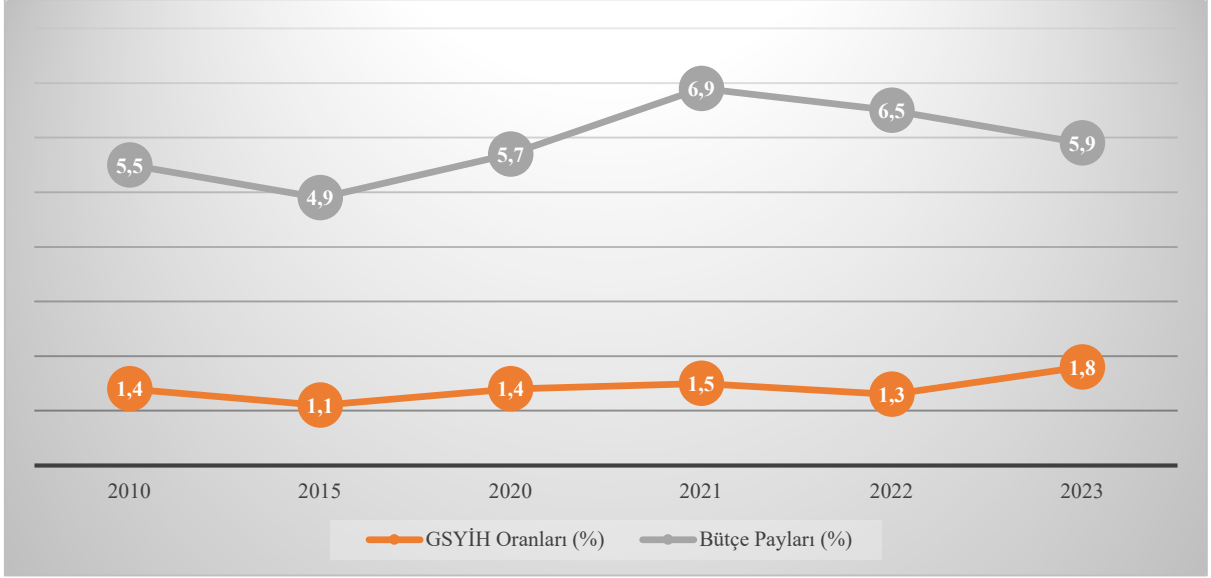


**Kaynak:** OECD, 2023 <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS> (12.11.2023)

Bir toplumda sağlık bilincinin oluşması toplumsal sağlık düzeyinin yükselmesinde önemli bir kriter olarak görülmektedir. Dengeli beslenen, sağlığına ve çevre temizliğine özen gösteren gelişmiş toplumlarda tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri de talep edilmektedir. Bu ise daha az hastalanma ve bulaşıcı hastalıklara karşı tedbirli olmayı beraberinde getirerek daha az sağlık harcaması yapılmasına katkı sağlamaktadır. Böylece sağlık bilincinin oluştuğu toplumlarda bireysel yapılan sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamalarından bağımsız olarak azalacağını belirtmek yerinde olacaktır (Akbulut, 2020: 149). Grafik 5'te Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerine ait bireysel (özel) sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı gösterilmektedir. Bireysel sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke Meksika'dır. Ülkede sağlık harcamalarının neredeyse yarısına yakını hane halkı tarafından karşılanmaktadır. Meksika'yı takiben Güney Kore ve İspanya gelmektedir. Bireysel sağlık harcama düzeyi en düşük ülke Almanya'dır. Almanya'yı İngiltere ve Norveç takip etmektedir. Bireysel sağlık harcamalarının analizi, gelirin adil dağılımı ve dar gelirli kesimin refah düzeyinin artırılması hususunda açıklayıcı gösterge olduğundan ülkeler açısından önemlidir. Karşılaştırmalı değerlendirmelerden elde edilen bulgulara bakıldığında Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının kişi başı ve GSYİH'ya oranla özellikle gelişmiş ülkelere kıyasla daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Ancak Türkiye bakımından üzerinde önemle durulması gereken husus sağlık harcamalarına bütçeden ayrılan payın yıllar içinde önemli düzeyde artırıldığıdır. Sözcülemi 1990 yılında bütçeden sağlığa ayrılan pay % 2,2 iken bu oran 1995 yılında %4,1 olmuştur. 2000 yılında bütçeden sağlık alanına ayrılan pay % 3,4 iken, 2005 yılında %4,1 düzeyinde gerçekleşmiştir. Artış sonraki dönemde de devam etmiş olup 2010 yılında bütçeden sağlığa ayrılan pay % 5,5'tir. 2015 yılında bütçeden sağlığa ayrılan pay % 4,4 iken, 2020 yılında ise sağlık alanına ayrılan pay % 18,2'dir. 2023 yılında bütçeden sağlığa ayrılan pay % 14,9 iken, 2024 yılında ise bütçeden sağlık alanına ayrılan pay % 19,5 olarak öngörülmektedir. Yıllar itibariyle genel bütçeden sağlığa ayrılan kaynakta reel artışlar

görülse de enflasyon, kur baskısı ve yüksek maliyetler nedeniyle söz konusu artışların beklentileri karşılamada zorlandığı söylenebilir. Grafik 6'da ise Türkiye'de yıllar itibariyle fonksiyonel sınıflandırmaya göre sağlık harcamalarının GSYİH ve bütçe içerisindeki oranları görülmektedir.

**Grafik 6.** Türkiye'de Fonksiyonel Sınıflandırmaya Göre Bütçede Sağlık Hizmet Giderleri



**Kaynak:** Türkiye Cumhuriyeti Başkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023  
<https://www.sbb.gov.tr/butce/> (01.12.2023)

## TÜRKİYE ve SEÇİLMİŞ OECD ÜLKELERİNDE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Sağlık, 1948 yılında yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile temel bir hak olarak kabul edilmiştir. Sağlık, ülkelere ait mali ve iktisadi kararların oluşturulmasında önemli bir politika konusudur. Sağlık hizmetlerinin sunulması makro düzeyde toplum ve birey sağlığı, refahı ve kalkınma düzeyini etkilemekte iken, mikro düzeyde beşerî sermayenin güçlendirilmesi ve verimliliğinin artırılmasında önemli bir unsurdur. Bu doğrultuda sağlık harcamaları insanca yaşamının niteliğini ortaya koymada büyük önem arz etmektedir.

Literatürde sağlık harcamalarının etkisi “Sağlığa Dayalı Büyüme Hipotezi” olarak ifade edilmektedir. Sağlığa dayalı büyüme hipotezinde; sağlıklı bireylere sahip bir toplumda verimliliğin arttığı, uzun çalışma süresinin uzadığı, üretkenlikteki artışın beraberinde daha fazla ücreti sağlayacağı ve yüksek öğrenme kabiliyetleri ile işgücündeki verimliliğin artacağı vurgulanmaktadır (Atılğan, Kiliç ve Ertuğrul, 2017: 567). Mushkin (1962) bu hipotez ile sağlık hizmetlerinden faydalanarak beşerî sermaye birikimini açıklamıştır. Barro (1996) çalışmasında beşerî sermayenin belirleyicisi olarak sağlığı tanımlamıştır. Grossman (1972), sağlığın bireylerin bilgiyi öğrenme sürecini etkinleştirdiğini ve verimliliği yüksek düzeye çıkarttığını açıklamıştır.

Ülkelere ilişkin sağlık harcamalarının karşılaştırılması ve sağlığa ayrılan payların bilinmesi gerekmektedir. Esasen kamu harcamaları içerisinde en önemli pay sağlık harcamalarına aittir. Gerçekleştirilecek harcamalar ülkede etkinlik ve verimliliğin artmasına katkıda bulunarak, sosyal ve kültürel alanda gelişimin sağlanması, toplumsal ve politik yapının iyileşmesi ve sağlık sistemleri üzerinde etkili olacaktır. Bunun yanı sıra ülkelerin sağlık sistemleri ve bu sistemlerin özellikleri de ülkelerin sağlık harcama ve çıktılarına etkileyen önemli faktörler olarak ön plana çıkmaktadır.

Milton Roemer (1993), sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik ilk kapsamlı çalışmaları gerçekleştirmiştir. Roemer, sağlık sistemlerini kamunun sorumluluğu üstlendiği en merkezi yönetim sisteminden en az olduğu sisteme göre sıralamıştır. Bunlar;

1. Ulusal Sağlık Sistemi Modeli (Kapsayıcı Yönlü Sağlık Sistemleri-Beveridge Modeli)
2. Sosyal Sigorta Modeli (Zorunlu Kamu Sigortası Modeli- Refah Eğilimli Sağlık Sistemi-Bismarck Modeli)
3. Serbest Piyasa Sağlık Sistemi Modeli (Özel Sigorta Modeli)
4. Sosyalist Yönlü Sağlık Sistemi Modeli (Merkezden Planlanmış Sağlık Sistemi-Semashko Sağlık Sistemi)

Ulusal Sağlık Sistemi Modeli: Tamamen merkezi yönetimin idari ve mali organizasyonundan oluşan bir sistemdir (Blank ve Burau, 2010: 13). Sağlık hizmetlerinin finansmanın kamu eliyle sağlandığı, vergiye dayalı yürütülen, bütün vatandaşlarının belirlenmiş olan katkı payları dışında sağlık hizmetlerine erişimin ücretsiz olduğu, doktorlara hizmet karşılığı maaş ya da kişi başına ödemenin yapıldığı modeldir. Çalışmada yer alan İngiltere, İspanya ve Norveç bu modelin örnekleri arasında yer alan sosyal devletlerdir.

Sosyal Sigorta Modeli: “Bismarck Modeli” olarak da ifade edilmektedir. Sağlık hizmetleri işveren, işçi ve özel sigorta fonları ile finanse edilmektedir. Bireyler gelirlerine karşılık belirlenen miktarı sağlık sigortası primi olarak ödemektedirler. Bu sistemde özellikle ücretli çalışan bireylerin sağlık sistemi kapsamına alınması, beşerî sermayenin doğrudan sisteme dahil edilmesi amaçlanmıştır (Barnighausen ve Sauerborn, 2002: 1560). Prim ödeme gücü olmayan kesimler ise kamu tarafından desteklenerek sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır (Gülşen, 2018: 108). Çalışmada Almanya, Türkiye ve Güney Kore, Meksika bu modelin örnekleri arasında yer almaktadır.

Serbest Piyasa Sağlık Sistemi Modeli: Bu modelde piyasa içerisinde faaliyet gösteren özel kurumlar, sağlık hizmet sunumu ve finansmanını sağlamaktadır. Model işveren ve işçilerin katkıları ile finanse edilen özel sağlık sigortasına dayanmaktadır (Wallace, 2013: 84). Bu sistemin uygulamadaki en önemli faydası, yüksek gelir düzeyine sahip kişilere özel sigorta seçmelerine olanak tanınmasıdır. Böylelikle sınırlı kamu kaynaklarının dezavantajlı, dar gelirli ve özel sigorta kullanamayacak kişilerin kullanımına imkân tanınmasıdır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 137). Amerika Birleşik Devletleri ve İsviçre bu modelin örnekleri içerisinde yer alan ülkelerdir.

Sosyalist Yönlü Sağlık Sistemi Modeli: Kamunun kısıtlı imkanlara rağmen bütün sağlık hizmet ve finansmanı sağladığı, tanısal testler, hastane hizmetleri, koruyucuyu sağlık hizmetleri

ve yatan hasta ilaçlarının ücretsiz temin edildiği sağlık sistemi modelidir. Küba ve Polonya bu modelin ülke örneklerindedir (Mendi, 2016: 17-18).

Ülkelerin mevcut sağlık sistemlerinin bilinmesi, başarılı bir sağlık sisteminin oluşturulması, mevcut problemlerin tanımlanması ve çözümü, kamu sağlık harcamalarına ilişkin karşılaştırma, değerlendirme ve çözüm önerilerinin belirlenmesinde önemlidir. Ayrıca dünyada OECD ülkeleri sağlık harcamalarında önemli yer tutmaktadır. Bu nedenle Türkiye ve OECD ülkelerinin temel sağlık göstergelerinin karşılaştırılması yararlı olacaktır.

Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerinde gayrisafi yurtiçi hasıladan toplam sağlık harcamalarına ayrılan paylara bakıldığında hemen hemen tüm ülkelerde yıllar itibariyle artış söz konusudur. Özellikle 2020 yılında yaşanan artışın sebebi Covid-19 küresel salgınıdır. 2022 yılında (tüm diğer yıllarda) Bismarck Modeline sahip Almanya (%12,66), Beveridge modeline sahip İngiltere'den (%11,35) her zaman yüksek değere olmuştur. İngiltere'yi %10,39 ile İspanya takip etmektedir. En az payı olan ülkelere biri %5,48 ile Meksika iken, Türkiye %4,28 ile diğer ülkelere kıyasla çok geridedir. Türkiye ve OECD ülkelerine ait kişi başına kamu sağlık harcamaları 2010, 2015, 2020, 2021, ve 2022 yılları itibariyle genel olarak artış eğilimi göstermiştir. Almanya tüm yıllar için kişi başına kamu sağlık harcamasının diğer ülkelerle kıyaslanmasında açık ara önde yer almaktadır. Almanya, 2022 yılında 6.929,64 \$ ile en çok kişi başına kamu sağlık harcamasına sahipken, onu 6.636,70 \$ ile Norveç, 4.478,96 \$ ile İngiltere takip etmektedir. Kişi başına kamu sağlık harcaması en düşük ülkeler sırasıyla 626,23 \$ ile Meksika ve 1.395,05 \$ ile Türkiye'dir. Türkiye'de kişi başına kamu sağlık harcamalarının diğer OECD ülkelerine nazaran yetersizdir. Ülkelerin milli gelirden toplam sağlık harcamalarına ayırdıkları payın, kişi başına kamu sağlık harcaması üzerine olumlu ve olumsuz etkisinin olduğunu ifade etmek yerinde olacaktır. Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamasının gayrisafi yurt içi hasıla içerisindeki payı genel anlamda ele alınan yıllar özelinde azalma seyri göstermiştir. Bismarck Modeli uygulayan Almanya tüm ülkeler içerisinde en

yüksek düzeye sahiptir. Almanya'dan sonra en yüksek pay sırasıyla İngiltere ve Norveç'e aittir. 2022 yılında Almanya'da kamu sağlık harcamasına gayrisafi yurtiçi hasıladan ayrılan pay %10,95 iken İngiltere'de %9,25 ve İspanya'da %7,30 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de kamu sağlık harcamasının gayrisafi yurtiçi hasıla içerisindeki payı %3,26 ile düşük seviyede gerçekleşmiş olup, en düşük pay %2,91 ile Meksika'ya aittir. Türkiye harcama oranı ve harcama trendi açısından gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmıştır. Burada vurgulanması gereken önemli bir husus da ülkelerin harcama düzeylerinin farklılaşmasında iktisadi, sosyal, çevresel ve sağlık faktörlerine ilişkin gelişmelerin ciddi etkisinin olduğudur. Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerine ilişkin genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasına oranı karşılaştırıldığında genel olarak yıllar itibariyle tüm ülkelerde artış söz konusudur. Ancak gelişmiş ülkelerde genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içerisindeki payı daha yüksektir. Norveç, 2010, 2015, 2020, 2021 yıllarında en fazla kamu sağlık harcamasına pay ayıran ülkedir. İlgili yıllarda Norveç'i sırasıyla Almanya ve İngiltere takip etmektedir. 2022 yılında ise %85,86 ile Almanya en yüksek paya sahipken onu %85,56 ile Norveç, %83,03 ile İngiltere izlemektedir. Türkiye'de 2010, 2015, 2020, 2021 yılları genel devlet kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içerisindeki oranı artış göstermiştir. 2022 yılında bu oran % 78,80 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de sağlık hizmet sunumunda kamunun ağırlıklı payı olsa da bu oran Almanya, Norveç, İngiltere'ye kıyasla düşük düzeydedir. Her ne kadar yıllar itibariyle kendi içerisinde genel devlet harcamasının toplam sağlık harcaması içerisindeki payında artış görülse de en düşük düzeye sahip ülkeler Güney Kore ve Meksika'dır. 2022 yılında Güney Kore'de bu pay %62,31 iken, Meksika'da %50,21 olarak gerçekleşmiştir. Burada Almanya hariç, Beveridge modelini benimseyen ülkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde genel devlet sağlık harcama payının Bismarck modeli ülkelerine kıyasla daha fazla olmuştur. Doğrudan bireylerce karşılanan sağlık harcamaları bireysel harcamalar olarak ifade edilmektedir. Bireysel sağlık harcamaları, düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde önemli bir

finansman kaynağını oluşturmaktadır (Burnham, Pariyo, Galiwango ve Wabwire-Mangen, 2004: 188). Yeterli finansman kaynağına sahip olmayan ülkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde bireysel sağlık harcamaları payının artması söz konusudur (Whitehead, Dahlgren ve Evans, 2001: 833). Kamu açısından değerlendirildiğinde bireysel sağlık harcamaları ek kaynak oluşturmaktadır. Yine gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçilmesi ve kamu sağlık harcamalarının düşürülmesinde fayda sağlamaktadır. Hane halkı açısından değerlendirildiğinde ise, bireylerin mali kısıtlılıklarına sebebiyet vererek temel ihtiyaçların karşılanmasını zora koymakta ve borçlanma düzeylerinde artışa yol açabilmektedir (Ensor ve San, 1996: 70). Çalışmada ele alınan ülkeler incelendiğinde gelir seviyesi yüksek ya da kamu kesimince sağlık harcamalarının daha yüksek olduğu ülkelerde bireysel sağlık harcamalarının daha düşük bir paya sahip olduğu gözlenmiştir. Türkiye ve seçilmiş OECD ülkeleri mukayese edildiğinde bireysel sağlık harcamaları Meksika’da 2010 yılında %34,81’den 2022 yılında % 28,05’e düşerek azalma eğilimi göstermiştir. Benzer şekilde Güney Kore’de de 2010 yılında %43,51’den 2022 yılında %42,28 seviyesine gerilemiştir. Her ne kadar her iki ülke için dönemler arasında azalma eğilimi gerçekleşmiş olsa da bireysel sağlık harcamalarında en yüksek paya sahip iki ülke konumundadırlar. Bireysel sağlık harcamalarında İngiltere ve İspanya’da artış eğilimi söz konusudur. İngiltere’de 2010 yılında %12,24 iken 2022 yılında %13,91 olarak gerçekleşmiştir. İspanya’ya da 2010 yılında %20,29 iken 2020 yılında %21,21 olarak artış eğilimi göstermiştir. Türkiye’de sağlık hizmet sunumu ağırlıklı olarak kamu kesimi tarafından yerine getirilmektedir. Bireysel sağlık harcaması 2010 yılında %16,87, 2022’de ise %15,93 olarak gerçekleşmiştir. 2010-2022 dönemi için bireysel sağlık harcamaları azalma eğilimi göstermiştir fakat diğer ülkeler ile mukayese edildiğinde Meksika ve Güney Kore’den sonra en yüksek 3. ülke olduğu görülmektedir. Burada belirtmek gerekir ki, Covid-19 salgınıyla tüm ülkeler büyük bir mücadele etmiştir. Bu salgın bütün dünya ülkelerini her alanda kısıtlama yoluna itmiştir. Alınan önlemlerden toplumun tüm kesimleri etkilenmiş olup, ülke ekonomik



ve finansal göstergeleri de olumsuz etkilenmiştir. Dünya genelinde de sağlık harcamalarını arttırmıştır. Bu artışlar, ülkelerin gayrisafi yurt içi hasıllarından sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmalarına sebep olmuştur. Salgın yüksek gelirli ülkelerle gelir düzeyi düşük ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimdeki uçurumu daha net ortaya koymuştur. Salgın küresel sağlık sorunları ve sağlık sistemi modellerinin önemini açığa çıkarmıştır. Küresel ölçekte ülkelerin ve bireylerin kaçamayacağı risklerin var olduğunu göstermiştir. Ülkelerin sağlık çıktılarında daha güçlü sonuçlar elde edebilmelerinde sağlık sistem ve altyapılarının önemini açığa çıkarmıştır. Yine salgın dönemi, sağlık politika ve uygulamalarının kamu eliyle yürütüldüğünde daha etkin mücadele edilebileceğini göstermiştir.

## SONUÇ

Doğası gereği sağlık konusu bütün toplumları yakından ilgilendirmektedir. Güçlü sağlık sistemlerine sahip olmak ülkeler için büyük bir zenginlik kaynağı olarak görülmektedir. Dolayısıyla sağlıklı bir birey ve toplum inşası ve bunun sürdürülebilirliği yeterli düzeyde sağlık hizmeti üretimi ve bu hizmetlerin sağlanmasına yönelik gerçekleştirilen sağlık harcamalarına bağlıdır. Ülkelerin giderek artan teknoloji kullanımı, kronik hastalıklardaki artışlar, dünya nüfusunun giderek yaşlanması, sağlık hizmet sunumundaki değişimler, hasta beklentilerinin artması ve yükselen maliyetler nedeniyle harcamalarda artışlar yaşanmaktadır. Bu hususta her ülkenin kendine has dinamikleri ve belirlediği politikalar ise birbirinden farklılık göstermektedir. Bu doğrultuda çalışmada Türkiye ve seçilmiş OECD ülkelerine ait genel sağlık yapısı, sağlık sistemleri modelleri ve sağlık harcamaları karşılaştırılmaktadır. Ülkelerin sahip oldukları farklı sistemler toplumların kültürel, sosyal, geleneksel, politik yapıları ve ekonomik düzeylerinden etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık sistemleri ülkelere göre farklılık göstermektedir. Ülkeler çoğu kez tek bir model ve sabit bir sağlık hizmet sunucusu ile faaliyet göstermemekte zamanla bu hususta politika değişikliklerine yer verebilmektedir. Ancak

Roemer kamunun sağlık sistemine müdahalesini ele alarak sistemde ağırlıklı finansman ve sağlık hizmet sunucusuna göre sağlık sistem modellerini dört farklı kategoriye ayırmıştır. Bunlar; Beveridge (İngiltere, İspanya, Norveç), Bismarck (Türkiye, Almanya, Güney Kore, Meksika), Semashko (Küba, Polonya) ve Özel Sağlık Sigortası (ABD, İsviçre) Modelleridir. Dünyada sağlık harcamalarında OECD ülkelerine ilişkin göstergeler önemli bir yere sahiptir. Genel olarak değerlendirildiğinde, seçilmiş OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içerisindeki payının Almanya, İngiltere ve İspanya’da en yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kişi başına sağlık harcamasında Almanya ilk sırada yer alırken onu Norveç ve İngiltere takip etmektedir. Kamu sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içerisindeki payında yine Almanya öncü ülke iken, İngiltere ve Norveç sırasıyla en yüksek paya sahip ülkelerdir. Benzer sonuç genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içerisindeki payında da elde edilmiştir. Türkiye de karma (Beveridge/Bismarck) bir sağlık sistemi yapısı mevcuttur. Ancak hizmet sunumu ve sağlık kurumlarının potansiyeli açısından kamunun payı daha ağırlıklıdır. Türkiye son dönemlerde sağlık hizmetlerinde önemli gelişme ve iyileşmeler sağlamış olsa da gelişmiş OECD ülkeleri (Almanya, Norveç, İngiltere gibi) ile mukayese edildiğinde özellikle kişi başına düşen sağlık harcama düzeyinde çalışmada yer alan tüm yıllar özelinde bu ülkelerin bir hayli gerisinde olduğu görülmektedir. 2021 yılında kişi başına düşen sağlık harcama düzeyi Almanya’da 6929,24 \$, Norveç’te 6636,70 \$, İngiltere’de 4478,96 \$, İspanya’da 3112,76 \$ iken Türkiye’de 1395,05 \$ olarak gerçekleşmiştir. Mevcut durum Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcama düzeyinde iyileştirmeler yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bunu sağlamada en önemli husus, sağlık harcamalarına milli gelirden önemli düzeyde pay ayrılmasıdır. Yine ülke ekonomik performansının güçlendirilmesi kişi başına düşen sağlık harcama miktarının belirlenmesinde önemli etkilere sahiptir. Aynı zamanda harcama miktarından ziyade verimli ve etkin kullanıma ilişkin kontrol mekanizmasının sağlanması da iyileşme açısından gözden kaçırılmaması gereken bir noktadır.

Sağlık hizmeti sunumunda ve dolayısıyla sağlık göstergeleri kapsamında daha iyi sonuçların elde edilebilmesi için sağlığa yönelik politika ve reformlar oluşturulurken sağlığın bir kamu politikası olmasının gerekliliği unutulmamalıdır. Kamu sağlık politikaları, sağlık çıktılarında etkinliğin sağlanması, nitelikli sağlık hizmet sunumu ve sosyal refahın gerçekleştirilmesinde toplumun geneli için önemli rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinde niteliğin geliştirilmesi ve devamlılığın sağlanması için gereksinim duyulan altyapı harcamalarının karşılanarak ekipman desteğinin ve işgücü kaynağının güçlendirilmesi son derece önemlidir. Hiç kuşkusuz burada belirleyici olacak temel husus ülkenin içinde bulunduğu makroekonomik yapı ve sağlığa bütçeden ayrılan payın büyüklüğüdür. Tasarruf yetersizliğine bağlı olarak büyüme ve kalkınmanın finansmanında sorun yaşayan, mali yapıdaki kırılganlıklarla sürekli kamu finansman güçlükleri çeken gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda olduğu gibi Türkiye’de de sağlık harcamalarına ayrılan pay cari sağlık giderlerini karşılamakta ancak artan nüfusun da etkisiyle kişi başına düşen sağlık harcamalarının iyileştirilmesine yönelik beklentileri karşılamakta yetersiz kalmaktadır.

Sağlık harcamaları, sağlık alanında niteliği arttırmak için önemli bir unsurdur. Bu nedenle Türkiye’de karar verici ya da politika yapıcıların kaynak kullanımını noktasında öncelikli eylem alanlarını belirlemeleri önem arz etmektedir. Sağlık alanında politika ve uygulama aşamasına geçilmeden önce sağlık arz ve talebi doğru analiz edilmeli, mahalli, bölgesel, ulusal boyutta toplumsal yapı, sosyo-ekonomik durum, gelişmişlik düzeyi, hastalık yapısı ve varsa önceki araştırmalara ilişkin sonuçlar göz önünde bulundurularak alınacak kararlarda kanıta dayalı bir çalışma yöntemi benimsenerek makro bir bakış açısıyla sağlık alanı değerlendirilmelidir. Sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsayıcı nitelikte olması, hasta gereksinimlerine göre hizmet türlerinin şekillendirilmesi gerekmektedir. Gereksiz sağlık hizmet kullanımı ve harcama düzeyinin azaltılmasına yönelik projelerin arttırılması, sağlık alanında araştırma-geliştirme faaliyetlerine daha fazla kaynak ayrılması önemli bir gerekliliktir.

## KAYNAKÇA

- Akar, S. (2014). Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin İncelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akbulut, E. (2020). Sağlık harcamaları ve gelir dağılımı ilişkisi: Türkiye ve OECD ülkeleri karşılaştırmalı analizi. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 137-155.
- Akalın, G. (1981). *Kamu ekonomisi*. Ankara Üniversitesi S.B.F Yayınları.
- Akdur, R. (2001). Sağlık hizmetlerinde finansman ve ulusal ekonomi. *Yeni Türkiye*, 7(40), 1571-1585.
- Astudi H. J. ve Nagase K. (2014). Patient loyalty to healthcare organizations: relationship marketing and satisfaction. *International Journal of Management and Marketing Research*, 7(2), 39-56.
- Atilgan, E., Kilic, D. ve Ertugrul, H. M. (2017). The dynamic relationship between health expenditure and economic growth: is the health-led growth hypothesis valid for Turkey? *European Journal of Health Economics*, 18(5), 567-574.
- Barnighausen, T. ve Sauerborn, R. (2002). One hundred and eighteen years of the german health insurance system: are there any lessons for middle and low income countries?. *Social Science & Medicine*, 54(1), 1559-1587.
- Barro R. (1996). *Three models of health and economic growth*. Unpublished Manuscript, Harvard University.
- Baysan, C. (2021). Sağlık sistemi bağlamında covid-19 salgını: Güney Kore. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 36(6), 403-411.
- Bernal-Delgado, E., Garcia-Armesto, S., Oliva-Morena, J. ve Sanchez Martinez, F. I. (2018). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*. 20(2), 1-179.
- Belek, İ., Nalçacı, E., Onuroğulları, H., ve Ardıç, F. (1998). *Sınıf toplum yolunda Türkiye için sağlık tezi*. Sorun Yayınları.

- Blank, R. ve Brau, V. (2010). *Comparative health policy*. Palgrave Macmillian.
- Block, M. A. G. (1997). Comparative research and analysis methods for shared learning from health systems reforms. *Healthy Policy*, 42, 187-209.
- Bulutoğlu, K. (2008). *Kamu ekonomisine giriş, demokraside devletin ekonomik bir kuramı*. Maliye ve Hukuk Yayınları.
- Burnham, G., Pariyo, G., Galiwango, E., ve Wabwire-Mangen, F. (2004). Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(3), 187-195.
- Cansever, İ. H. (2018). Devlet anlayışları ekseninde sağlık politikalarının değişimi ve analizi: Türkiye incelemesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2, 105- 120.
- Chen, L. C., Evans, T. G. ve Richard, A. C. (1999). Health as a global public good. *Global Public Goods*, 1, 284-304.
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C. ve Steel, D. (2015). United Kingdom: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(5), 1–125.
- Çalışkan, A. ve Eğmir, R. T. (2020). Kamu harcama türleri ile insani gelişme arasındaki ilişki: Avrupa ülkeleri örneği (2009-2018). *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(2), 217-226.
- Çiçeklioğlu, M. (2022). Meksika sağlık sistemi ve pandemi yanıtı. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 37(2), 129-141.
- Ensor, T. ve San, P. (1996). Access and payment for health care: the poor of Northern Vietnam. *International Journal of Health Planning and Management*, 11(1), 69-83.
- Eryer, A. (2023). Covid-19 özelinde seçili ülkelerin sağlık hizmetleri sistemi ve göstergelerinin değerlendirilmesi. *Ünye İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(2), 47-61.
- Ertürk Atabey, S. (2018). *Sağlık sistemleri ve sağlık politikası*. Gazi Kitabevi.

- Feachem, R. G. A. ve Sachs, J. D. (2002). *Global public goods for health. The report of working group 2 of the commission on macroeconomics and health*. WORLD HEALTH ORGANIZATION.
- Frenzel, K. A. ve McCready, D. J. (1979). Health economics: A subdiscipline? *Economic Development and Cultural Change*, 27 (2), 267-282.
- Fuchs, V. R. (1996). Economics, values, and health care reform. *American Economic Review*, 86(1), 1-24.
- Geyik, O. ve Aydın, M. S. (2021). Maliye politikası aracı olarak kamu harcamaları ile insani gelişme endeksi arasındaki ilişki: Türkiye Üzerine Bulgular (1990-2019). *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırma Dergisi*, 10(3), 2066-2084.
- Görmüş, A. (2013). *Sağlık sisteminde dönüşüm ve sağlık insan gücü üzerine etkileri*. Siyasal Kitabevi.
- Gökbunar, R., Özdemir, H. ve Uğur, A. (2008). Küreselleşme kısılcısındaki refah devletinde sosyal refah harcamaları. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 9(2), 158-173.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80, 223-255.
- Gonzalez Block M.A., Reyes Morales, H., Cahuana Hurtado, L., Balandran, A. Mendez, E. ve Allin S. (2020) Mexico: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(2): 1–222.
- Goryakin, Y., Thiebaut, S., Cortaredona, S., Lerouge, M., Cecchini, M., Feigl, A. ve Ventelou, B., (2020), Assessing the future medical cost burden for the European health systems under alternative exposure-to-risks scenarios. *Plos One*, 15(9), 1-14.
- Gülşen, A. (2018), Almanya’da Sağlık Sistemi. [https://www.researchgate.net/publication/328465407\\_ALMANYA'DA\\_SAGLIK\\_SIS](https://www.researchgate.net/publication/328465407_ALMANYA'DA_SAGLIK_SIS) TEMI , Erişim Tarihi: 11.11.2023.

- Hayran, O. (1997). *Sağlık ve hastalık kavramları*. Sağlık Hizmetleri El Kitabı.
- Holcombe, R. G. (1997), "A theory of the theory of public goods. *Review of Austrian Economics*, 10(1), 1-22.
- Hüsmenoğlu, M. ve Kuşaklı, B. Y. (2021). Almanya sağlık sistemi COVID-19 pandemisi durum analizi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(2), 156-162.
- <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> Erişim Tarihi:09.11.2023.
- Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG), (2018). Health care in Germany: The German health care system, <https://www.informedhealth.org/the-german-health-care-system.html>, Erişim Tarihi: 09.11.2023.
- Kara, F. ve Öztürk, İ. (2021). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin karşılaştırmalı analizi (Benchmarking): Türkiye ve İspanya örneği. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5(1), 7-18.
- Kaul, I. (2003). *Providing global public goods: Managing globalization*. Newyork: Oxford University Press.
- Kaul, I., Grunberg, I. ve Stern M. A. (1999). Defining global public goods. *Global public goods: International cooperation in the 21 st Century*. Oxford Universty Press. [https://www.researchgate.net/profile/EugenioBobenrieth/publication/46440722\\_The\\_Political\\_Economy\\_of\\_International\\_Environmental\\_Cooperation/links/55ddb07308ae79830bb531ed/The-Political-Economy-of-International-Environmental\\_Cooperation.pdf#page=40](https://www.researchgate.net/profile/EugenioBobenrieth/publication/46440722_The_Political_Economy_of_International_Environmental_Cooperation/links/55ddb07308ae79830bb531ed/The-Political-Economy-of-International-Environmental_Cooperation.pdf#page=40), Erişim Tarihi: 23.11.2023.
- Kırcı Çevik, N. ve Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri: Karşılaştırmalı bir analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 209-218.
- Kirmanoglu, H. (2014). *Kamu ekonomisinin analizi*. Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Kızılçelik, S. (1996). *Türkiye'nin sağlık sistemi: Bir medikal sosyoloji denemesi*. Altın Kitaplar Yayınevi.

- Koç, E. (2018). *Türkiye’de sağlık harcamaları ve özel kesim uygulamaları*. Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Kurşun, A. ve Rakıcı, C. (2014). Türkiye ve sosyal refah devletlerindeki sağlık harcamalarının analizi. *İnsan Hakları Yıllığı*, 32, 77-105.
- Kwon, S., Lee, T., ve Kim, C. (2015) *Korea health system review health systems in transition*, WHO.
- Mendi, B. (2016). *Sağlık bilişimi ve güncel uygulamalar*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Murray, C. J. L. ve Frenk, J. (2000). A framework for assesming the performance of health systems. *Bulletion of the World Health Organization*, 78(6), 717-731.
- Mushkin, S. (1962). Health as an investment. *The Journal of Political Economy*, 70, 5(2), 129-157.
- Mutlu, A. (2006). Küresel kamusal mallar bağlamında sağlık hizmetleri ve çevre kirlenmesi: Üretim, finansman ve yönetim sorunları. *Maliye Dergisi*, 0(150), 53-78.
- Nadaroğlu, H. (1992). *Sağlık ekonomisine giriş*. Ekin Kitabevi.
- Özbay, H., Öncül, H.G., Gökçimen, M., Arı, H. O. ve Mollohaliloğlu, S. (2007). *Sağlık sektörü finansmanı Türkiye’de sağlığa bakış*. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Özkaya, H. (2016). Cumhuriyet döneminde bulaşıcı hastalıklarla mücadele. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(2), 77-84.
- Özçelik, E. (2020). İngiltere’de sağlık sistemi. *Journal of Social. Humanities and Administrative Sciences*, 6(28), 1152-1184.
- Potter, H. R. (1969). *Social dimensions of health; The level of health concept, the potential for social change*. University of New Mexico: Albuquerque, Regional Medical Program, School of Medicine.
- Reinke, W. A. (1988). *Health planning for effective management*, Oxford University Press.



- Roemer, M. I. (1993). National health systems of throughout the world. *Annual Review of Public Health*, 14, 335-353.
- Sağlam, Ş. ve Kara, O. (2023). Sağlık statüsündeki değişimler kamu harcama bileşenini etkiler mi? Gelişmiş ülkeler üzerine bir uygulama. *Hacettepe Sağlık Dergisi*, 26(3), 575-596.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=224&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=4> Erişim Tarihi: 01.11.2023.
- Samuelson, P. A. (1954), The pure theory of public expenditure. *The Review of Economics and Statistics*, 36(4), 387-389.
- Sayım, F. (2017). Türkiye’de sağlık ekonomisi istatistikleri ve sağlık harcamalarının gelişimi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(15), 13-30.
- Schieber, G. ve Maeda, A. (1999). Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, 18(3), 193-205.
- Smith, P. C. (2002). Measuring health systems performance: European. *Journal of Health Economics*, 3, 145-148.
- Stiglitz, J. E. ve Rosengard, J.K. (2015). *Economics of the public sector*. W. W. Norton & Company.
- Şahinli, S. ve Tarım, M. (2019). Yaşlı sağlık hizmetleri: Türkiye- Norveç karşılaştırmalı analizi. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 13-27.
- Şantaş, F., Şantaş, G. ve Demirgil, B. (2021). Kamu sağlık harcamasının üç temel sağlık göstergesine etkisi. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(21), 73-84.
- Tekin, F. (1987). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(1), 263-289.

- Tokgöz, E. (1979). Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme. Hacettepe Üniversitesi İİBF Dergisi, 1(2). <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/8393>, Erişim Tarihi: 01.12.2023.
- Tontuş, H. Ö. (2015). Tüm yönleriyle sağlık turizmi ülkeler: Norveç. [https://www.researchgate.net/publication/348559372\\_Tum\\_Yonleriyle\\_Saglik\\_Turizmi\\_Ulkeler\\_Norvec](https://www.researchgate.net/publication/348559372_Tum_Yonleriyle_Saglik_Turizmi_Ulkeler_Norvec), Erişim Tarihi: 01.12.2023.
- Tosun, C. (2018). *Türkiye’de sağlık harcamalarının belirleyicileri*, (Tez No. 526173) [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi].
- Türkiye Cumhuriyeti Başkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, <https://www.sbb.gov.tr/butce/> Erişim Tarihi: 01.12.2023.
- Türkal, H. ve Cihangir, M. (2008). Sağlık hizmetlerinin kamu maliyesi açısından analizi ve değerlendirilmesi. *İktisat Dergisi*, 498, 130-141.
- Twaddle, A. (1974). The concept of health status. *Social Science and Medicine*, 8, 24-38.
- Tuncel, N., Şanlı, T. ve Perk, M. (1993). *Halk sağlığı hemşireliği*. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 135-160.
- Ünal, E. (2013). *Sağlık ekonomisi ve yönetimi*. Ekin Basın Yayın Dağıtım.
- Üzümcü, A. ve Söğüt, Y. (2020). Kamu sağlık harcamaları-iktisadi büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir inceleme (1983-2019). *Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi (JEBPIR)*, 6(2), 275-295.
- Witter, S., Ensor, T., Jowett, M. ve Thompson, R. (2000). *Health economics for developing countries*. MacMillan Education.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. ve Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, 833-836.

- Woodward, D. ve Smith, R. (2003). Global public goods and health. *Bulletin of World Health Organization*, 81(7), 475. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/268992/PMC2572508.pdf>, Erişim Tarihi: 05.12.2023.
- Wallace, L. S. (2013). A view of health care around the world. *Annals of Family Medicine*, 11(1), 84-85.
- Yalçın, A. Z. ve Çakmak, F. (2016). Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(4), 706-723.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2011). Avrupa Birliği sağlık politikaları ve Türkiye. Sağlık-Sen Yayınları.
- Yılmaz, F. ve Şenel, İ. K. (2019). OECD ülkelerinin sağlık sistemi etkinliklerinin değerlendirilmesi. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, (1052-1062). [https://www.researchgate.net/profile/Faruk-Yilmaz/2/publication/338006379\\_oecd\\_ulkelerinin\\_saglik\\_sistemi\\_etkinliklerinin\\_degerlendirilmesi/links/5df9ebd892851c8364856311/oecd-ulkelerinin-saglik-sistemi-etkinliklerinin-degerlendirilmesi.](https://www.researchgate.net/profile/Faruk-Yilmaz/2/publication/338006379_oecd_ulkelerinin_saglik_sistemi_etkinliklerinin_degerlendirilmesi/links/5df9ebd892851c8364856311/oecd-ulkelerinin-saglik-sistemi-etkinliklerinin-degerlendirilmesi.), Erişim Tarihi: 10.12.2023.