

Sağlık Harcamalarının Kamu Harcamaları ve GSYH İçerisindeki Gelişimi

Development of Health Expenditures in Public Expenditures and GDP

İsmihan DURAN

Doktora Öğrencisi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Bölümü, ismihanduran@gmail.com

MAKALE BİLGİSİ

Makale Geçmişi:
Geliş 30 Kasım 2023
Düzeltilme Geliş 15 Aralık 2023
Kabul 25 Aralık 2023

Anahtar Kelimeler:

Sağlık Hizmetleri, Sağlık Harcamaları, OECD

© 2023 PESA Tüm hakları saklıdır

ÖZET

Sağlık, bireylerin zihinsel, fiziksel ve sosyal refah halidir. Sağlık hizmetleri ise sağlık piyasalarında sunulan hastaların tedavi edilmesi, ruhi ve bedeni kabiliyet melekeleri azalmış olan bireylerin topluma alıştırılması (rehabilitasyon) ve sağlıklarına zarar verebilecek faktörlerin ortadan kaldırılması için yapılan tüm faaliyetlerdir. Bu kapsamda yapılan tüm harcamalara da sağlık harcamaları denir. Bu çalışmanın temel amacı; sağlık harcamalarının kamu harcamaları ve GSYH içerisindeki gelişimini incelemektir. Bu çalışmanın bulguları şunlardır; sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı birbirine yakındır. 2021 ve 2022 yıllarında sağlık harcamalarında artış görülmektedir. Bu artışın sebebi Covid salgımından kaynaklanmaktadır. OECD ülkeleri içerisinde de en fazla sağlık harcaması yapan ülkeler ABD, Fransa ve Almanya en düşük oran ise Türkiye, Lüksemburg, Meksika, Letonya ve Estonya ülkelerinde olduğu görülmektedir.

ARTICLE INFO

Article History:
Received 30 November 2023
Received in revised form 15
December 2023
Accepted 25 December 2023

Keywords:

Health Service, Health Expenditures, OECD

© 2023 PESA All rights reserved

ABSTRACT

Health is a state of mental, physical and social well-being. Health services, on the other hand, are the treatment of patients offered in health markets, the rehabilitation of the society whose mental and lung abilities will be reduced, and all activities carried out for those of an age that may harm their health. All expenditures made on this potential are called health expenditures. The main purpose of this process is; It is the distribution of public expenditures and GDP content of health expenditures. The problems in these problems are; Small share of public expenditures in health expenditures are close to each other. There is an increase in health expenditures in 2021 and 2022. The reason for this increase is that it emerged from the Covid epidemic. Among OECD countries, the countries that spend the most on health are the USA, France and Germany, while the lowest rates are in Turkey, Luxembourg, Mexico, Latvia and Estonia.

GİRİŞ

Bu çalışmanın temel amacı; sağlık harcamaları hakkında genel bilgi verip 2006-2022 yılları için sağlık harcamalarının kamu harcamaları ve GSYH içerisindeki gelişimini incelemektir.

Çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarından teorik olarak bahsedilmiştir. Sağlık ve sağlık hizmetleri kavramı tanımlanmış, sağlık hizmetlerinin (kamusal mal olma özelliği, devlet müdahaleleri, dışsallıklar, erdemli mallar, asimetrik bilgilenme, hastalık riskinin ve sağlık hizmeti tüketiminin önceden belirlenememesi, belirsizlik altında seçim faktörü, sağlık hizmetinin yetersiz tüketiminin toplumu etkilemesi) ve sağlık piyasalarının özelliklerinden (arz ve talep arasındaki dengesizlik, piyasaya giriş sınırlamaları, satıcıların azlığı, satıcılar arasında anlaşma, bilgi maliyetleri ve monopolleşme) söz edilmiştir. Sağlık hizmetleri (koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri şeklinde) sınıflandırılmıştır. Sağlık harcamaları hakkında bilgi verilip sağlık harcamalarının artış sebepleri (bireylerin gelirinin artması, eğitim düzeyinin artması, sosyal değer yargılarının değişmesi, ortalama yaşam süresinin artması, kentleşme, teknolojik gelişmeler, sağlık piyasalarında yüksek maliyetli teknoloji kullanımı, sağlık bilincinin artması, arzın talep yaratması, asimetrik bilgiye bağlı problemlerin (ahlaki tehlike, ters seçim) sebep olduğu maliyetler) açıklanmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık harcamalarının kamu harcamaları ve GSYH içerisindeki gelişimi 2006-2022 dönemi için incelenecektir. Sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı, sağlık harcamalarının (Cari + Yatırım) GSYH 'ye oranı ve Sağlık Hizmetleri harcama kalemleri (tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin işler ve hizmetler, hastane işleri ve hizmetleri, ayakta yürütülen tedavi hizmetleri, sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetleri) hakkında bilgi verilecektir.

Çalışmanın sonuç kısmında elde edilen bulgular hakkında değerlendirilme yapılacaktır.

1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları konusunda teorik bilgiler verilecektir.

1.1 Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü).

“Sağlık bireylerin sadece hastalık veya sakatlık durumunun olmaması değil, bireylerin tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah halindedir. Irk, din, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal koşul ayrımı olmaksızın her bireyin ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanabilmesi temel haklarından biridir. Tüm bireylerin sağlıklı olması, barış ve güvenliğin sağlanması için esastır ve devletlerin bu konuda tam bir iş birliğine bağlıdır. Bu sebeple sağlığın korunmasındaki devletlerin başarısı herkes için önemlidir”.

Sağlığın benzer bir tanımı da “Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halindedir” şeklinde yapılmıştır (224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Madde 2);

1982 Anayasasında 5. Madde, 17. Madde ve 56. Madde sağlık konusunda hükümler belirtmektedir.

1982 Anayasasının 56. Maddesinde sağlık alanında devletin temel görevini şu şekilde açıklamıştır;

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal

kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir”.

1982 Anayasasının 5. Maddesinde “bireylerin ve toplumun refahını, huzurunu, mutluluğunu sağlamak; kişinin maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak devletin görevleri arasında” ifadesi ile bireylerin bütüncül sağlığı için gerekli şartları hazırlamaya çalışması devletin görevi olarak ifade edilmiştir.

1982 Anayasasının 17. Maddesinde ise kişilerin rızası olmadan vücut bütünlüğüne dokunulamayacağından bahsetmiştir.

“Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz”.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin tanımı ise şu şekilde yapılmıştır (224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Madde 2).

“İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan faaliyetlerdir”.

Sağlık hizmetlerinin özellikleri; kamusal mal olma özelliği, devlet müdahaleleri, dışsallıklar, erdemli mallar, asimetrik bilgilenme, hastalık riskinin ve sağlık hizmeti tüketiminin önceden belirlenememesi, belirsizlik altında seçim faktörü, sağlık hizmetinin yetersiz tüketiminin toplumu etkilemesi şeklinde sıralanabilir.

- **Kamusal Mal Olma Özelliği:** Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılabilir. Koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mal ve hizmetler kategorisi içinde yer almaktadır. Tam kamusal malların özellikleri; fiyatlandırılmaz, bölünemez, pazarlanamaz, tüketimden mahrum bırakılamaz, tüketiminde rakip olunamaz ve tüketiminin bazen zorunlu olması gibi: örneğin aşı hizmetlerinin bazı dönemlerde zorunlu olması gibi (Nadaroğlu,2000, s.50-54). Tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri yarı kamusal mallar kategorisi içinde yer almaktadır. Yarı kamusal malların özellikleri; bölünebilme, pazarlanabilme ve fiyatlandırılabilme özelliklerine sahiptir. Hizmetin bedelini ödemeyenler hizmetin faydasından dışlanabilmektedir. Bu tür mal ve hizmetler fiyatlandırılabilme ve bölünebilme özelliğiyle özel mala benzerken, sosyal fayda yaymaları sebebiyle de kamusal özellik taşıyabilmektedirler. (Mutlu ve Işık, 2005, s.47).

Ayrıca sağlık hizmetleri küresel kamusal mallar kategorisi içinde de yer almaktadır. Küresel kamusal malların sınır ötesi dışsallıklar ve kamusal mal özellikleri taşıyabilmektedir. Bu durumda tüketiminde rakip olunamaz ve tüketiminden hiç kimse mahrum bırakılamaz. Fayda ve maliyetleri tüm ülkeleri etkilemekte ve sınır ötesi dışsallıklara sahiptir (Kirmanoğlu, 2014, s.135-136).

- **Devlet Müdahaleleri:** Devlet mesleki yeterlilik belgeleri, ruhsat, diplomalar, sağlık harcamalarını finanse etmek amacıyla sigorta sistemi kurma, mevcut sigortalara finansal destek sağlama gibi uygulamalarla sağlık piyasalarına müdahale etmektedir. Aynı zamanda doktorlar, bakım evleri ve hastaneler üzerinde de doğrudan müdahalede bulunabilir (Mutlu ve Işık, 2005, s.54).
- **Dışsallıklar:** Üretim veya tüketim faaliyeti sonucunda oluşan fayda veya zararların toplumun diğer bireylerine yansıtılmasına denir. Başka bir ifadeyle üreticilerin üretim fonksiyonu ile tüketicilerin fayda fonksiyonu arasındaki bağımlılığa dışsallık denir. Üretim veya tüketim sonucunda fayda ya da maliyet diğer bireylere geçmektedir (Batirel, 2007, s. 37). Dışsallıkların olduğu durumlarda devlet müdahalesi gerekir. Devlet üretim faaliyetini üstlenme, kısıtlama, yasaklama vb. gibi doğrudan faaliyette

bulunabileceği gibi, vergi ve sübvansiyon yoluyla da denetim altına alarak dolaylı olarak müdahale de bulunabilir (Edizdoğan, Çetinkaya, Gümüş, 2013, s.30-34). Sağlık hizmetleri açısından bulaşıcı hastalıklardan korunmak için alınan önlemler, tıbbi araştırmalar yapmak, aşılamaların yapılması olumlu dışsallığa örnektir (Mutlu ve Işık, 2005, s.50-51).

- **Erdemli Mallar:** Toplumsal refahı artırmak için devlet tarafından üretilen mallardır. Özel mal niteliğinde olup piyasaya bırakılması durumunda yeterince üretilmez (Pehlivan, 2010, s. 43). Bilgi eksikliği, gelir yetersizliği ve irrasyonellik özelliği sebebiyle devlet tarafından üretilir. Örnek olarak okullarda çocukların aşı olmasının zorunlu olması (Susam, 2016, s.72), çocuklara yönelik yapılan tedavi hizmetleri, doğum öncesi veya sonrası devlet tarafından yapılan yardımlar (Mutlu ve Işık, 2005, s.52).
- **Asimetrik Bilgilenme:** piyasalarda iki taraf arasında olan bilginin eşit düzeyde olmamasıdır. Taraflardan biri daha fazla bilgiye sahip olurken diğeri daha az bilgiye sahiptir. Asimetrik bilgi eksik bilgiden kaynaklanmaktadır. Böyle bir durumda piyasada etkinsizlik sorunu vardır (Savaşan, 2015, s. 291). Sağlık piyasasında hasta ile hekim arasındaki asimetrik bilgi söz konusudur. Tıbbi hizmetin sunumu konusunda hekimler hastalara kıyasla daha fazla bilgiye sahiptirler. Sigorta şirketleri de sağlık piyasasında önemli bir rol oynamakta, hasta hekim ilişkisini etkilemektedir (Schneider, 2003, s.233-234). Sigorta şirketlerinin sağladığı garantiler bireylerin davranışını olumsuz yönde etkileyebilir. Bunlara ahlaki riziko denir ve sağlık piyasasında ahlaki riziko genellikle görülmektedir. Mesela sağlık sigortası yaptıran bireyler eskisi kadar sağlığına dikkat etmeyebilir, daha ihmalkâr davranabilir. Tutum ve davranışları değişebilir (Savaşan, 2015, s.299).
- **Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi:** Sağlık piyasalarında bireylerin ne kadar sağlık hizmeti talep edeceği ne kadar gereksinim duyacakları net olarak belli değildir. Sağlık hizmetlerinde kullanılan istatistikler tahmini sağlık hizmeti ve sağlık ürünleri ihtiyacı hakkında bilgi verebilir fakat hastalık risklerinin olması, salgın hastalıklar, doğal afetler, kazalar ve değişen hava ve yaşam şartları sebebiyle sağlık hizmetlerine olan talep önceden belirlenememektedir (Sayım, 2011, s.24).
- **Belirsizlik Altında Seçim:** Doktor ve hasta arasında asimetrik bilgi vardır. Hastalık konusunda doktor bilgi sahibi hasta ise doktordan daha az bilgiye sahiptir. Hastanın sağlık hizmetinden nasıl yararlanacağına, ne kadar süre olarak sağlık hizmeti alacağına doktor karar verir. Hastanın burada süre ve miktarı belirleme hakkı yoktur, bilgisi kısıtlıdır. Böyle bir durumda tedavi olmak isteyen hasta belirsizlik altında seçim yapmak durumundadır (Mutlu ve Işık, 2005, s.54).
- **Sağlık Malının Yetersiz Tüketimin Toplumunu da Etkilemesi:** Sağlık hizmetleri kamusal mal ve erdemli mallar özelliği taşımaktadır. Aynı zamanda dışsallık özelliği de vardır. Bu sebeple yeterince sağlık hizmeti sunulmadığında ya da tüketilmediğinde oluşacak zarardan toplumun tümü etkilenecektir (Mutlu ve Işık, 2005, s.58).

1.3. Sağlık Piyasalarının Özellikleri

Sağlık piyasalarının özellikleri arz ve talep arasındaki dengesizlik, piyasaya giriş sınırlamaları, satıcıların azlığı, satıcılar arasında anlaşma, bilgi maliyetleri ve monopolleşme şeklinde sıralanabilir.

- **Arz ve Talep arasındaki dengesizlik:** Sağlık hizmetlerinden bireylerin ne kadar hizmet talep edecekleri ve ne kadar süre sağlık hizmetlerinden yararlanacağı belli değildir. Sağlık hizmetlerinde talep önceden belirlenemez. Sağlık hizmetlerinde arz ise; sağlık hizmeti sunan kişilerin mesleklerini sunabilmeleri piyasaya girebilmeleri için yeterli düzeyde eğitim almaları gerekmektedir. Aynı zamanda sağlık piyasasında asimetrik bilgi sorunu da vardır. Böyle bir durumda hekimlerin talep yaratma ve fiyatı

belirlemede etkisi büyüktür. Kısacası sağlık piyasalarında arz ve talep arasında dengesizlik vardır (Arrow, 1963, s.948-952).

- **Piyasaya giriş sınırlamaları:** Sağlık hizmetleri piyasasında girişte sınırlamalar vardır. Sağlık piyasasının arz tarafında bulunan doktor, hemşire, sağlık çalışanları gibi hizmet sunanların eğitim alıp yetişmesi zaman almaktadır. Sağlık piyasasında hizmet verebilmeleri içinde yetkili kurumlardan izin almaları gerekmektedir. Böylece piyasaya girişte sınırlamalar bulunmaktadır. Sağlık piyasasının arz yanında sınırlama olduğu gibi talep yanında da sınırlamalar vardır. Talep yanındaki sınırlamalar ise hastanın istediği hekimi ve hastaneyi tercih edememesidir (Bilgili ve Ecevit, 2008, s. 204).
- **Hizmeti Sunan Birimler:** Sağlık piyasaları diğer piyasalara göre kıyaslandığında hizmeti sunan birimlerin daha az olduğu görülmektedir. Sağlık piyasalarında sınırlı sayıda hastane vardır ve bunların birçoğu kâr amacı gütmeyiz. Hastaneler maliyetlerin sadece bir kısmını öderler (Stiglitz, 1994, s.353).
- **Satıcılar Arasında Anlaşma:** Sağlık piyasalarında satıcılar arasında anlaşma ortaya çıkabilmektedir. Örneğin meslek odalarının fiyatları belirlemesi, hastaneler ve ilaç firmalarının ortak hareket etmeleri gibi (Mutlu ve Işık, 2005, s.67-68).
- **Bilgi Maliyetleri:** Sağlık piyasalarında yüksek bilgi maliyetleri vardır. Sağlık hizmeti talebi için ihtiyaç duyulan bilgilere (üretim imkanları, fiyatlar vb.) ulaşmak maliyetlidir. Mesela hasta hekim ilişkisinde hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin belirlenmesinde mutlaka hekimin hastayı görmesi gerekmektedir. Sağlık piyasasında bilgi eksikliği sebebiyle piyasa fonksiyonları etkili çalışmamaktadır (Mutlu ve Işık, 2005, s.64-65).
- **Monopolleşme:** Monopol piyasada tek bir firmanın olduğu ve yakın ikamesi olmayan bir malın üretilip satıldığı piyasalardır (Ünsal, 2012, s. 447). Sağlık hizmetleri piyasası monopol piyasanın özelliklerini taşımaktadır. Örneğin sağlık piyasalarında devletin düzenleyici müdahaleleri, yasal düzenlemeler ve ölçek ekonomilerinin geçerli olması gibi (Mutlu ve Işık, 2005, s.67).

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması;

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri şeklinde sıralanabilir.

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye yönelik ve çevreye yönelik olmak üzere iki çeşittir. Bu hizmetler şu şekildedir (Kavuncubaşı, 2002, s.26-27).

- **Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** sağlık meslek üyeleri (hekim, hemşire gibi) tarafından yürütülen ve hastalara doğrudan götürülen hizmetlerdir. Bu hizmetlerden bazıları; hastalıkların erkenden tanınması ve tedavi edilmesi, beslenmeyi düzenleme, bağışıklama, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ilaçla koruma vb.
- **Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Bireyler üzerinde çevresel faktörlerden kaynaklanan olumsuz (fiziki, biyolojik ve kimyasal etkenleri) önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerdir. Bu hizmetlerden bazıları; hava kirliliğinin denetimi, katı atıkların denetimi, bataklıkların kurutulması, zararlı canlılarla mücadele, su kaynaklarının denetimi, gürültü kirliliğinin denetimi, besin sağlığı, iş sağlığı vb.

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerin hasta olmaları ve yaralanmaları durumunda verilen hizmetlerdir. Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerini içerir. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri üç basamakta hizmet vermektedir (Sarp, 2018, s. 32-33).

- **Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** Bu hizmetler gününbirlik sunulan tedavi hizmetleridir. Polikliniklerde, özel muayenede, ayaktan cerrahi hizmetleri, hastane acil servisi, diyaliz merkezi, aile sağlık merkezlerinde ve evde alınan sağlık hizmetleridir.
- **İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** Hasta ve yaralıların tedavi edildiği sağlık hizmetleridir. Örneğin; klinikler ve hastaneler. Bu basamakta verilen hizmetlerin temel amacı tedavi etmeye yöneliktir.
- **Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** İleri teknoloji ve yoğun bilgi gerektiren ilk iki basamakta tedavi edilemeyen sağlık hizmetleridir. Araştırma hastaneler ve üniversite hastanelerinde verilen hizmetlerdir.

Aşağıdaki tablo da koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri arasındaki temel farklılıklar bulunmaktadır.

Tablo 1: Tedavi edici ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Arasındaki Farklılıklar

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	Koruyucu Sağlık Hizmetleri
Hizmet birey ve aile boyutunda verilir	Hizmet Toplum boyutunda verilir
Medikal boyutta patoloji belirlenir	Riskin tespit edilmesi ve değerlendirilmesi esastır
Amaç sağlığı geri kazanmak	Amaç hastalık riski ortadan kaldırmak
Bireysel eğitime isteklendirme mevcuttur	Topluma karşı sorumluluk duygusu benimsenir.
Klinik müdahaleler vardır	Klinik müdahaleyle birlikte sosyal ve davranışsal müdahaleler vardır

Kaynak: (Gençer, Er, Barut ve Kara, 2021, s. 1130).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde amaç sağlığı geri kazanmaktır. Medikal boyutta birey ve aileye hizmet sunulur. Koruyucu sağlık hizmetlerinde amaç hastalık riskini ortadan kaldırmak, hastalıktan korunma amaçlı tedbirler almaktır. Riskin tespit edilmesi ve değerlendirilmesi önemli olup toplum boyutunda hizmet sunulur.

1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Bu gruba ise, hastalık veya yaralanmalar nedeniyle bireylerin kaybettiği zihinsel ve bedensel yetilerin tekrar kazandırılması için yapılan sosyal ve sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler hastanelerde, hemşirelik bakım merkezinde, evde bakım biçiminde ve iyileştirme merkezinde sunulmaktadır. Bu hizmetlerle toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan güçlendirilmesi hedeflenir. Bireylerin tekrar topluma kazandırılması hedeflenir. Bu hizmetler, “tıbbi rehabilitasyon” ve “sosyal rehabilitasyon” hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılır (Sarp, 2018, s. 33).

- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Protez, hastanın işitme cihazı vb. gibi ortopedik cihazlar kullanılarak engellerin giderilmesi için kullanılan tıbbi cihazlardır. Bu tür cihazlarla hastanın eski fonksiyonlarını tekrardan kazanmasına yardımcı olan uygulamalardır.
- **Sosyal Rehabilitasyon:** Bireyleri veya hastaları yeniden topluma kazandırmak amacıyla yapılan toplumsal düzeydeki fonksiyonlara odaklı çalışmalardır. Mesela meslek öğrenmeyi teşvik etme, iş bulma gibi hizmetlerdir.

1.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürmesi amacıyla sunulan hizmetlerdir. Zihinsel ve bedensel sağlık durumu ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanır. Bireylerin sağlık konusunda bilinçlendirilmesine yönelik faaliyetleri kapsar. Bu hizmetler sağlık eğitim merkezlerinde, ana çocuk sağlık merkezlerinde, sağlık ocaklarında, sağlıklı yaşam merkezlerinde ve akredite olmuş spor tesislerinde verilebilir (Sarp, 2018, s. 33).

1.5. Sağlık Harcamaları

Sağlık piyasasında sağlığın elde edilip, korunması ve devamının sağlanması amacıyla sağlık sektörü tarafından yapılan tüm faaliyetler sağlık hizmeti olarak tanımlanır ve bu kapsamda yapılan tüm harcamalara da sağlık harcamaları denir (Arı, 2018, s.2). Sağlık harcamaları sağlığı koruma veya geliştirme amacıyla tüm koruma, bakım, geliştirme, esenlendirme, acil programlar ve beslenme amacıyla yapılan harcamalardır. Sağlık piyasasında sunulan mal ve hizmetlerin üretimi ve tüketimi için yapılan harcamaların değeridir (Sağlık Bakanlığı, 2004, s.xi).

Sağlık harcamalarının artışının birçok sebebi vardır. Bunlardan bazıları şöyle sıralanabilir (Klavuz, 2010, s.174) ve (Mutlu ve Işık, 2005, s.210).

- Bireylerin gelirinin artması
- Eğitim düzeyinin artması
- Teknolojik gelişmeler
- Kentleşme
- Sosyal değer yargılarının değişmesi
- Ortalama yaşam süresinin artması
- Sağlık piyasalarında yüksek maliyetli teknoloji kullanımı
- Sağlık bilincinin artması
- Arzın talep yaratması
- Asimetrik bilgiye bağlı problemlerin (ahlaki tehlike, ters seçim) sebep olduğu maliyetler

Sağlık harcamaları özellikle gelişmiş ülkelerde hızlı bir şekilde artmaktadır. Sağlık harcamalarının artışının ekonomik büyüme ve gelişmeyi desteklediği de yapılan çalışmalardan görülmektedir. Uygun, Güven ve Altundemir'in çalışması da buna örnektir. Bu çalışma da 1995-2019 dönemi için seçilen 32 OECD ülkeleri incelenmiştir. Elde edilen sonuca göre analize dahil edilen 21 ülkede sağlık harcamalarındaki artışın milli gelirde de artışa yol açtığı sonucuna ulaşılmıştır (Uygun, Güven ve Altundemir, 2022, s.184).

2. Sağlık Harcamalarının Kamu Harcamaları ve GSYH İçerisindeki Gelişimi

Aşağıdaki tablo da GSYH, cari sağlık harcaması, yatırım sağlık harcaması milyon ABD \$ cinsinden, cari sağlık harcamasının GSYH 'ye oranı % yatırım harcamasının GSYH 'ye oranı % ve toplam sağlık harcamasının GSYH 'ye oranı % olarak yer almaktadır.

Tablo 2: Yıllara Göre Kamu Cari, Kamu Yatırım ve Toplam Kamu Sağlık Harcaması (Milyon ABD \$) ve (%) Oranı

Yıllar	GSYH	Kamu Cari Sağlık Harcaması	Kamu Cari Sağlık Harcamasının GSYH'ye Oranı (%)	Kamu Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYH'ye Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYH'ye Oranı
2006	552.367	19.571	3,5	1.334	0,2	20.905	3,8
2007	683.020	24.607	3,6	1.961	0,3	26.568	3,9
2008	782.865	29.693	3,8	3.221	0,4	32.914	4,2
2009	651.543	28.817	4,4	1.540	0,2	30.357	4,7
2010	777.461	30.445	3,9	1.835	0,2	32.280	4,2
2011	837.924	30.851	3,7	1.701	0,2	32.552	3,9
2012	877.676	30.883	3,5	1.741	0,2	32.624	3,7
2013	958.125	32.813	3,4	1.987	0,2	34.800	3,6
2014	939.923	31.549	3,4	2.016	0,2	33.565	3,6

2015	867.071	27.891	3,2	2.397	0,3	30.288	3,5
2016	869.241	29.215	3,4	1.897	0,2	31.112	3,6
2017	859.055	27.903	3,2	2.181	0,3	30.084	3,5
2018	797.221	25.439	3,2	1.714	0,2	27.153	3,4
2019	759.289	25.751	3,4	1.864	0,2	27.616	3,6
2020	717.092	26.103	3,6	2.032	0,3	28.134	3,9
2021	807.106	29.036	3,6	2.165	0,3	31.201	3,9

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023, s.245), ve (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021, s.242).

Tabloya göre; 2006 yılında GSYH 552.367 milyon ABD \$, kamu cari sağlık harcaması 19.571 milyon ABD \$, kamu yatırım harcaması 1.334 milyon ABD \$ ve toplam sağlık harcaması 20.905 milyon ABD \$'dır. Kamu cari sağlık harcamasının GSYH 'ye oranı %3,5, kamu yatırım harcamasının GSYH 'ye oranı %0,2 ve toplam sağlık harcamasının GSYH' ye oranı %3,8 olarak yer almaktadır.

2010 yılında GSYH 777.461 milyon ABD \$, cari sağlık harcaması 30.445 milyon ABD \$, yatırım harcaması 1.835 milyon ABD \$ ve toplam sağlık harcaması 32.280 milyon ABD \$'dır. Cari sağlık harcamasının GSYH 'ye oranı %3,9, yatırım harcamasının GSYH 'ye oranı %0,2 ve toplam sağlık harcamasının GSYH' ye oranı %4,2 olarak yer almaktadır.

2015 yılında GSYH 867.071 milyon ABD \$, cari sağlık harcaması 27.891 milyon ABD \$, yatırım harcaması 2.397 milyon ABD \$ ve toplam sağlık harcaması 30.288 milyon ABD \$'dır. Cari sağlık harcamasının GSYH 'ye oranı %3,2, yatırım harcamasının GSYH 'ye oranı %0,3 ve toplam sağlık harcamasının GSYH' ye oranı %3,5 olarak yer almaktadır.

2020 yılında GSYH 717.092 milyon ABD \$, cari sağlık harcaması 26.103 milyon ABD \$, yatırım harcaması 2.032 milyon ABD \$ ve toplam sağlık harcaması 28.134 milyon ABD \$'dır. Cari sağlık harcamasının GSYH 'ye oranı %3,6 yatırım harcamasının GSYH 'ye oranı %0,3 ve toplam sağlık harcamasının GSYH' ye oranı %3,9 olarak yer almaktadır.

Kamu cari sağlık harcamasının GSYH 'ye oranının en düşük olduğu yıl %3,2 oran ile 2015 ve 2018 yılıdır. Kamu cari sağlık harcamasının GSYH 'ye oranının en yüksek olduğu yıl %4,4 ile 2009 yılıdır.

Kamu yatırım harcamasının GSYH 'ye oranı ortalama %0,2'dir. Kamu Yatırım harcamasının GSYH 'ye oranının en yüksek olduğu yıl %0,4 ile 2008 yılıdır.

Toplam sağlık harcamasının GSYH' ye oranının en düşük olduğu yıl %3,4 ile 2018 yılıdır. Toplam sağlık harcamasının GSYH' ye oranının en yüksek olduğu yıl %4,7 2009 yılıdır.

Aşağıdaki tablo da Sağlık Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (%)'lik olarak yer almaktadır.

Tablo 3: Sağlık Harcamalarının Genel Bütçe İçindeki Payı (%)

Yıllar	Sağlık Harcamaları (Bin TL)	Toplam Harcamalar (Bin TL)	Sağlık Harcamalarının Toplam Harcamalar İçindeki (%)'lik Payı
2006	8.568.592	175.084.118	4,89
2007	10.494.295	200.206.450	5,24
2008	12.103.913	222.055.561	5,45
2009	14.706.063	262.597.514	5,60
2010	14.849.219	288.191.564	5,15
2011	17.340.328	307.039.342	5,64
2012	14.300.564	353.641.946	4,04
2013	18.156.461	397.275.132	4,57
2014	19.851.813	434.265.539	4,57
2015	23.020.573	491.864.455	4,68
2016	26.250.879	569.116.635	4,61
2017	32.441.883	659.558.969	4,91
2018	36.950.805	804.974.429	4,59
2019	47.729.564	978.569.401	4,87

2020	65.014.433	1.183.163.137	5,49
2021	105.387.101	1.576.863.008	6,68
2022	179.688.456	2.886.710.353	6,22

Kaynak: <https://muhasebat.hmb.gov.tr/merkezi-yonetim-butce-istatistikleri> (Erişim Tarihi 26.04.2023).

Tabloya göre; sağlık harcamalarının genel bütçe içindeki payı görülmektedir. 2006 yılında sağlık harcamaları 8.568.592 bin TL, Toplam harcamalar 175.084.118 bin TL ve sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı %4,89 dur. Bu pay 2008 yılında %5,45, 2010 yılında %5,15, 2012 yılında %4,04, 2014 yılında %4,57, 2016 yılında %4,61, 2018 yılında %4,59, 2020 yılında %5,49, 2022 yılında %6,22 olduğu görülmektedir.

Sağlık harcamalarının genel bütçe içindeki en yüksek payı 2021 yılında %6,68 en düşük pay ise 2012 yılında %4,04 olarak görülmektedir. 2021 ve 2022 yıllarında sağlık harcamalarında artış görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki bu artış covid salgınından kaynaklanmaktadır. 2020 yılında covid-19 salgının görülmesiyle birlikte devlet hem pandemiyi kontrol etmek hem de anti-covid aşılarını yaymak için büyük miktarlarda sağlık harcaması yapmıştır (<https://www.kolayihracat.gov.tr/sektorler/saglik>). Kişi başı sağlık harcaması ve toplam sağlık harcaması ve pandemi sebebiyle 2019 ve 2020 yıllarında gözle görülür bir şekilde artmıştır (Bulan ve Özsarı, 2023, s. 63). COVID-19'un ekonomik maliyetini tahmin etmek için yapılan bir çalışmada şu COVID-19 'un Türkiye'de yıllık tıbbi maliyet yükü 2,1 milyar\$ olarak tahmin edilmiştir ((Oksuz, Malhan, Gonen, Kutlubay,Keskindemirci, 2021, s. 11). 2012 yılında sağlık harcamaları diğer yıllara nispeten daha az olduğu görülmektedir. Diğer yıllarda ise Sağlık harcamalarının genel bütçe içindeki payı yaklaşık olarak birbirine yakındır.

Aşağıdaki tablo da 2006-2022 Yılları Genel Bütçe İçindeki Sağlık Hizmetleri (Bin TL) olarak yer almaktadır.

Tablo 4: 2006-2022 Yılları Genel Bütçe İçindeki Sağlık Hizmetleri (Bin TL)

Aşağıdaki tabloda 2006-2022 yılları genel bütçe içindeki sağlık hizmetleri (Bin TL) yer almaktadır.

Yıllar	Sağlık Hizmetleri	Tıbbi Ürünler, Cihaz ve Ekipmanlara İlişkin İşler ve Hizmetler	Ayakta Yürütülen Tedavi Hizmetleri	Hastane İşleri ve Hizmetleri	Halk Sağlığı Hizmetleri	Sağlık Hizmetlerine İlişkin Araştırma ve Geliştirme Hizmetleri	Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Hizmetleri
2006	8.568.592	5.237	1.735.406	6.974.551	403.757	40.366	114.345
2007	11.276.377	7.167	2.278.122	8.442.388	374.316	46.098	128.286
2008	12.972.160	6.954	2.747.138	8.712.717	441.243	55.189	1.008.919
2009	15.681.733	8.470	3.195.588	10.724.253	847.361	64.326	841.735
2010	16.070.753	11.939	3.769.384	11.054.052	806.859	64.250	364.269
2011	18.594.230	17.489	4.932.091	12.640.831	690.909	82.746	230.164
2012	15.580.883	17.946	4.169.327	8.569.974	2.690.642	24.005	108.989
2013	19.569.560	25.351	4.071.240	12.033.864	3.305.508	18.134	115.463
2014	21.481.791	53.209	4.540.923	12.795.940	3.944.458	13.839	133.422
2015	25.047.602	62.566	4.893.263	15.334.451	4.589.865	20.911	146.546
2016	28.500.136	67.928	5.783.166	16.898.889	5.557.444	5.859	186.850
2017	35.220.918	74.721	6.436.337	18.879.911	9.274.407	13.429	542.113
2018	40.213.740	74.094	7.701.574	21.735.739	10.208.922	7.781	485.630
2019	51.197.947	84.511	9.485.945	28.667.580	12.189.988	205	769.718
2020	68.851.797	87.326	10.661.286	40.126.768	16.837.368	388	1.138.661
2021	110.920.797	105.560	12.385.978	64.550.031	33.492.192	80.552	306.484
2022	191.497.722	189.216	21.413.672	129.849.441	38.936.120	174.632	934.642

Kaynak: <https://muhasebat.hmb.gov.tr/merkezi-yonetim-butce-istatistikleri> (Erişim Tarihi 30.11.2023)

Tabloya göre; sağlık hizmetleri harcama kalemleri, tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin işler ve hizmetler, hastane işleri ve hizmetleri, ayakta yürütülen tedavi hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme kalemlerinden oluşmaktadır. 2006 yılında sağlık hizmetleri harcaması toplamda 8.568.592 bin TL olmuştur. Bu kalemler içinde en fazla harcama kalemi 6.974.551

bin TL ile hastane işleri ve hizmetleridir. Bunu takip eden harcama ise 1.735.406 bin TL ile ayakta yürütülen tedavi hizmetleridir. Bu kalemler içinde en az harcama kalemi ise 5.237 bin TL ile tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin işler ve hizmetler kalemidir.

2010 yılında sağlık hizmetleri harcaması 16.070.753 bin TL olmuştur. Bu kalemler içinde en fazla harcama 11.054.052 bin TL ile hastane işleri ve hizmetleridir. Bu kalemler içinde en az harcama kalemi ise 11.939 bin TL ile tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin işler ve hizmetler kalemidir.

2015 yılında sağlık hizmetleri harcaması 25.047.602 bin TL olmuştur. Bu kalemler içinde en fazla harcama 15.334.451 bin TL ile hastane işleri ve hizmetleridir. Bu kalemler içinde en az harcama kalemi ise 20.911 sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri kalemidir.

2022 yılında sağlık hizmetleri harcaması 191.497.722 bin TL olmuştur. Bu kalemler içinde en fazla harcama 129.849.441 bin TL ile hastane işleri ve hizmetleridir. Bu kalemler içinde en az harcama kalemi ise 174.632 bin TL ile sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri kalemidir.

2006 yılında sağlık hizmetlerinden en fazla harcama yapılan kalemler sırasıyla; hastane işleri ve hizmetleri, ayakta yürütülen tedavi hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri ve tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin işler ve hizmetler olmuştur. 2022 yılına gelindiğinde sağlık hizmetlerinden en fazla harcama yapılan kalemler sırasıyla; hastane işleri ve hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, ayakta yürütülen tedavi hizmetleri, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetleri, tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin işler ve hizmetler ve en son da sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri harcama kalemidir.

Hastane işleri ve hizmetleri her zaman en fazla harcama yapılan kalemdir. 2019-2020 yılında sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri kaleminde düşüş görülmüştür. Bu yıllarda sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetlerinde önceki yıllara kıyasla artış görülmektedir. Harcama kalemleri içinde en düşük payı 2012 yılına kadar tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin işler ve hizmetler kalemi oluşturmaktadır. 2013 yılından itibaren ise en düşük harcama kalemini sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri kalemi oluşturmaktadır.

Aşağıdaki tablo da Türkiye ve OECD ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ye oranı görülmektedir.

Tablo 5: Türkiye'nin ve OECD ülkelerinin Toplam Sağlık Harcaması % GSYH Karşılaştırılması (2006-2021)

Ülkeler	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ABD	14,71	14,92	15,21	16,2	16,2	16,14	16,12	15,99	16,2	16,49	16,8	16,77	16,63	16,67	18,76	17,36
Almanya	10,18	10,05	10,25	11,24	11,1	10,78	10,85	11	11,03	11,19	11,24	11,34	11,48	11,72	12,69	12,93
Avustralya	7,98	8,05	8,25	8,54	8,42	8,54	8,67	8,75	9,83	10,18	10,09	10,12	10,06	10,22	10,68	10,54
Avusturya	9,53	9,53	9,73	10,23	10,22	10,03	10,02	10,29	10,37	10,37	10,35	10,38	10,35	10,49	11,39	12,1
Belçika	9,13	9,14	9,6	10,32	10,2	10,36	10,5	10,58	10,61	10,8	10,79	10,8	10,86	10,79	11,2	11,04
Birleşik Krallık	8,63	8,62	9,03	10,05	9,93	9,92	9,95	9,87	9,86	9,8	9,73	9,6	9,73	9,96	12,16	12,36
Çek Cumhuriyeti	6,16	5,99	6,33	7,25	7,59	7,56	7,62	7,52	7,61	7,37	7,45	7,38	7,47	7,6	9,21	9,49
Danimarka	9,17	9,33	9,51	10,67	10,61	10,41	10,52	10,33	10,31	10,34	10,25	10,1	10,1	10,15	10,56	10,82
Estonya	4,97	5,18	5,96	6,84	6,59	6,08	6,1	6,28	6,36	6,64	6,7	6,6	6,69	6,82	7,58	7,49
Finlandiya	8,28	8,08	8,34	9,16	9,14	9,22	9,59	9,81	9,78	9,65	9,38	9,13	9,05	9,17	9,63	10,25
Fransa	10,39	10,32	10,5	11,29	11,23	11,18	11,3	11,4	11,54	11,45	11,47	11,35	11,21	11,09	12,13	12,31

Hollanda	9,08	9,05	9,28	9,99	10,16	10,23	10,54	10,58	10,57	10,32	10,29	10,11	10,02	10,14	11,21	11,29
İrlanda	7,52	7,81	9,13	10,52	10,52	10,61	10,6	10,28	9,51	7,34	7,47	7,13	6,5	6,71	7,11	6,72
İspanya	7,83	7,92	8,38	9,11	9,12	9,17	9,15	9,06	9,08	9,12	8,95	8,94	9	9,15	10,75	10,74
İsrail	6,71	6,7	6,83	6,92	6,89	6,84	6,98	6,96	7,05	7,02	7,1	7,18	7,23	7,17	7,71	7,9
İsveç	8,05	8	8,21	8,77	8,32	10,42	10,74	10,9	10,95	10,8	10,85	10,79	10,94	10,83	11,33	11,25
İsviçre	9,58	9,42	9,53	10,14	9,93	10,05	10,14	10,38	10,43	10,78	10,99	11,05	10,77	11,06	11,73	11,8
İtalya	8,44	8,14	8,53	8,95	8,92	8,77	8,78	8,78	8,87	8,86	8,73	8,68	8,68	8,66	9,63	9,38
İzlanda	8,56	8,35	8,34	8,78	8,36	8,2	8,18	8,18	8,23	8,07	8,1	8,26	8,38	8,58	9,61	9,73
Japonya	7,69	7,78	8,09	8,96	9,06	10,49	10,67	10,67	10,73	10,75	10,66	10,66	10,74	10,97	11	10,82
Kanada	9,34	9,45	9,61	10,66	10,68	10,38	10,51	10,41	10,26	10,74	11,03	10,91	10,91	11,01	13,04	12,33
Letonya	5,7	5,51	5,58	6,1	6,1	5,72	5,41	5,41	5,46	5,65	6,13	5,97	6,19	6,61	7,25	9,04
Litvanya	5,84	5,76	6,29	7,37	6,81	6,49	6,28	6,13	6,19	6,49	6,64	6,48	6,53	6,99	7,48	7,82
Lüksemburg	6,64	6,16	6,23	6,95	6,66	5,95	5,29	5,24	5,23	5,08	5,07	5,14	5,28	5,47	5,74	5,67
Macaristan	7,78	7,2	7,09	7,22	7,45	7,48	7,41	7,23	7,05	6,85	6,99	6,74	6,58	6,28	7,29	7,38
Meksika	5,66	5,77	5,7	6,13	5,74	5,52	5,67	5,81	5,55	5,72	5,55	5,46	5,38	5,45	6,22	6,08
Norveç	7,88	8,02	7,92	9,03	8,86	8,73	8,72	8,87	9,28	10,07	10,53	10,23	9,96	10,44	11,25	9,92
Polonya	5,8	5,87	6,38	6,59	6,47	6,29	6,27	6,48	6,43	6,4	6,57	6,58	6,31	6,46	6,5	6,44
Portekiz	9,35	9,25	9,58	10,13	10,03	9,73	9,65	9,4	9,34	9,32	9,39	9,31	9,41	9,51	10,55	11,14
Slovakya	6,85	7,18	6,96	7,95	7,67	7,3	7,54	7,5	6,88	6,76	7,09	6,76	6,67	6,92	7,13	7,75
Slovenya	9,48	9,43	8,5	8,28	8,18	8,46	8,5	8,5	8,74	8,72	8,54	8,57	8,54	7,85	7,51	7,82
Şili	6,07	6,21	6,74	7,25	6,82	6,8	7,02	7,48	7,84	8,35	8,56	9,09	9,23	9,36	9,73	9,34
Türkiye	5,15	5,24	5,22	5,49	5,02	4,65	4,44	4,37	4,33	4,12	4,28	4,18	4,12	4,37	4,62	4,57
Yeni Zelanda	8,64	8,33	9,12	9,62	9,59	9,52	9,65	9,36	9,4	9,28	9,24	8,97	9,04	9,49	10,07	10,05
Yunanistan	8,26	8,4	8,83	9,41	9,6	9,19	8,92	8,44	7,89	8,22	8,45	8,14	8,12	8,2	9,5	9,17

Kaynak: World Health Organization, [\(https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-che-as-percentage-of-gross-domestic-product-gdp-\(-\)\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-che-as-percentage-of-gross-domestic-product-gdp-(-)) (Erişim Tarihi 17.12.2023).

Tabloya göre; toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2006 yılında en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla %14,71 ABD, %10,39 Fransa ve %10,18 ile Almanya'dır. En düşük olan ülkeler sırasıyla; %4,97 Estonya, %5,15 Türkiye ve %5,7 Letonya'dır.

2010 yılında ise oranın en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla; %16,2 ABD, %11,23 Fransa ve %11,1 Almanya'dır. Oranın en düşük olduğu ülkeler sırasıyla; %5,02 Türkiye, %5,74 Meksika ve %6,1 Letonya'dır.

2015 yılında ise oranın en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla; %16,49 ABD, %11,45 Fransa ve %11,19 ile Almanya'dır. En düşük olan ülkeler sırasıyla; %4,12 Türkiye, %5,08 Lüksemburg ve %5,65 Letonya'dır.

2018 yılında ise oranın en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla; %16,63 ABD, %11,48 Almanya ve %11,21 ile Fransa'dır. En düşük olan ülkeler sırasıyla; %4,12 Türkiye, %5,28 Lüksemburg ve %5,38 ile Meksika'dır.

2021 yılında ise oranın en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla; %17,36 ABD, %12,93 Almanya ve %12,36 ile Birleşik Krallık İngiltere olduğu görülmektedir. En düşük olan ülkeler sırasıyla; %4,57 Türkiye, %5,67 Lüksemburg ve %6,8 ile Meksika'dır.

Tabloya göre toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2006 ve 2021 yılı kıyaslandığında bu oran 2021 yılında daha yüksektir. İrlanda, Lüksemburg, Macaristan, Slovenya ve Türkiye de ise tam tersi geçerlidir. Sağlık harcamanın GSYH'ye oranında artış en fazla 2006 yılında %8,63 oranı ile 2021 yılında %12,36 oranı ile Birleşik Krallık İngiltere'dir.

SONUÇ

Anayasanın 56. Maddesinde sağlık alanında devletin temel görevi açıklanmıştır. Herkesin sağlıklı çevrede yaşama hakkına sahip olduğundan söz edilmiştir. Devletin görevi; bireylerin hayatını, beden ve ruh sağlığını koruyarak sağlıklı bir şekilde yaşamaları için sağlık hizmeti sunan kuruluşları tek elden planlayıp, düzenleme ve denetleme görevine sahiptir. Sağlık hizmetlerinin kamusal mal olma özelliği, devlet müdahaleleri, dışsallıklar, erdemli mallar, asimetrik bilgilendirme, hastalık riskinin ve sağlık hizmeti tüketiminin önceden belirlenememesi, belirsizlik altında seçim faktörü, sağlık hizmetinin yetersiz tüketiminin toplumu etkilemesi gibi özellikleri vardır.

Sağlık harcamalarının 2006-2022 dönemi için genel bütçe içindeki gelişimine bakıldığında en yüksek payı 2021 yılında %6,68 en düşük pay ise 2012 yılında %4,04 olarak görülmektedir. 2021 ve 2022 yıllarında sağlık harcamalarında artış görülmektedir. Bu artışın sebebi Covid salgını ve bunun neticesinde yapılan sağlık harcamalarıdır. 2012 yılında sağlık harcamaları diğer yıllara nispeten daha az olduğu görülmektedir. Diğer yıllarda ise Sağlık harcamalarının genel bütçe içindeki payı yaklaşık olarak birbirine yakındır.

Sağlık harcamaları kamu cari sağlık harcamaları ve kamu yatırım harcamalarından oluşmaktadır. Yıllara göre cari, yatırım ve sağlık harcaması incelendiğinde kamu cari sağlık harcamasının GSYH 'ye oranının en düşük olduğu yıl %3,2 oran ile 2015 ve 2018 yılıdır. Kamu cari sağlık harcamasının GSYH 'ye oranının en yüksek olduğu yıl % ile 2009 yılıdır. Kamu yatırım harcamasının GSYH 'ye oranı ortalama %0,2'dir. Kamu Yatırım harcamasının GSYH 'ye oranının en yüksek olduğu yıl %0,4 ile 2008 yılıdır. Toplam sağlık harcamasının GSYH' ye oranının en düşük olduğu yıl %3,4 ile 2018 yılıdır. Toplam sağlık harcamasının GSYH' ye oranının en yüksek olduğu yıl %4,7 2009 yılıdır.

Sağlık hizmetlerinden harcama kalemlerine bakıldığında 2006 yılında sağlık hizmetlerinden en yüksek harcama yapılan kalemler sırasıyla; hastane işleri ve hizmetleri, ayakta yürütülen tedavi hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri ve tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin işler ve hizmetler olmuştur. 2022 yılına gelindiğinde sağlık hizmetlerinden en yüksek harcama yapılan kalemler sırasıyla; hastane işleri ve hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, ayakta yürütülen tedavi hizmetleri, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetleri, tıbbi ürünler, cihaz ve ekipmanlara ilişkin işler ve hizmetler ve en son da sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetleri harcama kalemidir.

Toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranına bakıldığında ise en yüksek payı genellikle ABD, Fransa ve Almanya da en düşük oran ise Türkiye, Lüksemburg, Meksika, Letonya ve Estonya ülkelerinde olduğu görülmektedir. Türkiye'de 2006 yılında bu oran %5,15 iken 2010 yılına kadar giderek artmış ve %5,02 olmuştur. %4,65 ile 2011 yılından itibaren bu oran düşme eğilimindedir. 2018 yılında %4,12'dir. 2018'den sonra bu oran giderek artmıştır. Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı OECD ülkeleri içinde çok düşüktür. Son yıllarda yaşanan covid salgını sebebiyle 2021 yılında birçok ülkede sağlık harcamalarında artış görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Arı, H. O. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirilmesi 1999-2006. TUSPE Analiz: 2018/4, TUSPE Yayınları, Ankara.
- Arrow, K.J. (1963). “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review*, 53 (3), 941-973.
- Batirel, Ö.F. (2007). Kamu Maliyesi ve Yönetimi. İstanbul: T.C. İstanbul Ticaret Üniversitesi Yayınları.
- Bilgili, E., ve Ecevit, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Bulan, S. ve Özsarı, S.H. (2023). “COVID-19’un Türkiye Sağlık Sigorta Sektörüne Etkisi Üzerine Bir Araştırma, *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 57-66. DOI: <https://doi.org/10.52791/aksarayibd.1091255>.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution> (Erişim Tarihi 25.11.2023).
- Edizdoğan, N. Çetinkaya, Ö. ve Gümüş, E. (2013). Kamu Maliyesi. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Gençer, Ç. Er, F., Barut, B., Kara, Y. (2021). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(3), 1125- 1142. <https://www.kolayihracat.gov.tr/sektorler/saglik> (Erişim Tarihi 19.12.2023).
- Kavuncubaşı, Ş. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi. (Edit.Uzkesici, N.). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No.1429. 25-45.
- Kirmanoglu, H. (2014). Kamu Ekonomisi Analizi. İstanbul: Beta Basım.
- Klavuz, E. (2010). “Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri” *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. Sayı: 29. 2010/2. 173-192.
- Mutlu, A. Işık, A.K. (2005). Sağlık Ekonomisine Giriş. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Nadaroğlu, H. (2000). Kamu Maliyesi Teorisi. İstanbul: Beta Basım.
- Sarp, N. (2018). Sağlık Kurumları Yönetimi I. (Edit. Şeker, M. Bulduklu, Y.). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No.2346. 31-50.
- Savaşan, F. (2015). Piyasa Başarısızlığından Devletin Başarısızlığına Kamu Ekonomisi. Bursa: Dora Yayıncılık.
- Sayım, F. (2011). Sağlık Piyasası ve Etik. Bursa: Marmara Kitap Merkezi Yayıncılık.
- Schneider, U. (2004). "Asymmetric Information and the Demand for Health Care – the Case of Double Moral Hazard," *Schmollers Jahrbuch: Journal of Applied Social Science Studies / Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*, Duncker & Humblot, Berlin, vol. 124(2), 233-256.
- Stiglitz, J. E. (1994). Kamu Kesimi Ekonomisi. (Çev.) Batirel. Ö.F. İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayın No:549.
- Susam, N. (2016). Kamu Maliyesi Temel Kavram ve Esaslar. İstanbul: Beta Basım.
- Oksuz, E., Malhan, S., Gonen, M. S., Kutlubay, Z., Keskindemirci, Y. (2021). “COVID-19 Healthcare Cost And Length Of Hospital Stay İn Turkey:Retrospective Analysis From The First Peak Of The Pandemic”. *Health Economics Review*. Cilt 11. Sayı 1. DOI: 10.1186/s13561-021-00338-8.
- T.C. 1982 Anayasası.
- T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, Merkezi Yönetim Bütçe İstatistikleri, <https://muhasebat.hmb.gov.tr/merkezi-yonetim-butce-istatistikleri> (Erişim Tarihi 30.11.2023).
- T.C. Resmî Gazete (1961). 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Sayı 10705. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=224&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=4> (Erişim Tarihi 25.11.2023).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1185. ISBN 978-975-590-792-5.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2023). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1260. ISBN 978-975-590-874-8.

- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004). OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Uygun, U., Güven, M., Altundemir, M.E. (2022). Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi Panel Veri Analizi. (Edit. Karabulut, Ş.) Ekonomi ve Finans Alanındaki Uygulamaların Ampirik Sonuçları. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Ünsal, E. M. (2012). Mikro İktisat. Ankara: İmaj Yayınevi.
- World Health Organization,
[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-)) (Erişim Tarihi 17.12.2023).