

# TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMA VE YATIRIMLARININ MİLLİ GELİR İLE İLİŞKİSİ

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH EXPENDITURES AND INVESTMENTS AND NATIONAL INCOME IN TÜRKİYE

Şahin Çetinkaya<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Doç.Dr., Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, sahincetinkaya@aksaray.edu.tr, Orcid: 0000-0002-2937-4247

## MAKALE BİLGİSİ

### Anahtar Kelimeler

Sağlık Harcamaları, GSYH,  
Enflasyon, Sosyal Devlet,  
Ekonomik Büyüme

### Jel Kodları:

I15, I18, E61

### Makale Geçmişi:

Başvuru Tarihi: 25 Kasım 2023

Birinci Düzeltme Tarihi:

05 Aralık 2023

İkinci Düzeltme Tarihi:

14 Aralık 2023

Kabul Tarihi: 23 Aralık 2023

## ARTICLE INFO

### Keywords

Health Expenditures, GDP,  
Inflation, Social State, Economic  
Growth

### Jel Codes:

I15, I18, E61

### Article History:

Received: 25 November 2023

First Received in revised form:

05 December 2023

Second Received in revised form:

14 December 2023

Accepted: 23 December 2023

## ÖZET

Sağlık hizmetleri yaygın talep ve yüksek maliyet nedeni ile kamu malı niteliğinde görülmektedir. Sağlık sistemlerinde parasal boyut cepten ödeme düzeyinin çok üstündedir. Bu nedenle sağlık yatırımları ve hizmetleri, ağırlıklı devlet tarafından yapılır. Türkiye’de her dönem sağlık hizmetleri için sürekli reformlar gündemde olup, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı da her geçen gün artmaktadır. Bu çalışmanın amacı milli gelir ile sağlık harcamaları ve sağlık yatırımlarının ilişkisinin incelenmesi, Türkiye’nin sağlık harcamalarının dünya geneline göre durumunun tespit edilmesidir. Bu durum ekonomik büyüme, insani gelişim endeksi ve gelişmiş ülkelerle kıyaslama açısından önemlidir. Ayrıca Türkiye’deki sağlık harcamalarına uluslararası düzeyde de bakılmıştır. Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika ile karşılaştırma yapılarak, dünya ölçeğindeki durum değerlendirilmiştir. 2011-2020 dönemindeki veriler diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, Türkiye’nin oldukça gerilerde kaldığı görülmüştür. Türkiye’nin kamu harcamaları ile yaptığı yatırımların GSYH içindeki oranı %5 düzeyindedir. Bu rakam 2020 verilerine göre Avrupa Birliği’nde % 9, ABD’de %16,8’dir. Dünya ortalaması ise %8,5’dir. Bu veriler ve bulgular ışığında kaynak kullanımında etkinlik ve verimlilik esasına göre Türkiye’de sağlık yatırım ve harcamalarının daha da artırılması gerektiği görülmektedir

## ABSTRACT

Health services are considered public goods due to widespread demand and high costs. In health systems, the monetary dimension is much higher than the out-of-pocket payment level. For this reason, health investments and services are mainly made by the state. In Türkiye, continuous reforms for health services are on the agenda every period, and the share of health expenditures in national income is increasing each passing day. The aim of this study is to examine the relationship between national income and health expenditures and health investments, and to determine the situation of Türkiye’s health expenditures compared to the world. This is important in terms of economic growth, human development index and comparison with developed countries. In addition, health expenditures in Türkiye were also examined at the international level. The situation on a world scale was evaluated by making a comparison with the European Union countries and America. When the data for the 2011-2020 period is compared with other countries, it is seen that Türkiye is far behind. The ratio of Türkiye’s public expenditures and investments in GDP is around 5%. According to 2020 data, this figure is 9% in the European Union and 16.8% in the USA. The world average is 8.5%. In the light of these data and findings, it is seen that health investments and expenditures in Türkiye should be further increased based on effectiveness and efficiency in resource use.

**Atf vermek için / To cite:** Çetinkaya, Ş (2023). Türkiye’de sağlık harcama ve yatırımlarının milli gelir ile ilişkisi. *Dumlupınar Üniversitesi İİBF Dergisi*, 12, 177-190. DOI: 10.58627/dpuiibf.1395865



**S**ağlık hizmetleri toplumdaki her yaş grubunu yakından ilgilendiren ve yüksek maliyetli bir hizmettir. Bu nedenle ağırlıklı kamu denetimi altında yapılmaktadır. Türkiye’de son yirmi yıldır sağlık sistemi üzerinde sürekli değişiklikler ve yüksek miktarda kamu yatırımları yapılmaktadır. Dünya da farklı uygulamaları olsa bile, yatırım ve finansman açısından sağlık hizmeti bir kamu malı haline gelmiştir. Bu alanda kamu kaynaklarının kullanımı her geçen gün artmakta olup kaynak kullanımında etkinlik ve verimliliğin önemsendiğini gösteren yıllık rapor ve çalışmalar yayınlanmaktadır.

İktisat bilimi birçok alanla ilgili özel çalışmalar yaptığı gibi sağlık alanında da çalışmaktadır. Sağlık ekonomisi makro ve mikroekonomiden önemli ölçüde yararlanan bir disiplin haline gelmiştir.

Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep diğer ürün piyasalarından farklı birtakım özelliklere sahiptir. Bu nedenle talep ve arz esneklikleri de bu piyasanın her aşamasında farklılık göstermektedir. Genellikle inelastik özellikli bir talep ve arz esnekliğine sahiptir.

Siyasal iktidarların uyguladıkları popülist politikalar ile yakından ilişkili olan sağlık hizmetleri, iktisadi boyutu ile kendinden söz ettirir. 2002 yılından itibaren tek partili bir hükümet ile yönetilen Türkiye de, sağlık sistemi defalarca reform edildi. Bu süreçte yapılan yenilikler kamu yükünü de artırdı. Ancak Türkiye kişi başı sağlık harcama tutarı sıralamasında, dünya da oldukça alt sıralardadır. Bu durum henüz milli gelir içindeki payının yeterince artırlanmış olmasını gösterir.

Sağlık hizmetleri bir kamu malı kabul edilmektedir. Çünkü üretim maliyetleri özel sektörün karşılayabileceğinden çok yüksektir. Birçok kamu hizmetinde olduğu gibi özel sektör tarafından da bu hizmet verilmektedir. Milli gelir rakamları içinde sağlık hizmetlerinin payı iki farklı şekilde incelenmektedir. Özel sektörde sağlık yatırım ve harcamaları ile kamuda sağlık yatırım ve harcamaları.

Milli gelir ile birlikte değişiklik gösteren bu veriler nüfus artışından da etkilenmektedir. Sağlık harcamalarında kamunun payı vergi gelirlerinden karşılanmaktadır. Ayrıca sosyal güvenlik kaynaklı ödemelerde yine kamu harcamaları kapsamında değerlendirilmektedir. Bu çalışmada sağlık harcamalarının toplam GSYH içindeki payı, kişi başı sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları ve uluslararası örgütlerdeki sağlıkla ilgili makro veriler ele alınmıştır.

## 1. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı sağlık harcamalarının kamu tarafından karşılanan kısmı ön planda tutularak, sağlık harcamaları toplamı, sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, kişi başı sağlık harcamaları, ekonomik büyüme ve enflasyon kavramları ile etkileşiminin incelenmesidir.

### 1.1. Metod

Bilimsel kitap ve dergilerden, resmi internet sitelerinden alınan veriler bilimsel araştırma teknikleri kullanılarak düzenlemiştir. Çalışmada hipotezlerin testi ve elde edilen sonuçların analizi için istatistik programı kullanılacaktır. SPSS 25 programı kullanılarak istatistiksel analizler yapıpıp sonuçlar değerlendirilecektir.

### 1.2. Veri Seti ve Yöntem

Çalışmada 2011-2020 dönemine ait milli gelir, sağlık harcamaları, sağlık yatırımları, kişi başı sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payından oluşan bir veri seti oluşturulmuştur. Milli gelir ile sağlık harcama ve yatırımları arasındaki ilişkisinin incelenmesi için SPSS programı kullanılarak değişkenler arasındaki korelasyonlar, normallik testi analizleri yapılacaktır.

## 2. LİTERATÜR

Tıraş ve Ağır (2011), “D-8 Ülkelerinin Sağlık Harcamaları Bakımından Karşılaştırılması: Betimsel Bir Analiz” çalışmasında yine sağlık harcamalarının uluslararası düzeyde karşılaştırması yapılmıştır.

Çelik, Y. (2011) “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” başlıklı çalışma da, geçmiş yıllarda gerçekleşen Türk sağlık harcamalarının analizi diğer ülke ve ülke gruplarının sağlık harcamaları ile karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Temel amaç sadece sağlık harcamalarının karşılaştırmasını yapmak değil aynı zamanda en uygun sağlık harcama düzeyinin ne olduğu sorusunun cevabını yanıtlamaya çalışmaktır.

Yılmaz, V. Ve Yenitürk, (2015), “Türkiye’de sağlık harcamalarına tarihsel bir bakış” çalışması 2015 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada sağlık harcamalarının ilk planlı uygulamaları ve günümüze kadarki gelişim süreci incelenmiştir. İkinci dünya savaşı sonrasında sağlık hizmetlerinin kamulaştırılması artmış ve sağlık risklerini kolektif riskler olarak tanımlanmıştır. Bu çerçevede hem sağlık hizmetlerinin finansmanı hem de sağlık harcamaları büyük oranda kamusal nitelik kazandı. Türkiye de bu eğilimi izleyen ve önemli ölçüde sağlık alanının kamusallaşmasını başaran ülkelerden biri oldu.

Alp, M. (2018) Türkiye’de sağlık harcamalarının gelir üzerindeki etkisi: TR32 bölgesi örneği eş bütünleşme analizi başlıklı çalışmada bölgesel olarak sağlık harcamalarının milli gelir üzerindeki etkisi incelenmiştir. Elde edilen sonuca göre uzun dönemde Türkiye’de TR32 bölgesi ekonomik büyümesi ve reel sağlık harcamaları arasındaki katsayı istatistikî olarak anlamlı, teorik beklentilerle uyumlu olarak pozitif ve yorumlanabilecek düzeydedir. Bu sonuca göre uzun dönemde sağlık harcamalarındaki bir birimlik artış, ekonomik büyümeyi 0.15 birim artırmıştır. Sağlık harcamaları değişkeni kısa dönemde de uzun dönem ilişkisinde olduğu gibi, TR32 bölgesi ekonomik büyümesi değişkeni ile doğrusal ve anlamlı bir ilişki içindedir. Kısa dönemde sağlık harcamalarındaki bir birimlik artış, ekonomik büyümeyi 0.15 birim artırmıştır” sonucuna ulaşılmıştır.

Kılıç, R. Özbek, R. (2018) Sağlık ve Eğitim Hizmetleri ile Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri Uygulaması başlıklı çalışma da, Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık harcamaları, eğitim harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkileri incelenmiştir. Çalışma da sağlık harcamaları, eğitim harcamaları ve ekonomik büyümenin birbirini pozitif yönde etkilediği görülmüştür.

Hayat, E., Ertekin Ş., (2020) OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Dinamik Panel Veri Analizi başlıklı çalışmada OECD ülkelerinin sağlık harcamaları ele alınmıştır. OECD ülkelerinde cepten yapılan sağlık harcamalarının temel belirleyicilerini belirlemektir. Bu amaçla, 33 OECD üyesi ülkenin 2000-2016 yılları verileri kullanılarak cepten sağlık harcamalarının temel belirleyicileri Dinamik Panel Veri Analizi ile araştırılmıştır.

Beceren E., (2021) Sağlık ve Kalkınma İlişkisi OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler başlıklı çalışmada Türkiye OECD ülkelerinin sağlık harcamalarını ve sağlık harcamalarını belirleyen unsurları analiz etmektedirler. Çalışmada içsel büyüme teorileri, uluslararası endeksler ele alınarak geniş perspektiften sağlık harcamaları Türkiye ve OECD ülkeleri açısından ele alınmıştır.

Oğuç, E.(2021) “Türkiye’de Sağlık Harcamaları Ve Çözüm Önerisi Olarak Davranışsal İktisat” başlıklı çalışmada, sağlık harcamalarının bireysel ihtiyaçlar içinde değerlendirilerek, finansmanı ve organizasyonu hakkında inceleme yapılmıştır. “Bir ülkedeki hem bireysel ihtiyaçları hem de bir bütün olarak toplum sağlığını kapsayan sağlık harcamalarının düzeyi zaman içinde değişebilmektedir. Sağlık sistemi finansal ve organizasyonel düzenlemelerin yanı sıra çok çeşitli demografik, sosyal ve ekonomik faktörlere de bağlıdır” sonucu elde edilmiştir.

### 3. SAĞLIK SİSTEMLERİ

Dünya da sağlık sistemleri sağlık harcamalarında kullanılan fon sınıflandırmalarına göre yapılmaktadır. Ağırlıklı kamu kaynakları ve sigorta yoluyla karşılanan sağlık giderleri, cepten harcama metodu ile de yapılmaktadır. Sağlık sistemlerinin oluşumu harcama esasına göre kurulmuştur. Sağlık harcamaları yüksek maliyetli olmasından dolayı kamu kaynaklarının kullanımı zorunludur. Kamu malı kavramı içeriğine bakıldığında “paylaşımı zorunlu, ortak tüketime açık olan yani herkes tarafından kullanılabilen mallardır” (Şimşek, 2014).

Genel bir sınıflandırma zor olsa da küresel olarak kabul görmüş olan dört ana sistem modeli benimsenmiştir: Beveridge modeli, Bismark modeli, ulusal sağlık sigortası modeli ve cepten ödeme modeli. Bu sistemler ödeme kaynakları ve katlanılan riskler açısından birbirlerinden ayrılırlar (Tatar, 2015).

Beveridge modelinde sağlık harcamaları vergi gelirlerinden karşılanmak üzere planlanan bir kamu hizmeti kabul edilmiştir. Bu sistemin kurucusu İngiltere’dir. Bismark modelinde sigorta sistemi bulunur. Kaynak işçi ve işveren tarafından yapılan kesintiler ile sağlanır.

Ulusal sağlık sigortası modeli, bazı kaynaklarda karma model olarak da geçen ulusal sağlık sigortası modelinde Bismark ve Beveridge modelinden bazı unsurlar bulunmaktadır. Bu modelde özel sağlık hizmeti sunucuları kullanılmaktadır fakat devlet tarafından işletilen ve vatandaşlar tarafından vergi ve prim ödemesi yoluyla finanse edilen bir sistemdir.

Cepten ödeme modeli, sağlık hizmetinin tamamının kişi tarafından ödendiği bir modeldir. Az gelişmiş ülkelerde görülen bu sistemde devletin sağlık hizmetine katkısı bulunmamaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

### 4. TÜRKİYE EKONOMİSİ VE SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlık sisteminin finansal boyutu ekonomik göstergelerle incelenecektir. Sağlık harcama ve yatırımları kamu kaynaklarından, sağlık sigorta gelirlerinden ve hane halkının cebinden ödedikleri ile karşılanmaktadır. Dünya da farklı finansal kaynak temin yolları vardır. Türkiye de karma model uygulanmakta ve buna göre sayılan dört metot da kullanılmaktadır.

#### 4.1. Türkiye’de Uygulanan Sağlık Sistemi Modeli

Türkiye’de sağlık sistemi karma bir sistem olarak uygulanmaktadır. Birçok reform geçirmiş uygulamalardaki değişiklikler farklı görünüşler ortaya çıkarmıştır. Ancak değişmeyen tek şey sağlık finansmanının karma düzende olmasıdır. Öncelikle devlet tarafından sağlık alt yapı yatırımları, işgücü ve organizasyonu sağlanarak hizmet sunulacak hale getirilmektedir. Uygulamadaki finansman sistemi ise sağlık sigortaları ile yapılmaktadır. Sağlık sigortalarının yetersiz kaldığı yerlerde yine devlet tamamlamaktadır. Bu sistemde zorunlu sağlık sigortası kamu tarafından yapılmaktadır. Çalışanlar işverenler tarafından ödenen primlerle, çalışmayan veya geliri olmayanlar için ise hazineden ödenen primlerle sigortalı yapılmaktadır. Sigorta primi ödeme gücü olmayanların yapılan gelir testi ile tespiti yapılarak prim borçları devlet kanalı ile ödenmektedir. 2006 yılından itibaren kurulan zorunlu sağlık sigortası sisteminde devletin yüksek miktarda prim ödemediği görülmektedir. (Yıldız, 2020).

#### 4.2. Türkiye Ekonomisinin Görünümü

Türkiye ekonomisi 2011-2020 dönemine göre, dünyanın ilk yirmi ekonomisi arasında yer almaktadır. Bu sıralama 16'ya kadar yükselmiş olmasına rağmen 2020 yılı verilerine göre 20. sıraya gerilemiştir. GSYH rakamları TL ve dolar cinsinden verilmiştir. TL olarak 6 kattan fazla artmış olmasına rağmen dolar cinsinden aynı düzeyde seyretmiştir.

**Tablo 1.** Türkiye 2011-2020 Dönemi GSYH Rakamları (TL ve USD)

Yıl	GSYH- USD	GSYH -TL	Ekonomik Büyüme
2011	838.876.090	1.404.927.615	11,1 %
2012	892.786.088	1.581.479.251	4,8 %
2013	956.925.307	1.823.427.315	8,5 %
2014	975.161.116	2.054.897.828	5,2 %
2015	944.503.329	2.350.941.343	6,1 %
2016	898.815.210	2.626.559.710	3,2 %
2017	890.086.075	3.133.704.267	7,5 %
2018	865.758.408	3.758.773.726	2,8 %
2019	807.491.413	4.311.732.766	0,5 %
2020	762.751.591	5.048.220.066	1,8 %
Ortalama	879.345.393	3.213.041.170	%5,56

**Kaynak :** World Development Indicators | DataBank (worldbank.org) (Erişim 01.04.2023)

Tablo 1'e göre Türkiye'de GSYH 10 yılda ortalama 879 milyar USD olurken TL cinsinden 3 trilyon 213 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Yıllara göre ekonomik büyüme rakamları %0,5 ile % 11 aralığında değişmektedir. 2011-2020 aralığında bu rakam ortalama %5,56 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1'e göre büyüme rakamları 2019-2020 pandemi döneminde diğer yıllara göre olağan dışı gerileme göstermiştir. 2011 ve 2021 yılında büyüme %11 olarak gerçekleşmiştir. Ekonomik büyüme rakamlarındaki değişim sağlık harcamalarında da görülmektedir. Tablo 1'e göre %4,6 ortalama ile değişmektedir. Her yıl GSYH içindeki payı büyümüştür.

**Tablo 2.** Türkiye'nin Yıllara Göre İlk 20 Ekonomi Sıralaması

Yıl	Dünya Sıralaması	GSYH- USD
2011	18	838.876.090
2012	17	892.786.088
2013	16	956.925.307
2014	16	975.161.116
2015	16	944.503.329
2016	17	898.815.210
2017	17	890.086.075
2018	19	865.758.408
2019	19	807.491.413
2020	20	762.751.591
Ortalama		879.345.393

**Kaynak :** World Development Indicators | DataBank (worldbank.org) (Erişim 01.04.2023)

Tablo 2'deki verilere göre Türkiye ilk 20 ekonomi arasında 16.sıraya kadar yükselmiştir. 2015 yılına kadar bu sıra hep yükseliş göstermiş, 2016 sonrası düşüşle 20.sıraya kadar gerilemiştir.

### 4.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetleri maliyetler açısından özel sektörün karşılayamayacağı kadar yüksektir. Aynı zamanda toplumda tüm bireyler için zorunlu bir ihtiyaçtır. Yani sağlık bir bakıma kamusal maldır. Dünya da sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan farklı uygulamaları vardır. Ancak her uygulamada sağlık hizmetleri tamamen veya kısmen devlet eliyle yapılmaktadır.

Türkiye de sağlık hizmetleri kamu-özel iş birliği ile yapılmaktadır.

**Tablo 3. 2011-2020 Sağlık Harcamaları**

YILLAR	Sağlık harcamaları (Bin TL)	Değişim oranı %
2011	68.607.000	
2012	74.189.000	8,14%
2013	84.390.000	13,75%
2014	94.750.000	12,28%
2015	104.568.000	10,36%
2016	119.756.000	14,52%
2017	140.647.000	17,44%
2018	165.234.000	17,48%
2019	201.031.000	21,66%
2020	249.932.000	24,33%
<b>TOPLAM</b>	<b>1.657.045.000</b>	

**Kaynak :** TÜİK verilerinden hazırlanmıştır.

Tablo 3 verilerine göre sağlık harcamaları 2011 yılında 68 milyar TL iken sonraki yıllarda %8 ila %41 aralığında sürekli artış göstermiştir. TL olarak hesaplanan GSYH rakamları 1,4 trilyon TL’den 7,2 trilyon TL ye yükselmiş, sağlık harcamaları ise 68 milyar TL’den 353,9 milyar TL’ye çıkmıştır.

Sağlık harcamalarında kamu özel olarak ayırım vardır. Hane halkının yaptığı katkı (cebinden ödeme), özel sağlık sigortaları ve devlet tarafından yapılan harcamalar olarak sınıflandırılır.

Buna göre 2011-2020 döneminde Türkiye’de sağlık harcamalarının özel ve kamu kaynaklarından yapılanlarının ayırımı yapılarak oransal durumuna bakılabilir. Sağlık harcamaları, uygulanan sağlık sistemlerine göre farklı kaynaklarla yapılmaktadır. Dünya da bu harcama kalemlerinin tamamı devletten, tamamı hane halkı tarafından veya her iki tarafın karşıladıkları şeklinde uygulamalar vardır. Türkiye’de karma uygulama var. 2006 yılından itibaren genel sağlık sigortası kapsamında devlet tarafından karşılanmaktadır.

**Tablo 4/1. Türkiye’de Sağlık Harcamaları (2011-2015, Milyon \$/TL)**

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Toplam Sağlık harcaması</b>					
<i>Milyon TL</i>	68.607 TL	76.358 TL	84.390 TL	94.750 TL	104.568 TL
<i>Milyon USD</i>	40.919 \$	42.376 \$	44.317 \$	43.325 \$	3.8537\$
<b>Kişi başı Sağlık harcaması</b>					
<i>TL</i>	928 TL	1.020 TL	1.110 TL	1.232 TL	1.345 TL
<i>USD</i>	553 \$	566 \$	583\$	562 \$	496\$
<b>GSYH içindeki payı</b>	% 5,3	%5,4	%5,4	%5,4	%5,4
<b>Hazineden karşılanan</b>	%79,6	%76,8	78,5	%77,4	%78,5
<b>Hane Halkı katkısı</b>	%15,4	%15,4	%16,8	%17,8	%16,6
<b>Sağlık Yatırımları</b>	3.236 TL	3.538 TL	4.688 TL	5.871 TL	7.782 TL

**Kaynak:** TÜİK verilerinden hazırlanmıştır

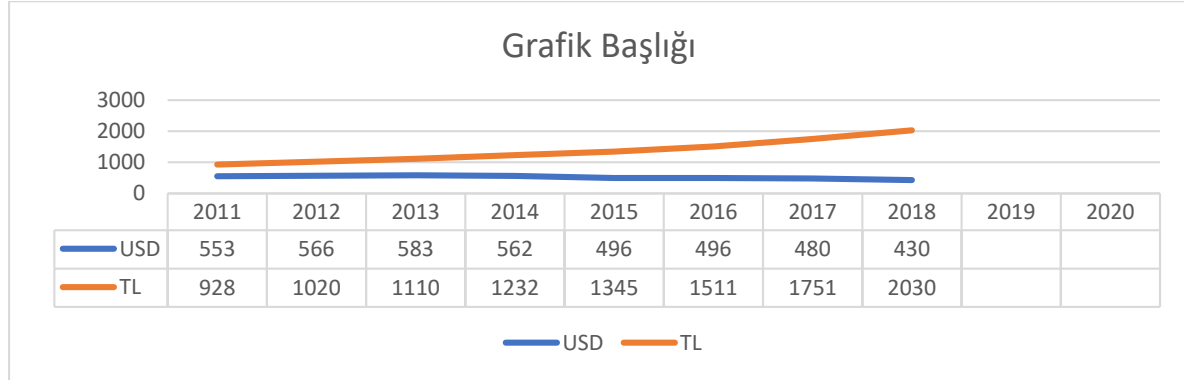
Tablo 4/2. Türkiye’de Sağlık Harcamaları (2016-2020, Milyon \$/TL)

	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Toplam Sağlık harcaması</b>					
<i>Milyon TL</i>	104.568 TL	140.647 TL	165.234 TL	201.031 TL	249.932 TL
<i>Milyon USD</i>	38.537 \$	38.551 \$	35.006 \$		
<b>Kişi başı Sağlık harcaması</b>					
<i>TL</i>	1.511 TL	1.751 TL	2.030 TL	2.434 TL	2.997 TL.
<i>USD</i>	496 \$	480 \$	430 \$		
<b>GSYH içindeki payı</b>	%4,5	%4,5	%4,4	%4,7	%5
<b>Hazineden karşılanan</b>	%78,5	%78,0	%77,5	%78,0	%79,2
<b>Hane Halkı katkısı</b>	%16,6	%17,1	%17,3	%16,7	%16,0
<b>Sağlık Yatırımları</b>	7,216 TL	9.666 TL	10.236 TL	13.357	16.870 TL

**Kaynak:** TÜİK verilerinden hazırlanmıştır

Tablo 4’de sağlık harcamalarının ayrıntılı bilgileri yer almaktadır. Buna göre 2011 yılında 68 milyar TL ve 40,9 milyar \$ olan sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %5,3’tür. 2011 dönemindeki sağlık harcamalarının kişi başı 553\$ ve 928 TL olarak gerçekleşmiştir. Bu tutar yıllara göre değişim göstermiştir. 2020 yılında kişi başı sağlık harcamaları 2997 TL olarak gerçekleşmiştir. Döviz cinsinden tutarlar TÜİK verilerinde en son 2018 yılında verilmiştir. Bu döneme kadar dolar üzerinden en son 430\$ olarak gerçekleşmiştir. Döviz ve TL cinsi değişimleri grafik üzerinde şöyle görülmektedir.

Grafik 1: Türkiye’de Kişi Başı Sağlık Harcamaları (2011-2020) USD / TL



**Kaynak:** TÜİK verilerinden hazırlanmıştır

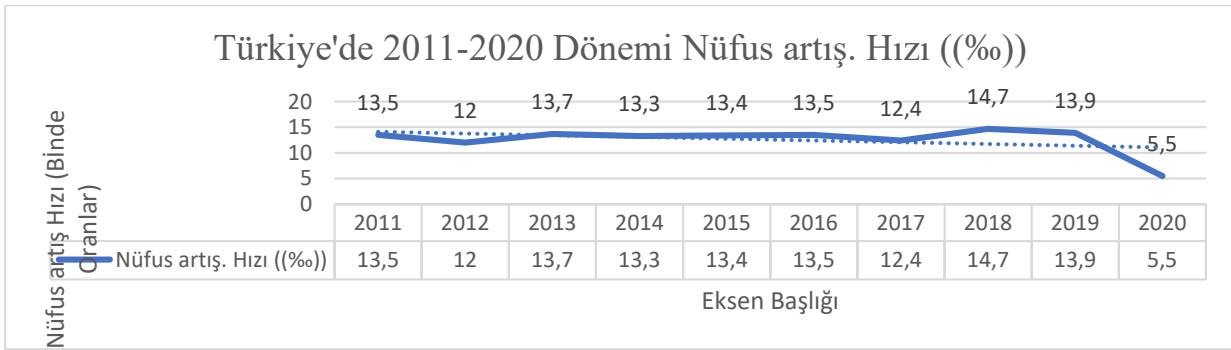
Türkiye’de sağlık harcamalarının döviz cinsinden hareketi (kur hareketinden dolayı) aşağı yönlü seyretmiştir. Grafik 2 üzerinde görüldüğü gibi TL cinsinde kişi başı hareketin sürekli artış eğiliminde olduğu görülmektedir.

**Tablo 5: Nüfus ve Kişi Başı Sağlık Harcama Değişimi (2011-2020)**

YILLAR	Nüfus	Nüfus artış hızı (%)	Sağlık Harcaması Artışı %
2011	74 724 269	1,35	
2012	75 627 384	1,2	%6,75
2013	76 667 864	1,37	%12,13
2014	77 695 904	1,33	%10,75
2015	78 741 053	1,34	%8,95
2016	79 814 871	1,35	%12,95
2017	80 810 525	1,24	%15,99
2018	82 003 882	1,47	%15,77
2019	83 154 997	1,39	%19,98
2020	83 614 362	0,55	%23,64

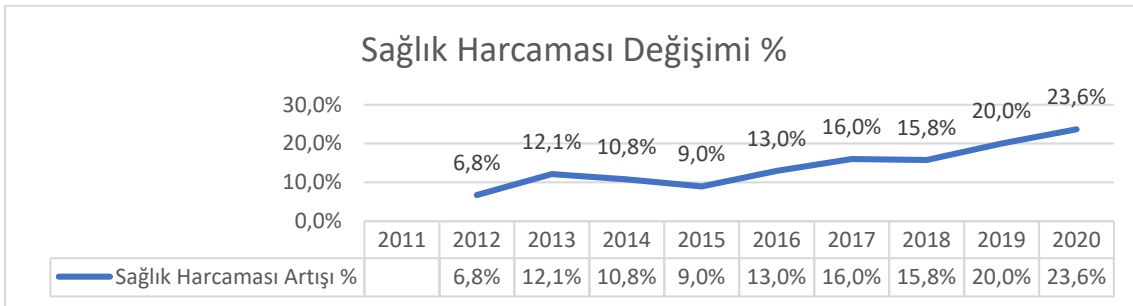
**Kaynak:** TÜİK verilerinden hazırlanmıştır

Makro göstergelerden nüfus ile ilişkili olanlarda değişim nominal veya reel değerler üzerinden analiz edilememektedir. Nüfus artış oranı büyüme hızının üstünde olduğu dönemlerde rakamsal değişimler etkilenmektedir. Kişi başı milli gelir hesaplamalarında nüfus artışına bağlı olarak milli gelirdeki değişim kişi başı milli geliri aynı oranda etkileyememektedir.

**Grafik 2. Türkiye’de Nüfus Artış Hızı (2011-2020)**

**Kaynak.** TÜİK verilerinden hazırlanmıştır

Grafik 2’ye göre nüfus artış hızı düşüş eğilimindedir. 2020 yılı verilerine göre nüfus artış hızı 2019 yılında % 1,39’dan %0,55 düzeyine gerilemiştir.

**Grafik 3- Türkiye’de Sağlık harcaması değişimi (2011-2020)**

**Kaynak:** TÜİK verilerinden hazırlanmıştır

Grafik 3 sağlık harcamaları değişimine bakıldığında sürekli bir artış eğilimi görülmektedir. Yıllara göre 2012-2015 aralığında düşüşler yaşanmış ancak sonraki yıllarda daha yüksek oranlarda artışlar yaşanmıştır. Nüfus artış hızı grafik 2 üzerinde görüldüğü gibi sürekli istikrarlı veya düşüşler görülmektedir. Ancak kişi başı sağlık harcamaları sürekli artış göstermiştir. İkisi arasında korelasyon bulunmamaktadır.

## 5. DÜNYA DA SAĞLIK HARCAMALARI

Dünya ülkelerinde farklı sağlık sistemleri uygulanmaktadır. Uluslararası iktisadi kuruluşların verilerine göre ortalama sağlık harcamaları öğrenilebilir. Bu çalışmada OECD ve AB üye ülke verileri kullanılmıştır.

DSÖ verilerine göre Dünya ülkelerine genel olarak bakıldığında sağlık harcamalarının en fazla olduğu ülkelerin başında ABD geliyor. 2019 yılı verilerine göre sağlık harcamalarına GSYH'den en fazla pay ayıran ülke yüzde 16,8 ile ABD. Bu ülkeyi İngiltere (yüzde 12,8), Almanya (yüzde 12,5), Fransa (yüzde 12,4) ve Kanada (yüzde 11,6) ile takip ediyor.

2020 pandemi döneminde dünya sağlık harcamaları 7 trilyon USD'ye ulaşmıştır. Bu rakam yaklaşık dünya GSYH tutarının %10'luk kısmına denk gelmektedir. 2016 yılı rakamlarının temel alındığı rapora göre, yıllık toplam 7,3 trilyon dolar olan sağlık harcamalarının 5,6 trilyon doları kamu tarafından karşılanmaktadır. Rapora göre, zengin ülkelerde kamu, kişi başına ortalama 2 bin 257 dolar ödüyor. Sağlık harcamaları için orta ve ortanın üstü gelir grubundaki ülkelerin hükümetleri, her bir vatandaş için yılda 270 dolara kadar, orta gelir gelir grubunun altındaki ülkelerin hükümetleri ise 58 dolar kaynak ayırıyor (WHO,2023).

### 5.1. Avrupa Birliği'nde Sağlık Harcamaları

Yıllara göre değişimlere bakacak olursak, 2011-2020 dönemine ait dünya sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı her zaman %10 düzeyinde seyretmiştir.

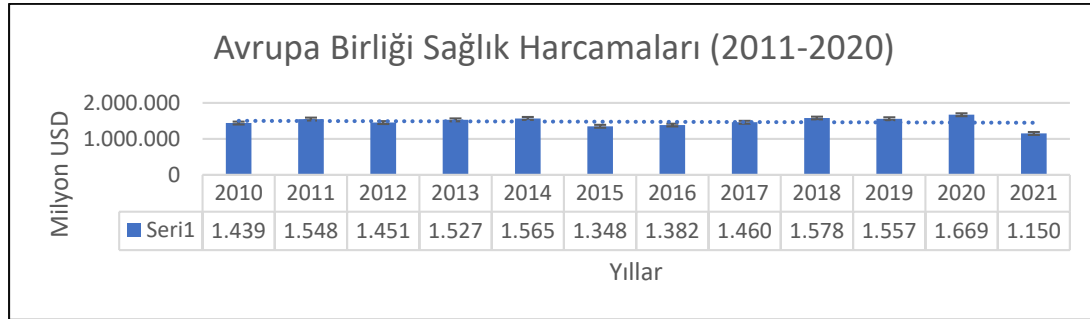
**Tablo 6:** 2011-2020 Dönemi Avrupa Birliği Sağlık Harcamaları (Milyon \$)

AB	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>GSYH</b>										
<b>GSYH -Milyar \$</b>	15.759	14.636	15.299	15.652	13.551	13.893	14.766	15.978	15.691	15.308
<b>Sağlık Harcamaları</b>										
<b>Milyar \$</b>	1.548	1.451	1.527	1.565	1.348	1.382	1.460	1.578	1.557	1.669
<b>GSYH %</b>	%9,8	%9,91	%9,98	%10	%9,95	%9,95	%9,86	%9,88	%9,92	%10,9

**Kaynak:** Dünya Sağlık Örgütü verilerinden hazırlanmıştır (<https://apps.who.int/nha/database/Documentation Centre/Index/en>)

Avrupa Birliği üye ülkelerinde farklı farklı olan sağlık harcamalarının toplamı alınmıştır. 2011 yılında GSYH içinde %9,89 paya sahip olup, sonraki yıllarda aynı oranlarda devam etmiştir. Ortalama %10 düzeyinde bir oranda gerçekleşmiştir.

**Grafik 4:** Avrupa Birliği Sağlık Harcamaları (2010-2021)



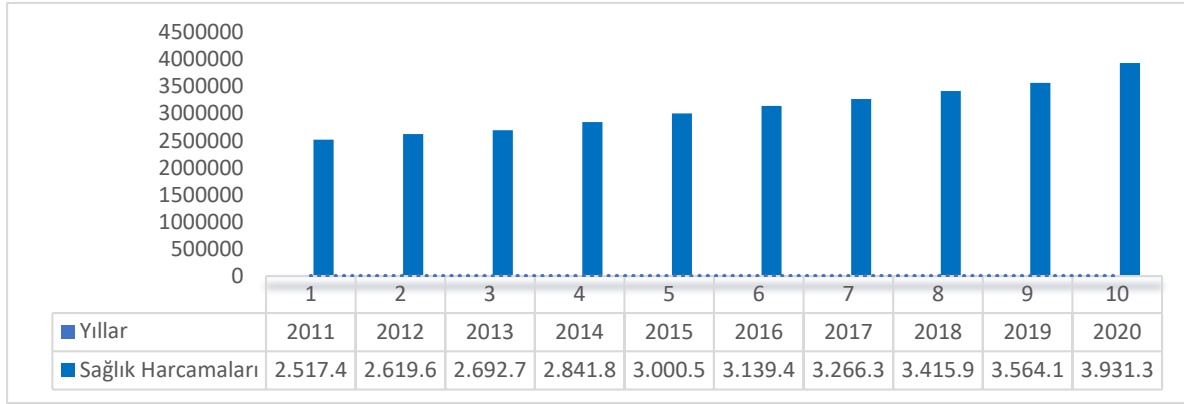
**Kaynak:** Dünya Sağlık Örgütü verilerinden hazırlanmıştır (<https://apps.who.int/nha/database/Documentation Centre/Index/en>)

Avrupa Birliği'ne ait verilerden tutarlara ait verilerin grafiği çıkarılmıştır. Grafiğin yıllara göre azalan ve artan seyri bulunmaktadır. Bu seyre göre en yüksek sağlık harcaması 2020 yılında gerçekleşmiştir. Bu dönemin Pandemi dönemi olması bu değişimde etkili olmuştur.

### 5.2. ABD'de Sağlık Harcamaları

Avrupa Birliği gibi birlik ülkeleri yanında ABD gibi dünyanın en büyük ekonomisindeki verilere de bakılarak dünya ekonomisindeki sağlık harcamalarının yeri ve önemi görülebilir.



**Grafik 5. ABD Sağlık Harcamaları (2011-2020) Dönemi (Milyon \$)**

**Kaynak:** Dünya Sağlık Örgütü verilerinden hazırlanmıştır ([https://apps.who.int/nha/database/Documentation Centre/Index/en](https://apps.who.int/nha/database/Documentation%20Centre/Index/en))

ABD sağlık harcamalarını sürekli artıran bir eğilimdedir. 2011 yılında 2,5 trilyon USD olan sağlık harcamaları yıllara göre sürekli artış göstermiş ve 2020 yılında 3.9 trilyon USD düzeyine ulaşmıştır.

## 6. ANALİZLER

Çalışmada sağlık harcamaları ile GSYH arasındaki ilişkiye, sağlık yatırımları ile GSYH arasındaki ilişki sağlık yatırımları ile GSYH arasındaki ilişki ve sağlık harca harcamalarının GSYH içindeki oranı incelenecektir. Çalışma yukarıdaki ilişkilerin her biri için  $H_0$  hipotezi 0,05 anlamlılık düzeyinde test edilecektir.

Veriler arasında lineer ilişki analizi yapılmıştır. Çalışmada kullanılan değişkenler GSYH, EBÜYÜME (ekonomik büyüme), SGLHARCAMA (toplam sağlık harcamaları), ENFLASYON, KBSGLHARC (kişi başı sağlık harcamaları), SHGSYH (sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı)'dır. GSYH ve SGLHARCAMA değişkenleri arasında lineer ilişki olduğu görülmektedir. Milli gelir artışı ve ekonomik büyümeye bağlı olarak sağlık harcamaları da artmaktadır. Kamu kaynakları ile karşılanan sağlık harcamalarının milli gelir artışına bağlı olduğu bellidir.

### 6.1. GSYH-Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki

Sağlık harcamalarının milli gelir içindeki büyüklüğü her yıl değişmektedir. Bu durum yukarıda Tablo 4'de de görülmektedir. Milli gelir değişimi ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi incelerken hipotezler oluşturuldu. Buna göre;

#### Hipotezler

$H_0$  : GSYH sağlık harcamalarının değişiminde etkili değildir.

$H_1$  : GSYH sağlık harcamalarının değişimi üzerinde etkilidir.

Hipotezlerden sonra milli gelir (GSYH) ile sağlık harcamaları arasında lineer ilişki durumu, normallik testi, korelasyon analizi yapılacaktır.

**Grafik 6.** GSYH -Sağlık Harcamaları Arasındaki Lineer ilişki

Case Processing Summary						
	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
GSYH	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%

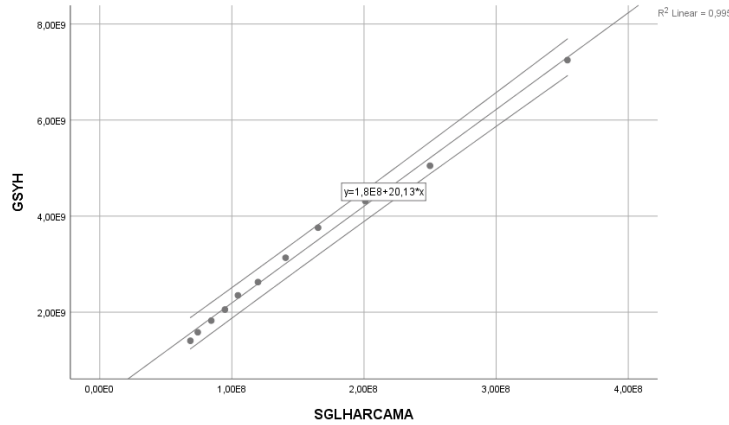
Descriptives			
		Statistic	Std. Error
GSYH	Mean	3213041170	534765469,2
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2021509451
		Upper Bound	4404572889
	5% Trimmed Mean	3089283711	
	Median	2626559710	
	Variance	3,146E+18	
	Std. Deviation	1773616412	
	Minimum	1,40E+9	
	Maximum	7,25E+9	
	Range	5843861367	
	Interquartile Range	2488305451	
	Skewness	1,272	,661
	Kurtosis	1,431	1,279

Grafik 6 üzerinde de görüldüğü gibi Türkiye’de GSYH ve SGLHARCAMA değişkenleri arasında lineer ilişki vardır.

#### Normallik Testi

GSYH ve SGLHARCAMA değişkenlerinin normal dağılımı test edilmiştir.

Normal dağılımdan ötürü pearson korelasyon test uygulanacaktır. Pearson korelasyon katsayısı, bazı varsayımlar ya da ön şartlar yerine geldiğinde, sürekli değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin derecesinin ve yönünün belirlenmesinde en yaygın olarak kullanılan ölçüdür (Tavşancıl, 2018).

**Grafik 7.** GSYH ve SGLHARCAMA Değişkenleri Normallik Testi

GSYH için yapılan analizde, Çarpıklık değeri (Skewness)  $-1,5 +1,5$  aralığında 1,272 olarak gerçekleşmiştir. Basıklık değeri de (Kurtosis) aynı şekilde 1,431 olarak bu aralıkta yer almaktadır.

Standart hatalar ise çarpıklık değeri için 0,661, basıklık değeri için 1,279 olarak hesaplanmıştır. Buna göre çarpıklık ve basıklık değerinin standart hataya bölünmesi sonucu 1,96 (-/+) aralığı test edilmiştir.

Çarpıklık (skewness)  $1,272/0,611 = 1,92$

Basıklık (kurtosis)  $1,431 / 1,279 = 1,12$

Bu verilere göre 1,96 (-/+) aralığında olduğu görülmektedir. Buna göre, GSYH için normal dağılım olduğu tespit edilmiştir.

SGLHARCAMA değişkeni için yapılan analizde çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplamalarında SGLHARCAMA değişkeni için, Çarpıklık değeri (Skewness) 1,427 Basıklık değeri (Kurtosis) 1,757 olarak hesaplanmıştır. Çarpıklık değeri 1,427 olup kabul edilen  $-1,5 +1,5$  sınırının dışında olduğu görülmektedir. Basıklık değeri (Kurtosis) 1,757 olup 1,5 sınırının dışında bulunmuştur. Ancak literatürde bu aralığın  $-2 +2$  aralığının da normal dağılım için kabul edileceği söylenmektedir. Standart hata incelemesinde çarpıklık değeri / standart hata ( $1,427 / 0,661 = 2,15$ ) olup (-/+) 1,96 sınırının dışında olduğu görülmektedir. Basıklık değeri (Kurtosis) / Standart hata ( $1,757/1,279=1,37$ ) olup (-/+) 1,96 aralığında olduğu görülmektedir. SGLHARCAMA değişkeninin normal dağılıma sahip olduğu söylenebilir.

### Korelasyon Analizi

GSYH ile sağlık harcamaları arasındaki kovaryans ve korelasyon analizleri yapılmadan önce değişkenler arasındaki lineer ilişki testleri yapılmış ve pozitif çıkmıştır. Değişkenler arasında normallik testinde de sonuç değişkenlerin normal dağılımı olduğu yönündedir. Buna göre pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

**Grafik 8.** GSYH ve Sağlık Harcaması Arasındaki Korelasyon

		GSYH	SGLHARCAMA
GSYH	Pearson Correlation	1	,997**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	11	11
SGLHARCAMA	Pearson Correlation	,997**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	11	11

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Korelasyon katsayımız 0,997, anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak hesaplanmıştır. GSYH ve sağlık harcamaları arasında korelasyonun varlığı gözlemlenmiştir. Ho hipotezi reddedilmiştir.

Korelasyon katsayılarına bakıldığında 1'e çok yakın 0,997 olup, güçlü ilişki olduğu görülmektedir. Yani Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYH üzerinde ve GSYH'nin de sağlık harcamaları üzerinde güçlü etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Aralarında çift yönlü, pozitif bir etkileşim vardır.

## 6.2. GSYH ile Sağlık Yatırımları Arasındaki İlişki

### Hipotezler

*H0: GSYH sağlık yatırımlarının değişiminde etkili değildir.*

*H1: GSYH sağlık yatırımlarının değişimi üzerinde etkilidir.*

Sağlık yatırımlarının GSYH arasında lineer ilişki olduğu görülmüştür.

### Normallik Testi

Sağlık yatırımlarının GSYH ilişkisinin incelenmesi için bu değişkenin normallik testi yapılmıştır.

**Grafik 9. SGLYATIRIM Değişkeni Normallik Testi**

		Descriptives		
		Statistic	Std. Error	
SGLYATIRIM	Mean	9588,4545	1837,86934	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5493,4265	
		Upper Bound	13683,4826	
	5% Trimmed Mean	9195,5606		
	Median	7782,0000		
	Variance	37155400,873		
	Std. Deviation	6095,52302		
	Minimum	3236,00		
	Maximum	23013,00		
	Range	19777,00		
	Interquartile Range	8669,00		
	Skewness	1,184	,661	
	Kurtosis	1,048	1,279	

1-Çarpıklık ve Basıklık değerlerine bakıldığında  $\pm 1,5$  aralığında olduğu görülmektedir. Çarpıklık (Skewness) = 1,184 standart hata (std Error) = 0,661 olarak hesaplanmıştır. Çarpıklık verisinin (skewness) standart hataya (std Error) bölünmesi (Skewness /Std. Error  $\Rightarrow 1,184/0,661 = 1,79$  ve bulunmuştur. Bu değer (+/-) 1,96 aralığındadır.

Basıklık (Kurtosis) = 1,048 standart hata (std Error) = 1,279 olarak hesaplanmıştır. Basıklık verisinin (Kurtosis) standart hataya (std Error) bölünmesi (Kurtosis /Std. Error  $\Rightarrow 1,048/1,279 = 0,89$  bulunmuştur. Bu değer (+/-) 1,96 aralığındadır. Bu veriler ışığında dağılımın normal olduğu görülmektedir.

### Korelasyon Analizi

Sağlık yatırımları ile milli gelir (GSYH) arasındaki ilişkinin tespiti için korelasyon testi uygulanacaktır. Değişkenlerin dağılımı normal olduğundan pearson korelasyon testi uygulanacaktır.

**Grafik 10- GSYH ve Sağlık Yatırımı Korelasyonu**

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
GSYH	2809466,1000	1226610,37823	10
SGLYATIRIM	8246,0000	4388,28929	10

Correlations			
		GSYH	SGLYATIRIM
GSYH	Pearson Correlation	1	,988**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	10	10
SGLYATIRIM	Pearson Correlation	,988**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	10	10

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Korelasyon katsayısı 0,997 olarak bulunmuş.

- 0-3 düşük güç
- 0,31-0,69 orta
- 0,7 ve üstü yüksek güçte değerlendirilir.

Buna göre GSYH ile SGLHARCAMA değişkenleri arasında güçlü bir korelasyon olduğu görülmektedir. Bu duruma göre H0 hipotezimiz reddedilir. GSYH ile sağlık yatırımları arasında güçlü bir ilişki olduğu söylenebilir.

### 6.3. Sağlık Yatırımları ile Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki

Sağlık harcamalarının sağlık yatırımları ilişkisi için değişkenlerin normallik testi yapılmıştır. Değişkenler arasında lineer bir ilişki olduğu görülmektedir. Çünkü makro hesaplarda sağlık harcama tutarları içinde sağlık yatırımları da yer almaktadır. TÜİK verilerinde içinde sağlık harcamaları kalemlerinde birisi sağlık yatırımları olarak geçmekte ve toplama dâhil edilmektedir. 2011-2020 döneminde ortalama sağlık yatırımı 9.588 milyar TL düzeyinde gerçekleşmiştir. Bu toplam sağlık harcamaları içinde küçük bir orandır. Sağlık yatırımları ile sağlık harcamaları arasında  $p < 0,05$  olarak bulunmuş ve iki değişken arasında 0,994 düzeyinde yüksek korelasyon olduğu görülmüştür. Sağlık harcamalarının artışı ile sağlık yatırımları arasında doğrudan ve pozitif yönde bir ilişki görülmektedir.

Hipotezler

H0: Sağlık harcamalarının sağlık yatırımlarına etkisi yoktur.

H1: Sağlık harcamalarının sağlık yatırımlarına etkisi vardır.

Yukarıda yapılan normallik testlerinde SGLYATIRIM ve SGLHARCAMA değişkenlerin normal dağılımında oldukları görülmüştür. Her iki değişken için basıklık ve çarpıklık katsayıları literatürdeki sınırlar içinde çıkmıştır. Yapılan ilgilileşim testi sonuçlarına göre;

**Grafik 11. SGLHARCAMA ve SGLYATIRIM Korelasyonu**

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
SGLYATIRIM	9588,4545	6095,52302	11
SGLHARCAMA	150640454,5	87866756,72	11

Correlations			
		SGLYATIRIM	SGLHARCAMA
SGLYATIRIM	Pearson Correlation	1	,994**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	11	11
SGLHARCAMA	Pearson Correlation	,994**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	11	11

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Sağlık yatırımları ile GSYH arasında tam korelasyon olduğu görülmektedir. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak gerçekleşmiştir. İki değişken arasındaki korelasyon kat sayısı 0,994 bulunmuştur. Bu durum pozitif, güçlü ve tam korelasyon olduğunu göstermektedir.

GSYH'nın yatırımlardan etkilendiği bilinmektedir. Yatırım çarpanı oranında brüt milli gelirin arttığı düşünüldüğünde yatırım ve GSYH'nın birbirlerini doğrudan ve güçlü etkiledikleri söylenebilir. Bu duruma göre H0 hipotezi reddedilir. Aralarında etkileşim vardır.

## 7. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Ekonomilerde GSYH üretim hacmini göstermektedir. Sosyal devlet ilkesi gereği kamusal mal üretimi yapılması ve koşulsuz kullandırma esasına göre dağıtılması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri yüksek maliyetli, özel kalifiye çalışanların olduğu ve insan hayatını ilgilendirdiği için kamu malı konumundadır.

Ülkeler milli gelirleri arttıkça sağlık harcamalarını da artırır. Bu bir hipotez olarak ele alınarak test edilmiştir. GSYH arttığında sağlık harcamaları da artar hipotezi kabul edilmiştir. Yokluk hipotezi reddedilmiştir. İki değişken arasında tam korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye üst orta gelir sınıfında olan bir ülke olarak, sağlık harcamalarına GSYH içinden ayrılan pay açısından, dünya ortalamasının altındadır. 2020 verilerine göre kişi başına sağlık harcaması 2997 TL olarak gerçekleşmiştir. Bu diğer gelişmiş ülkelere nazaran çok düşük olsa bile, Türkiye'nin kendi milli gelir rakamları içindeki payı sürekli artış göstermiştir. Geçtiğimiz yıllarda yaşanan pandemi dönemi düşünüldüğünde bu harcama artışının koruyucu sağlık hizmetleri ve zorunlu talep artışından kaynaklandığı düşünülebilir. Ancak grafiklere bakıldığında artışlar pandemi öncesinde de süreklilik göstermektedir.

Çalışma dönemine ait sağlık harcamalarının dünya ve AB ülkeleri üzerindeki etkileri incelendiğinde de benzer sonuçlar görülmüştür. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı yıllara göre benzer bir eğilim gösterdiği tespit edilmiştir.

Araştırmada söz konusu ülke olan Türkiye için 2011-2020 dönemine ait analizlerden şu bulgulara ulaşılmıştır. Üç farklı hipotez tespit edilmiştir. GSYH ile SGLHARCAMA değişkenleri arasındaki ilişki H0 hipotezinin kabul edildiği ve  $p < 0,005$  anlamlılık düzeyinde 0,97 korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu hipoteze göre "GSYH ile sağlık harcamaları arasında güçlü bir korelasyon vardır. 2011-2020 döneminde gerçekleşen sağlık harcama artışı GSYH artışı ile aynı yönde gerçekleşmiştir.

İkinci olarak bir başka açıdan incelendiğinde ise GSYH ile SGLYATIRIM arasındaki ilişki ele alınmış ve burada da aynı şekilde tam korelasyon olduğu gözlemlenmiştir. Türkiye'nin 2011-2020 dönemindeki iktisadi verilerinde sağlık yatırımları ile milli gelir aynı yönde hareket etmiştir.

Sağlık harcamaları dünya genelinde kamu kaynakları ile karşılanan bir özelliğe sahiptir. Ancak her ülkede kamu harcamaları içindeki pay diğerine göre farklılık göstermektedir. Ülkelerin kamudan kaynak ayırma, yatırım yapma ve özel sektörle işbirliği içinde çalışma gibi değişik politikaları vardır. Oransal olarak değişimler kullandıkları sağlık sistemine göre değişmektedir.

Türkiye'de kamu kaynakları, cepten ödeme ve sosyal güvenlik sistemi içerisinde karma bir model ile gerçekleşmektedir. Uluslararası birliklerde de aynıdır. Birlik üyesi ülkelerin her birinin sağlık politikası farklıdır. Avrupa birliği ve OECD ülkeleri incelenen ülke gruplarındadır. Yıllık GSYH tutarı 15 trilyon dolar düzeyinde olan AB üyesi ülkeler, 20 trilyon USD ile tek başına ABD ve 50 trilyon dolar düzeyinde olan OECD ülkeleri verilerine bakıldığında Türkiye'nin GSYH içindeki sağlık harcama ve yatırımlarının payı ortalamaların altında kalmaktadır

#### YAZAR BEYANI

**Araştırma ve Yayın Etiği Beyanı:** Bu çalışma bilimsel araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmıştır.

**Etik Kurul Onayı:** Bu araştırma etik kurul izni gerektiren analizleri kapsamadığından etik kurul onayı gerektirmemektedir.

**Yazar Katkıları:** Yazar çalışmanın tümünü tek başına gerçekleştirmiştir.

**Çıkar Çatışması:** Yazar açısından ya da üçüncü taraflar açısından çalışmadan kaynaklı çıkar çatışması bulunmamaktadır.

#### KAYNAKÇA

- Alp, M. (2018). "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Gelir Üzerindeki Etkisi: TR32 bölgesi örneği eş bütünleşme analizi", The Journal of International Scientific Researches, Cilt 3, sayı 1, 85-95,
- Beceran, E., İzgi, B. Fırat, E. (2021) Sağlık ve Kalkınma İlişkisi OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler, Aksaray Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt 13, Sayı 2
- Büyükoztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. (2018). Sosyal bilimler için istatistik. Ankara: Pegem Akademi
- Çelik, Y., (2011), "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi", Sosyal Güvenlik Dergisi, syf:62-81
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015) OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 5, Sayı: 1, 134
- <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en> (erişim:23.04.2023)
- [https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/SAG303U\\_2021/ebook/SAG303U\\_2021-20V1S1-8-0-0-SV1-ebook.pdf](https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/SAG303U_2021/ebook/SAG303U_2021-20V1S1-8-0-0-SV1-ebook.pdf) (Erişim 23.04.2023)
- [https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/SAG303U\\_2021/ebook/SAG303U\\_2021-20V1S1-8-0-0-SV1-ebook.pdf](https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/SAG303U_2021/ebook/SAG303U_2021-20V1S1-8-0-0-SV1-ebook.pdf) (Erişim 23.04.2023)
- Kılıç, R. Özbek, R. (2018) Sağlık ve Eğitim Hizmetleri ile Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri Uygulaması, Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi
- Oğuç, E. (2021), Türkiye'de Sağlık Harcamaları Ve Çözüm Önerisi Olarak Davranışsal İktisat, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejik Araştırmalar Dergisi, cilt:7, S:3, 647-664 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2164027> Şimşek, S. (2014), Kamu mallarının özel mülkiyete konu olmaması ilkesinin mülkiyet hukukuna yansımaları, Sayıştay Dergisi, sayı 92, s:93-115
- Tatar, M. (2011) "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'deki Gelişimi", Sosyal Güvenlik Dergisi, (1), 103-130
- Tıraş, H. , Ağır, H. (2011), "D-8 Ülkelerinin Sağlık Harcamaları Bakımından Karşılaştırılması: Betimsel Bir Analiz", Kahraman Maraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF dergisi, Yıl 2017, Cilt 7, Sayı 2, 195 - 220, 30.12.2017
- [who.int](https://apps.who.int) erişim 20.04.2023
- Yıldız, Ş. (2020), Sağlık Ekonomisi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir
- Yılmaz, V. Yenitürk N., (2015), Türkiye'de sağlık harcamalarına tarihsel bir bakış, İstanbul Bilgi Üniversitesi STCM Yayınları <https://stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/11/08/saglikHarcamaları.pdf> (bilgi.edu.tr) (erişim 04/04/2023)