

## Nitel ve Nicel Göstergeler Işığında Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

### The Development of Health Services in Turkey in Light of Qualitative and Quantitative Indicators

Murat AYDINER

Yüksek Lisans Öğrencisi  
Sakarya Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Maliye EABD  
murat.aydiner3@ogr.sakarya.edu.  
tr  
Orcid ID: 0000-0002-8730-6226  
Sakarya/TÜRKİYE

#### Özet

Türkiye’de sağlık hizmetleri, kamu maliyesi açısından sosyal devlet ilkesinin bir yansıması olarak değerlendirilmektedir. 2003 yılında uygulama konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sektöründe yapısal reformlar hedeflenmiş; bu süreçte kamu sağlık harcamalarında belirgin artışlar gözlenmiştir. Bu çalışma, 2006–2024 yılları arası dönemde sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) ve merkezi yönetim bütçesindeki payını oran/pay analizi yöntemiyle incelemektedir. TÜİK ve Hazine ve Maliye Bakanlığı verilerine dayalı analizde, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının altyapı göstergeleri karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Bulgular, özel hastanelerde kapasite artışının daha yüksek olduğunu; kamu kaynaklarının etkin ve adil tahsisiyle sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet kalitesinde bölgesel ve kurumsal farklılıkların azaltılabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, maliye politikalarının sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalite düzeyi ve bölgesel eşitsizliklerin giderilmesindeki rolü, kamu kaynaklarının etkin yönetimi açısından stratejik bir öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Harcamalar, Ekonomik Göstergeler, Reform.

#### Abstract

In Turkey, healthcare services are regarded as a manifestation of the welfare state principle within the framework of public finance. The Health Transformation Program, initiated in 2003, aimed to implement structural reforms in the health sector; during this period, a notable increase in public health expenditures was observed. This study examines the share of health spending in Gross Domestic Product and the central government budget between 2006 and 2024 using a ratio-based analytical approach. Drawing on data from the Turkish Statistical Institute and the Ministry of Treasury and Finance, the analysis comparatively evaluates infrastructure indicators of public and private healthcare institutions. The findings indicate that capacity expansion has been more pronounced in private hospitals; moreover, the efficient and equitable allocation of public resources may contribute to reducing regional and institutional disparities in access to and quality of healthcare services. In this context, fiscal policy emerges as a strategic instrument in enhancing healthcare accessibility, improving service quality, and mitigating regional disparities—thereby contributing to the broader goals of public finance and social equity.

**Keywords:** Health, Expenditures, Economic Indicators, Reform.

#### İntihal/ Plagiarism

Bu makale, iThenticate yazılımı ile taranmış ve intihal tespit edilmemiştir.  
This article has been scanned by iThenticate and noplagiarismdetected.

#### Yazarlık Katkısı

Bu çalışmada yer alan yazarlar, çalışmaya eşit düzeyde katkı sağlamıştır.

**Geliş Tarihi:** 24/06/2025

**Kabul Tarihi:** 02/09/2025

**Yayın Tarihi:** 02/09/2025

**Cilt/Volume:** 11

**Sayı/Issue:** 1

**Jel Codes:** H61, H68, I15

\* Bu çalışma Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kongresi (ISRC) 2018 Çorum/Türkiye’de sunulan Nitel ve Nicel Gözlemler Işığında Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi adlı bildiriden türetilmiştir.

**Makale Türü / Article Type:** Araştırma Makalesi / Research Article

**Araştırma & Yayın Etiği:** Bu makale en az iki hakem tarafından incelenmiştir. Yayın etiği ihlalleri yazarın sorumluluğundadır.

**Research & Publication Ethics:** This article has been reviewed by at least two referees. Violations of publication ethics are the responsibility of the author(s).

**Atıf/Citation:** Aydiner, M. (2025). Nitel ve nicel göstergeler ışığında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi. Maliye Araştırmaları Dergisi, 11(1), 65-103.



This is an open access paper distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

## Giriş

Kamu maliyesi literatüründe sağlık harcamaları, sosyal devlet anlayışının somut bir yansıması olarak değerlendirilmektedir. Devletin bireylerin temel yaşam hakkını koruma yükümlülüğü, sağlık hizmetlerinin kamu politikaları aracılığıyla sunulmasını zorunlu kılmaktadır. Sağlık harcamaları, sosyal devlet anlayışının bir yansıması olarak, kamu maliyesi literatüründe hem normatif hem de pozitif analizlerin odağında yer almaktadır. Musgrave ve Oates gibi klasik kamu maliyesi kuramcıları, sağlık harcamalarını kamu kaynaklarının tahsis ve yeniden dağıtım işlevleri bağlamında ele alırken; daha güncel çalışmalarda (örneğin OECD, 2019; WHO, 2021) bu harcamaların hizmet sunum kalitesi ve eşitsizliklerin azaltılması üzerindeki etkisi vurgulanmaktadır.

Türkiye özelinde yapılan çalışmalar ise genellikle sağlık harcamalarının toplam bütçe içindeki payı veya GSYH'ye oranı üzerinden değerlendirme yapmakta; fonksiyonel sınıflandırma düzeyinde hizmet sunumunun yapısal dönüşümünü analiz eden çalışmalar sınırlı kalmaktadır. Bu bağlamda literatürdeki boşluk, sağlık harcamalarının sadece nicel büyüklükleriyle değil, aynı zamanda hizmet sunumunun bileşenleriyle birlikte değerlendirilmesine yöneliktir.

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye’de merkezi yönetim bütçesi kapsamında sağlık harcamalarının 2006–2024 döneminde geçirdiği yapısal dönüşümü, analitik bütçe sınıflandırması temelinde incelemektir. Araştırma sorusu şu şekildedir: “Türkiye’de merkezi yönetim sağlık harcamalarının fonksiyonel dağılımı, bütçe içindeki payı ve GSYH’ye oranı bakımından 2006–2024 döneminde nasıl bir dönüşüm göstermiştir ve bu dönüşüm hizmet sunumuna ilişkin altyapı göstergeleriyle nasıl ilişkilidir?”

Çalışmada kullanılan veri seti, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Hazine ve Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı’nın yayımladığı resmi istatistiklerden derlenmiştir. Analiz kapsamında aşağıdaki değişkenler kullanılmıştır:

### Bağımlı Değişkenler:

- Sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergeler (TL)
- Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar
- Sağlık harcamalarının merkezi yönetim bütçesi içindeki payı (%)
- Sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı (%)
- Hastanelere yapılan müracaat sayısı
- Hastanelerde yatan hasta sayısı

**Bağımsız Değişkenler / Karşılaştırmalı Göstergeler:**

- Kişi başına düşen sağlık harcaması (TL)
- Kişi başına düşen yatak ve nitelikli yatak sayısı
- Sağlık personeli başına düşen nüfus
- Kişi başına düşen hekim sayısı
- Hastane sayısı ve hastanelerdeki cihaz sayıları

Analiz yöntemi olarak betimleyici istatistikler, oran analizleri ve zaman serisi karşılaştırmaları kullanılmıştır. Bu yöntemle hem bütçe içi dağılım hem de hizmet sunumuna ilişkin göstergeler arasında yapısal bir ilişki kurulması hedeflenmiştir.

Çalışma genel olarak 2006–2024 yılları arasındaki dönemi kapsamaktadır. Ancak bazı tablo ve şekillerde, veri kaynaklarının yayınlama tarihleri ve erişim sınırlılıkları nedeniyle farklı zaman aralıkları kullanılmıştır. Örneğin, bazı göstergeler 2002–2023, bazıları 2002, 2006–2023 veya 2002, 2010–2023 yıllarını kapsamaktadır. Bu durum, ilgili verilerin yalnızca belirli yıllardan itibaren erişilebilir olması ve tarihsel eğilimlerin daha sağlıklı analiz edilebilmesi amacıyla tercih edilmiştir. Bu nedenle analizlerde dönemsel çeşitlilik bulunmakta olup, bu çeşitlilik çalışmanın bütünlüğünü bozmayacak şekilde metodolojik olarak gerekçelendirilmiştir.

Bu yönüyle çalışma, Türkiye’de sağlık harcamalarının dönüşümünü yalnızca mali büyüklükler üzerinden değil, aynı zamanda hizmet sunum kapasitesi ve kamu kaynaklarının etkin tahsisi bağlamında değerlendiren özgün bir katkı sunmaktadır.

**1. Sağlık Hizmetleri Kavramının Çerçevesi, Özellikleri ve Hukuki Altyapısı**

Sağlık hizmetleri, kurumsal yapı ve uzman iş gücüyle sunulan, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik kamusal hizmetler bütünüdür. Tedavici edici, önleyici ve rehabilite edici müdahaleleri kapsayan bu hizmetler; erken teşhis, etkin tedavi ve bakım süreçleriyle hem bireysel hem toplumsal sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlar. Kamu maliyesi açısından sosyal refahı artıran ve sağlıkla ilişkili ekonomik yükleri azaltan stratejik bir araç niteliğindedir. Nihai hedef, sağlıklı, üretken ve dirençli bir toplum yapısının oluşturulmasıdır (Armağan, 2022:17). Bununla birlikte sağlık hizmetleri ile bireylerin sağlık düzeyini iyileştirmenin yanı sıra, hastalıkların yol açtığı ekonomik yükleri azaltarak mali risklere karşı koruma sağlar. Bu yönüyle sağlık hizmetleri, hem insan sermayesinin sürdürülebilirliğini destekleyen bir kamu hizmeti hem de sosyal

güvenlik mekanizması olarak kamu maliyesi literatüründe stratejik bir konuma sahiptir (Öztürk & Uçan, 2017: 2).

Sağlık hizmetleri, yalnızca klinik müdahalelerle sınırlı olmayan çok aşamalı bir hizmet üretim süreci olarak değerlendirilmektedir. Bu süreçte, sağlık çıktısının oluşumuna katkı sağlayan tüm aktörler kamu ve özel sektör kuruluşları, sağlık profesyonelleri, ilaç ve tıbbi cihaz üreticileri ile hizmet altyapısı birbirine entegre biçimde işlev görmektedir. Sağlık hizmeti sunumu, bu yönüyle çok paydaşlı ve çok bileşenli bir üretim yapısı sergilemekte; hizmetin sürekliliği, erişilebilirliği ve kalite düzeyi, kamu maliyesi açısından hem kaynak tahsisi hem de sosyal fayda üretimi bağlamında stratejik önem taşımaktadır (Argutan, 2005: 3). Toplum sağlığının korunması ve bireylerin temel yaşamsal ihtiyaçlarının karşılanması açısından sağlık hizmetleri, kamu tarafından öncelikli olarak sunulması gereken hizmetler arasında yer almaktadır (Gürdal ve Yardımcıoğlu, 2008: 141). Dolayısıyla sağlık hizmetleri, yalnızca bireysel talep temelli bir kamu harcaması değil; aynı zamanda toplumsal refahın inşasında rol oynayan, maliye politikalarıyla doğrudan ilişkili bir kamu hizmeti alanı olarak ele alınmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin özellikleri sıralanacak olursa (Yıldırım, 2018: 22-24).

- Sağlık hizmetleri bireysel ve toplumsal düzeyde fayda sağlayan yarı kamusal mallar arasında yer alır. Tüketimleri bireylere özel yarar sunarken, toplumun genel sağlık düzeyini artırarak pozitif dışsallıklar üretir. Bölünebilir ve pazarlanabilir olmaları özel mal özelliklerini çağrışırsa da eş zamanlı ve ortak tüketim imkânı sunmaları onları kamusal mal niteliğine yaklaştırır. Bu ikili yapı, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda kamu müdahalesini gerekli kılar; etkinlik ve eşitlik hedefleri doğrultusunda maliye politikalarının bu alana yönelmesini zorunlu hale getirir.
- Sağlık hizmetleri, toplumun genel refahını doğrudan etkileyen ve bu yönüyle erdemli mal olarak değerlendirilen hizmetlerdendir. Erdemli mal yaklaşımı, sağlık gibi kritik hizmetlerin yalnızca piyasa koşullarına bırakılmasının sosyal adaleti zedeleyebileceğini ve eşitsizlikleri derinleştirebileceğini savunur. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilmesi ve sunulması hem erişim eşitliğini sağlamak hem de toplumsal sağlık düzeyini korumak açısından zorunlu bir kamusal müdahale olarak görülmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez ve ertelenemez nitelikte olması, bu hizmet alanının kamusal müdahaleye açık olmasını gerektiren temel özelliklerden biridir.

Her sağlık hizmeti, kendi özgün tıbbi içeriği ve müdahale biçimiyle değerlendirilmekte olup, başka bir sağlık hizmetiyle ikame edilmesi mümkün değildir.

- Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi ve yüksek sabit maliyetler, rekabeti sınırlayarak doğal tekel eğilimleri oluşturur. Hastaneler, ölçek ekonomileri nedeniyle hizmet talebini sınırlı sayıda merkezde karşılayabilir. Bu durum, fiyatlandırma ve erişim sorunlarına yol açabileceğinden, devletin fiyat düzenlemesi ve mekânsal planlama yoluyla müdahalesi kaçınılmaz hale gelir.

Sağlık hizmetlerinin hukuki temeli, 1982 Anayasası’nın “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” başlıklı üçüncü bölümünde yer alan hükümlerle tanımlanmıştır. Anayasa’nın 56. maddesi, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkını güvence altına alırken, devletin bireylerin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü korumaya yönelik sağlık hizmetlerini planlama ve sunma yükümlülüğünü açıkça ortaya koymaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmetleri, kamu maliyesi açısından yalnızca bir harcama kalemi değil, aynı zamanda sosyal refahın sağlanmasında stratejik bir kamu politikası aracı olarak değerlendirilmektedir. Aynı bölümde yer alan 58. ve 61. maddeler ise, gençlerin zararlı alışkanlıklardan korunması ve engelli bireylerin toplumsal yaşama katılımının desteklenmesi gibi sosyal koruma görevlerini devlete yüklemektedir. Bu anayasal düzenlemeler, sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yürütülmesi ve denetlenmesi sürecinde devletin merkezi rolünü pekiştirmekte; maliye politikalarının sosyal adalet ve hizmet eşitliği ilkeleri doğrultusunda şekillendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Altay, 2007: 33).

## **2. Sağlık Hizmetlerinde Reform Çalışması: Sağlıkta Dönüşüm Programı Amaçlar, İlkeler, Bileşenler ve Uygulama**

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), ulusal ihtiyaçlar doğrultusunda uluslararası deneyimlerden yararlanılarak Türkiye’ye özgü bir model olarak tasarlanmıştır. Dünya Bankası, IMF ve WHO gibi kuruluşların bilgi ve finansman desteğiyle şekillenen programın temel amacı; sağlık hizmetlerine erişimi sınırlamadan harcamaları kontrol altına almak ve sistemin verimliliğini artırmaktır. Bu doğrultuda sağlık sektörü, rekabet, performans ve verimlilik esaslarına dayalı neo-liberal piyasa ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılandırılmıştır (Seçtim, 2019: 3-4).

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunum biçiminde köklü yapısal değişiklikler öngören kapsamlı bir reform girişimidir. Program, mevcut sistemin tarihsel birikimini dikkate alarak; etkinlik, erişilebilirlik ve sürdürülebilirlik ilkeleri doğrultusunda sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırmayı hedeflemiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen bu süreç, mevcut kurumsal yapıyı tamamen ortadan kaldırmadan, katılımcı ve kapsayıcı bir dönüşüm anlayışıyla şekillendirilmiştir.

## 2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları ve İlkeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile esas amaç yukarıda da ifade edildiği gibi verimli, etkili, sürdürülebilir ve hakkaniyete uygun bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmektir. Bu hizmet sunumu için amaçlar ve hedefler bulunmaktadır. Bu amaç ve hedefler aşağıdaki gibidir:

- **Etkililik:** Bu program ile birlikte uygulanacak politikaların halk sağlığı düzeyini yükseltmesi amaçlanmaktadır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve beklenen yaşam süresinin (doğum esnasında) artması hedeflenen amaca ulaşıldığının göstergesi olacaktır.
- **Verimlilik:** Kaynakların uygun bir şekilde kullanılarak maliyetlerin azaltılıp üretilen hizmetin artırılmasıdır. Ülke içerisindeki insan kaynakları dağılımı, malzeme tedarik yöntemi, ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu amaç içerisinde değerlendirilmelidir. Ülke çapında tüm kaynakların entegrasyonu sağlandığında verimlilik artacaktır.
- **Hakkaniyet:** Sağlık hizmetlerinin finansmanı için vatandaşların asgari mali güçleri katkısı baz alınarak ve ihtiyaçlar doğrultusunda sağlık hizmetlerine ulaşmalarına katkıda bulunulmalıdır. Sağlık hizmetlerine erişim hakkaniyet amacı çerçevesinde değerlendirilmelidir.

Bu programın amacı toplumsal faydayı gözeterek herkese eşit ve adil bir sağlık hizmeti sunmak ve çağdaş bir sağlık sistemi oluşturmaktır. Bu sistemi oluşturmak için sağlık yönetiminin benimsemesi gereken ilkeler bulunmaktadır. Bu ilkeler aşağıdaki gibidir:

- **İnsan merkezilik:** Sistemin planlama ve sunum süreçlerinde, hizmetten yararlanacak bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini merkeze alan yaklaşımdır.
- **Sürdürülebilirlik:** Programların ülke koşullarına uygun biçimde tasarlanması, yeterli kaynakla desteklenmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasıdır.

- **Sürekli kalite gelişimi:** Sağlık sisteminin mevcut durumu yeterli görmeyip sürekli iyileşmeyi hedeflemesi esas alınmaktadır.
- **Katılımcılık:** Sağlık sisteminde tüm paydaşların görüşlerinin alınarak, planlama ve uygulama süreçlerinde uzlaşmaya dayalı ortak zeminlerin oluşturulmasıdır.
- **Uzlaşmacılık:** Sağlık sektöründeki farklı çıkar gruplarının çatışmadan uzak, uzlaşma temelli bir yaklaşımla ortak fayda doğrultusunda yönlendirilmesidir.
- **Gönüllülük:** Sistemdeki tüm birimlerin, arz ve talep eden aktörlerden bağımsız olarak ortak amaçlara yönelmesini sağlayan yönetim yaklaşımıdır.
- **Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinde planlama, denetim, finansman ve sunum işlevlerinin kurumsal olarak ayrıştırılması; görevlerin netleşmesini, kaynakların etkin kullanımını ve hizmet kalitesinin artmasını sağlamaktadır.
- **Desantralizasyon:** İdari ve mali açıdan kurumların özerkleştirilerek âdem-i merkeziyetçi bir yapıya göre örgütlenmesidir.
- **Hizmette rekabet:** Sağlık hizmet sunumunun kamusal tekelden çıkarılarak, standartlar aracılığıyla farklı hizmet sağlayıcılar arasında rekabetin teşvik edilmesidir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

## 2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısını yeniden düzenleyerek planlama, denetim ve sunum süreçlerinde etkinliği artırmayı hedefleyen çok bileşenli bir reform paketidir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilmiş; tüm bireyleri kapsayan Genel Sağlık Sigortası sistemiyle finansman yapısı tek çatı altında toplanmıştır. Hizmet sunumunda erişilebilirlik, yaygınlık ve kullanıcı memnuniyeti önceliklendirilmiş; nitelikli insan gücü istihdamı, motivasyon artırıcı mekanizmalar ve hizmet içi eğitimlerle desteklenmiştir. Eğitim ve bilim kurumları, sistemin bilgi üretim kapasitesini artırmak üzere yapılandırılmış; kalite ve akreditasyon süreçleriyle hizmet standartları güvence altına alınmıştır. Ayrıca, ilaç ve tıbbi malzeme yönetiminde kurumsal kapasite geliştirilmiş; karar alma süreçlerinde veri temelli yaklaşımı mümkün kılan Sağlık Bilgi Sistemi ile yönetsel etkinlik güçlendirilmiştir.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe alınan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ve bu çalışma özelinde oluşturulan piramidal yapı ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerini hiyerarşik bir düzende sunarak sistemin bütüncül işleyişini kavramsal olarak temsil etmektedir. Bu yapı, sağlık hizmetlerinin

planlanmasından sunumuna, finansmanından insan kaynağına, bilgi yönetiminden kalite güvencesine kadar uzanan çok boyutlu bir reform anlayışını yansıtmaktadır. Her bir katman, kamu maliyesi açısından farklı fonksiyonel harcama kalemleriyle ilişkilendirilebilmekte; özellikle sağlık hizmetlerinin etkinliği, verimliliği ve sürdürülebilirliği bağlamında maliyet-yarar analizlerine temel oluşturmaktadır. Bu bileşenlerin entegrasyonu, sağlık sisteminin performansını artırmakla kalmayıp, aynı zamanda kamu kaynaklarının rasyonel kullanımını da mümkün kılmaktadır. Dolayısıyla görseldeki yapı, sadece bir politika tasarımı değil, aynı zamanda mali disiplin ve stratejik planlama açısından da analitik bir çerçeve sunmaktadır.

### **2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulama Süreci**

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında dört aşamalı bir uygulama modeliyle kamuoyuna sunulmuştur. İlk aşama olan kavramsallaşma sürecinde, programın temel ilkeleri ve hedefleri teorik düzlemde tanımlanmış; ulusal ve uluslararası uzman görüşleri doğrultusunda uygulama stratejileri şekillendirilmiştir. Bu çerçevede, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasına ilişkin öncelikler belirlenmiş ve reformun yönü netleştirilmiştir. İkinci aşama olan yasallaşma sürecinde, kavramsal çerçevede belirlenen politika önerileri için gerekli hukuki düzenlemeler yapılmış; uygulamaların mevzuatla uyumlu hâle getirilmesi amaçlanmıştır. Üçüncü aşamada, kontrollü yerel uygulamalarla reformun etkileri sınırlı ve denetlenebilir alanlarda test edilmiş; uygulama sürecinde karşılaşılabilecek sorunların önceden tespit edilmesi ve gerekli düzeltmelerin yapılması hedeflenmiştir. Son aşamada ise pilot uygulamalardan elde edilen deneyimlerin ışığında programın ülke geneline yaygınlaştırılması öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Bu aşamalı yaklaşım, kamu maliyesi açısından hem kaynak tahsisi süreçlerinin rasyonelleştirilmesini hem de sağlık hizmetlerinin etkinlik ve verimlilik temelinde yeniden yapılandırılmasını mümkün kılan stratejik bir planlama örneği olarak değerlendirilebilir.

### **2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci ve Kurumsal, Finansal ve Hizmet Sunumu Açısından Karşılaştırılması**

Sağlık sistemindeki bölgesel eşitsizliklerin giderilmesi, hizmet sunum kapasitesinin artırılması ve hanehalkı sağlık harcamalarının azaltılması amacıyla kapsamlı bir reform süreci başlatılmıştır. Bu çerçevede 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm

Programı (SDP), sağlık hizmetlerine erişimdeki yapısal sorunları ele almayı ve tüm nüfusu kapsayan bir sağlık güvencesi sistemi oluşturmayı hedeflemiştir. Programın temel stratejileri; yönetim mekanizmalarının güçlendirilmesi, sağlık finansmanının etkinleştirilmesi, sağlık iş gücü ve altyapısının genişletilmesi ile hizmet sunum modelinin yeniden yapılandırılmasını içermektedir.

SDP kapsamında geliştirilen politika araçları arasında; genel sağlık sigortası sistemi ile tüm bireyler için mali koruma sağlanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezî bir konuma getirilmesi, kamu hastanelerine küresel bütçeleme yöntemiyle özerklik tanınması ve sağlık hakkının tanınması yoluyla kullanıcı memnuniyetinin artırılması yer. Reform öncesi dönemde sağlık sisteminde gözlenen kurumsal ve finansal sorunlar, SDP ile birlikte geliştirilen müdahale alanları aracılığıyla yeniden ele alınmış ve sistematik bir dönüşüm süreci başlatılmıştır

2003 yılı öncesinde Türkiye’de sağlık sisteminin kurumsal yapısı, hizmet sunumunda etkinliği azaltan çeşitli sorunlar barındırmaktaydı. Koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilmemesi, görev ve yetkileri örtüşen çok sayıda kurumun aynı alanlarda faaliyet göstermesi, parçalı ve değişken finansman yapısı nedeniyle ortaya çıkan eşitsizlikler ve vatandaş memnuniyetindeki düşüklük bu sorunların başlıca göstergeleridir. Bu durum, kamu kaynaklarının verimsiz kullanımına ve hizmet sunumunda koordinasyon eksikliğine yol açmıştır.

Bu yapısal sorunlara yanıt olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Sağlık Bakanlığı’nın kurumsal rolü yeniden tanımlanmış ve koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanmayı sağlayacak bir yapılanma süreci başlatılmıştır. Bu çerçevede, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü kurulmuş; hizmet sunumu ile finansman işlevleri kurumsal düzeyde ayrıştırılmıştır. Aynı zamanda, sağlık finansmanında kullanılan çoklu mekanizmalar birleştirilerek daha bütüncül bir yapı oluşturulmuştur. Bu reformlar, kamu maliyesi açısından hem kaynak tahsisini rasyonelleştirmiş hem de hizmet sunumunda kurumsal bütünlüğü güçlendirmiştir (Venkateswaran ve Singh, 2022:14-16).

**Tablo 1: Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası**

	<b>Program Öncesi</b>	<b>Program Sonrası</b>

<b>HİZMET SUNUMU ALANINDAKİ ÇIKTILAR</b>	Sağlık ocakları ve merkezleri birinci basamak hizmet sunmakta; ancak önleyici ve tedavi edici hizmetlerde hasta odaklı bütüncül yaklaşım eksikti.	Aile Hekimliği Programı ile birinci basamak sağlık hizmetleri ayrı bir tıbbi uzmanlık alanı olarak tanımlanmış; hasta merkezli, önleyici ve tedavi edici hizmetler bütüncül biçimde sunulmaya başlanmıştır.
<b>YÖNETİŞİM/KURUMSAL DÜZENLEMELER</b>	Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı süreçlerindeki kurumsal parçalanma, kamu kurumları arasında görev ve yetki örtüşmelerine yol açmıştır.	Tüm kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle hizmet sunumu ve finansman işlevleri kurumsal olarak ayrıştırılmış; Sağlık Bakanlığı en büyük hizmet sunucusu, SGK ise en büyük hizmet alıcısı konumuna gelmiştir.
	Kamu hastanelerinin bazı uygulamaları temel hasta haklarını ihlal etmiş; ödenmemiş faturalar nedeniyle vatandaşların vefat eden yakınlarının cenazesine erişimi engellenmiştir.	Hasta haklarına ilişkin yasal düzenlemeler yürürlüğe konmuş; hastanelerde hasta hakları birimleri kurulmuştur.
	Yeşil Kart ve Bağ-Kur gibi sigorta sistemlerinin yararlanıcıları sağlık hizmetlerine sınırlı erişim sağlarken, aktif ve emekli kamu görevlileri daha kapsamlı yarar paketlerinden faydalanmaktaydı.	Tüm mevcut sigorta sistemleri SGK çatısı altında birleştirilmiş; sağlık sigortası kapsamı evrenselleştirilmiştir.
	Sağlayıcı seçme hakkı yalnızca belirli sigorta paketlerine tanınmış; diğer bireyler sevk kurallarına tabi tutulmuştur.	Kamu hizmet sunucuları arasında rekabeti teşvik etmek amacıyla hekim seçme hakkı politikası uygulanmıştır.
	Kamu hastanelerinde görevli hekimler aynı zamanda özel kliniklerde çalışmakta (ikili uygulama) idi.	İkili uygulama yasaklanmış; kamu hekimlerine özel çalışmalarını karşılığında daha yüksek maaş verilmiştir.
	Köy düzeyinde ölüm bildirimlerini içeren entegre bir bilgi sistemi bulunmamaktaydı.	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Temel Kaynak Yönetim Sistemi ile entegre edilerek Aile Hekimliği Programı'nın izleme ve değerlendirme süreçleri güçlendirilmiştir.
	<b>FINANS MAN</b>	Hekimlere sabit maaş ödenmekte; performans denetimi yapılmamaktaydı.

Geriye dönük ödeme sistemi uygulanmakta; harcamaların kontrolü zayıftı.	Küresel bütçeleme sistemi ile ileriye dönük ödeme modeli benimsenmiş; aşırı harcamaların önüne geçilmesi hedeflenmiştir.
Sağlık ocakları ve merkezleri yetersiz altyapı ve personel ile donatılmıştı.	Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri kurularak tüm illerde fiziksel ve insan kaynağı açısından eşitlik sağlanmaya çalışılmıştır.
Mecburi hizmet uygulaması, sağlık işgücünün eşitsiz dağılımını gidermekte yetersiz kalmaktaydı.	Mecburi hizmet uygulaması sürdürülmüş; pratisyen hekimlerin aile hekimliğine yükseltilmesiyle ulaşılması güç bölgelerdeki hizmet açığı kapatılmaya çalışılmıştır.

**Kaynak:** (Venkateswaran ve Singh, 2022:15)

Türkiye’deki sağlık reformları; koruyucu hizmetlere yeterince önem verilmemesi, birinci basamak sağlık hizmeti işlevlerinin ikincil ve üçüncül basamakta aşırı kullanılması ve hizmet sunumunda hesap verebilirliğin eksikliği gibi sorunları ele almıştır (Venkateswaran ve Singh, 2022:19).

### 3. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Sağlık Harcamalarının Çerçevesi ve Seçilmiş Göstergeler ile Analizi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı yalnızca hastalık veya sakatlığın bulunmaması değil; kişinin sağlık, psikolojik denge ve sosyal bağlılık eksenlerinde bütünsel bir refah düzeyine ulaşmış olması şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanım, sağlık hizmetlerinin kamusal bir hak olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmalarına açılması, bu yaklaşımın uygulamada dönüşmesine neden olmaktadır. Zira piyasa temelli sağlık sistemlerinde hizmet sunumu, bireyin ödeme gücüne bağlı olarak şekillenmekte; sağlık hizmeti, kamu hizmeti niteliğinden uzaklaşarak ekonomik bir mal statüsüne bürünmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimin eşitlikçi ve hak temelli bir anlayıştan uzaklaşmasına yol açmakta; hizmet sunumu, yalnızca finansal kaynaklara sahip bireyler için mümkün hale gelmektedir (Erol ve Özdemir, 2014:18). Bunun yanı sıra DSÖ’ye göre ülkeler toplumun tüm kesimlerine yüksek nitelikte sağlık hizmeti sunabilen bir sağlık sistemine sahip olmak, sosyal adalet ve kamu yararı açısından temel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda maliyetlerin karşılanabilir düzeyde olması ve hizmet yapısının toplum tarafından kabul edilebilir, sürdürülebilir bir biçimde tasarlanması gerekmektedir (Gül ve Can, 2025:43).

Dünya Bankası, sağlık reformlarının finansmanını sağlamakla birlikte, reformların uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği açısından politika tasarımına da yön vermektedir.

Bu çerçevede, reform sürecinin başarıyla sonuçlanabilmesi için dört aşamalı bir ilerleme modeli önermektedir: kavramsallaştırma, yasalaştırma, kontrollü uygulama ve ülke geneline yaygınlaştırma. Bu yaklaşım, reformların yalnızca teknik değil, aynı zamanda yönetsel ve kurumsal düzeyde yapılandırılmasını hedeflemekte; sağlık sisteminin yeniden tasarımında stratejik bir planlama aracı olarak değerlendirilmektedir (Gül ve Can, 2025: 43).

### 3.1. Sağlık Harcamaları Kavramsal Çerçevesi ve Türkiye'deki Yapısı

Bireylerin ve toplumun sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak amacıyla yapılan tüm finansal kaynak tahsislerini kapsayan süreç sağlık harcamalarının olduğu geniş bir süreçtir. Bu harcamalar; merkezi ve yerel kamu idareleri tarafından gerçekleştirilen bütçesel harcamaları, özel sektör yatırımlarını, bireylerin doğrudan yaptığı ödemeleri, sosyal güvenlik kurumlarının katkılarına ve gönüllü sağlık sigortası sistemleri aracılığıyla sağlanan finansmanı içermektedir. Sağlık harcamaları, yalnızca makroekonomik düzeyde izlenen bir mali gösterge olmanın ötesinde, devletin sağlık politikalarına öncelik verme düzeyini ve vatandaşların sağlık hizmetlerine erişim hakkının kurumsal güvencelerle ne ölçüde desteklendiğini ortaya koyan yapısal bir göstergedir (Arı, 2018:17).

Başka bir tanımda ise sağlık harcamaları, ülkelerin sosyoekonomik yapısı, demografik özellikleri ve benimsedikleri sağlık politikaları doğrultusunda şekillenen dinamik bir kamu harcama kategorisidir. II. Dünya Savaşı sonrasında beşerî sermayenin ekonomik kalkınmadaki stratejik rolünün vurgulanması, sağlık hizmetlerine yönelik kamusal müdahalelerin artmasına zemin hazırlamıştır. Bu dönemde sosyal devlet anlayışı çerçevesinde birçok ülke, toplumun sağlık düzeyini korumak ve iyileştirmek amacıyla hizmet sunumu ve finansmanına ilişkin kurumsal reformlara yönelmiş ve farklı yönetim modelleri doğrultusunda ulusal sağlık sistemlerini yapılandırmıştır. Bu dönüşüm, sağlık hizmetlerinin kamusal bir mal olarak algılanmasını güçlendirmiş; sağlık harcamalarının kamu bütçeleri içindeki payının artmasına neden olmuştur.

Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu ağırlıklı olarak kamu kurumları tarafından gerçekleştirilmekte, özel sektör ise tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir. Finansman yapısı çok kaynaklıdır: genel bütçe vergileri, sosyal güvenlik primleri, özel sigorta ödemeleri ve cepten harcamalar bu yapının temel bileşenleridir. Sistem, hem Bismarck (sosyal sigorta) hem de Beveridge (genel vergilendirme) modellerini eş zamanlı uygulayarak hibrit bir yapı sergilemektedir. Cepten yapılan harcamalar, özel katkı payı niteliği taşımaktadır.

Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetleri kamusal ağırlıklı sunulmuş zamanla hizmetlerin metalaşmasıyla harcamalar artmış, bu durum kamu maliyesi açısından sürdürülebilirlik tartışmalarını gündeme getirmiştir. 2003’te kurumsallaşan Sağlıkta Dönüşüm Programı, harcamaların kontrolünü temel hedeflerden biri olarak belirlemiştir (Ağır & Tıraş, 2018: 645).

Geleneksel sağlık sistemi sınıflandırmaları, reformlarla dönüşen yapıları açıklamada yetersiz kalmakta; bu nedenle hibrit model, kuramsal bir çerçeve olarak önem kazanmaktadır. Neoliberal yeniden yapılandırma ve Yeni Kamu Yönetimi reformlarıyla uyumlu olan hibrit yaklaşım, piyasa odaklı, esnek ve çok bileşenli sistemlerin oluşumunu desteklemektedir. Literatürdeki klasik modeller (Beveridge, Bismarck, Liberal, Semashko) zamanla dönüşüme uğramış ve reformlarla şekillenen yeni sistemler bu çerçevelerle tam olarak açıklanamaz hâle gelmiştir. Bu nedenle hibrit model, ikinci bir kuramsal araç olarak benimsenmiştir.

Türkiye’de 2003’te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, neoliberal dönüşüm sürecini kolaylaştırmış; özel sektörün rolü artmış, cepten harcamalar yükselmiş ve kamu hizmet paketleri daralmıştır. Bu gelişmeler, Türkiye’deki hibrit sağlık sisteminin hem dönüşümün bir ürünü hem de sürdürücüsü olduğunu göstermektedir (Demirci, 2012:4-5).

### **3.2. Türkiye’de Yapılan Sağlık Harcamalarının Bütçe İçerisindeki Payları ve Seçilmiş Göstergeler ile İncelenmesi**

Türkiye’de merkezi yönetim bütçe giderleri on ana harcama kategorisi altında sınıflandırılmaktadır. Bu çalışma kapsamında, söz konusu giderler arasında yer alan sağlık hizmetleri kalemi; analitik bütçe sınıflandırması ve fonksiyonel sınıflandırma çerçevesinde, cari fiyatlar ve oranlar üzerinden ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik bütçe verileri, her yıl Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı ile Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan resmi raporlar aracılığıyla kamuoyuna sunulmaktadır.

Sağlık hizmetleri kaleminin bütçe içindeki yeri, kamu maliyesi açısından hem kaynak tahsisi hem de hizmet kapasitesi bakımından önem taşır. Fonksiyonel sınıflandırma kapsamında bu harcamalar, sosyal politika uygulamalarının bir parçası olarak değerlendirilmektedir. Analitik bütçe sınıflandırması ise bu kaynakların sektörel dağılımını ve politika önceliklerini izlemeye olanak sağlamaktadır. Sağlık harcamalarının

bütçe içindeki payı, yalnızca mali büyüklük açısından değil, aynı zamanda hizmet çıktıları ve toplumsal etkileri yönünden de analiz edilmelidir.

Bu harcamaların değerlendirilmesi, insan kaynağı, altyapı kapasitesi ve hizmet kullanımı gibi göstergelerle birlikte ele alınmalıdır. Kamu maliyesi literatüründe üretken olmayan harcamalar arasında yer alsa da sağlık harcamaları uzun vadede toplumsal refah ve insan sermayesi üzerindeki etkileri sebebiyle stratejik bir konuma sahiptir. Sağlık personelinin sayısal gelişimi, kurumsal altyapının güçlenmesi ve hizmete erişim düzeyindeki değişim, bütçe kararlarının sahadaki yansımalarını ortaya koyan temel göstergelerdir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri kaleminin bütçe içindeki payı, yalnızca finansal bir veri olarak değil, kamu hizmetlerinin etkinliği ve erişilebilirliği açısından da değerlendirilmelidir.

### 3.2.1. Yıllara Göre Seçilmiş Göstergeler ile Sağlık Harcamaları Analizi

**Tablo 2: Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar (Bin TL) ve Bütçe Payları (%) Türkiye.**

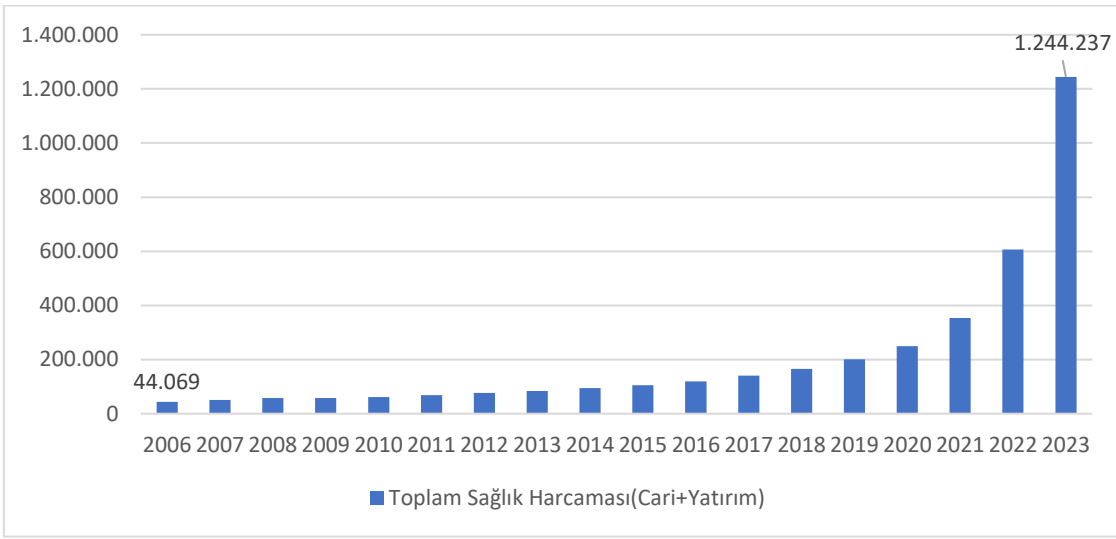
Yıllar	Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	Bütçe Payları (%)
2006	9.273.662	5,2
2007	11.276.377	5,5
2008	12.972.160	5,7
2009	15.681.733	5,8
2010	16.070.753	5,5
2011	18.579.562	5,9
2012	15.580.883	4,3
2013	19.569.560	4,8
2014	21.481.791	4,8
2015	25.047.488	5,0
2016	38.500.136	4,9
2017	35.212.779	5,2
2018	40.213.740	4,8
2019	51.197.947	5,1
2020	68.851.797	5,7
2021	110.920.797	6,9
2022	191.497.722	6,5

## Nitel ve Nicel Göstergeler Işığında Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

2023	432.076.074	6,6
2024	848.869.953	7,9

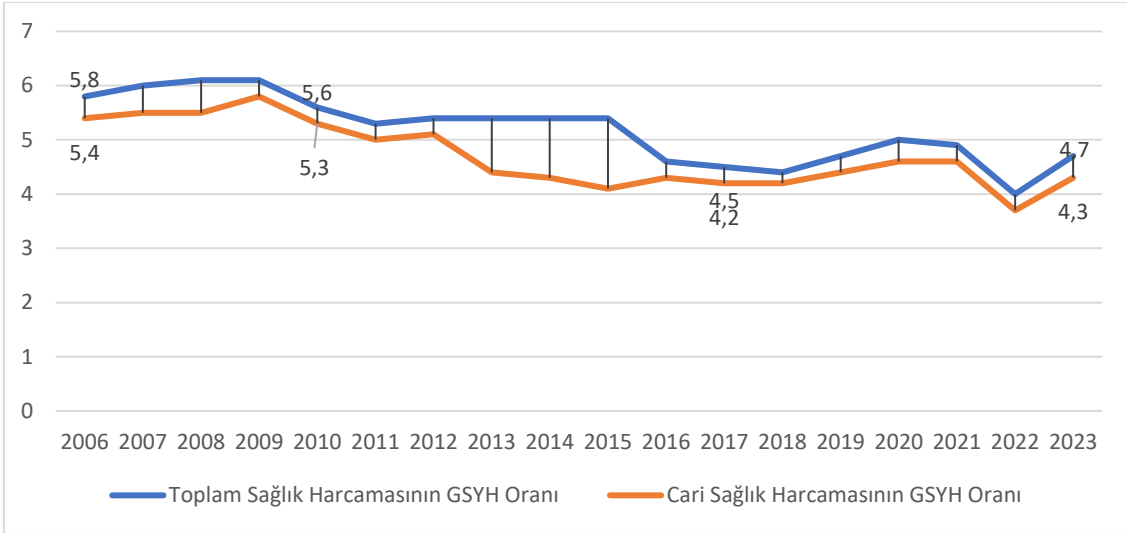
**Kaynak:** Hazine ve Maliye Bakanlığı ve Muhasebat Genel Müdürlüğü ([www.muhasabat.gov.tr](http://www.muhasabat.gov.tr), Erişim:24.08.2025). Alınan verilerle çalışma kapsamında derlenerek oluşturulmuştur.

Tablo 2 teknik yönden değerlendirildiğinde, 2006–2024 döneminde sağlık hizmetlerine yapılan merkezi yönetim harcamaları nominal olarak yaklaşık 91 kat artarak 9,2 milyar TL’den 848,8 milyar TL’ye yükselmiştir. Bütçe içindeki pay ise 2006’da %5,2 iken 2024’te %7,9’a ulaşmıştır. Özellikle 2020 sonrası dönemde hem harcama düzeyinde hem bütçe payında ivmelenen bir artış gözlenmektedir.



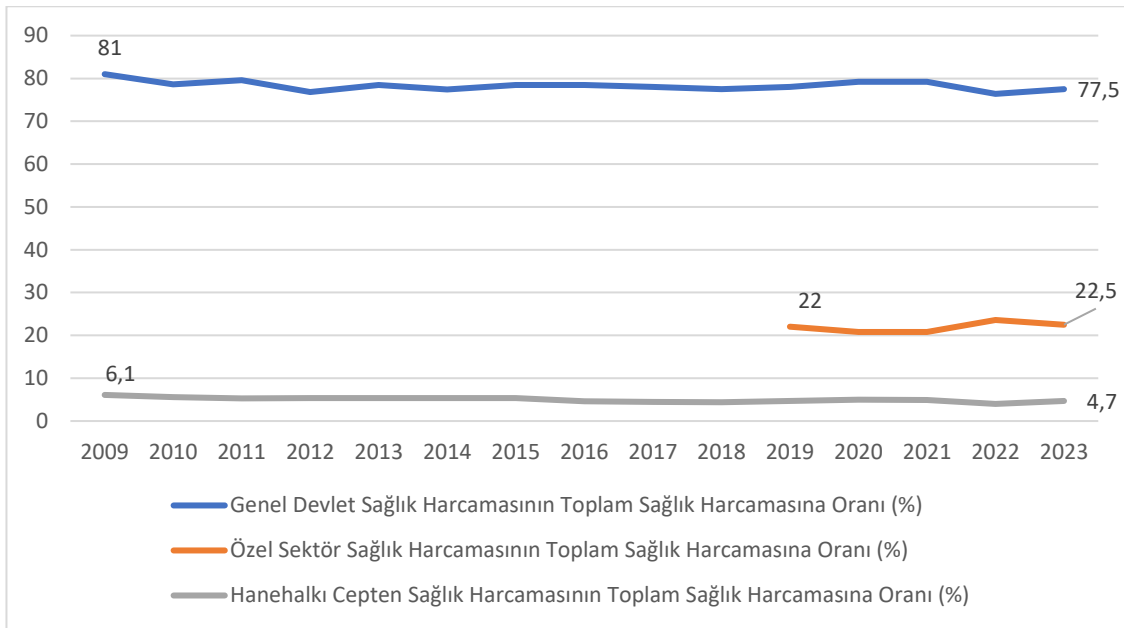
**Kaynak:** TÜİK ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr), Erişim:26.08.2025)’den elde edilen verilerle çalışma kapsamında derlenerek oluşturulmuştur.

**Grafik 1: Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler(Cari+Yatırım) (Milyon TL), Türkiye**



**Grafik 2: Toplam Sağlık Harcamasının GSYH Oranı (%)**

**Kaynak:** TÜİK ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr), Erişim:26.08.2025) Alınan verilerle çalışma kapsamında derlenerek oluşturulmuştur.



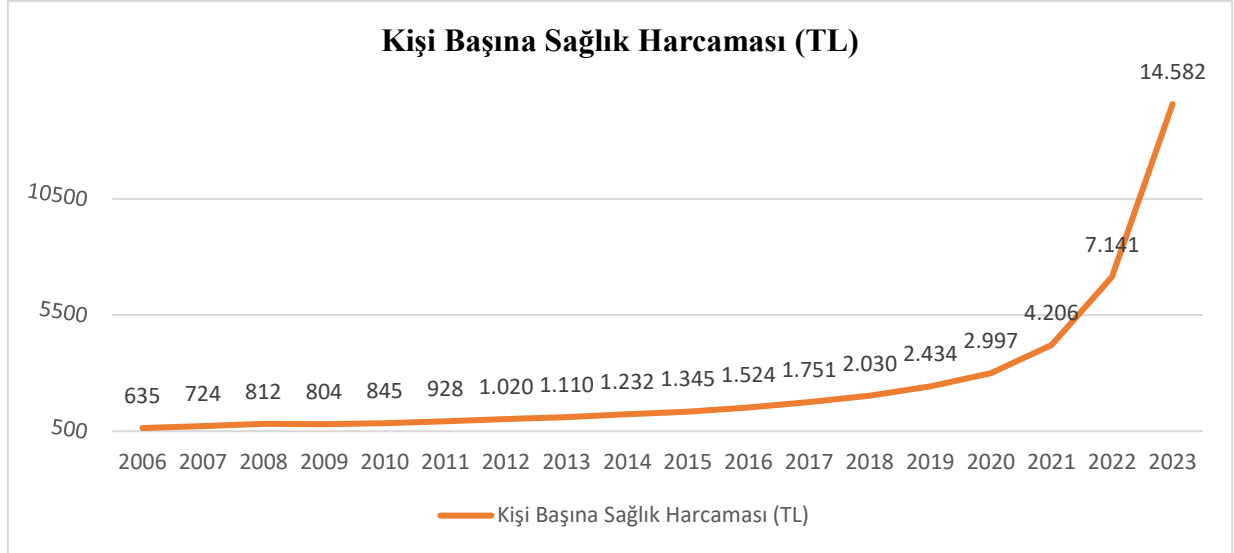
**Grafik 3: Sağlık Harcamalarına İlişkin Göstergelerin Toplam Sağlık Harcamalarına Oranları (%)**

**Kaynak:** TÜİK ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr), Erişim:26.08.2025)'den elde edilen verilerle çalışma kapsamında derlenerek oluşturulmuştur.

**Not:** TÜİK tarafından 2019 yılı itibariyle veri girişi yapılarak yayımlanmaya başlanmıştır.

Grafik 1, Grafik 2 ve Grafik 3 bir arada teknik yönden değerlendirildiğinde, toplam sağlık harcaması 2006 yılında 44 milyar TL iken 2023 yılında 1,24 trilyon TL'ye ulaşmıştır. GSYH 'ye oran açısından 2006'da 5,8 olan toplam sağlık harcaması, 2023'te 4,7

düzeyindedir. Bu durum, nominal artışa rağmen GSYH ’ye oranla görece durağanlık göstermiştir. Genel devletin sağlık harcamaları içerisindeki payı %81’den %77,5’e gerilemiş; özel sektör ve cepten harcama oranlarında dalgalı ama artış eğilimli bir seyir izlenmiştir.



**Grafik 4: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, TL, Kamu-Özel, Türkiye**

**Kaynak:** TÜİK ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr), Erişim: 25.08.2025) ve Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yılları 2006 Yılı verileri, ([www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), Erişim: 25.08.2025). Alınan verilerle çalışma kapsamında derlenerek oluşturulmuştur.

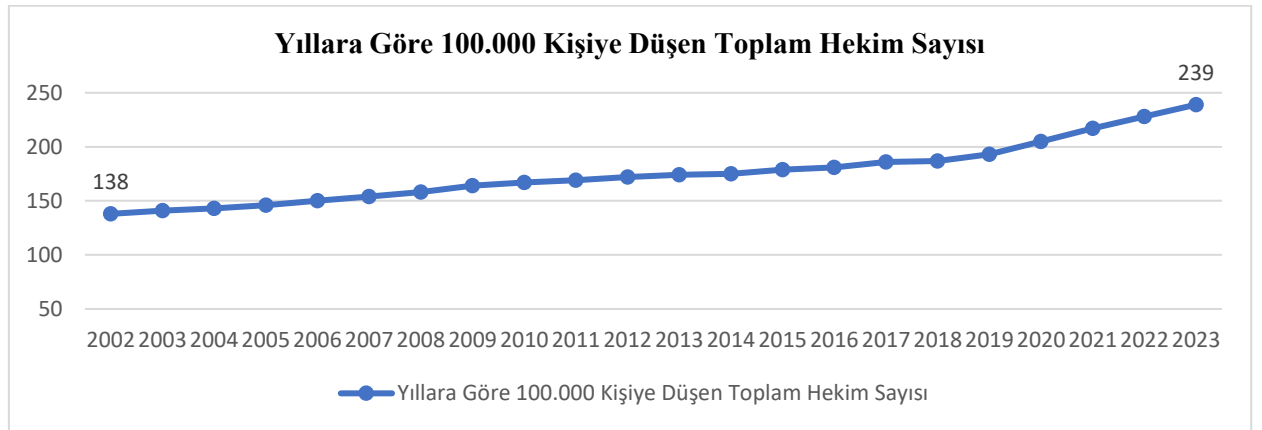
Grafik 4 teknik yönden değerlendirildiğinde, 2006’da kişi başı sağlık harcaması 635 TL iken 2023’te 14.582 TL’ye ulaşmıştır. Özellikle 2020 sonrası dönemde keskin bir artış gözlenmektedir. Bu artış, pandemi etkisi ve sağlık sistemine yapılan ilave kamu yatırımlarıyla ilişkilendirilebilir. Kamu harcamaları özel harcamalara kıyasla daha hızlı artış göstermiştir.

Yıllara göre seçilmiş göstergeler ile sağlık harcamaları analizi başlığı altında verilen Tablo 2, Grafik 1, Grafik 2, Grafik 3 ve Grafik 4 bütüncül ve bağlamsal olarak analiz edildiğinde; 2006–2023 döneminde Türkiye’de merkezi yönetim sağlık harcamalarında hem nominal düzeyde hem bütçe içindeki pay açısından belirgin bir artış yaşanmıştır. Tablo 2 ve Grafik 1, Grafik 2 ve Grafik3 birlikte değerlendirildiğinde, bu artışın kişi başı cepten harcamalara da yansıdığı, ancak GSYH’ye oran açısından görece durağanlık olduğu görülmektedir. Bu durum, ekonomik büyümenin sağlık harcamaları artışını görece dengelediğini göstermektedir.

Grafik4'teki keskin yükseliş, özellikle 2020 sonrası dönemde kamu harcamalarının hızla arttığını ve sağlık sistemine yapılan yatırımların birey düzeyinde hissedilir hale geldiğini ortaya koymaktadır. Genel devletin toplam sağlık harcamaları içindeki payının zamanla azalması, özel sektörün ve bireylerin finansman yükünü daha fazla üstlendiği bir yapıya işaret etmektedir. Bu dönüşüm, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kamu-özel iş birliği modeline dayalı finansman stratejileriyle örtüşmektedir.

Sonuç olarak, bu görseller birlikte değerlendirildiğinde Türkiye'de sağlık harcamalarının nicel olarak arttığı, ancak GSYH'ye oranla görece sabit kaldığı, kamu harcamalarının ağırlığının sürdüğü fakat özel sektörün rolünün arttığı bir dönüşüm gözlenmektedir. Bu dönüşümün hizmet sunum kapasitesi ve altyapı göstergeleriyle nasıl örtüştüğü, bir sonraki alt başlıkta daha net analiz edilecektir.

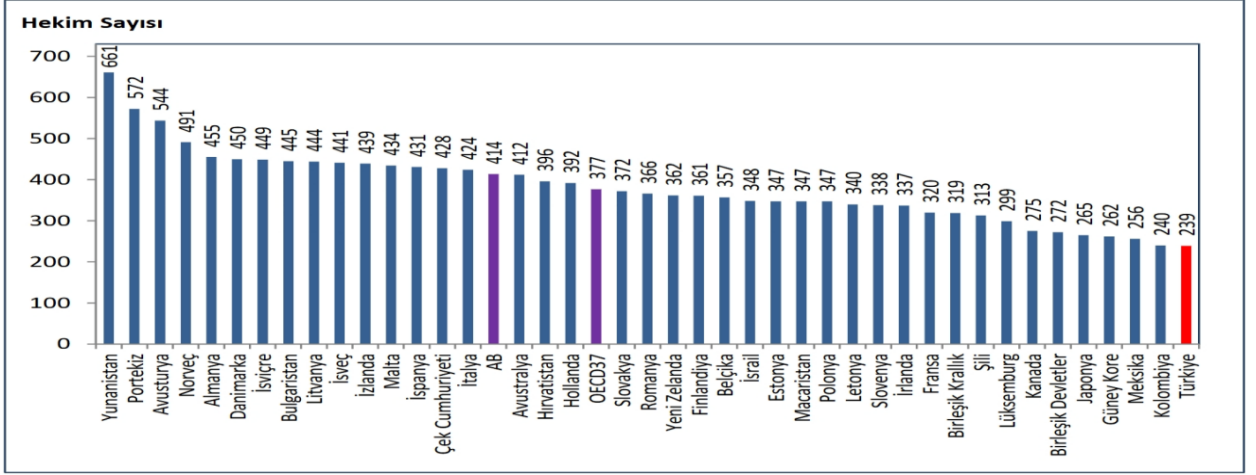
### 3.2.2. Yıllara Göre Seçilmiş Göstergeler ile Sağlıkta İnsan Kaynakları Analizi



#### Grafik 5: Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>). Çalışma kapsamında veriler derlenerek oluşturulmuştur.

Grafik 5 teknik yönden değerlendirildiğinde, 2002 yılında 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 138 iken, 2023'te bu sayı 239'a yükselmiştir. Artış özellikle 2018 sonrası dönemde hızlanmış, 2020–2023 arasında yıllık ortalama 11 puanlık sıçrama yaşanmıştır. Bu eğilim, sağlık insan gücüne yönelik kapasite artırımı politikalarının etkisini yansıtmaktadır.



**Grafik 6: 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2022**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2023 Yılı Verilerinden alınmıştır, Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>). Not: Türkiye verisi 2023 yılına aittir. Ülke verileri 2022 yılına veya en yakın yıla aittir.

Grafik 6’da 2022 yılı itibarıyla Türkiye, 100.000 kişiye düşen hekim sayısında 129 ile en düşük değere sahip ülke konumundadır. OECD ortalaması 377, AB ortalaması ise 414’tir. Bu fark, Türkiye’nin sağlık insan gücü kapasitesinde yapısal bir açık olduğunu göstermektedir. Bu fark kapsamında Türkiye’nin sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve hizmet kalitesinin artırılması için, sağlık insan gücü kapasitesindeki temel yapısal eksikliklerin giderilmesi hayati öneme sahiptir.

**Tablo 3: Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli Sayılarının Uluslararası Karşılaştırması**

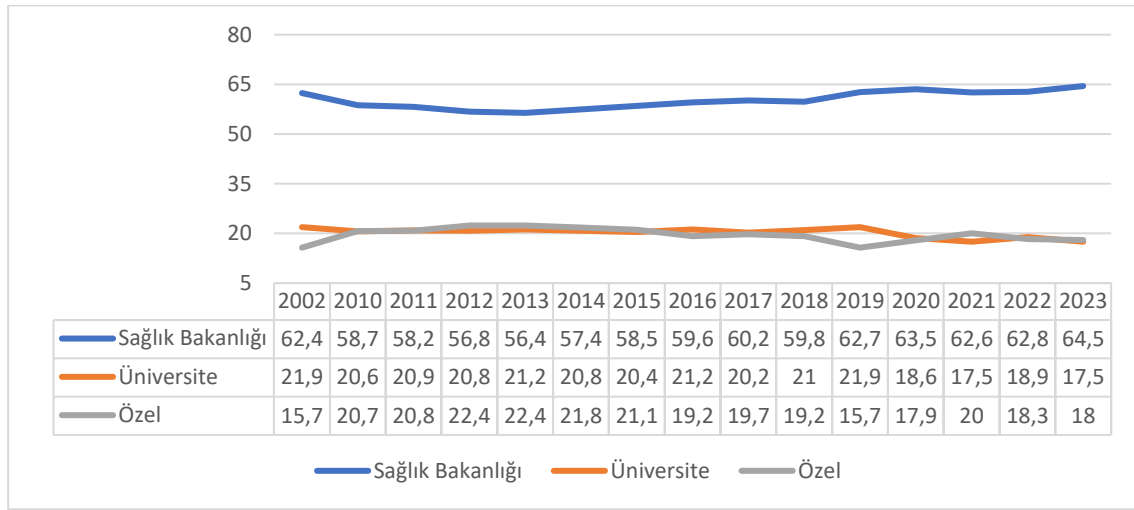
	2002			2010			2022		
	Türkiye	OECD	AB	Türkiye	OECD	AB	Türkiye*	OECD	AB
<b>Toplam Hekim</b>	138	276	304	167	310	339	239	377	414
<b>Toplam Dış Hekimi</b>	25	62	65	29	67	71	54	78	85
<b>Eczacı</b>	34	59	53	36	68	68	48	85	92
<b>Hemşire ve Ebe</b>	171	804	672	224	843	765	361	988	882

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2023 Yılı Verilerinden alınmıştır, Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>). Not: Türkiye verisi 2023 yılına aittir. Ülke verileri 2022 yılına veya en yakın yıla aittir.

Tablo 3 2002–2022 arasında Türkiye’de tüm sağlık personeli türlerinde artış gözlenmiştir:

- Hekim sayısı 138’den 239’a,
- Diş hekimi sayısı 25’ten 54’e,
- Eczacı sayısı 34’ten 48’e ve
- Hemşire ve Ebe 171’den 361’e çıkmıştır.

Ancak bu artışlara rağmen Türkiye, OECD ve AB ortalamalarının hala oldukça gerisindedir. Özellikle hemşire ve ebe sayısında fark dramatiktir. Burada ‘dramatik fark’ ifadesi ile nicel büyüklük değil toplumsal ve mesleki etkileri ima edilmek istenmektedir.



**Grafik 7: Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hekim Oranının Dağılımı, (%), Türkiye**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2014, 2015, 2019 ve 2023 yılı verilerinden alınmıştır. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84956/saglik-istatistikleri-yilligi-2014-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84957/saglik-istatistikleri-yilligi-2015-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84966/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html> ve <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html> ).

Grafik 7’de 2002–2023 arasında Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hekim oranı %62,4’ten %64,5’e yükselmiştir. Üniversite hastanelerinin oranı %20,2’den %21’e çıkarken, özel sektörün oranı %17,4’ten %14,5’e gerilemiştir. Bu dağılım, kamu hizmet sunumunun istikrarlı biçimde baskın kaldığını göstermektedir.

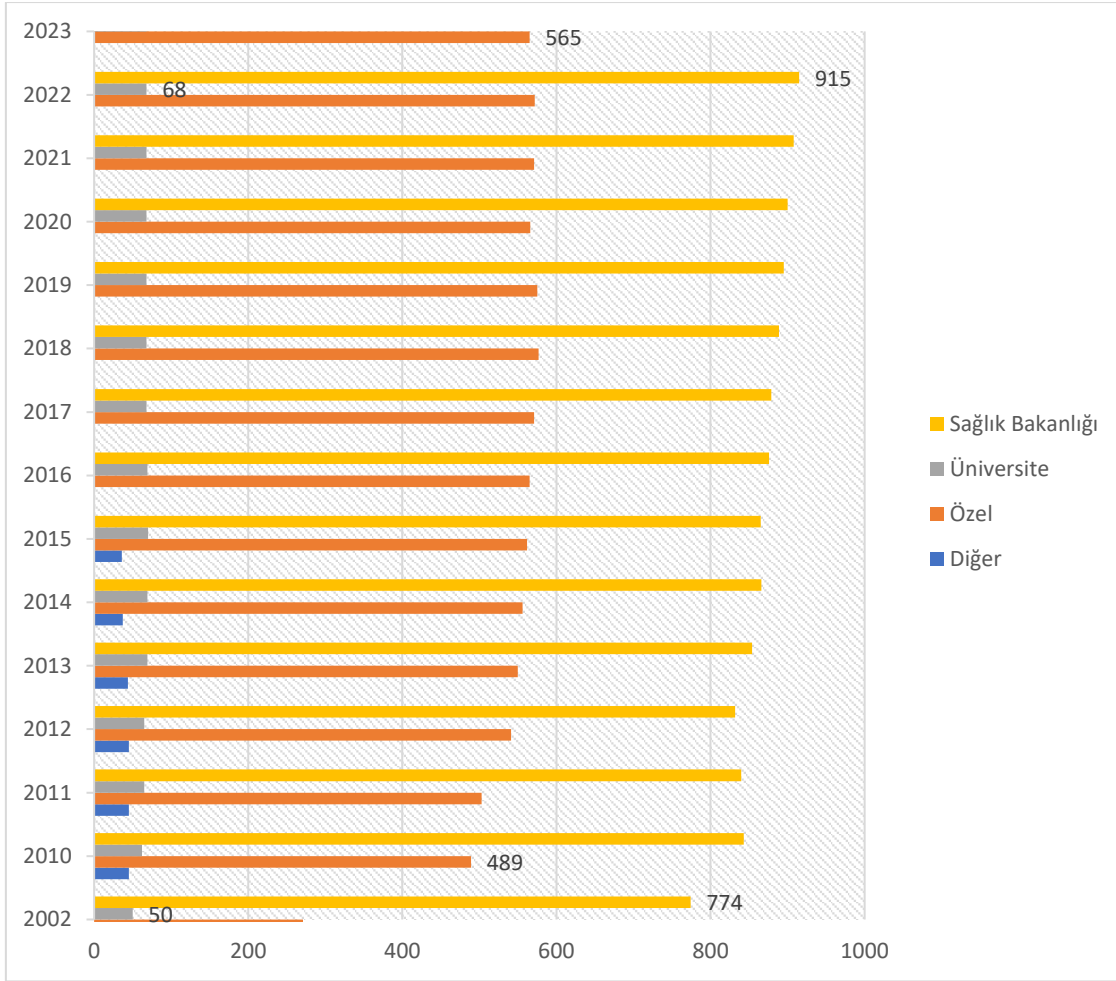
Yıllara göre seçilmiş göstergeler ile sağlıkta insan kaynakları başlığı altında verilen Grafik 5, Grafik 6, Tablo 3 ve Grafik7bütüncül ve bağlamsal olarak analiz edildiğinde; Türkiye’de sağlıkta insan gücü kapasitesi, 2002–2023 döneminde nicel olarak artış göstermiştir. Grafik 5 ve Tablo 3 birlikte değerlendirildiğinde, hekim, hemşire, diş hekimi ve eczacı sayılarında belirgin yükselişler gözlenmektedir. Ancak bu artışlar, uluslararası standartlarla kıyaslandığında yetersiz kalmaktadır. Özellikle hemşire ve ebe sayısındaki fark, bu alandaki hizmet sunumu kapasitesinin sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Grafik 6’daki uluslararası karşılaştırma, Türkiye’nin sağlık insan gücü açısından OECD ve AB ortalamalarının oldukça altında olduğunu açıkça göstermektedir. Bu durum, hizmet kalitesi, erişim ve hasta başına düşen sağlık personeli yükü açısından eksikliği göstermektedir.

Sonuç olarak, bu alt başlık altında sunulan göstergeler, Türkiye’de sağlıkta insan gücü kapasitesinin nicel olarak geliştiğini, ancak nitel ve yapısal açıdan uluslararası standartların gerisinde kaldığını ortaya koymaktadır. Bu durum, artan sağlık harcamalarının hizmet sunum kapasitesiyle ne ölçüde örtüştüğünü sorgulamak açısından kritik bir veri zemini sunmaktadır.

### **3.2.3. Yıllara Göre Sağlık Hizmeti Verilen Kurumlar ve Altyapıları Analizi**

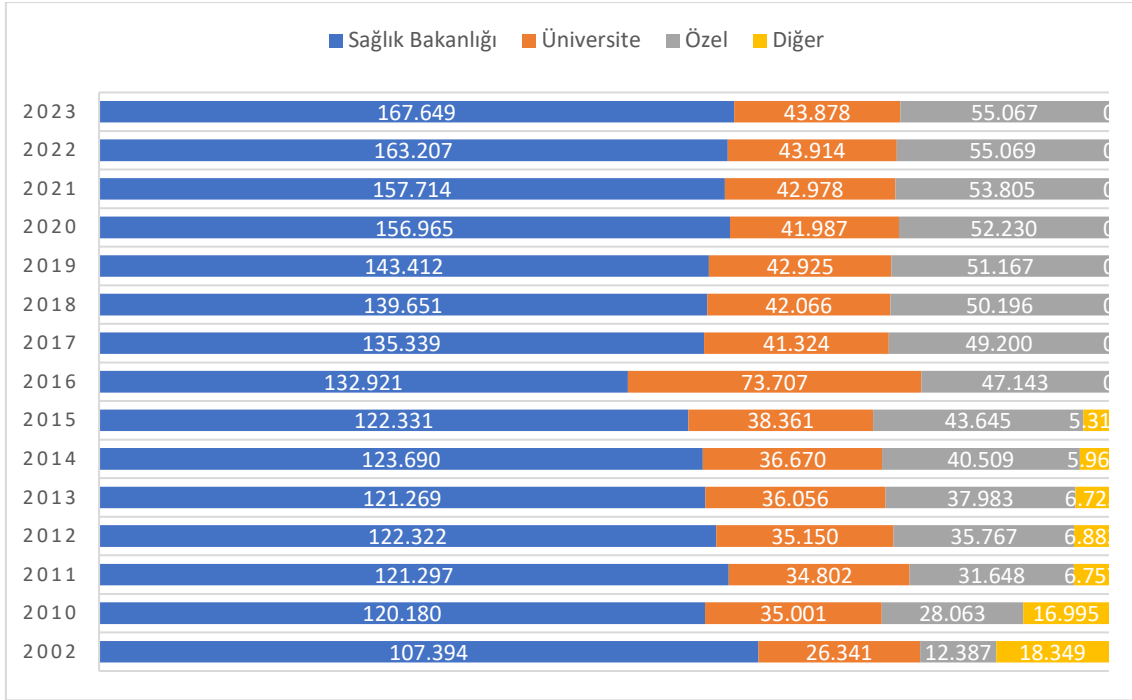
Çalışmanın bu kısmında, hastanelere ait çeşitli veriler incelenmiştir. İncelemeler Türkiye genelindeki hastane, yatak, nitelikli yatak ve MR cihazı sayısı üzerinden yapılmıştır.



**Grafik 8: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2014, 2015, 2017, 2018, 2019 ve 2023 yılı verilerinden alınarak çalışma kapsamında oluşturulmuştur. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84956/saglik-istatistikleri-yilligi-2014-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84957/saglik-istatistikleri-yilligi-2015-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84959/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>, <https://www.saglik.gov.tr/TR-84965/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html> ve <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html> )

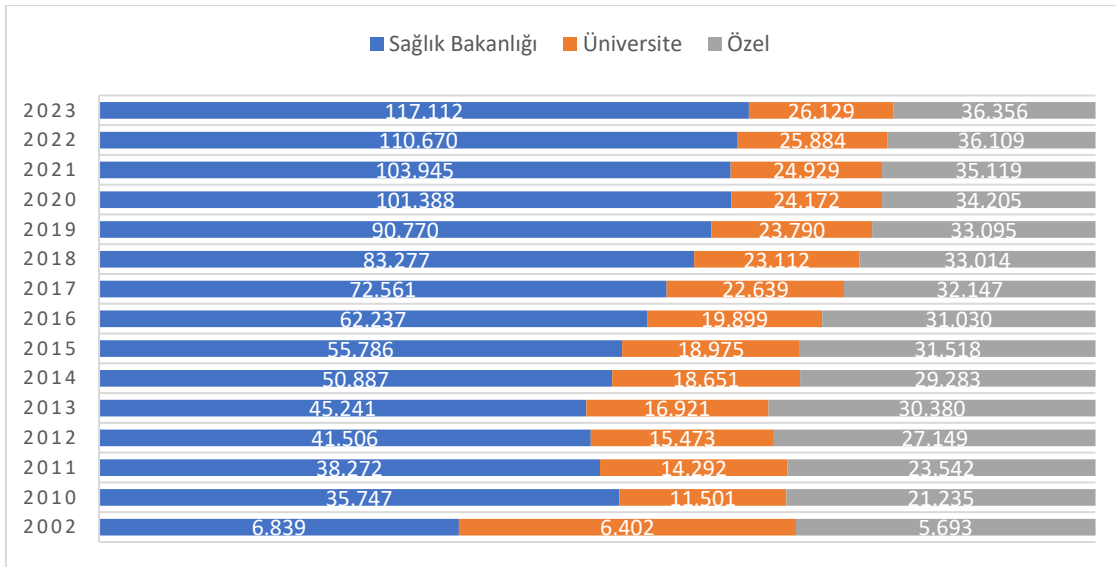
Grafik 8'de, 2002 yılında toplam hastane sayısı 1.156 iken, 2023'te bu sayı 1.566'ya ulaşmıştır. Özel hastane sayısı 271'den 565'e çıkarak %108 artış göstermiştir. Sağlık Bakanlığı hastane sayısı ise 774'e 933'e yükselerek kamu sağlık altyapısının genişlediğini göstermektedir. Üniversite hastaneleri sayısı ise 2017 yılından sonra sabit kalmıştır.



**Grafik 9: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı**

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2014, 2015, 2017, 2018, 2019 ve 2023 yılı verilerinden alınarak çalışma kapsamında oluşturulmuştur. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84956/saglik-istatistikleri-yilligi-2014-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84957/saglik-istatistikleri-yilligi-2015-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84959/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>, <https://www.saglik.gov.tr/TR-84965/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html> <https://www.saglik.gov.tr/TR-84966/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html> ve <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html> )

\*Yoğun bakım yatakları dahil değildir.



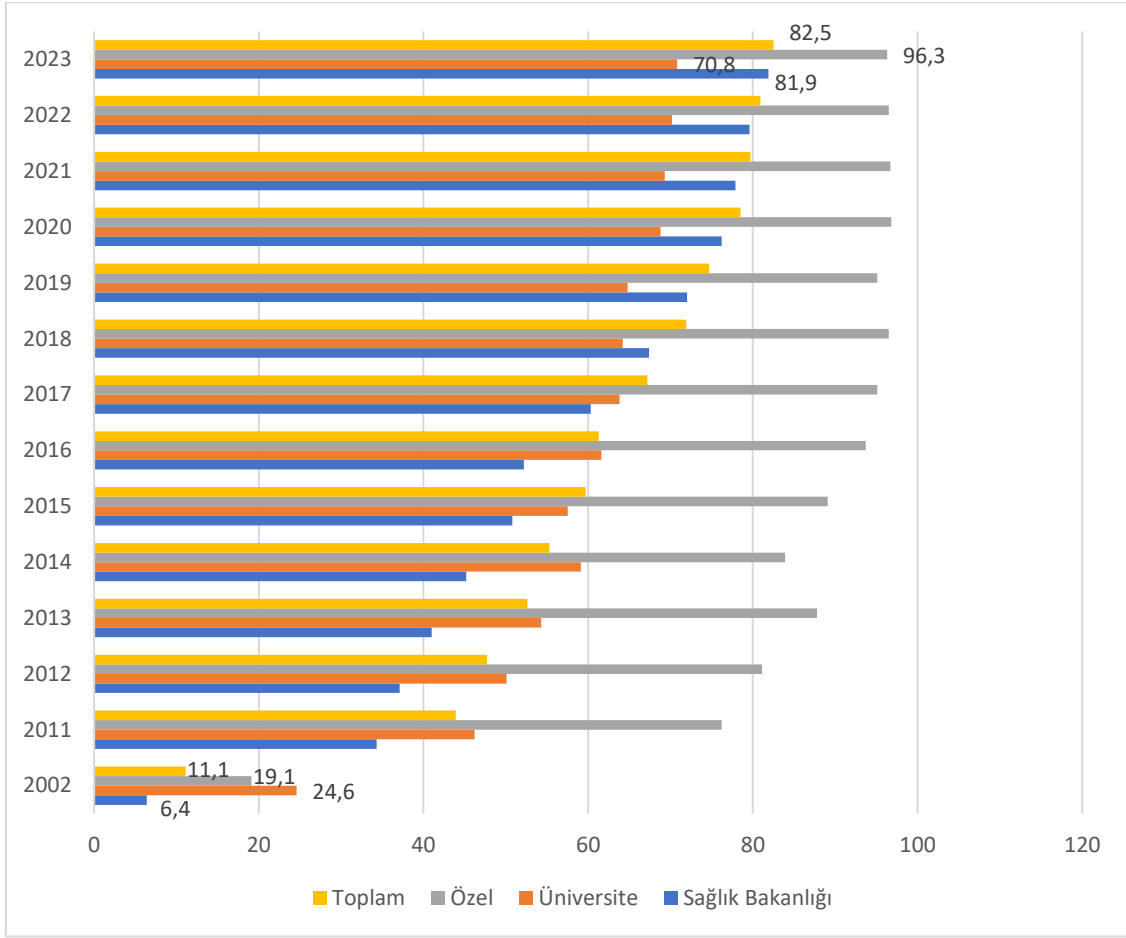
### Grafik 10: Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2014, 2015, 2017, 2018, 2019 ve 2023 yılı verilerinden alınarak çalışma kapsamında oluşturulmuştur. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84956/saglik-istatistikleri-yilligi-2014-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84957/saglik-istatistikleri-yilligi-2015-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84959/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>, <https://www.saglik.gov.tr/TR-84965/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84966/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html> ve <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html> )

\*Yoğun bakım yatakları dahil değildir.

Grafik 9, 2011–2023 arasında toplam hastane yatağı sayısı tüm sektörlerde artmıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki yatak sayısı 84.648’den 117.412’ye yükselmiştir. Özel sektör yatak sayısı ise 29.235’ten 36.356’ya çıkmıştır. Bu artış, hizmet kapasitesinin genişlediğini ve özellikle kamu yatırımlarının ön planda olduğunu göstermektedir.

Grafik 10, Nitelikli yatak sayısı 2002’de oldukça düşükken, 2023’te tüm sektörlerde belirgin artış göstermiştir. Özel sektör nitelikli yatak oranı 2002 ve 2023 verileri arasında oranlama yapıldığında %308 artış göstermiştir. Sağlık Bakanlığı verileri incelendiğinde ise bu artış %1.612 ‘dir. Bu artış, hizmet kalitesinin fiziksel altyapı düzeyinde iyileştiğini gösterir.

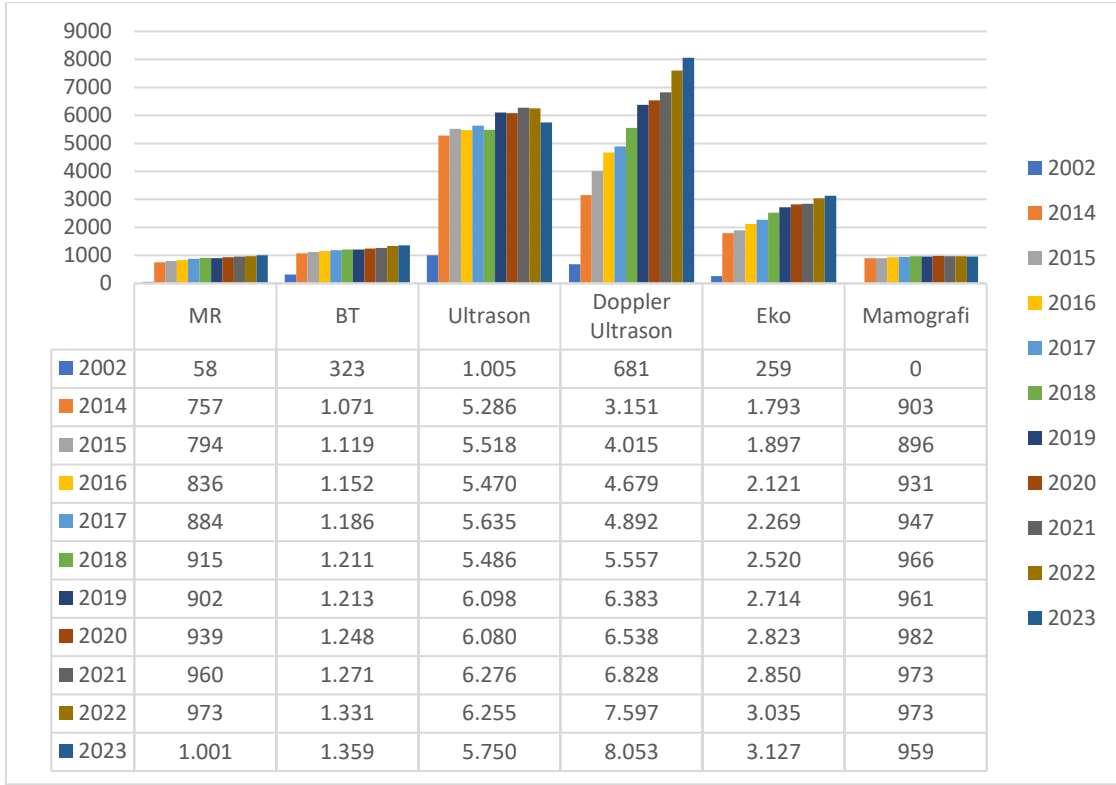


**Grafik 11: Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatakların Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı, (%), Türkiye**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2014, 2015, 2017, 2018, 2019 ve 2023 yılı verilerinden alınarak çalışma kapsamında oluşturulmuştur. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84956/saglik-istatistikleri-yilligi-2014-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84957/saglik-istatistikleri-yilligi-2015-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84959/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>, <https://www.saglik.gov.tr/TR-84965/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html> <https://www.saglik.gov.tr/TR-84966/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html> ve <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html> )

\*Yoğun bakım yatakları dahil değildir.

Grafik 11 2002–2023 arasında toplam nitelikli yatak oranı %11,1’den %82,5’e yükselmiştir. En hızlı artış Sağlık Bakanlığı’nda gözlenmiştir (%6,4 → %81,9). Üniversite hastaneleri %24,6’dan %70,8’e çıkarken, özel sektör %19,1’den %96,3’e ulaşmıştır. Bu tablo, tüm sektörlerde kalite odaklı dönüşümün gerçekleştiğini gösterir.



**Grafik 12: Yıllara Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları**

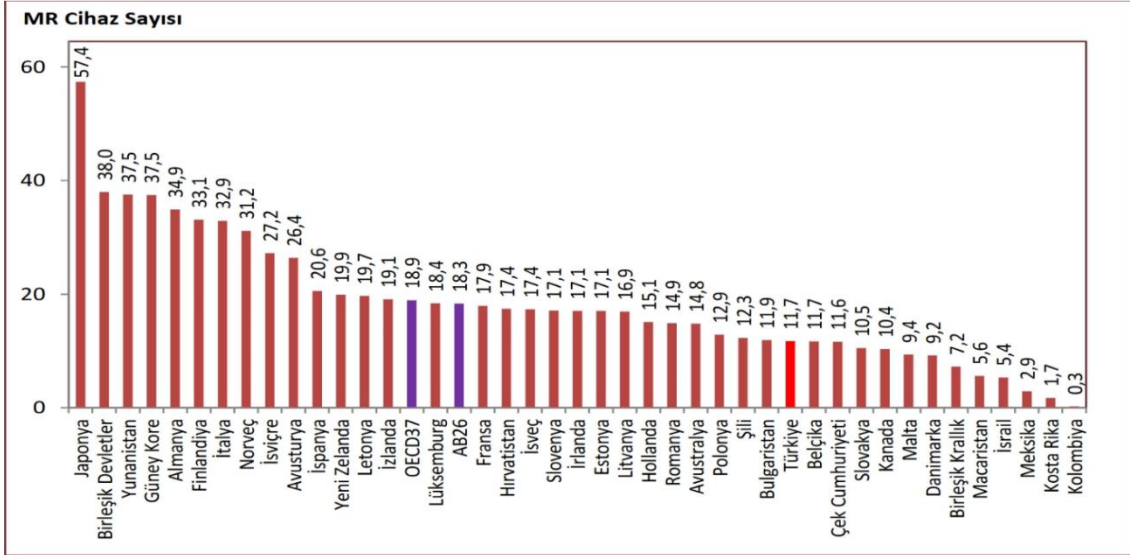
**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2014, 2015, 2017, 2018, 2019 ve 2023 yılı verilerinden alınarak çalışma kapsamında oluşturulmuştur. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84956/saglik-istatistikleri-yilligi-2014-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84957/saglik-istatistikleri-yilligi-2015-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84959/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>, <https://www.saglik.gov.tr/TR-84965/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html> <https://www.saglik.gov.tr/TR-84966/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html> ve <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html> )

\*Mamografi cihaz sayısı 2008 yılına aittir.

Grafik 12'ye göre 2002–2023 arasında cihaz sayılarında belirgin artışlar yaşanmıştır:

- MR cihazı: 2002 yılında 58 → 2023 yılında 1.001 (%1.625 artış)
- BT cihazı: 2002 yılında 323 → 2023 yılında 1.359 (%320 artış)
- Doppler Ultrason: 2002 yılında 681 → 2023 yılında 8.053 (%1.082 artış)
- EKO: 2002 yılında 259 → 2023 yılında 3.127 (%1.107 artış)

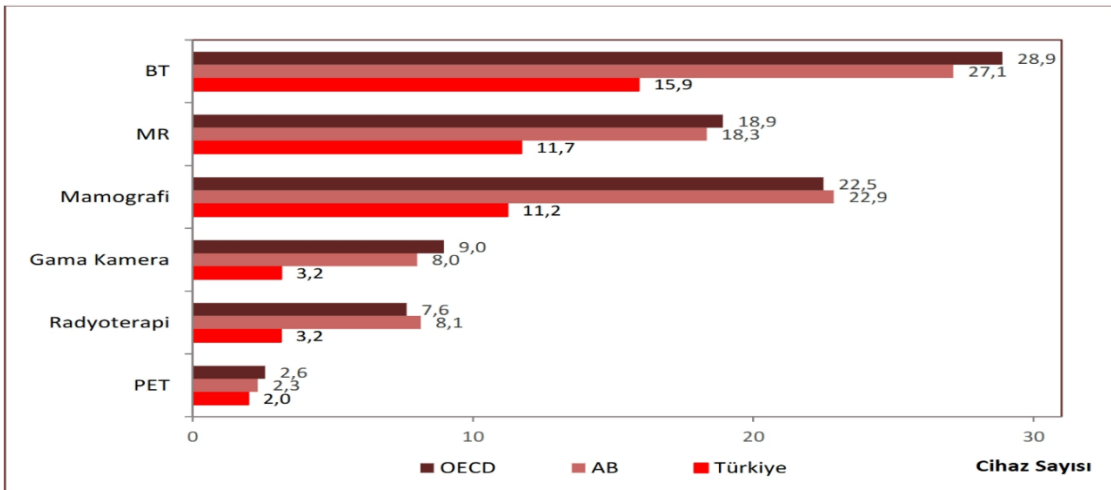
Bu artışlar, teşhis kapasitesinin genişlediğini ve teknolojik altyapının güçlendiğini ortaya koyar.



**Grafik 13: 1.000.000 Kişiye Düşen MR Cihazı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2022**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Yılı İstatistikleri (Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>) Not: Türkiye verisi 2023 yılına aittir. Ülke verileri 2022 yılına veya en yakın yıla aittir.

Grafik 13 ‘e göre 2022 itibarıyla Türkiye’de 1 milyon kişiye düşen MR cihazı sayısı 11,7’dir. OECD ortalaması 18,9; AB ortalaması 18,3’tür. Türkiye bu alanda alt sıralarda yer almakta ve teşhis kapasitesi açısından yapısal bir eksiklik göstermektedir.



**Grafik 14: 1.000.000 Kişiye Düşen Cihaz Sayılarının Uluslararası Karşılaştırması, 2022**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Yılı İstatistikleri (Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>) Not: Türkiye verisi 2023 yılına aittir. Ülke verileri 2022 yılına veya en yakın yıla aittir.

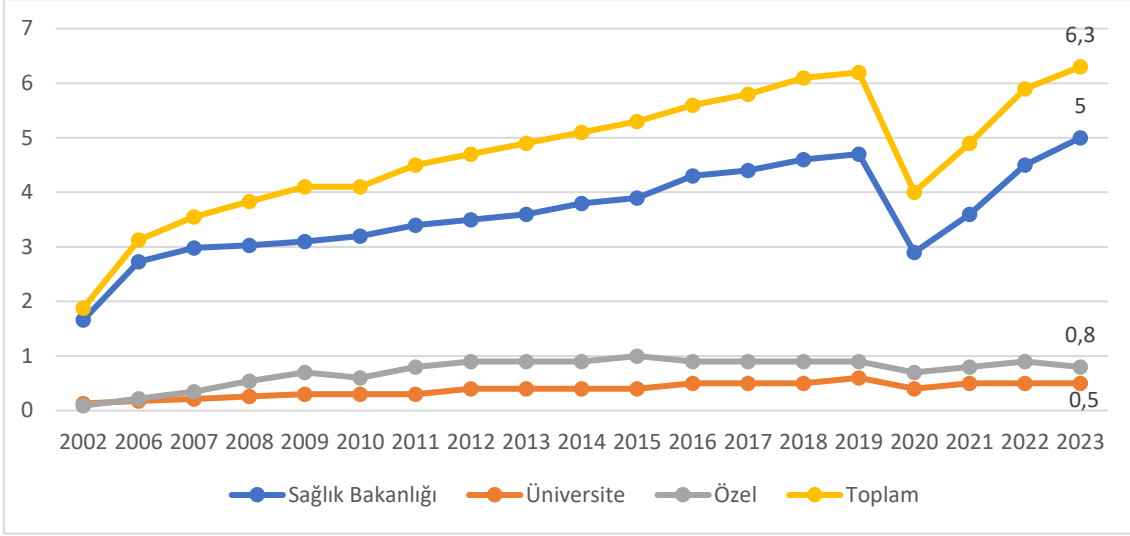
Grafik 14'e göre Türkiye; BT, MR, mamografi, gama kamera radyoterapi ve PET cihazlarında OECD ve AB ortalamalarının yarısından daha düşük düzeyde yer almaktadır. Bu şekil, teknolojik altyapı erişiminde bölgesel eşitsizlik ve kapasite yetersizliği riskine işaret eder.

Yıllara göre seçilmiş göstergeler ile sağlıkta hizmeti veren kurumları ve altyapıları başlığı altında verilen Grafik 8, Grafik 9, Grafik 10, Grafik 11, Grafik 12, Grafik 13 ve Grafik 14 bütüncül ve bağlamsal olarak analiz edildiğinde, 2002–2023 döneminde Türkiye’de sağlık hizmeti sunumuna ilişkin altyapı göstergelerinde nicel ve nitel bir dönüşüm yaşanmıştır. Hastane sayısı, yatak kapasitesi, nitelikli yatak oranı ve cihaz sayılarında belirgin artışlar gözlenmiştir. Özellikle Sağlık Bakanlığı bünyesindeki yatırımlar, kamu hizmet sunumunun merkezî ve baskın yapısını pekiştirmiştir.

Nitelikli yatak oranlarındaki artış, hizmet kalitesinin fiziksel altyapı düzeyinde iyileştiğini gösterirken; cihaz sayılarındaki yükseliş, teşhis ve tedavi kapasitesinin genişlediğini ortaya koymaktadır. Ancak uluslararası karşılaştırmalar (Şekil 13 ve 14), Türkiye’nin MR, BT, gama kamera, PET ve radyoterapi cihazlarında OECD ve AB ortalamalarının gerisinde kaldığını göstermektedir. Bu durum, teknolojik altyapı erişiminde yapısal bir eşik olduğunu ve bölgesel eşitsizlik riskini gündeme getirmektedir.

Sonuç olarak, bu alt başlıkta sunulan göstergeler, Türkiye’de sağlık hizmeti sunum altyapısının nicel olarak büyüdüğünü, nitel olarak iyileştiğini, ancak uluslararası standartlarla kıyaslandığında hâlâ kapasite açığı taşıdığını ortaya koymaktadır. Bu tablo, artan sağlık harcamalarının hizmet sunum kapasitesiyle ne ölçüde örtüştüğünü analiz etmek açısından kritik bir veri zemini sunar.

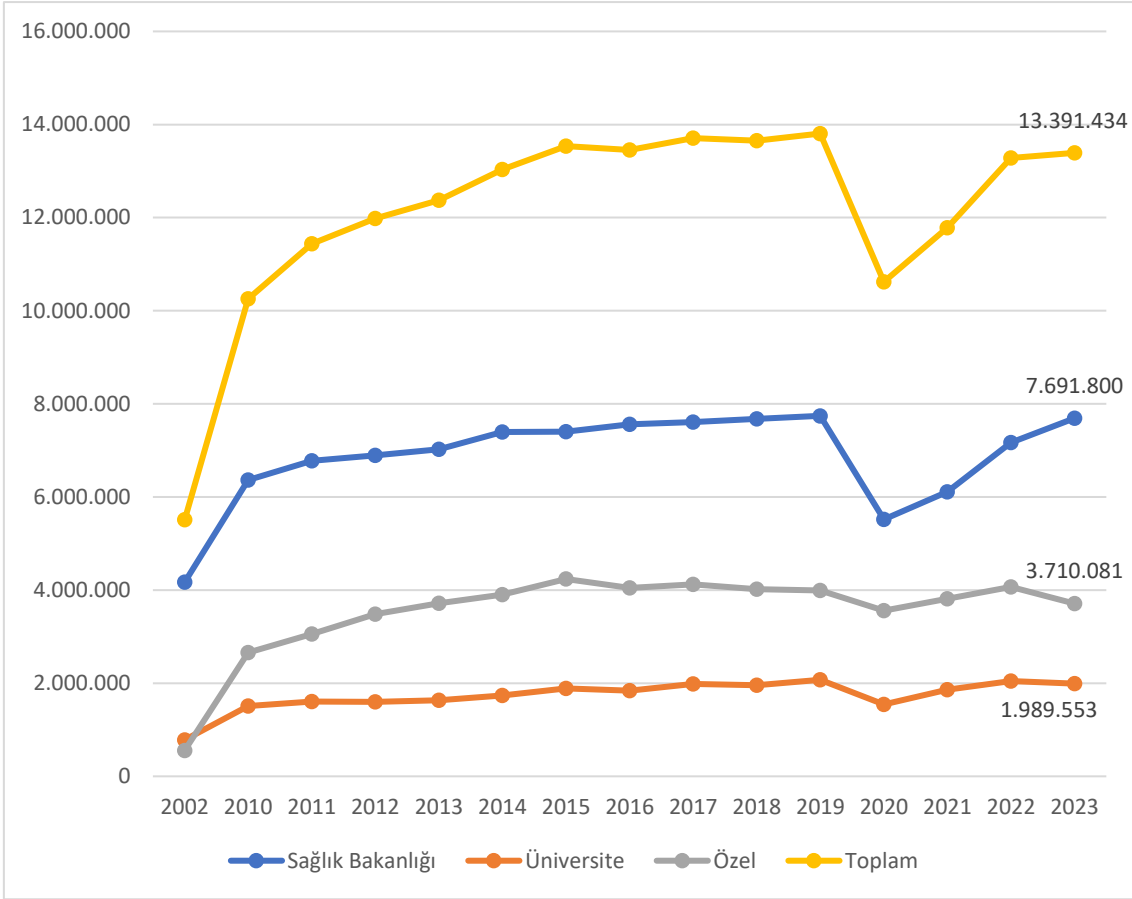
### 3.2.4. Yıllara Göre Seçilmiş Göstergeler ile Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Analizi



**Grafik 15: Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başı Hastanelere Müracaat Sayısı**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, (2014, 2015, 2017, 2018, 2019 ve 2023 yılı verilerinden alınarak çalışma kapsamında oluşturulmuştur. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html?Sayfa=1> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84956/saglik-istatistikleri-yilligi-2014-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84957/saglik-istatistikleri-yilligi-2015-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84959/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84965/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84966/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html> ve <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>

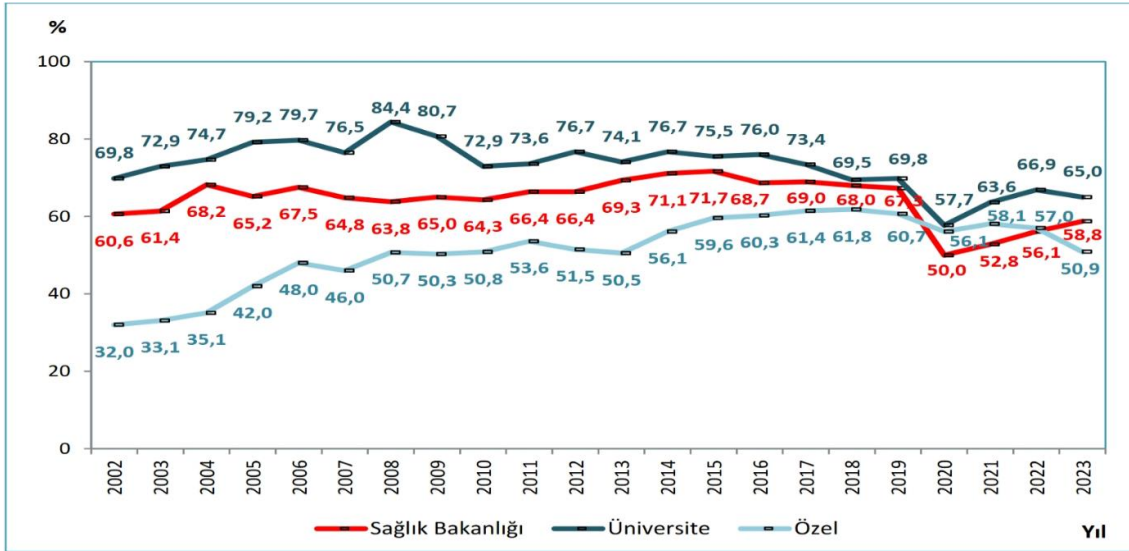
Grafik 15 teknik yönden değerlendirildiğinde, 2002’de kişi başı hastaneye müracaat sayısı 1,88 iken, 2023’te bu sayı 6,3’e ulaşmıştır. Sağlık Bakanlığı hizmetleri bu artışta başat rol oynamış, 1,66’dan 5,0’a yükselmiştir. Özel sektör müracaatları 0,09’dan 0,8’e çıkmış, üniversite hastaneleri ise 0,13’ten 0,5’e yükselmiştir. Bu tablo, hizmete erişimin yıllar içinde ciddi biçimde arttığını göstermektedir.



**Grafik 16: Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı, Türkiye**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2008, 2014, 2015, 2017, 2018, 2019 ve 2023 yılı verilerinden alınarak çalışma kapsamında oluşturulmuştur. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html?Sayfa=1> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84956/saglik-istatistikleri-yilligi-2014-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84957/saglik-istatistikleri-yilligi-2015-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84959/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84965/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84966/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html> ve <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>

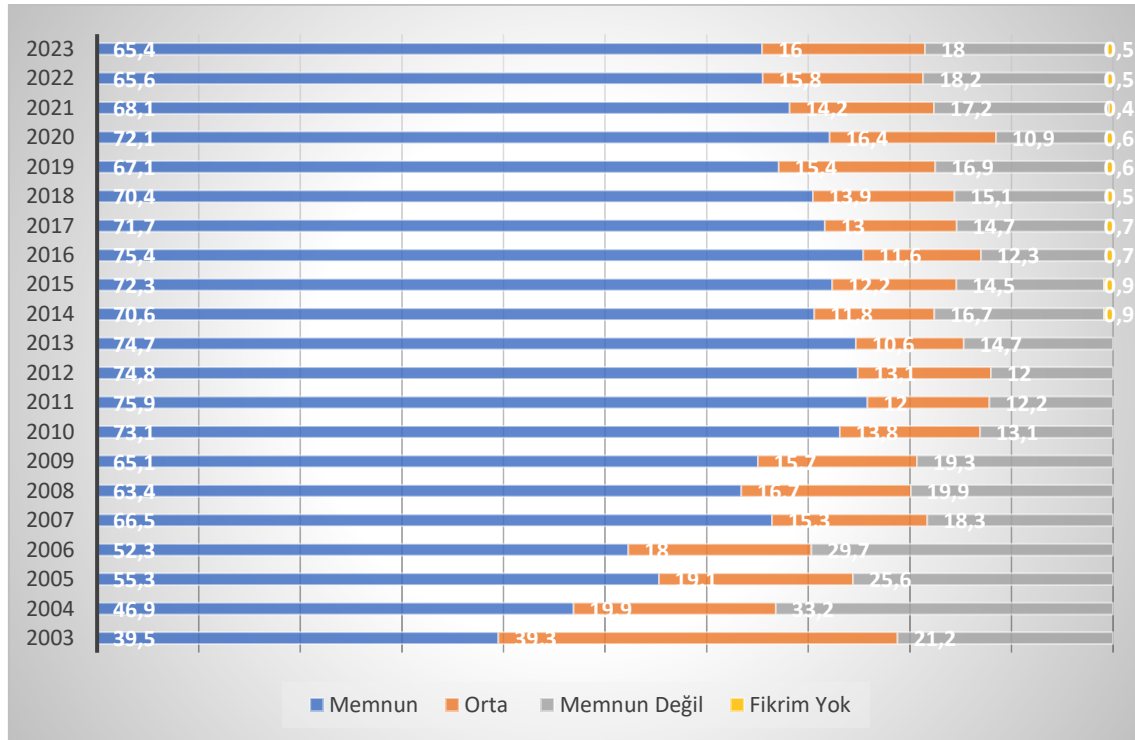
Grafik 16 teknik yönden değerlendirildiğinde, Yatan hasta sayısı 2002’de 5,5 milyon iken, 2023’te 13,4 milyona ulaşmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yatan hasta sayısı 4,1 milyondan 7,7 milyona çıkmıştır. Özel hastanelerde 556 bin olan sayı 3,7 milyona yükselmiştir. Üniversitelerde ise 781 bin olan sayı 1,9 milyona yükselmiştir.



**Grafik 17: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı, (%)**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Yılı İstatistikleri (Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>)

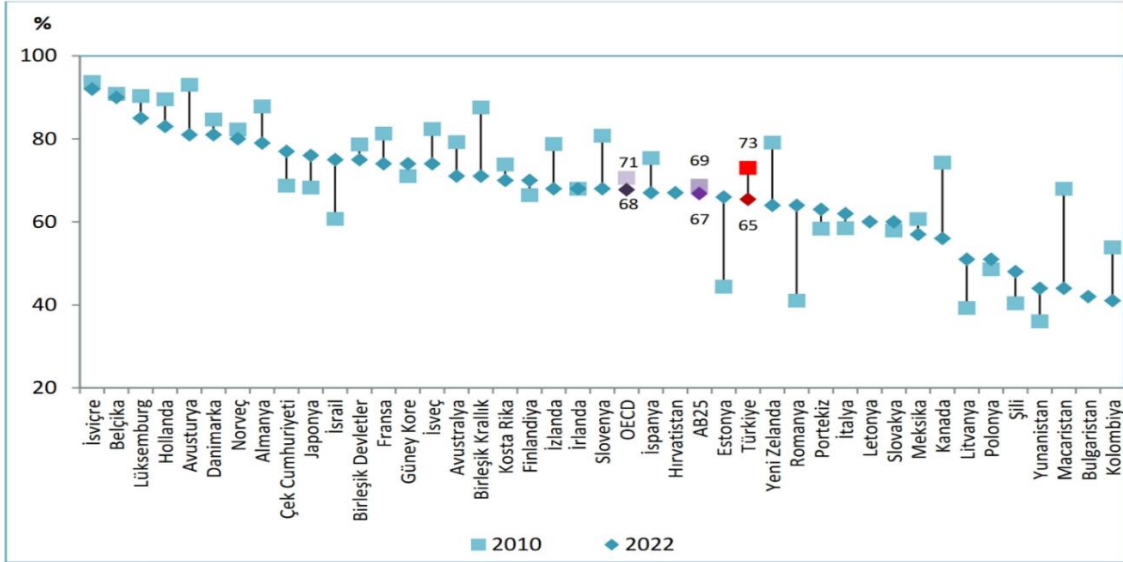
Grafik 17 teknik yönden değerlendirildiğinde, Yatak doluluk oranı yıllar içinde dalgalı bir seyir izlemiştir. Bir önceki yıllara bakıldığında, 2023 itibarıyla doluluk oranları yeniden yükselme eğilimi başlamıştır. Bu oranlar, kapasite kullanım verimliliği açısından önemli bir gösterge sunar.



**Grafik 18: Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, (%)**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84955/saglik-arastirmalari-genel-mudurlugu-saglik-istatistikleri-yilligi--2013.html> , <https://www.saglik.gov.tr/TR-84965/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html> ve <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html> )

Grafik 18 teknik yönden değerlendirildiğinde, 2003'te sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %39,5 iken, 2023'te %65,4'e yükselmiştir. Memnun olmayanların oranı %21,2'den %18'e düşmüştür. Bu değişim, hizmet algısında ciddi düzelmeye işaret etmektedir.



**Grafik 19: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2010, 2022**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Yılı İstatistikleri (Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>) Not: Türkiye'nin verisi 2010 ve 2023 yılına aittir.

Grafik 19 teknik yönden değerlendirildiğinde, Grafikte 2010'dan 2022'ye çoğu ülkede oranlar düşmüş, Türkiye %65 ile orta sıralara yakın bir yer almıştır. En yüksek oranlar İsviçre ve Belçika'da görülürken, Belirtilen yıllarda OECD ülkeleriyle kıyaslandığında Türkiye'nin memnuniyet düzeyi istikrarlı bir düzeyde kalsa da düşük sıralarda yer almaktadır. Bu durum, hizmet kalitesi algısının uluslararası düzeyde zayıf olduğunu gösterir.

Yıllara göre seçilmiş göstergeler ile sağlık hizmetlerinin kullanımı başlığı altında verilen Grafik 15, Grafik 16, Grafik 17, Grafik 18 ve Grafik 19 bütüncül ve bağlamsal olarak analiz edildiğinde; 2002–2023 döneminde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyinde belirgin bir artış yaşanmıştır. Kişi başı müracaat sayısı ve yatan hasta sayısı hem kamu hem özel sektörde yükselmiş, bu durum hizmete erişimin kapsayıcı ve genişleyici olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın bu artışta başrol oynaması, kamu hizmet sunumunun sistemin omurgasını oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

2002–2023 döneminde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyinde belirgin bir artış yaşanmıştır. Kişi başı müracaat sayısı ve yatan hasta sayısı hem kamu hem özel sektörde yükselmiş, bu durum hizmete erişimin kapsayıcı ve genişleyici olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığı’nın bu artışta başrol oynaması, kamu hizmet sunumunun hâlâ sistemin omurgasını oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Ancak yatak doluluk oranları ve memnuniyet verileri, nicel artışın nitel karşılığını tam olarak bulmadığını göstermektedir. Grafik 18’de memnuniyet oranlarındaki artış, hizmet kalitesi yönünden genişleyici ve kapsayıcı bir etki olsa da Grafik 19’da ortaya konulan uluslararası karşılaştırmalar memnuniyet ve hizmet kalitesi algısında odak noktasının yeniden değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bu alt başlıkta sunulan göstergeler, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin erişim ve kullanım düzeyinde geliştiğini, ancak memnuniyet ve kalite algısı açısından OECD ve AB ülkeleri seviyesine ulaşabilmesi açısından ciddi yapısal değişiklikler yapılması gerektiğini göstermektedir.

### **Sonuç**

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık ihtiyacını karşılamaya yönelik kamusal hizmetlerin tamamıdır. Kamu maliyesi yönü açısından sosyal refahı artıran ve uygun bir strateji ile sağlık hizmetleri alanındaki ekonomik yükü hafifleten bir araçtır. Ayrıca hem kaynak tahsisi hem de sosyal fayda üretimi bağlamında da stratejik bir öneme sahiptir. Toplum sağlığının korunması bakımından sağlık hizmetleri, kamu eliyle sunulacak öncelikli hizmetler arasındadır. Bu bakımdan sağlık hizmetleri sadece birey temelli talebe yönelik bir kamu harcaması değil aynı zamanda toplumsal refahın oluşmasında uygun politikalar ile ilişkili bir kamu hizmetidir.

Türkiye’de merkezi yönetim sağlık harcamalarının 2006–2024 döneminde fonksiyonel dağılımı, bütçe içindeki payı ve GSYH’ye oranı ile hizmet sunumuna ilişkin altyapı göstergeleri arasında kurulan ilişki Hazine ve Maliye Bakanlığı, TÜİK ve Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan istatistikî veriler çerçevesinde analiz edilmiştir. Bu analiz ile kamu maliyesi literatüründe sağlık harcamalarının tahsis ve yeniden dağıtım işlevleri bağlamında taşıdığı stratejik önem göz önünde bulundurularak hem nicel hem nitel göstergeler üzerinden kapsamlı bir değerlendirme yapılmıştır.

Elde edilen bulgular, Türkiye’de sağlık harcamalarının nominal düzeyde ve bütçe içindeki pay açısından belirgin biçimde arttığını ortaya koymaktadır. Kişi başına sağlık harcamasında görülen artış hizmete erişim kapasitesinin kapsayıcı ve genişleyici

olduğunu göstermektedir. Ancak GSYH'ye oran açısından görece bir durağanlık söz konusudur. Bu durum, ekonomik büyümenin sağlık harcamaları artışını dengelediğini ve harcamaların makroekonomik bağlamda sabit kaldığını göstermektedir. Harcamalardaki bu yapısal dönüşüm, hizmet sunumunun kurumsal ve fiziksel altyapısıyla birlikte ele alındığında daha anlamlı bir çerçeveye oturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin altyapı göstergeleri, hastane sayısı, yatak kapasitesi, nitelikli yatak oranı ve tıbbi cihaz sayılarında kayda değer artışlar olduğunu göstermektedir. Özellikle Sağlık Bakanlığı bünyesindeki yatırımlar, kamu hizmet sunumunun merkezî ve baskın yapısını pekiştirmiştir. Bu durum, kamu maliyesi açısından insan sermayesi yatırımlarının yetersizliğine işaret etmektedir. Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez ve ertelenemez niteliği göz önüne alındığında, bu eksiklikler hizmetin sürekliliği ve erişilebilirliği açısından stratejik bir risk alanı oluşturmaktadır. Hizmet kullanımı göstergeleri, kişi başı hastane müracaat sayısı ve yatan hasta sayısında ciddi artışlar olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın bu artıştaki başarısı, kamu hizmet sunumunun sistemin omurgasını oluşturduğunu teyit etmektedir. Ancak yatak doluluk oranları ve memnuniyet verileri, nicel artışın nitel karşılığını tam olarak bulmadığını göstermektedir. Uluslararası karşılaştırmalarda Türkiye, hizmet kalitesi algısında alt sıralarda yer almaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin yalnızca erişim değil, aynı zamanda kalite ve memnuniyet düzeyinde de yeniden değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sağlık harcamalarının bütçe içindeki payı ve kişi başına düşen harcama düzeyindeki artış, hizmete erişim kapasitesinin genişlediğini göstermektedir. Ancak bu nicel büyüme, insan kaynağı ve teknolojik altyapı göstergeleriyle birlikte değerlendirildiğinde, hizmet kalitesinin aynı ölçüde iyileşmediği görülmektedir. Özellikle hekim ve hemşire sayısındaki yetersizlik, teşhis cihazlarının uluslararası düzeyde düşük yoğunluğu ve memnuniyet oranlarının bölgesel eşitsizlik riski taşıyan yapısı, sağlık sisteminin çıktı odaklı performansını sınırlamaktadır. Bu durum, kamu kaynaklarının tahsisi kadar, bu kaynakların hizmet sunumundaki etkinliğini ve eşitlik ilkesine uygunluğunu da değerlendirme gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın teorik çerçevesinde vurgulanan sağlık hizmetlerinin erdemli mal niteliği, bilgi asimetrisi içeren yapısı ve ikame edilemezliği, elde edilen bulgularla doğrudan örtüşmektedir. Sağlık hizmetlerinin yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde pozitif dışsallıklar üretmesi; kamu müdahalesini zorunlu kılan yapısı ve sosyal devlet ilkeleri

doğrultusunda anayasal güvenceye sahip olması, bu alandaki harcamaların maliye politikalarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, hizmet sunumundaki eşitsizlikler ve kapasite açıkları yalnızca teknik değil, aynı zamanda kamusal sorumluluk düzeyinde ele alınması gereken yapısal sorunlardır. Çalışmanın sunduğu veriler, mali büyüklüklerin hizmet kapasitesiyle ne ölçüde örtüştüğünü sorgulamak açısından kamu maliyesi literatürüne yönetsel bir katkı sunmaktadır.

Genel bir değerlendirme yapıldığında, Türkiye’de sağlık harcamalarının dönüşümü, kamu maliyesi açısından hem kaynak tahsisi hem de sosyal fayda üretimi bağlamında stratejik bir yeniden yapılanma sürecini temsil etmektedir. Ancak bu dönüşümün sürdürülebilirliği, yalnızca mali büyüklüklerle değil; insan gücü kapasitesi, teknolojik altyapı erişimi ve hizmet kalitesi gibi niteliksel göstergelerle birlikte ele alınmalıdır. Bu bağlamda, sağlık politikalarının sürdürülebilirliği, stratejik planlama, katılımcı yönetim ve nitelikli insan gücüne yapılan yatırımlar yoluyla güçlendirildiğinde, kamu kaynaklarının hem verimli hem de toplumsal fayda odaklı biçimde tahsisi mümkün hale gelir.

**Çıkar Çatışmaları:** Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemektedir.

**Veri Kullanılabilirliği Beyanı:** Bu çalışmanın bulgularını destekleyen veriler, talep üzerine ilgili yazarlardan temin edilebilir.

**Kaynakça**

- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Armağan, H. (2022.). *Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Kalkınma: OECD ülkeleri İçin Bir Değerlendirme, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.*
- Çınaroğlu, S., & Şahin, B. (2016). Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 73-86.
- Demirci, B. (2012). *Transformation in the Organizational and Financial Set-Up of the Health Care System in Turkey-Its Repercussions and Similarities With the English Model (Doctoral dissertation, Middle East Technical University (Turkey)).*
- Gül, S. K., & CAN, M. (2025). *Türkiye’de Sağlık Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı.* Zenodo. Erişim: <https://doi.org/10.5281/Zenodo.15084001>
- Gürdal, T., & Yardımcıoğlu, F. (2008). *1996–2006 dönemi Türkiye’de sağlık harcamalarının gelişimi ve OECD ülkeleriyle karşılaştırmalı analizi.* Ed. D. Dileyici, Ö. Özkıvrak, & T. Vural , Kamu Ekonomisi ve Kamu Maliyesi Konferansı Bildiriler Kitabı (Cilt 3, ss. 141–153), Erişim: [https://www.academia.edu/15345875/1996\\_2006\\_D%C3%B6nemi\\_T%C3%BCrkiyede\\_Sa%C4%9Fl%C4%B1k\\_Harcamalar%C4%B1n%C4%B1n\\_Geli%C5%9Fimi\\_ve\\_OECD\\_%C3%9Clkeleriyle\\_Kar%C5%9F%C4%B1la%C5%9Ft%C4%B1rma\\_Analizi](https://www.academia.edu/15345875/1996_2006_D%C3%B6nemi_T%C3%BCrkiyede_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Harcamalar%C4%B1n%C4%B1n_Geli%C5%9Fimi_ve_OECD_%C3%9Clkeleriyle_Kar%C5%9F%C4%B1la%C5%9Ft%C4%B1rma_Analizi)
- OECD. (2019). Health at a glance 2019: OECD indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Öztürk, S., & Uçan, O. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış – Büyüme İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(1), 139-152.
- Sargutan, A. E. (2005). *Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı.* Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), 400-428.
- Seçtim, H. (2019). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme.* Management And Political Sciences Review, 1(1), 117-133.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2008). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008*. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html?Sayfa=2>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2009). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2014). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84956/saglik-istatistikleri-yilligi-2014-yayinlanmistir.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2015). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84957/saglik-istatistikleri-yilligi-2015-yayinlanmistir.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84959/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84965/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019*. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84966/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023*. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>.
- T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü. (2025). *Merkezi Yönetim Bütçe İstatistikleri*. Erişim: <https://www.hmb.gov.tr/muhasebat-genel-mudurlugu-istatistikleri>
- TÜİK. (2009-2012). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2009-2012*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2009-2012-15871>

- TÜİK. (2013). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2013*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2013-16161>
- TÜİK. (2014). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2014*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2014-18853>
- TÜİK. (2015). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2015*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2015-21527>
- TÜİK. (2016). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2016*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2016-24574>
- TÜİK. (2017). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2017*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2017-27621>
- TÜİK. (2018). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2018*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2018-30624>
- TÜİK. (2019). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2019*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659>
- TÜİK. (2020). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2020*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>
- TÜİK. (2021). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2021*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2021-45728>
- TÜİK. (2022). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2022*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2022-49676>

TÜİK. (2023). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023*. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2023-53561>

World Health Organization (WHO). (2021). *World health statistics 2021: Monitoring health for the SDGs*. WHO. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

Yildirim, A. (2018.). *Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama ve İç Müşteri Tatminin Hasta Tatmini Üzerine Etkileri: Bir Kamu Hastanesi Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*

Venkateswaran, S., & Singh, A. K. (2022). *Health System in Turkey: Reforms, transformations, and challenges* (CSEP Working Paper No. 36). Centre for Social and Economic Progress. Erişim: <https://csep.org/wp-content/uploads/2022/09/Health-Systems-in-Transition-TURKEY-1.pdf>