



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**SAĞLIK HARCAMALARI VE YATIRIMLARININ
MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERLE İLİŞKİSİ ÜZERİNE
BİR DEĞERLENDİRME**

Yüksek Lisans Tezi

Serap YILDIRIM

**Sivas
Mart 2020**

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

SAĞLIK HARCAMALARI VE YATIRIMLARININ
MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERLE İLİŞKİSİ ÜZERİNE
BİR DEĞERLENDİRME

Yüksek Lisans Tezi

Serap YILDIRIM

Tez Danışmanı:
Dr. Öğr. Üyesi Merve TUNCAY

Sivas
Mart 2020

KABUL VE ONAY

Üniversite: : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği
Tezin Başlığı : Sağlık Harcamaları ve Yatırımlarının Makroekonomik Göstergelerle İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme
Savunma Tarihi : 02.03.2020
Danışmanı : Dr. Öğretim Üyesi Merve Tuncay
Unvanı - Adı Soyadı : İmza
Jüri Başkanı : Prof. Dr. Rüştü Yayar
Üye : Dr. Öğretim Üyesi Merve Tuncay
Üye : Dr. Öğretim Üyesi Naim Karagöz
Oy Birliği
Oy Çokluğu

Serap Yıldırım tarafından hazırlanan "Sağlık Harcamaları ve Yatırımlarının Makroekonomik Göstergelerle İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme" başlıklı tez, kabul edilmiştir.

.../.../.....

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntuladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

02./03/2020

Serap YILDIRIM



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. SAĞLIK SEKTÖRÜNE KAVRAMSAL BAKIŞ	3
1.1. Sağlık Kavramı	3
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	6
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	7
1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	10
1.2.4. Geliştirici Sağlık Hizmetleri	11
1.3. Sağlık Ekonomisi	11
1.4. Sağlık Yatırımları	14
1.4.1. Sağlık Yatırımlarını Etkileyen Faktörler	17
1.4.2. Sağlık Yatırımlarının Finansman Kaynakları	19
1.5. Sağlık Harcamaları	19
1.5.1. Cari Sağlık Harcamaları	22
1.5.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	24
1.5.2.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi.....	24
1.5.2.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi	25
1.5.2.3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi.....	25
1.5.2.4. Teknolojik Gelişmeler	26
1.5.2.5. Şehirleşme.....	26
1.5.2.6. Yaşam Süresinin Uzaması	27
1.5.2.7. Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler	27
1.5.3. Sağlık Harcamalarının Finansman Yöntemleri	27

1.5.3.1. Vergilerle Finansman.....	29
1.5.3.2. Sosyal Sağlık Sigortacılığı.....	29
1.5.3.3. Özel Sağlık Sigortaları.....	30
1.5.3.4. Cepten Ödemeler.....	31
1.5.3.5. Diğer Yöntemler.....	31
1.5.4. Sağlık Harcama Ölçütleri.....	32
1.5.4.1. Miktarlarına Göre Sağlık Harcamaları.....	32
1.5.4.2. Kaynaklarına Göre Sağlık Harcamaları.....	33
1.5.4.2.1. Devlet Sağlık Harcamaları.....	33
1.5.4.2.2. Özel Sağlık Harcamaları.....	33
1.5.4.3. Harcandığı Hizmetlere Göre Sağlık Harcamaları.....	33
İKİNCİ BÖLÜM.....	35
2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ HARCAMALARI VE YATIRIMLARI.....	35
2.1. 1980 Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi Ve Uygulanan Politikalar.....	35
2.1.1. Türkiye’de 1980 Öncesi Sağlık Yatırımları ve Harcamalarının Gelişimi.....	37
2.2. 1980 Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Uygulanan Politikalar.....	41
2.2.1. Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Yatırımlarının Gelişimi.....	46
2.2.2. Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Gelişimi.....	51
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış.....	57
2.3.1. Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu.....	58
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	61
2.3.2.1. Kamu Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri.....	62
2.3.2.2. Özel Kesim Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri.....	62
2.3.2.3. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri ..	63
2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	64
2.3.3.1. Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Dağılımı.....	69
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	73
3. SAĞLIK HARCAMALARI VE YATIRIMLARININ MAKROEKONOMİK İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME .	73

3.1. Amaç ve Önem	73
3.2. Literatür Taraması	76
3.3. Veri Seti ve Yöntem	84
3.4. Bulgular	86
3.4.1. Sağlık Yatırımları ve Makroekonomik Göstergelerin Karşılaştırmalı Grafiksel Değerlendirmesi.....	90
3.4.2. Sağlık Harcamaları ve Makroekonomik Göstergelerin Karşılaştırmalı Grafiksel Değerlendirmesi.....	103
SONUÇ.....	115
KAYNAKÇA	121
ÖZGEÇMİŞ.....	133



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
IMF	: International Monetary Fund
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüs
OECD	: Organisation For Economic Co-operation and Development/ Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü
OHAL	: Olağanüstü Hal
SDP	: Sağlık Dönüşüm Planı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TÜFE	: Tüketici Fiyat Endeksi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO/DSÖ	: Who World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları.....	9
Tablo 2. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Hizmeti Sunanların Yıllara Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı.....	10
Tablo 3. Türkiye Sağlık Harcamalarının GSYİH'na Oranı.....	12
Tablo 4. Sağlık Harcamalarının Finansmanlarına Göre GSYİH İçinde Dağılımı (Dolar Cinsinden %)	28
Tablo 5. Sağlık Sektörü Sermaye Yatırımları 1963-1980 (Dolar)	40
Tablo 6. Sağlık harcamaları 1965-1980	41
Tablo 7. Yatırım Harcamaları 2000-2017 (Milyon Dolar).....	50
Tablo 8. Sağlık Harcamalarının Oranı 1980-1994	54
Tablo 9. Cari Sağlık Harcamaları ve Bileşenleri 2000- 20017 (Milyon Dolar).....	55
Tablo 10. Türkiye'de İkinci ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler ve Yatak Sayılarının Kurumlara Dağılımı 2017	59
Tablo 11. Sağlık Personelini Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı 2017	60
Tablo 12. Sağlık Finansman Sistemi	67
Tablo 13. Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Dağılımı, (Milyon Dolar)	70
Tablo 14. Değişkenler Tablosu.....	85
Tablo 15. Tanımlayıcı İstatistikler	88
Tablo 16. Pearson Korelasyon Katsayıları Tablosu	90



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Sağlığı Etkileyen Faktörler	5
Şekil 2. Sağlık Ekonomisinin Yapısı	13
Şekil 3. Türkiye Sağlık Yatırımları (Dolar).....	15
Şekil 4. Sağlık Kuruluşlarında Yatırım Kararında Uygulanan Adımlar.....	17
Şekil 5. Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler.....	18
Şekil 6. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%).....	21
Şekil 7. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%).....	61
Şekil 8. Türkiye Sağlık Sisteminde Fonların Akış Şeması 694 Sayılı KHK Sonrası	65
Şekil 9. Seçilen Ülkelerin Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (ABD Doları).....	75
Şekil 10. Seçilen Ülkelerin Yıllara Göre Sağlık Yatırımları (ABD Doları).....	76
Şekil 11. Sağlık Yatırımları/GSYİH ile Enflasyon Göstergeleri.....	93
Şekil 12. Sağlık Yatırımları/GSYİH ile Büyüme Göstergeleri.....	96
Şekil 13. Sağlık Yatırımları/GSYİH ile İşsizlik Göstergeleri.....	99
Şekil 14. Sağlık Yatırımları/GSYİH ile Cari Denge Göstergeleri.....	102
Şekil 15. Sağlık Harcamaları/GSYİH ile Enflasyon Göstergesi.....	105
Şekil 16. Sağlık Harcamaları/GSYİH ile Büyüme Göstergeleri.....	108
Şekil 17. Sağlık Harcamaları/GSYİH ile İşsizlik Göstergeleri.....	111
Şekil 18. Sağlık Harcamaları/GSYİH ile Cari Denge Göstergeleri.....	114



ÖZET

Toplumun sağlık seviyesi sosyal ve ekonomik kalkınmanın önemli belirleyicilerindendir. Bu sebeple sağlık hizmetleri insan ve toplum için öncelikli hizmetlerden birisini oluşturmaktadır. Devletler toplumların refah düzeylerine katkı sağlayabilmek için sağlık harcamaları ve sağlık yatırımları yapmaktadır. Sağlık yatırım ve harcamaları ülkeler için sadece toplumsal düzeyde değil ekonomik düzeyde de büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada sağlık sektörü, sağlık yatırımları ve harcamaları hakkında bilgiler verilmiştir. Daha sonra Türkiye’de ait 1980 öncesi ve sonrası dönemde, kamu ile özel sektör tarafından gerçekleştirilen sağlık yatırımları ve harcamaları açıklanmıştır.

Bu tez çalışmasının amacı farklı sağlık sistemleri uygulayan seçilmiş ülkelerdeki 2000-2016 yıllarına ait sağlık yatırım ve harcamalar ile makroekonomik göstergeler arasındaki etkileşimin istatistiksel yöntemlerle incelenmesidir. Türkiye, Fransa, Kanada, ABD, Birleşik Krallık ve Şili’ ye ait işsizlik, cari denge/GYSİH, enflasyon ve büyüme değişkenleri makroekonomik göstergeler olarak ele alınmıştır. Çalışmaya ait veriler OECD ve World HealthOrganization- Global Health Expenditure Database’den alınarak oluşturulmuştur.

Araştırma sonucunda, sağlık harcamaları/GSYİH’nin; enflasyon ile arasında negatif, cari dengeyle de pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan, sağlık yatırımları/GSYİH oranı ile büyüme, enflasyon ve işsizlik değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir korelasyon olduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Yatırımları, Sağlık Harcamaları,



ABSTRACT

The health level of a society is one of the important determinants of social and economic development. Hence, healthcare services are among the primary services for people and society. States tend to make health expenditures and health investments in order to contribute to the welfare of society. Health investments and expenditures are of great importance for countries not only at the social level but also at the economic level. This study presents information about the health sector, health investments and expenditures. After that, health expenditures and investments that were realized by both the public and private sector for the periods before and after 1980 in Turkey are explained.

The aim of this thesis study is to evaluate the interaction between health investments and expenditures with the macroeconomic indicators in the selected countries having different health systems for the period of 2000-2016. The variables of unemployment, current account balance/GDP, inflation and growth are taken into account as macroeconomic indicators for Turkey, France, Canada, USA, United Kingdom and Chile. The data of the study were obtained from OECD and World Health Organization-Global Health Expenditure Database.

As a result, it is determined that health expenditures/GDP has a negative and statistically significant correlation with inflation and a positive correlation with current account balance. On the other hand, there is a statistically significant and negative correlation between the health investments / GDP ratio and the variables of growth, inflation and unemployment.

Keywords: Health Investments, Health Expenditures,



GİRİŞ

Tarih boyunca tüm insanların en temel ve vazgeçilmez amaçlarından biri sağlıklı bir yaşam sürdürmektir. Toplumların varlıklarını sürdürebilmeleri açısından sağlıklı bir nesle sahip olmaları gerekir. Toplumun kalkınabilmesi için sağlıklı bir nesil önemli bir faktördür. Bir ülkede sağlık sistemleri, sağlık yatırımlarının ve harcamalarının yapısını ortaya koyarken belirleyici unsur olması nedeniyle öncelikle ülkede sunulan sağlık hizmetleri ve sağlık sistemi hakkında bilgi sahibi olunması gerekmekte daha sonra sistemin içerisinde gerçekleştirilen sağlık yatırımları ve harcamaları hakkında açıklamalarda bulunmaktadır.

Üç bölümden oluşan çalışmada sağlık yatırım ve harcamalarının seçili ülkeler ile ekonometrik yöntemlerle analiz edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın amacı farklı sağlık sistemleri kullanan ülkelerin sağlık yatırımları/GSYİH ile sağlık harcamaları/GSYİH'nin enflasyon, büyüme, işsizlik ve cari dengeyle arasında makroekonomik açıdan ilişkilerinin olup olmadığını ortaya koymaktır. Bir ülkenin yaptığı sağlık yatırımlarının harcamalarını ve sağlık sektörüne ayırdığı kaynaklarını bilmesi ülkeler arası ve sektörler arası kıyaslama yapılabilmesi yatırımlar ile harcamaların amaca uygunluğunun belirlenmesi açısından önemlidir.

Birinci bölümde sağlık sektörü, sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisine dair genel bilgiler verilmektedir. Ayrıca sağlık yatırımları ve harcamaları, bunları etkileyen faktörleri, finansman kaynakları ile ölçütlerinin neler olduğu açıklanmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümü, Türkiye'deki sağlık yatırımlarının ve harcamalarının 1980 öncesi ve sonrası olarak gelişimleri ile uygulanan politikalara dair bilgiler aktarılmıştır. Daha sonra Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin mevcut durumu, sağlık hizmetlerinin sunumunu, finansmanı ve finansman kaynakları hakkında bilgiler verilmiştir.

Ekonometri analizinin yapıldığı üçüncü bölümde ise ilk olarak amaç belirtilerek literatür taraması yapılmıştır. Daha sonra farklı sağlık sistemleri uygulayan 6 ülke (Türkiye, Fransa, Kanada, ABD, Birleşik Krallık, Şili) için kullandıkları sağlık sistemleri hakkında genel bilgiler verilerek seçilmiş olan

makroekonomik değişkenlerle (enflasyon, büyüme, işsizlik, cari denge) sağlık yatırımları ve harcamalarıyla aralarında ilişkinin var olup olmadığına bakılmıştır.

Sonuç bölümünde ise sağlık yatırımları/GSYİH'nin; enflasyon ile negatif yönde orta düzeyde bir ilişki, büyüme ile negatif yönde bir ilişki, işsizlik ile negatif yönde zayıf bir ilişki ve cari denge ile arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunduğu ulaşılmıştır. Diğer yandan sağlık harcamaları/GSYİH'nin; enflasyon ile arasında negatif yönde zayıf bir ilişki, büyüme ile arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki, işsizlik ile negatif yönde zayıf bir ilişki ve cari dengeyle ise orta dereceli ilişki bulunduğu tespit edilmiştir.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK SEKTÖRÜNE KAVRAMSAL BAKIŞ

1.1.Sağlık Kavramı

Toplumlar, var olduğu andan beri hayatta kalabilmeleri için savaş vermektedirler. Gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin ortak amacı toplumların hayatta kalabilmesidir. Hayatta kalabilmeyi başaran toplumların diğer amacı ise sağlıklı olarak hayatlarını sürdürebilmeleridir. Sağlık günlük hayatın kaynağıdır. “Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuz diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur” (Witter 2002: 4). Sağlık bu sebeptendir ki önemi tartışılmaz bir kavramdır. Sağlıkın temel özelliği ise vazgeçilemeyen bir servet olmasıdır (WHO 1981: 19).

Sağlıklı olmak, bireyler açısından genel ifadeyle herhangi bir hastalığın ya da belirtisinin olmayışı olarak tanımlanır. Sağlık çalışanları açısından ise sıradan bir yakınma ya da normal durum seyrinin değişmesi hali hastalık olarak kabul edilmekte iken insanlar rahatsızlık hissetmedikleri yakınmaları hastalık olarak tanımlamamaktadırlar (Öztek 2001: 294). Göreceli bir kavram olan sağlık kavramının tanımlanmasında değişiklikler bulunmaktadır. Genel olarak sağlık, hastalığın ya da sakatlığın olmama durumu olarak tanımlanırken en geçerli tanımı Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ-WHO) kuruluş anayasasında kullanılan sağlık tanımıdır. DSÖ (WHO)’nün 1948’deki tanımına göre “sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil; bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik durumudur” denilmektedir.

Sağlıklı olmak ve sağlıklı bir şekilde yaşamak insanların için vazgeçilmez ve en temel haktır. Bir kişinin hasta olması sadece onu etkilemez. Hastalığın hastaya, ailesine ve topluma karşı birçok olumsuz etkisi vardır. Sağlam bir toplum, sağlıklı bireylerle mümkündür (Tıraş 2018: 32). Ayrıca sağlık, hayatın sürdürülebilmesinde, korunmasında, kaliteli yaşam oluşturulmasında ve artırılmasında oldukça önemlidir.

Sağlığın değerlendirilmesi gereken diğer bir nokta ise bir ülke için en kıymetli sermaye insan olmasıdır. Kişilerin sağlık durumlarının iyileştirmesi ve sürdürülebilir hale getirilmesi, devletlerin sosyal hedefleri arasında yer almaktadır.

Sağlık, bireylerin ekonomik ve sosyal refahları açısından önemli bir belirleyicidir. Toplumun sağlık düzeyinin gelişmiş olması beşeri sermayenin gelişimi ve verimliliğinin artmasını sağlarken ülke kalkınmasına olumlu katkıda bulunmaktadır (Taban 2006: 33). Bu açıdan sağlıklı olmak bireyin mutluluğunda önemli bir faktör olduğu gibi beşeri sermaye ve ekonomi için de önemlidir.

Sağlıklı olmanın yanı sıra devamlılığının sağlanması oldukça önemlidir. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması tek başına sağlık sektörüne ait bir konu olmamaktadır. Sağlıklı bir toplumun söz konusu olabilmesi için ekonomik ve sosyolojik çevrelerin mutlak surette birbirleri ile ilişkili olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynağını ekonomik çevreler oluştururken çevrede fiziki ve biyolojik şartların insan sağlığı üzerinde oluşturabilecekleri negatif etkilerinin giderilmesi açısından ise sosyolojik çevreler önlem almalıdır. (Yıldırım 1994: 10).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yapmış olduğu sağlık tanımından yola çıkarak sağlığın çok yönlü bir kavram olduğu ve birbirleri ile iç içe olan birden fazla faktörden etkilendiği görülmektedir. Bireylerin sağlık durumunun gidişatını bu faktörler doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Söz konusu ilişkide Henrik L. Blum (1974) tarafından sağlık statüsünün neler olduğuna dair bütüncül bir bakış açısı oluşturulmuş ve bunun sonucunda da başlıca dört faktör ortaya çıkmıştır (Somunoğlu 2012: 6): çevre, yaşam tarzı, kalıtım (genetik) ve sağlık (bakım) hizmetleri. Blum (1974), sağlığı etkileyen faktörlerde ön planda çevrenin olduğunu ardından sırayla yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetlerinin geldiğini belirtmiştir. Sağlığı etkileyen bu temel faktörler; politik sistem, ekonomik sistem, nüfus, kültürel sistem, ekolojik denge vb. birçok sistemin etkisi altında bulunmaktadır (Somunoğlu 2012: 6). Şekil 1'de dört temel faktörün birbiriyle olan etkileşimi görülmektedir.



Şekil 1. Sağlığı Etkileyen Faktörler

Kaynak: Schulz ve Johnson 2003: 18

a. Çevre: Bireyin sağlığını direkt ya da dolaylı yoldan etkileyen canlı organizmaların hayatlarını devam ettirebilmeleri için gerekli olan dış güçlerin tamamı olarak ifade edilir (Somunoğlu 2012: 7). Çevre ise kendi içinde biyolojik, fiziksel ve sosyal çevre olarak üçe ayrılmaktadır.

Biyolojik Çevre: Mikroorganizmalar, mantarlar, vektörler, alerjenler, hayvansal ve bitkisel zehirler biyolojik çevreyi oluşturur.

Fiziksel Çevre: İklim, toprak yapısı, hava kirliliği, atıklar, su kaynakları vb. faktörlerden oluşmaktadır (Ünal 2017: 4).

Sosyal Çevre: İnsan sağlığını direkt veya dolaylı yoldan etkileyen, kişilerin birbirleriyle ilişkilerini sağlamaya aracılık eden faktörlerdir (Ünal 2017: 4).

b. Yaşam Tarzı: Sağlık statüsünü etkileyen en önemli faktörler biri de yaşam tarzıdır. Yaşam tarzı, bireyin kendi bakış açısına göre oluşturduğu değer, tutum, davranış ve alışkanlıkları kapsamaktadır (Ünal 2017: 4).

c. Kalıtım: Hastalıkların ya da hastalıklı genlerin kuşaktan kuşağa aktarılmasına sağlayan faktördür (Somunoğlu 2012: 8). Bireyin genetik özellikleri

çevresel ve davranışsal faktörlerin etkileşimi sonucunda sağlık düzeyini belirleyebilmektedir.

d. Sağlık (Bakım) Hizmetleri: Bireylerin sağlıklarının korunması, hastalıklarının tedavi edilmesi, azalan fiziksel ve ruhsal becerilerinin rehabilitasyonu amacıyla sunulan hizmetlerin tümünü ifade etmektedir. Hastalığa yakalanmadan önlem alınması, hastalığın teşhis ve tedavisinin hızlı ve doğru bir şekilde yapılması, kaza veya kalıcı hastalıklar sonucunda bireyin topluma tekrar kazandırılması, sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık statüsü üzerinde çok önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir (Ünal 2017: 6).

1.2. Sağlık Hizmetleri

Bireylerin en büyük hazinesi sağlıktır. Sağlık sektörü; sağlığın elde edilmesi, geliştirilmesi ve devamlılığının sağlanması amacıyla sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten tüm kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıdır. Sağlık sektöründe odağında sağlığın olduğu bütün faaliyetleri sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Bireylerin hastalık oluşması ya da hastalığın herhangi bir belirtisi durumunda sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları ortaya çıkar. Bununla birlikte sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın yeri, zamanı, miktarı ve kimlere ne ölçüde sunulacağı bilinmemektedir (Tıraş 2018: 35).

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 2. maddesinde de "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetleridir" (Resmi Gazete, 1961) denmektedir.

WHO ise sağlık hizmetlerini; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi ya da hastalığın tanı ve tedavisi ile ilgili gerçekleştirilen tüm hizmetleri içeren, aynı zamanda hasta kişilerin teşhis, tedavi ve rehabilitasyonuna katkıda bulunmayı ya da sağlığını geliştirmeyi amaçlayan hizmetler olarak nitelendirilmektedir (WHO, 2016).

Sağlık kuruluşları sağlığa yönelik çeşitli birçok hizmet sunan kuruluşlardır. Sağlık hizmetleri; amacına, sağlık sorununa, sağlık hizmeti sunan servislere göre değişik biçimlerde sınıflandırılabilir. Bunlar koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve geliştirici sağlık hizmetleri olmak üzere 4 de ayrılmaktadır.

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu hizmetler, kısa ve uzun sürede kişilerde ve toplumda oluşabilecek hastalık yapıcı veya sağlığı bozucu etkenleri en alt düzeye indirerek ve bu şekilde sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak yaşam standardını artırıp geliştirmeyi amaçlayan hizmettir (Akdur 2006: 13). Koruyucu hizmetler, hastalık ya da sakatlık hali oluşmadan önce, risklere karşı uygulanan bir mücadele yöntemidir ve bundan dolayı da devlet tarafından sunulması zorunludur. Ülkelerin sağlık sistemlerine bakıldığında koruyucu sağlık hizmetlerinin diğer hizmetler açısından daha önemli bir konumda olduğu görülmektedir. Çünkü korumak, tedavi etmeye göre düşük maliyetli ve insan sağlığına olan etkisi yüksektir (Altay 2007: 34). Koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelikli olmasının temelinde yatan görüş de budur.

Koruyucu sağlık hizmetleri sadece kişilere sunulan bir hizmet türü olmamakta ve çevreye yönelik hizmetleri de bulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ilk basamağını oluşturan bu hizmetler kişiye ve çevreye yönelik olarak sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı merkezleri, dispanserler vb. kurumlar tarafından verilmektedir (Somunoğlu 2012: 11).

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireyler günlük hayatlarında bazı kazalarla, yaralanmalarla ve hastalıklarla karşı karşıya kalarak sağlıklarında bir takım bozulmalar meydana gelmektedir. Bu tür hizmetler, sağlık durumunu kaybeden veya sağlığı bozulan bireylerin önceki sağlıklı hayat seviyelerine geri dönmelerini sağlamak için sunulmaktadır. Tedavi edici hizmetler; hekim sorumluluğu, ekip yaklaşımı ve teknolojinin kullanılmasıyla gerçekleştirilmektedir. Tedavi edici hizmetler tümü sağlık sektöründe ve insan gücüyle sunulan hizmetlerdir (Akdur 2006: 25). Bu açıdan tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu hizmetlere göre büyük bir çalışma ve organizasyon gerektirmektedir. Bu hizmetler tamamen bireye yönelik ve kişisel fayda ön planda olduğu için bu ise

tedavi edici hizmetleri koruyucu hizmetlerinden ayıran temel farkıdır. Ayıran diğerk nokta ise maliyetlerinin yüksek ve pahalı hizmetler oluşudur.

Tedavi edici hizmetlerin sunumunda yatarak ve ayakta tedavi sağlık hizmeti yöntemleri kullanılmaktadır. Ayrıca bu hizmetler birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerine ayrılmaktadır (Somunoğlu 2012: 5).

a. Birinci Basamak

Hastaların sağlık kuruluşlarına gelmeden evde veya da ayakta teşhis ve tedavisi için sunulan hizmetlerdir. Tedavi edici hizmetlerin basamakları arasında göreceli olarak az yoğun bilgi birikimi ve teknoloji gerektiren kısımdır. Sağlık ocağı, ana çocuk sağlık merkezi, özel muayenehaneler bu hizmetlere örnektir.

Tablo 1. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Sağlık Ocağı	5.055	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	21.175	21.384	21.696	24.428	25.198
Aile Sağlığı Merkezi	-	6.756	6.829	6.902	7.636	7.774
Toplum Sağlığı Merkezi	-	971	970	970	970	972
Sağlık Evi	2.899	5.594	5.572	5.544	5.419	5.320
AÇSAP Merkezi	298	183	182	182	181	177
Verem Savaş Dispanseri	277	177	179	181	180	177
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	134	132	156	159	166
112 Acil Yardım İstasyonu	481	2.072	2.186	2.323	2.400	2.618
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	83	83	83	83	83

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, 2018

Tablo 1’de yıllara göre birinci basamak sağlık kuruluşların sayısı gösterilmektedir. 2002 yılından sonra sağlık ocağı aile hekimliklerine dönüştürülmekte halk sağlığı laboratuvarlarının ise son yıllarda ortaya çıktığı görülmektedir. Genel olarak birinci basamak sağlık kuruluşları sayısı artış göstermektedir (Tablo 1).

b. İkinci Basamak

Birinci basamakta teşhisi veya tedavisi yapılamayan hastalıkların buradan sevki yapılarak belirli branşlar da uzmanlaşmış sağlık personellerinin görev yapmış olduğu teknik donanıma sahip yataklı veya yataksız sağlık kuruluşlarında sunulan

sağlık hizmetidir (Aydın 2004: 46). Genel hastaneler, üniversite hastaneleri, yataklı sağlık kuruluşları gibi kuruluşlardır.

c. Üçüncü Basamak

Yüksek nitelikte sağlık personelin ile ileri teknolojinin kullanıldığı, eğitim ve araştırma hizmetlerinin sunulduğu yapılanmalar veya belirli branş üzerine uzmanlaşmış hastane hizmetlerini oluşturmaktadır (Ünal 2013: 93). Genellikle birinci ve ikinci basamakta tedavi sunulamayan hastalar üçüncü basamak hizmetlere yönelmektedir. Eğitim araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, kalp hastaneleri, onkoloji hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları merkezleri üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır (Somunoğlu 2012: 12).

Tablo 2. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Hizmeti Sunanların Yıllara Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Birinci Basamak	74.827.588	220.252.781	219.205.605	214.564.156	215.990.739	235.135.618
2. ve 3. Basamak	134.138.461	410.068.343	424.786.425	445.535.291	469.718.440	483.789.191
Genel Toplam	208.966.049	630.321.124	643.992.030	660.099.447	685.709.179	718.924.809

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, 2018

Tablo 2’de tedavi hizmeti sunulan basamaklarda hekime olan müracaat sayısı verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunun birinci, ikinci ve üçüncü basamaklar haline getirilerek hekimlere olan müracaatın daha iyi ve dengeli bir şekilde dağılımı görülmektedir (Tablo 2).

1.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, hastalık veya kazalar sonucunda bedensel ve ruhsal yönden sağlıklarında bozulmalar olmuş bireylerin başka bireyler bağımlı olmadan hayatlarını ikame edebilmeleri için yapılan sağlık hizmetlerinin tümünü kapsamaktadır (Ateş 2011: 16). Rehabilitasyon hizmetleri; tıbbi, sosyal, eğitsel ve

mesleki faaliyetler aracılığıyla kaza ve hastalık sonucu sakatlanan bireylere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010: 22)

Rehabilitasyon hizmetleri 2'ye ayrılmaktadır. Bunlar;

a. Tıbbi Rehabilitasyon

Kişilerin bedenlerinde oluşan kalıcı bozuklukları gidermek ve yaşam kalitelerini yükseltmek açısından sunulan sağlık hizmetleridir. İşitme, görme, ekstremitte protezlerinin kullanılması gibi kusurları en alt seviyeye indirgeme faaliyetleri örnek olarak verilebilir (Hayran, Sur 1998: 28).

b. Sosyal Rehabilitasyon

Sakatlık durumu veya da özrü olan kişilerin başka bir bireye ihtiyaç duymadan günlük hayatlarını sürdürebilmeleri için iş bulma, iş öğretme, işe uyum sağlama gibi faaliyetleri oluşturmaktadır (Hayran, Sur 1998: 28).

1.2.4. Geliştirici Sağlık Hizmetleri

Geliştirici sağlık hizmetleri, bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki hakimiyetlerini arttırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir (Erten 2016: 14). Bireylerin sağlık durumunu yüksek seviyeye çıkarabilme açısından sağlanan hizmetler olup bu konuda temel sorumluluk bireyin kendisine aittir (Kısa 2002: 45).

1.3. Sağlık Ekonomisi

Modern tıbbın henüz olmadığı zamanlarda hasta kişilere sunulan sağlık hizmetleri bir nevi yardım niteliğindedir. Tıp biliminin gelişip sağlık hizmetlerinin çeşitlilik kazanmasıyla bu hizmetlerin önemi artmış ve bunları sunan farklı sistemler oluşmuştur. Zaman içerisinde sağlıklı toplumun ve sağlığın önemi giderek artmış ve sağlık çitasını yukarı seviyelere çıkarabilmek açısından insanlar kaynak aramaya başlamışlardır. Kaynakların etkin ve verimli bir biçimde kullanılması görüşü artmaya başlayarak sağlığın sadece sosyal yönü değil, ekonomik yönünün de var olduğu düşüncesi hâkim olmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde mevcut kaynaklarla ihtiyaçların en üst seviyede karşılanabilmesi için ekonomi ile ilişkilendirilebilecek

hastane hizmetleri, özel sağlık hizmetleri, hastalıkların maliyetleri gibi konuların ekonomik olarak incelenmesi zorunlu hale gelmiştir (Akın 2007: 11-12).

Sağlık ile beraber sağlık hizmetleri de birçok toplum için ekonomik ve sosyal yönü bulunan bir sorun haline gelmiştir. Sağlık sektörünün büyüklüğüne bağlı olarak ekonomi bilimi için de sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin şeklinde gelişmesi doğal bir sonuçtur (Çelik 2011: 50).

Tablo 3. Türkiye Sağlık Harcamalarının GSYİH'na Oranı

	2000	2003	2006	2009	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Toplam Sağlık Harcaması (Dolar)	13.133	16.273	30.582	37.483	41.170	44.322	43.324	38.543	39.602	38.555
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ye Oranı (%)	4,8	5,2	5,6	5,8	4,7	4,7	4,6	4,5	4,6	4,5

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr, 10.01.2017

Tablo 3'te yıllara göre sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranları verilmektedir. Toplam sağlık harcaması verileri TÜİK'ten alınan TL cinsinden veriler ile Merkez Bankasından alınan yıllık dolar kuru verileri kullanılarak dolar cinsinden hesaplanmıştır. Toplam sağlık harcamasında 2013 yılına kadar artış meydana gelirken daha sonraki yıllarda dalgalanmalar olduğu, toplam sağlık harcaması GSYİH oranında ise azalma eğilimi göstermektedir (Tablo 3).

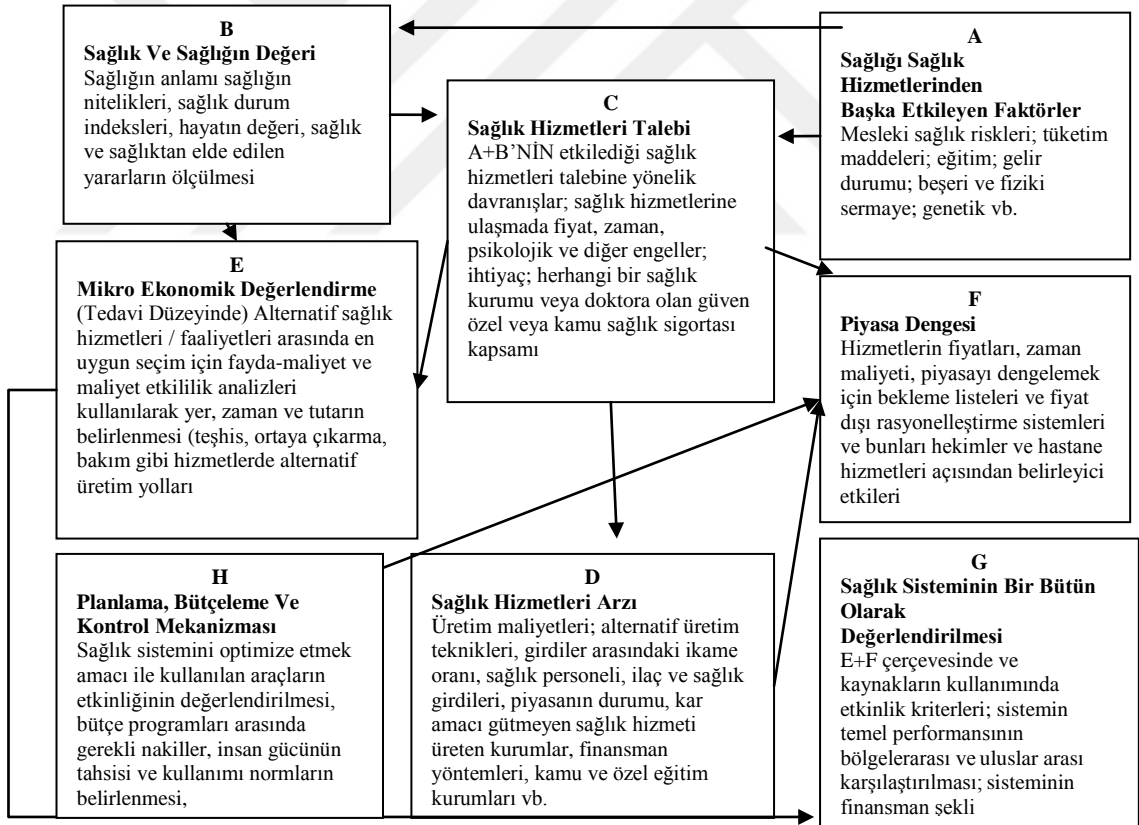
Sağlık ekonomisinin en temel amacı, her çeşit sağlık hizmetini üretmek için kısıtlı kaynakların en verimli bir biçimde kullanarak sağlık alanındaki en iyi çıktıyı etkin ve verimli bir biçimde sağlamaktır (Akın 2007: 31).

Sur'a göre (2011: 9) sağlık ekonomisi aşağıdaki sorulara cevap aramakla var olmaktadır:

- Sağlığı ne gibi etkenler belirlemektedir?
- Sağlığın anlamı ve değeri kimlere ne ifade ediyor?
- Sağlık hizmetlerinin arzı ve hizmetlere talep nasıl ortaya çıkıyor?

- Tanı ve tedavi işlemleri düzeyinde mikro ekonomik faaliyetlerin değerlendirilmesinden ne sonuçlar çıkıyor?
- Sağlıkla ilgili pazar dengeleri nasıl ve ne noktada oluşuyor?
- Sağlık hizmetlerinin planlanması, bütçelenmesi ve izlenip değerlendirilmesinde ne gibi teknikler kullanılacaktır?
- Sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda kamu ve özel kuruluşların payları nedir, bunların hizmet verdikleri kitleler hangileridir ve bu kitlelerin ihtiyaçları ne ölçüde karşılanmaktadır?

Sağlık ekonomisinin yapısı, temel unsurları ve aralarındaki ilişki Şekil 2’de gösterilerek açıklanmaktadır (Mutlu, Işık 2002: 16-19) (Şekil 2).



Şekil 2. Sağlık Ekonomisinin Yapısı

Kaynak: Mutlu, Işık 2002: 21

Sağlık ekonomisinde hizmetin kim tarafından aktarılacağı, hizmeti sunanlara ücretlerinin ödenme metotları, finansman kaynakları ve hizmetin ne şekilde sunulacağı sağlık politikaları ile belirlenir. Sağlık kuruluşları hizmetlerinin sunumu için kamu, özel sektör ve sivil toplum kurumlarının çalışmaları sağlık politikaları içerisinde yer almaktadır. Sağlık kavramı geniş bir şekilde tanımlandığında sağlık hizmetlerindeki faktörler belirlenerek politikaların ortaya çıkarılması gerekmektedir. Ulusal sağlık politikaları oluşturulurken ülkenin sosyal ve ekonomik yapısı, finansmanı, beşeri yapısı, çevre politikaları, bireylerin eğitim seviyeleri, teknolojik alt yapılar ve bireylerin ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca sağlık hizmetlerini kimlerin üretilip aktaracağı, nasıl finans edileceği, bireylere nasıl ulaşacağını bilmesi önemlidir. Oluşturulacak politikaların evrensel antlaşmalara, anayasaya, insan haklarına aykırı ve onur zedeleyici olmaması gerekmektedir (Ateş 2011: 116-117).

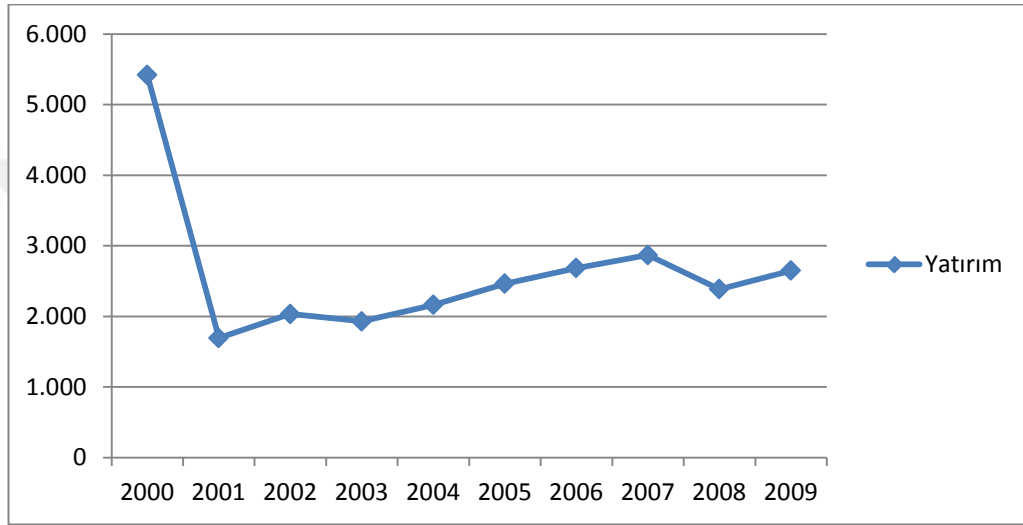
Tüm ülkelerde sağlık politikaları oluşturulurken belirli bir plan ve amaç doğrultusunda hareket edilmektedir. Politikalar oluşturulurken sağlık hizmetlerinin en etkin ve hakkaniyetli bir şekilde sunulabilmesi, herkesin ihtiyaç anında bu hizmetten kolayca yararlanabilmesi, bireylerin sağlığını koruyabilmek ve iyileştirebilmek hedeflenmektedir (Mutlu, Işık 2005: 55).

1.4. Sağlık Yatırımları

Sağlık sistemi ve sağlık sektörünün yapılandırılması ve geliştirilmesi açısından sağlık yatırımları ve projeleri sürekli olarak önemli bir yer oluşturmaktadır. Sağlık yatırımı veya projesi denildiği zaman özellikle hastaneler, sağlık kurum ve kuruluşlarında satın alınan büyük veya küçük ölçekli teknoloji alımından, bina bakım onarım yatırımlarına ve sağlık tesislerinin bina yatırımlarına, şehir hastane kompleksleri gibi büyük çaplı birçok sağlık projelerini kapsayabilmektedir.

Yatırım; önceden belirlenmiş bir alanda hedeflenen bir getiriyi elde etmek amacıyla belirli bir zaman dilimi içerisinde birikimlerin yatırım araçlarına bağlanması, ek tesis yapılması, mal veya hizmet üretim olanaklarının artırılması anlamına gelmektedir. Yatırım harcamalarının amacı ekonomide sermaye birikimini sağlama ve üretim kapasitesini arttırmaktır. Türk Bütçe Sistemi'nde yer alan yatırım harcamaları; yapı, tesis ve büyük onarım giderleri, makine-teçhizat

alımları ve onarımları, taşıt alımları gibi sınıflara ayrılmaktadır. Ödemeler sağlık hizmetlerinde yeni bir hastane yapımı, yeni bir cihaz alımı, bina fiziki iyileştirmeleri vb. şeklinde yapılıyor ise sağlık hizmetleri açısından yatırım harcaması olarak nitelendirilmektedir (Hazman, Küçükilhan 2012: 139-140). Şekil 3'te zaman içerisinde yapılan sağlık yatırımları gösterilmektedir. Sağlığa yapılan yatırımlara her geçen gün daha fazla önem verilerek yapılan yatırım miktarı artmıştır (Şekil 3).



Şekil 3. Türkiye Sağlık Yatırımları (Dolar)

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr, 10.01.2017

Sağlık sektöründe asıl amaç gelir elde etmekten ziyade Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) belirttiği gibi insanların bedensel, zihinsel ve toplumsal olarak tam bir iyilik halinin gerçekleşmesini sağlamaktır. Bu devirde insanların daha bilinçli olması, ömürlerinin uzaması gibi nedenlerle devletleri yönetenlerin yatırım yaparken daha dikkatli davranmalarını gerektirmektedir. Dikkatli davranılarak yapılan seçicilikten sağlık yatırımları da olumlu veya olumsuz etkilenebilmektedir. (Kobelt 2010: 1-6). Yarı kamusal bir mal ve hizmet olan sağlık hizmetlerinin önceliği daha sağlıklı, huzurlu ve yaşanılabilir bir toplum için gereklidir. Sağlık harcamaları sadece sağlık hizmetleri sunmak için yapılmamaktadır. Bu harcamalar ile beraber sağlıklı birey sayısında artış olarak ekonomiye işgücü olanağı sağlanabilecektir. Yapılan

yatırımların insan sağlığına olan etkilerinin yanında ekonominin diğer sektörlerine de etkileri olmaktadır.

Sağlık sektöründe de diğer sektörlerde olduğu gibi projelerin öncelikle sağlık ihtiyaçları başta olarak ülkenin veya bölgenin sağlık öncelikleri etrafında kararlaştırılması gerekmektedir. Sağlık sektörü için yapılacak olan yatırımlar veya projeler daima öncelikli olmalıdır (CIMA 2010). Düşünce haline de olan projelerin proje sürecinin çevrilmesi gerekmektedir. Proje yönetim süreciyse 4D modeline ile aşığıda özetlenebilmektedir (Maylor 2010: 32). Bu model sağlık yatırım projelerinin yönetimi açısından da değerlendirilebilmektedir.

1. Projeyi tanımla (Define it)

- Paydaşlar, strateji ve başarı
- Projenin başlangıç aşaması

2. Projeyi dizayn et (Design it)

- Zaman planlaması
- Zaman planlamasının yeniden düşünülmesi
- Paydaşlar ve kalite
- Risk ve fırsatlar maliyeti

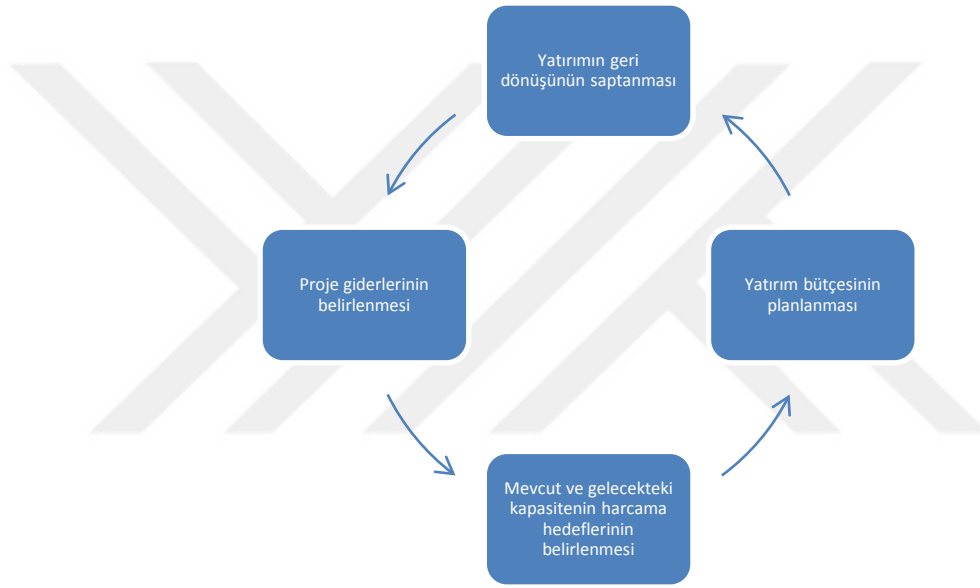
3. Projeyi yap (Do it)

- Proje organizasyonu: yapılar ve takımlar
- Projelerde liderlik ve yönetim
- Kontrol
- Tedarik zinciri sorunları

4. Projeyi geliştir (Develop it)

- Projenin tamamlanması ve değerlendirilmesi
- Projenin performansını geliştirme

Sağlık kuruluşlarında yatırım projeleri karar aşamaları; mevcut durum, kapasite ve harcama hedeflerinin belirlenmesi, yatırım bütçesinin planlanması, yatırımın geri dönüşümünün saptanması ve proje giderlerinin belirlenmesi şeklinde dört aşamadan oluşmaktadır. Her bir aşama için sağlık yöneticileri ve finansal yöneticiler önemli kararlar vermek zorundadırlar. Yapılan yatırımların geri dönüşü göz önüne alınarak yatırımların kararları verilirken sağlık kuruluşları Şekil 4’de gösterilen yolları takip etmektedir. Uygulamada bu adımlar, yatırımların büyüklüğü ve özelliği dikkate alınarak genişletilip detaylandırılabilir (HFMA 2004: 8) (Şekil 4).



Şekil 4. Sağlık Kuruluşlarında Yatırım Kararında Uygulanan Adımlar

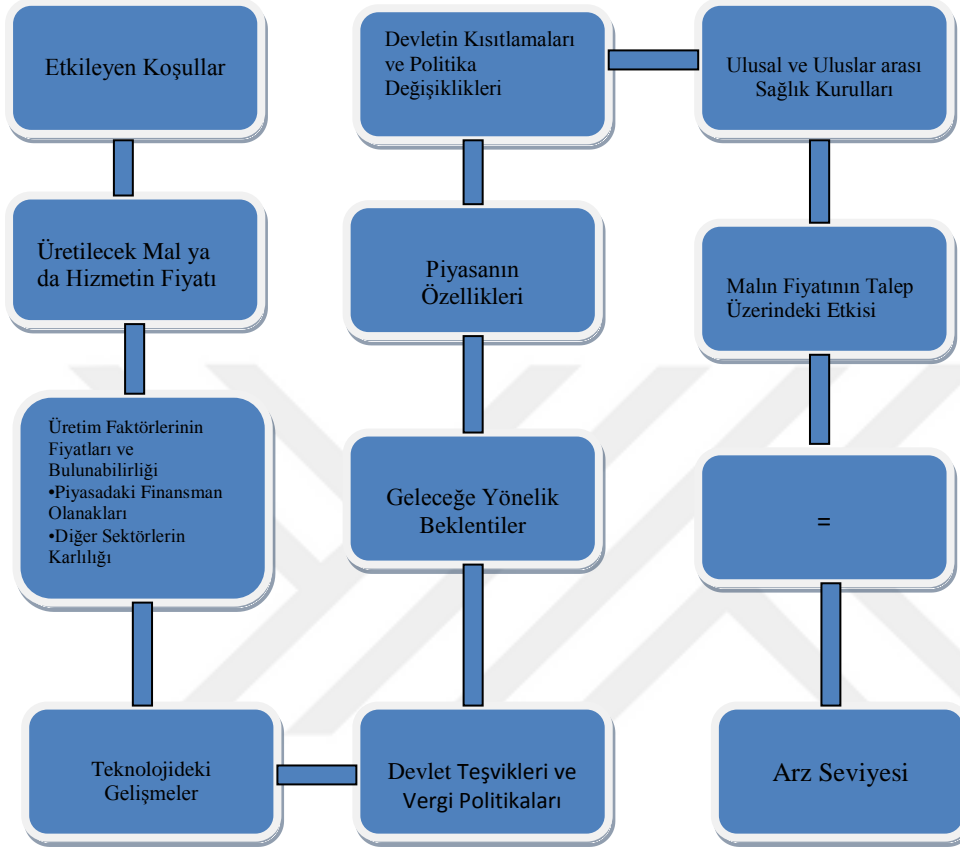
Kaynak: HFMA, 2004: 18

1.4.1. Sağlık Yatırımlarını Etkileyen Faktörler

Yeni hastanelerin inşa edilmesi, sağlık birimlerindeki hizmet kapasitelerinin artırılması, yeni teçhizatların alınması ve teknolojik imkânların kullanılması şeklindeki yatırımlar sağlık hizmetlerinin arzını artırır. Sağlık hizmetleri arzının artmasıyla mevcut talebi karşılayacak yatırımların yapılması kaçınılmaz olmaktadır.

Şekil 5’te sağlık hizmetleri arzını etkileyen faktörleri gösterilmektedir. Üretilecek malların ya da hizmetlerin fiyatlarını, teknolojideki değişimler, üretim faktörlerinin bulunabilirliği, devlet politikaları, piyasanın özellikleri, ulusal ve uluslar

arası sağlık kurumlarının bilinçlendirme politikaları, fiyatın talep üzerindeki etkisi gibi faktörler arz düzeyini belirler (Şekil 5).



Şekil 5. Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler

Kaynak: Ferhat Sayım, Sağlık Piyasası ve Etik MKM Yayınları, s:108

Sağlık hizmetlerinin fiyatlarındaki değişmelerle beraberinde ortaya çıkan kârlılık, hizmeti arz eden doktor, hemşire vb. ihtisas eğitim kurumlarına olan ihtiyacı de etkileyecektir. Bu eğitim kurumlarının sayıca artışı ya da azalışı sağlık hizmetlerini arzını etkileyecektir (Sayım 2011: 108).

Sağlık hizmetlerinin arzını belki de en çok etkileyen faktörlerden biri de teknolojidir. Hasta bireylere yeni tedavi olanağı teknoloji sayesinde sunulabilmektedir. Geleceğe olan beklenti ve devletin sağlık sektörüne müdahalesi, ulusal ve uluslararası sağlık kurumları sağlığın arzını etkileyen diğer faktörlerdir.

1.4.2. Sağlık Yatırımlarının Finansman Kaynakları

Sağlığa yapılan yatırımlarda devletin yapmış olduğu harcamaların finansmanı merkezi devlet, yerel devlet ve sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmaktadır. Harcamanın finansmanı üç kurum tarafından karşılanıyor gibi olsa da ağırlıklı kısmının merkezi devlet tarafından karşılandığı görülmektedir. Özel kesim sağlık yatırımlarının finansmanı ise hane halkları ve diğer kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından karşılanmaktadır. Ülkelere göre farklı finansman kaynakları sağlanabilmektedir. Örneğin Kanada’da ulusal sağlık sigortası modeli uygulanmakta, modelde özel sağlık hizmeti sunucuları kullanılmakta fakat devlet tarafından işletilen ve vatandaşlar tarafından vergi ve prim ödemesi yoluyla finansı karşılanan sistemdir.

1.5. Sağlık Harcamaları

Son yıllarda sağlık ile ekonomi kavramları bir arada söylenmeye başlamıştır. Bir ülkede sağlıklı bir topluma olması; ekonomisinin güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp sürdürülebilmesi için gereklidir. Sağlıklı toplum ise bir anlamda nitelikli insan kaynağıdır ve kalkınma için önemlidir (Karagöz, Tetik 2009: 2). Sağlıklı bir toplumun varlığından bahsedebilmek için ise toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin var olup hizmetin verilmesi gerekmektedir. Bu hizmetlerin karşılanıp sunulabilmesi için yapılan bütün harcamalara sağlık harcamaları denilmektedir. Sadece sağlığın bozulması durumunda sağlığı yeniden elde etmek için yapılan harcamalar değil, aynı zamanda aşılama, cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amacını benimseyen tüm koruma harcamaları ile beslenme gibi geliştirme amaçlı harcamalar da “sağlık harcaması” olarak tanımlanmaktadır (Ünal 2017: 11).

Sağlık ekonomisinin en önemli problemlerinden birisi hangi harcamaların sağlık harcaması içerisinde sayılacağı konusudur. Bir yandan tıbbi bakım, diğer taraftan kozmetik uygulamaları (saç ektirme, estetik amaçlı operasyonlar, yağ aldırma vb.) ile rekreasyon aktiviteleri (fitness, kaplıca uygulamaları vb.) hatta gıda, içecek, barınma gibi harcamalarının sağlık harcamalarına nasıl dahil olduğunu belirleyecek bir sınırı tanımlamak zordur (Tıraş 2018: 52). Sağlık Bakanlığı’nın (2006: 12) yaptığı tanımlamaya göre sağlıkta araştırma geliştirme, sağlık eğitimi, çevre sağlığı hizmetleri, gıda, hijyen, içme suyu harcamaları da sağlık harcamalarına

dahil edilmektedir. Ancak bu harcamalar uluslararası karşılaştırmalarda kullanılmamaktadır.

Bir ülkeye ait sağlık harcamaları o ülkedeki ekonomik gelişmeyi direkt bir biçimde etkileyen harcamalar şeklinde ifade edilir. Sağlık sektörü eğitimle beraber bir şekilde önceliği bulunan sektörler arasında mutlak surette yer almalıdır. Sağlık harcamalarını kolay ve sırandan bir tüketim harcaması gibi görmek yanlıştır. Sağlık harcaması emeğin verimliliğini arttırmamasından dolayı aynı zamanda yatırım harcaması olarak nitelendirilmektedir (Gülcan 2008: 24).

Ekonomik kalkınmada büyük bir öneme sahip olan sağlık harcamaları, günümüzde önemi daha da artarak ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre çeşitlilik göstermektedir (Akar 2014: 311). Sağlık sektörüne tahsis edilen finans kaynaklarının sınırlı olması ile son dönemlerde ülkelerin bu alanlara daha fazla kaynak ayırması konusunda etki oluşturmuştur. Bu durum, aynı zamanda mevcut olan kaynakların verimli ve etkin kullanımına ek olarak alternatif seçeneklerin de dikkate alınmasını gerektirmektedir (Mutlu, Işık 2012: 208). Sağlığa yapılan harcamaların birçok farklı türde olması da bu durumu tetiklemektedir.

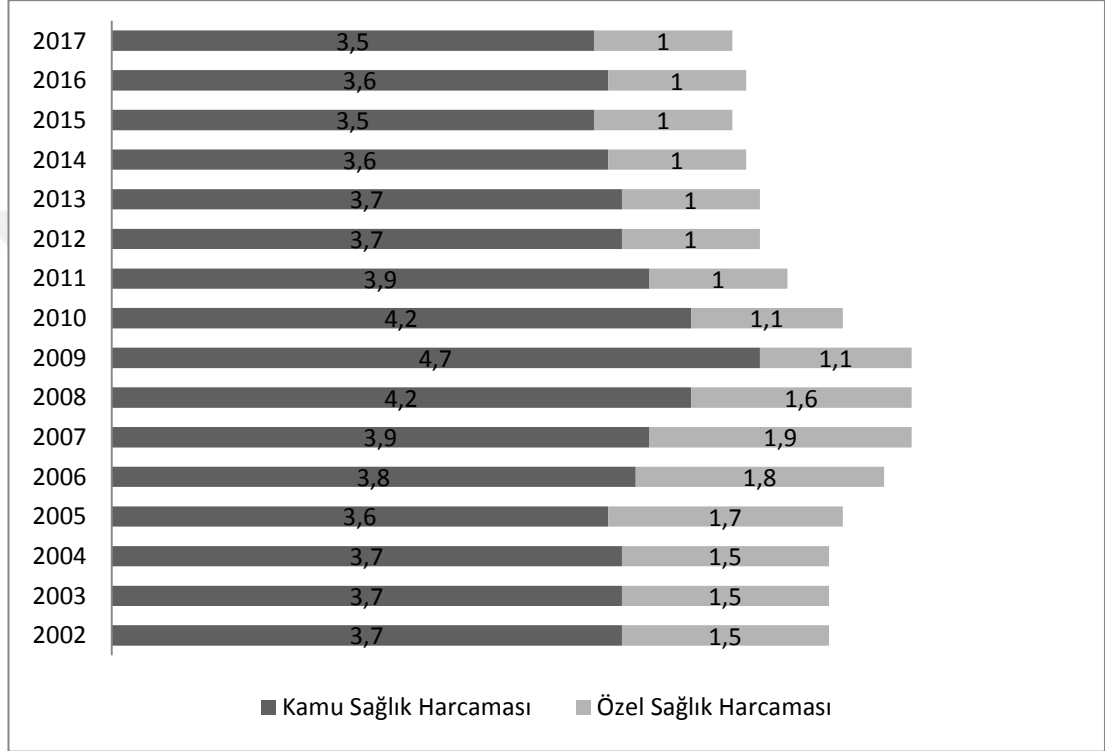
Sağlık harcamaları ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre farklılık gösterse de hemen hemen tüm ülkelerde önemli harcama kalemlerinden birini oluşturmaktadır (Kurşun, Rakıcı 2014: 78). Özellikle gelişmiş ileri teknolojiye sahip ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan payların az gelişmiş veya gelişmekteki ülkelere oranla daha çok olduğu gözlenmektedir (Akar 2014: 311).

Sağlık harcamalarının devlet bütçelerinde ve toplam harcamalarda sürekli artan bir paya sahip olması ile alana olan ilgi sürekli olarak artmıştır. Ayrıca sağlık harcamalarının ülkelerin gayri safi yurt içi hâsıla (GSYİH)'sı içinde önemli bir pay işgal etmelerinin yanında, bu harcamaların adaletli dağılımı ve etkinliği de araştırmacıların ilgi odağı haline gelmiştir (Yazıcı 1994: 13-14).

Ülkelerin yapmış oldukları sağlık harcamaları ulusal düzeyde karşılaştırılırken dünya genelinde kabul edilmiş standart tanımlamalar yapılmıştır. Bu standartlardan en yaygın olanları kişi başına düşen sağlık ve ilaç harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranları ve ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içerisindeki payıdır. Bu şekilde de belirli zaman dilimleri içinde harcamalarda

meydana gelen değişiklikler ve eğilimler farklı ülkelerin harcama değerleriyle karşılaştırılabilir (Smith 1998: 35).

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO)'na göre bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH'nın en az yüzde 5'i olması gerektiğini belirterek bunu gelişmemiş ya da gelişmeye devam etmekte olan ülkelerin önüne bir hedef olarak koymuştur (Akin 2007: 29).



Şekil 6. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği Yıllığı 2017, 2018

Şekil 6'da yıllara göre sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı değişim göstermektedir. Gerek kamu gerek özel sektör tarafından sağlık harcamaları karşılaştırılmaktadır. GSYİH içindeki sağlık harcamaları payı daha yüksekken 2017 yılında %4,5'a gelerek Türkiye'nin hala gelişmekte olan ülke statüsünde olduğunu göstermektedir (Şekil 6).

Dünya genelinde sağlık harcamaları hızlı olarak artmaktadır. Ülkelerin kamu harcamalarının oldukça önemli bir kısmını sağlık harcamaları meydana

getirmektedir. Buna bağlı olarak sağlık harcamalarının altında yatan nedenlerin belirlenmesi büyük bir öneme sahiptir (Karagöz 2015: 23).

1.5.1. Cari Sağlık Harcamaları

Toplam sağlık harcaması iki kısma ayrılarak yatırım ve cari harcamalardan oluşmaktadır. Cari yatırım harcamaları ise hastaneler, evde hemşirelik bakımı, ayakta bakım sunanlar, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi, genel sağlık yönetimi ve sigorta, sınıflandırılmayan diğer giderler olarak ayrılmaktadır.

Cari sağlık harcamaları çoğunluğu devamlılık arz eden, etkileri geçici olan ve bir defada kullanılıp tüketilen mal ve hizmetler için yapılan sağlık harcamalarıdır. Tüm tedavi, rehabilitasyon, koruyucu ve sağlığı geliştirici, yardımcı tıbbi hizmetlerle bu hizmetlerin yönetimi ve topluma sunulabilmesi için gerekli ilaç, tıbbi malzeme, personel, yönetim, hizmet alımı ve tıbbi tetkikler için yapılan sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Cari sağlık harcamalarının içerisinde en büyük paya ilaç harcamaları ve personel giderleri sahiptir. Cari sağlık harcamaları da kendi içinde genel devlet ve özel sağlık harcamaları olarak ayrılmaktadır. Bu ayırım aynı zamanda sağlık harcamaların finansmanında kullanılan fonların kaynağını da göstermektedir (Tıraş 2018: 121).

Cari harcamalar řu şekilde sınıflandırılabilir (Atasever 2014; 20-21):

- ✓ **Personel Giderleri:** Sağlık sektöründe çalışan personel için yapılan maaş, ek ödeme, nöbet ücretleri, sosyal güvenlik katkıları ve yolluk harcamalarından oluşmaktadır.
- ✓ **Hizmet Alım Giderleri:** Sağlık sektöründe hizmet alım yöntemi ile istihdam edilen personele ait giderler ile bunların kullandığı malzeme harcamalarından (temizlik malzemesi, yemek malzemesi vb.) oluşmaktadır. Laboratuvar ve görüntüleme hizmet alım giderleri dâhil değildir.
- ✓ **İlaç Giderleri:** Perakende ilaç harcamaları ile sağlık hizmet sunucularında tedavi gören vatandaşlar için kullanılan ilaç ve Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen aşı harcamalarından oluşmaktadır.

- ✓ **Tıbbî Malzeme Giderleri:** İyileştirmeyi tek başına sağlamayan, teşhis, tedavi ve bakım amaçlı işlemlerin yapılması esnasında tek sefer ya da sınırlı sayıda kullanılmaya mahsus tıbbî malzemeler ile ortez ve protezler için yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır.
- ✓ **Tıbbî Tetkik (Laboratuvar ve Görüntüleme) Giderleri:** Sağlık sektöründeki laboratuvar ve görüntüleme kapsamında yapılan hizmet alım giderleri dâhil tüm laboratuvar ve görüntüleme harcamalarından oluşmaktadır.
- ✓ **Yönetim Giderleri:** Sağlık hizmeti sunan kamu-özel sağlık tesislerinde (merkezi yönetim birimleri ve birinci basamak dâhil) yönetim, planlama, örgütleme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarını yerine getirmek için gerçekleştirilen sağlık harcamalarını kapsar.
- ✓ **Kanuni Yükümlülükler:** 2013 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı döner sermayeli işletmelerin tahsilatlarından Sağlık Bakanlığınca alınan %5 pay (üniversitelerle ortak kullanılan hastaneler için %2,5), Sağlık Bakanlığına ve bağlı kuruluşlara bağlı döner sermayeli işletmelerin tahsilatlarından hazineye ödenen %1 pay, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların döner sermayeli işletmelerinin gayri safi hasıladan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına ödedikleri %1 pay, damga vergisi, zorunlu mesleki sigorta vb. giderleri ile üniversite sağlık tesislerinin döner sermaye tahsilatlarından hazineye ödediği %1 pay, üniversite sağlık tesislerinin döner sermaye tahsilatlarından üniversite araştırma fonuna ödedikleri %5 pay (Sağlık Bakanlığı ile ortak kullanılan hastaneler için %2,5) ve zorunlu mesleki sigorta ile özel kuruluşların ödediği vergiler ve zorunlu mesleki sigorta harcamalarından oluşmaktadır.
- ✓ **Diğer Cari Giderler:** Sağlık hizmet sunucularının kırtasiye, yakacak, akaryakıt, tekstil malzemesi, elektrik, su, ulaştırma, haberleşme, kira vb. harcamalarından oluşmaktadır.
- ✓ **Sınıflandırılmayan Cari Giderler:** Diğer sayılanlar dışında kalan cari sağlık harcamalarını oluşmaktadır.

1.5.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Günümüzde ülkeler kalkınma planlarında kısıt olan kaynakların etkin ve verimli kullanılabilmesi açısından yapılan tüm harcamaları ekonomik olarak analiz etmekte ve harcamaların amaca ulaşmış olup olmadığını sorgulamaktadır (Akin 2007: 31). Sağlık harcamalarının son dönemlerde gelişmiş ülkeler başta olmakla beraber birçok ülkede GSMH'deki payı artış göstermektedir. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının artış hızı, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere oranla fazla görülmektedir (Boz, Sur 2015: 25).

Gelişmiş, gelişmekte olan veya az gelişmiş tüm ülkelerde sağlık harcamalarındaki yükselişin sebepleri genel olarak birbirlerine yakındır. Bu nedenler ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler şeklinde sıralanabilir (Hansen, King 1996: 127). Dünya ülkeleri sağlık harcamalarının artışı gerçeği ile karşı karşıyadır. Bu kapsamda birçok ülkelerde kamuya ait harcamalarının önemli bir payını sağlık harcamaları oluşturmakta bu büyüklüğün nedenlerini belirlemek de önem taşımaktadır. Sağlık harcamalarını artıran veya etkileyen faktörler ayrı başlıklar halinde incelenebilir.

1.5.2.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Ülkelerin gelirleri ve üretimleri yükseldikçe insanlar yaşamlarını daha kolay ve rahat sürdürebilecek hizmetler talep etmektedirler. Devlet veya diğer kurumların temel hizmetleri garanti altına alması ile bireylerin temel ihtiyaçları dışında olan mal ve hizmetlere taleplerini artırmaktadır. Kişilerin gelirlerinde artış oldukça yaşam standartlarının kaliteli bir şekilde olması için sağlık hizmetlerine olan talepleri de artmaktadır (Karagöz 2015: 24).

Kişi başına düşen gelirin az olduğu ülkelerde hastalıkların oldukça sık görülmesi olağan bir durumdur. Gelirin az olması nedeniyle temel sağlık hizmetleri karşılanamaz ve oluşan hastalıklar kronik hale dönüşerek tedavinin uzamasına ve maliyetin artmasına neden olur. Geliri yetersiz bireyler sadece kamunun sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinden faydalanırken geliri yüksek olan bireyler hem kamu hem de özel sektör sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bu ise bireylerin hizmetten en yüksek seviyede yararlanır ve sağlık harcamalarında artışa neden

olabilmektedir. Kişisel gelirdeki bir birimlik artış olduğunda talep edilen kamu hizmetlerinde bu daha fazla artış olarak yansımaktadır (Mutlu, Işık 2012: 218).

Milli gelirin artması ile kişisel gelirden artmakta bununla beraber gerek kamu gerekse özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerine olan talebin ve sağlık harcamalarının artmasına sebep olmaktadır. Ayrıca milli gelirin artması hükümetlerin yapacakları sağlık hizmetleri için gerekli olan fonlara daha kolay sahip olmalarına neden olmakta, bu da hükümetlerin sağlık hizmetleri için yapacakları harcamaların artmasına sebep olmaktadır (Mutlu, Işık 2012: 218).

1.5.2.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Toplumu oluşturan kişilerin eğitim seviyelerinin artması ve buna bağlı olarak sağlık bilinç seviyesinin gelişmesi, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmaktadır (Mutlu, Işık 2012: 220). Bireylerin eğitim seviyelerinde yaşanan artışla beraber bireyler sağlık sektöründe oluşan gelişmelerden daha çok haberdar olup kaliteli sağlık hizmeti talep etmeye yönelmektedir. Yapılan çalışmalarda toplumu oluşturan bireylerin sağlık statüleri ile yaşam standartları arasında bir ilişkinin var olduğu anlaşılmakta ve bireylerin yaşam tarzlarının sağlık durumlarını etkilediği görülmektedir. Artan tıbbi kaynaklar ve eğitim seviyesinin yükselmesi insan sağlığını tıbbi hizmetlerin tüketim yönünden artması yolu ile etkilemektedir (Mutlu, Işık 2012: 220). Sağlıklı bir yaşam için eğitilmiş olan bireyler her türlü besinsel ve fiziksel faaliyette bulunmaktadır (Cura 2012: 31). Ayrıca tıptaki gelişmelerin yanı sıra hastalıklarla mücadele yöntemlerinin çeşitliliğinin artması ile farkındalığı bulunan kesimlerin yeni hizmetlere olan taleplerini artırmaktadır (Newhouse, 1978: 83). Eğitimin artması ile birlikte sağlık bilinci artmakta ve çağımızda sağlık endüstrisi büyümekle beraber en karlı sektör haline gelmektedir (Mutlu, Işık 2012: 220).

1.5.2.3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Herkes tarafından kabul görmüş genel sosyal değer yargıları küreselleşen dünyada hızla değişime uğramaktadır. Geçmiş dönemler de genel kabul görmüş değerler yerini ihtiyaçlar doğrultusunda yeni görüşlere vermektedir. Sağlık harcamaları konusundaki görüşler de zamanla değişmektedir. Geçmiş toplumlarda

lüks olarak görülen bazı mal ve hizmetler günümüzde vazgeçilmez bir hale geldiği gibi daha önce lüks olarak tanımlanan sağlıkta teşhis yöntemleri de artık vazgeçilemez bir hale gelmiştir (Işık 1998: 79). Sıradan sağlık problemleri incelenirken dahi söz konusu insan sağlığı olduğu için mali değeri yüksek teşhis yöntemleri kullanılabilir. Toplumun sağlık konusunda yaşadığı kaygılar bu harcamaların ardındaki nedenlerdendir. Ayrıca eğitim seviyesinin artması her şeyden haberdar olmayı sağlamış olumsuz getiri olarak ise hayat kaygısını ortaya çıkarmıştır (Akın 2007: 33).

1.5.2.4. Teknolojik Gelişmeler

Teknolojideki ilerlemeler tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanı açısından da izlenmektedir. Sağlık hizmetleri yerine getirilirken ihtiyaç duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanların elde edilmesi oldukça fazla maliyet gerektirir (Tokalaş 2006: 29).

Sağlık problemlerinin çözümü açısından ihtiyaç duyulan teknolojik gelişmelerin uzun süren çalışma ve araştırmalara dayanması maliyetleri, dolayısıyla da harcamaları yükselten bir nedendir. Bu iki nedene bakıldığında sağlık sektöründe teknolojik gelişmeler önem taşımakta ve bununla ilgili harcamaların da büyümesine neden olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca teknolojik gelişmeler sonucu elde edilen ürün ve makinelerin kullanılması, bunları kullanacak kalifiye personelin yetiştirilmesi ve bunların bakım maliyetleri de teknolojik gelişmelerin neden olduğu artışlardandır (Mutlu, Işık 2002:149).

1.5.2.5. Şehirleşme

Ekonominin gelişmesi ile sanayileşmenin artışının getirmiş olduğu önemli sonuçlardan biri şehirleşme olgusudur. İnsanların üretimde daha etkin olmaları sonucu birlikte yaşama zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Bir arada yaşayan insan sayısında ki artış ile sunulan sağlık hizmetlerinin de artışını gerektirmektedir. Kentleşmenin bulunduğu her yerde sağlık kurumlarının yeterli sayıda bulunması, gerekli personelin, ilacın ve teknolojinin bulunması ve altyapı çalışmalarının olması gerekmektedir. Eğer ki aksi halde herhangi bir salgının ortaya çıkması çok sayıda

insanı etkiler ve büyük nüfus kayıplarına neden olabilir. Beraberinde bu da sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır (Mutlu, Işık 2005: 216).

1.5.2.6. Yaşam Süresinin Uzaması

Yaşlı nüfusun her geçen gün yükselmesi sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır (OECD 2005: 90). Dünya genelinde gelişmiş ülkelerin nüfusunun her geçen gün yaşlılığın arttığını ve bunun sağlık alanındaki gelişmelerin etkisiyle devam edeceği anlaşılmaktadır (Tıraş 2018: 58).

Bireylerin yaşam sürelerini uzunluğu, ülkede bulunan sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi ve bu hizmetlerden yararlanabilme imkânlarına bağlıdır (Karagül 2002: 69). Gelişmiş ülkelerde yaşam standartlarına bağlı olarak ortalama yaşam süresinin yükselmesi ve yaşlı nüfusun artması sağlık bakım hizmetlerine olan talebi artırmakta, bu da hem hizmet miktarını hem de sağlık harcamalarını artırmaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzaması sağlık harcamalarını artırdığı gibi sağlık hizmetlerinin ve sağlık harcamalarının artması da ortalama yaşam süresini artırmaktadır (Tıraş 2018: 58).

1.5.2.7. Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler

Dünya genelindeki demokratik yapılarda oluşan değişimler ve teknolojiye ilerlemelerle beraber dünyada hızlı bir küreselleşme süreci başlamıştır. Bu gelişmelere paralel olarak ülkelerden ziyade bireylerin özgürlükleri daha da ön plana çıkmıştır. Demokratik sistemlerin yaygınlaşmasıyla geniş kesimler isteklerini daha rahat açıklama olanağına sahip olmuş ve bununla beraber de siyasal yapıyı etkileme imkânı bulmuşlardır. Dolayısıyla bireylerin özgürlükleri ve hakları artmış, bununla birlikte de halkın devletten olan beklentisi yükselerek daha fazla hizmet beklemiştir (Işık 1998: 80). Ayrıca demokratik sistemlerin yaygınlaşması özellikle orta sınıf seçmeni kamu harcamalarında oluşan artışın temel belirleyicisi haline getirmiştir.

1.5.3. Sağlık Harcamalarının Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı oldukça geniş bir kavramdır ve genel olarak sağlık sektöründeki finansal kaynakların etkin hale getirilip kullanılmasını ifade etmektedir. Sağlık harcamalarının temel amacı bütün bireylerin sağlık hizmetlerine

finansal yönden erişebilmesi için sürdürülebilir kaynak oluşturmaktır. Devletler, toplumların sağlığını iyileştirmekle beraber sağlığın veya hastalığın maliyetine karşı finansal olarak koruma sağlayıp toplumu tedavi etmek için sağlık hizmetlerine finansman sağlamaktadır. Ayrıca finansal olarak koruma sağlarken kaynakların verimli bir biçimde kullanılması, adaleti gözetmek ve kaynak oluştururken aynı zamanda bireylerin yoksullaşmasını engellemek gibi hedefleri de bulunmaktadır (İstanbulluoğlu, Güleç, Oğur 2010: 89). Ülkelerin hizmetlere dair finansman yöntemlerini belirlerken uygulanabilirlik, sosyo-ekonomik gelişme düzeyi, mali kapasite, sürdürülebilirlik, hakkaniyet, verimlilik, kolay ulaşılabilirlik gibi bazı temel unsurları göz önüne almaları gerekmektedir (Tatar 2011: 106-107).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri beş başlıkta toplanabilir. Bunlar; vergilerle finansman yöntemi, sosyal sağlık sigortacılığı, özel sağlık sigortacılığı, cepten ödemeler ve diğer yöntemlerdir. Tablo 4'te sağlık harcamalarının GSYİH içindeki dağılımı dair vergi oranları, sigorta primlerinin oranları ve cepten yapılan ödeme oranları gösterilmiştir. 2003 yılında vergiler, sigorta primleri ve cepten ödemelere bakıldığında GSYİH içindeki toplam oranları 5.06 iken 2016 yılında toplam oran düşerek 4.31 seviyesini bulmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık Harcamalarının Finansmanlarına Göre GSYİH İçinde Dağılımı
(Dolar Cinsinden %)

	Vergiler	Sigorta Primleri	Cepten Ödemeler	Toplam
2003	3.60	1.46	0.96	5.06
2004	3.56	1.40	1.00	4.96
2005	3.35	1.59	1.20	4.94
2006	3.57	1.62	1.23	5.19
2007	3.63	1.65	1.26	5.28
2008	3.82	1.44	1.01	5.26
2009	4.46	1.08	0.80	5.54
2010	3.94	1.11	0.85	5.05
2011	3.71	0.98	0.74	4.69
2012	3.54	0.93	0.71	4.47
2013	3.45	0.95	0.74	4.40
2014	3.37	0.97	0.77	4.34
2015	3.23	0.91	0.70	4.14
2016	3.38	0.93	0.71	4.31

Kaynak: OECD Health Statistics, Health Spending, 2017

Tablo 4'te harcamaların finansmanlarına göre GSYİH içindeki payları verilmiştir. 2003 yılından 2016 yılına kadar bakıldığında her yıl düzenli olarak en fazla oranda vergiler daha sonra sigorta primleri gelirken en sonda cepten ödemeler yer almaktadır. Toplam GYİSH içindeki dağılımına bakıldığında ise belirli bir periyoda sahip olmadığı dalgalanmalı olduğu görülmektedir (Tablo 4).

1.5.3.1. Vergilerle Finansman

Vergi, devletin kamu hizmetlerini karşılamak üzere kişilerden ve kuruluşlardan zorunlu olarak kanun yoluyla toplanan paralardır (Çulha 2019: 24). Vergiler özel ve genel vergiler olmak üzere iki şekilde oluşmaktadır. Genel amaçlı vergiler gelir vergisi, akaryakıt vergisi gibi çeşitli amaçlarla kullanılmak üzere toplanırken özel amaçlı vergiler (tütün, alkollü içecekler gibi ürünlerde) belirlenen amaçlar dışında kullanılamamaktadır. Genel amaçlı vergilerin en önemli avantajları geniş bir gelir tabanı oluşturması ve sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında tercih yapmaya olanak sağlamasıdır. Özel amaçlı vergiler, sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir (İstanbuluoğlu ve diğ. 2010: 93). DSÖ üyesi olan 191 ülkenin 106'sında sağlık harcamalarının finansmanın en önemli kaynağı vergilerdir. Vergi ödeme zorunluluğunun olması ve miktarının fazla olması vergilerin finansman kaynağı olarak kullanılmasının avantajları arasında yer almaktadır (Çelik 2013: 174-175). Vergilerle finansman yönteminde bireyler sağlık hizmetleri karşılığında ödeyecekleri parayı vergiler yoluyla ödemekte ve bu hizmetlerin tüm giderleri kamu bütçesinden karşılanmaktadır. Bazı ülkelerde kişiler sağlık hizmeti alırken belirlenen katkı payı dışında herhangi bir ek ödeme yapmamaktadır. Bu yöntemde sağlık hizmetlerini sunanlar ile bu hizmetten yararlananlar arasında karşılıklı bir para ilişkisi bulunmamaktadır (Çulha 2019: 24).

1.5.3.2. Sosyal Sağlık Sigortacılığı

Sigorta, yapılan belirli ödemelerle gelecekte karşılaşacak herhangi bir tehlikeden kaynaklanan zararların güvence altına alınmasıdır. Sosyal güvenliğin sağlanması açısından sigortalar, sosyal sigortalar ve özel sigortalar olarak ikiye ayrılmaktadır (Orhaner 2014: 97-98). Dayanışma ilkesi çerçevesinde kişilerin korunmasını sağlamak sosyal sigortaların esas amacıdır. Bu sebeple sağlık statüsü ve riskleri ile ödeyecekleri primler arasında herhangi bir ilişki kurulamamaktadır. Başka

bir ifadeyle bireylerin sağlık riskleri fazla ise daha çok prim, eğer düşükse de daha az miktarda prim ödemesi söz konusu değildir. Sosyal sigorta yönteminde kişilerin geliri esas alınarak sigorta kapsamında olan çalışanlardan, devletten ve işverenlerden kurallar dahilinde prim ödemesi beklenmektedir. Elde edilen tüm bu gelirler bir havuzda toplanmakta ve daha sonra sağlık hizmetine ihtiyaç duyan sigortalı, eşi ve çocukları bu biriken primler ile sağlık giderleri ve tedavi masrafları karşılanmaktadır.

Sosyal sigorta yönteminin en avantajlı yönü düzenli ve öngörülebilir bir finansman sağlamasıdır (Tatar 2011: 116). Bu yöntemin önemli özellikleri ise sigorta üyeliğinin zorunlu olması, bireysel risk ile ilişkilendirilmeden işveren, işçi ve devlet katkılarından oluşması ve genellikle bağımsız ve yarı özerk kurumlar tarafından yönetilmesi şeklinde sıralanabilir (Çelik 2013:179). Vergilerle finansman yönteminde olduğu gibi bu finansman yönteminde de sağlık hizmeti üretenler ile hizmetten yararlananlar arasında yüz yüze herhangi bir para ilişkisi yoktur (Çulha 2019: 24).

1.5.3.3. Özel Sağlık Sigortaları

Herhangi bir sosyal güvenlik kurumunda kaydı olup olunmadığına bakılmaksızın sigortası bulunan kişinin hastalıklar ve kazalar sonucu meydana gelecek sağlık giderlerinin karşılanması için oluşturulmuş kişiye ait özel bir sigorta türüdür. Öngörülmeven sağlık harcamaları ile gelir kayplarını önlemek için çalışan özel sağlık sigortalarında kurumlar karşılaşılabilecek sağlık risklerine karşı sigorta yapmakta ve bu da gerek kişinin gerekse sigorta şirketinin karşılıklı isteklerine bağlı gerçekleşmektedir. Özel sağlık sigortaları, vergilere dayalı ya da sosyal sağlık sigortalarının karşılamadığı kısmı karşılar ya da destekler niteliktedir veya daha özel hizmet almak isteyenlerin tercih ettiği sistemdir. Bireyler sosyal statülerine ve ekonomik güçlerine göre tercih ettikleri özel sağlık sigortalarına göre aylık ödemeler yapmaktadır. Prim kapsamı ve teminat paketi tamamen kişiye özgü olup yasa, tüzük ve yönetmelikler kapsamında düzenlenen sözleşmenin taraflarca imzalanmasıyla belirlenmektedir. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyulması halinde hizmet bedeli imzalanan sözleşme dahilinde sigorta şirketi tarafından karşılanmaktadır. Bireysel riske göre prim hesaplanma yöntemi en çok kullanılan prim yöntemidir. Bu yöntemde kişiye özel prim ve sigorta olduğu için adalet ve eşitlik göz önüne alınmaz.

Yani herhangi bir hastalığı (diyabet, tansiyon gibi) olan bireylerin tedavisi yüksek maliyet gerektiriyorsa veya da hasta olma riski çok olan (sigara, alkol kullananlar gibi) bireylerden fazla prim talep edilmektedir (Çulha 2019: 21).

Sağlık hizmeti alınan kurumla yüz yüze para ilişkisi bulunmamaktadır. Özel sağlık sigortası sağlayan kurumlara ödemeler yapılarak ihtiyaç halinde sağlık hizmetlerinden faydalanılmaktadır.

1.5.3.4. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler bireylerin ihtiyaç duyduğu herhangi bir sağlık hizmetini satın alırken bedelini o anda ceplerinden karşılayarak yaptıkları harcamalardır. Bu yöntem doğrudan bir finansman yöntemidir ve para toplamanın en basit ve en sade şeklidir. Sağlık hizmetinden yararlanan bireyler ile bu hizmeti üretenler arasında doğrudan ve yüz yüze bir para ilişkisi vardır. Bu yöntemden o anda parası olanlar hizmetten yararlanabilecekleri için hem riskten koruma hem de hakkaniyet açısından en olumsuz sonuçlara neden olan yöntemdir. Cepten ödeme yöntemi bireylerin herhangi bir hastalık riskine karşı finansal güvence sağlamamaktadır (Çulha 2019: 26-27).

Cepten harcamalar; doğrudan harcamalar, kullanıcı katkıları ve informal ödemeler olarak üç grupta şekillenir. Doğrudan ödemeler, sosyal sağlık sigortası kapsamı dışında kalan bütün hizmetlerdir. Kullanıcı katkıları, güvence kapsamında kalan hizmetlerin kullanımı esnasında yapılan ödemelerdir. İnfomal ödemeler ise güvence kapsamı içinde olan hizmetler için yapılan ve yasal olmayan ödemeleri ifade eder (Ünal 2017: 23).

1.5.3.5. Diğer Yöntemler

Sağlık hizmetleri finansmanı yöntemlerinde yer alan uygulamada ise çok kullanılmayan başka yöntemler de vardır. Bunlar “tıbbi tasarruf hesapları”dır. Yeni bir yöntem olarak ilk kez 1984 yılında Singapur’da uygulanmaya başlanmıştır. Bireyler, hane halkı ve firmaların kendi banka hesaplarına para yatırarak ve bu yatırdıkları paraları sadece sağlık giderleri için kullanmaları esasına dayanmaktadır. Diğer bir yöntemde kar amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlar aracılığıyla finansın sağlanmasıdır (Ünal 2017: 24).

1.5.4. Sağlık Harcama Ölçütleri

Toplumdaki sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi amacıyla ortaya çıkan hem bireysel hem de toplumsal harcamaların tamamı sağlık harcamalarını olarak ifade edilmektedir. Sağlık harcamalarının değerlendirilmesi açısından birçok gösterge bulunmakta ve bunlar sağlık harcamalarının analizinde kullanılmaktadır. Kesitsel veya trend analizler ile harcamaların büyüklüklerinin seyri araştırılabilmektedir.

Ülkelerin yapmış olduğu sağlık harcamalarının değerlendirilmesi harcamanın miktarı, kaynakları ve harcandığı hizmetlere ilişkin üç çeşit gösterge kullanılır.

1.5.4.1. Miktarlarına Göre Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamasında paranın miktarını değerlendirmek için üç temel ölçek vardır. Bunlar:

a. Toplam Sağlık Harcaması

Sağlığı korumak, geliştirmek ve hastalıkları önlemek amacıyla yapılan tüm tıbbi hizmetler, yardımcı sağlık hizmetleri ve hemşirelik bakım hizmetleri uygulamaları aracılığıyla gerçekleşen faaliyetler için yapılan harcamaların toplamıdır. Yani cari sağlık harcamaları ve sağlık yatırım harcamalarının tamamıdır.

Sağlık harcamalarını ülkeler arası kıyaslanabilir hale getirmek için uluslararası kuruluşlar Sağlık Hesaplama Sistemleri (System of Health Accounts – SHS) oluşturmuşlardır. Toplam sağlık harcaması SHS temel alınarak hesaplanmaktadır. Ülkemiz adına sağlık harcamalarının hesaplanması Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Organisation For Economic Co-operation and Development (OECD)'nin SHS kullanılmaktadır.

b. Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı

Toplam sağlık harcamalarının ülkenin GSYİH'sine bölünmesiyle elde edilen ölçüttür. Uluslararası karşılaştırmalarda daha doğru sonuçlara ulaşmak için o ülkenin GSYİH'sinin yüzde oranına bakılarak yorumlar yapılmaktadır. Bu şekilde belirli bir dönem içinde ülkeler arasındaki sağlık değişimleri gözlemlenebilmektedir (Tokalaş 2006: 25).

c. Kişi Başı Sağlık Harcaması

Toplam sağlık harcamalarının ülkedeki toplam nüfusuna bölünmesiyle ortaya çıkan sağlık göstergesidir. Sağlık harcamaları açısından kişi başına yıllık sağlık harcaması önemli bir göstergedir. Ülkeler arası kıyaslamalara imkân sağlar ve bunun yanında da sürekli bir şekilde gelişimini irdelemek suretiyle sağlık harcamalarındaki artışın veya azalışın rasyonelliği irdelenebilmektedir (Ünal 2017: 26).

1.5.4.2. Kaynaklarına Göre Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları kaynaklarına göre yani gerçekleştiren taraf açısından devlet sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları olarak iki grupta toplanabilir.

1.5.4.2.1. Devlet Sağlık Harcamaları

Merkezi yönetim, yerel yönetimler (il özel idareleri ve mahalli idareler ile sosyal güvenlik ve merkezi yönetim bütçesi kapsamı dışında kalan diğer kamu idareleri tarafından yapılan sağlık harcamaları) ve sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan harcamaları içermektedir (Yurdadoğ 2007: 594).

1.5.4.2.2. Özel Sağlık Harcamaları

Hane halkının yaptığı cepten ödemeler, özel sağlık sigortası ödemeleri, işletmelerin personelleri için yaptıkları ödemeler, özel sağlık sigortası ödemeleri ve kar amacı gütmeyen gönüllü kurumların yaptıkları harcamalardan oluşmaktadır (Yurdadoğ 2007: 594). Kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları beraber toplam sağlık harcamalarını oluşturmaktadır.

1.5.4.3. Harcandığı Hizmetlere Göre Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamalarını değerlendirilirken kullanılan ölçek, paranın ne tür hizmetler harcandığını gösteren ölçektir. Bununla ilgili de birden fazla sınıflandırma vardır.

Bunun ilki niteliğine göre yani cari ve yatırım sağlık harcamaları olarak adlandırılan sınıflamadır. Diğer sınıflandırma harcamanın ne kadarı koruyucu hizmetlere ne kadarı ise tedavi edici hizmetler için yapıldığını gösteren harcamadır. Tedavi edici hizmetler ise ayaktan ve yatarak tedavi edici hizmetler olarak ikiye

ayrılmaktadır. Ayrıca harcamalar içinde ilaç harcamaları, insan gücü, teknolojinin payı gibi ölçekler de bulunmaktadır (Ünal 2017: 28)



İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ HARCAMALARI VE YATIRIMLARI

2.1. 1980 Öncesi Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi Ve Uygulanan Politikalar

3 Mayıs 1920’de çıkarılan 3 sayılı yasayla temelleri atılan “Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti” ile sağlık hizmetleri farklı bir bakanlıkça devlet görevi olarak ifade edilmeye başlamıştır. Cumhuriyetin ilanında sonra kurulan hükümetin ilk sağlık bakanı olarak atanan Dr. Refik Saydam 1937 senesine kadar ülkenin genelinde sağlık hizmetlerinin meydana getirilmesi, örgütlenmesi ve ülkeye yayılmasında etkili olmuştur. Bu dönemde sağlık hizmetleri alanında ilerlemeler sağlanmış ve vilayetlerde sağlık müdürlükleri, ilçelerde hükümet tabiplikleri kurularak hizmet için önemli adımlar atılmıştır. Görevi boyunca öncelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilerek en yaygın bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerine de bütçe içinden pay verilerek hizmetlerin etkili olması amaçlanmıştır (Yılmaztürk 2013:176-188). Ayrıca bu dönemde devletin konumu tedavi hizmetlerinin yürütülmesinde asli görev almak değil, daha ziyade yataklı tedavi kuruluşlarının yerel yönetimler tarafından yönetilmesinde yol göstermek olmuştur. Yerel yönetimlerin açılmasını teşvik ettiği hastanelerin yanında kırsal olmayan şehirlerde bakanlıklara direkt bağlı “numune hastaneleri” kurulmuştur. Dr. Refik Saydam döneminde Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetleri örgütlenmesi, genişletilmesi uygulamalarının yanında sağlık sektöründe yetenekli iş gücü üretebilmek hedefiyle tedbirler alınmıştır. İş gücü dağılımının ülkede eşit olması için zorunlu hizmet görevi getirilmiş, hekim ve hemşire sayısının artması için tıp eğitimine önem verilmiştir (Aydın 2002: 190).

Geçerliliği hala devam eden sağlık hizmeti teşkilatlanmasının ana kanunları olan 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatları Tarzı İcrası Hakkında Kanun” 1928 yılında, 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” 1930 yılında yürürlüğe girerek yapılacak sağlık politikaları belirlenmiştir. “ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

Teşkilatı ve Memurin Kanunu” 1936 senesinde onaylanarak bakanlık merkez ve taşra teşkilatının kurulumu tamamlanmıştır. Günümüzde de belirli değişikliklere uğrayarak geçerliliği devam eden kanunlar Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarının yürütmeye vermiş olduğu yetkileri tespit etmektedir (Atılğan 2017: 81).

1937 yılına kadar Refik Saydam bakanlık görevini sürdürmüş, daha sonra Başbakanlık nedeniyle bakanlıktan ayrılınca Saydam’ın yerine Dr. Hulusi Alataş getirilmiştir. Bulaşıcı hastalıklara karşı ilk adımlar 1923’te başlayıp, 1930 sonrası hem sistemli hale gelmiş hem de ulusal bir politika özelliği almıştır. Bunda Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve bu kanunun oluşma süreci çok etkili olmuştur.1930’larda başlayan ve İkinci Dünya savaşı dönemine denk gelen sağlık hizmetlerindeki gelişmeler savaş yılları ile birlikte kesintiye uğramış olsa bile müdahaleci-devletçi politikalara devam edilmiştir (Atılğan 2017: 81).

Dr. Refik Saydam döneminden sonraki ilk önemli gelişim 1946-1950 dönemi arasında bakanlık görevini üstlenen Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak 1946 yılında “9. Milli Tıp Kongresi”nde sunulan “Birinci On Yıllık Sağlık Plan”ın yürürlüğe girmesi olmuştur. Bu plana göre ülke yedi sağlık bölgesine ayrılarak her bölgenin de örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecektir. Bu bölgeler için kalkınma planı çerçevesinde her 40 köye bir tane 10 yataklı sağlık kuruluşu yapılmış, bunların devamında ise bölge hastanelerinin yapılması amaçlanmıştır (Çalışkan 1999: 89). Bu dönemde bütçe kaynaklarıyla devlet olanakları açısından sağlık merkezlerinin çoğaltılması politikasına devam edilmiştir. Demokrat Parti Hükümeti zamanındaki sağlık politikası kapsamında gerçekleştirilen diğer reformlar şunlardır (Balcı 2005:135):

- Yerel yönetimlere bağlı sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı’na bağlanarak tek elde toplanmış ve finansmanının genel bütçeyle karşılanması karar verilmiştir.
- Genel Sağlık Sigortanın kurulması için çalışmalar yapılarak yalnızca ücretli çalışanların sağlık sigortası yapılabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle İşçi Sigorta Kurumuna çalışanların sağlık

sigortasını oluşturma yetkisi verilerek sigorta kuruluşunun kendine ait sağlık örgütünü kurması esas alınmıştır.

- Bu dönemde Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılan bir diğer yenilik, 1953 yılında Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) teşvik ve yardımları ile Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi'nin kurulması olmuştur. Daha sonra bu alanda yapılacak faaliyetler DSÖ ile birlikte projeler şeklinde ele alınmıştır.
- Bu dönemde ülkenin sağlık sisteminin iyileştirmesi için yurt dışından yabancı uzmanlar getirilerek bu uzmanların görüşleri dikkate alınmıştır. Bu görüşler içinde en dikkat çeken ise Dr. Olle'nin raporudur. Ancak bu raporda bahsedilen ilk basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine gereken önem verilmemiştir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerindeki sunumların en önemlisi 1961 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkında Kanun”dur. Bu kanunun ile beraber birbirlerine bağlanmış olarak sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastanelerinin kısıtlı alanlarda birçok hizmetin verilmesi amaçlanmıştır. Sistemin ülkenin tamamına planlanarak ve programlanarak yayılması 1983 yılını bulmuştur (Atılgan 2017: 82). 1970’li yıllarında ise sağlık politikasında köklü gelişmeler olmamış doğal çalışma koşulları sürdürülmüştür. 1980’lere kadar sadece sağlık insan gücü ile sağlık finansmanı alanlarında dikkate değer bazı gelişmeler yaşanmıştır. 1980’li yıllardan sonra ise sağlık politikaları ülkenin öncelikli ve sorunlu alanı olarak yerini tekrar almıştır (Temgilimoğlu, Işık ve Akbolat 2012: 75).

2.1.1. Türkiye’de 1980 Öncesi Sağlık Yatırımları ve Harcamalarının Gelişimi

Dr. Refik Saydam bakanlığı süresince Türkiye’de sağlık hizmetlerine önemli katkılar sağlamıştır. Dr. Saydam bakanlık görevini yerine getirdiği dönemdeki sağlık politikalarıyla Türkiye’de sosyal devlet anlayışına uygun sağlık hizmetlerinde en iyi örnek çalışmaları yapmakla birlikte daha sonraki dönemlerde sunulacak olan sağlık hizmetlerinin de temelinin oluşmasını sağlamıştır (Karabulut 2007:6).

Cumhuriyetin ilanından sonraki ilk dönemlerde devlet sağlık teşkilatını kurmayı hedefleyip yatırım ve harcamalarını bu yönde belirlemiştir. Doktor sayısını artırma, belirli illerde numune hastaneleri oluşturma, ebe ve sağlık personeli yetiştirme amaçlı eğitim alanları oluşturmak, verem sanatoryumları kurma, doğum ve çocuk bakım evleri açma, bulaşıcı hastalıklar için önlemler alma, sağlık yasaları çıkarıp Merkez Hıfzıssıhha Müessesini ve Hıfzıssıhha Mektebini kurma gibi çalışmalara yönelik yatırım ve harcamalar yapılmıştır. İlk olarak nüfusun fazla olduğu yerlerden başlanarak birçok ilçe merkezine muayene ve tedavi evleri açılmış ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan doktorların maaşları artırılarak o dönem için kamu dışında çalışmaları kısıtlanarak yasaklanmıştır (Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963).

Birinci beş yıllık kalkınma planına göre sağlığa yapılan yatırımlar, tüm sektörler için yapılan toplam yatırımların yüzde 2,3'ünü oluşturmaktadır. Sağlık programları hizmetten etkin ve verimli bir biçimde faydalanabilme esası açısından hazırlanmıştır. Personel sayısı bu programların daha kapsamlı bir şekilde uygulanmasını engellediği için sayının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılarak sağlık yatırımlarında artış sağlanması hedeflenmiştir. Sağlık ocakları, halk sağlığı hizmetleri, yataklı tedavi kurumları, İdarî teşkilât ve diğerlerine yatırımlar yapılmıştır. Kamu sektörüne ait olan bütün sağlık hizmetlerinin - Millî Savunma Bakanlığının özel nitelikteki hizmetleri hariç tek yerden yürütülmesi hedeflenmiştir. Özel sektörün hastane kurma girişimine teşvik olacak önlemler alınması amaçlanmıştır. Ayrıca sağlık hizmetleri için gerekli sağlık cihazları ve ilaçlar da yerli üretim teşvik edilerek bu yönde yatırımlar yapılmıştır (Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963).

Özel sektör sağlık harcaması ise hane halklarının, özel sigorta şirketlerinin, kâr amacı olmayan kuruluşların ve bireylerin kendi hane halkları dışındaki hane halkları için sağlık hizmeti alımıyla ilgili olarak yaptıkları harcamaları ifade etmektedir. Kamuya ait olmayan hastanelerin tamamı 1933'ten beri yürürlükte olan ve en son Sağlık Bakanlığı tarafından güncelleme yapılan Özel Hastaneler Yasası'na göre faaliyetlerini sürmektedirler. Bu özel sağlık kuruluşları da Sağlık Bakanlığı denetimine dahildir (Filiz 2010: 74).

1968-1972 yılları arasından Türkiye'de milli gelir hesaplaması harcama açısından yapılmadığı için (gelir açısından hesaplanmaktadır) yapılan yatırımların bilhassa da özel sektörlerce ne oranda yapıldığını izlemek oldukça güçtür. 1963-1971 yılları arasında hem kamu yönünden hem de özel sektör yönünden sağlık için yatırımlar yapılmıştır. Kamu sektörü sağlık sektörü için özel sektöre göre daha çok yatırım ve harcamalar yapılmıştır. Her iki sektöre olan yatırımlar ve harcamalar yıllara göre artış göstermiştir. Sağlık yatırımları içinde çevre sağlığını iyileştirici ve koruyucu hekimlik hizmetlerini geliştirici yatırımlar öncelikli konular olarak ele alınmıştır. Yine bu dönemde de sağlık personeline olan ihtiyaç nedeniyle sağlık okulları açılarak personeller yetiştirilmiştir. Sağlık tesislerine belirli standartlar getirilerek asgari maliyette yapılması sağlanmıştır. Sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık harcama finansmanı için bir kaynak oluşturulması açısından kademeli bir şekilde genel bir sağlık sigortasının kurulmasına başlanmıştır. Sağlık tesislerinin yapımında lüksten kaçınmak için standartlar oluşturulmuştur. Sağlık evlerinin halk tarafından oluşturulması esası benimsenmiş fakat imkan olmayan yerlere Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca yapılmıştır. 1970'li yıllarda 1976 fiyatlarıyla 587,5 milyon Dolar olarak öngörülen kamu sağlık yatırımları 400 milyon Dolar olarak gerçekleşmiştir (Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963).

Tablo 5. Sağlık Sektörü Sermaye Yatırımları 1963-1980 (Dolar)

Yıllar	Kamu	Özel	Toplam
1963	1.235.555	66.666	1.302.222
1964	1.940.000	111.111	2.046.666
1965	2.391.111	111.111	2.502.222
1966	2.860.000	165.555	3.025.555
1967	3.190.000	132.222	3.322.222
1968	3.702.222	276.666	3.978.888
1969	4.167.777	388.888	4.556.666
1970	33.190.909	3.181.818	36.372.727
1971	26.720.000	2.860.000	29.580.000
1972	35.564.285	3.571.428	39.135.714
1973	36.000.000	4.285.714	40.285.714
1974	57.642.857	5.357.142	63.000.000
1975	76.500.000	6.571.428	83.071.428
1976	102.312.500	7.500.000	109.812.500
1977	107.555.556	9.555.555	117.111.111
1978	122.750.000	11.250.000	134.000.000
1979	122.967.742	15.802.451	138.774.194
1980	96.342.105	10.526.315	106.868.421

Kaynak: Poyraz, 1990: 122, Merkez Bankası Dolar

Kuru https://www.tcmb.gov.tr/kurlar/kurlar_tr.html

Tablo 5 1990 yılında Poyraz'ın yaptığı çalışmadan alınan TL verileri merkez bankasından alınan dolar verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tablo 5'te 1963-1980 dönemleri arasında sağlığa yapılan sermaye yatırımları merkez bankasından alınan yıllık dolar kurları kullanılarak dolar cinsinden gösterilmekte ve her geçen yıl hem kamu hem de özel sektör tarafından yapılan yatırımlar artmaktadır. 1963 yılında

toplam yatırım 1.302.222 Dolar iken 1980 yılında bu miktar artarak 106.868.421 Dolara ulaşmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Sağlık harcamaları 1965-1980

Yıllar	Kişi Başı Sağlık Harcaması/Dolar	GSYİH'nin %'si
1965	-	-
1970	-	-
1975	42	2.16
1976	38	1.70
1977	56	1.99
1978	62	2.23
1980	67	2.29

Kaynak: OECD Data (www.oecd.org, 18.03.2019)

Kişi başına sağlık harcamalarının 1976 yılı hariç her geçen yıl dolar cinsinden artış göstermektedir. Sağlığa verilen önemin zamanla arttığı denilebilir (Tablo 6).

2.2. 1980 Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Uygulanan Politikalar

Bu dönem 1982 Anayasası'yla başlamış olup yasada vatandaşlar için sosyal güvenlik haklarına dikkat çekilerek devletin bu hakları sağlamadaki sorumluluklarına önem verilerek ifade edilmiştir. Hayatımıza 61 anayasasıyla giren sosyal devlet anlayışı, 82 anayasasıyla beraber daha sağlam temeller oluşturmaya başlamıştır. Bu anayasada sağlık sistemi ve politikaları ile ilgili birçok yasaya yer verilmiş ve bazı köklü değişiklikler yapılarak uygulamalarda yeniliklere gidilmiştir. 1982 anayasasıyla bireylerin sosyal güvenlik haklarına sahip olmalarının ile beraber bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğuna ait olduğuna dair bazı hükümler bulunmaktadır (Akdağ 2012: 49). Nitekim Anayasa'nın 56. maddesindeki "Devlet;

herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak iş birliğini gerçekleştirerek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.” Hükmü ile durum açıkça ifade edilmektedir. Ayrıca aynı maddede Genel Sağlık Sigortası ile ilgilide bir hüküm yer almaktadır. Anayasa’nın 60. maddesinde her bireyin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve devletin bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alıp teşkilatı kuracağı belirtilmektedir (Akdağ 2012: 49).

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Fakat hem kanunun uygulanması için gerekli hazırlıklar yapılmadığı hem de Anayasa Mahkemesi tarafından bazı maddeler iptal edilmediğinden dolayı kanun tam olarak uygulanamamıştır. Bu dönemde dünya çapında sağlıkta finans yönteminin öneminin artması beraberinde 1987 yılında Genel Sağlık Sigortasını yeniden gündeme taşımış fakat bu konuda yasal açıdan düzenleme yapılmadığı için herhangi bir adım atılmamıştır. Bununla beraber 1986 yılında kamuda üçüncü bir sağlık sigortası olan Bağ-Kur kurulmuştur. Toplumumuzun büyük bir kısmını oluşturan esnaf, sanatkâr ve bağımsız çalışan bireylerin sosyal güvenlikleri 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunuyla güvenceye alınmıştır. Bağ-Kur, SGK kapsamında olmayan, herhangi bir işverene hizmet sözleşmesi ile bağlı olmaksızın kişinin kendi adına veya da hesabına bağımsız olarak çalışanlardan yaşlılık, malullülük ile ölüm risklerine karşı sosyal güvenliklerini temin ederek sağlık sigortası yardımlarını da vermektedir. Bağ-Kur’dan bağımsız çalışanlar, tarımda çalışanlar, herhangi bir sosyal güvenlik kapsamında olmayan ev kadınları, köy ve mahalle muhtarları, herhangi bir işle iştiğal etmeyen vatandaşlar Türkiye’de ikamet eden Türk asıllı yabancı uyruklular, faydalanabilmektedir (Resmi Gazete, 1971). Bu yapının oluşumunda sağlık yardımları yapılarak sağlık sigortacılığında üç kol olan yapı oluşmuş ve fiyatlandırma durumu gündeme gelmiştir. Ayrıca verilen bir hizmetlerin karşılığı olan miktarı bazı kurumlarca ödenirken bazı kurumlarca ödemeleri yapılmamıştır (Akdağ 2012: 49).

Sağlık sektörü için 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından temel bir plan hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı ile

yürütülen ‘‘ Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması’’ sağlık reformunun veya reformlarının başlangıcı olarak ortaya çıkmıştır (Yüksel 2015: 23).

1992 ve 1993 yılında yapılan Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri sağlık reformlarının başlangıcını oluşturmuştur. 1992 yılında 3816 sayılı kanunun kabulü ile sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan düşük gelire sahip vatandaşlar için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. Bu yasa sayesinde yeterli ekonomik düzeyi bulunmayan bireyler sınırlı biçimde olsada sağlık sigortacılığı kapsamına alınmıştır (Akdağ 2012: 50).

Sağlık Bakanlığı 1993 yılında ‘‘Ulusal Sağlık Politikası’’; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlıklı Türkiye ve sağlık hizmetlerinin sunumu olmak üzere toplam beş ana bölüm hazırlamıştır. Genel Sağlık Sigortası 1998 yılında ‘‘Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı’’ ismi altında Bakanlar Kurulunca TBMM (Türkiye Büyük Millet Meclisi)’de gündeme getirilmiş fakat çeşitli nedenlerle kanunlaşmamıştır. 2000 yılına gelindiğinde Genel Sağlık Sigortasının yasallaşması tekrar gündeme gelmiştir. Yine bu dönemde ‘‘Sağlık Sandığı’’ adı altında bir kanun tasarısı taslağı Bakanlar Kuruluna gönderilmiştir fakat olumlu olmamıştır (Filiz 2014: 15).

Teoriye çok önem verilip birçok yasa çıkarılmasına rağmen uygulama alanı bulamayan ve 1990’lı yıllardaki sağlık reformuna ait çalışmaların ana bileşenleri aşağıdaki gibi özetlenebilir (Akdağ 2012: 50; Filiz 2014: 15):

- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası’nın kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması,

2002 yılından sonraki süreç, sağlık alanında birçok yeniliğin yapıldığı ve köklü reformların başlangıcı olarak sayılmaktadır. 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümet Acil Planında ‘‘Herkesin Sağlık’’ başlığı adı altında sağlık

alanındaki temel hedefler aşağıdaki gibi belirtilmiştir (İleri, Seçer ve Ertaş 2016: 183):

- Sağlık Bakanlığının idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geğilmesi,
- Anne ve ocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının zendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada ncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi,

Bu hedefler doğrultusunda ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’’ hazırlanmış ve 2003 yılında kamuoyuna sunulmuştur. SDP ile 8 ana temel oluşturarak ilerlenmesi hedeflenmiştir. Bunlar (İleri, Seçer ve Ertaş 2016: 184):

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi (Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili ve kademeli sevk zinciri, İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri),
4. Bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,

7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,

8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi'dir.

2003-2008 yılları sağlıkta önemli adımların atıldığı bir dönem olmuştur. SDP'nin uygulamaya koyulmasıyla sağlıkta birçok yenilik başlatılıp bunlar sağlık politikalarıyla da desteklenmeye başlanmıştır.

2007'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda gerçekleştirilen çalışmalara ek olarak üç başlık eklenerek çalışma alanı çoğaltılmıştır. Başlıklar şunlardır (Akdağ 2008: 22):

1. Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,

2. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,

3. Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri,

Önemli bir gelişme olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetleri etkin, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde, sağlık hizmetlerine finansman sağlanarak sunulmasını hedeflemiştir. Hizmet programına ait temel ilkeler ise sürdürülebilirlik, insan merkezilik ile devamlılık üzerine kurulmuştur (Akdağ 2008: 23).

2014-2018 yılları arasında kişilerin beden ve ruh açısından tam bir iyilik halinde olması koruyucu sağlık hizmetlerinin hem kişiye hem de sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye karşı çok yönlü bir yaklaşım geliştirilmesini amaçlanmıştır. Sağlıklı hayat tarzı özendirilip daha ulaşılabilir, etkili, uygun ve aktif bir sağlık hizmeti sunulması hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini desteklemek amacıyla, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini yükseltecek bir hasta sevk zinciri oluşturulacağı ifade edilmiştir. Üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma faaliyetleri ile sağlık hizmeti sunumundaki rolleri net bir şekilde tanımlanarak hem hastanelerin mali sürdürülebilirliğini temin edecek hem de nitelikli tıp eğitimi ile yenilikçi araştırmaların yapılmasını sağlayacak yapısal reformların hayata geçirilmesi amaçlanmıştır. Sağlık politikalarını geliştirmek amacıyla veri ve kanıta dayalı uluslararası karşılaştırmalara olanak sunacak standart ve kalitede verilerin üretilmesini sağlamayı hedeflemiştir. 2018 yılı için kamu harcamalarının

rasyonelleştirilmesi, sağlık endüstrilerinde yapısal dönüşüm, sağlık turizminin geliştirilmesi, sağlıklı yaşam ve hareketlilik programları uygulamaya alınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018 Faaliyet Raporu 2018: 41).

2.2.1. Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Yatırımlarının Gelişimi

Yatırım harcamaları toplam sağlık harcamalarını oluşturan iki ana kalemden birisidir. Üretim kapasitesinin ve hizmet gücünün artırılması amacıyla bina, donanım, motorlu taşıtlar gibi ekonomik ömrü bir yıldan uzun olan üretim araçlarına yapılan sağlık harcamalarını kapsar. Sağlık alanlarında yapılan harcamalar ile geri kazanılabilen, geliştirilebilen sağlık hizmetleri birer yatırımdır (Tıraş 2018: 134).

Cumhuriyetin ilanından itibaren kamuda sağlık hizmetleri sunumuna büyük önem verilmiştir. Fakat 1980’lerin son dönemlerine kadar sayıları az olan özel hastaneler, ekonomik liberalizasyon politikalarının uygulanmasının başlaması ile sayılarında artışlar olmuştur. 24 Ocak 1980 kararlarıyla devletin ekonomik alanda faaliyetlerinin ve müdahalelerinin sınırlanmasıyla özel kesim ekonominin belirleyicisi olması öngörülmüştür (Yalçın, 2011: 57). Alınan kararlar ile kamu yatırımları açısından ağırlığın özel sektöre kaydırılması için değişiklikler yapılmıştır. Özel hastane yatırımları için sağlanan özendirici teşvikler ile büyük şehirlerde birçok sayıda özel hastaneler açılmıştır. Özel hastanelerin amacı ödemeleri direkt olarak yapan bireylere hizmet sunmaktır.

1983 yılında sağlığa yapılan toplam yatırım 56 milyar dolardır. Kamuda yapılan sağlık yatırımı 50 milyar Dolar, özel sağlık sektöründe yapılan yatırım miktarı ise 5 milyar Dolardan oluşmaktadır. Tüm sektörlere yapılan yatırımlar içerisinde sağlık sektörünün yüzde payı 1.08’dir (Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1984).

1985-1989 yılları arasında verilen tüm sağlık hizmetlerinden bütün bireylerin en iyi ve en faydalı şekilde sağlanması esası uygulanmıştır. Koruyucu temel sağlık hizmetlerinin yeterli ve etkili şekilde yaygınlaşması için yatırımlar yapılmıştır. Sağlıktaki her kademe için yeterli sayı ve nitelikte insan gücü yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi, hayati öneme sahip ilaçların her an hazır bulundurulması, sağlık yapılarına ilişkin olarak inşaat ve maliyet standartları geliştirilmesi açısından çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca tıbbi cihaz seçilmesi, alınması, muhafaza edilmesi,

bakımının, onarımının ve kalibrasyon hizmetlerinin yapılarak yeni esaslara bağlanması geliştirilmesi, bu konuda koordinasyon ile işbirliği sağlanması, gerekli personelin yetiştirilmesi milli sağlık politikaları temel ilkeleri olarak benimsenmiştir. Özel sağlık kurum ve kuruluşları teşvik edilerek bu müesseselerin sundukları hizmetlerin karşılığı olan ücretler sınırlandırılmamış ve serbest bırakılmıştır. Diğer taraftan serbest çalışan doktorlarla anlaşmalar yapılarak kamuda da hizmet sunmaları sağlanmış ve hizmet satın alınması yöntemiyle sağlık hizmetleri geliştirilmiştir. 1978 yılından itibaren Türkiye’de 40 ilde toplam 7.797 tane sağlık ocağı ve sağlık evi bulunurken 1984 yılına kadar sürekli bir şekilde bu sayı artmış ve 67 ilde toplam 10.206’ya çıkmıştır (Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1984).

1983 yılında sağlığa yapılan toplam yatırım 56 milyar dolardır. Kamuda yapılan sağlık yatırımı 50 milyar Dolar, özel sağlık sektöründe yapılan yatırım miktarı ise 5 milyar Dolardan oluşmaktadır. Tüm sektörlere yapılan yatırımlar içerisinde sağlık sektörünün yüzde payı 1.08’dir (Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1984).

1990-1994 döneminde kamu kesimi yatırımlarında sağlık sektörüne önem vermeye başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin etkili, devamlı ve kolay bir şekilde erişilebilir özelliğe kavuşturulup ülkenin tamamına yaygınlaştırılarak koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem devam ettirilmiştir. Çevre sağlığının gelişmesi için sağlıklı yaşam standartları üzerindeki olumlu etkileri de dikkate alınarak bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla temiz içme suyu, modern kanalizasyon gibi alt yapı yatırımları yapılmıştır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için eğitim faaliyetleri düzenlenmiştir. Sağlık çalışanlarının eğitimine önem verilerek sayıları artırılmıştır. Bununla beraber yatak sayısına, sağlık ocaklarına ve sağlık evlerine yatırımlar yapılarak sayılarında artış yapılmıştır. Sağlık hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilip etkin iletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkan veren düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık alanında yeni tıp dalları ve modern tıp teknolojisinin takibi için gerekli destekler sağlanmıştır. Sağlık kuruluşlarında bakım ve onarım hizmetleri için biyomedikal mühendislik hizmetleri oluşturulmuştur (Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995).

1996-2000 dönemi arasında sağlık alanında kapsamlı reformlar yapılmaya devam edilmiştir. Her dönem olduğu gibi bu dönem de sağlığa ve eğitime yatırım için büyük paylar ayrılmıştır. Ancak kamu kuruluşları arasında etkili bir iş bölümü ve koordinasyon sağlanamamış olması, farklı nüfus gruplarına yönelik hizmet sunmaları kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarında çakışmalara, kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmıştır. Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli olmamakla birlikte kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, makine ve teçhizat eksiklikleri ile istihdam politikasındaki yanlışlıklardan dolayı mevcut kaynaklar da etkili kullanılamamıştır. Bu dönemde özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetlerinin özendirilmesi amaçlanmıştır (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2000).

1990 yılı itibariyle kamu kesimi sağlık yatırımlarına daha fazla önem vermeye başlayarak sağlıklı yaşam için ülke genelinde önemli çalışmalar yapmıştır. Fakat bu çalışmalar gerekli şekilde koordine edilmemiş ve kaynaklar verimli olarak kullanılmamıştır.

Tablo 7’de TÜİK’ten alınan TL cinsinden veriler Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu sağlık istatistiği yıllığındaki yıllara göre Dolar kuru kullanılarak Dolar verisi şeklinde gösterilmektedir. Tablo 7’de 2000 sonrası kamu ve özel sağlık sektöründe yapılan yatırımlar gösterilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı üzere yapılan yatırım harcamalarının büyük bir kısmı devlet tarafından yapılmış ve özel sektör tarafından yapılan yatırımlar devlet yatırımlarına göre yetersiz ve istikrarsız bir seyir izlemiştir. Tablo 7’ye göre 2000 yılında toplam 573.000.000 milyon dolar yatırım harcaması yapılmıştır. Bu harcamanın yaklaşık %90,3’ü devlet tarafından gerçekleştirilirken yaklaşık %9,7’si özel kesim tarafından gerçekleştirilmiştir. 2007-2008 yılındaki kriz dönemine kadar devletin yapmış olduğu yatırım harcamaları hızlı bir artış göstermiş, sekiz yılda yaklaşık 8 kat artarak 4.126.000.000 dolara ulaşmıştır. Aynı dönemde özel kesimin yatırım harcamaları ise istikrarsız bir seyir izlemiş ve 1.010.000.000 dolara ulaşmıştır. Küresel finansal kriz hem devlet hem de özel sektör yatırımlarını olumsuz etkilemiştir. Devlet tarafından sağlık alanına yapılan yatırımlar 2008 yılında 3.220.000.000 dolar iken yaklaşık %47 oranında azalmış 2009 yılında 1.539.000.000 dolar olarak gerçekleşmiştir. 2008 yılında özel sağlık yatırımları da

2008 yılından 2009 yılına yaklaşık olarak %85 oranında azalarak 153.000.000 dolara düşmüştür (Tablo 7).

Krizin etkilerinin azalmasıyla hem devlet hem özel sektör tarafından yapılan yatırımların miktarı da artmaya başlamıştır. Öyle ki devletin yedi yılda sağlık alanında yapmış olduğu yatırım miktarı yedi yılda yaklaşık %273 oranında artarak 2015 yılında 2.395.000.000 dolar olarak gerçekleşmiş, 2016 yılında ise bir miktar düşerek 1.895.000.000 dolar olmuştur. Özel kesim sağlık yatırımları ise 2016 yılında 490.000.000 dolar olarak gerçekleşmiştir. 2017 yılında devlet tarafından yapılan sağlık yatırımı toplam 2.181.000.000 dolar özel sektörün yapmış olduğu yatırım ise 468.000.000 dolar olmuştur (Tablo 7). Son dönemlerde yapılan şehir hastaneleri de önemli yatırımlardandır. Toplam 21 tane şehir hastanesi projesi bulunmaktadır. Bunların 9'unun açılışı yapılarak faaliyete başlamıştır. Bunlar Adana, Mersin, Isparta, Yozgat, kayseri, Manisa, Elazığ, Ankara Bilkent ve Eskişehir Şehir hastaneleridir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü).

Tablo 7. Yatırım Harcamaları 2000-2017 (Milyon Dolar)

Yıllar	Genel Devlet Harcamaları (1)						Özel Sektör Harcamaları (2)			
	Toplam (1+2)	Toplam (1)	%	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlk	Toplam (2)	%	Hane Halkları	Diğer
2000	573	517	90,3	203	214	98	55	9,7	38	17
2001	253	253	100,0	131	51	71	-	-	-	-
2002	291	291	100,0	129	67	94	-	-	-	-
2003	404	404	100,0	201	68	134	-	-	-	-
2004	981	608	62,0	395	61	150	372	38,0	-	372
2005	1.533	1.063	69,3	551	103	407	470	30,7	-	470
2006	2.165	1.333	61,6	702	207	424	831	38,4	-	831
2007	3.391	1.960	57,8	890	179	690	1.430	42,2	-	1.430
2008	4.231	3.220	76,1	1.862	345	1.013	1.010	23,9	-	1.010
2009	1.693	1.539	90,9	833	121	585	153	9,1	77	76
2010	2.033	1.834	90,2	1.266	66	501	199	9,8	114	84
2011	1.929	1.701	88,1	1.106	66	527	228	11,9	118	110
2012	2.164	1.740	80,4	1.125	72	547	423	19,6	306	117
2013	2.462	1.985	80,7	1.440	90	454	476	19,3	349	127
2014	2.684	2.015	75,1	1.403	18	593	669	24,9	486	181
2015	2.868	2.395	83,5	1.850	12	532	472	16,5	336,	136
2016	2.386	1.895	79,4	1.468	11	409	490	20,6	340	149
2017	2.649	2.181	82,3	2.089	23	68	468	17,7	338	130

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr, 10.01.2017

Sağlığa yapılan yatırımlarda devletin yapmış olduğu harcamaların finansmanı merkezi devlet, yerel devlet ve sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmaktadır. Her ne kadar finansmanı üç kurum karşılıyor olsa da ağırlıklı kısmını merkezi devletin karşılamakta olduğu anlaşılıyor. Özel kesim sağlık yatırımlarının finansmanı ise hane halkları ve diğer kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından karşılanmaktadır. Toplam yatırımlar ve devletin yatırımları arasında paralellik görülmektedir. 2000’li yılların başında yatırımlara pek önem verilmezken daha sonra zaman içinde artışlar yaşanmıştır. 2009 ve 2016 yıllarında yapılan yatırım miktarlarında belli düşüşler olsa da 2017 yılında toplam yapılan yatırım 2.649 milyon dolara ulaşmıştır.

2.2.2. Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Cari sağlık harcamalarının geneli devamlılık arz eden, etkileri kısa süreli olan ve bir defa kullanıldıktan sonra tüketilen mallar ve hizmetler gibi olan harcamaları olarak tanımlanmaktadır (Tıraş 2018:121). Türkiye’de yapılan sağlık harcamaları, gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarından daha az seviyede olduğu halde sağlıkta elde edilen sınırlı kaynakları etkin ve verimli bir şekilde kullanımı gelişmiş ülkelerdeki gibi önemlidir. Toplam sağlık harcamalarında hastane harcamalarının büyük bir önemi vardır ve hastane hizmetlerinde boşa yapılan harcamaların önlenmesi oldukça önemlidir. Ülkelerin önemli kalkınma göstergelerinden biri olarak sağlık harcamaları gösterilmektedir. Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri açısından da artış göstermektedir (Öner 2018: 72).

Kamu sağlık harcamaları; Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK), Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri, kamu iktisadi teşebbüsleri (KİT)’ler, bakanlıklar, üniversiteler, belediyeler ve fonlardan yapılan sağlık harcamalarıdır (Karagöz 2015: 40).

Özel sektör sağlık harcamaları ise hane halklarının, özel sigorta şirketlerinin, kâr amacı olmayan kuruluşların ve bireylerin kendi hane halkları dışındaki hane halkları için sağlık hizmeti alımıyla ilgili olarak yaptıkları harcamaları ifade etmektedir (Karagöz 2015: 57).

Cari sağlık harcamaları kendi arasında genel devlet ve özel sağlık harcamaları diye iki yapıdan oluşmaktadır. Genel devlet harcamaları ise kendi içinde merkezi devlet, yerel devlet ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) harcamaları olarak ayrılmaktadır. Merkezi devlet sağlık harcamaları; Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu’na göre genel bütçe, özel bütçe ile düzenleyici ve denetleyici kurumların yapmış olduğu sağlık harcamalarından meydana gelmektedir. Sağlık Bakanlığı sağlık harcamaları, kamuya ait üniversitelere bağlı hastaneler, dış hekimliği, tıp fakülteleri, sağlık araştırma ve uygulama merkezleri ve bunlara bağlı semt poliklinikleri, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı, askeri hastaneler, kamu iktisadi teşebbüsleri vb. kuruluşların sağlık harcamaları, yeşil kart harcamaları (2012 yılı sonu itibariyle SGK’ye devredilmiştir). 2013 yılı sonu itibariyle emeklileri dahil TBMM üyeleri ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler, mülteciler, er ve erbaşlar, sığınmacılar, tutuklu

ve hükümlüler, ikili anlaşmalar gereği sağlık hizmeti sunulacak kişiler, geçici ve sürekli görevle yurtdışında görevlendirilen kişiler ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavi masraflarının SGK tarafından ödenmeyen kısımları merkezi yönetim tarafından karşılanmaktadır (Atasever, 2014: 16-17).

Yerel devlet sağlık harcamaları, mahalli idareler ve il özel idareleri ile sosyal güvenlik ve merkezi yönetim bütçesi kapsamı dışında kalan diğer kamu idareleri tarafından yapılan sağlık harcamalarından meydana gelmektedir. Bu birimlerde çalışan bireylerin sağlık giderleri 2010 yılı itibariyle SGK tarafından yapılmaktadır (Atasever, 2014: 16-17).

Sosyal Güvenlik Kurumuna ait sağlık harcamaları, 2006 yılında sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, Bağ-Kur, ES) birleştirilmesiyle oluşturulan bu kurumun yapmış olduğu tüm sağlık harcamalarını oluşturmaktadır.

Özel sektör sağlık harcamaları, vakıf üniversiteleri, hane halkları, özel sosyal güvenlik kurumları, özel sağlık sigortaları, hane halklarına hizmet eden ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yapmış olduğu sağlık harcamalarını kapsamaktadır (Atasever, 2014: 17). Özel sektöre ait sağlık harcamaları da içerisinde hane halkları sağlık harcamaları ile diğer özel sektör harcamaları şeklinde ayrılmaktadır.

Hane halkları sağlık harcamaları cepten yapılan sağlık harcamaları olarak da bilinmektedir. Katılım payı, katkı payı, maliyet paylaşımı, kendi kendine bakım ve diğer sağlık giderleri için hane halkları tarafından direkt olarak yapılan harcamaları kapsamaktadır. Bireylerin sağlık hizmeti talep ederek almış oldukları hizmetin karşılığı olarak ücretinin direkt olarak bireyin kendisinin ödediği harcamalardır.

Diğer özel sektör sağlık harcamaları ise özel sigorta şirketleri, banka sandıkları, hane halkına hizmet eden ama kar amacı gütmeyen kuruluşlar, kamu iktisadi teşebbüsleri, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yapmış olduğu sağlık harcamalarından oluşmaktadır (Atasever, 2014: 17).

Tablo 8’de görüldüğü üzere sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı 1980’li yıllarda hızlı bir düşüş göstermiştir. 1980’li yıllarda askeri darbe ile meydana gelen ve sonrasında değişen anayasa ile beraber sağlık sisteminde “Reform”

başlığıyla sağlık hizmetlerini devlet sorumluluğundan çıkarıcı politikalar izlenmeye başlanarak özel kesim teşvik edilmiştir. Bu dönemdeki düşüşte tüm dünyada yaşanan gelişmelerin büyük bir payının olduğunu söylemek mümkündür. Bilindiği üzere 1980’li dönemlerden sonra gelişmiş ve gelişmekte ki çoğu ülkede kamu sektörünü daraltıcı yönde gelişmeler yaşanmıştır. Türkiye de bu gelişmelerden etkilenip 1980 öncesi uyguladığı “ithal ikameci” kalkınma politikasını terk edip “ihracata yönelik” bir kalkınma politikası benimsemiştir. Ekonominin içinde bulunduğu krizi IMF’nin 24 Ocak 1980 yılında kontrol altına alarak istikrar paketiyle aşmaya çalışmıştır. Bu istikrar paketinin temelini “ihracata yönelik” bir kalkınma politikası oluşturmaktadır. Ekonomide tam bir serbestleşmeyi ve devletin küçültülmesini öngören bu gelişmelere paralel olarak kamu sağlık harcamalarının da azaldığı görülmektedir. Fakat 1980’li yılların sonundan itibaren harcamaların tekrar artmaya başladığı görülmektedir.

Tablo 8’de sağlık harcamalarının oranı 1997 Belek’in yatığı çalışmadan ve Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu sağlık istatistiği yıllığından alınan veriler ile oluşturulmuştur. Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde kamu kurumlarının payının arttığı dönemler ile toplam sağlık harcamalarının arttığı dönemler paralel gitmektedir. Buna karşılık kamunun payının azalıp özel harcamaların payının arttığı dönemlerde toplam sağlık harcamasının miktarı da azalmaktadır. Özel harcamaların kamu payının azaldığı dönemlerde sağlık harcaması miktarını eski düzeyde sürdürmeye yetmediği görülmektedir (Tablo8).

Tablo 8. Sağlık Harcamalarının Oranı 1980-1994

Yıllar	Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Ulusal Gelir (GSMH) İçindeki Oranı(%)			Özel ve Kamu Harcamalarının Toplamı Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%)	
	Kamu	Özel	Toplam	Kamu	Özel
1980	1.80	1.73	3.53	51.3	48.7
1985	1.28	1.64	2.92	55.4	55.4
1986	1.31	1.55	2.86	46.5	53.5
1987	1.45	1.54	2.99	49.8	50.2
1988	1.52	1.50	3.02	52.2	47.8
1989	1.93	1.43	3.36	58.5	41.5
1990	2.16	1.34	3.50	61.9	38.1
1991	2.35	1.34	3.69	63.5	36.5
1992	2.67	1.24	3.91	66.2	33.8
1993	3.01	1.40	4.41	68.2	31.8
1994	2.58	1.41	3.99	64.7	35.3
1999	2.91	1.85	4.77	61.4	38.6
2000	3.11	1.83	4.95	62.9	37.1
2001	3.51	1.65	5.16	68.1	31.9
2002	3.7	1.5	5.3	70.7	29.3
2003	3.7	1.5	5.2	71.9	28.1
2004	3.7	1.5	5.2	71.2	28.8
2005	3.6	1.7	5.2	67.8	32.2
2006	3.8	1.8	5.6	68.3	31.7
2007	3.9	1.9	5.8	67.8	32.2
2008	4.2	1.6	5.8	73.0	27.0
2009	4.7	1.1	5.8	81.0	19.0
2010	4.2	1.1	5.3	78.6	21.4
2011	3.9	1.0	4.9	79.6	20.4
2012	3.7	1.0	4.7	79.2	20.8
2013	3.7	1.0	4.7	78.5	21.5
2014	3.6	1.0	4.6	77.4	22.6
2015	3.5	1.0	4.5	78.5	21.5
2016	3.6	1.0	4.6	78.5	21.5
2017	3.5	1.0	4.5	78.1	21.9

Kaynak: Belek 1997: 153-154, Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği Yıllığı 2017, 2018

Tablo 9’da Türkiye’de 2000-2016 yılları arasında yapılan cari sağlık harcamalarının yıllara göre değişimi görülmektedir.

Tablo 9. Cari Sağlık Harcamaları ve Bileşenleri 2000- 20017 (Milyon Dolar)

Yıllar	Genel Devlet Sağlık Harcamaları						Özel Sektör Sağlık Harcamaları			
	Toplam (1+2)	Toplam (1)	%	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlk	Toplam (2)	%	Hane Halkları	Diğer
2000	12.560	7.747	61,7	2.736	514,33	4.497	4.814	38,3	3.592	1.221
2001	9.898	6.657	67,3	2.827	137,59	3.692	3.242	32,7	2.319	922
2002	12.052	8.433	70,0	3.344	166	4.923	3.619	30,0	2.449	1.170
2003	15.869	11.300	71,2	4.032	255	7.012	4.569	28,8	3.004	1.565
2004	19.983	14.329	71,7	4.953	288	9.089	5.655	28,3	4.033	1.622
2005	24.697	16.731	67,7	6.510	243	9.979	7.966	32,3	5.971	1.995
2006	28.417	19.566	68,9	7.463	267	11.836	8.851	31,1	6.720	2.131
2007	35.765	24.601	68,8	9.852	288	14.461	11.165	31,2	8.542	2.622
2008	40.843	29.690	72,7	10.588	329	18.773	11.152	27,3	7.835	3.319
2009	35.790	28.810	80,5	10.783	310	17.717	6.979	19,5	5.192	1.787
2010	39.030	30.443	78,0	10.191	318	19.934	8.587	22,0	6.585	2.002
2011	38.982	30.846	79,1	10.274	265	20.305	8.136	20,9	6.196	1.940
2012	39.006	30.881	79,2	8.027	295	22.559	8.124	20,8	6.214	1.910,09
2013	41.860	32.798	78,4	8.236	335	24.226	9.063	21,6	7.086	1.977
2014	40.639	31.526	77,6	8.328	322	22.889	9.101	22,4	7.203	1.898
2015	35.675	27.874	78,1	7.470	329	20.075	7.801	21,9	6.046	1.755
2016	37.216	29.193	78,4	8.032	352	20.809	8.023	21,6	6.128	1.895
2017	35.905	27.902	77,7	7.592	333	19.977	8.003	22,3	6.242	1.761

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr, 10.10.2018, Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği

Yıllığı 2017, 2018

Tablo 9’da TÜİK’ten alınan TL cinsinden veriler Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu sağlık istatistiği yıllığındaki yıllara göre Dolar kuru kullanılarak Dolar verisi şeklinde gösterilmektedir. Tablo 9’a göre Türkiye’de 2000 yılında 12.560.000.000 dolar toplam cari sağlık harcaması yapılırken, 17 yılda yaklaşık 3,5 kat artarak 2017 yılında 35.905.000.000 dolar’a ulaşmıştır. 2000 yılından itibaren hızla artan toplam cari sağlık harcamaları 2007-2008 küresel kriz döneminde artış hızını yavaşlatsa da 2010 yılında hızlı yükselişine devam etmiştir (Tablo 9).

2000 yılında toplam cari harcamalarının %38,3’nü özel sektör harcamaları oluştururken %61,7’sini genel devlet sağlık harcamaları oluşturmaktadır. 2017 yılına gelindiği zaman toplam cari sağlık harcamaları içerisinde genel devlet sağlık harcamalarının oranı azalarak %78,1’e düşerken özel sektör sağlık harcamalarının oranı %21,9’a yükselmiştir (Tablo 9).

Tablo 9’a göre 2000 yılında cari sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmını oluşturan genel devlet sağlık harcamalarının yaklaşık %35,3’nü merkezi devlet sağlık harcamaları, %6,6’sını yerel devlet sağlık harcamaları ve %58,1’ni sosyal güvenlik kurumu sağlık harcamaları oluşturmaktadır. 2017 yılında ise sırasıyla %27,2, % 1,1 ve %71,5 olarak gerçekleşmektedir. Bu oranlara göre cari sağlık harcamalarının merkezi devlet tarafından karşılanan kısmının çok büyük bir bölümü SGK tarafından karşılanmaktadır. SGK 2017 yılına göre toplam cari sağlık harcamalarının %55,6’sını karşılamaktadır.

Toplam cari sağlık harcamaları içerisinde özel sektör sağlık harcamaları ise 2000 yılında 4.814.000.000 dolar’dan, 17 yılda 2 kata yakın artışla 2017 yılında 8.003.000.000 dolar’a yükselmiştir. Özel sektör sağlık harcamalarının 2000 yılına göre %25’i diğer özel sektör sağlık harcamaları şeklinde gerçekleşirken %75’i hane halklarının cepten ödemeleri olarak gerçekleşmektedir. 2017 yılında ise bu oranlar sırasıyla %77,9 ve % 22,1 olmuştur.

2000 yılında toplam cari sağlık harcamalarının yaklaşık %28,6’sı hane halkının cepten ödemesi oluşturmaktadır. Tablo 9’a göre 2007-2008 küresel krizi özel sektör sağlık harcamalarını olumsuz etkilemiş ve krizi izleyen iki yılda düşüşler yaşanmıştır. Bununla beraber 2017 yılında toplam cari sağlık harcamalarının

yaklaşık %17,3'ünün hane halklarının cepten yaptığı ödemeler şeklinde gerçekleştiği anlaşılmaktadır.

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış

Türkiye ilk zamanlarda sağlık hizmetlerine ulaşırken ciddi sorunlar yaşayarak bireylerin beklentilerini karşılayamamış, 2000’li senelerin başında ise sağlıkla ilgili bazı sorunlar oluşmaya başlayınca sağlıkta dönüşüm zorunlu hale gelmiştir (Adıgüzel ve Özkan, 2013: 23).

Bu amaçla 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) uygulamaya başlanmıştır. Bu programın hedefi; kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde bireylere sunma, sağlık giderlerini disipline etme ve finansal sürdürülebilirliktir (Sülkü, 2011: 1).

2003 yılında uygulamaya konulan Türkiye “Sağlık Dönüşüm Programı”nın başarılı olabilmesi için bir yandan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)’nın hizmet sunumundan ayrılması diğer taraftansa farklı finansman kurumlarının tek bir çatı altında birleştirilmesi gerekiyordu. Hizmet sunumlarının birleştirilmesi açısından iki yıl gibi bir süreyle çalışmalar yapılarak birleşmenin altyapısını oluşturmak için bir kısım adımlar atılmıştır. Bu adımlar sonucunda 19 Ocak 2005 tarihinde “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın en önemli reformları gerçekleştirilmiştir. Üniversite hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri ve belediye hastaneleri dışında, tüm kamuya ait sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devriyle beraber sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır. SSK’ye ait eczaneleri kapatılarak SSK’ye bağlı olan sigortalıların özel eczanelerden ilaç alabilmesi sağlanmıştır.

2006 yılı Mayıs ayında sağlık reformlarının önemli adımlarından olan 5502 Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiştir ve var olan sosyal güvenlik kuruluşları (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı) bir çatı altında toplanmıştır. 2008 yılı Ekim ayından itibaren Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi uygulanmaya başlamıştır. 2010 yılı Ocak ayında devlet memurları, 2012 yılı Ocak ayından itibaren ise yeşil kart GSS içersine alınmıştır.

Halk sağlığı hizmetlerinde, 112 acil sağlık hizmetlerinde, hastane hizmetlerinde, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, ilaç ve tıbbi malzemeye erişimde yapılan iyileştirme çalışmalarıyla sağlık hizmetlerine erişim daha kolay hale gelerek sağlık gosterlerini olumlu şekilde etkilemiştir. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve bunun sonucunda sağlık kurumlarına başvuruların artmasını sağlayan temel faktörlerden biri hekim ve diğer sağlık personeli sayısında son 15 yılda yaşanan artıştır (Bağcı 2018: 18).

2016 Temmuz ayında yaşanan darbe girişimiyle beraber olağanüstü hal (OHAL) ilan edilmiş ve bu kapsamda bazı tedbirlerin alınması gerekçe gosterilerek Milli Savunma Bakanlığına bağlı olarak sunulan sağlık hizmetlerinin devri Sağlık Bakanlığına yapılmıştır. Gülhane Askeri Tıp Akademisine ait yükseköğretim birimlerinin de devri Sağlık Bilimleri Üniversitesine yapılmıştır.

2.3.1. Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu

Türkiye’de sağlık sektörünün yapısının merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı ile beraberinde üniversiteler ve özel sağlık kuruluşları bulunmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmeti sunan birimler birinci basamakta sağlık ocağı, aile hekimliği, aile sağlığı birimi, toplum sağlık merkezi, sağlık evi, verem savaş dispenseri, ana-ocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi (AÇSAP), 112 acil yardım istasyonu, halk sağlığı laboratuvarları ve kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi (KETEM)’dir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile evde ve ayakta tedavi hizmetleri 25.198 aile hekimliği, 7.774 aile sağlığı merkezi, 972 toplum sağlığı merkezi, 5.320 sağlık evi, 177 AÇSAP merkezi, 177 verem savaş dispenseri, 166 KETEM, 2.618 tane 112 acil yardım istasyonu, 83 halk sağlığı laboratuvarı ile ülkenin genelinde Sağlık Bakanlığı yapısı tarafından sunulmaktadır (2017 Sağlık İstatistiği Yıllığı). Türkiye ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi hizmetlerinin %73,1’i Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, %14,9’u özel sektöre bağlı hastaneler, %8,0’i üniversitelere bağlı hastaneler ve %4,0’ü özel tıp merkezlerine aittir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni, 2017). 2017 yılında doktora müracaatların %33’ü birinci basamak, %67’si ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yapılmıştır. Türkiye’de yataklı tedavi hizmeti veren toplam hastane sayısı 1.518 ve hastanelerde hizmet verilen yatak sayısı ise 225.863’tür. Türkiye’deki ikinci ve

üçüncü basamakta yataklı tedavi hizmeti sunan hastanelerde, hastane ve yatak sayısı olarak en çok hizmet veren kurum Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler olarak görülmektedir. Özel sektör hastanelerinin sayısı da üniversite hastanelerine oranla daha fazladır.

Tablo 10. Türkiye’de İkinci ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler ve Yatak Sayılarının Kurumlara Dağılımı 2017

KURULUŞUN ADI	HASTANE		YATAK	
	SAYISI	%	SAYISI	%
SAĞLIK BAKANLIĞI	879	58,0	135.339	59,9
ÜNİVERSİTELER	68	4,4	41.324	18,3
ÖZEL SEKTÖR	571	37,6	49.200	21,8
TOPLAM	1.518	100	225.863	100

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, 2018: 113

Türkiye de kayıtlı olarak tedavisi yapılan hastaların tedavi oldukları kurumlara göre dağılımlarına bakıldığında ise yataklı tedavi hizmetlerinde hastaneye yatırılan hastaların %55,5’ini Sağlık Bakanlığı, %14,4’ünü üniversite hastaneleri, %30,1’ini özel hastaneler tarafından tedavi edildiği görülmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017: 165).

Bu veriler göre sunulan sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünün Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmesi, kamunun en temel görevi olan halkın sağlığının korunması ilkesinin bir sonucu olduğu söylenebilir.

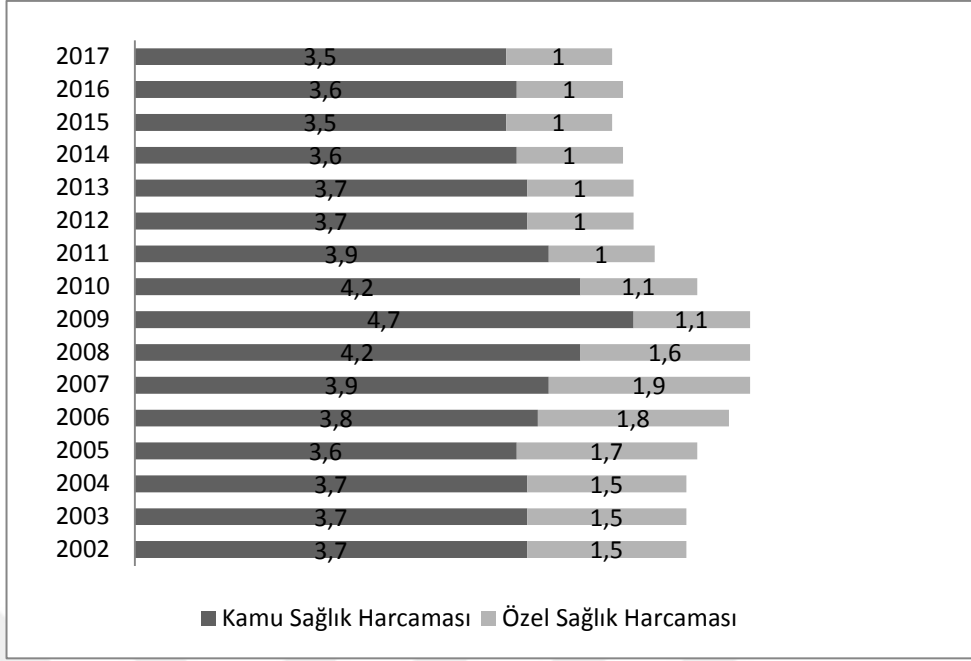
Tablo 11. Sağlık Personelini Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı 2017

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	42.726	14.415	23.810	80.951
Pratisyen Hekim	38.721	240	5.688	44.649
Asistan Hekim	8.817	15.580	-	24.397
Toplam Hekim	90.264	30.235	29.498	149.997
Diş Hekimi	9.768	2.505	15.616	27.889
Eczacı	2.855	348	25.309	28.512
Ebe	49.003	759	3.979	53.741
Diğer Sağlık Personeli	111.193	11990	32.234	155.417
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	215.402	70.987	52.852	339.241
Toplam Personel Sayısı	590.559	141.085	189.295	920.939

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, 2018: 217

Bu verilere göre Sağlık Bakanlığının bünyesinde bulundurduğu toplam 590.559 personel ile hizmet vererek sektörün temelini oluşturduğu görülmektedir. İkinci sırada ise özel sektör personel sayısı gelmektedir. Tüm çalışan personel sayısı 920.939 olarak sağlık alanında önemli bir çalışan potansiyelinin var olduğu görülmektedir.

Bir ülkenin sağlık sektörünün gelişmişliğine bakılırken ortaya konulan unsurlardan biri de yapmış olduğu toplam sağlık harcamaları miktarı ile bu harcamaların GSYİH içerisindeki oranıdır. Şekil 8’de Türkiye’de GSYİH içinden sağlığa ayrılmış olan payların yıllara göre değişimi gösterilmektedir. GSYİH içinde 2002 yılından itibaren sağlığa ayrılan pay artarken son sekiz yılda bu payda azalmalar olmuştur. Kamunun ayırmış olduğu sağlık harcaması oranının özel sektörün sağlık harcaması oranına göre her zaman daha fazla olduğu görülmektedir.



Şekil 7. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, 2018: 247

2000 ile 2017 yılları arasında Türkiye’de GSYİH’den sağlık için ayrılan pay %5,2 ile %4,5 arasındadır. 2002 yılından 2010 yılına kadar ayrılan pay yüksek iken 2010 yılından sonra bu oranda azalmalar olmuş ve 2017 yılında %4,5 oranında kalmıştır. Bu oranın da %3,5’i kamu sağlık harcaması, %1’i ise özel sağlık harcamalarıdır (Şekil 9).

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetleri sunumu; sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilen, teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile birlikte hastalıkların önlenmesi, toplum ve insanların sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin tamamını kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal ve hizmet olması özelliğinden dolayı sunumu da genel olarak iki şekilde gerçekleşmektedir. Bu sunum şekilleri de ya devlet tarafından kamusal olarak ya da özel sektör tarafından piyasa şartlarında sunulmaktadır. Ancak yine de sağlık hizmetlerinin temel sunucusunun devlet olduğu söylemesi yanlış olmayacaktır. Özellikle gelir düzeyi belli bir seviyenin altında

bulunan kişilere kamunun sınırsız tedavi sunması sosyal sorumluluğu ve ödevidir (Altay, 2007: 36).

Ülkemizde sağlık hizmetleri kamu kesimi, özel kesim ve sivil toplum kuruluşları tarafından sunulmaktadır.

2.3.2.1. Kamu Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de devlet için koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmak, Sağlık Bakanlığının görevidir. Bu doğrultuda devlete direkt olarak bağlı hastaneler ve Sağlık Bakanlığı bünyelerinde kurulan hastaneler faaliyet göstermektedir. Milli Savunma Bakanlığına bağlı olan hastaneler de kamu kesiminin sunduğu sağlık hizmetleri kapsamında bulunmaktayken Temmuz 2016’daki darbe girişiminden sonra OHAL kapsamında askeri hastanelerin Sağlık Bakanlığına devri ile sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığının baskın oluşunu artırmıştır (Bağcı, 2018: 26). Sağlık hizmetleri sunan başlıca kamu kurumları:

- Sağlık Bakanlığına ait hastane poliklinik, sağlık ocakları ve sağlık evleri ile
- Üniversitelere ait hastane, revir ve polikliniklerdir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını kamu kurumları karşılanmaktadır. Hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu üst yöneticiler, mesleki uygulamalarının yanında ek bir görev olarak yer alan idari faaliyetleri de yürüten başhekimlerdir. İdari hiyerarşi üstten alta doğru dikey bir otorite yapısındadır.

2.3.2.2. Özel Kesim Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Türkiye, 1980’li yıllar itibarıyla liberal ekonomik sisteme dahil olmaya başlamış yansımaları ise sağlık sektöründe de görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin finansmanında etkinlik ve kârlılık gibi ifadeler sağlık sektörüne de yansımış ve buda sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör payının giderek artmasına sebep olmuştur. Artık devlet daha çok bizzat hizmet sunmak yerine yapılan hizmetlerin denetlenmesi ve planlanması ile ilgilenmeye başlamıştır (Altay, 2007: 43).

Özel hastaneler her geçen gün sektördeki ağırlıkları artmakta ve de özel sağlık sektörü hızla büyüyen sektörler arasında yer almaktadır. 2002 yılında %15,7’si

özel sektörde çalışan hekimlerin oranı 2017 yılında %20,5'e yükselmiştir. Sektörlere göre nitelikli yatak sayısının toplam yataklar içerisindeki oranına bakıldığında kamu hastanelerinde %60,3, üniversite hastanelerinde %63,8 ve özel sektöre bağlı hastanelerde %95,1 olduğu görülmektedir. Toplam yoğun bakım yatak sayılarına bakıldığında da kamu hastaneleri 14.996 yatakla, üniversite hastaneleri 5.865 yatakla, özel sektöre bağlı hastanelerin 15.379 yatakla nitelikli hizmet vermekte olduğu gözlenmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 2018: 120) .

Türkiye'de özel kesimin Sosyal Güvenlik Kurumuna sunduğu sağlık hizmetlerinin karşılığını hizmet başı ödeme prensibine göre gelir olarak kaydetmektedir. Fakat son dönemlerde Sosyal Güvenlik Kurumunun özel hastanelerle belirli hastalık grupları için paket fiyat anlaşmaları yaparak bu fiyatlar üzerinden ödeme yaptığı görülmektedir.

Özel sağlık sektöründeki tesislerin bir diğer önemli finans kaynağını ise özel sağlık harcamalarıdır. 2002 yılında toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı %19,8'den 2017 yılında %17,1'e düşmüştür. Özel sektör sağlık harcamalarının sağlık tesisi harcamaları içindeki payı 2002 yılında %34,8 iken bu oran 2017'de % 30'a düşmüştür. Özel sağlık harcamaları artış hızındaki söz konusu düşüş en fazla özel sağlık tesislerini etkilemiştir (Sağlık İstatistik Yıllığı 2017 2018: 253).

2.3.2.3. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Toplumlarda sağlık bilinç düzeylerinin yükselmesiyle devlet ve özel sektör haricinde de bu hizmetler bazı örgütlerce gönüllük esasında verilmeye başlanmıştır. Bunun en iyi örneği Kızılay'dır.

Vakıflar en eski sivil toplum örgütlerindedir. Bazı vakıfların kuruluş sözleşmelerinde sağlık hizmeti sunmalarına yer verilmiştir. Vakıflar genel olarak hastaneler veya poliklinikler oluşturarak sağlık hizmetlerini gerçekleştirirler. Ayrıca dernekler de sivil toplum kuruluşu şeklinde hizmet sunabilmektedir.

2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Kişilerin sağlıklarının korunmasını, geliştirilmesi ve iyileştirilmesini hedefleyen sağlık sistemleriyle giderleri adına ülkelerin sosyal güvenlik ve sağlık politikaları büyük bir öneme sahiptir.

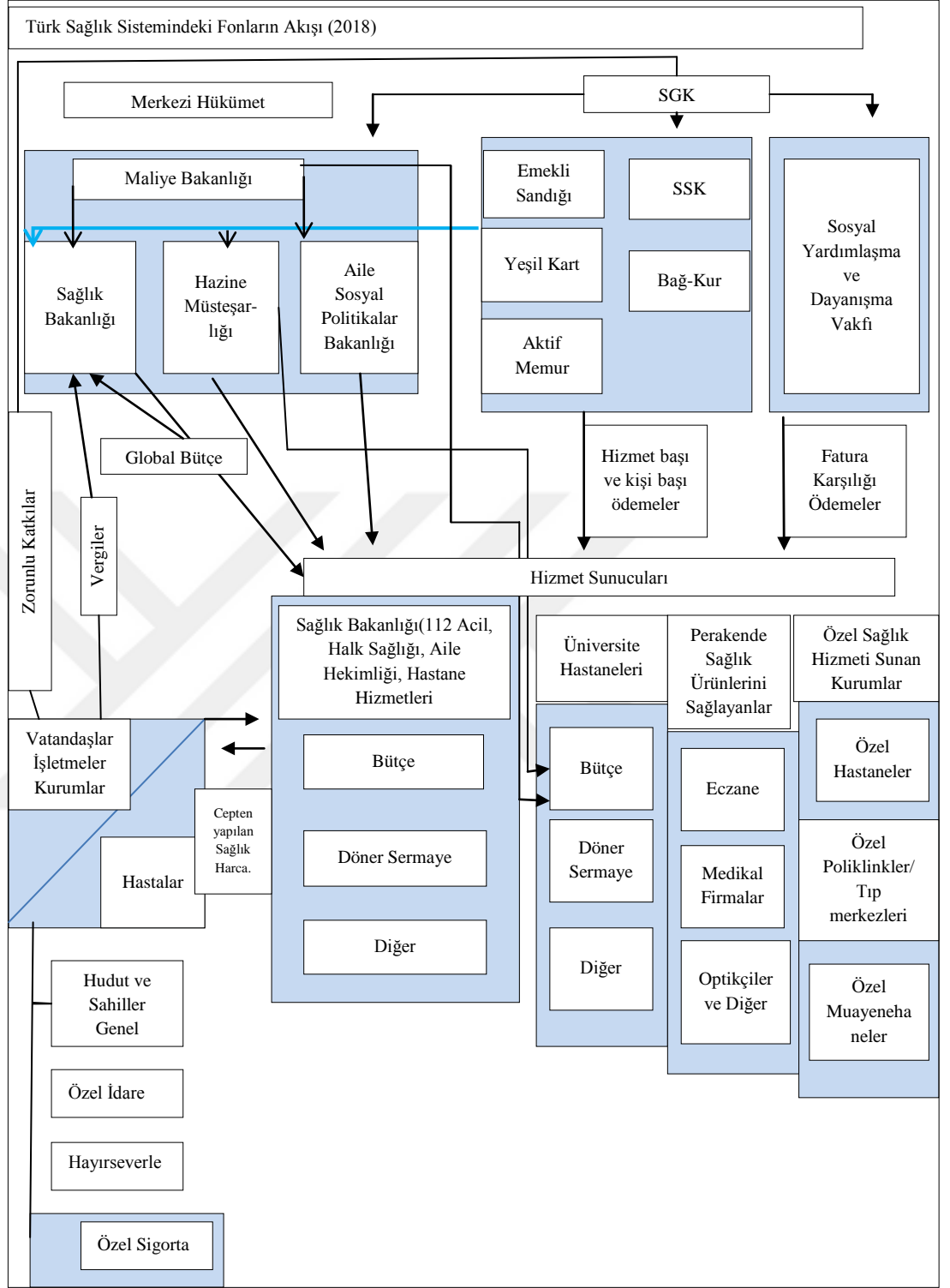
Son yıllarda dünya genelinde sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Bu artışta kişi başı gelirlerin yükselmesi, sağlık bilincinin artması, şehirleşmenin artmış olması ve yeni türde hastalıkların ortaya çıkması gibi nedenler etkili olmaktadır. Bu durum ise sağlık sistemindeki finansal sürdürülebilirliği sıkıntıya sokmuş ve sağlığa ayrılan payın bütçe içindeki yerinin giderek artmasına yol açmıştır.

Türkiye’de önceki dönemlerde SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı (ES) ve yeşil kart uygulamaları bulunmaktaydı. Sağlık finansmanın önemli kısmı kamu tarafından sunulmaktaydı. SDP ile sağlık hizmetlerinin sunumlarının ve finansmanlarının birbirinden ayrılması hedeflenmiştir. SDP ile kamuya ait üniversiteler, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, Cumhurbaşkanlığı gibi kurumlara ait sağlık kuruluşları hariç tüm sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Daha sonra 2006 yılında 5502 sayılı Kanunla aktüeryal denge, norm ve standart birliğini sağlamak için SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tek bir el olarak SGK’da toplanmıştır. 2008 yılında ise GSS’ye geçiş yapılmıştır.

GSS ile amaç tüm bireylere eşit ve nitelikli sağlık hizmeti sunma, risk paylaşımı ve adalete dayalı sistem oluşturma, sağlık alanında finansal koruma sağlamaktır (Sülkü, 2011: 29). GSS kapsamında sağlık hizmetleri gerek kamu gerekse özel sektörden karşılanmaya başlamış ve özel sektör sağlık hizmet sunumu yapanların sayısında artış olmuştur (Sülkü, 2011: 16).

01.01.2012 tarihinden itibaren sosyal güvenlik kapsamı dışında olan yeşil kartlı olan veya olmayan büyük bir kısım GSS kapsamına alınmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu için kamuya başvuran hastalara bir sistem oluşturulmuş ve nüfusun büyük bir kısmı zorunlu olarak GSS’ de toplanmış ve sağlık finansmanının kontrolü SGK çatısı altında verilmiştir.



Şekil 8. Türkiye Sağlık Sisteminde Fonların Akış Şeması 694 Sayılı KHK Sonrası

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017/17 Sayılı Genelge

Türkiye’de merkezi yönetimden dolayı sorumluluk tek bir kurum olan SGK’ da toplanmıştır. Bu durumun pozitif yanı SGK’nin tek kurum olarak temel hizmet alıcısı gücünün olması bu yönde de sağlık hizmetleriyle ilgili kararları ve politikaları etkileme gücünün olmasıdır (Güvercin, Mil ve Tarım 2016: 86).

Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin finansmanı SGK, merkezi yönetim bütçesi, özel sağlık sigorta ile cepten sağlanan kaynaklardan karşılanmaktadır. GSS zorunlu olup tüm bireyleri kapsamakta fakat temel şartı ise Türkiye’de ikamet ediyor olmasıdır. GSS’nin gelirleri; sigorta primleri, devlet katkıları ve kullanıcı katkılarıdır (Güvercin, Mil ve Tarım 2016: 87)

Sağlık hizmetlerinin bir bölümü de özel sağlık sigortası kuruluşları tarafından karşılanmaktadır. Kişiler, özel sağlık sigortasından daha çok isteğe bağlı ve GSS’yi tamamlayıcı olarak faydalanmaktadır. Özel sağlık sigortası sistemi prim esaslı çalışmaktadır (Güvercin, Mil ve Tarım 2016: 87). Tüm uygulamaların dışında olan bireylerse cepten yapacakları ödemeler ile sağlık hizmetlerini karşılayabilmektedirler.

Tablo 12. Sağlık Finansman Sistemi

SAĞLIK HARCAMA SINIFI	ALT SINIFLANDIRMA	
Finansman Sağlayanlara Göre Sağlık Finansmanı		
Kamu Sağlık Harcamaları	Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Harcamaları	SSK Sağlık Harcamaları, BAĞ-KUR Sağlık Harcamaları, Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları
	Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları	Kamu Görevlilerinin Sağlık Harcamaları, Yeşil Kart Harcamaları, Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları, Üniversitelerin Sağlık Harcamaları, Diğer Kamu Sağlık Harcamaları.
	Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları	Mahalli idareler ve il özel idareleri ile sosyal güvenlik ve merkezi yönetim bütçesi kapsamı dışında kalan diğer kamu idareleri tarafından yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır
Özel Sektör Sağlık Harcamaları	Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları	Maliyet paylaşımı, katkı payı, katılım payı, kendi kendine bakım ve diğer harcamalar için hane halkları tarafından doğrudan yapılan harcamalar.
	Diğer Özel Sektör Sağlık Harcamaları	Özel sigorta şirketleri, hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen özel kuruluş ve işletmelerin yaptığı sağlık harcamaları.
Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Finansmanı		
Sağlık Bakanlığı Tesisleri Sağlık Harcamaları	Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların sorumluluğunda olan tesislerde gerçekleştirilen harcamalar.	
Üniversite Sağlık Tesisleri Sağlık Harcamaları	Kamuya ait üniversitelerde gerçekleştirilen harcamalar.	
Özel Sağlık Tesisleri Sağlık Harcamaları	Özel girişim tarafından yapılan tesislerde gerçekleştirilen harcamalar.	
Perakende İlaç Harcamaları (Serbest Eczaneler)	Hastane dışındaki eczanelerden temin edilen ilaçlarla ilgili olarak gerçekleştirilen harcamalar.	
Diğer Sağlık Harcamaları	Optik, tıbbî cihaz, geçici iş göremezlik, sağlık hizmeti almak için yapılan yolluk vb. gider kalemlerine ait harcamaları içermektedir.	

Tablo 12. (Devamı)

Fonksiyonlarına Göre Sağlık Finansmanı	
Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri İçin Yapılan Sağlık Harcamaları	Tamamı kamunun verdiği aile hekimliği, aşılama, hıfzıssıhha, ana ve çocuk sağlığı, toplum sağlığı gibi hizmetler için yapılan harcamaları kapsar.
112 Acil Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	Acil sağlık hizmetleri için gerçekleştirilen harcamalar.
Hastane Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	Hastanelerde verilen sağlık hizmetleri için gerçekleştirilen harcamalar.
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	Diş üzerinde çalışan hastane ve poliklinik gibi alanlarda gerçekleştirilen harcamalar.
Perakende İlaç Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	İlaçların perakende alımı için yapılan harcamalar. Hastanede kullanılan ilaçlar hariç.
Yönetim Hizmetleri İçin Yapılan Sağlık Harcamaları	Yönetim, örgütlenme ve planlama gibi konular için yapılan harcamalar.
Diğer Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	Belirli bir kategoride bulunmayan harcamalar.
Niteliklerine Göre Sağlık Finansmanı	
Cari Sağlık Harcamaları	Diğer Cari Giderler, Hizmet Alım Giderleri, İlaç Giderleri, Kanuni Yükümlülükler, Personel Giderleri, Tıbbi Malzeme Giderleri, Tıbbi Tetkik (Laboratuvar ve Görüntüleme) Giderleri, Yönetim Giderleri, Sınıflandırılmayan Cari Giderler
Yatırım Harcamaları	Ambulans Giderleri, Makine-Teçhizat Giderleri, Onarım Giderleri, Yapı-Tesis Giderleri, Diğer Yatırım Harcamaları.

Kaynak: Başer 2019: 41

2.3.3.1. Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Dağılımı

Toplam sağlık harcaması devlet ve özel sektör sağlık harcamalarının toplamının tamamını oluşturmaktadır. Yapılan harcamaların finansmanının sağlandığı farklı kaynaklar ve kurumlar vardır. TÜİK tarafından yapılan sağlık sektörü için harcamaların sınıflandırılmasında iki finansman kaynağının olduğu görülmektedir. Bu finansman kaynakları da kendi içerisinde bölümlere ayrılmaktadır.

Genel devlet sağlık harcamaları kendi içerisinde merkezi devlet, yerel devlet ve SGK harcamaları olarak ayrılmakta, özel sektör sağlık harcamaları ise hane halkları ve diğer kar amacı gütmeyen kuruluşların harcamaları olarak ayrılmaktadır. Tablo 13'te toplam sağlık harcamalarının finansman kaynağına göre oranları gösterilmektedir.

Tablo 13. Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Dağılımı,
(Milyon Dolar)

Yıllar	Genel Devlet Sağlık Harcamaları						Özel Sektör Sağlık Harcamaları			
	Toplam (1+2)	Toplam (1)	%	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam (2)	%	Hane Halkları	Diğer
2000	13.133	8.264	62,9	2.939	729	4.595	4.869	37,1	3.630	1.239
2001	10.152	6.911	68,1	2.958	189	3.763	3.242	31,9	2.319	922
2002	12.343	8.724	70,7	3.473	234	5.017	3.619	29,3	2.449	1.170
2003	16.273	11.704	71,9	4.234	323	7.146	4.569	28,1	3.004	1.565
2004	20.964	14.936	71,2	5.348	349	9.240	6.028	28,8	4.033	1.994
2005	26.231	17.794	67,8	7.062	346	10.386	5.971	32,2	5.971	2.465
2006	30.582	20.899	68,3	8.165	474	12.260	9.683	31,7	6.720	2.963
2007	39.157	26.562	67,8	10.743	667	15.152	12.595	32,2	8.542	4.053
2008	45.074	32.911	73,0	12.450	675	19.786	12.163	27,0	7.834	4.329
2009	37.483	30.350	81,0	11.616	432	18.302	7.133	19,0	5.270	1.863
2010	41.064	32.277	78,6	11.457	384	20.436	8.786	21,4	6.699	2.087
2011	40.911	32.546	79,6	11.381	332	20.833	8.365	20,4	6.315	2.050
2012	41.170	32.622	79,2	9.153	367	23.102	8.549	20,8	6.521	2.028
2013	44.322	34.783	78,5	9.677	425	24.681	9.539	21,5	7.435	2.104
2014	43.324	33.553	77,4	9.731	340	23.482	9.770	22,6	7.690	2.080
2015	38.543	30.269	78,5	9.320	342	20.607	8.273	21,5	6.382	1.891
2016	39.602	31.089	78,5	9.501	370	21.218	8.513	21,5	6.469	2.044
2017	38.555	52.287	78,1	9.681	357	20.045	8.471	21,9	6.580	1.891

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr, 10.10.2018, Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği Yıllığı 2017, 2018

Tablo 13'te TÜİK'ten alınan TL cinsinden veriler Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu sağlık istatistiği yıllığındaki yıllara göre Dolar kuru kullanılarak Dolar verisi şeklinde gösterilmektedir. Tablo 13'e göre 2000'de toplam sağlık

harcamalarının %62,9'u genel devlet harcamalarıyken, %37,1'i özel kesim harcamalarıdır. Sağlık alanında hem devlet hem de özel sektör tarafından yapılan harcamalar devamlı artış göstermektedir. Toplam sağlık harcaması 2000-2017 yıllarında yaklaşık 2,5 kat artarak 38.555 dolara ulaşmıştır. 2017 yılında toplam sağlık harcamalarının % 78,1'i genel devlet harcamaları, %21,9'u ise özel sektör harcamaları içerisinde yer almaktadır (Tablo13).

Toplam sağlık harcamalarının genel devlet harcamaları olan kısmı kendi içerisinde merkezi devlet, yerel devlet ve SGK harcamaları olarak ayrılmaktadır. Genel devlet harcamalarının büyük kısmını SGK karşılarken kalan kısmı merkezi devlet ve küçük bir bölümünü de yerel devlet karşılamaktadır. Özel sektörün sağlık harcamalarının finansman kaynağına göre hane halkları ve diğer özel sağlık harcaması yapan kar amacı gütmeyen kuruluşlar olarak ayrılmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık 1/5'ini oluşturan özel sektör sağlık harcamalarının büyük bölümü hane halkları tarafından karşılanırken küçük bir kısmı diğer özel sağlık harcaması yapan kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından karşılanmaktadır. Grafiğe göre her yıl artarak devam eden özel sektör sağlık harcamaları küresel kriz döneminde önemli oranda düşmüş ancak krizin etkilerinin azalmasıyla birlikte tekrar artmaya başlamıştır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK HARCAMALARI VE YATIRIMLARININ MAKROEKONOMİK İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

3.1. Amaç ve Önem

Günümüze kadar sağlık harcamaları hakkında pek çok araştırma yapılmıştır. Sağlık yatırımlarını konu alan çalışma ise daha az sayıdadır. Bu çalışmanın amacı 2003-2016 yılları arasında farklı sağlık sistemleri uygulayan ülkelerdeki sağlık yatırım ve harcamalarını, seçilmiş makroekonomik göstergelerle birlikte karşılaştırmalı olarak değerlendirmektedir. Bu doğrultuda, ele alınan dönem ve değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon katsayıları incelenmiş ve sağlık harcamaları ile yatırımlarının ülke bazında her bir makroekonomik gösterge ile birlikte grafiksel olarak değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir. Bu karşılaştırmalar yapılırken ülkelerin iç piyasa fiyatları göz önüne alınmamıştır.

Sağlık sistemleri sınıflandırılması yapılırken ülkelerin sağlık finansman modelleri yönünde sistemde çoğunlukla kullanılan finansman şekillerine göre sınıflandırmalar yapılmıştır (Daştan, Çetinkaya 2015: 106).

Türkiye modelinde (Genel Sağlık Sigortası), sağlık hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı bir finansman sistemi olup temel ilkesi “herkesten gücüne göre prim alıp, herkese ihtiyacına göre hizmet vermek”tir (Erol, Özdemir 2014: 13). Sistemin en temel özelliği, primlerini ödeyen tüm vatandaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarından oluşan bir sistem içinde sağlık hizmetlerinin tamamını alabildiği ve bütün giderlerinin sigorta sistemi tarafından ödendiği bir model yerine, yurttaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarının yanı sıra özel sağlık kuruluşlarına ve özel sağlık sigortacılığına da başvurulabildiği ancak bunun için ek ödeme yapmak zorunda kaldığı yarı kamusal, yarı özel bir sistem öngörmesi olduğu ortaya çıkmaktadır (Ataay 2008:172-173). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası sağlık hizmetlerini kamu malı olarak

nitelendirmektedir. Bu hizmetler devlet görevleri arasındadır ve sunulacak hizmetlerin sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na aittir. Bu modele göre sağlık hizmeti kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen vakıf kuruluşları tarafından karşılanır ve sağlık hizmetlerinin finansmanı da sosyal güvenlik primleri (SGK), vergiler, özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile sağlanmaktadır.

Fransa'da Bismarck modeli uygulanmaktadır. Bismarck modelinde sigorta sistemi bulunmakta ve sigortanın finansmanı bordro kesintilerinden karşılanmaktadır. Bu model vatandaşların tamamını hedefler, kar amacı bulunmaz ve hastalık risklerine karşı sigortalama yapar. Bu sistemi uygulayan ülkelerde hastaneler ve doktorlar özel olma eğilimindedirler. Gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerin çoğunda Bismarck modeli kullanılmaktadır.

Kanada'da Ulusal Sağlık Sigortası modeli uygulanmaktadır. Beveridge ve bismarck sisteminde ki unsurlarda içinde bulunduran bu model de hem kamu kesiminin hem de özel kesimin sağladığı hizmetlerden yararlanılmaktadır. Ulusal sağlık modelinde özel sağlık hizmeti sunucuları kullanılmakta fakat devlet tarafından işletilip vatandaşlar tarafından ise vergi ve prim ödemesiyle finanse edilen bir modeldir. Bu sigorta sistemi daha kolay yönetilebilir ve daha ucuz olma eğilimindedir. Ulusal sağlık sigortası sistemleri, ödeme yapacakları tıbbi hizmetleri sınırlabilir veya da hastaları tedavi için bekletmek suretiyle de maliyetleri kontrol edebilirler (Er 2011: 41).

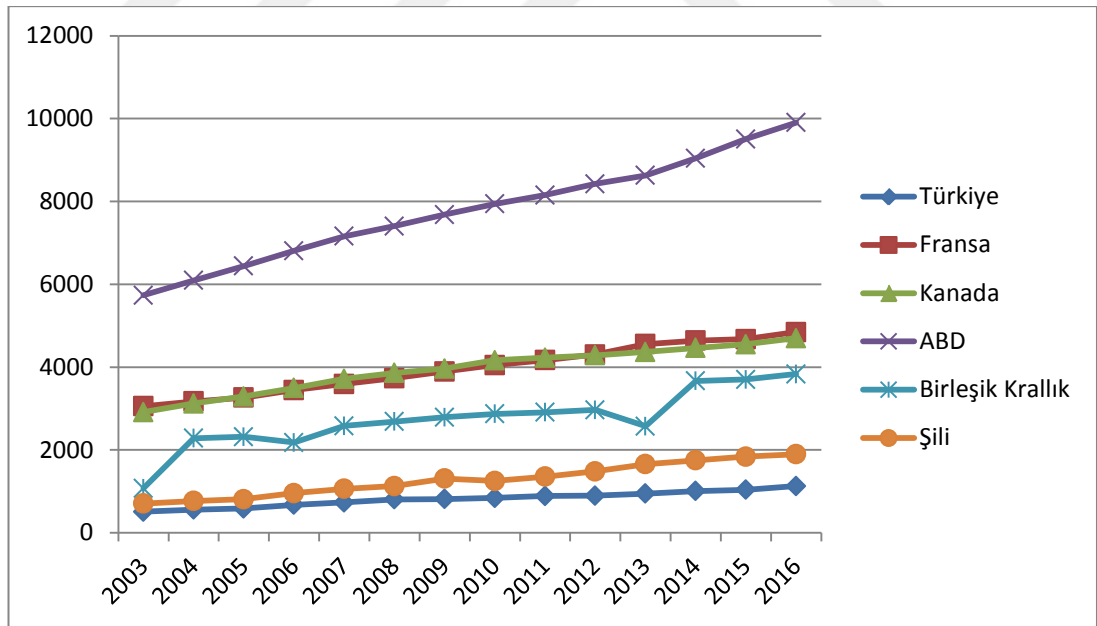
Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin genel sağlık sistemi, gaziler ve çocukların sağlık hizmeti alması açısından model Beveridge modeline, yaşlılara hizmet sunumu açısından Ulusal Sağlık Sigortası modeline, çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri açısından ise Bismarck modeline benzemektedir (Daştan, Çetinkaya 2015:106-109). Farklı modelleri bir arada bulundurduğu için sağlık hizmetlerinin sunumu hem hükümet hem de özel sektör tarafından sunulmaktadır (Kırılmaz, Amarat ve Ünal 2017: 86-87). Hekimlerin birçoğu özel olarak çalışmayı tercih etmekte iken yapılacak ödemeler ise sigorta tarafından veya da direkt olarak hekime yapılmaktadır. Ülkenin genelinde tam bir birliktelik bulunmamaktadır.

Birleşik Krallık için uygulanan model ise Beveridge modeli (Ulusal Sağlık Hizmeti)'dir. Beveridge modelinde sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vergi

yöntemiyle finansının sağlandığı ve sağlık hizmetlerini kamu malı olarak sunulduğu sistemdir. Beveridge sisteminde hastanelerin ve kliniklerin birçoğu devlete aittir, kamuda ki doktorlar ile özel olarak çalışan doktorların tamamı ücretlerini devletten almaktadır.

Şili’de ise Cepten Ödeme modeli uygulanmaktadır. Bu sistem hizmetin sunulduğu esnada kullanıcının doğrudan cepten yaptığı ödemelerdir. Bu ödemeler, a) sosyal güvenlik sistemine dahil olup, vergi ve/veya prim ödeyenlerin, hizmet kullanırken ödedikleri katkı payları, b) Sosyal güvencesi olmayanların hizmet kullanırken yaptıkları cepten ödemeler, biçiminde olur (Belek 2009: 124). Sağlık hizmetlerini sunamayacak kadar gelir seviyeleri düşük ve yönetimi organize olmayan ülkelerde görülmektedir (Daştan, Çetinkaya 2015:106-109).

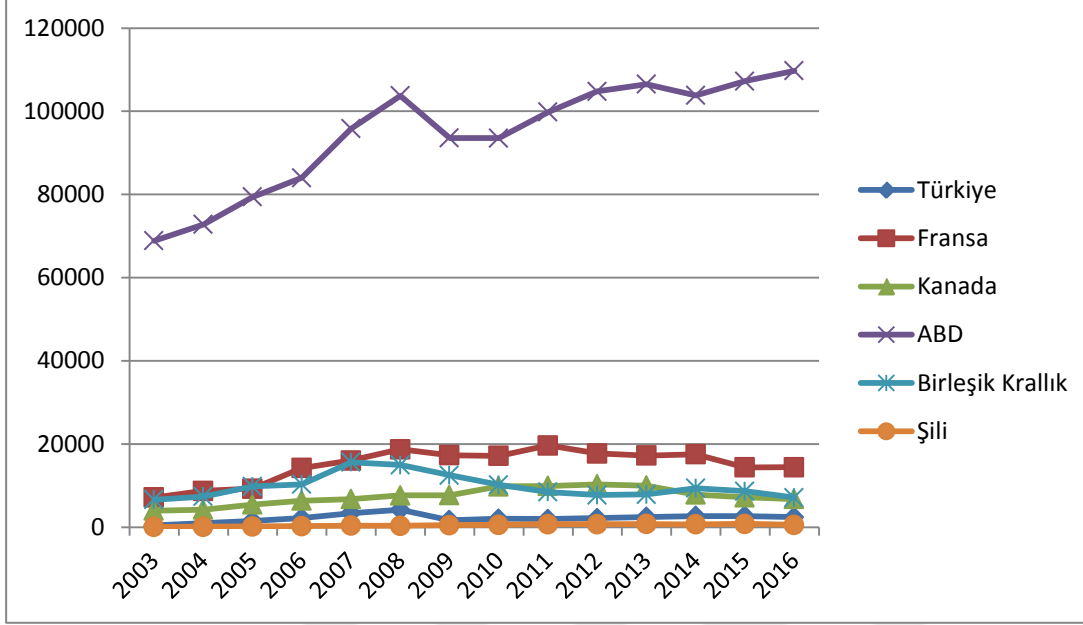
Şekil 11’de ülkelerin 2003 ve 2016 yılları arasında sağlık harcama verileri dolar cinsinden gösterilmektedir. Sağlığa en fazla harcama yapan ülke ABD olarak en az harcama yapan ülkeyse Türkiye olarak görülmektedir. Türkiye’den sonra Şili, Birleşik Krallık ve Fransa gelmektedir (Şekil 11).



Şekil 9. Seçilen Ülkelerin Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (ABD Doları)

Kaynak: OECD Data (www.oecd.org, 06.05.2019)

Şekil 12’de ülkelerin 2003 ve 2016 yılları arasında sağlık yatırım verileri dolar cinsinden gösterilmektedir. En fazla yatırımı ABD’ nin yaptığı görünürken en az ise Şili’dir.



Şekil 10. Seçilen Ülkelerin Yıllara Göre Sağlık Yatırımları (ABD Doları)

Kaynak: World Health Organization- Global Health Expenditure Database
(<https://apps.who.int/nha/database>, 06.05.2019)

Akar’ın (2014) değerlendirmesinde belirttiği gibi gelişmiş ülkelerde sağlık harcama ve yatırımlarına ayrılan payın gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelere göre nispeten daha çok olduğu gözlenmektedir. Hem sağlık harcamalarının hem sağlık yatırımlarının hem de enflasyon, büyüme, işsizlik ve cari denge değişkenlerinin ele alınması, sağlık finansmanının belirleyicilerinin daha iyi kavranmasına yardımcı olacaktır. Çalışmada seçilen makroekonomik göstergelerin harcama ve yatırımlar açısından ülkelerin ekonometrik olarak incelenebilmesi için karşılaştırma yapılarak çalışma yürütülmüştür.

3.2. Literatür Taraması

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda ekonomik büyümeyle insan sermayesi arasındaki ilişkiyi inceleyen ampirik çalışmalar artış göstermektedir. İnsan sermayesi teorisine dayalı gelişmeler, eğitim ile sağlık alanları açısından ayrıntılı çalışmaların

yapılmasına imkan sağlamış ve literatürde oldukça önemli yer tutmuştur. Sağlık sektörüne yapılan harcamaların belirleyicilerin analiz uygulaması, hem ekonometriciler hem de sağlık ekonomistleri tarafından ilgi çekici olmuştur. Bununla beraber analiz için farklı yöntemlerin ve verilerin seçildiği görülmektedir. Öncü olan çalışmalarda sağlık harcamalarını açıklamada gelir dışı değişkenlerin seçimi ile beraber milli gelirin önemi vurgulanmaktadır. Gelir dışı değişkenlerin bazıları sağlık fiyat endeksi, kentleşme oranı, kamu tarafından finanse edilen oran gibi göstergeleri içermektedir. Gelir dışı değişkenler ancak sağlıklı nüfusa bağlı değişimi ve sağlık sektörünün yapısını açıklayabilirken, GSYİH, toplam sağlık harcamalarındaki değişim nedeninin çoğunu açıklamaktadır.

Sağlığın ekonomik yönü ile ele alındığı ve sağlık ekonomisinin ilk kez sistematik olarak tanımlandığı en önemli çalışma Selma J. Mushkin tarafından 1958 yılında yazılan makaledir. Yapılan çalışmada Mushkin (1958) sağlığı, piyasa mekanizması üzerinden ele almış ve sağlık talebi, sağlık arzı, sağlık piyasasında fiyat, sağlık tüketiminden elde edilen fayda, sağlık piyasasında dışsallıklar gibi ekonomik değişkenleri incelemiştir. Bir diğer çalışmada da Mushkin (1962), ilk kez beşeri sermayenin korunması ve geliştirilmesi konusunda sağlığın önemine atıfta bulunarak sağlık harcamalarını bir tür yatırım harcaması olarak değerlendirmiştir.

Sağlık ekonomisinin çalışma alanının belirlenmesi açısından bir diğer dikkat çekici çalışma Arrow (1963) tarafından yürütülmüştür. Bu makalede Arrow (1963), sağlık hizmetlerinden hiçbir bireyin mahrum bırakılmayacağını vurgulayarak sağlık piyasalarında piyasa ve fiyat mekanizmasının geçerli olabileceğini ifade etmiştir. Sağlık piyasalarında oluşabilecek aksaklıkların açıklandığı makalede aksaklıklarla mücadele edebilmek için piyasa dışı müdahale türlerinden yararlanılması önerilmiştir. Arrow, yapmış olduğu bu çalışma ile sağlık ekonomisi ile ilgili en kapsamlı çalışmalardan birini ortaya koymuştur.

Schultz (1961), eğitime ve sağlığa ait harcamaların insan sermayesi yatırımı olarak vurgulamıştır. Schultz'a (1961) göre eğitime ve sağlığa yapılan yatırımlar insanlar için daha iyi bir iş avantajı sağlayacak ve daha çok kar edilmesini sağlayacaktır.

Toplam veriye dayalı birçok makroekonomik çalışma (Gertler ve VanbDer Gaag 1990; Schieber 1990; Gerdtham ve diğ. 1992; Getzen ve Poullier 1992; Fogel 1999) sağlık bakımının 1'i geçen bir katsayı olarak tespit edip çok elastik olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ulaşılan sonuçlara göre sağlık harcamaları gelir esnekliği 1'i geçen lüks bir mal olarak kabul edilmesi ile açıklanabilir (Murillo ve diğ. 1993). Bu görüş ilk olarak sağlık hizmeti talebi daha çok tedavi (fiziksel sağlık) amaçlı değil de sağlık bakımı (sağlık öznel bileşenleri) ile ilgili olduğunu savunan Newhouse tarafından (1977) ortaya atılmıştır. Newhouse'un yapmış olduğu öncü çalışmasından sonra genellikle yatay-kesit verileri ile ülkeler arasındaki sağlık harcamalarının farklılıklarının sebeplerine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar, sağlık hizmetlerinin fakir ülkeler için lüks bir mal niteliğindeyken daha zengin ülkelerde normal bir mal olduğunu ortaya koymuştur. Ancak bu lüks mal görüşüne, son dönemlerden panel veri kullanılarak yapılan çalışmalarla (Baltagi ve Moscone, 2010) gelir esnekliğini birin altında tahmin ederek meydan okumuştur.

Bhargava, Jamison, Lau ve Murray (2001) yaptıkları çalışmalarında panel veri analizyle sağlığın ekonomik büyüme ile ilişkisini incelemişlerdir. Çalışmada sağlık değişkeni olarak yetişkin hayatta kalma oranları kullanmışlardır. Ulaşılan sonuca göre yetişkinlerin yaşam oranlarındaki artış ABD, Fransa, İsviçre gibi gelişmiş ülkelerde negatif yönde bir etki yaparken gelişmekte olan ülkelerde ekonomiyi olumlu etkilemektedir.

Hussey ve Anderson (2001), OECD ülkelerini analiz ettikleri çalışmada GSYİH verilerini kullanarak ülkelerin gelir düzeyleri ile sağlık durumları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışma sonucunda ülkenin gelir düzeyi ile o ülkede yaşayan bireylerin sağlık durumları arasında ilişki olduğuna ulaşmıştır. OECD ülkelerinin gelir düzeyleriyle sağlık düzeyleri arasında pozitif ilişkiye ulaşmışlardır.

Huber ve Orosz (2003), sağlık hizmetlerinin karşılanması ihtiyacının OECD ülkelerinde bu konuda büyük bir sektör oluşmasına yol açmasından hareketle, 29 OECD ülkesinin sağlık harcamalarındaki güncel eğilimleri ve sağlık harcamaları hesaplarını incelemişlerdir. Buna göre sağlık hizmetlerinin finanse edilme şeklinde büyük farklılıklar olduğunu, kamu fonlamalarının merkezi, bölgesel veya yerel yönetimlerce veya sosyal güvenlik planlarıncı karşılanabildiğini ortaya

koymuşlardır. Buna göre 1997 yılı için sağlık harcamalarında kamu fonlarının payının en yüksek olduğu ülkeler İskandinav ülkeleri, İrlanda, Yeni Zelanda ve Birleşik Krallık olurken, kamu fonlamasının en düşük olduğu ülkeler arasında Yunanistan, Kore, Meksika, Portekiz ve ABD gibi ülkelerin olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmada varılan önemli sonuçlar, OECD ülkelerinde, sağlık harcamalarının gayrsafı yurtiçi hasılaya oranı veya kişi başı sağlık harcaması gibi sağlık verilerinde gittikçe dikkat çeken eğilimlerin ortaya çıktığı ve özel fonlamaya yönelik olarak daha karşılaştırılabilir bilginin dikkate alınması gerektiği olmuştur. Ayrıca, çalışmada 1970-1997 dönemi boyunca Türkiye’de sağlık harcamalarında kamusal harcamalarının payının gittikçe artış gösterdiği, bununla beraber, hem sağlık harcamalarının gayrisafı yurtiçi hasılaya oranı hem de kişi başı sağlık harcamalarının en düşük olduğu OECD ülkesi olarak Türkiye dikkat çekmektedir.

Dreger ve Reimers (2005), yapmış oldukları çalışmada panel eşbütünleşme analiziyle 21 OECD ülkesinde sağlık harcamalarının GSYİH ve tıbbi gelişme (yaşam beklentisi, yaşlı nüfus oranı) aralarındaki ilişkiyi incelemişlerdir. GSYİH’nin önemli bir açıklayıcı değişken olduğu, sağlık harcamalarının lüks mal olmadığına ulaşmışlardır. Ayrıca çalışmada tıbbi ilerlemenin ölçütü olarak kullanılan yaşam beklentisi ve yaşlı nüfus oranı da anlamlı etkenler olarak belirlenmiştir.

Baltagi ve Moscone (2010), 1971-2004 yılları arasında OECD ülkelerine ait seçmiş oldukları GSYİH ve kişi başına düşen sağlık harcama verileri kullanılarak panel veri analiz yöntemi ile değişkenler arasındaki uzun vadeli ilişkiyi incelemişlerdir. Sonuç olarak değişkenlerin durağan olmadıklarına uzun vadede ise ilişki içerisinde olduğuna ulaşmışlardır.

Pradhan (2011), 1961-2007 arası yıllar için seçilmiş 11 OECD ülkesinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile aralarında uzun vadeli ilişkinin olup olmadığına bakarak nedensellik ilişkisini incelemişlerdir. Uygulanan analiz yöntemi, değişkenlerin birbirleri arasında kısa ve uzun dönemli karşılıklı ilişkilerin var olduğuna ulaşmıştır.

Elmi ve Sadeghi (2012), çalışmalarında 1990-2009 yılları arası için panel veri analizi yürüterek gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki eşbütünleşme ve nedensellik ilişkisini araştırmışlardır. Çalışma kısa

vadede GSYİH'dan sağlık harcamalarına tek yönlü, uzun vadede ise değişkenler arasında karşılıklı bir nedensellik olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığı zaman kişi başına düşen sağlık harcamasının ve GSMH'nin sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisinin veya sağlık göstergeleri ile sağlık harcamalarının incelendiği görülmektedir. Oysa hem sağlık harcamalarının hem sağlık yatırımlarının hem de gelir üzerinde etkisi olduğu düşünülen tüm değişkenlerin de ele alınması sağlık finansmanının belirleyicilerinin daha iyi kavranmasına yardımcı olacaktır.

Şenatalar (2003); ABD, Almanya, Avusturya gibi gelişmiş ülkelerin 2001 yılına göre kişi başına sağlık harcama verilerini ve 1990-2000 yılları arasında sağlık harcamalarının GYSİH'e oranını karşılaştırarak Türkiye ile aralarında önemli farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Bu farklılıkların ise sağlık ekonomisi ile ilgili araştırma eksikliğine dayandığını vurgulamıştır. Yapılan çalışma sonucunda sağlık ekonomisinin, çeşitli bilim dalları ile ilişkisi güçlendirilmedikçe Türkiye'de sağlık ekonomisinin gelişmiş ülkeler seviyesine taşınamayacağı sonucuna varılmıştır.

Kar ve Ağır (2003), Türkiye için 1926-1994 dönemleri arasında eğitim ve sağlık harcamalarının Johansen eşbütünleşme gelirlerin payı olarak alınan insan sermayesi göstergesi ile gelir eşbütünleşme ve nedensellik testiyle arasında uzun vade de ilişkinin var olup olmadığını belirlemek için kullanmışlardır. İnsan sermayesi göstergeleri ile gelir arasında uzun dönemli bir ilişki olduğu ve kısa vadede sağlık harcamaları ile arasında nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna varılmışlardır.

Taban (2006), 1968-2003 dönemleri arasında Türkiye'nin sağlığı ile ekonomik büyümesi arasında Granger nedenselliğinin olup olmadığını araştırmıştır. Gösterge olarak sağlık kurumlarının sayısını, yatak sayılarını, doğuşta yaşam beklentisini ve kişi başı sağlık personel sayılarını almıştır. Çalışma sonucunda sağlık kurumları sayısı hariç diğer değişkenlerle ekonomik büyüme arasında çift yönlü Granger nedensellik bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık kurumlarının sayısının yetersiz olması, ekonomik büyüme ile nedensellik arasında ilişkinin olmamasının sonucu olarak göstermiştir.

Kıymaz ve diğ. (2006), yapmış oldukları çalışmada Türkiye için 1984-1998 yılları arasında kişi başına düşen özel ve toplam sağlık harcamaları, GSYİH ve nüfus verilerini kullanarak kişi başına düşen sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun vadede bir ilişki bulunup bulunmadığını araştırmışlardır. Uyguladıkları eşbütünleşme analizinden sonra özel sağlık harcamaları ile kişi başına düşen GSYİH arasında pozitif açıdan uzun dönemli ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca çalışma sonucunda ilişkinin kişi başına GSYİH'den sağlık harcamalarının tek yönlü pozitif bir nedensellik olduğuna ulaşılmıştır.

Sığırlı, Ediz, Cangür, Ercan ve Kan (2006), yaptıkları çalışmalarında Türkiye ve Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık düzeylerini çok boyutlu ölçekleme analizi kullanarak incelenmişlerdir. Bu çalışmada analiz edilen ülkeler 3 farklı gruba ayrılmıştır. Konfigürasyon uzaklıkları ile tahmini uzaklıklar arasındaki uygunluğu stres istatistiği ile bulmuşlardır. Türkiye'nin Macaristan, Slovakya ve Çek Cumhuriyeti ile temel sağlık göstergesi, sağlık harcamaları ve milli gelirden sağlık için ayrılmış olan pay açısından aynı grupta olduğu ortaya konulmuştur. Türkiye'nin en uzak olduğu ülkeler ise Almanya, Belçika, Avusturya, İngiltere, Fransa, Hollanda, İsveç, Finlandiya, İtalya, İspanya, İrlanda olarak belirlenmiştir.

Erdoğan ve Bozkurt (2008), yapmış oldukları çalışmalarında 1980-2005 dönemleri için Türkiye'de yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme ilişkisini ARDL metoduyla araştırmışlardır. Ampirik bulgulara göre sağlık harcamalarından yaşam beklentisine, yaşam beklentisinden büyümeye, büyümeden sağlık harcamaları yönünde pozitif ve uzun bir dönemli ilişkinin olduğuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak bebek ve çocuk ölümlerini azaltmaya, kişi başına düşen sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin artırılması gerektiğine yönelik politikaların geliştirilmesini ifade etmişlerdir.

Çalışkan (2008), sağlık ekonomisi ile ilgili yapmış olduğu analizlerde pozitif veya normatif yaklaşım sergileme üzerinde durmuştur. Piyasa mekanizması açısından sağlık piyasası diğer piyasalar ile benzerlik gösterdiğinden pozitif iktisadi yaklaşım ile ele alınabilmektedir. Sağlık, beşeri sermayenin geliştirilmesi için bir yatırım olarak değerlendirilmesi ve hükümetlerin politikalarıyla olan yakın ilişkisi dolayısıyla da normatif yaklaşımı gerektirmektedir.

Başar (2008), çalışmasında OECD ülkelerinin sağlık üretim fonksiyonu üzerinden sağlık düzeyinin sosyo-ekonomik belirleyicilerini panel veri analizi ile incelemiştir. Yapılan analizin sonucunda ülkelerin sağlık düzeyleri arasında farklılığa yol açan faktörlerden gelir düzeyi, sağlık harcamaları, sağlık hizmetleri düzeyi, eğitim, yaşam biçimi ve çevresel faktörlerin, 1980-2001 döneminde OECD ülkelerinin sağlık düzeyi üzerindeki etkileri ortaya konulmaktadır. Sağlık çıktısı seçiminde yaşanan bazı zorluklar ve her bir sağlık çıktısını etkileyen sağlık girdilerinin farklılaşması nedeniyle çalışmada kadınlarda beklenen yaşam süresi (kadınlarda yaşam beklentisi), erkeklerde beklenen yaşam süresi, toplam beklenen yaşam süresiyle bebek ölümleri oranının bağımlı değişken olarak kullanıldığı toplam dört ayrı model kurulmaktadır. Çalışmanın sonucunda ise yaşam biçimi ve çevresel değişkenlerin 1980–2001 dönemi için seçilen OECD ülkelerinin sağlık düzeyi üzerinde ihmal edilemez bir etkisi olduğunu ifade etmiştir.

Ersöz (2008), çalışmasında OECD ülkelere ait sağlık harcamalarını ve sağlık düzeylerini çok boyutlu ölçekleme analizi ile inceleyerek OECD ülkelerinin benzerliklerine göre ele almıştır. Toplam sağlık harcamasının yıllık büyüme oranı, toplam sağlık harcaması içerisindeki kamu harcamasının oranı, toplam sağlık harcaması içerisindeki ilaç harcaması oranı, 1000 kişiye düşen yatak sayısı gibi on dört sağlık göstergesi seçilmiş ve veriler 30 ülke için elde edilmiştir. Analiz sonucunda Türkiye'nin; Meksika, Güney Kore Cumhuriyeti, Polonya ve Slovakya ile 14 sağlık göstergesinin benzerlik gösterdiğine Türkiye'nin ise Avusturya, Almanya ve Norveç'in 4'ün üzerindeki değerlerle uzak olduğu ortaya koyulmuştur.

Yumuşak ve Yıldırım (2009), çalışmaların da 1980-2005 yılları arasında Türkiye'de doğuştan yaşam beklentisi, sağlık harcamaları ve GSMH verileri arasında Johansen eşbütünleşme testi yoluyla eşbütünleşme ilişkisinin bulunup bulunmadığını incelemiştir. Çalışmanın sonucunda yaşam beklentisinin etkisinin pozitif ve büyük olmaktadır sağlık harcamalarının etkisi küçük ve negatiftir. Bunun iki nedeni olduğunu belirtmişlerdir. Bunlardan birincisine göre sağlık harcaması uzun vadede gözlemlenmektedir. Çünkü koruyucu sağlık hizmetlerinin etkileri uzun vadeye sahiptirler. İkinci sebep ise doğuştan yaşam beklentisinin cari yılın GSMH'sini etkilemesinden kaynaklanmaktadır.

Çetin ve Ecevit (2010), 1990-2006 yılları arası için panel analiz yöntemi ile 15 OECD ülkesi seçilerek sağlık harcamalarının ve ekonomik büyümenin aralarındaki uzun süreli ilişkiyi incelemiştir. Çalışmanın sonucunda sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur fakat sonuç istatistiksel olarak anlamsızdır.

Tatoğlu (2011), çalışmasında 19 OECD ülkesi için kişi başına GSYİH ve sağlık harcamalarına ait veriler kullanılarak 1975-2005 yılları için değişkenler arasındaki kısa ve uzun dönemli ilişkileri araştırmak için panel eşbütünleşme testi yapmışlardır. Ulaşılan sonuçta, sağlık alanında yapılacak olan ek yatırımların, kısa ve uzun dönemde OECD ülkelerindeki büyüme oranını artırdığı görülmüştür.

Çankaya ve Karataş (2011), 1981-2006 yılları arası Türkiye için yapmış oldukları çalışmalarında Engle-Granger nedensellik analizi ile beşeri ve fiziksel sermaye yatırımlarının verimliliklerini incelemiştir. Sağlık değişkeni olarak sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranlarını seçmişlerdir. Çalışma sonucunda Türkiye açısından incelenen dönemde fiziksel sermayelerin beşeri sermayelere göre verimli olduğuna ulaşmışlardır. Beşeri sermayeyi geliştirmede kamu sektörünün öncü olmasını ifade etmişlerdir.

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012), Türkiye'de 2006: 01-2012: 03 dönemi GSYİH ve 2008 krizinin etkilerini ve sağlık harcamaları ile arasındaki uzun dönemli ilişkiyi eşbütünleşme testi ile araştırmışlardır. Yapısal olarak tek bir kırılma durumunda sağlık harcamalarının ve ekonomik büyümenin aralarında uzun dönemli ilişki olduğuna ulaşmışlardır.

Akar (2014), Ocak 2004-Mart 2013 arasındaki dönemi sağlık harcamaları için Türkiye'deki sağlık harcama nispi fiyatıyla ekonomik büyümenin aralarındaki ilişkiyi eşbütünleşme analizi ve vektör hata düzeltme modeliyle araştırmışlardır. Sağlık harcamalarının nispi fiyatıyla ekonomik büyüme değişkenlerini aralarında anlamlı bir ilişki var iken kısa vadede ilişkinin anlamlı olmadığına ulaşmışlardır.

Kurşun ile Rakıcı (2014), çalışmalarında sağlık harcamaları ile ilgili göstergelerin ülkelerin gelişmişlik düzeyleri üzerindeki etkisini ampirik bağıntılar ile karşılaştırmalı analiz etmişlerdir. Sosyal refah devletleri araştırılarak sağlık harcamaları ele alınmış ve sağlık durumları incelenmiştir. Sağlık harcamalarının iyi

planlanması ve iyi denetlenmesinin ülkelerin gelişmişlik düzeyleri üzerindeki etkilerine dikkat çekmişlerdir.

Yılmaz ve Yentürk (2015), çalışmalarında OECD ülkelerinin sağlık harcamalarını ampirik bağıntılar ile karşılaştırma analizi etmişlerdir. 1988-2014 yıllarını değerlendirerek OECD ülkeleri içerisinde Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcamaları açısından en az değere sahip ülke olduğunu ortaya koymuşlardır.

Daştan ve Çetinkaya (2015), çalışmalarında farklı sağlık sistemleri modellerini kategorize ederek OECD'ye üye ülkelerin, özellikle de ABD ve Türkiye'nin 1980-2012 dönemlerinde ki sağlık harcamalarında oluşan değişimlere, yapılan harcamaların GSYİH içerisindeki paylarına ve harcamaların nasıl finanse edildiğine bakarak incelenmişlerdir. Çalışmanın sonucunda sağlık sistemlerinde farklılık olan ülkelerdeki sağlık harcamalarında farklılık gösterse de bu farklı harcamaların sağlık göstergelerine ve sağlık sistemlerine ait başarıların ve verimliliklerinin birebir bir ilişki içerisinde olmadığına ulaşılmıştır.

3.3. Veri Seti ve Yöntem

Sağlık harcamaları ve yatırımlarının makroekonomik göstergelerle ilişkisi üzerine bir değerlendirme konulu çalışma Eviews 11 yazılımı ile hazırlanarak tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon katsayıları incelenmiş ve sağlık harcamaları ile yatırımlarının ülke bazında her bir makroekonomik gösterge ile birlikte grafiksel olarak değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir. Toplam sağlık harcamaları, yatırım sağlık harcamaları ve cari sağlık harcamaları diye iki kısımda sınıflandırılmaktadır. Bu kapsamda ise analiz ele alınırken bu sınıflama türü dikkate alınarak çalışma detaylandırılıp iletmiştir. Sağlık yatırımlarının ve harcamalarının işsizlik, cari denge, enflasyon ve büyüme üzerine etkisi incelenmiştir. Araştırma, World Health Organization- Global Health Expenditure Database'den ve OECD web sayfasından sağlanan dolar cinsinden veriler kullanılarak 2003 ve 2016 yılları için farklı sağlık sistemleri uygulayan ülke verileri kullanılarak yürütülmüştür. Bu ülkeler Türkiye, Fransa, Kanada, ABD, Birleşik Krallık ve Şili'dir. Analizde kullanılan tüm değişkenler ve açıklamaları Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Değişkenler Tablosu

Kod	Adı	Türü	Açıklama
ENFLSY	Enflasyon	Bağımlı	Tüketici fiyat endeksi (TÜFE) kullanılmıştır. Veriler OECD web sayfasından alınmıştır.
BUYUME	Büyüme	Bağımlı	$(GSYİH_t - GSYİH_{t-1}) / GSYİH_{t-1}$ OECD web sitesinden dolar cinsinden alınan veriler üzerinden hesaplanmıştır.
ISSIZL	İşsizlik	Bağımlı	İşgücünü %'si olarak alınmıştır. Veriler OECD web sayfasından alınmıştır.
CARDNG	Cari Denge/GSYİH	Bağımlı	GSYİH'nın %'si olarak alınmıştır. Veriler OECD web sayfasından alınmıştır.
YATGSH	Sağlık Yatırımları/GSYİH	Bağımsız	2003 ve 2016 yılları arasında sağlığa yapılan yatırımları kapsamaktadır. World HealthOrganization- Global HealthExpenditureDatabase'den ve OECD web sayfasından sağlanan dolar cinsinden veriler kullanılarak hesaplanmıştır.
HARGSH	Cari Sağlık Harcamaları/GSYİH	Bağımsız	2003 ve 2016 yılları arasında sağlığa yapılan cari yatırımları kapsamaktadır. OECD web sitesinden alınan dolar cinsinden veriler kullanılarak hesaplanmıştır.

Dünya genelinde ülkelerin yapmış oldukları sağlık harcamalarını ulusal standartta karşılaştırılması yapılırken genel kabul görmüş standartların olduğunu belirtmiş ve bu standartlardan birinin de sağlık harcamalarını GSYİH'ya oranları olarak göstermiştir (Smith 1998: 35). Bu genel görüş dikkate alınarak çalışmada da sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranları alınmıştır.

Korelasyon, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi veya bir değişkenin iki ya da daha fazla değişken ile olan ilişkisini test etmek, eğer ilişki bulunuyorsa bu ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. İki değişken arasındaki ilişkinin derecesine ise korelasyon katsayısı denir. Korelasyon katsayısı küçük r harfi ile gösterilmektedir. Bu r değeri -1 ile +1 arasında değerler alır. Eğer r değeri -1'e yakın değerler alıyor ise değişkenler arasında negatif yönde, +1'e yakın

değerler alıyor ise pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenir. Eğer r değeri sıfıra yakın değerler alıyor ise iki değişken arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varılır.

Korelasyon katsayısı:

$$r = \frac{\sum(xy) - (\sum x)(\sum y)/n}{\sqrt{(\sum x^2 - (\sum x)^2/n)(\sum y^2 - (\sum y)^2/n)}}$$

formülü ile hesaplanmaktadır.

Korelasyon katsayısı yorumu:

0.00 - 0.25 Çok zayıf ilişki

0.26 - 0.49 Zayıf ilişki

0.50 - 0.69 Orta ilişki

0.70 - 0.89 Yüksek ilişki

0.90 - 1.0 Çok yüksek ilişki olduğunu ifade etmektedir.

Ayrıca korelasyon katsayısını yorumlarken neden-sonuç ilişkisinden bahsetmek doğru değildir. Çünkü korelasyon bize iki değişken arasındaki ilişkinin büyüklüğünü gösterirken neden-sonuç ilişkisine dair bir şey söylememektedir.

3.4. Bulgular

Analiz sürecinde ele alınan değişkenler ile ilgili bütün tanımlayıcı istatistikler Tablo 15'te verilmektedir.

Enflasyon değişkeni en yüksek Türkiye'de (0.216000) olduğu görünürken en düşük ise ABD'de (-0.003600) olduğu görülmektedir. Türkiye için enflasyon ortalaması 0.092250 iken ABD'de 0.020879'dir. Büyüme değişkeni en yüksek Şili'de (0.249100) olduğu görünürken en düşük ise Birleşik Krallık'da (-0.037900) görülmektedir. Büyüme ortalaması Şili için 0.071814 Birleşik Krallık için ise 0.036929'dur. İşsizlik değişkeninde en yüksek orana bakıldığında Şili (0.249100) iken, en düşük ABD'de (0.046200) görülmektedir. İşsizlik ortalaması Şili'de 0.077079 ABD'de ise 0.065164 olarak görülmektedir. Cari denge/GYSİH değişkeni en yüksek Şili (0.045300) en düşük ise Türkiye (-0.088700) olarak görülmektedir. Cari denge/GYSİH ortalaması Şili'de -0.001986 Türkiye'de -0.047650'dir. Sağlık

yatırımları/GYSİH değişkeni en yüksek Fransa (0.008300) en düşük ise Şili (0.000400) olarak görülmektedir. Sağlık yatırımları/GYSİH ortalaması Fransa'da 0.006429 iken Şili'de ise 0.001393'tür. Cari sağlık harcaması/GYSİH değişkeni en yüksek Şili (0.004800) en düşük Türkiye (0.000500) ve ABD (0.000500) görülmektedir. Cari sağlık harcaması/GYSİH ortalaması Şili için 0.004143 ABD için 0.000500 Türkiye ortalaması 0.000650 'tir. Genel analiz dönemi için ele alınan ülkelerin incelendiğinde ise ülkelerin toplam değerlerine göre enflasyon 0.033077, büyüme 0.052227, işsizlik 0.077220, cari denge/GSYİH -0.022461, sağlık yatırımları/GSYİH 0.004252, cari sağlık harcamaları/GSYİH 0.001854 olarak görülmektedir. Ülkelerin enflasyon, büyüme, işsizlik, cari denge verileri ile sağlık yatırımlarının maksimum/minimum/ortalama verileri incelendiğinde aynı yönde hareket ettiği görülmektedir. Sağlık harcamaları için maksimum/minimum/ortalama verileri incelendiğinde ise ABD hariç diğer ülkeler aynı yönde hareket ederken ABD'nin sağlık harcamalarının maksimum/minimum/ortalama verileri eşit görülmektedir.

Tablo 15. Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Ülke	Ortalama	Maks.	Min.	Std. Sapma
ENFLSY	Türkiye	0.092250	0.216000	0.062500	0.037323
BUYUME		0.093207	0.160200	-0.022800	0.049934
ISSIZL		0.100079	0.125800	0.081700	0.012334
CARDNG		-0.047650	-0.016200	-0.088700	0.018014
YATGSH		0.001736	0.003700	0.000600	0.000841
HARGSH		0.000650	0.000800	0.000500	0.000102
ENFLSY	Fransa	0.013743	0.028100	0.000400	0.008852
BUYUME		0.034157	0.070900	-0.006600	0.023735
ISSIZL		0.089057	0.103600	0.070600	0.009943
CARDNG		-0.003171	0.008300	-0.009700	0.005642
YATGSH		0.006429	0.008300	0.004100	0.001352
HARGSH		0.001693	0.001700	0.001600	2.67E-05
ENFLSY	Kanada	0.018043	0.029100	0.003000	0.007056
BUYUME		0.037950	0.081400	-0.025600	0.029368
ISSIZL		0.070771	0.083500	0.060500	0.006693
CARDNG		-0.012086	0.023400	-0.035700	0.023391
YATGSH		0.005379	0.007200	0.003900	0.001152
HARGSH		0.002893	0.003100	0.002800	9.17E-05
ENFLSY	ABD	0.020879	0.038400	-0.003600	0.012263
BUYUME		0.039329	0.067400	-0.017900	0.021404
ISSIZL		0.065164	0.096200	0.046200	0.017912
CARDNG		-0.036043	-0.020800	-0.058300	0.014358
YATGSH		0.006250	0.007100	0.005900	0.000344
HARGSH		0.000500	0.000500	0.000500	0.000000
ENFLSY	Birleşik Krallık	0.021000	0.038000	0.004000	0.009199
BUYUME		0.036929	0.072100	-0.037900	0.024801
ISSIZL		0.061171	0.080400	0.046900	0.013254
CARDNG		-0.033829	-0.017600	-0.052100	0.011933
YATGSH		0.004307	0.007100	0.002500	0.001388
HARGSH		0.001214	0.001400	0.000600	0.000192
ENFLSY	Şili	0.032550	0.087200	0.003500	0.020794
BUYUME		0.071814	0.249100	-0.015500	0.070185
ISSIZL		0.077079	0.100100	0.059300	0.014142
CARDNG		-0.001986	0.045300	-0.040400	0.029465
YATGSH		0.001393	0.002000	0.000400	0.000550
HARGSH		0.004143	0.004800	0.003700	0.000313
ENFLSY	Genel Toplam	0.033077	0.216000	-0.003600	0.032929
BUYUME		0.052227	0.249057	-0.037941	0.045375
ISSIZL		0.077220	0.125800	0.046200	0.018498
CARDNG		-0.022461	0.045300	-0.088700	0.025370
YATGSH		0.004252	0.008281	0.000425	0.002258
HARGSH		0.001854	0.004804	0.000493	0.001306

Analizde kullanılan tüm değişkenlerle ilgili korelasyon katsayıları Tablo 16'da sunulmuştur. Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi veya bir değişkenin iki ya da daha çok değişken ile olan ilişkisini test etmek, varsa bu

ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Mutlak anlamda %70 ve üzeri güçlü %50 ve altı zayıf ilişki demektir. Ve sonuçta da korelasyon katsayısı sadece ilişkinin gücünün ve yönünü gösterip neden sonuç ilişkisini göstermemektedir dolayısıyla değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin bulunup bulunmadığı incelenecektir. Buna göre büyümenin cari denge (0.004396), enflasyon (0.339443) ve işsizlik (0.133437) ile arasında pozitif zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Diğer yandan büyümenin sağlık yatırımları (-0.406821) ve sağlık harcamaları (-0.018330) ile arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Büyümenin enflasyon ve sağlık yatırımları %1 düzeyinde anlamlı görülmektedir. Cari dengenin enflasyon (-0.340265) ile negatif yönde zayıf bir ilişkisi bulunurken işsizlik (0.124368) ve sağlık yatırımları (0.016693) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişkisi bulunmaktadır. Cari denge sağlık harcamaları (0.542769) ile orta dereceli ilişkisi bulunmaktadır. Diğer yandan cari denge enflasyon ve sağlık harcaması ile %1 düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. Enflasyonun işsizlik (0.391332) ve sağlık yatırımlarıyla (-0.521685) %1 düzeyinde anlamlı olduğu görülürken işsizlikle pozitif yönde zayıf bir ilişkisi, sağlık yatırımları ile negatif yönde orta düzeyde ilişkisi bulunmaktadır. Enflasyonun sağlık harcamalarıyla (-0.236771) arasında negatif yönde zayıf bir ilişkisi görülürken %5 düzeyinde anlamlı olduğu bulunmaktadır. İşsizlik ile sağlık yatırımları (-0.290616) ve sağlık harcamaları (-0.053349) negatif yönde zayıf bir ilişkisi bulunmaktadır. İşsizlik ile sağlık yatırımları %5 düzeyinde anlamlıdır. Sağlık yatırımları ile sağlık harcamaları (-0.304357) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki görülmekte ve %1 düzeyinde ise anlamlılığı bulunmaktadır. (Tablo 16).

Tablo 16. Pearson Korelasyon Katsayıları Tablosu

PEARSON	BUYUME	CARDNG	ENFLSY	ISSIZL	YATGSH	HARGSH
BUYUME	1.000000					
CARDNG	0.004396	1.000000				
ENFLSY	0.339443*	-0.340265*	1.000000			
ISSIZL	0.133437	0.124368	0.391332*	1.000000		
YATGSH	-0.406821*	0.016693	-0.521685*	-0.290616**	1.000000	
HARGSH	-0.018330	0.542769*	-0.236771**	-0.053349	-0.304357*	1.000000

* , ** , *** sırasıyla %1, %5 ve %10 istatistiksel anlamlılık düzeylerini göstermektedir.

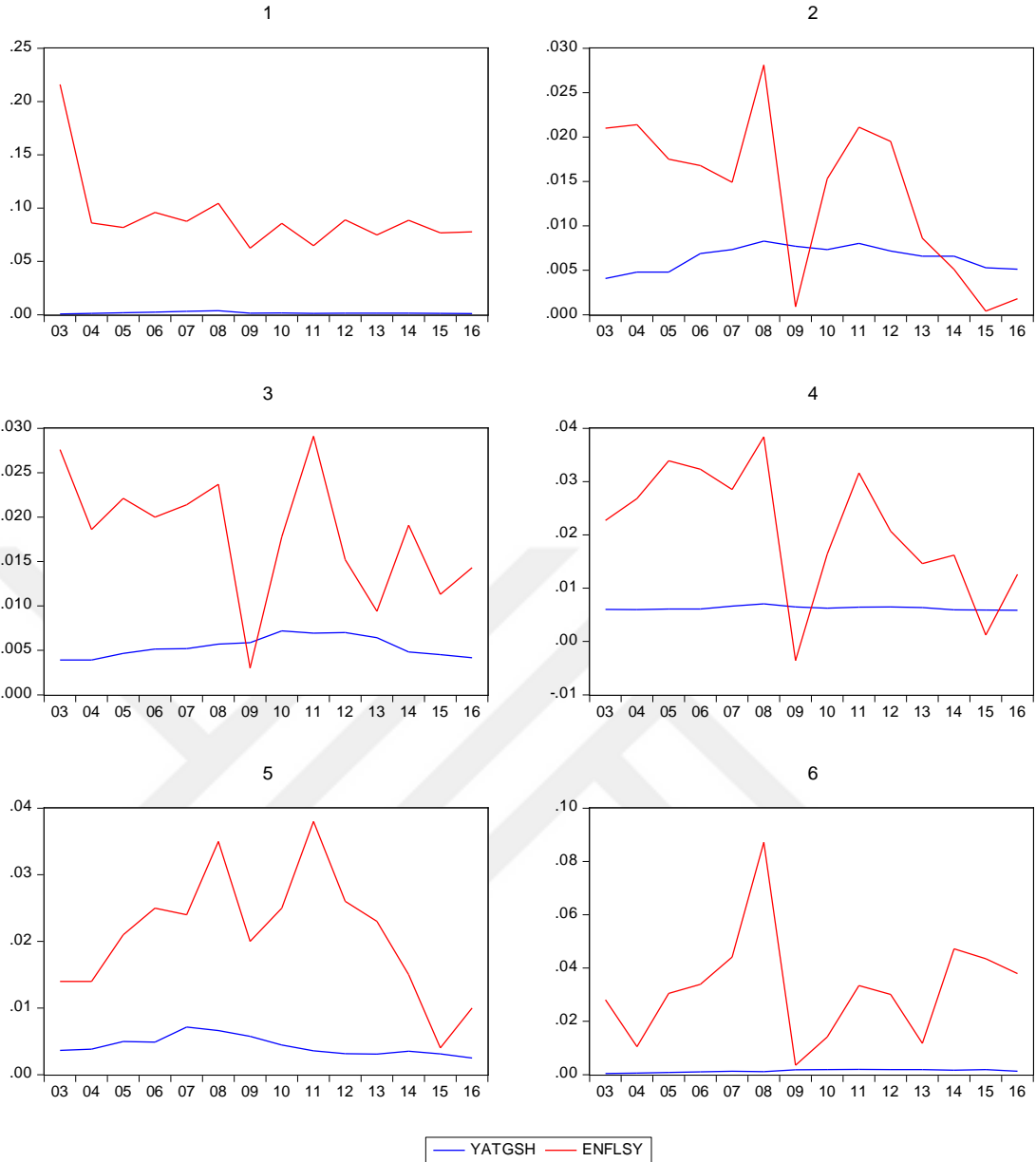
3.4.1. Sağlık Yatırımları ve Makroekonomik Göstergelerin Karşılaştırmalı Grafikselleştirilmesi

Sağlık yatırımları/GSYİH'nin söz konusu ülkelerdeki enflasyon oranları ile birlikte seyri Şekil 11'de gösterilmektedir. Buna göre, sağlık yatırımlarına GSYİH içerisinde en fazla pay ayıran ülke Bismarck modelini uygulayan Fransa'dır. En az pay ayıran ülke ise cepten ödeme sistemini uygulayan Şili olduğu görülmektedir. Ayrıca Fransa'da yatırımların payı dalgalı bir şekilde artış eğilimi gösterdiği görülmektedir. Buna karşılık enflasyon oranları da Fransa'da azalış eğilimi göstermektedir. Dolayısıyla sağlık yatırımlarının ise reel olarak artış eğiliminde olduğu söylenebilir. Diğer yandan kalan ülkelere ABD'de yatırımları/GSYİH payının %5 ve %10 düzeylerinde dalgalı bir seyir izlediği dikkat çekmektedir. Türkiye'de sağlık yatırımları/GSYİH özellikle 2004 yılından sonra hızlı bir artış gözlemlenmektedir. Bu artış 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı politikaları uygulanmasının etkili olduğu söylenebilir. Seçili tüm ülkelerin 2009 yılına ait verilerinde keskin bir düşüş yaşandığı görülmektedir. Söz konusu yıllarda yaşanan dünya ekonomik kriziyle beraber yatırımların olumsuz etkilendiği görülmektedir. Bu da enflasyon oranlarını olumsuz etkilemiş bulunmaktadır. Türkiye için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde enflasyonun %5 ve %25 bandında hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında enflasyon %21,6 sağlık yatırımları/GSYİH ise %0,06 görülmekte iken

2004'te enflasyon %8,6 düşmekte ve 2016 yılına kadar enflasyon ile sağlık yatırımları/GSYİH bu seviyelerde seyretmektedir. Seçili ülkelerden Fransa için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde enflasyonun %0 ve %30 bandında hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında enflasyonun %2,1 yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin %0,40 olduğu görülmektedir. 2008 yılından 2009 yılına gelindiğinde enflasyon oranında keskin bir düşüş yaşandığı dikkat çekmektedir. Daha sonraki yıllarda enflasyon ve sağlık yatırımları/GSYİH artarken 2015 yılında tekrar enflasyon oranında düşüş yaşandığı ve %0,04 seviyesine geldiği görülmektedir. Diğer yandan ele alınan ülkeler içerisinde Fransa'nın sağlık yatırımları/GSYİH payının %5'ler düzeylerine kadar çıktığı görülmektedir. Diğer seçili bir ülke olan Kanada için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde enflasyon %0 ve %30 bandında hareket ettiği görülmektedir. 2009 yılında enflasyon oranında bir ani düşüş görülmektedir. Bir diğer seçili ülke olan ABD için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde enflasyonun %-1 ve %4 bandında hareket ettiği görülmektedir. Yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin seviyesi pek değişmezken enflasyon değişkeni 2008 yılında %3,84 iken 2009 yılına gelindiğinde -%0,36 olarak ani bir düşüş göstermiş ve 2010 yılında ise %1,64 tekrar artmıştır. Buna karşı 2008 yılından sonra sağlık yatırımları/GSYİH oranlarında 2009 ve 2010 yıllarında düşüş görülmektedir. Beveridge modeli uygulayan Birleşik Krallık için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde enflasyon %0 ve %4 bandında hareket ettiği görülmektedir. 2009 yılında enflasyon (%2,00) oranında düşüş olduğu fark edilmekte bununla beraber en yüksek 2011 (%3,80) en düşük ise 2016 (%1,00) yılında görülmektedir. Cepten ödeme modeli uygulayan Şili için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde enflasyonun %0 ve %10 düzeyinde hareket ettiği görülmektedir. 2009 yılında enflasyon düşmüş görünmektedir. Şili'de enflasyon oranında yıllara göre dalgalanma görülmektedir. Ayrıca, ele alınan tüm ülkelerde enflasyon oranlarında özellikle 2009 yılında keskin bir düşüş yaşandığı görülmektedir. Bu durumda 2008 küresel finans krizinin etkileri olduğu söylenebilir. Ülkelere genel olarak bakıldığında en düşük enflasyonun ABD'de 2009 yılında (-

%0,36) olduğu en yüksek yatırımın da burada yapıldığı görülmektedir. Tüm bu değerlendirmeler ışığında Bismarck sistemini uygulayan Fransa enflasyon karşısında sağlık yatırımlarında daha olumlu hareketler görülürken diğer sistemleri uygulayan ülkelerde belirgin bir fark görülmemektedir. Grafiklere bakıldığında enflasyonun düzenli bir artış/azalış eğilimi göstermediği daha dalgalı olduğu, yatırımların GSYİH içindeki payının ise daha dengeli değişimler gösterdiği görülmektedir. Seçili ülkelerdeki sağlık yatırımları/GSYİH ile enflasyon arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.





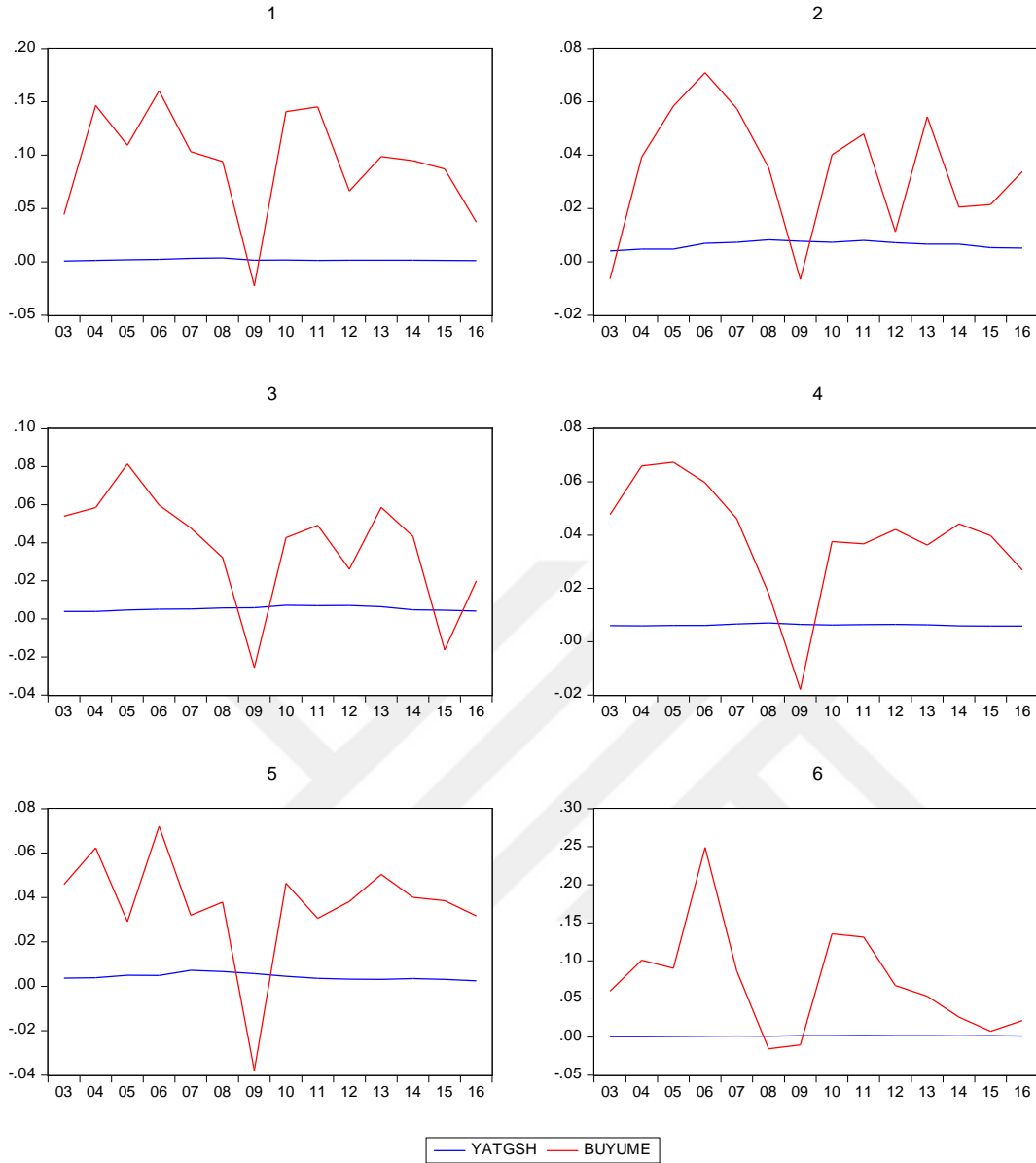
1.Türkiye	2.Fransa	3.Kanada	4.ABD	5.B. Krallık	6.Şili
------------------	-----------------	-----------------	--------------	---------------------	---------------

Şekil 11. Sağlık Yatırımları/GSYİH ile Enflasyon Göstergeleri

Sağlık yatırımlarının söz konusu ülkelerdeki büyüme oranları ile birlikte seyri Şekil 12’de gösterilmektedir. Buna göre; Fransa ve Türkiye için bakıldığında büyüme ile sağlık yatırımları/GSYİH arasındaki etkileşimin diğer ülkelere göre daha benzer olduğu görülmektedir. Kanada’da da ise zıt yönlerde hareket ettikleri görülmektedir. Seçili olan farklı sağlık modelleri uygulayan tüm ülkelerin hem sağlık yatırımlarının GSYİH içindeki payının hem de büyümenin 2008 küresel finans krizinden olumsuz etkilendiği görülmektedir. Ayrıca sağlık yatırımları/GSYİH

karşında en yüksek büyüme oranı 2006 yılında Türkiye’de görülürken en düşük büyüme oranı ise 2009 yılında Birleşik Krallıkta olduğu görülmektedir. Ayrıca Fransa’da yatırımların payı sürekli artış gösterirken 2012 yılından itibaren azalış eğilimine girdiği dikkat çekmektedir. Buna karşılık büyüme oranları da Fransa’da oldukça dalgalı bir seyir halindedir. Türkiye için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH’nin büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde büyümenin -%5 ve %20 seviyelerinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında büyüme %4,43 sağlık yatırımları/GSYİH oranı ise %0,06 görülmekte iken 2009 yılında büyüme ani bir düşüş seyrederek -% 2,27 seviyesine gelmiştir. Türkiye için en az büyüme 2009 yılında -% 2,27 olurken sağlık yatırımları/GSYİH %0,15 olarak aynı yönde hareket ettikleri görülmektedir. Büyüme en fazla 2006 yılında %16,02 iken sağlık harcamaları/GSYİH oranının ise %0,23 olduğu görülmektedir. Diğer seçili bir ülke olan Fransa için sağlık yatırımları/GSYİH’nin büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde büyüme -%2 ve %8 seviyelerinde hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında büyümenin -%0,64 yapılan sağlık yatırımlarının/GSYİH oranının %0,41 olduğu görülmektedir. 2008 yılından 2009 yılına gelindiğinde büyüme oranında (-%0,65) keskin bir düşüş yaşanmıştır. Buna karşılıklı sağlık yatırımları/GSYİH oranında da azalma görülmektedir. Bu da 2008 dünya ekonomik krizinden kaynaklandığı bununla beraber yatırımların ve büyümenin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Bismarck modeli uygulayan Fransa için büyüme en az 2003 (-%0,63) olduğu yıl en fazla olduğu yıl 2006 (%7,09) olduğu görülmektedir. Ulusal Sağlık Modeli kullanan Kanada için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH’nin büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde büyüme -%4 ve %10 seviyelerinde hareket etmektedir. 2009 yılında büyüme (-%2,56) oranında ani düşüş olurken sağlık yatırımları/GSYİH oranı %0,58 seviyesine gelerek arttığı görülmektedir. Kanada için büyüme en az 2009’da -%2,56 olurken sağlık yatırımlarının/GSYİH oranı ise %0,58 olarak zıt yönlerde hareket etmektedirler. En fazla büyüme 2005 yılında %8,14 iken sağlık yatırımları/GSYİH oranı %0,46 olduğu görülmektedir. Diğer seçilmiş bir ülke olan ABD için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH’nin büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde ekonomik büyüme -%2 ve %8 bandında hareket ettiği görülmektedir. Yapılan sağlık yatırımlarının/GSYİH seviyesi pek değişmezken büyüme değişkeni

2009 (-%1,80) yılında ani düşüş göstermiş ve 2010 (%3,75) yılında tekrar artmıştır. ABD için büyüme en az 2009 yılında -%1,80 olurken en fazla olduğu yıl 2006 ise %6,73 olduğu görülmektedir. Beveridge modeli kullanan Birleşik Krallık için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde büyüme -%4 ve %8 bandında hareket ettiği görülmektedir. 2009 yılında büyüme oranında (-%3,80) düşüş olduğu fark edilmekte bununla beraber en yüksek 2006 yılında %7,20 olurken sağlık yatırımları/GSYİH oranı ise %0,48 olarak zıt yönlerde hareket ettiği görülmektedir. Cepten Ödeme modeli kullanan Şili için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde büyüme -%5 ve %30 düzeyinde hareket ettiği görülmektedir. 2008 ve 2009 yılında büyüme oranında düşme görülmektedir. Şili için büyüme en az 2008 yılında -%1,55 olduğu sağlık yatırımlar/GSYİH oranı ise %0,11 olarak aynı yönde hareket ettikleri görülmektedir. En fazla büyüme 2006 yılında %24,90 iken sağlık yatırımları/GSYİH oranı %0,10 olarak zıt yönde hareket ettikleri görülmektedir. Seçili ülkelerin tüm bu değerlendirmeler ışığında Bismarck sistemini uygulayan Fransa ve Genel Sağlık Sigortası sistemini uygulayan Türkiye büyüme karşısında sağlık yatırımları/GSYİH'de daha olumlu hareketler görülürken diğer sistemleri uygulayan ülkelerde belirgin bir fark görülmemektedir. Genellikle büyüme ve sağlık yatırımları/GSYİH arasında zıt yönde eğilimler dikkat çekmektedir.



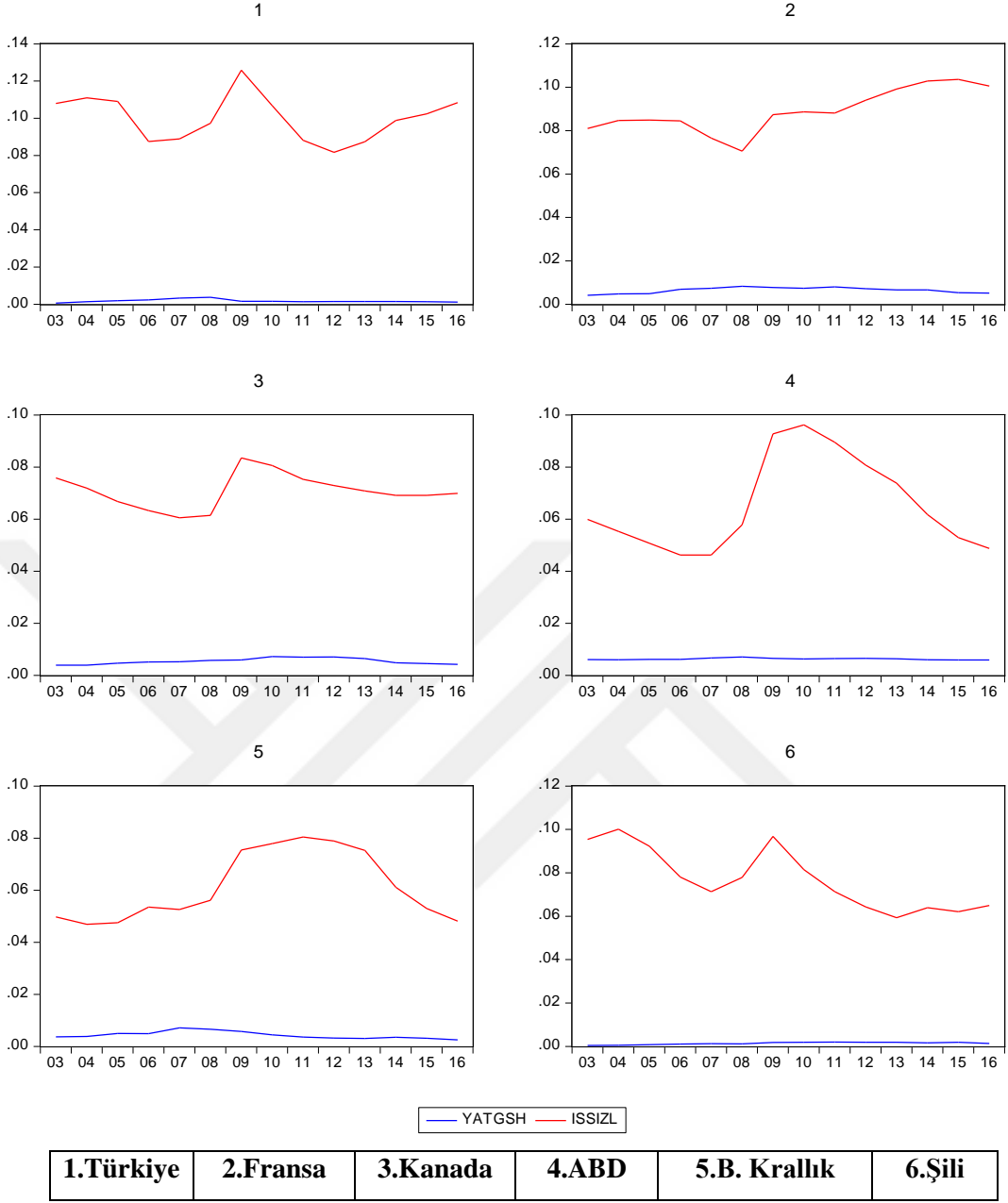
1. Türkiye	2. Fransa	3. Kanada	4. ABD	5. B. Krallık	6. Şili
-------------------	------------------	------------------	---------------	----------------------	----------------

Şekil 12. Sağlık Yatırımları/GSYİH ile Büyüme Göstergeleri

Sağlık yatırımları/GSYİH'nin söz konusu ülkelerdeki işsizlik oranları ile birlikte seyri Şekil 13'te gösterilmektedir. Buna göre; Fransa'da sağlık yatırımlarının GSYİH içindeki payı artarken işsizlik oranları da ters yönde düştüğü görülmektedir. Dolayısıyla yapılan yatırımların işsizlik üzerine olumlu yansımaları olmuştur. Diğer ülkelerden ABD ve Kanada'da yatırımların GSYİH içindeki payı ile işsizliğin %1 ve %10 düzeylerinde dalgalı bir seyir izlediği dikkat çekmektedir. Buradaki işsizlik seviyesinde ise 2009 ve 2010 yılları hariç düzenli bir azalış eğiliminde olduğu

görülmektedir. Bununla beraber Kanada'da da işsizlik oranlarında 2009-2010 ve 2016 yılları hariç düzenli bir azalış dikkat çekmektedir. İşsizlik seviyelerinde ise azalış eğilimleri olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, farklı sağlık sistemleri uygulayan tüm bu ülkelerde sağlık yatırımları/GSYİH ile işsizlik arasında genel olarak ters yönlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Sağlık yatırımları/GSYİH'deki artışın işsizlik üzerine olumlu yansımaları olduğu söylenebilir. Genel Sağlık Sigortası modelini uygulayan Türkiye için sağlık yatırımları/GSYİH'in işsizlik ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde işsizlik %0 ve %14 seviyesinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında işsizlik %10,80 sağlık yatırımları/GSYİH ise %0,060 olduğu görülmekte iken 2009 yılında işsizlik oranında ani bir artış yaşanarak %12,58 seviyesine 2009 yılındaki sağlık yatırımları/GSYİH ise %0,15 seviyesine düşmüştür. Bu da 2008 dünya ekonomik krizinden kaynaklandığı bununla beraber sağlık yatırımları/GSYİH ve işsizliğin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Türkiye için işsizlik oranının en az olduğu yıl 2012 (%8,17), en fazla olduğu yıl ise 2009 (%12,58) olduğu görülmekte iken sağlık yatırımları/GSYİH oranı ile zıt yönde hareket ettikleri görülmektedir. Bismarck modelini uygulayan Fransa için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin işsizlik ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde işsizliğin %0 ve % 12 arasında hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında işsizlik %8,10 yapılan sağlık yatırımları GYİH oranının %0,40 olduğu görülmektedir. 2008 (%7,06) yılında işsizlikte düşüş yaşanmıştır. 2009 (%8,74) yılına gelindiğinde tekrar artışlar başlamıştır. Bu da 2008 dünya ekonomik krizinden kaynaklandığı bununla beraber sağlık yatırımları/GSYİH'in ve işsizliğin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Fransa için işsizlik en yüksek 2015 yılında %10,36 olurken sağlık yatırımları/GSYİH oranı %0,52 olarak zıt yönde hareket ettikleri görülmektedir. İşsizlik en az 2008 yılında %7,06 iken en yüksek sağlık yatırımları/GSYİH da 2008 yılında %0,82 olarak görülmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası modeli uygulayan Kanada için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin işsizlik üzerinde 2003-2016 yılındaki ilişkisine bakıldığında işsizliğin %0 ve %10 düzeyinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında işsizlik oranı %7,58 iken 2016 yılına gelindiğinde %6,99 seviyesinde olmuştur. 2007 yılında işsizlik %6,05 olarak en az seviyede gerçekleşirken sağlık yatırımları GSYİH oranı %0,51 olduğu görülmektedir. En yüksek işsizlik seviye ise 2009 yılında %8,35

seviyesinde iken sağlık yatırımları GSYİH oranı ise %0,58 olduğu görölmektedir. ABD için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin işsizlik ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde işsizliğin %0 ve %10 bandında hareket ettiği görölmektedir. 2003 yılında sağlık yatırımları/GSYİH oranı %0,60 seviyesinde işsizlik ise %5,99 seviyede iken 2016 yılında sağlık yatırımları/GSYİH %0,58 işsizlik %4,87 seviyede gerçekteşmiştir. Yapılan sağlık yatırımlarının GSYİH oranının seviyesi pek değişmezken işsizlik değişkeni 2006 ve 2007 yılında %4,62 en az seviyede, en yüksek ise 2010 yılında %9,62 seviyesinden gerçekteşmiştir. ABD' de sağlık yatırımları/GSYİH ile işsizliğin ters orantılı olduğu görölmektedir. Beveridge modeli uygulayan Birleşik krallık için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin işsizlik ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde işsizlik %0 ve %10 seviyesinde hareket ettiği görölmektedir. İlk olarak 2003 yılında sağlık yatırımları/GSYİH %0,36 iken işsizlik %4,97 seviyede, 2016 yılında sağlık yatırımları/GSYİH oranı %0,24 işsizlik ise %4,81 olarak gerçekteşmiştir. En düşük işsizlik seviyesi 2004 yılında %4,69 olarak en yüksek ise 2011 yılında %8,04 seviyesinden görölmektedir. Cepten ödeme modeli uygulayan Şili için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin işsizlik ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde işsizliğin %0 ve %12 düzeyinde hareket ettiği görölmektedir. 2003 yılında sağlık yatırımları/GSYİH %0,42 seviyede işsizlik %9,54 seviyesinde görölürken 2016 yılında ise sağlık yatırımları/GSYİH %0,13 seviyesinde işsizlik %6,49 seviyesinde görölmektedir. En yüksek işsizlik seviyesi 2004 yılında %10,01 olarak gerçekteşirken en az işsizlik seviyesi ise 2013 yılında %5,93 olarak gerçekteştiği görölmektedir. Ülkelere genel olarak bakıldığında işsizliğin en düşük 2006-2007 yılında (%4,62) ABD'de, en yüksek seviyenin ise 2009 yılında (%12,58) Türkiye'de olduğu görölmektedir. Ayrıca Fransa ve Şili için bakıldığında işsizlik ve sağlık yatırımları/GSYİH arasındaki etkileşimin diğer ülkelere göre daha benzer olduğu görölmektedir. Tüm bu değerlendirmeler ışığında Bismarck sistemini uygulayan Fransa'da sağlık yatırımlarının GSYİH içerisindeki payının artması ya da azalmasının işsizliği daha fazla etkilediği görölmektedir. Genel sağlık sigortası uygulayan Türkiye'de ise bazı yıllarda yatırım arttığı halde işsizlik seviyesinde belirgin bir düşüş yaşandığı söylenemez. Seçili ülkelerdeki sağlık yatırımları/GSYİH ile işsizlik arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

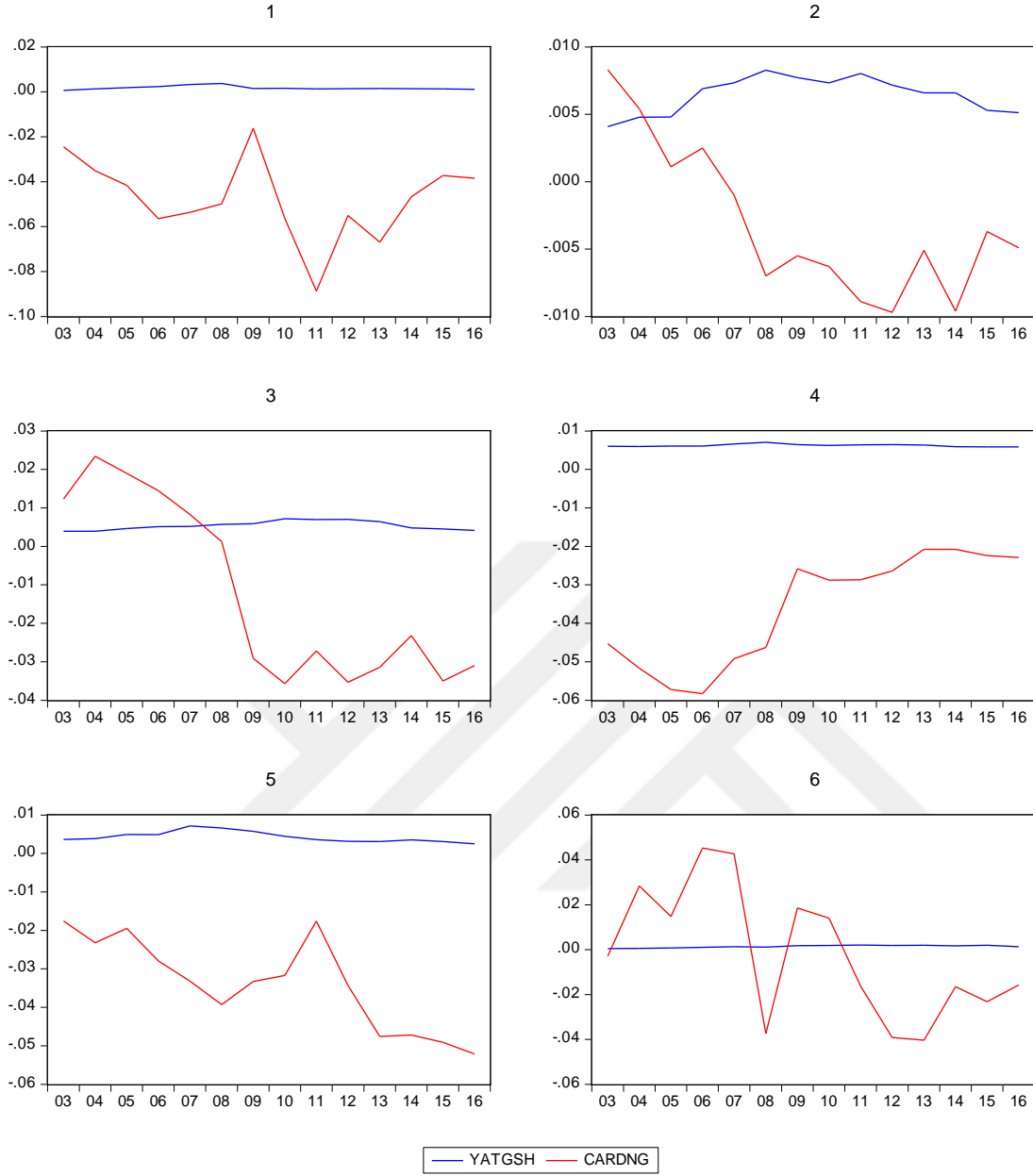


Şekil 13. Sağlık Yatırımları/GSYİH ile İşsizlik Göstergeleri

Sağlık yatırımları/GSYİH ile söz konusu ülkelerdeki cari denge/GSYİH oranlarının birlikte seyri Şekil 14'te gösterilmektedir. Buna göre; seçili ülkelerde sağlık yatırımlarına kıyasla cari dengenin GSYİH içerisindeki payının daha dalgalı bir seyir izlediği görülmektedir. Ayrıca ele alınan ülkeler içerisinde Türkiye, ABD ve Birleşik Krallık sürekli cari açık vermiştir. Fransa, Kanada ve Şili'de belirli yıllar içerisinde cari dengenin pozitif, geriye kalan diğer yıllarda ise negatif olduğu görülmektedir. Tüm ülkelerin sağlık yatırımları/GSYİH ile cari denge/GSYİH

arasındaki ilişkiye genel olarak bakıldığında yatırımlar arttıkça cari dengede azalışlar olması dikkat çekmektedir. Türkiye için sağlık yatırımları/GSYİH ile cari denge/GSYİH ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 yılları arasında cari denge/GSYİH'nin -%10 ve %2 seviyesinde seyrettiği görülmektedir. 2011 yılına gelindiğinde cari denge/GSYİH -%8,87 seviyesine gelerek en düşük cari açık düzeyini oluşturmaktadır. Cari denge/GSYİH'nin en yüksek 2009 yılında -%1,62 sağlık yatırımlarının GSYİH içerisindeki payının ise yaklaşık %0,15 düzeylerinde olduğu iki değişkeninde aynı yönde azaldığı görülmektedir. Bismarck sistemi uygulayan Fransa için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin cari denge/GSYİH ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde cari dengenin -%10 ve %10 düzeylerinde hareket ettiği görülmektedir. Fransa'da cari denge/GSYİH oranı en yüksek 2003 yılında %0,83 olarak gerçekleştiğinde sağlık yatırımları GSYİH payının yaklaşık %0,41 düzeylerinde gerçekleştiği görülmektedir. 2013 yılından 2016 yılına kadar Fransa'da cari denge/GSYİH %0,83 düzeylerinden -%0,41 düzeylerine düşerken, sağlık yatırımları/GSYİH ise %0,49 düzeyinden %0,51 düzeyine yükselmiştir. Ulusal Sağlık Modeli uygulayan Kanada için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'in cari denge/GSYİH ile ilişkisine bakıldığında 2003-2016 yılındaki cari denge/GSYİH'nin -%4 ve %3 seviyesinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında cari denge/GSYİH %1,23 sağlık yatırımları/GSYİH oranı %0,39 iken 2016 yılına gelindiğinde cari denge/GSYİH -%0,31 olduğu sağlık yatırımları/GSYİH oranı ise %0,41 olduğu görülmektedir. En fazla cari denge/GSYİH 2004 yılında %2,34 olarak sağlık yatırımları/GSYİH oranı ise %0,40 olarak aynı yönde yükseldiği görülmektedir. Cari denge/GSYİH oranının en az olduğu yıl 2014'te -%2,32 olurken sağlık yatırımları/GSYİH oranı %0,48 olduğu ve zıt yönde hareket ettiği görülmektedir. ABD için yapılan sağlık yatırımlarının GSYİH içerisindeki payı ile cari denge/GSYİH arasındaki ilişkisi incelendiğinde cari denge/GSYİH 2003-2016 döneminde -%6 ve %1 bandında hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında sağlık yatırımlarının GSYİH içerisindeki payı %0,60 seviyesinde cari denge/GSYİH oranı ise -%4,53 olarak gözlemlenmektedir. 2006 yılında en az cari denge/GSYİH -%5,83 sağlık yatırımları/GSYİH ise %0,60 olarak ters yönde hareket ettikleri görülmektedir. En fazla cari denge/GSYİH ise 2013 yılında -%2,08 olduğu görülmektedir. 2016 yılına gelindiği zaman cari

denge/GSYİH $-%2,29$ olduğu sağlık yatırımları/GSYİH oranı ise $%0,59$ olmaktadır. Beveridge modeli uygulayan Birleşik Krallık için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH ile cari denge/GSYİH ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde cari denge/GSYİH $-%6$ ve $%1$ seviyesinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında sağlık yatırımları/GSYİH $%0,37$ iken cari denge/GSYİH $-%1,76$ seviyesinde, 2016 yılında sağlık yatırımları/GSYİH $%0,25$ cari denge/GSYİH ise $-%5,21$ olarak gerçekleşmiştir. En az cari denge/GSYİH 2016 yılında $-%5,21$ olarak, sağlık yatırımlarının GSYİH içersindeki payı ise $%0,25$ olduğu ve iki değişkenin ters yönde hareket ettiği görülmektedir. En yüksek cari denge/GSYİH'nin olduğu yıl 2003 ve $-%1,76$ seviyesinde iken sağlık yatırımları/GSYİH $%0,36$ seviyededir. Cepten Ödeme Modeli uygulayan Şili için yapılan sağlık yatırımları/GSYİH ile cari denge/GSYİH ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde cari denge/GSYİH $-%6$ ve $%6$ düzeyinde hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında sağlık yatırımlarının GSYİH içersindeki oranı $%0,05$ seviyende cari denge/GSYİH $-%0,29$ seviyesinde görülürken 2016 yılında ise sağlık yatırımlarının GSYİH içersindeki payı $%0,13$ seviyesinde cari denge/GSYİH $-%0,15$ seviyesinde görülmektedir. En yüksek cari denge/GSYİH seviyesi 2006 yılında $%0,45$ sağlık yatırımları/GSYİH oranı $%0,37$ olarak gerçekleşirken zıt yönde hareket ettikleri görülmektedir. En az cari denge/GSYİH seviyesi ise 2013 yılında $-%4,04$ iken sağlık yatırımları/GSYİH $%0,42$ olarak gerçekleşerek zıt yönde hareket ettikleri görülmektedir. Ükelere genel olarak bakıldığında cari denge/GSYİH'nin en düşük 2014 yılında Fransa'da $-%0,97$ olarak görülmektedir. En yüksek seviyede ise yine Fransa'da $%0,83$ olarak görülmektedir. Buna karşılı en düşük sağlık yatırımları/GSYİH 2003 yılında $%0,04$ olarak Şili'de görülürken en yüksek sağlık yatırımları/GSYİH ise 2008 yılında $%0,83$ olarak Fransa'da gerçekleştiği görülmektedir. Tüm bu değerlendirmelere ışığında ABD'de yapılan sağlık yatırımları/GSYİH'nin içersindeki payının artması ya da azalmasının cari dengeyi daha fazla etkilediği görülmektedir. Seçili ülkelerdeki sağlık yatırımları/GSYİH ile cari denge/GSYİH arasında pozitif zayıf bir ilişki bulunmaktadır.



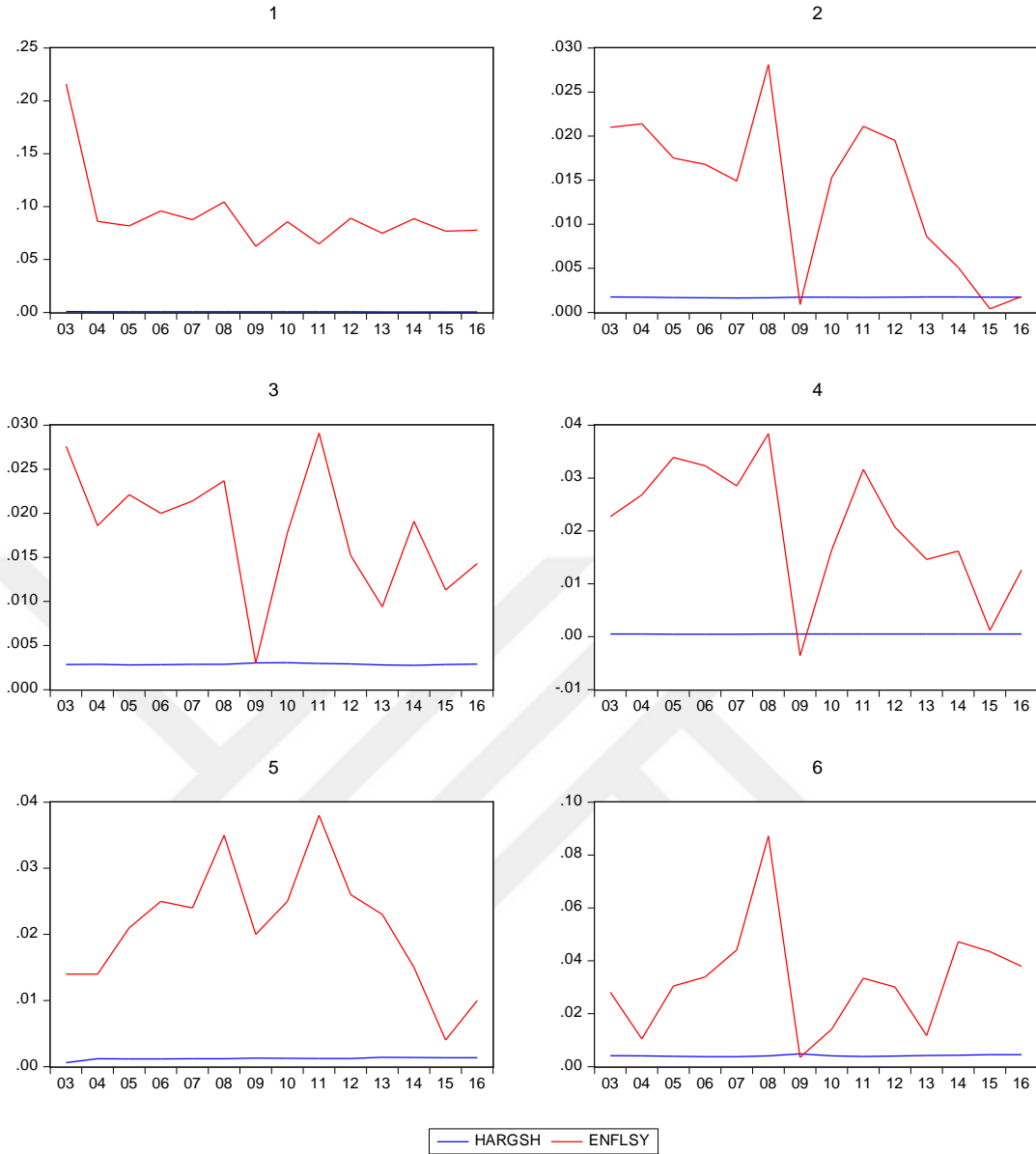
1. Türkiye	2. Fransa	3. Kanada	4. ABD	5. B. Krallık	6. Şili
-------------------	------------------	------------------	---------------	----------------------	----------------

Şekil 14. Sağlık Yatırımları/GSYİH ile Cari Denge Göstergeleri

3.4.2. Sağlık Harcamaları ve Makroekonomik Göstergelerin Karşılaştırmalı Grafikselleştirilmesi

Sağlık harcamaları/GSYİH'nin söz konusu ülkelerdeki enflasyon oranları ile birlikte seyri Şekil 15'te gösterilmektedir. Buna göre, sağlık harcamalarının GSYH içerisinde en fazla pay ayıran ülke Cepten Ödeme Modeli uygulayan Şili, en az pay ayıran ülke karma bir sistem uygulayan ABD'dir. Ayrıca, Şili'de sağlık harcamalarının GSYİH payının artış eğilimi gösterdiği görülmektedir. Buna karşılık enflasyon oranları da Şili'de azalış eğilimi göstermektedir. Diğer yandan kalan ülkelere Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı azalış eğiliminde, Birleşik Krallıkta ise sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı artış halinde olduğu görülmektedir. Sağlık harcamaları/GSYİH enflasyon değişkeni karşısında Fransa ve Türkiye'de diğer ülkelere göre daha duyarlı hareket ettikleri, Şili'de ise ters yönde hareket ettikleri görülmektedir. Genel Sağlık Sigortası Modeli uygulayan Türkiye için sağlık harcamaları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 yılları arasında enflasyonun %0 ve %25 seviyesinde seyrettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında enflasyon %21,6 sağlık harcamaları/GSYİH payı ise %0,08 olarak görülmektedir. 2008 yılına gelindiğinde en fazla enflasyon oranının %10,44 seviyesinde sağlık harcamaları/GSYİH oranı ise %0,07 ve iki değişkenden de artış olduğu görülmektedir. Enflasyonun en az 2003 yılında 0,216 sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,08 olduğu görülmektedir. Bismarck modeli uygulayan Fransa için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde enflasyonun %0 ve %30 arasında hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında enflasyon %2,10 yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin ise %0,17 olduğu görülmektedir. En yüksek enflasyon 2008 yılında %2,81 sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,16 olarak aynı yönde hareket ettikleri görülmektedir. Enflasyonun en az olduğu yıl ise 2015'tir. 2016 yılına gelindiğinde ise enflasyon %0,18 seviyesine gelmekte sağlık harcamaları/GSYİH'de %0,17 seviyesine gelmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası modeli uygulayan Kanada için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin enflasyon üzerinde 2003-2016 yılındaki ilişkisine bakıldığında enflasyonun %0 ve %30 seviyesinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında enflasyon %2,76 sağlık harcamaları/GSYİH %0,28 iken 2016 yılına gelindiğinde enflasyon %1,43 olduğu sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,29 olduğu

görülmektedir. En fazla enflasyon 2011 yılında %2,91 olarak sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,30 olarak ters yönde hareket ettikleri görülmektedir. En az enflasyon oranı 2009 yılında %0,30 olurken sağlık harcamaları/GSYİH'in %0,30 olduğu ve ters yönde hareket ettikleri görülmektedir. ABD için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde enflasyonun -%1 ve %4 bandında hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında sağlık harcamaları/GSYİH %0,05 seviyesinde enflasyon oranı %2,27 olarak gözlemlenmektedir. 2008 yılında en fazla enflasyon %3,84 sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,05 olarak aynı yönde hareket ettikleri görülmektedir. En az enflasyon ise 2009 yılında -%0,36 olduğu görülmektedir. 2016 yılına gelindiği zaman enflasyon %1,26 olduğu sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,05 olmaktadır. Beveridge Modeli uygulayan Birleşik Krallık için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde enflasyonun %0 ve %4 seviyesinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında sağlık harcamaları/GSYİH %0,05 iken enflasyon %1,40 seviyesinde, 2016 yılında sağlık harcamaları/GSYİH %0,13 enflasyon ise %1,00 olarak gerçekleşmiştir. En yüksek enflasyon 2011 yılında %3,8 sağlık harcamaları/GSYİH'in ise %0,12 olarak aynı yönde hareket ettikleri görülmektedir. En az enflasyon 2015 yılında ve %0,40 seviyesinde iken sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,13 seviyededir. Cepten Ödeme Modeli uygulayan Şili için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin enflasyon ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde enflasyonun %0 ve %10 düzeyinde hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında sağlık harcamaları/GSYİH %0,41 seviyede enflasyon %2,81 seviyesinde görülürken 2016 yılında ise sağlık harcamaları/GSYİH %0,45 seviyesinde enflasyon %3,79 seviyesinde görülmektedir. En yüksek enflasyon seviyesi 2008 yılında %8,72 olarak gerçekleşirken en az enflasyon seviyesi ise 2004 yılında %1,05 olarak gerçekleştiği ve aynı yönde hareket ettikleri görülmektedir. Tüm bu değerlendirmeler ışığında Bismarck sistemini uygulayan Fransa ve Genel Sağlık Sigortası Modeli uygulayan Türkiye, enflasyon karşısında sağlık harcamaları/GSYİH'de daha olumlu hareketler görülürken diğer sistemleri uygulayan ülkelerde belirgin bir fark görülmemektedir. Genellikle enflasyon ve harcamaların benzer eğilimler ve enflasyonun harcamalara duyarlı olduğu hareketler görülmektedir.



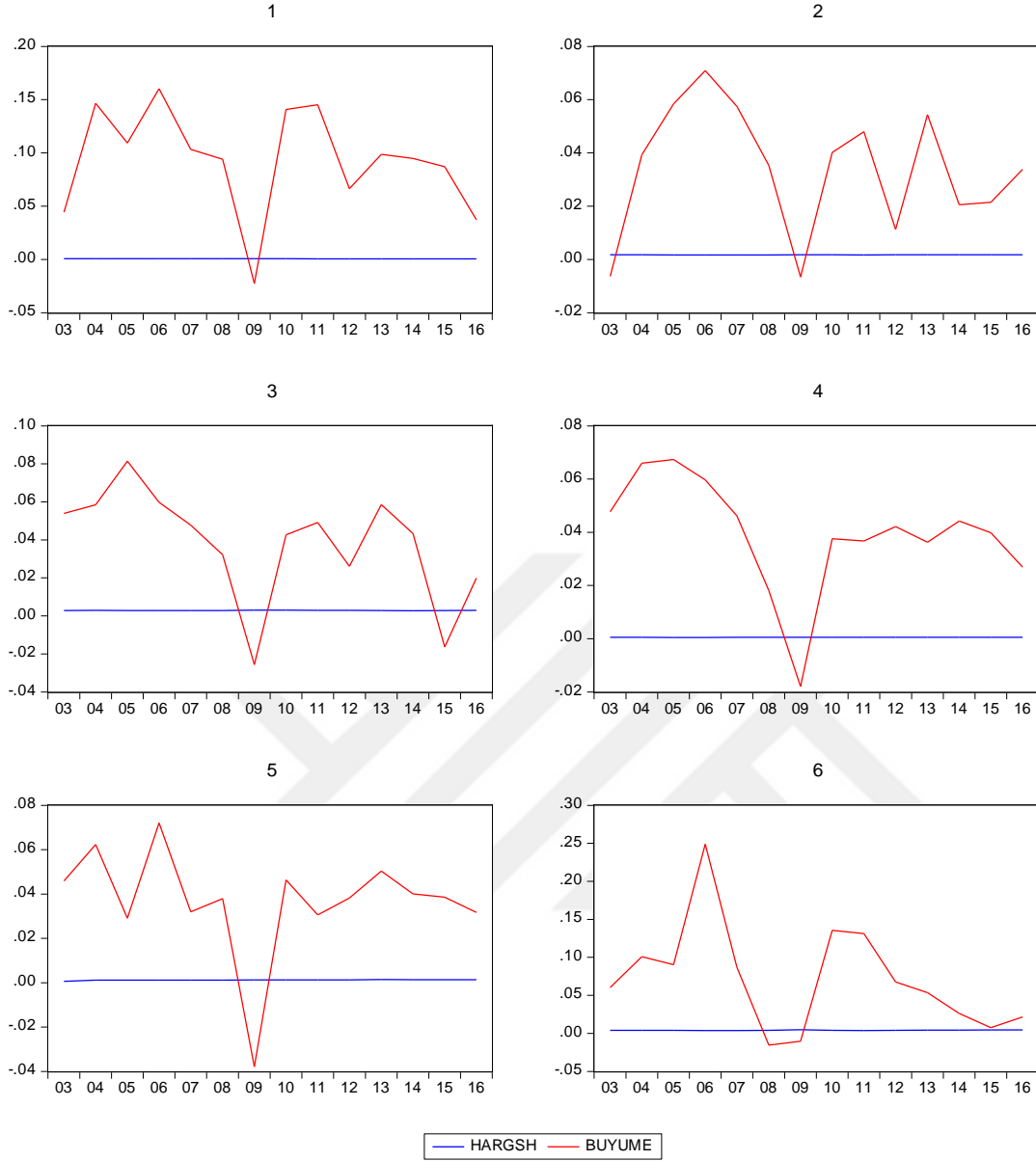
1. Türkiye **2. Fransa** **3. Kanada** **4. ABD** **5. B. Krallık** **6. Şili**

Şekil 15. Sağlık Harcamaları/GSYİH ile Enflasyon Göstergesi

Sağlık harcamaları/GSYİH'in söz konusu ülkelerdeki büyüme oranları ile birlikte seyri Şekil 16'da gösterilmektedir. Buna göre, Şili'de sağlık harcamalar/GSYİH'in payı artış eğiliminde iken buna karşılık büyüme oranları da azalış eğiliminde olduğu görülmektedir. Büyüme değişkenine ülkeler için genel olarak bakıldığında dalgalı bir seyir halinde gerçekleştiği dikkat çekmektedir. En yüksek büyüme oranı 2006 yılında Şili'de iken sağlık harcamaları/GSYİH'de en fazla Şili'de yer almaktadır. En düşük büyüme oranı ise 2009 yılında Birleşik Krallıkta olduğu görülmektedir. Buna karşılık en az sağlık harcamaları/GSYİH

ABD’de görülmektedir. Türkiye için sağlık harcamaları/GSYİH’nin büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 yılları arasında büyüme değişkenin -5% ve 20% seviyesinde seyrettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında ekonomik büyüme $4,43\%$ sağlık harcaması/GSYİH ise $0,08\%$ görülmekte iken 2009 yılında ekonomik büyüme ani bir düşüş seyrederek $-2,27\%$ seviyesine gelmiştir. Bu da 2008 dünya ekonomik krizinden kaynaklandığı bununla beraber sağlık harcamaları/GSYİH’nin ve ekonomik büyümenin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Bununla beraber sağlık harcamaları/GSYİH’nin ve ekonomik büyümenin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Türkiye için ekonomik büyümenin en az olduğu yıl 2009 ($-2,27\%$), en fazla olduğu yıl ise 2006 ($16,02\%$) olduğu görülmektedir. Bismarck Modeli uygulayan Fransa için sağlık harcamaları/GSYİH’nin ekonomik büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde ekonomik büyümenin -2% ve 8% seviyelerinde hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında ekonomik büyümenin $-0,64\%$ yapılan sağlık harcamaları/GSYİH’in $0,08\%$ olduğu görülmektedir. 2008 yılından 2009 yılına gelindiğinde ekonomik büyüme oranında ($-0,65\%$) keskin bir düşüş yaşanmıştır. Fransa için ekonomik büyüme en az olduğu yıl 2003 ($-0,63\%$), en fazla olduğu yıl ise 2006 ($7,09\%$) olduğu görülmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli uygulayan Kanada için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH’in ekonomik büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde ekonomik büyüme -4% ve 10% seviyelerinde hareket etmektedir. 2009 yılında ekonomik büyüme ($-2,56\%$) oranında ani düşüş, sağlık harcamaları/GSYİH’de ise artış görülmektedir. Kanada için ekonomik büyüme en az olduğu yıl 2009 ($-2,56\%$), en fazla olduğu yıl 2005 ($8,14\%$) ise olduğu görülmektedir. ABD için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH’in ekonomik büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde ekonomik büyümenin -2% ve 8% bandında hareket ettiği görülmektedir. Yapılan sağlık harcamaları/GSYİH’nin seviyesi pek değişmezken büyüme değişkeni 2009 ($-1,80\%$) yılında ani düşerken sağlık harcaması/GSYİH’de ($0,05\%$) artış göstermiş ve 2010 ($3,75\%$) yılında ekonomik büyüme tekrar artmıştır. ABD için en az ekonomik büyüme 2009 yılında $-1,80\%$ iken sağlık harcamaları/GSYİH $0,05\%$ olarak ters yönde hareket ettikleri görülmektedir. Ekonomik büyüme en fazla 2006 yılında $6,73\%$ iken sağlık harcaması/GSYİH $0,04\%$ olarak zıt yönde hareket ettikleri görülmektedir. Beveridge Modeli uygulayan Birleşik Krallık için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH’nin

büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde büyümenin -%4 ve %8 bandında hareket ettiği görülmektedir. 2009 yılında büyüme oranı -%3,80 olarak düşüş yaşanırken sağlık harcamaları/GSYİH'in %0,12 olduğu ve aynı yönde hareket ettikleri görülmektedir. En yüksek büyüme 2006 yılında %7,20 sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,12 olduğu görülmektedir. Cepten Ödeme Modeli uygulayan Şili için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde büyümenin -%5 ve %30 düzeyinde hareket ettiği görülmektedir. 2008 ve 2009 yılında büyüme oranında düşme görülmektedir. Şili için ekonomik büyüme en az 2008 yılında -%1,55 sağlık harcamaları/GSYİH %0,41 olarak zıt yönlü hareket ettikleri görülmektedir. En fazla büyüme 2006 yılında %24,90 iken sağlık harcamaları/GSYİH % 0,37 olarak aynı yönde hareket ettikleri görülmektedir. Ülkelere genel olarak bakıldığında ekonomik büyümenin en düşük 2009 yılında (-%3,80) Birleşik Krallık olduğu görülmektedir. Seçili olan farklı sağlık modelleri uygulayan tüm ülkelerin hem sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının hem de ekonomik büyümenin 2008 küresel finans krizinden olumsuz etkilendiği görülmektedir. Ayrıca Kanada ve Birleşik Krallık için bakıldığında ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları/GSYİH'nin arasındaki etkileşimin diğer ülkelere göre daha benzer olduğu görülmektedir. Tüm bu değerlendirmeler ışığında Ulusal Sağlık Sigortası sistemini uygulayan Kanada ve Beveridge sistemini uygulayan Birleşik Krallık büyüme karşısında sağlık harcamaları/GSYİH'de daha olumlu hareketler ettikleri görülürken diğer sistemleri uygulayan ülkelerde belirgin bir fark görülmemektedir. Genellikle büyüme ve sağlık harcamaları/GSYİH arasında zıt yönde eğilimler dikkat çekmektedir.

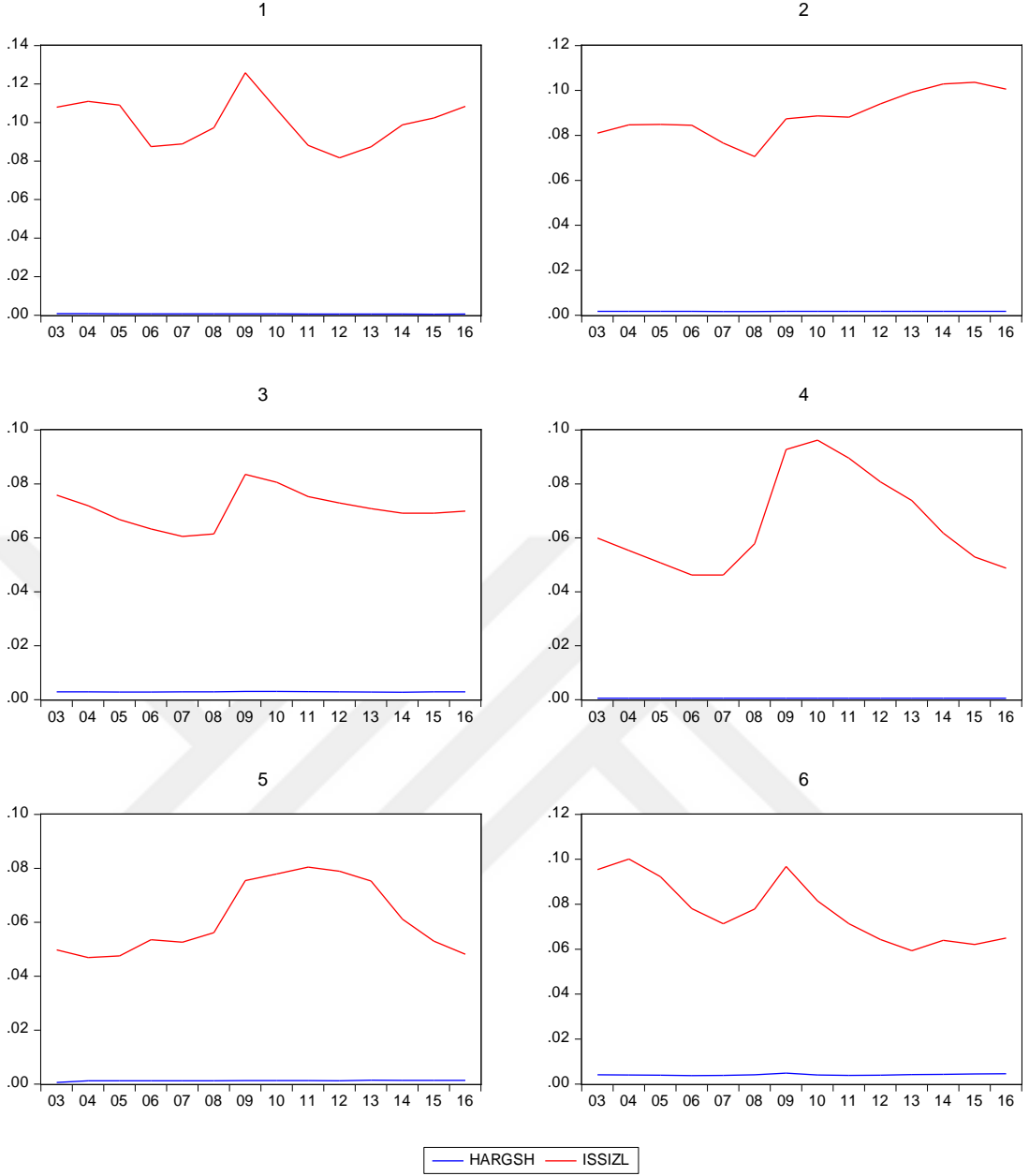


Şekil 16. Sağlık Harcamaları/GSYİH ile Büyüme Göstergeleri

Sağlık harcamaları/GSYİH'nin söz konusu ülkelerdeki işsizlik oranları ile birlikte seyri Şekil 17'de gösterilmektedir. Buna göre, Genel Sağlık Sigortası modeli uygulayan Türkiye ve Bismarck modeli uygulayan Fransa'da işsizlik oranları son dönemler için artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Seçili olana diğer ülkelerde ise işsizlik oranları azalış eğiliminde olduğu görülmektedir. Sağlık harcama/GSYİH oranı en yüksek Şile'de görülürken en yüksek işsizlik oranı ise Türkiye'de görülmektedir. Türkiye için sağlık harcamaları/GSYİH'nin işsizlik ile ilişkisi incelendiğinde 2003-

2016 döneminde işsizlik %0 ve %14 seviyesinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında işsizlik %10,80 sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,08 görülmekte iken 2009 yılında işsizlik oranında ani bir artış yaşanarak %12,58 seviyesine sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,07 seviyesine düşmüştür. Bu da 2008 dünya ekonomik krizinden kaynaklandığı bununla beraber harcamaların ve işsizliğin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Türkiye için işsizlik oranının en az olduğu yıl 2012 (%8,17), en fazla olduğu yıl ise 2009 (%12,58) olduğu görülmektedir. Bismarck Modelini uygulayan Fransa için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin işsizlik ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde işsizliğin %0 ve % 12 arasında hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında işsizlik %8,10 yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin %0,17 olduğu görülmektedir. 2008 (%7,06) yılında işsizlikte düşüş yaşanmıştır 2009 (%8,74) yılına gelindiğinde tekrar artışlar başlamıştır. Bu da 2008 dünya ekonomik krizinden kaynaklandığı bununla beraber sağlık harcamaları/GSYİH'de artış görülürken işsizliğinde olumsuz etkilendiği görülmektedir. Fransa için işsizlik en yüksek 2015 (%10,36) yılında, en az ise 2008 (%7,06) yılında görülürken bu yıllarda sağlık harcamaları/GSYİH açısından dikkat çekici değişim görülmemektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli uygulayan Kanada için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin işsizlik üzerinde 2003-2016 yılındaki ilişkisine bakıldığında işsizliğin %0 ve %10 düzeyinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında işsizlik oranı %7,58 sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,28 iken 2016 yılına gelindiğinde işsizlik %6,99 sağlık harcamaları/GSYİH ise %0,28 seviyesinde olmuştur. 2007 yılında işsizlik %6,05 olarak en az seviyede gerçekleşirken sağlık harcaması/GSYİH oranında dikkat çekici bir değişim görülmemektedir. En yüksek işsizlik seviye ise 2009 yılında %8,35 seviyesinde iken en yüksek sağlık harcaması/GSYİH %0,30 olarak görülmektedir. ABD için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin işsizlik ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde işsizliğin %0 ve %10 bandında hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında sağlık harcamaları/GSYİH %0,49 seviyesinde işsizlik %5,99 seviyede gerçekleşirken 2016 yılında sağlık harcamaları/GSYİH %0,52 işsizlik ise %4,87 seviyede gerçekleşmiştir. İşsizlik değişkeni en az seviyede 2006 ve 2007 yılında %4,62 olurken sağlık harcamaları/GSYİH %0,49 olarak en düşük seviyede gerçekleştiği görülmektedir. En yüksek işsizlik ise 2010 yılında %9,62 seviyesinde iken en yüksek sağlık

harcaması/GSYİH'de 2010 yılında %0,53 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Beveridge Modeli uygulayan Birleşik Krallık için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin işsizlik ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde işsizliğin %0 ve %10 seviyesinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında sağlık harcamaları/GSYİH %0,05 iken işsizlik %4,97 seviyede, 2016 yılında sağlık harcamaları/GSYİH oranı %0,13 işsizlik ise %4,81 olarak gerçekleşmiştir. En düşük işsizlik seviyesi 2004 yılında %4,69 olurken en yüksek ise 2011 yılında %8,04 seviyesinde iken buna karşılık sağlık harcamalarının GSYİH'daki oranında dikkat çekici bir değişim görülmemektedir. Cepten Ödeme Modeli uygulayan Şili için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH'nin büyüme ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde işsizliğin %0 ve %12 düzeyinde hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında sağlık harcamaları/GSYİH %0,41 seviyede işsizlik %9,54 seviyesinde iken 2016 yılında ise sağlık harcamaları/GSYİH %0,45 seviyesinde işsizlik %6,49 seviyesinde görülmektedir. En yüksek işsizlik seviyesi 2004 yılında %10,01 seviyesinde sağlık harcaması GSYİH oranı ise %0,40 olarak gerçekleştiği görülmektedir. En az işsizlik seviyesi ise 2013 yılında %5,93 sağlık harcama/GSYİH seviyesi de %0,42 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Ükelere genel olarak bakıldığında 2006-2007 yılında en düşük işsizlik seviyesi (%4,62) ile beraber en düşük sağlık harcaması/GSYİH (%0,04) ABD'de görülmektedir. En yüksek işsizlik seviyesi ise 2009 yılında (%12,58) Türkiye'de iken en yüksek sağlık harcaması GSYİH oranı 2016 yılında Şili'de (%0,45) olduğu görülmektedir. Ayrıca Kanda için bakıldığında işsizlik ve sağlık harcamaları/GSYİH'nin arasındaki etkileşimin diğer ülkelere göre daha benzer olduğu görülmektedir. Tüm bu değerlendirmeler ışığında Beveridge sistemini uygulayan Birleşik Krallıkta sağlık harcamaları/GSYİH oranı ile işsizlik göstergelerinin daha fazla etkileşim gösterdiği dikkat çekmektedir. Seçili ülkelerdeki sağlık harcamaları/GSYİH ile işsizlik arasında negatif yönde zayıf bir ilişkisi gözlemlenmiştir.



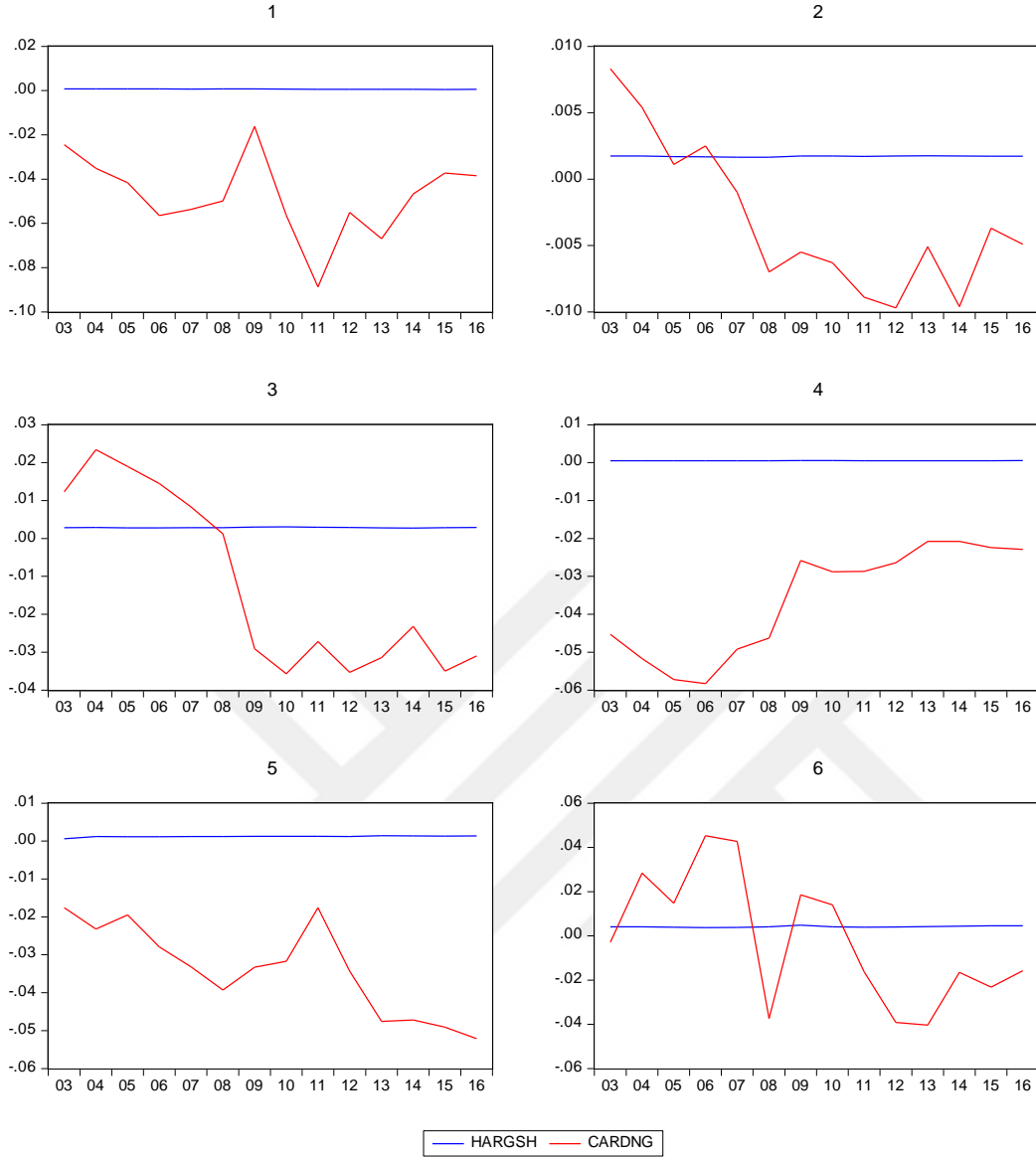
1. Türkiye **2. Fransa** **3. Kanada** **4. ABD** **5. B. Krallık** **6. Şili**

Şekil 17. Sağlık Harcamaları/GSYİH ile İşsizlik Göstergeleri

Sağlık harcamaları/GSYİH oranı ile söz konusu ülkelerdeki cari denge/GSYİH oranlarının birlikte seyri Şekil 18’de gösterilmektedir. Buna göre; Kanada ve Birleşik Krallıkta sağlık harcamaları/GSYİH’nin karşısında cari denge/GSYİH daha duyarlı hareket ettiği görülmektedir. Türkiye’de sağlık harcamaları/GSYİH’ in karşısında cari denge/GSYİH zıt yönde hareket ettikleri görülmektedir. Ayrıca ele alınan ülkeler içerisinde Türkiye, ABD ve Birleşik Krallık

sürekli cari açık vermiştir. Fransa, Kanada ve Şili’de belirli yıllar içersinde cari dengenin pozitif, kalan yıllarda ise negatif olduğu görülmektedir. Genel Sağlık Sigortası Modeli uygulayan Türkiye için sağlık harcamaları/GSYİH ile cari denge/GSYİH ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 yılları arasında cari denge/GSYİH’nin $-%10$ ve $\%2$ seviyesinde seyrettiği görülmektedir. 2009 yılına gelindiğinde en yüksek cari denge/GSYİH $-%1,62$ seviyesinde iken sağlık harcaması/GSYİH $\%0,07$ seviyesinde görülmektedir. Cari denge/GSYİH’nin en az 2011 yılında $-%8,87$ sağlık harcamaları/GSYİH’nin ise yaklaşık $\%0,06$ düzeylerinde olduğu iki değişkeninde aynı yönde hareket ettiği görülmektedir. Bismarck Modeli uygulayan Fransa için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH’nin cari denge/GSYİH ile ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde cari denge/GSYİH’nin $-%10$ ve $\%10$ düzeylerinde hareket ettiği görülmektedir. Fransa’da cari denge/GSYİH oranı en yüksek 2003 yılında $\%0,83$ olarak gerçekleştiğinde sağlık harcamalarının GSYİH payının yaklaşık $\%0,17$ düzeylerinde gerçekleştiği görülmektedir. 2003 yılından 2016 yılına kadar Fransa’da cari denge/GSYİH $\%0,83$ düzeylerinden $-%0,41$ düzeylerine düşerken, sağlık harcamaları/GSYİH ise $\%0,17$ düzeyinden ortalama bir seyir halinde olduğu görülmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli uygulayan Kanada için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH’nin cari denge/GSYİH ile ilişkisine bakıldığında 2003-2016 yılındaki cari dengenin $-%4$ ve $\%3$ seviyesinde hareket ettiği görülmektedir. İlk olarak 2003 yılında cari denge/GSYİH $\%1,23$ sağlık harcamaları/GSYİH $\%0,28$ iken 2016 yılına gelindiğinde cari denge/GSYİH $-%0,31$ olduğu sağlık harcamaları/GSYİH ise $\%0,28$ olduğu görülmektedir. En fazla cari denge/GSYİH 2004 yılında $\%2,34$ olarak sağlık harcamaları/GSYİH oranı ise $\%0,28$ olarak aynı yönde yükseldikleri görülmektedir. 2014’te en az cari denge/GSYİH oranı $-%2,32$ olurken sağlık harcamaları/GSYİH oranı $\%0,27$ olduğu ve zıt yönde hareket ettikleri görülmektedir. ABD için yapılan sağlık harcamalarının GSYİH içersindeki payı ile cari denge/GSYİH arasındaki ilişkisi incelendiğinde cari denge/GSYİH 2003-2016 döneminde $-%6$ ve $\%1$ bandında hareket ettiği görülmektedir. 2003 yılında sağlık harcamaları/GSYİH $\%0,50$ seviyesinde cari denge/GSYİH oranı ise $-%4,53$ olarak gözlemlenmektedir. 2006 yılında en az cari denge/GSYİH $-%5,83$ sağlık harcamaları/GSYİH ise $\%0,04$ olarak ters yönde hareket ettikleri görülmektedir. En fazla cari denge/GSYİH ise 2013 yılında $-%2,08$

olurken sağlık harcamaları/GSYİH %0,05 olarak zıt yönde hareket ettikleri görölmektedir. 2016 yılına gelindiği zaman cari denge/GSYİH -%2,29 olduğu sağlık harcamaları/GSYİH oranı ise %0,05 olmaktadır. Beveridge Modeli uygulayan Birleşik krallık için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH ile cari denge/GSYİH ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde cari denge/GSYİH -%6 ve %1 seviyesinde hareket ettiği görölmektedir. İlk olarak 2003 yılında sağlık harcamaları/GSYİH %0,05 iken cari denge/GSYİH -%1,76 seviyesinde, 2016 yılında sağlık harcamaları/GSYİH %0,13 cari denge/GSYİH ise -%5,21 olarak gerçekleşmiştir. En az cari denge/GSYİH 2016 yılında -%5,21 olarak, sağlık harcamaları/GSYİH oranı ise %0,13 olduğu ve iki değişkenin ters yönde hareket ettiği görölmektedir. En yüksek cari denge/GSYİH'nin olduğu yıl 2003 ve -%1,76 seviyesinde iken sağlık harcamaları/GSYİH %0,05 seviyededir. Cepten Ödeme Modeli uygulayan Şili için yapılan sağlık harcamaları/GSYİH ile cari denge/GSYİH ilişkisi incelendiğinde 2003-2016 döneminde cari denge/GSYİH -%6 ve %6 düzeyinde hareket ettiği görölmektedir. 2003 yılında sağlık harcamaları/GSYİH'nin oranı %0,04 seviyede cari denge/GSYİH -%0,29 seviyesinde görülürken 2016 yılında ise sağlık harcamaları/GSYİH oranının payı %0,45 seviyesinde cari denge/GSYİH -%0,15 seviyesinde görölmektedir. En yüksek cari denge/GSYİH seviyesi 2006 yılında %0,45 sağlık harcamaları/GSYİH oranı %0,37 olarak gerçekleşirken zıt yönde hareket ettikleri görölmektedir. En az cari denge/GSYİH seviyesi ise 2013 yılında -%4,04 iken sağlık harcamaları/GSYİH %0,42 olarak gerçekleşerek zıt yönde hareket ettikleri görölmektedir. Ükelere genel olarak bakıldığında cari denge/GSYİH'nin en düşük 2014 yılında Fransa'da -%0,97 olarak en yüksek seviyede cari denge/GSYİH ise yine 2003 yılında Fransa'da %0,83 olarak görölmektedir. Buna karşılı en yüksek sağlık harcaması/GSYİH 2009 yılında %0,48 olarak Şili'de görülürken en düşük sağlık harcaması/GSYİH ise 2013 yılında %0,05 olarak ABD'de gerçekleştiği görölmektedir. Seçili ükelerdeki sağlık harcamaları/GSYİH ile cari denge/GSYİH arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu gözlemler ışığında cari fazla veren ükelerde sağlık harcamalarına GSYİH içerisinde daha fazla yer verildiği görölmekte ancak uygulanan modele bağlı olarak dikkat çeken bir farklılık bulunmadığı anlaşılmaktadır.



1.Türkiye	2.Fransa	3.Kanada	4.ABD	5.B. Krallık	6.Şili
------------------	-----------------	-----------------	--------------	---------------------	---------------

Şekil 18. Sağlık Harcamaları/GSYİH ile Cari Denge Göstergeleri

SONUÇ

Bu çalışmada 2003 ve 2016 yılları arasında Türkiye ile farklı sağlık sistemleri kullanan ülkeler arasındaki sağlık harcamaları/GSYİH ve yatırımları/GSYİH açısından karşılaştırma yapılmıştır. Bu kapsamda, sağlık yatırımları ve harcamaları kavramsal olarak ele alındıktan sonra Türkiye’de sağlık harcama ve yatırımlarına dair gelişmeler ve politikalar detaylı olarak değerlendirilmiştir. Araştırmada Türkiye, Fransa, Kanada, ABD, Birleşik Krallık ve Şili’ye ait sağlık harcamaları/GSYİH ve sağlık yatırımları/GSYİH’nin enflasyon, büyüme, işsizlik ve cari denge ile aralarındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada incelenen ülkelerle ilgili ele alınan değişkenler için mümkün olduğunca uzun bir zaman aralığı dikkate alınmaya çalışılmış olup 2003-2016 dönemi için analiz yürütülmektedir. Dolayısıyla bu durum çalışmanın kısıtını oluşturmaktadır.

Kullanılan değişkenler açısından tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, enflasyon için en yüksek değere sahip olan ülke olarak Türkiye en düşük ise ABD görülmektedir. Büyüme verisine bakıldığı zaman en yüksek Şili en düşük ise Birleşik Krallıktır. İşsizlik verilerine bakıldığında en yüksek Şili en düşük ABD, cari denge verisinde en yüksek yine Şili en düşük Türkiye’dir. Yatırımlar açısından en yüksek Fransa en düşük Şili, harcamalar açısından en yüksek Şili en düşük ise Türkiye sonuçlarına ulaşılmıştır.

Korelasyon tablosuna göre; büyümenin; cari denge, enflasyon ve işsizlik ile arasında pozitif zayıf bir ilişki var iken sağlık yatırımları/GSYİH ve sağlık harcamaları/GSYİH arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Cari dengenin enflasyon ile negatif yönde, işsizlik ve sağlık yatırımları ile arasında pozitif yönde zayıf bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Cari dengenin sağlık harcamaları/GSYİH ile ise orta dereceli ilişkisi olduğuna ulaşılmıştır. Enflasyonun işsizlikle pozitif yönde zayıf bir ilişkisi, sağlık yatırımları ile negatif yönde orta düzeyde ve sağlık harcamalarıyla arasında negatif yönde zayıf bir ilişkisi olduğu görülmüştür. İşsizlik ile sağlık yatırımları/GSYİH ve sağlık harcamaları/GSYİH negatif yönde zayıf bir ilişkisi gözlemlenmiştir. Sağlık yatırımları/GSYİH ile sağlık harcamaları/GSYİH arasında negatif yönde zayıf bir ilişki görülmüştür.

Çalışma sonucunda sağlık yatırımları/GSYİH için en fazla pay ayıran ülke Bismarck modelini uygulayan Fransa ve de sağlık yatırımları/GSYİH'in payı dalgalı bir şekilde artış eğiliminde olduğu görülmektedir. En az pay ayıran ülkenin ise Cepten Ödeme modelini uygulayan Şili olduğu görülmektedir. Tüm ülkelerin dünya ekonomik krizinden etkilendiği ve 2009 yılında sağlık yatırımları/GSYİH'de keskin düşüşler olduğu görülmektedir. Ayrıca Türkiye için sağlık yatırımları/GSYİH'in 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı Politikası sonrası önemli ölçüde arttığı görülmektedir.

Sağlık yatırımları/GSYİH ile enflasyon oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında Bismarck sistemini uygulayan Fransa enflasyon karşısında sağlık yatırımlarında daha olumlu hareketler görülürken diğer sistemleri uygulayan ülkelerde belirgin bir fark olmadığına ulaşılmıştır. Genel olarak sağlık yatırımları/GSYİH daha dengeli bir seyir halinde iken enflasyonun düzenli bir artış/azalış eğilimi göstermediği daha dalgalı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Seçili ülkelerdeki sağlık yatırımları/GSYİH ile enflasyon arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.

Sağlık yatırımları/GSYİH ile büyüme oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında Bismarck sistemini uygulayan Fransa ve Genel Sağlık Sigortası sistemini uygulayan Türkiye büyüme karşısında sağlık yatırımları/GSYİH'de daha olumlu hareketler görülürken diğer sistemleri uygulayan ülkelerde belirgin bir fark görülmemektedir. Genellikle büyüme ve sağlık yatırımları/GSYİH arasında zıt yönde eğilimlerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık yatırımları/GSYİH ile işsizlik oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında Bismarck sistemini uygulayan Fransa'da sağlık yatırımlarının GSYİH içerisindeki payının artması ya da azalmasının işsizliği daha fazla etkilediği görülmektedir. Genel sağlık sigortası uygulayan Türkiye'de ise bazı yıllarda yatırım arttığı halde işsizlik seviyesinde belirgin bir düşüş yaşandığı söylenemez. Seçili ülkelerdeki sağlık yatırımları/GSYİH ile işsizlik arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Sağlık yatırımları/GSYİH ile cari denge/GSYİH oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında ABD'de yapılan sağlık yatırımları/GSYİH içerisindeki payının artması ya da azalmasının cari dengeyi daha fazla etkilediği görülmektedir. Seçili ülkelerdeki

sağlık yatırımları/GSYİH ile cari denge/GSYİH arasında pozitif zayıf bir ilişki bulunduğu görülmektedir.

Sağlık için yapılan yatırımlar, yapılan diğer birçok yatırımdan önde gelmekte ve bunlarla benzerlikleri bulunmaktadır. Mushkin'in 1962'deki çalışmasında belirttiği gibi beşeri sermayenin korunması ve geliştirilmesinde sağlık harcamaları bir tür yatırım harcamasıdır. Yapılan yatırımlarda somut sonuçlarının ölçülmesi zor olabilmektedir. Sağlığa yapılan yatırımlarda elde edilen sonuçların uzun vadede olması politika yapıcılarını hızlı ve gözle görülecek biçimde yatırımlara yönlendirmektedir. Bu kapsamda da Türkiye'nin uzun vadede, sürdürülebilir ve stratejik sosyoekonomik politikalara ihtiyaç duymaktadır. İstihdam konusunda ise diğer sektörlerde küçülmeler yaşansa dahi sağlık sektöründe her dönem büyüme yaşanmıştır. Orta ve uzun vadeli programlar düzenlenerek negatif etki azaltılabilir. Bu yönde de sağlık sektörü için tam donanımlı hastaneler inşa edilmeli, kalifiyeli sağlık personelleri yetiştirilmeli ve sağlık turizmi açısından tanıtımlar oluşturularak önemli yatırımlar yapılmalıdır. Sağlık için yatırımların daha etkin ve verimli yapılabilmesi; ülkelerin beşeri sermaye düzeylerini geliştirecek, verimliliklerini ve teknolojik yeniliklerin gerçekleşmesine imkan sağlayacak, ekonomik kalkınma ve büyümeyi hızlandıracak ve toplumsal açıdan refahın artmasına olanak sağlayacaktır.

Çalışma sonucunda sağlık harcamaları/GSYH içerisinde en fazla pay ayıran ülke Cepten Ödeme Modeli uygulayan Şili, en az pay ayıran ülke karma bir sistem uygulayan ABD'dir. Ayrıca, Şili'de sağlık harcamalarının GSYİH payının artış eğilimi gösterdiği görülmektedir. Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı azalış eğilimde, Birleşik Krallıkta ise sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı artış halinde olduğu görülmektedir.

Sağlık harcamaları/GSYİH ile enflasyon oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında Bismarck sistemini uygulayan Fransa ve Genel Sağlık Sigortası Modeli uygulayan Türkiye, enflasyon karşısında sağlık harcamaları/GSYİH'de daha olumlu hareketler görülürken diğer sistemleri uygulayan ülkelerde belirgin bir fark görülmemektedir. Genellikle enflasyon ve harcamaların benzer eğilimler ve enflasyonun harcamalara duyarlı olduğu hareketler görülmektedir.

Sağlık harcamaları/GSYİH ile büyüme oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında Ulusal Sağlık Sigortası sistemini uygulayan Kanada ve Beveridge sistemini uygulayan Birleşik Krallık büyüme karşısında sağlık harcamaları/GSYİH'de daha pozitif bir seyir görülürken diğer sistemleri uygulayan ülkelerde belirgin bir fark görülmemektedir. Genel olarak büyüme ve sağlık harcamaları/GSYİH arasında zıt yönde eğilimler olduğu görülmektedir.

Sağlık harcamaları/GSYİH ile işsizlik oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında Beveridge sistemini uygulayan Birleşik Krallık'ta sağlık harcamaları/GSYİH oranı ile işsizlik göstergelerinin daha fazla etkileşim gösterdiği dikkat çekmektedir. Seçili ülkelerdeki sağlık harcamaları/GSYİH ile işsizlik arasında negatif yönde zayıf bir ilişkisi gözlemlenmiştir.

Sağlık harcamaları/GSYİH ile cari denge/GSYİH oranı arasındaki ilişkiye bakıldığında seçili ülkelerdeki sağlık harcamaları/GSYİH ile cari denge/GSYİH arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu gözlemler ışığında cari fazla veren ülkelerde sağlık harcamalarına GSYİH içerisinde daha fazla yer verildiği görülmekte ancak uygulanan modele bağlı olarak dikkat çeken bir farklılık bulunmadığı görülmektedir.

Daştan ve Çetinkaya'nın 2015 yılındaki çalışmalarında belirttikleri gibi farklı sağlık sistemleri uygulayan ülkelerin sağlık harcamalarında farklılıklar olsa da bu farklı harcamaların sağlık göstergeleri ve sağlık sistemlerinin başarı ve verimlilikleri ile birebir bir ilişkisi olmadığı görülmektedir. Bir ülkenin sağlık harcamaları o ülkedeki ekonomik gelişmeyi doğrudan etkileyen faktör olarak görülmektedir.

Sağlık harcamaları Türkiye'de bütçe içerisinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Türkiye'deki sağlık harcamalarına dair, Huber ve Orosz (2003) 1970-1997 dönemi boyunca sağlık harcamalarında kamusal harcamaların payının gittikçe artış gösterdiğine ulaşımlardır fakat daha sonraki dönemlerde özel sektör harcamaları ile beraber artış halindedir. Milli gelirin artması ile kişisel gelir de artış olacak bununla beraber hem kamu kesimi hem özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetlerine olan talep, yatırımların ve harcamaların artmasına sebep olacaktır. Eğitim seviyesinin ve sağlık bilincinin artması için çalışmalar yapılarak sağlık hizmetlerini tüketiminin de artması sağlanabilir. Sağlık hizmetleri için teknolojik altyapı, alet ve

ekipmanlarla beraber uzun süren çalışma ve araştırmaların yapılması harcamaları yükseltmektedir. İnsan sağlığı açısından teknolojik gelişmeler ise büyük önem taşımaktadır. Şehirleşmenin artması ile sunulan sağlık hizmetlerinin artışı gerekmektedir. Kentlerde yeterli sayıda sağlık kurumu, gerekli personel, gerekli ilaç ile teknolojinin bulunması ve altyapı çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerini ve harcamalarının artması ortalama yaşam süresini artırmaktadır. Sağlığa verilen önemin artması bunlar gibi bazı faktörlerden dolayı sağlık harcamasının ileriki dönemlerde de daha da artması beklenmektedir. Ülkelerin temel hedefleri olan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, kişilerin sağlık hizmetlerine hakkaniyetli olarak ulaşımını sağlamak ve farklı sağlık göstergelerinde gelişmeler sağlayabilmek amacıyla sağlık harcamalarının aktif şekilde kontrolü eskiye göre daha da önemli olmuştur. Sağlık harcamalarındaki bu artışı kontrol altına almaya yönelik olarak, Türkiye'de sağlık sektörünün iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için sağlık harcamalarına daha fazla önem vermesi gerekmektedir. Türkiye'nin sağlık sisteminde istenilen düzeye ulaşılabilmesi ve sağlıktaki reformların başarılı bir biçimde yapılabilmesi açısından iyi bir sağlık politikası geliştirilmeli bu politika da sektörler arası işbirliği içinde gerçekleştirilmelidir.



KAYNAKÇA

- Adıgüzel Orhan ve Özkan Döndü Sönmez (2013), Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkında Kavramsal Çerçeve. Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi. 87: 23-36.
- Akar, Sevda (2014). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 1: 311.
- Akdağ Recep (Ed), (2008). Türkiye Sağlık Dönüşüm Programı Ve Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ Recep (Ed.) (2012). Düünden Bugüne Sağlık Politikalarımız. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akdur, Recep (2006). Temel Kavramlar Türkiye Ve Avrupa Birliğinde Durum Ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akın, Cemil Serhat (2007). Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi , Adana.
- Altay, Asuman (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”. Sayıştay Dergisi. 64: 33-58.
- Altay, Asuman (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”. Sayıştay Dergisi. 64: 33-58.
- Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, Erişim Tarihi: 01.01.2018. <http://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2018/11/Alt%C4%B1nc%C4%B1-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1990-1994%E2%80%8B.pdf>
- Anderson Gerard ve Hussey Peter S. 2001, “Comparing Health System Performance in OECD Countries”. Health Affairs. 20: 219-232.
- Arrow, J. Kenneth (1963). “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. The American Economic Review. 53: 941-973.

- Atasever, Mehmet (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Ataay, Faruk (2008). “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”. Amme İdaresi Dergisi. 41:169-184.
- Ateş, Metin (2011). Sağlık Sitemleri. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Atılğan, Yıldız (2017). Küreselleşme Süreci Ve Türkiye’de Sağlık Politikaları. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aydın, Emre (2002). “Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri”. Ankara Eczacılar Fakültesi Dergisi. 3: 190.
- Bağcı, Hasan (2018). Kamu Hastaneleri Hizmet Sunum Performansının Veri Zarflama Analizi Ve Malmquist İndeksi Yöntemleriyle Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Balcı, Asım (2005). Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Baltagi, Badi H. ve Moscanese, Francesco (2010). “Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data”. Economic Modelling Elsevier. 27: 804-811.
- Başar, Dilek (2008). Sağlık Düzeyinin Sosyo-Ekonomik Belirleyicileri: OECD Ülkeleri için Sağlık Üretim Fonksiyonuna Dayanan Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Başar, Murat (2019), Refah Modelleri Açısından Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Finansmanı, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Belek, İlker (1997), “Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme” . Ekonomik Yaklaşım Dergisi. 24-25: 147-156.
- Belek, İlker (2009), Sağlık Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü, Yazılama Yayınevi, İstanbul 2009 .

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Erişim Tarihi:
01.01.2018. [http://www.sbb.gov.tr/wp-](http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Be%C5%9Finci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1985-1989.pdf)

[content/uploads/2018/11/Be%C5%9Finci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1985-1989.pdf](http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Be%C5%9Finci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1985-1989.pdf)

Bhargava Alok, Jamison Dean, Lau Lawrence J. Ve Murray Christopher (2001).
“Modeling The Effects Of Health On Economic Growth”. J Health Econ. 20:
423-440.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Erişim Tarihi:
01.01.2017. [http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Birinci-](http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Birinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1963-1967%E2%80%8B.pdf)
[Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1963-1967%E2%80%8B.pdf](http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Birinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1963-1967%E2%80%8B.pdf)

Blum, Henrik L. (1974). Planning for Health: Development and Application of
Social Change Theory. Kaliforniya: Human Sciences Press.

Boz Canser ve Sur Haydar(2015). “Avrupa Birliği Üyesi ve Aday ülkelerin Sağlık
Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılıklarının Analizi”. Sosyal
Güvenlik Uzmanları Derneği Sosyal Güvence Dergisi. 9: 23-46.

CIMA (2000). Investment Appraisal in the NHS for the Smaller Capital Scheme.
Erişim tarihi: 5 Ocak
2019. [http://www.cimaglobal.com/documents/importedddocuments/cid_techgu](http://www.cimaglobal.com/documents/importedddocuments/cid_techguide_investment_app_nhs_2000.pdf)
[ide_investment_app_nhs_2000.pdf](http://www.cimaglobal.com/documents/importedddocuments/cid_techguide_investment_app_nhs_2000.pdf)

Cura, Serkan (2012). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve kamu Sağlık
Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz. Celal Bayar Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Manisa.

Çalışkan Zafer (1999). Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemini Finansman Kaynakları
Yönünden Türkiye’de Uygulanabilirliği. Akdeniz Üniversitesi Sosyal
Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.

Çalışkan, Zafer (2008). “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”. H.Ü. İktisadi
ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2: 29-50.

Çelik, Yusuf (2011). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Çelik, Yusuf (2013). Sağlık Ekonomisi, Ankara: Ekinoks Yayınevi.
- Çetin Murat ve Ecevit Eyyüp (2010). “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi”. Doğu Üniversitesi Dergisi. 11: 166-182.
- Çolak Ertuğrul, Korelasyon Analizi, http://eczacilik.anadolu.edu.tr/bolumSayfaları/belgeler/ecz2014%2012_20140527094539.pdf (01.11.2019).
- Çulha Doğan, Emine (2019). Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler Üzerine Araştırma (2003-2017). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Dal, Barış (2018). Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarının Panel Veri Analiziyle Araştırılması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Daştan İlker ve Çetinkaya Volkan (2015). “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”. Sosyal Güvenlik Dergisi. 5:104-134.
- Dreger, Christian ve Reimers Hans E. (2005). “Health Care Expenditures in OECD Countries: A Panel Unit Root and Cointegration Analysis”. International Journal of Applied Econometrics and Quantative Studies, Euro American Association of Economic Development.2:5-20.
- Elmi Zahramila ve Sadeghi Somaye (2012). “Health care expenditures and economic growth in developing countries: Panel co-integration and causality”. Middle East Journal of Scientific Research. 12: 88-91.
- Erdoğan, Seyfettin ve Bozkurt Hilal (2008). “Türkiye’de Yaşam Beklentisi - Ekonomik Büyüme İlişkisi: Ardl Modeli İle Bir Analiz”. The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management. 3: 25-38.
- Erol, Hatice ve Özdemir, Abdullah (2014), “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”. Sosyal Güvenlik Dergisi. 4:13.

- Ersöz, Filiz (2008). "Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi". İstatistikçiler Dergisi. 2: 95-104.
- Erten, Zekiye (2016). Sağlık Harcamaları Ve Sağlık Statüsü Açısından Sağlığın Yakınsaması Oecd Örneği (2003-2014). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Filiz, Mustafa (2017). Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Personellerinin Algısı (Sivas İli Örneği), Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Filiz, Yasemin (2010). Ekonomik Büyüme Ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Fogel, W. Robert (1999). "Catching up with the Economy?". American Economic Review, American Economic Association. 89: 1-21.
- Gerdtham, U. G., J. Sogaard, F. Andersson and B. Jönsson (1992). "An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-section Study of the OECD Countries", Journal of Health Economics. 11: 63-84.
- Gertler, P. Ve Van Der Gaag J., (1990). "Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developing Countries", Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press.
- Getzen, E. Thomas ve Poullier P. Jean (1992). "International Health Spending Forecasts: Concepts and Evaluation." Social Science and Medicine. 34: 1057-1068.
- Gülcan, Mesut Cemil (2008). Kamu Harcamaları İçinde Eğitim Ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri Ve Türkiye Uygulaması. Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale.
- Gürler Hazman, Gülsüm ve Küçükilhan Mustafa (2012). "Sağlık Hizmetlerinde Yatırım Harcamalarının Hastane Hizmetleri Ve Hizmet Kalitesine Etkisi: Ampirik Bir Çalışma". NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2: 138-153.

- Güvercin Ali, MİL Halil İbrahim ve Tarım Bülent (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi. 7: 86-87.
- Hansen Mortuaries Ve King P. Jerame (1996). “The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach”. Journal of Health Economics. 1: 127-137.
- Hayran Osman Ve Sur Haydar (1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul: Yüce Yayın.
- HFMA (2004). Financing in The Future Report 2: How Are Hospitals Financing the Future Capital Spending in Health Care Today. Healthcare Financial Management Association.
- Huber, Manfred ve Orosz, Eva (2003) “Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001”. Health Care Financing Review. 25: 1-22.
- Işık, Abdülkadir (1998). Sağlık Ekonomisi, Finansmanı Ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- İleri Hüseyin, Seçer Betül Ve Ertaş Handan (2016). “Sağlık Politikası Kavramı Ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi”. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi. 12: 176-186.
- İstanbulluoğlu Hakan, Güleç Mahir ve Oğur Recai (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi. 2: 89.
- Kar, Muhsin ve Ağır, Hüseyin (2003). “Türkiye’de Beşeri Sermaye Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Eşbütünleşme Yaklaşımı İle Nedensellik Testi, 1926-1994”. SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi.6: 50-68.
- Karabulut, Umut (2007). “Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık hizmetlerine toplu bir bakış: dr. refik saydam’ın sağlık bakanlığı ve hizmetleri (1925-1937)”. Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi. 37: 151-160.

- Karagöz Kadir Ve Tetik Nevzat(2009). “Kamu Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler: Ekonometrik Bir Değerlendirme”, Econ Anadolu 2009, 17-19 Haziran 2009, Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi, Eskişehir.
- Karagöz, Sevda (2015). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Harcamaları. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Karagül, Mehmet (2002). Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu. Ankara: Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını
- Karataş Muhammed ve Çankaya Eda (2011). “Türkiye’de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Analizi”. Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 18: 105-124.
- Kavuncubaşı Şahin Ve Yıldırım Selami, (2010). Hastan Eve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kırılmaz Harun, Amarat Mustafa ve Ünal Özgün (2017). “Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi”. Strategic Public Management Journal.3: 78-104.
- Kısa, Adnan (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kıymaz Halil, Akbulut Yasemin ve Demir Ahmet (2006). “Tests of Stationarity and Cointegration of Health Care Expenditure and Gross Domestic Product”. European Journal of Health Economics. 7: 285-289.
- Kobelt Gisela, Sağlık Ekonomisi: Ekonomik Değerlendirmeye Giriş, Çev.: Ç Değer, Office Health Economics, Londra 2010.
- Kurşun Arzu ve Rakıcı Cemil(2014). “Türkiye ve Sosyal Refah Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Analizi”. İnsan Hakları Yıllığı. 32: 78.
- Maylor, Harvey (2010). Project Management. USA: Financial Times Prentice Hall.
- Murillo, Carlos, Piatecki Cyrille ve Saez Marc (1993). “Health Expenditure and Income in Europe”. In Health Economics. 2:127-138.

- Mushkin,J. Selma (1958). “Toward a Definition of Health Economies”. Public Health Reports. 73: 785-794.
- Mushkin,J. Selma (1962). “Health as an Investment.”. Journal of Political Economy. 70: 129-157.
- Mutlu Ayşegül ve Işık Abdülkadir (2002). “Sağlık Ekonomisi ve Politikaları”. Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi. 14: 149.
- Mutlu Ayşegül ve Işık Abdülkadir (2005). Sağlık Ekonomisine Giriş. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Mutlu Ayşegül ve Işık Abdülkadir (2012). Sağlık Ekonomisine Giriş. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Newhouse, Joseph P(1978). The Economics of Medical Care: A Policy Perspective, Reading, MA, Addison-Wesley Co.
- Newhouse, Joseph P. (1977). “Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey”. Journal of Human Resources.12: 115-125.
- OECD, Erişim Tarihi: 11.02.2017. <https://data.oecd.org/health.htm>
- OECD, Health at a Glance, OECD Indicators 2005, Organization For Economic Co-Operation and Development, Erişim Tarihi: 15 Ekim 2018. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issuesmigration-health/health-at-a-glance-2005_9789264012639-en,
- Orhaner, Emine (2014). Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Öner, Hilal (2018). Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.
- Öztek, Zafer (2001). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”. Yeni Türkiye Dergisi. 39: 294.
- Poyraz Türkan (1990). Sağlık Ekonomisi (Sağlık Hizmetlerinin Kalkınmaya Etkisi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Pradhan, J. Prakash (2011). “Emerging Multinationals: A Comparison of Chinese and Indian Outward Foreign Direct Investment”. Institutions and Economies

(formerly known as International Journal of Institutions and Economies). 3: 113-148.

Resmi Gazete (1971). <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/13956.pdf>

Resmi Gazete: 12 Ocak 1961 Tarih,10705 Sayı, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Erişim Tarihi: 27 Ağustos 2018. <https://www.Saglik.Gov.Tr/TR,10388/Sayisi224--Rg-Tarihi12011961--Rg-Sayisi10705-Saglik-Hizmetlerinin-Sosyalleştirilmesi-Hakkında-Kanun.Html>

Sağlık Bakanlığı (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Erişim Tarihi: 22.07.2018 <https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>

Sağlık Bakanlığı 2017/17 Sayılı Genelge, Erişim Tarihi: 01.01.2019. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/11558,tarama0003pdf.pdf?0>

Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi: 01.01.2019. <https://sygm.saglik.gov.tr/>

Sağlık Bakanlığı (2006). “Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003”. Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (Editör: Sabahattin AYDIN) (2004). Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Ankara: Mavi Ofset.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni, Erişim Tarihi: 01.01.2019. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,49093/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bulteni.html>

Sayım, Ferhat (2011). Sağlık Piyasası ve Etik. İstanbul: MKM Yayıncılık.

Schieber, J. George (1990). “Health expenditures in major industrialized countries”. Health Care Financ Rev. 11: 159-167.

Schul Rockwell And Johns Alton Cornelius (2003). Management Of Hospitals And Health Services: Strategic Issues And Performance. Washington: Beard Books.

Schultz, W. Theodore (1961). "Investment in Human Capital". The American Economic Review. 51: 1-17.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Erişim Tarihi: 01.01.2018. <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Sekizinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2001-2005.pdf>

Sığırlı Deniz, Ediz Bülent, Şengül Cangür, Ercan İlker ve Kan İsmet (2006) "Türkiye ve Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerin Sağlık Düzeyi Ölçütlerinin Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi İle İncelenmesi". İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 13: 81-85.

Smith, Adam (1998). Ulusların Zenginliği 1, Çev.:Metin Saltoğlu, Ankara: Palme Yayıncılık.

Somunoğlu, Sinem (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınevi.

Sur, Haydar (2011). "Sağlık Ve Sağlık Ekonomisi". Müstakil Sanayici Ve İşadamları Derneği (MÜSİAD) 3 Aylık Ekonomi Ve Düşünce Dergisi. 55: 9.

Sülkü, Seher Nur (2011). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Program Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.

Şen Sedat, KORELASYON, <https://sedatsen.files.wordpress.com/2016/11/7-sunum.pdf> (01.11.2016/ 25.09.2019).

Şenatalar, Burhan (2003). "Sağlık Ekonomisine Genel Bakış". Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 25: 25-30.

T.C. Sağlık Bakanlığı 2018 Faaliyet Raporu, Erişim Tarihi: 01.01.2018. <https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202018.pdf>.

Taban, Sami (2006). "Türkiye'de Sağlık Ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi". Sosyo Ekonomi Dergisi. 2: 33.

- Taban, Sami (2006). “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”. Sosyo Ekonomi Dergisi. 2: 31-46.
- Tatar, Mehtap (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”. Sosyal Güvenlik Dergisi. 1: 116.
- Tatoğlu Y, Ferda (2011). “The Relationships between Human Capital Investment and Economic Growth: A Panel Error Correction Model”. Journal of Economic and Social Research. 13: 77-90.
- Temgilimoğlu Dilaver, Işık Oğuz Ve Akbolat Mahmut (2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayınları.
- Tıraş, Hacı Hayrettin (2018). Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş.
- Tıraşoğlu Muhammed ve Yıldırım Burcu (2012). “Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”. Electronic Journal of Vocational Colleges. 2 :111- 117.
- Tokalaş, Sevinç(2006). Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- TÜİK. Erişim Tarihi: 10.01.2017. <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>
- Ünal, Erdinç (2013). Sağlık Ekonomisi Ve Yönetimi, Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım.
- Ünal, Özlem Eda (2017). Türkiye’de Seçilmiş Temel Sağlık Göstergeleri İle Kişibaşı GSYİH Ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- WHO (2016). Erişim Tarihi: 10 Eylül 2018. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/#
- Witter Sophie (2002). “Briefing Paper For Oxfam GB, Health Financing In Developing And Transtional Countries ” Centre For Health Economics University Of York, 1: 4.

World Health Organization(1981). “Global Strategy For Health For All By The Year 2000” Erişim Tarihi: 13 Eylül 2018.

https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_Globalstrategy_1981_En.Pdf

Yalçın, Bayram (2011). 1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Gelişimi Ve Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Yazıcı, Gökhan(1994). Türkiye’deki Sağlık Harcamalarının Analizi (1980-1993). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Erişim Tarihi: 01.01.2018. <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Yedinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1996-2000%E2%80%8B.pdf>

Yıldırım, Savaş (1994). “Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi”, DPT Uzmanlık Tezleri, Yayın No: DPT:2350, Ankara.

Yılmaz Volkan ve Yentürk Nurhan (2015). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış”. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi. 1-17.

Yılmaztürk, Aysun (2013). “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi”. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi. 1: 176-188.

Yumuşak İ. Güran ve Yıldırım D. Çağrı (2009). “Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme”. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi. 4: 57-70.

Yurdadoğ, Volkan (2007). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 1: 594.

Yüksel Nevzat (2015). Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve 2003 Yılında Yapılan Sağlıkta Dönüşüm Reformunun Olumlu Ve Olumsuz Algılarının Ölçümü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı :Serap YILDIRIM

Uyruğu :T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri :27.07.1994 /ERZİNCAN

E-posta Adresi :yldrmsrp27@gmail.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lise	Ertuğrul Gazi Anadolu Lisesi	2012
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi	2016
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği	2020

YABANCI DİL BİLGİSİ

Yabancı Dilin Adı: YDS: -

