



**SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK KALKINMA: OECD  
ÜLKELERİ İÇİN BİR DEĞERLENDİRME**

**Hilal ARMAĞAN**

**Yüksek Lisans Tezi  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
Danışman: Doç. Dr. Simla GÜZEL**

**2022**

**T.C.**  
**TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK KALKINMA:**  
**OECD ÜLKELERİ İÇİN BİR DEĞERLENDİRME**

**Hilal ARMAĞAN**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**DANIŞMAN: Doç. Dr. Simla GÜZEL**

**TEKİRDAĞ-2022**  
**Her hakkı saklıdır.**

## **BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ**

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığımı taahhüt ederim.

18.01.2023

Hilal ARMAĞAN

TEZ ONAY SAYFASI



## ÖZET

Kurum, Enstitü, : Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,  
ABD  
: Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Tez Başlığı : Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Kalkınma: OECD Ülkeleri  
İçin Bir Değerlendirme

Tez Yazarı : Hilal ARMAĞAN

Tez Danışmanı : Doç Dr. Simla GÜZEL

Tez Türü, Yılı : Yüksek Lisans Tezi, 2022

Sayfa Sayısı : 108

Ekonomik kalkınma ve sağlık kavramları birbirini etkileyen iki önemli kavramdır. Bireylerin ve ulusun kalkınabilmesi için sağlık kavramı büyük önem teşkil etmektedir. Sağlıklı bir topluma sahip olmak ekonomik kalkınma açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık kavramına önem veren ülkelerin ekonomik göstergeleri de olumlu yönde etkilenmektedir. Sağlığa yapılan harcamalardaki artış ve ekonomik kalkınma hususunda beşeri sermayenin ön plana çıkması sağlık sektörünün ekonomideki önemini göstermiştir. Bu araştırmada, OECD ülkelerine ait sağlık harcamaları ile ekonomik kalkınma arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla karşılaştırma ve değerlendirme yapılmıştır. Çalışma neticesinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınmaya olumlu etkiler sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Sağlık Harcamaları, Ekonomik Kalkınma, OECD Ülkeleri.

## ABSTRACT

Institution, Institute : Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of Social Sciences,

Department : Department of Health Management

Thesis Title : Health Expenditures and Economic Development: An Evaluation for OECD Countries

Thesis Author : Hilal ARMAĞAN

Thesis Adviser : Assoc. Prof. Simla GÜZEL

Type of Thesis, Year : MS Thesis, 2022

Total Number of: 108  
Pages

The concepts of economic development and health are two important concepts that affect each other. The concept of health is of great importance for the development of individuals and the nation. Having a healthy society is of great importance in terms of economic development. The economic indicators of the countries that attach importance to the concept of health are also positively affected. The increase in spending on health and the prominence of human capital in economic development have shown the importance of the health sector in the economy. In this research, comparison and evaluation were made in order to determine the relationship between health expenditures and economic development of OECD countries. As a result of the study, it has been concluded that health expenditures have positive effects on economic growth and development.

**Key words:** Health, Health Expenditures, Economic Development, OECD Countries.

## İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
TEZ ONAY SAYFASI .....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLO LİSTESİ.....	ix
GRAFİK LİSTESİ .....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
KISALTMA LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ .....	1
BÖLÜM I.....	3
1. SAĞLIK EKONOMİSİNE İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE .....	3
1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	4
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	4
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Düzeyi .....	8
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	9
1.3.1. Yarı Kamusalılık.....	10
1.3.2. Dışsallık .....	10
1.3.3. Bilgi Asimetrisi.....	12
1.3.4. Erdemli Mal Olması.....	12
1.3.5. İkame Edilememesi.....	13
1.3.6. Sağlık Hizmetlerinin Ertelenemezliği.....	14
1.3.7. Arz - Talep Arasındaki Uyumsuzluk .....	15
1.4. Sağlık Ekonomisi .....	15
1.4.1. Sağlık Harcamaları ve Sağlıkın Finansmanı.....	17
1.4.1.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Kapsamı .....	17
1.4.1.2. Sağlık Harcamaları Düzeyini Belirleyen Faktörler.....	17
1.4.1.2.1. Sosyo-Ekonomik Değişkenler .....	19
1.4.1.2.2. Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi .....	19

1.4.1.2.3. Teknolojik Gelişme ve Yenilikler .....	20
1.4.1.2.4. Yaşam Süresinin Uzaması .....	21
1.4.1.2.5. Küreselleşme .....	22
1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı .....	23
1.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	25
1.4.3. Türkiye’de Sağlıkın Finansmanı.....	26
1.4.3.1. Türkiye’de Özel Sağlık Finansmanı .....	27
1.4.3.1.1. Cepten Ödemeler .....	27
1.4.3.1.2. Özel Sağlık Sigortacılığı .....	28
1.4.3.2. Türkiye’de Kamusal Sağlık Finansmanı .....	28
<b>BÖLÜM II.....</b>	<b>30</b>
<b>2. EKONOMİK KALKINMA VE EKONOMİK KALKINMAYI ETKİLEYEN</b>	<b>30</b>
<b>FAKTÖRLER .....</b>	<b>30</b>
2.1. EKONOMİK KALKINMA KAVRAMI .....	30
2.2. EKONOMİK KALKINMANIN ÖNEMİ .....	31
2.3. KALKINMANIN GÖSTERGELERİ .....	32
2.3.1. İnsani Gelişmişlik .....	33
2.3.2. Dünya Mutluluk Düzeyi .....	36
2.3.3. Kişi Başına Düşen Milli Gelir Düzeyi .....	38
2.3.4 Satın Alma Gücü Paritesi ile Kalkınmanın Ölçülmesi .....	39
2.4. KALKINMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER .....	40
2.4.1. Beşeri Sermaye .....	41
2.4.1.1. Eğitim.....	42
2.4.1.2. Sağlık .....	42
2.4.1.3. Göç .....	43
2.4.1.4. İnsan Gücü .....	44
2.4.2. Nüfus.....	45
2.4.3. Doğal Kaynaklar .....	46
2.4.4. Sermaye .....	47
2.4.5. Teknolojik Gelişmeler .....	47
2.5. KALKINMAYI ENGELLEYEN ETMENLER .....	48



2.6. SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK KALKINMAYLA İLİŞKİSİ .....	50
BÖLÜM III .....	58
3. OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK KALKINMA İLİŞKİSİ.....	58
3.1. EKONOMİK İŞBİRLİĞİ VE KALKINMA ÖRGÜTÜ (OECD).....	58
3.2. OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK HARCAMALARINA GENEL BAKIŞ ...	60
3.3. OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI .....	62
3.3.1. SAĞLIK HARCAMALARININ SINIFLANDIRILMASI.....	63
3.3.1.1. OECD Ülkelerinin Toplam ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeleri .....	63
3.3.1.2. OECD Ülkelerinin Sağlık Kuruluşları İle İlgili Göstergeleri .....	68
3.3.1.3. OECD Ülkelerinin Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarıyla İlgili Göstergeleri .....	72
3.3.1.4. OECD Ülkelerinin Gönüllü Sağlık Harcamalarıyla İlgili Göstergeleri .....	77
3.3.1.5. OECD Ülkelerinin Cepten Sağlık Harcamalarıyla İlgili Göstergeleri.....	78
3.3.1.6. OECD Ülkelerinin İlaç Harcamalarıyla İlgili Göstergeleri .....	80
3.3.1.7. OECD Ülkelerinin Yaşam Süresi İle İlgili Göstergeleri.....	82
3.4. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Kalkınma Değerlendirmesi .....	87
SONUÇ .....	94
KAYNAKÇA.....	97

## **TABLO LİSTESİ**

<b>Tablo 1. OECD'ye Üye Ülkeler).....</b>	<b>59</b>
<b>Tablo 2. OECD Ülkelerinde GSYİH İçindeki Sağlık Harcama Türleri (%) (2019).....</b>	<b>60</b>
<b>Tablo 3. Satın Alma Gücüne Göre Kişi Başına Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) (2016-2019).....</b>	<b>67</b>
<b>Tablo 4. Toplam ve Bir Milyon Başına Düşen Hastane Sayısı (2018).....</b>	<b>70</b>
<b>Tablo 5. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%) (2017-2020).....</b>	<b>72</b>
<b>Tablo 6. 1000 Canlı Doğum Başına Bebek Ölümü (2020).....</b>	<b>82</b>

## **GRAFİK LİSTESİ**

<b>Grafik 1. OECD Ülkelerinde İnsani Gelişme Düzeyleri (2018).....</b>	<b>35</b>
<b>Grafik 2. OECD Ülkelerinde Dünya Mutluluk Raporu (2021).....</b>	<b>37</b>
<b>Grafik 3. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları (\$) (2019).....</b>	<b>63</b>
<b>Grafik 4. Satın Alma Gücü Paritesine Göre (SAGP) Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon \$) (2017).....</b>	<b>64</b>
<b>Grafik 5. Toplam Sağlık Harcamaları ve Finansmanın GSYİH içindeki payı (%) (2020).....</b>	<b>65</b>
<b>Grafik 6. 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı (2020).....</b>	<b>68</b>
<b>Grafik 7. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı (2020).....</b>	<b>69</b>
<b>Grafik 8. Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2019) .....</b>	<b>75</b>
<b>Grafik 9. Gönüllü Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2020) .....</b>	<b>77</b>
<b>Grafik 10. Gönüllü Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%) (2020).....</b>	<b>78</b>
<b>Grafik 11. Cepten Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%) (2020).....</b>	<b>79</b>
<b>Grafik 12. Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2020) .....</b>	<b>79</b>
<b>Grafik 13. Kişi Başına Düşen İlaç Harcamaları (\$) (2020).....</b>	<b>80</b>
<b>Grafik 14. İlaç Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%) (2020).....</b>	<b>81</b>
<b>Grafik 15. 100 000 Doğum Başına Anne Ölümü (2020).....</b>	<b>85</b>
<b>Grafik 16. 65 Yaşında Beklenen Ortalama Yaşam Süresi (2021).....</b>	<b>85</b>

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Finansman Üçgeni.....	24
Şekil 2. İnsani Gelişimin Bileşenleri.....	34
Şekil 3. OECD Ülkelerinde Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı (2005-2020) .....	66



## KISALTMA LİSTESİ

Ar-Ge	: Araştırma-Geliştirme
Bağ-Kur	:Esnaf ve Zanaatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	:Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH	:Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
OECD	:Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
OEEC	:Avrupa Ekonomi İşbirliği Teşkilatı
SSGSS	:Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
UNDP	:Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
WHO	:World Health Organization

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel ruhsal ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik hali demektir. Sağlık doğuştan gelen bir haktır ve toplum hayatının temelini oluşturmaktadır. Herkes sağlıklı bir çevrede olma yani sağlık hakkına sahiptir. Toplumsal yaşamın devamı için sağlık durumunun korunması ve sağlığın devamlılığı sağlanmalıdır. Bu durumun gerçekleşmesi sağlık harcamaları ile mümkün olmaktadır. Sağlık harcamaları sağlık hizmetlerinin üretimi için yapılan harcamalardır.

Yeryüzünde bulunan ekonomik kaynakların yetersiz oluşu, bu kaynakların en iyi şekilde kullanılması açısından büyük önem teşkil etmektedir. Sağlığa yapılan harcamalar giderek artmaktadır fakat bu harcamalar günümüzde gider olarak değil de yatırım olarak görülmeye başlanmıştır. Kıt kaynaklardan nasıl en etkili ve verimli biçimde yararlanılacağı, sağlık harcamalarına yapılan yatırımın nasıl ve ne miktarda olacağı önemli sorulardır. Bu sorulara sağlık ekonomisi cevap aramaktadır. Sağlık ekonomisi, fert ve buna bağlı olarak toplumun sağlığını koruyacak ve geliştirecek biçimde kullanılarak en etkin düzeyde sağlık hizmeti üretilmesi ve üretilen hizmetin adil bir biçimde dağıtılmasını sağlamaya çalışmaktadır. Tüm bu süreçler ekonomik büyüme ve kalkınma ile de ilişkilidir.

Kalkınma, ülkelerin ekonomik, siyasi ve toplumsal yapılarının değişerek insanların refah düzeylerinin yükselmesi olarak tanımlanmaktadır. Yani az gelişmişliğin ortadan kaldırılması ve toplumsal yapının olumlu yönde değişmesi demektir. Bu bakımdan kalkınma gayri safi milli gelirdeki yükselme ile ölçülebilen ekonomik büyümeyi de kapsamaktadır. Ekonomik kalkınmanın gerçekleşmesi için sermayeye, teknolojik gelişmelere, üretime, tabii kaynaklara ve beşeri sermayeye gereksinim duyulmaktadır. Başka bir ifade ile ekonomik kalkınma hem sayısal verileri hem de sosyal değişimleri içermektedir.

Ekonomik kalkınmanın olmazsa olmaz bir parçası sağlık harcamalarıdır. Sağlık düzeyi göstergeleri ile ekonomik kalkınma arasında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Ülkenin ekonomik kalkınma düzeyi yükseldikçe sağlık

harcamalarına ayırdığı pay da o ölçüde yükselecektir. Buna paralel olarak toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi de ekonomik kalkınmayı pozitif olarak etkilemektedir. Bu çift yönlü ilişki sebebiyle sağlık göstergeleri, ekonomik kalkınma düzeyinin temel belirleyicilerinden biri olarak kabul görmektedir.

Bu çalışmada sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının artış nedenleri incelenmiştir. Sağlık harcamaları ve ekonomik kalkınma arasındaki ilişki gösterilmiş ve değerlendirme yapılmıştır. 1. Bölüm'de sağlık kavramı açıklanmış, sağlık hizmetleri, bu hizmetlerin özellikleri, sağlık ekonomisi, sağlık harcamaları, bu harcamaları belirleyen faktörler ve sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ele alınmıştır. 2. Bölüm'de ekonomik kalkınma kavramı ve önemi açıklanmış, bu kalkınmanın göstergeleri, kalkınmayı etkileyen ve engelleyen faktörler ele alınmış olup sağlık harcamalarının ekonomik kalkınma ile ilişkisi açıklanmış ve sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi için literatür taraması yapılmıştır. 3. Bölüm'de OECD ülkelerinin sağlık harcamaları ve kalkınma arasındaki ilişkisi açıklanmıştır. Genel anlamda OECD ülkelerinden ve sağlık harcamalarından bahsedilmiş, tablo ve grafiklerle analiz edilip değerlendirme ve karşılaştırma yapılmıştır. OECD ülkelerinin toplam ve kişi başına düşen sağlık harcamaları, sağlık kuruluşları, kamu ve özel sağlık harcamaları, gönüllü sağlık harcamaları, ülkelerinin cepten sağlık harcamaları, ilaç harcamaları ve yaşam süresi ile ilgili göstergeleri kullanılarak sağlık harcamaları ve ekonomik kalkınma arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Araştırma sonunda ekonomik kalkınmanın gerçekleşmesi için sağlık harcamalarına ilişkin gerekli görüş ve öneriler sunulmuştur.

## **BÖLÜM I**

### **1. SAĞLIK EKONOMİSİNE İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

Bu bölümde sağlık kavramı açıklanacak olup sağlık hizmetleri, sağlık ekonomisi, sağlık harcamaları ve finansmanı ele alınacaktır.

#### **1.1. Sağlık Kavramı**

Sağlık, insanların temel bir gereksinimidir ve toplum hayatının temelini oluşturur. Doğuştan gelen temel bir haktır. Bu sebeple sağlık kavramının önemi tartışılmaz bir değerdir. Herkes sağlıklı olma, sağlıklı bir çevrede yaşama hakkına sahiptir (Özcan, 2015, s. 9).

Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. Bu tanım; "Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik halidir." (DSÖ) şeklindedir. Bu tanımda fiziksel ve ruhsal iyiliğin dışında "sosyal yönlerden de tam iyilik" haline vurgu yapılmaktadır. Sosyal yönlerden tam bir iyilik bulunmasını ise sınırlarla belirlemek mümkün değildir. Bu yüzden bu tanımla genel olarak bireylerin özel olarak ise sağlık sektörüne "bireyi ulaşabileceği en yüksek düzeydeki iyilik haline getirmek" bir hedef olarak konmaktadır (Akdur, 2006, s. 11-12).

Sağlıklı olmak ve sağlığını sürdürebilmek, insan yaşamının temel amaçlarından birisidir. Sağlıklı kişiler günlük eylemlerini rahatça yapabilmektedir. Hastalık durumunda ise hem kişinin kendisi hem de çevresi sıkıntı duyabilmektedir. Kişiler kendileri için olduğu kadar çevrelerinden başlayıp herkesin sağlıklı olmasını ister. Çünkü kişilerin sağlıklarının korunması ancak sağlıklı toplum ve temiz bir çevre ile mümkün olmaktadır. Yani sağlık kişisel olduğu kadar toplumsal da bir amaçtır (Mazgit, 1998, s. 12).

Sağlık kavramı, kişilerin hayatını devam ettirmesinde, hayat kalitesinin yükselmesinde ve korunmasında önemli bir yere sahiptir. Bu hizmetin sunumu ise bireylerin hayat kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir olgudur. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi ve sunumu bir ülkenin kalkınma düzeyinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Aytürk, 2010, s. 3).



Bireylerin sağlıklı olması aynı zamanda toplumu da etkilemektedir. Fakat sağlığın çevresel boyuta yayılması ve devamlılığının sağlanması da sağlık hizmetleri ile mümkündür (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 17).

## **1.2. Sağlık Hizmetleri**

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik sunulan hizmetlere denir. Bu hizmetler sağlık kurumlarında ve sağlık profesyonelleri tarafından sunulur. Bireyin ve toplumun sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi ile var olan hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilite edilmesi amaçlanmaktadır. Burada temel amaç sağlıklı toplum oluşturmaktır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 34). Bu hizmet türünü bazı başlıklara ayırabiliriz.

### **1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlığın korunması ve hastalıkların iyileştirilmesi amacıyla yürütülen çalışmalar sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri birbirini tamamlayabilen bir yapıdadır. Fakat daha Sağlık hizmetlerini daha kolay anlaşılabilmesi için alt başlıklar halinde incelenmesinde fayda görülmektedir (Ertekin, 2000, s. 8). Bu ayırım verilen hizmet düzeyine göre değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak başlıklara ayrılmaktadır.

#### **1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun ve bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik alınan tedbirlerdir. Bu sağlık hizmetlerinde temel amaç toplumun hastalık etkenlerinden uzak tutulması yani korunması veya hastalık etkenlerinin yok edilmesidir. Bu amacın gerçekleşmesi için en iyi yol sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulmasıdır (Saçu Barlin, 2010, s. 9).

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti sunumunda çok fazla ön plana çıkmayan, bireylerin yeterince önem vermediği hizmet çeşididir. Bunun yanında koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmet sunumu açısından en önemli ve toplum sağlığı için de en hayati kısmı ifade etmektedir (Aydoğan, 2015, s. 75).

Sağlık evi, işyeri reviri, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri dispanserler, laboratuvarlar ve çevre sağlığı birimleri koruyucu sağlık hizmeti sunan bazı kurumlardır. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 38).

**Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Kişileri ve onlara bağlı olarak toplumu hastalık etkenlerinden korumak, hastalığa karşı güçlü ve dayanıklı kılmak, hastalıklardan etkilenmelerini önlemek, etkilendiklerinde erken tanı ve tedavi ile iyileşmelerini sağlayan hizmetlerin bütünüdür. Bu hizmetler şu şekilde sayılabilir (Akdur, 2006 s. 13):

- Erken tanı ve tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Beslenmeyi düzenleme,
- Sağlık eğitimi,
- Kişisel hijyen kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin başlıca hizmetlerindedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri doktor, ebe, sağlık çalışanı, hemşire vb. sağlık personeli tarafından verilen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin sağladıkları yarar ve oluşturdukları pozitif dışsallıklar ile hastalığa yakalanma riskini düşürmekte ve tedavi maliyetlerini epey azaltmaktadır (Cassama, 2019, s. 39).

**Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Çevrede insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen etmenlerin giderilip sağlıklı bir çevre ortamı oluşturulmasını sağlayan hizmetleri içermektedir. Bu hizmetlerin başlıcaları şu şekildedir (Akdur, 2006, s. 12):

- Temiz ve yeterli su sağlanması,
- Sıvı ve katı atıkların zararsız duruma getirilmeleri,
- Endüstri sağlığı,

- Zararlı canlılarla (Haşerelerle) savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyon ve gürültüyle savaş.

Bu hizmetler sağlık sektöründen çok diğer sektörlerin sunduğu hizmetlerdir. Sağlık sektörünün buradaki temel görevi danışmanlık, eğitim ve denetimdir.

### **1.2.1.2. Tedavi Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumunda bozulma olan kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak için sunulan hizmet türüdür. Bu hizmet, hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonraki aşamaları içermektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir sonraki aşaması olarak kabul edilmektedir. Bireyin tedavisinin sonuçlanması durumunda verimlilikte artış meydana getirerek sosyal fayda sağlamaktadır. Kişilerin ortalama yaşam süresini uzatmakta ve verimlilik artışıyla da milli gelire katkı sağlamaktadır (Saçu Barlin, 2010, s. 12). Bu hizmeti sunan kurumları gününbirlik ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki farklı grupta toplamak mümkündür.

*Gününbirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri;* bir sağlık kurumuna yatış gerektirmeyen, gün içerisinde tedavisi mümkün olan hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetlerdir. Gününbirlik tedavi hizmeti sağlayan bazı sağlık kurumlarına özel muayenehaneler, hastane poliklinikleri, hastane acil servisi, ayaktan cerrahi merkezleri, evde bakım kurumları, işyerindeki revirler ve okul sağlık merkezleri örnek olarak verilebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 38).

*Yataklı tedavi hizmetleri;* hastalıkların teşhis ve tedavisinde, tedavi hizmeti veren yataklı sağlık kurumlarına hastanın yatışını gerektiren hizmetlerdir. Az sayıda yatak kapasitesine sahip ve uzman doktorları olan bir hastane ve sağlık kuruluşu olabileceği gibi, ileri teknik düzeyde tanı ve tedavi sağlayan sağlık merkezleri de olabilir (Cassama, 2019, s. 41).

### **1.2.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri**

Tedavi hizmetlerinden yararlanılması sonucunda kişinin iyileşmesi ve eski yaşantısına geri dönmesi beklenir. Fakat bu durum her zaman beklenen şekilde

gerçekleşmez. Bazı hastalıklar sonucunda bireyler geri dönüşü olmayacak bir biçimde sağlıklarını tamamen ya da kısmen kaybedebilmektedir. Bu durumda bireylerin tedavi süreçleri farklı yöntem ve uzun süreli tedavilerle devam etmekte, uzmanlık ve sabır gerektiren bir süreç olarak işlemektedir. Bu süreç sırasında ve sürecin bitiminde sağlığını kaybetmiş bireylerin mevcut durumları ile hayatlarını gerekli biçimde devam ettirmeleri, tamamen olmasa da kısmen sosyal hayatlarına geri dönmeleri amaçlanmaktadır (Aydoğan, 2015, s. 79).

Sağlıklı olan bireyin geçirdiği kaza veya hastalık sonrasında engelli kalması sonucunda topluma tekrardan uyum sağlayabilmesi için yapılan çeşitli rehabilitasyon hizmetleri bulunmaktadır. Sosyal rehabilitasyon bedenen veya ruhen engeli bulunan ya da bir bağımlılık sonucu normal hayata adapte olamayan bireylerin toplum hayatına yeniden kazandırılması için ihtiyaç duyduğu her türden yöntemi oluşturmaktadır. Sağlık personeli tarafından sunulan tıbbi rehabilitasyon ise sürecin tamamlayıcısı olarak sosyal hizmet vermekle yükümlü olan kurum ve personelin sosyal rehabilite hizmeti sunması, toplumsal hayata geri kazandırılma sürecinin hızlanması açısından büyük önem taşımaktadır (Loş, 2016, s. 47).

#### **1.2.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlık sektörü daima gelişim ve değişim içerisinde olan bir sektördür. Bilimsel ve teknolojik gelişmelere ek olarak sağlık uygulamaları da her zaman bir değişim ve gelişim göstermektedir. Toplumsal yapının, hayat şartlarının, hastalıkların ve etkenlerinin, çevresel faktörlerin sürekli değişmesi sebebiyle sağlık sektörünün de bu değişime ayak uydurması gerekmektedir (Aydoğan, 2015, s. 80).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı kişilerin var olan sağlık durumun yükseltilmesi için sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerde amaç, sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumunun, hayat kalitesinin yükseltilmesi ve yaşam süresinin uzatılmasıdır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 39). Sağlığın geliştirilmesine yönelik verilen hizmetler sonucunda kişinin bedenen ve ruhen sağlığının, sağlığıyla ilgisi hayat standardının da yükseltilmesi hedeflenmekte ve bu konudaki esas sorumluluk kişiye verilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi için yürütülen

faaliyetler sonucunda doğru sağlık davranışının toplum düzeyinde kabul edilmesi amaçlanmaktadır (Tatar, 2012, s. 13).

### **1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Düzeyi**

Hastalıkların çeşitli ve farklı düzeylerde olması, tanı ve tedavilerinin farklı hizmet şekli gerektirmesi, bu hizmet şekillerinin farklı tiplerde sağlık hizmetleri ve kurumları ile karşılanması sonucunu doğurmuştur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 40). Bu hizmet şekilleri kapsadıkları hizmet bakımından üçe ayrılmaktadır.

#### **1.2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri**

Sağlık hizmetlerinin ilk basamağını oluşturan bu hizmet bireylerin sağlık hizmetine ihtiyaç durduklarında ilk başvuru olan sağlık kurumu tarafından sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti daha çok hastalıkların teşhisi ve tedavisi için yapılan hazırlık niteliğini taşımaktadır. Ülkemizdeki aile hekimliği sistemi hastanelerin yükünü azaltmaya yöneliktir ve birinci basamak sağlık hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Bu hizmet türü daha az uzmanlık ve beceri istemektedir (Loş, 2016, s. 39).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sadece koruyucu sağlık hizmetleri sunmaz. Yoğun bilgi ve teknolojiyi ihtiyaç duymayan hastalıkların tedavisiyle de ilgilenir. Toplumun sağlık hizmetleriyle olan ilk temasıdır ve sınırlı bir tedavi hizmeti sağlamaktadır. Daha çok koruyucu sağlık hizmeti sunsa da sınırlı bir tedavi hizmeti de sağlamaktadır. Uzmanlaşmamış hekim ve sağlık personeli tarafından hizmet verilmektedir. Ülkemizde sağlık ocakları, toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara örnek olarak verilebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 41).

#### **1.2.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri**

Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından tedavi edilemeyen hastalıklar, ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda tedavi edilmektedir. Tedavi uzman tıp ve sağlık personeli tarafından değişik büyüklükteki hastanelerde verilir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde amaç hastalığın tedavisidir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 41).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda hastalıkların teşhis ve tedavisi için yataklı tedavi kurumları tarafından sunulan hizmetler bütünüdür. Bu hizmetler hastalık tanısına ilave olarak ilaçla tedavi, bir takım operasyonlar ve alternatif tedavi yöntemlerini içermektedir. Bu tedaviler birinci basamak sağlık hizmetlerine göre daha fazla teknik bilgi, teknoloji ve maliyet gerektirmektedir (Loş, 2016, s. 40).

### **1.2.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri**

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi edilmesi mümkün olmayan, yoğun bilgi, donanım ve yüksek teknoloji gerektiren ağır ve karışık vakalara sunulan hizmet düzeyidir. Bu sağlık hizmeti sunan kuruluşlar üniversite hastaneler, kanser araştırma ve tedavi merkezleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleridir (Cassama, 2019, s. 42).

Birinci basamak sağlık hizmetleri daha çok koruyucu türde tedavi hizmeti sunarken ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri büyük ölçüde tedavi edici sağlık hizmeti sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavisi mümkün olan bir hastalığın ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde tedavisinin yapılması sağlık harcamalarının artmasına yol açacaktır. Kişiler öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmalıdır. Sunulan tedavi kişinin ihtiyacını karşılamıyor ise ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmalıdır. Burada da ihtiyacına olumsuz yanıt alıyorsa üçüncü basamak sağlık hizmetlerine sevk edilmelidir. Böylelikle sevk zinciri sistemi uygulanmış olmalıdır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 41).

Sağlık hizmetleri sunumunda herhangi bir sorun oluşmaması için hizmetler birbirine bağlı ve kenetli olmalıdır. Bir bölümde oluşan bir aksama bütün hizmeti etkilemektedir. Bu yüzden zincirdeki her halka birbiriyle ilişkili olmalıdır (Özcan, 2015, s. 14-15). Sağlık düzeyleri arasında iyi bir sevk zincirinin bulunması ile sağlık hizmetlerinin etkili ve ekonomik olmasından söz edilmesi mümkün olmaktadır (Akdur, 2006, s. 14).

### **1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü birtakım özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden ayırmakta ve sağlık hizmetlerinin alınıp satılmasına engel olmaktadır. Devlet müdahalesini sağlık hizmetlerine zorunlu kılan bu özellikler aşağıda verilmiştir (Saçu Barlin, 2010 s. 13).

### **1.3.1. Yarı Kamusalılık**

Kamunun sunmak zorunda olduğu, ödeme yapanlar gibi yapmayanların da hizmetten faydalandığı, sadece hasta olanları değil tüm toplumu ilgilendiren önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri kamusal mallar kapsamında yer almaktadır (Duyuk, 2015, s.12). Sağlık hizmetleri kamusal mal olarak denilse de koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal; tedavi edici sağlık hizmetleri ise yarı kamusal mal ve hizmetler olarak değerlendirilmektedir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, tedavi edilen kişiye yarar sağlamaktadır. Bu yarar sadece hastayı kapsamamaktadır. Tedavi gören kişinin ailesi ve yakın çevresi de bulaşıcı hastalığın kendilerine bulaşmamasından dolayı yarar sağlayacaklardır. Bu dolaylı yararlanma sonucunda da herhangi bir bedel ödenmemektedir (Türkal ve Cihangir, 2008, s. 130-141).

Sağlık hizmetleri genel anlamda yarı kamusal mal olarak gruplandırılmaktadır. Doğrudan hastalarla ilgili olmayan önleyici veya koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mallar içinde yer almaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise yarı kamusalılık özelliği taşımaktadır (Mutlu ve Işık, 2012, s. 47).

### **1.3.2. Dışsallık**

Dışsallık, bir ekonomide alıcı veya satıcının üretim ya da tüketim faaliyetleri gerçekleştirmesi sonucunda üçüncü kişilerin bu durumdan olumlu ya da olumsuz olarak etkilenmesi durumuna denmektedir (Cassama, 2019, s. 19).

Dışsallık kısaca iki tarafın herhangi bir eyleminden üçüncü tarafın etkilenmesi şeklinde açıklanabilir. Bu etkilenme negatif ve pozitif dışsallık olarak iki şekilde gerçekleşmektedir;

*Pozitif dışsallık* bir kişinin mal ve hizmet tüketiminden üçüncü tarafın yarar sağlamasıyla gerçekleşir. Pozitif dışsallık için en güzel örnek kamu tarafından sunulan sağlık hizmetleri olacaktır. Devlet bağışıklama programlarına müdahale ettiği için hizmetleri ücretsiz sunar. Böylece üçüncü tarafın yani toplumdaki

bireylerin fayda sağlaması kaçınılmazdır (Yıldırım vd. 2015. s. 29). Pencereden baktığında keyif almak için bahçesine gül diken bir kişi bunun bedelini ödemiş, bir maliyetle katlanmıştır. Fakat komşusu herhangi bir maliyet ödemediğinden güllerin kokusundan ve güzelliğinden yararlanmaktadır. Bu örnekte tüketimden kaynaklanan pozitif dışsallık vardır. Gül bahçesinin sahibi bir maliyete katlanarak güzel kokunun ve görüntünün peşindedir. Fakat bahçenin maliyetine ortak olmayan komşu da bundan yarar sağlamaktadır (Savaşan, 2013, s. 190-192).

*Negatif dışsallık* ise üçüncü tarafın ilgili durumdan zarar görmesiyle gerçekleşir. Yanında sigara içilen bir kişi sigara dumanından bir fayda sağlamayacağı gibi bu durumdan sağlık ve koku açısından olumsuz şekilde etkilenmektedir (Yıldırım vd. 2015. s. 29). Tüketici sigarayı satın almakta ve fiyatını ödemektedir. Bu fiyat kıtlığın bir göstergesidir. Sigarayı üreten üretici ekonominin kıt kaynaklarını kullanmakta ve üretim maliyetine katlanmaktadır. Fakat sigara tiryakisi bir birey, yan masadaki pasif içicilere bir maliyet yükler de bunun bedelini alamamaktadır. Bu durumda tüketimden kaynaklanan negatif bir dışsallık ortaya çıkmaktadır (Savaşan, 2013, s. 190-192).

Toplumsal veya ekonomik bir ifadeyle sağlık hizmetleri dışsal hizmetlerdir. Çünkü sağlık hizmetlerine erişebilenler kadar erişemeyenler de bu hizmetten yararlanırlar. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi doğrultusunda çaba sarf edilmesi sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliklerinden biridir. Kişiler bir takım bulaşıcı hastalıklara yakalandıklarında hem kendileri hem de çevrelerindeki kişiler için tehlike yaratmaktadırlar. İlişkide buldukları kişiler için hastalık riskini yükseltmektedirler. Kişilerin bulaşıcı hastalıklardan korunması için önlem alındığında hem kendine hem de ilişki içinde olduğu kişilere yarar sağlanmış olur (Duyuk, 2015, s. 13-14).

Diğer mal ve hizmet türlerini alan bir tüketici, genel olarak satın almış olduğu mal veya hizmeti dışsal yararını dikkate almadan yalnızca kendi faydası için talepte bulunur. Oysaki bir sağlık hizmetinin alınmasında ortaya çıkan toplam fayda, bireyin elde edeceği faydadan çok daha fazla olacaktır. Söz konusu olan bir sağlık hizmetinin tüketilmesi sonucunda sadece birey için değil tüm toplum için bir yarar



söz konusu olmaktadır. Bu durum en iyi bulaşıcı hastalıkların tedavisi veya aşılama ile açıklanabilir (Mazgit, 1998, s. 46).

### **1.3.3. Bilgi Asimetrisi**

Neredeyse bütün sektörlerde üretici ve tüketici eşit veya yakın bilgi düzeyine sahiptir. Fakat bu durum sağlık hizmetleri için geçerli değildir. Sağlık hizmetlerinde hizmet sunucusu ile hasta/müşteri arasında büyük bir bilgi eşitsizliği bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri asimetrik bilginin en yoğun olduğu sektördür. Bu asimetrinin kapatılması mümkün değildir. Çünkü hasta ne kadar araştırsa da kendisi için en iyi müdahalenin hangisi olduğuna ve gerekli olan müdahalelerin bütün süreçlerine hakim olamaz. Böylece hizmet alıcısı belirsizlik altında seçim yapmak durumunda kalır (Temel ve Aydın, 2018 s. 746). Hasta kişi, kendisine uygulanacak olan işlemler hakkında çok az bilgiye sahiptir. Kendisini bilmediği bir alanda bilgi ve beceriye sahip olduğunu düşündüğü doktora teslim eder. Kişi hiç beklenmeyen bir anda ve bilinmeyen bir biçimde hastalanabilir. Bu hastalığı erteleyemez, tedavisi için fiyat ve nitelik ayarlaması yapamaz (Baloğlu, 2006, s. 45). Sağlık hizmetlerinde hasta kişi kendisine uygulanacak ya da uygulanan işlemlerin kalitesi ve uygunluğu konusunda çok az bilgiye sahiptir. Bu yüzden tüketici konumunda olan hasta, hekime neredeyse tam olarak bağımlıdır (Yıldırım vd., 2015, s. 25).

Tam rekabet piyasasında tüketiciler, üreticiler ve üretim faktörleri sahipleri piyasa hakkında tam bilgiye sahiptir. Fakat piyasa içinde gizli bir bilgi olması sistemin etkin bir şekilde işlemesine engel olmaktadır. Piyasanın iyi çalışması ve başarısı hizmet arz ve talep edenlerin, mal ve hizmetler hakkında tam olarak bilgiye sahip olmalarına bağlıdır (Güvenek, 2015, s. 14).

### **1.3.4. Erdemli Mal Olması**

Erdemli mal; toplum fertlerinin almak için devlet tarafından zorlandığı mallara denir. Erdemli mal yüksek oranda sosyal fayda içermektedir. Erdemli malların sunumu piyasaya bırakıldığında yeterli bir biçimde üretilmemektedir. Bu malların ihtiyaçtan az alınması toplum çapında maliyetleri neden olmaktadır. İşme suyunun dezenfekte edilmesi, sağlık, eğitim gibi hizmetler erdemli mal kapsamında yer almaktadır. Bunun dışında erdemli mallar pozitif dışsallık içermektedir. Fakat bu

erdemli malın sunulduğu kişilere sağladığı yarar genel olarak üçüncü kişilere daha fazla yarar sağlamaktadır. Bu nedenle kişiler erdemli malı yalnızca devletten, devletin teşviki ile özel sektörden elde edebilmektedirler (Zülfüoğlu ve Soydan, 2019, s. 280).

Erdemli malların bir bedeli yoktur ve doğrudan devlet tarafından sunulmaktadır. Bu mallar vergilerle finanse edilmekte ya da piyasa fiyatının altında pazarlanmaktadır (Türkal ve Cihangir, 2008, s. 130-141).

Sağlık hizmetlerinin erdemli mal olma özelliği aşağıdaki iki yaklaşımla açıklanmaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2016 s. 298);

Birinci yaklaşıma göre kişiler, sağlık hizmetleri kullanımı için eksik ya da yetersiz bilgiye sahip olmaları nedeniyle tedavi olmanın yararlarını değerlendirememektedirler. Bu durumda erdemli mallar tarafından tanımlanan zorunluluk, kişilerin seçimlerinden daha üstün olmaktadır.

İkinci yaklaşıma göre ise erdemli mallar dışsallık barındırmaktadır. Buna en güzel örnek zorunlu sağlık sigortasıdır. Ödeme gücü olmayan kişilerin tedavi edilmemesi, talebin düzensiz olması ve talebin aniden oluşması durumlarında devlet ya zorunlu kamusal sigortayı uygulamakta ya da doğrudan sağlık hizmetleri sunma yoluna ilerlemektedir.

### **1.3.5. İkame Edilememesi**

İkame etmek; gereksinim duyulan bir ürünün yerini tutan, bu ürünle aynı faydayı veren farklı bir ürünün yer değiştirilmesi şeklinde tanımlanabilir. Örneğin kişi dana eti bulamadığında ya da satın alma gücü olmadığında bunun yerine tavuk eti satın alabilir (Çelik, 2013, s. 88). Aynı hazzı almasa da yine de et tüketmiş olacak ve doyum sağlayacaktır. Piyasada yer alan birçok mal ve hizmet ikame edilebilir durumdadır fakat bu durum sağlık hizmetleri için geçerli değildir. İkame edilemezlik, sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli bir özelliktir. Sağlık hizmeti gereksinimi duyan kişinin, kendisine sunulacak tedavi hakkında mesleki yeterliliği yoktur. Yani alternatif tedavi önerebilecek durumda değildir. Bu yüzden hizmetler arasında bir tercih yapabilmesi de genel anlamda mümkün değildir (Loş, 2016, s. 37).

Sağlık hizmetine ne zaman ihtiyaç duyulacağı belli olmamakla birlikte ortaya çıkan sağlık sorununun niteliğine göre ertelenemezlik durumu söz konusu olmaktadır. Sağlık hizmetleri diğer mal veya hizmetlerde olduğu gibi ikame edilemez. Cep telefonu almak isteyen bir tüketici istediği markadan farklı bir marka tercih edebilir. Fakat kalp ameliyatı olması gereken bir hastanın bu ameliyat yerine safra kesesi ameliyatını tercih etmesi mümkün değildir (Tatar, 2012, s. 10).

Sağlık hizmeti sunumunun ne düzeyde, ne zaman ve ne sıklıkta yapılacağı belirsiz olması sunumunun her duruma uygun olacak biçimde planlanmasını zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmeti, 7/24 kesintisiz olarak verilen bir hizmettir. Ek olarak her zaman aynı özellik ve kalitede olan bir hizmet olarak sunulmak durumundadır (Aydoğan, 2015, s. 73).

### **1.3.6. Sağlık Hizmetlerinin Ertelenemezliği**

Sağlık hizmetlerine talep oluştuğu anda bireyin bizzat kendisinin giderek hizmetten yararlanması ve bu talebin hemen giderilmesi gerekmektedir. Talebin ertelenmesi ya da stoklanıp hizmetin başka zaman diliminde sunulması mümkün değildir (Güvenek, 2015, s. 17).

Sağlık dışında kalan mal ve hizmet sektörlerinde birey ihtiyacını karşılamak için maddi durumunun iyi olmasını bekleyebilir ya da alacağı mal veya hizmeti erteleyebilir. Fakat sağlık sektöründe hizmet alımını ertelemek bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu ertelemenin sonucu, bireyin geri kalan hayatında sağlıksız olması, sakat kalması hatta hayatını kaybetmesi de olabilir. Bu yüzden birey ihtiyaç duyduğu zaman ertelemeyen sağlık hizmeti almalıdır. Bu da devletin maddi güvence sağlayarak sağlık hizmeti sunmasıyla gerçekleşmektedir (Pala, 2007, s. 15).

Sağlık hizmetleri, hastalığın var olma tehdidi ile ortaya çıkarmaktadır. İnsan hayatının devamı doğrudan engellendiği için hizmetin hızlı bir şekilde sağlanması önemlidir. Bu özelliğinden dolayı devlet sınırları içinde ve dışında her düzeyde hizmet vermesi gerekmektedir. Çünkü insan sağlığındaki en küçük sorun; örneğin bir diş hastalığı bile kişinin iş, aile ve sosyal yaşantısını devam ettiremez hale getirebilmektedir (Yavuz, 2019, s. 4).

### **1.3.7. Arz - Talep Arasındaki Uyumsuzluk**

Nüfustaki artış miktarı yükseldikçe sağlık hizmetlerine olan talep artsa da arz o denli artmamaktadır. Bunun nedeni arzı oluşturan sağlık kuruluşları ve işgücünün arzındaki artışın yeterli olmamasıdır. Arzın yeterli miktarda olmaması sağlık hizmetlerinin pahalı olmasına neden olur. Bunun sonucu olarak geliri düşük bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması zorlaşır. Tam tersi durumda yani arzın fazla olduğu durumda ise sağlık için ödenen ücret tutarları düşer fakat talebi yeterli ölçüde artırmak zor olacağı için bunun sonucunda kaynak israfı ortaya çıkar (Güvenek, 2015, s. 15).

Ekonomide daha çok üretim sektöründe karşımıza çıkan arz-talep ilişkisi, sağlık sektöründe hizmet alıcılarını müşteri olarak kabul etmektedir. İktisat ve işletme alanlarında arzı artan bir malın fiyatı düşmekte, talebi artan bir malın da fiyatı yükselmektedir. Böylece arz-talep dengesinden söz etmek mümkündür. Fakat sağlık sektörü için böyle bir dengeden bahsetmek mümkün değildir. Sağlık hizmeti talebinin ne kadar, ne zaman ve nerede gerçekleşeceğini bilmek mümkün değildir. Bunun için her zaman arzın belirli miktarlarda bulunması gerekmektedir (Aydoğan, 2015, s. 73).

Sağlık hizmetlerinin arz ve talebindeki dengesizliklere neden olan bazı faktörler şunlardır; sağlık hizmetlerini sunanlar ve tüketenler arasındaki bilgi asimetrisi olması, sağlık piyasasında üretici grubun aralarında anlaşıp ortak olarak hareket etmelerine rağmen talebi belirli olmayan tüketici grubunun piyasada talep baskısı oluşturmamaları gibi durumlardır (Cassama, 2019, s. 27).

### **1.4. Sağlık Ekonomisi**

Ekonomi, sonsuz denebilecek kadar çok olan ihtiyaçların, kıt olan kaynaklar ile en etkin şekilde nasıl kullanılması gerektiğini inceleyen bilim dalıdır (Çelik, 2013, s. 1). Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin ekonomik yönünü oluşturmaktadır. Yani sağlık ekonomisi, sağlık ile ilgili konuların ekonomik bir bakış açısıyla değerlendirilmesidir (Güvenek, 2015, s. 10).

Sağlık ekonomisi, toplumu ve toplumdaki kişilerin sağlıklarını korumak, kişilerin sağlık durumlarının bozulması durumunda tedavilerini gerçekleştirmek,

hastalığı tamamen atlatamayıp sakat kalan kişilerin, başkalarına bağlı olmadan hayatlarını devam ettirebilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık seviyelerinin yükseltilmesi için planlı yürütülen çalışmalarda ekonomi biliminin imkanlarının kullanılması demektir (Karagöz, 2015, s. 30).

Toplumda sağlık açısından her birey için eşit düzeyde fırsat yaratmak ve sağlık farklılıklarını en aza indirmek amacıyla, eşit düzeydeki ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, eşit kullanım ve eşit kalitede hizmet sağlamaktır. Sağlık hem ulaşılmak istenen bir hedef hem de bir gelişmişlik göstergesidir. Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık üzerine uygulanmasıdır (Kılıç, 2008, s. 9).

İşgücünde sağlık durumunun iş verimi üzerinde büyük bir etkisi olduğu görülmüş bu yüzden işgücüne yapılan sağlık harcamaları gider olarak değil de yatırım olarak görülmeye başlanmıştır. Sağlık harcamalarına yapılacak yatırımda önemli olan nasıl ve ne kadar ölçüde yatırım yapılacağıdır. Diğer türlü yapılan yatırımlar fazladan ekonomik yük getireceği için ekonomiye olumsuz etkilerde bulunacaktır. Böylece "Sağlık Ekonomisi" kavramı karşımıza çıkmaktadır (Aytürk, 2010, s. 8).

Sağlık ekonomisinin başlıca özellikleri şu şekildedir (Güven, 2017, s. 34):

- Sağlık hizmetlerine talep tesadüfidir.
- Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır.
- Sağlık hizmetlerinde hastanın talebini hekim belirler.
- Sağlık hizmetleri çoğunlukla kar amaçlı değildir, sosyal amaçlıdır.
- Hasta, aldığı hizmet niteliğini ve kalitesini ölçme yeteneğine sahip değildir.

Sağlık hizmetleri, ekonomi biliminin kapsadığı diğer mal ve hizmetlerden farklı niteliktedir ve kendine ait bazı özellikler taşımaktadır. Sağlık hizmetleri tüm nüfusu ilgilendiren toplumsal bir konudur. Hastalıkların oluşum zamanı ve miktarı belirlenememektedir. Kişinin alacağı hizmetin kalitesi ölçülememektedir (Mısırlı, 1996, s. 3). Sağlık hizmetlerinin bir kısmı toplumsal özellik taşımaktadır. Bu hizmetlere olan talepler tesadüfidir ve hasta almış olduğu sağlık hizmetini

değerlendirebilme yetisine sahip değildir. Bu sebeple talep esnekliği katıdır. Sağlık hizmetleri büyük çoğunlukla kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlı faaliyetleri oluşturmaktadır (Tokat, 1994, s. 2).

#### **1.4.1. Sağlık Harcamaları ve Sağlıkın Finansmanı**

Bu bölümde sağlık harcamaları, bu harcamaların düzeyini belirleyen faktörler ve sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri açıklanacaktır.

##### **1.4.1.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Kapsamı**

Bireyler yaşamlarını devam ettirebilmek için sağlıklı olmak ve bu durumu sürdürebilmek zorundadırlar. Bu durumun gerçekleşmesi insanların ve toplumun sağlık seviyesini yükselten, böylece ekonomik büyüme ve gelişmeye azımsanmayacak ölçüde katkılarda bulunan sağlık harcamaları ile mümkündür. Ekonomik gelişmişlik düzeyi belirli bir seviyede olan ülkelerde sağlık sektörü için ayrılan pay ve kaynaklar artmakta olup kişiler de sağlık konusunda gittikçe bilinçlenmektedir (Ağır ve Tıraş, 2018, s. 644).

Bir toplumun, dolayısıyla ülkenin sağlıklı olabilmesi için güçlü bir ekonomiye sahip olması, aynı zamanda ekonomik büyümenin gerçekleşmesi ve bunun sürdürülebilirliği ve toplumun ihtiyaçlarının temin edilmesi için sağlık hizmetlerinin yerinde ve zamanında sağlanması gerekmektedir. Sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin yerinde getirilebilmesi için yapılan tüm harcamaları oluşturmaktadır (Akın, 2007, s. 28-29). Sağlık harcamalarının esas hedefi, oluşabilecek olası hastalık risklerini azaltmak, sağlık harcamalarında tasarrufu sağlayarak ekonomik gelişme ve kalkınmaya yarar sağlayabilecek bir sağlık hizmeti sunumudur (Taban, 2006, s. 35).

##### **1.4.1.2. Sağlık Harcamaları Düzeyini Belirleyen Faktörler**

Ülkelerin sağlığa yaptıkları harcamaların değerlendirilmesinde, harcamanın kaynakları, miktarı ve nasıl/nereye harcanacağına dair ölçütler kullanılmaktadır. Bu ölçütlerden ilki sağlık harcamalarının ulusal gelir veya GSMH içerisindeki payı, ikinci ölçüt yıllık kişi başına yapılan sağlık harcamasıdır. Üçüncü ölçüt ise harcamaların hangi tip hizmetlere ödendiğini gösteren ölçüttür. En çok kullanılan

ölçüt ise koruyucu sağlık hizmetlerine ve tedavi edici hizmetlere ne kadar harcama yapıldığını gösteren orandır (Aytürk, 2010, s. 6-7).

Son dönemlerde sağlıkta dönüşüm uygulamalarıyla sağlık sistemine erişim kolaylaşmış ve geliştirilmiş, bununla beraber sağlık harcamalarında hızlı bir artış yaşanmıştır. Bu artış tüm ülkelerin karşılaştığı bir gerçektir. Nüfusun yaşlanması, teknolojinin hızla gelişip pahalılaşması, hizmet sunucuların ve hastaların son teknolojiden yararlanma isteği ve yaşam süresinin uzaması sonucu kronik rahatsızlıkların artması gibi nedenler sağlık harcamalarının GSYİH'nin artış hızından daha hızlı artmasına sebep olmuştur. Bir ülkede sağlık ihtiyacı karşılanmıyorsa ve karşılanmaya başladığında sağlık harcamaları artıyorsa bu artış pozitif değerlendirilmelidir. Yeşil kart uygulamasının ayakta tedavi gören hastaları kapsayacak şekilde genişletilmesi, önceden maddi imkanı yetersiz olduğu için sağlık hizmetinden yararlanamayan bireylerin bu hizmetten faydalanması ile sonuçlanmıştır. Toplumun önemli bir bölümünün ve maddi gücü olmaması sebebiyle kötü sağlık düzeyinde olan bireylerin sağlık ihtiyacının karşılanması sağlanmıştır. Bu yüzden sağlık harcamalarının artmasını olumsuz olarak değerlendirmemek gerekmektedir (Aytürk, 2010, s. 16-17).

Son yirmi beş yıllık dönem içinde başta gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin GSYİH içindeki payı giderek artış göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde bu artışın daha hızlı olduğu görülmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının artış sebepleri genelde ortaktır. Gelişmiş ülkelerinin maliyeti milli gelirlerinden daha hızlı olarak yükselmektedir. Bu artışın nedenleri sosyal güvenlik kurumlarının artması, sağlık hizmet kullanımının yaygınlaşması, halkın bu hizmetlere olan beklentisinin yükselmesi ve teknolojik yenilik ve gelişmeler olarak söylenebilir. Refah seviyesi artan toplumların mal ve hizmetlere olan talep ve ihtiyacı da bu doğrultuda artmaktadır. Böylece sağlık hizmetlerine olan talep de giderek daha fazla olmaktadır. Modern tıba hizmet eden teknolojik gelişme ve yenilikler bu talebin artmasına yardımcı olmaktadır (Yılmaz, 2012, s. 79).

Bir ülkenin sağlık için harcama yapması gerekli bir durumdur. Ancak bu konuda temel soru "bu harcamaların ne düzeyde olması gerektiği" ile ilgilidir. Bu

soru bizi sağlık harcamaları düzeyini belirleyen faktörleri ortaya koymaya yönlendirmektedir (Yıldırım vd., 2015, 42).

#### **1.4.1.2.1. Sosyo-Ekonomik Değişkenler**

Bir ülke yönetimine egemen olan ve yönetimde yıllarca süregelen politikalar, o ülkenin gelir, gelişmişlik ve kültürel durumunu belirlediği açıkça görülmektedir. Bu sebeple de ülkelerin sağlık harcamalarını oluşturan gelir, gelişmişlik ve kültürel durumu gibi sosyo-kültürel yapının etmenleri de esasında o ülkeye egemen olan politikalar tarafından belirlenmektedir (Akdur, 2016, s. 2).

Kamu sağlık harcamaları politik önceliklerin yansıması konumundadır. Bu hususta ülkelerin sosyo-ekonomik değişkenleri de sağlık için yapılacak olan harcamaların düzeyinin belirlenmesinde rol oynayan önemli unsurlar arasındadır. Sağlık ile ekonomi arasındaki ilişki çift yönlüdür. Sağlık ve sağlık hizmetleri ekonomiyi, ekonomi ve ekonomik ilişkiler de sağlık ve sağlık hizmetlerini etkilemektedir. Sağlık harcamaları ekonomik büyüme ile orantılı olarak artış eğilimindedir (Yıldırım vd., 2015, s. 42).

#### **1.4.1.2.2. Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi**

Toplumların zaman içerisinde milli gelirlerinin yükselmesi, toplumdaki fertlerin daha sağlıklı ve kaliteli bir biçimde hayatlarını devam ettirmelerini sağlayacak olan hizmetlerin taleplerindeki artışı da beraberinde getirmiştir. Kamunun, toplumun zorunlu gereksinimleri garanti altına alması, bireylerin temel gereksinimleri dışında kalan mal ve hizmet isteklerini artırmaktadır. Bireyler yaşam standartlarının yükselmesiyle birlikte daha kaliteli bir yaşam beklentisine girmiştir ve kamu sağlık hizmetleri dışında özel sağlık hizmetlerine doğru bir yönelme olmuştur. Geliri daha yüksek olan kişiler, özel sektörden daha kaliteli hizmet alabilmektedir. Diğer yandan özel sektör de sağlık hizmetini daha kaliteli biçimde sunabilmektedir (Söğüt, 2019, s. 16-17).

Düşük gelir seviyesi olan ve çevre sağlığı olmayan ülkelerde, öncelikle ev ve iş kazaları olmak üzere her çeşit kaza ve bu kazaların sonucu olarak sakatlık ve ölümler gelişmiş ülkelere göre oldukça fazladır. Bu sebeple de gelir seviyesi düşük ülkeler bu türden sağlık durumlarıyla karşılaşan kişilerin ihtiyaç duyduğu sağlık



bakımına çok daha fazla harcama yapmak durumunda kalmaktadırlar. Gelişmişlik ve gelir seviyesi yüksek olan ülkelerde ortalama yaşam süresi daha uzundur. Bu yüzden de 65 yaş üstü nüfus daha kalabalıktır. 65 yaştan üzeri yaş grupların da sağlık sorunları sebebiyle sağlık harcamaları daha yüksektir. Kişilerin yaşam kaliteleri arttıkça daha kaliteli bir hizmet beklentisi de oluşmaktadır. Bunu da kamu ya da özel sektörden yararlanarak karşılamaya çalışırlar (Aytürk, 2010, s. 18).

İşsizlik ve yoksulluğun yaygın olduğu, düşük gelir seviyesi olan toplumlarda her türden hastalık çok daha fazla görülebilmektedir. Çünkü bu toplumlarda kişilerin beslenme seviyeleri yetersizdir bu sebeple de direnç düzeyleri düşük olur. Bunlara sağlıksız çevre şartları ve bilinçsizlik de eklendiğinde başta bulaşıcı hastalıklar, sonrasında diğer tüm hastalıklar için açık bir ortam oluşmaktadır ve tüm bu hastalıkların sıklıkları gelir seviyesi yüksek ve sağlıklı çevre şartlarına sahip ülkelere göre kat kat fazla olur. Hastalanan kişilerin çok olması bunların tedavisi için harcanacak paranın da çok olması demektir. Sonuç olarak, düşük gelir seviyesine sahip ülkelerde yüksek tedavi masrafları olması ve hastalıkların kontrol altına alınabilmesi için daha fazla sağlık harcamalarına ihtiyaç duyulması nedeniyle yapılan temel sağlık bakımı harcamaları daha da yüksektir (Akdur, 2016, s. 2).

#### **1.4.1.2.3. Teknolojik Gelişme ve Yenilikler**

Sağlık hizmetleri ilaç ve tıbbi donanım kullanarak hizmet üretmektedir. İlaç ve tıbbi donanımlar, sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan teknolojilerdir. Bu sağlık teknolojileri, bilimden ve teknolojik gelişmelerden oldukça fazla etkilenip, yeniliklerin yoğun ve etkin olarak kullanıldığı alanlardır (Sargutan, 2005, s. 115).

Teknoloji sağlık maliyetlerinin ve harcamalarının en önemli belirleyicisi konumundadır. Sağlıkta en yüksek ve ileri düzey teknolojik aletlerin kullanılması, sektörün yeniliklere açık olması, kullanılan teknoloji yükseldikçe sağlık harcamalarının maliyetini de artırmıştır (Yıldırım vd., 2015, s. 43). Birçok sağlık ekonomistine ve sağlık hizmeti sunanlara göre sağlık hizmetlerinin GSYİH içindeki artan payı tıptaki teknolojik gelişme ve yenileşme ile ilgilidir. Esasen teknolojik ilerlemeler, diğer sektörlerde daha az maliyet ile daha iyi ve daha fazla mal elde edilmesini sağlarken bu durum sağlık sektörü için geçerli değildir. Teknolojik

yenileşmeler sağlık sektörünün maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır (Yılmaz, 2012, s. 77-78).

Tıp alanında teknolojinin gelişmesi, sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojinin de kalitesinin artmasına yol açmıştır. Kalite artışıyla beraber hastalıkların önceden teşhis edilmesi ve engellenmesinde tıptaki teknolojik gelişmenin payı oldukça fazladır. Hastalıkların önceden teşhis edilebilmesi, yüksek maliyetli sağlık harcamalarının önüne geçebilecektir. Fakat teknolojiye ilerleme sonucunda sağlık hizmetleri için satın alınan donanımların maliyetlerini artırmakta ve böylece sağlık harcamalarının da artmasında önemli bir rol oynamaktadır (Yüksel, 2017, s. 22).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda teknoloji ve bilginin yoğun olarak kullanılması, bu sektörle rol olacak personelin uzun bir eğitim sürecinden geçmesi ihtiyacını doğurmaktadır. Bu durum ise sağlık hizmetleri arzının belirleyicisi konumunda olan sağlık insan gücünün istenildiği zaman ve istenildiği kadar artırılmasını engellemektedir (Mazgit, 1998, s. 59).

#### **1.4.1.2.4. Yaşam Süresinin Uzaması**

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlılık; çevresel faktörlere uyum sağlamada azalma demektir. Uyum sağlamadaki azalma ve yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarının değişmesi paralellik oluşturmaktadır. Yaşlılar hem sürekli hastalanmakta hem de farklı sağlık problemleri ile baş etmektedir. Kronik hastalıkların artışıyla beraber sağlık merkezlerine yapılan başvuru artmakta ve hastanedeki yatış süreci uzamaktadır (Saçu Barlin, 2010, s. 26).

Dünya üzerinde ortalama yaşam süresi gittikçe uzamaktadır. Bu durum kişilerin eğitim seviyesi ile beraber sağlık bilinçlerindeki yükselmesi, tıp alanında önemli bilimsel çalışmaların yapılması, sağlık için kullanılan tıbbi malzeme ve donanımların kalitelerinin yükselmesi gibi nedenlere bağlıdır. Yaşlı kişilerin sağlık hizmetlerine olan talebi genç ve orta yaşlı nüfusa göre daha yoğun olacağı için bu durum sağlık harcamalarını artırıcı rol oynamaktadır (Yüksel, 2017, s. 22).

Yaşlı nüfusu her geçen gün artış göstermekte ve ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Yaşlı nüfusun artış göstermesi ve bu gruptaki bireylerin sağlık

sorunlarının fazla olması sağlık sektörünün hizmetleri içinde yaşlı nüfusa verilecek hizmetlerin payını oldukça artırmıştır. Bu yüzden de, sağlık sektörünün yaşlı nüfusun sorunlarına yanıt verecek nitelikte olması günümüz sağlık politikalarının vazgeçilmez ilkelerinden biri haline gelmiştir (Akdur, 2006, s. 160).

#### **1.4.1.2.5. Küreselleşme**

Küreselleşme en yalın haliyle dış dünyaya açılmak ve dünya ekonomisiyle bütünleşmektir. Ulusal sınırların aşılması, uzun mesafeli olarak ekonomik, siyasal ve sosyo-kültürel ilişkilerin kurulmasını sağlayan bir süreç de denmektedir. Küreselleşme pazar, ürün ve süreçlerin standartlaştırılması, sosyo-kültürel farklılıkların ortadan kalkması veya çok uluslu kurumların ülke fark etmeksizin kişilerin ihtiyaç ve isteklerini karşılayabilecek standart üretimde bulunmalarınıdır (Berber, 2011, s. 387).

Son yıllarda bireylerin ve toplumun sağlık konusundaki beklentileri giderek artmaktadır. Hem ülkelerin gelişmişlik düzeyine paralel bir şekilde bireylerin yaşam kalitesinin hem de bilgi ve iletişim olanaklarının artması ile bireyler sağlıkla ilgili daha duyarlı hale gelmiş. Böylelikle bireyler sağlık kurumlarından ve hizmet sunucularından daha yaygın ve kaliteli hizmet beklentisi içine girmişlerdir (Yıldırım vd., 2015, s. 43).

Küreselleşme beraberinde ekonomik anlayışı da getirmiştir. Bunun sonucunda şirketlerde yerel pazar dışında uluslararası pazarlara da kayma ihtiyacı doğmuştur ve günümüzde dünya ekonomisi tek bir pazar haline gelmiştir. Şirketler bu pazar içinde kendi varlıklarını devam ettirebilmek, rekabet edebilmek ve ekonomik kazanç sağlayabilmek amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerinin faydalarından yararlanma yolunu seçmişlerdir (Yılmaz, 2013, s. 253).

21. yüzyılla birlikte yeni fırsatlar doğmakla beraber, çok ciddi ekonomik ve sosyal sorunlar da ortaya çıkmıştır. İşsizlik, yoksulluk ve dengesiz gelir dağılımı tüm dünyada küresel sosyo-ekonomik bir sorun haline gelmiştir. Küreselleşme birçok insan için işini kaybetme korkusu, eşitsizliğin artması ve ekonomik güvencenin azalması anlamına gelmektedir. Küreselleşme sadece ekonomik zenginliğe odaklı

olmamalı bunun yanı sıra bireyler arasında devamlı bir eşitlik ve tam istihdam da sağlayabilmelidir (Gökbunar vd., 2008, s. 171).

#### **1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**

Sağlık hizmetlerinin finansmanı; gelir elde edilmesi, bu gelirin bir havuzda toplanması ve son olarak da hizmetlerin satın alınması sisteminden oluşmaktadır. Genel bir ifadeyle, finansman; bir ülkenin sağlık sistemini finanse etmesi için ihtiyaç duyduğu fonları elde etme, fon artırımı ve bunları en iyi şekilde kullanma mekanizmasıdır (Yıldırım vd., 2015, s. 48-49). Genel anlamda ise sağlık sektöründeki finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içermektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010, s. 89). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların hizmet için kullanılması olarak tanımlanabilir. Toplumdaki herkesin bu hizmetten yararlanması sağlanmalı ve adaletli bir biçimde kişilere hizmet verilmelidir. Sağlık hizmetleri diğer hizmetler gibi ertelenemez veya maliyetin yüksek olması hizmetin gerçekleşmesini engelleyemez. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğu anda mali imkanlara bakılmadan en etkili biçimde hizmetin sunulması gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanı oluşturulurken toplumda yaşayan herkesin hakkının eşit olarak korunması ve herkese en iyi hizmetin en etkin finansal yöntemle sunulması sağlanmalıdır (Özcan, 2015, s. 57).

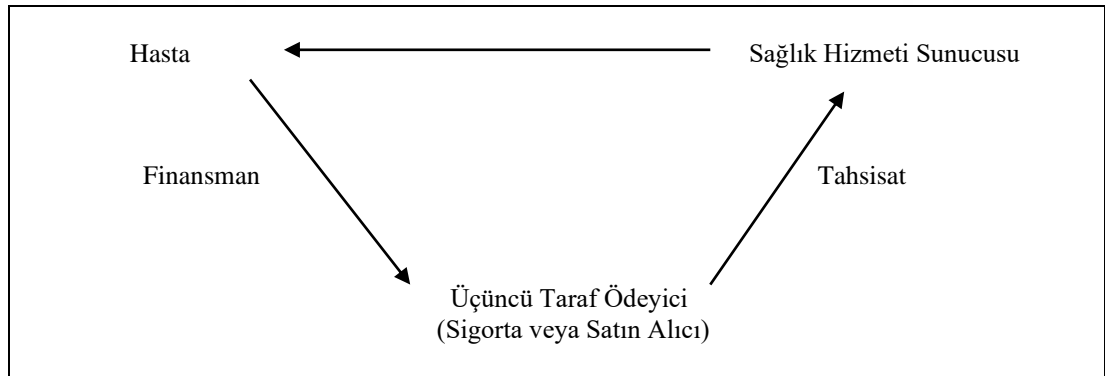
Sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin sunulması için ihtiyaç duyulan girdiye erişim sağlama, bunun için kaynak ayırma ve harcamaların dengelenmesini gerektirmektedir. Sağlık sisteminin işlevlerinden birisi olan sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi; kıt kaynaklar ve kıt kaynaklara rağmen gittikçe artan sağlık harcamalarını ödeme güçlüğü yüzünden temin riskini ortadan kaldırmaktadır (Öner, 2018, s. 11).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı bazı genel ilkeler etrafında şekillenmektedir. Hizmet sunumunda hakkaniyetli olunması, yönetiminde düşük maliyet sağlanması, hizmet sunanlar arasında rekabetin teşviki ve hizmetin kaliteli sunulmasının teşvik edilmesi bu ilkelerden öne çıkanlardır (Eke, 2019, s. 124). Sağlık hizmetleri finansmanı sisteminin esas hedefi; gerek duyulan sağlık hizmetlerinin uygun yer ve zamanda, uygun kişi ve kurumlardan hakkaniyetli, etkili,

verimli ve kaliteli bir biçimde alabilmek için, kabul edilebilir bir teminat paketi ve kapsama ile tüm toplumu kapsayacak biçimde bulunabilir ve sürdürülebilir kılmaktır (Yıldırım vd., 2015, s. 48).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, hizmet verici ile hizmet alıcı arasında doğrudan bir finansal etkileşim sağlanması yerine daha çok üçüncü tarafın dahil olduğu, üçüncü taraf ödeyicinin finansman rolünü ele aldığı modern bir sistem benimsenmiştir. Kişinin sağlık hizmetine ne zaman gereksinim duyacağını belirli olmaması ve gereksinim durumu ortaya çıktığında kişinin katlanması gereken maliyetlerin belirsiz olması bu sistemin ortaya çıkmasının en önemli sebeplerinden biridir. Sağlık ve sağlık hizmetlerinin maliyeti kişilerin katlanabileceği boyutların çok üzerinde bir maliyete sahip olması, üçüncü taraf müdahalesini zorunlu kılmaktadır. Bu müdahale gerçekleşmediğinde kişi gerek duyduğu sağlık hizmeti gereksiniminden daha az sağlık hizmeti almasıyla sonuçlanabilir. Sağlık hizmetleri finansmanı kısaca kaynakların değişimi olarak açıklanabilir (Tatar, 2011, s. 105).

### Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Finansman Üçgeni



**Kaynak:** Yıldırım vd., 2015, s. 49.

Hizmet sunucuları, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için kendilerine gelen kişilerin sağlık gereksinimlerini gidermek üzere sağlık hizmeti sunarlar böylece hastaların üçüncü taraf ödeyicisine yapmış oldukları ödeme hizmet sunucularına geçer. Kısaca hastalar veya üçüncü taraf hizmet sunucusuna ödeme yapar. Bunun karşılığı olarak da hizmet sunucusu istemde bulunan hastaya hizmet sunmaktadır. Bazı durumlarda hizmet süreci hasta ve hizmet sunucusu arasında gerçekleşir. Hizmet maliyetinin kişilerin altından kalkamayacağı düzeyde fazla olması

durumunda devreye üçüncü taraf girer. Üçüncü taraf ödeyici hastaya sağlık hizmet sunulması için finansman sağlar (Yıldırım vd., 2015, s. 49).

#### **1.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri**

Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel amaç toplumdaki bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı kamusal, özel ve karma olmak üzere üç farklı finansman yönteminden oluşmaktadır (Güvenek, 2015, s. 144).

*Kamusal Finansman Modeli:* Sağlık hizmeti sunumunun yalnızca devlet tarafından sunulan finansman yöntemidir. Bu yöntemde Bismarck ve Beveridge olmak üzere iki önemli model ön plana çıkmaktadır. Almanya tarafından kullanılan Bismarck model genel olarak herkesin katılmasını gerektiren, daha çok sosyal primlerin kullanıldığı bir sistemdir. İşveren ve iş görenlerden yapılan kesintilerle sosyal primler sağlanır ve modelde toplanır. İngiltere'nin kullandığı Beveridge modelinde ise devlet tüm vatandaşlarına sağlık hizmetlerini genel vergilerden finanse eder. Böylece herkes için adil sağlık hizmeti sunmaktadır (Yıldırım vd., 2015, s. 52-53).

Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde toplumsal yararı özel yarardan ayırmak mümkün değildir. Beşeri sermaye yatırımlarından bazıları olan koruyucu sağlık hizmetleri, acil servis hizmetleri, sağlık personeli yetiştirilmesi, sağlık kuruluşlarına yapılan yatırımlar gibi sağlık harcamaları kamu yoluyla finanse edilmektedir. Kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinin finansı çoğunlukla vergiler yoluyla gerçekleşmektedir (Türkal ve Cihangir, 2008, s. 130-141).

*Özel Finansman Modeli:* Sağlık hizmeti sunan kurumlar ve finansmanın özel olduğu modeldir. Tıbbi tasarruf hesapları ve cepten ödemelerle oluşan sağlık harcamaları ile özel sağlık sigortacılığı finanse edilmektedir. Fakat bu finansman modelinde bütün kişilerin finansal olarak erişebilmesi mümkün değildir. Bu sebeple genel olarak kullanılması önerilmeyen bir sağlık finansman modelidir (Güvenek, 2015, s. 145). Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi özel sektör tarafından gerçekleşen bir yöntemdir. Daha çok gelişmiş ülkelerde ve ulusal sağlık hizmeti

sisteminin bulunmadığı ülkelerde yaygın olarak tercih edilmekte olan bir modeldir (Yıldırım vd. 2015, s. 52).

*Karma Finansman Modeli:* Sağlık hizmetlerinin hem kamu hem de özel sektör tarafından finanse edilmesidir. Yani, sağlık hizmetlerinin finansmanında kamusal finansman model ile özel finansman modelinin beraber kullanılmasıdır. Burada finansman, prim ve vergilerin yanında cepten ödemeler ve özel sağlık sigortalarıyla gerçekleşmektedir (Atasever, 2014, s. 42).

### **1.4.3. Türkiye’de Sağlık Finansmanı**

Sağlık sisteminin finanse edilmesi Türkiye’de karma bir özellik göstermektedir. Bir yandan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken diğer yandan da kamu yardımı modeli uygulanmaktadır (Atasever, 2014, s. 43).

Türkiye’de kullanılan sağlık sistemi, sağlık sistemi sınıflandırmalarının hiçbirine doğrudan dahil edilememektedir. Bu yüzden karma bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Bir yandan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken diğer yandan da kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Türkiye’de vatandaşlar sağlık hizmetlerinde kamu kuruluşlarından hem de özel sağlık kurumlarından yararlanabilirler. Dolayısıyla sağlık hizmetleri sisteminin hizmet arz ve talebi açısından çeşitlilik gösterdiği söylenebilir. Sağlık hizmetleri özel ve kamu sektöründe faaliyet gösteren değişik kuruluşlar tarafından sunulurken, hizmet talebi de sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar ayrımı üzerinden yapılmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı merkezi idarenin genel bütçe gelirleri ile sağladığı finansman yani vergi gelirleri, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin talep ettikleri hizmetin karşılığında doğrudan cepten ödemelerden oluşmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamında olan nüfusun bir kısmı, çalışan ve işverenler tarafından ödenen primler karşılığında hizmetten yararlanırken, diğer kısmının sağlık harcamalarını devlet karşılamaktadır. Sağlık güvencesi kapsamında olmayanlar ise doğrudan cepten ödeme yaparken, ödeme gücü olmayanların sağlık harcamalarını ise çeşitli fon gelirlerinden yine devlet karşılamaktadır. Bu fonlara bağlı olan sigortalılar, tükettikleri sağlık hizmetlerinin ilaç, dişçilik, gözlük vb. hizmetlere %20 tüketici katkısı olarak ödemekle yükümlüdür. Bu durum ise

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin finansmanını karmaşık bir hale getirmektedir (Mutlu ve Işık 2002, s. 298).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı hem özel finansman hem de kamusal finansman yöntemleriyle gerçekleşmektedir. Kamusal finansman yöntemi sosyal sağlık sigortacılığı (sosyal primler) ve vergilerle olan finansmandır. Özel finansman yöntemi ise cepten yapılan ödemeleri ve özel sağlık sigortacılığını kapsamaktadır (Güvenek, 2015, s. 145).

#### **1.4.3.1. Türkiye'de Özel Sağlık Finansmanı**

Türkiye'de özel sağlık finansman yöntemleri cepten ödemeler ve özel sağlık sigortacılığı ile sağlanmaktadır.

##### **1.4.3.1.1. Cepten Ödemeler**

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireylerin doğrudan cepten ödeme şeklinde yaptıkları bütün harcamalar cepten ödeme yöntemidir. Cepten ödemeler doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve resmi olmayan ödemeler olarak üçe ayrılmaktadır. Sosyal güvence kapsamı dışında kalan ilaç, hekim hizmeti, tahlil gibi bütün hizmetler için yapılan harcamaları doğrudan ödeme yöntemi kapsamaktadır. Sosyal güvence kapsamındaki hizmetlerin kullanımı esnasında yapılan ödemeler kullanıcı katkılarıdır. Sosyal güvence kapsamındaki hizmetlerin kullanımı esnasında yapılan gayri resmi ödemeler resmi olmayan ödemeleri kapsamaktadır. Gayri resmi ödemelere kamu sektöründeki hekimlere tedavi sonrasında verilen hediyeler örnek olarak gösterilebilir (Güvenek, 2015, s. 146).

Cepten ödeme yöntemi, sağlık hizmeti sunulurken maliyetlerinin doğrudan karşılanmasını içerdiğinden, herhangi bir rahatsızlık durumu oluşmadığında ödeme yapmak mümkün olmayacaktır. Diğer bir deyişle, ödemeler sadece hizmetlerinden yararlanmak için yapılmaktadır. Bununla birlikte, bir kişinin bir sağlık sorunuyla ne zaman ve nerede karşılaşacağı belirsizdir. Aynı zamanda, beklenmedik bir anda karşılaşılan bir sağlık sorununun yükü düşük veya üstesinden gelinemeyecek kadar fazla olabilir. Böyle bir durumda gelir düzeyi yüksek olanlar için çok önemli bir sorun ortaya çıkmasa bile, özellikle geliri kısıtlı bireylerin sağlık hizmetlerini nasıl karşılayabilecekleri önemli bir sorun haline gelmektedir. Kısacası sağlık riskleri her



zaman mevcuttur. Ancak tüm bu risk nedeniyle cepten ödeme yöntemi yeterince anlaşılammaktadır (Çelikay, 2009, 20-21).

#### **1.4.3.1.2. Özel Sağlık Sigortacılığı**

Türkiye'de uygulanan özel sağlık sigortacılığı; bireyin kaza ve hastalık durumunda oluşabilecek sağlık harcamalarının karşılanması için sigorta planları hazırlanmaktadır. Özel ve genel şartlar dahilinde belirlenen limitler, önceden sigorta poliçesinde belirtilen oluşabilecek risklere karşı sigortalı bireyin sağlık harcamalarını güvence altına almaktadır (Güvenek, 2015, s. 148).

Ülkemizde 1980'li yılların başından sonra, özel sağlık sigortasına talep artmıştır. Ancak özel sağlık sigortacılığı 1999 ve 2000 yıllarında durgunlaşmaya başlamıştır. Bu durgunluğun ortadan kaldırılması ve özel sağlık sigortasının teşviki için özel sağlık sigortasından alınan primler %5 azaltılmıştır. Böylece sigortalı sayısında az da olsa artış yaşanmıştır (İstanbuluoğlu vd., 2010, s. 94).

Kamu sağlık hizmetleri tarafından finanse edilmeyen bölümler özel sağlık sigortası tarafından finanse edilmektedir. Özel sağlık sigortasında herhangi bir hastalığı olan ya da hastalanma riski fazla olan kişilerin verdikleri prim diğer kişilere göre daha fazla olabilmektedir. Diğer bir özelliği de bir özel sağlık sigortası kurumunun devamlılığını sağlayabilmesi için hastalık riski yüksek olan hastalardan daha yüksek oranda prim alması ihtiyacı içerisindedir. Fakat böyle bir durumda primler gereksiz yere yükselecek ve sağlık riski düşük ve sağlık statüsü iyi olan kişiler primleri ödeme taraftarı olmayacak, bunun sonucunda da sigorta havuzunda ağırlıklı olarak hastalık yüksek riski kişiler bulunacaktır. Bu durum zamanla finansmanın devamlılığını olumsuz olarak etkileyecektir. Bu özellikler yüzünden özel sağlık sigortası cepten ödemelerde olduğu gibi sağlık sistemi finansmanında çoğunlukla kullanılan bir yöntem değildir ve vergiler veya sosyal sigortaya dayalı finansmanı bütünler ya da destekler özellikte olmak zorundadır (Tatar, 2011, s. 115-116).

#### **1.4.3.2. Türkiye'de Kamusal Sağlık Finansmanı**

Kapsamlı bir kurum olan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) özel sektör çalışanlarına ve onların bakmakla sorumlu oldukları bireylere sosyal koruma

sağlamaktadır. Esnaf ve Zanaatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) ise şehirlerde bağımsız çalışanları, bağımsız çalışan çiftçileri, köy ve mahalle muhtarları ile yurtdışında çalışan Türk vatandaşların yanında olmayan eşlerini, ev kadınlarını ve belirli bir işin olmayan bireyleri de kapsamaktadır. Bağ-Kur üyelerinin sağlık hizmeti harcamalarını diğer kamu hizmet kuruluşları ile anlaşarak karşılamaktadır (Güvenek, 2015, s. 150).

Sağlık güvenlik alanında yapılan bir diğer önemli gelişme de yeşil kart uygulamasıdır. Yeşil kart uygulamasının hedefi ödeme gücü yetersiz olan ya da hiç olmayan muhtaç ve yoksul bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasına olanak tanımadır. Bu uygulama hedef kitlesine ücretsiz sağlık hizmeti imkanı sunmuştur (Atasever, 2013, s. 47).

2006 yılında SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Yeşil Kart uygulaması tek çatıda birleştirilmesi için Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) yasası kabul edilmiştir. SSGSS kanunun amacı ülkedeki bütün bireylerin hepsine eşit düzeyde, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır. Böylece kamu çalışanları, özel sektör çalışanları ve bağımsız çalışanların sigorta hak ve sorumluluklarının eşitlenmesi, mali olarak devamlılık gösteren tek bir emeklilik ve sağlık sigorta sistemi oluşturulması hedeflenmiştir. SSGSS kanununa göre sigorta primi sigortalılar, işverenler ve devlet tarafından ödenecektir. Ödeme gücü yetersiz olan yoksulluk sınırı altında geliri olan bireylerin primi ise devlet tarafından ödenecektir. Her bireyin sağlık hizmetine eşit bir biçimde ulaşması bu sistemin amacıdır (Güvenek, 2015, s. 151).

## **BÖLÜM II**

### **2. EKONOMİK KALKINMA VE EKONOMİK KALKINMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Bu bölümde ekonomik kalkınma kavramı ele alınıp, kalkınmayı gösteren bazı göstergeler verilecek olup, kalkınmayı etkileyen faktörler ile engelleyen faktörler açıklanmaktadır.

#### **2.1. EKONOMİK KALKINMA KAVRAMI**

Ekonomik kalkınma, bir ekonomide bir yıl içindeki kişi başına düşen üretim hacminde oluşan artışın yanında ekonomik kalkınma sosyal sorunların da çözülerek büyümenin gerçekleşmesidir. Kalkınmanın asıl hedefi bireylerin daha iyi yaşamlarını devam ettirebilmeleri için artan ekonomik olanakları sosyal sorunların çözülmesinde kullanmaktır (Aktuğ, 2010, s. 9). Ekonomik kalkınma az gelişmişliğin ortadan kaldırılması demektir. Kalkınma sadece üretim ve kişi başına düşen gelirdeki artış demek değildir. Az gelişmiş bir ekonomide de ekonomik ve sosyokültürel zenginleşme ve yenileşme demektir. Ülkede kişi başına düşen milli gelirdeki artışın yanında; üretim faktörlerindeki miktar ve etkinliğin geliştirilmesi, milli gelir ve ihracat gibi kalemlerde sanayi kesiminin payının artırılması kalkınmanın esas göstergeleri arasında yer almaktadır. Ekonomik büyüme ise bir ülkedeki bir yıl içerisindeki üretimin ve kişi başına düşen milli gelirin artırılmasıdır. (Mazgit, 1998, s. 72).

Ekonomik kalkınma kavramı en geniş tanımıyla, bir ülkedeki üretimin kişi başına düşen GSYİH'nin artışıyla ekonomik, kültürel ve sosyal yapıların değişmesi ve yenilenmesi süreci demektir. Ekonomik ya da ekonomik olmayan birçok değişkenlerdeki köklü değişikliklere sebep olan ve kişilerin özgürlüğünü, refah seviyelerini, özgüvenlerini yükselten ve tüm kişilerin yaşamları ile yeteneklerinin niteliğini geliştiren bir süreçtir. Sonuç olarak ülkedeki sosyal ve ekonomik durumun iyileşme ve gelişme şeklidir. Yani ekonomik büyüme bir ülkenin ekonomik anlamda sayısal değişiklikleri kapsarken ekonomik kalkınma ise ülke ekonomisindeki sayısal olmayan verileri yani hayat standartlarını iyileştiren ve değiştiren düzenlemeleri de

içermektedir (Özer, 2020, s. 41). Bu durum ekonomik büyümenin tek başına kalkınmayı sağlayamayacağını göstermektedir (Seyidoğlu, 2003, s. 97).

Bireylerin ekonomik refaha kavuşmaları kalkınma denildiğinde ilk önce akla gelmektedir. Başka öne çıkan unsurlardan biri de yoksulluğun ortadan kalkması ile gelir dağılımındaki düzenin sağlanmasıdır. Kalkınma sadece bir ülkenin ekonomik büyümesi değil aynı zamanda sosyo-kültürel ve politik açıdan da zenginleşmesi demektir. Bu durumda faaliyetlerdeki rakamsal büyümeyle birlikte olgusal özelliklerin de büyümesi kalkınmanın temelini şekillendirmektedir (Kara, 2017, s. 3).

Kalkınma kavramı, sadece gelişmekte olan ülkeleri değil aynı zamanda gelişmiş ülkeleri de ilgilendirmektedir. Çünkü kalkınma dinamik bir kavramdır ve sürekli yenileşme ve değişmeyi kapsamaktadır. Günümüzün ekonomik koşullarını yüz yıl önceki üretim faktörleri ile açıklamak olanaksızdır. Son yıllara kadar, üretim faktörleri kapsamındaki sermaye fiziki sermayeyi belirtmekteydi. Fakat bireylerin ve toplumun değerlerinin üretime olan olumlu katkıları insani özelliklere vurgu yapan, bilgi, beceri, dinamizm gibi değerler beşeri sermayenin ön plana çıkmasında rol almıştır (Karagül, 2003, s. 81).

## **2.2. EKONOMİK KALKINMANIN ÖNEMİ**

Kalkınma gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerin gelişmesi demektir. Gelişimini tamamlamamış ülkeler gelişmiş ülkeler ile aralarındaki gelir farklarını kapatmak ve hızlı artış gösteren nüfuslarının gereksinimlerini sağlamak durumundadırlar. Bu yüzden yapılan üretimde artışa gitmeye yani gelişimlerini hızlandırmaları gerekmektedir. Ekonomik kalkınma konusu daha çok az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri kapsıyorken gelişimlerini tamamlamış ülkelerde amaç var olan düzenin korunması ve ilerletilebilmesidir. Günümüzde az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler ekonomik kalkınmalarını gerçekleştirebilmek için sanayileşme yolunda ilerlerken gelişmiş ülkeler teknik ve ekonomik anlamda bilgi toplumunun ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadır. Ülkelerin ekonomik kalkınmayı hedeflemelerinin nedeni ve ekonomik kalkınmanın iyi bir şekilde

değerlendirilebilmesi için, ülkelerin ortak paydalarının bilinmesinde fayda vardır (Mazgit, 1998, s. 72-73).

Kalkınma, bir toplumun milli gelirinin sürekli ve katlanarak artmasını sağlayan, politik, sosyal ve kültürel değişkenlerin birleşimidir denmektedir. Bu tanıma göre kalkınma kavramının merkezini insan faktörü oluşturmaktadır. Kalkınmanın amacı, toplumun mutlu uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamak amacıyla gerekli ortamı oluşturmak, kısacası toplumsal refahın artırılmasıdır. Kalkınma geniş anlamda, sağlık, eğitim ve gelir unsurlarının kapsadığı şartların, tüm topluma eşit olanaklarla ve fırsatlarla sunulmasını ve evrensel yaşam standartlarına ulaşabilmeyi kapsamaktadır (Karataş ve Çankaya, 2010, 34).

Ülkelerin ekonomik kalkınmalarının gerçekleşmesi için kalkınma planı yapmak önemli bir yarar sağlamaktadır. Gelişmiş ülkeler geliştirmekte olan ülkelere kredi, hibe gibi yardımlar sağlayarak uluslararası ekonomik dayanışma fikri çevresinde destek olmaktadır. Gelişmiş ülkeler tarafından yapılan yardımlar geliştirmekte olan ülkelerin ekonomik kalkınmasına yarar sağlamamasının nedeni geliştirmekte olan ülkenin bir kalkınma planı olmamasından kaynaklanmaktadır. Geliştirmekte olan ülkelerin devamlı bir kalkınma planı hazırlayamamalarının nedeni üretim faktörlerinden olan üretim ilişkisi ve çalışma sistemi konularında yetersiz donanıma sahip olmalarıdır. Ekonomik kalkınma mekanizmasının oluşturulması, düzenliliğinin ve devamlılığının sağlanmasıyla kalkınmadan söz edilebilir. Sonuç olarak üretime dönüşmeyen gelirler kalkınmaya etki edemez hatta olumsuz bir etki göstereceği açıktır. Bu sebeple geliştirmekte olan ülkelerin düzenli ve sürekliliği olan bir ekonomik kalkınma planı yürütmeleri gerekmektedir (Özkale, 2015, s. 27-28).

Temel amacı toplumsal refahı artırmak olan kalkınma, geniş yelpazede, sağlık, eğitim ve gelir öğelerinin oluşturduğu imkanların, herkese eşit bir şekilde ve fırsatlarla sunulması ve genellenmiş yaşam standartlarına ulaşmayı hedeflemektedir (Karataş ve Çankaya, 2010, s. 34).

### **2.3. KALKINMANIN GÖSTERGELERİ**

Ekonomik kalkınma birçok tanıma sahiptir ve temel bir göstergesi olmayan çok boyutlu bir kavramdır. Bazı ekonomistler yoksulluğu kalkınmanın önemli bir

göstergesi olarak belirtirken, bazıları da eğitim, sağlık ve istihdam gibi sosyal değişkenleri ekonomik kalkınmanın önemli göstergeleri olarak kabul edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Javanshırlı, 2018, s. 14).

Ekonomik kalkınmanın ölçülmesi ülkelerin ekonomik kalkınma düzeyleri ile dünyadaki yerini görebilmeleri açısından oldukça önem arz etmektedir. Kalkınmanın tek bir gösterge ile ölçülebilmesi doğru sonuçlar vermeyecektir. Sadece milli gelir düzeyi ile ekonomik kalkınma düzeyi belirlenmesi doğru bir metot değildir. Çünkü milli gelir daha çok büyüme ile alakalıdır (Sevim, 2019, s. 20).

Ekonomik kalkınmanın ölçülebilir hale gelebilmesi için bazı yöntemler bulunmaktadır. Ekonomik kalkınma göstergeleri olan İnsani Gelişme Endeksi, Satın Alma Gücü Paritesi, Dünya Mutluluk Endeksi ve Kişi Başına Düşen Milli Gelir Düzeyi bu bölümde ele alınmaktadır.

### **2.3.1. İnsani Gelişmişlik**

İnsani gelişme, insanların içinde buldukları imkanlara, insan hayatına odaklanan çok boyutlu bir kavramdır. İnsani gelişme endeksinde kullanılan değişkenler, bu endeksin temellerini oluşturmaktadır. Bu temeller; uzun, sağlıklı ve yaratıcı bir yaşam sürmek, eğitim görme ve bilgi edinme olanağına sahip olmak ve insan yaşamını sürdürebilmek için gerekli kaynaklara erişebilmektir. İnsani gelişmenin gerçekleşebilmesi için bu temeller sağlandığında yaşamın diğer kısımlarında da gelişme ve ilerleme olanakları artacaktır (İNGEV).

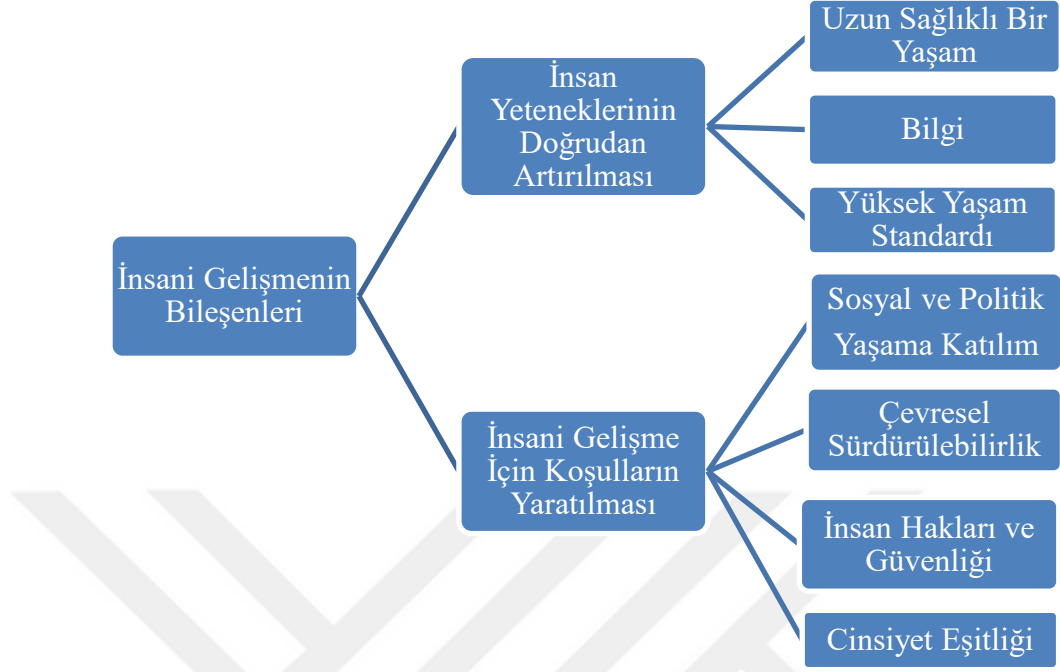
İnsani gelişmişlik kavramı temelde Amartya Sen'in yapabilirlik yaklaşımına dayanır (Gürses, 2009, s. 341). Yapabilirlik, bir şeyi yapabilme veya belirli bir fonksiyon elde etme potansiyeline sahip olmaktır. Fonksiyonlar iç içe geçmiş kategorilere ayrılır ve yapabilirliklerimiz potansiyellerimizi oluşturmaktadır. Yani yapabilirlik bir özgürlük şeklidir: Farklı fonksiyonlar kazanma veya kısaca farklı yaşam şekilleri kazanabilme özgürlüğüdür. Sağlıklı olmak, yeterli beslenmek gibi fonksiyonlar temel unsurlardır. Toplumun parçası olmak, saygı görmek gibi diğer fonksiyonlar ise daha karmaşıktır ve birçok kişi tarafından önemsenen ve önem derecesi farklı değerlerdir. Her ne kadar yemek yememek gibi bir davranış biçimi aynı olsa da dini nedenle oruç tutan birinin yapabilirlik seti ile yoksul olduğu için

yemek yiyemeyen birinin yapabilirlik seti birbirinden oldukça farklıdır (Sen, 1999, s. 48).

Amartya Sen'in yapabilirlik yaklaşımından yola çıkarak UNDP (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)'nin geliştirmiş olduğu İnsani Gelişme Endeksi (İGE), insani gelişme kavramını sayısal anlamda ifade etmektedir. İGE, gelir ağırlıklı geleneksel endekslerden farklı olarak, bir ülkeyi gelişmişlik yarışında değerlendirirken üç farklı boyutta ele alır: 1) Doğumdan beklenen ortalama yaşam süresi, 2) Eğitim seviyesi ve 3) İyi bir hayat kalitesi sağlayacak kaynaklara sahip olma veya daha açık bir ifade ile gelir düzeyi (kişi başına düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH), satın alma gücü ABD doları ile ölçülür). İGE, bir ülkenin insani gelişmesinin üç farklı boyutundaki ortalama düzeyini ifade eder, böylece ülkelerin kalkınmışlık seviyeleri ölçülürken, gelir düzeyi tek ölçüt olarak kullanılmamakta, hayat standardı açısından gelir kadar önemli olan diğer etmenler de önem taşımaktadır (Gürses, 2009, s. 343).

Aşağıda şekilde görüldüğü üzere, insani gelişmenin iki temel bileşeni bulunmaktadır. Bunlar insan yeteneklerinin doğrudan artırılması ve insani gelişme için koşulların yaratılmasıdır. İnsan yeteneklerinin doğrudan artırılması uzun ve sağlıklı yaşam, bilgi edinme ve yaşam standardının yüksek olmasıyla ilişkilidir. İnsani gelişmenin gerçekleşmesi için gerekli koşullar değerlendirildiğinde ise sosyal ve politik hayata katılım, çevresel sürdürülebilirlik, insan hakları ve güvenliği ile cinsiyet eşitliği ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda hak ve özgürlüklerin sınırlandırıldığı, cinsiyet eşitliğinin olmadığı, gelenek ve göreneklerin sosyo-ekonomik hayatı yönlendirdiği ülkelerde insani gelişme açısından ilerleme kaydetmek zorlaşmaktadır. Bireylerin yeteneklerinin keşfi, ekonomik, sosyal ve politik hayata aktif katılımları, yaşam standardının gelişmesi, kişinin yaşamını anlamlı ve değerli kılmak için çaba göstermesi, mutluluğu ve yaşam memnuniyetini de beraberinde getirecektir (Aktaş, 2015, s. 48-49).

## **Şekil 2. İnsani Gelişmenin Bileşenleri**



**Kaynak:** UNDP, 2021.

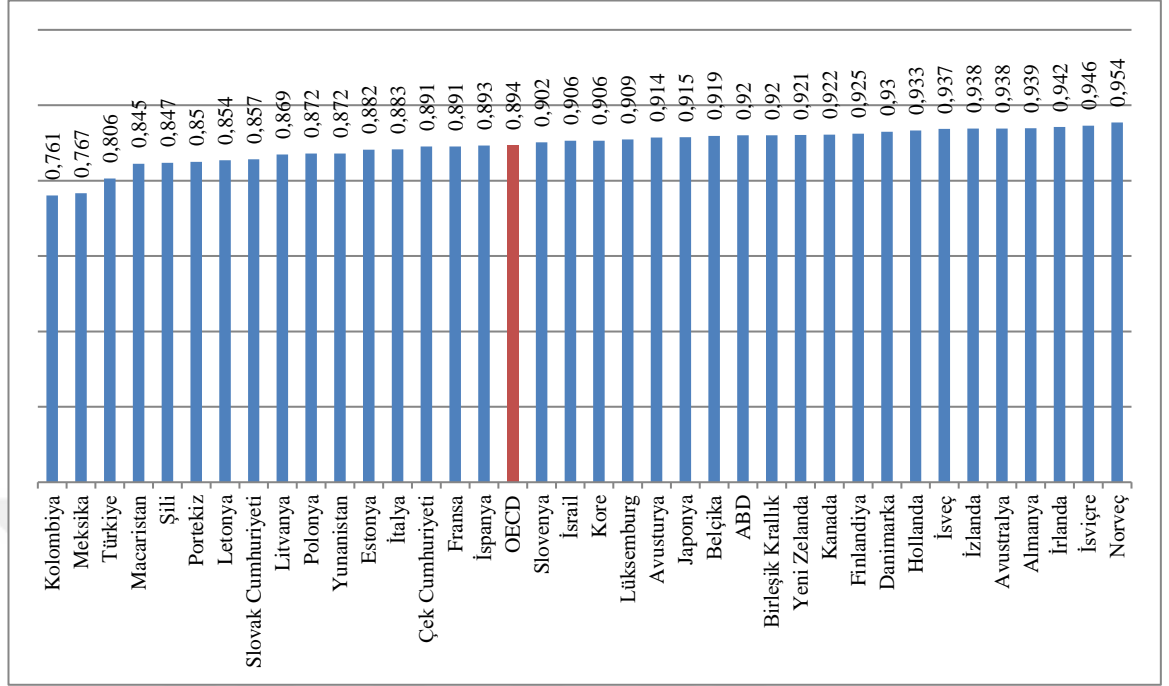
177 ülke için hazırlanan İnsani Gelişmişlik Endeksi indeks değeri 0 ile 1 arasında değişmektedir. İndeks değerine göre ülkeler dört gruba ayrılmaktadır (Güneş ve Karaalp Orhan, 2016, s. 480):

- 0.0- 0.499 arası düşük insani gelişme,
- 0.50 -0.799 arası orta düzey insani gelişme,
- 0.80-0.90 arası yüksek insani gelişme,
- 0.90-1.00 arası çok yüksek insani gelişme düzeyini göstermektedir.

OECD ülkelerine ait İnsani Gelişmişlik Endeksine ait veriler aşağıdaki grafikte verilmektedir.

### **Grafik 1. OECD Ülkelerinde İnsani Gelişme Düzeyleri (2018)**





**Kaynak:** UNDP İnsani Gelişme Raporu, 2019.

Grafikte OECD ülkelerinin İnsani Gelişme Raporu 2018 yılına ait verileri gösterilmektedir. OECD ülkeleri çoğunluk olarak çok yüksek insani gelişme sıralamasında yer almaktadır. Türkiye bu ülkelerin ortalamasının altında kalmasına rağmen yüksek insani gelişme düzeyine sahip ülkeler arasında kendine yer edinmeyi başarmıştır. UNDP raporuna göre Türkiye ilk defa 2018 yılında yüksek insani gelişme sıralamasına girmiştir ve bütün ülkeler arasında 59. sırada yer almaktadır (UNDP, 2019). 0,761 ile Kolombiya ve 0,767 ile Meksika ise orta düzeyde insani gelişme sıralaması ile bu listenin sonunda yer almaktadır. Dünya'da en yüksek insani gelişme oranına sahip ülke 0,954 ile Norveç'tir ve 1. sırada yer almaktadır. Norveç'i 0,946 oran ile 2. en yüksek insani gelişme oranına sahip ülke olarak İsviçre takip etmektedir.

### 2.3.2. Dünya Mutluluk Düzeyi

Mutluluk kavramı kişilerin mevcut yaşamlarının, genel kalitesini gösteren bir ölçü olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer bir ifade ile bireylerin yaşadığı hayatı ne ölçüde sevdiğini gösteren bir olgu olarak değerlendirilmektedir (Çevik, Altınkeski ve Kantarcı, 2019, s. 183). Mutluluk iyi yaşamın ve yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir. Yaşam kalitesi yaşamın tüm boyutlarının üstün nitelikli olması ile

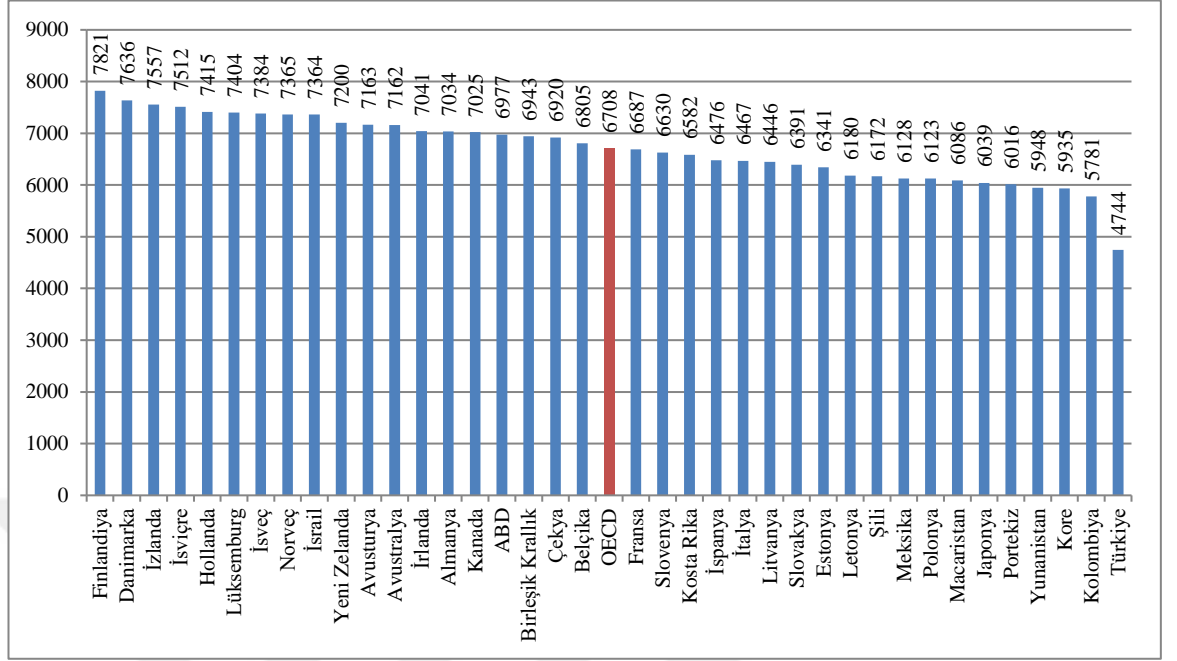
mümkün olurken, yaşam memnuniyeti bireyin yaşam kalitesini genel olarak değerlendirmesi ile ulaşılan olumluluk düzeyini ifade eder. Bireyin yaşam memnuniyetini, yaşamdan memnun kılacak değerlerinin gerçekleşme düzeyi belirleyecektir (Özdemir, 2019, s. 6606).

Kişilerin refah seviyelerinin belirlenmesinde iki yaklaşımdan faydalanılmaktadır. Bu yaklaşımlardan birincisi, bir ülkenin o ülkedeki yaşayan insanlarına sunduğu olanaklardır. Bu imkanlar yüksek gelir, yüksek eğitim seviyesi, mal ve hizmetlere ulaşım ve alım gücü olarak sınıflandırılmaktadır. İkinci yaklaşım ise ülkenin sunduğu bu olanaklar karşısında insanların ne ölçüde refah buldukları, uzun yaşadıkları, mutlu ve memnuniyet duyduklarıdır (Gökdemir ve Veenhoven, 2014, s. 340). İyi olma durumu hem tahmini hem de belirgin göstergeleri içine alarak kalkınma konusuna yeni ve farklı bir bakış açısı getirmektedir (Gökdemir ve Veenhoven, 2014, s. 337-341).

Birleşmiş Milletler tarafından hayata geçirilen ve 2012 yılından beri her sene düzenli olarak yayınlanan Dünya Mutluluk Raporu'nda dünyadaki en mutlu ülkeler belirlenmektedir. Bu mutluluk endeksinin değerlendirilmesinde kişi başına düşen GSYİH, sosyal destek, doğumdan beklenen sağlıklı yaşam, seçim yapma özgürlüğü, cömertlik, hükümete duyulan güven, yolsuzluk algısı gibi ölçütlere yer verilmektedir (Özdemir, 2019, s. 6604). Böylece birçok gösterge mutluluk seviyesinin ölçülmesinde rol almaktadır.

Sosyal ve ekonomik kalkınmanın nasıl sağlanacağını ve ölçüleceğini belirlemesi için mutluluğa ve esenliğe daha fazla önem verilmelidir (World Happiness Report, 2022). Mutluluğun ölçülmesi ve sürdürülebilirliği için dünya mutluluk raporu önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir.

## **Grafik 2. OECD Ülkelerinde Dünya Mutluluk Raporu (2021)**



**Kaynak:** World Happiness Report 2022.

Grafikte 2021 yılında Dünya Mutluluk Raporu'na ait OECD ülkelerinin verileri yer almaktadır. Bu grafiğe göre en mutlu ülke 7821 oranı ile Finlandiya'dır. Finlandiya hem OECD ülkelerinde hem de Dünya Mutluluk Raporu'nda birinci sırada yer almaktadır. Finlandiya'yı 2. sırada 7636 oran ile Danimarka, 3. sırada ise 7557 oran ile İsviçre takip etmektedir. OECD ülkelerine ait mutluluk ortalamasının 6708 olduğu görülmektedir. Türkiye 4744 oranı ile bu ortalamanın gerisinde kalmakta ve raporda 112. sırada yer almaktadır (World Happiness Report, 2022). OECD ülkeleri arasında ise son sıradadır ve OECD ülkelerinin en mutsuz ülkesi konumundadır.

### 2.3.3. Kişi Başına Düşen Milli Gelir Düzeyi

Kişi başına düşen milli gelir düzeyi kalkınma göstergeleri açısından önemli bir unsurdur. Ülkelerin milli gelirindeki artış, doğrudan kişi başına düşen milli gelir düzeyini de artırmaktadır. Bu durum hem devletin hem de özel sektörün sunmuş olduğu sağlık hizmetlerine olan gereksinimleri artırmaktadır. Bireyler ve bireylere ait sosyal gruplar günbegün eğitim ve sağlık bölümlerinde kendilerini iyileştirmekte ve geliştirmektedir. Bu sebeple bireylerin farkındalıkları, mutlu bir yaşam sürmek

istemeleri sağlığa olan yönelimi artırmakta ve bunun sonucunda da sağlık harcamalarını artırmaktadır (Mutlu ve Işıık, 2012, s. 217).

Kiři bařına dūřen milli gelir dūzeyi, ũlkelerin ekonomik bũyũme payının belirlenmesinde kullanılan en temel gŕstergedir. Fakat bu gŕsterge kalkınma için tek bařına bir anlam ifade etmemektedir ve kalkınmıřlık dūzeyini tam anlamıyla yansıtmayabilir. Bunun nedenlerinden birincisi gŕstergenin gelir dađılımı ile ilgili bilgi vermemesidir. Kiři bařına dūřen milli gelir dūzeyi toplam gelirin toplam nũfusa oranını ifade etmektedir. Milli gelir dūzeyi çok yũksek olan bazı ũlkelere baktıđımızda o ũlkelerin genelinde zengin ve yoksul kesim arasında bũyũk farklar olduđu gŕrũlmektedir. Bu durumun ana nedeni milli gelirin bũyũk bŕlũmũnũn ũst gelir gruplarının arasında bŕlũřũlmesidir. Bŕyle durumlarda ũlkelerde her ne kadar milli gelir dūzeyi yũksek olsa da ekonomik kalkınma dūzeyi o derece yũksek olamayabilir (Sevim, 2019, s. 21).

Gũnũmũzde kiři başına dūřen GSMH değeri kullanılarak ũlkelerin ekonomik kalkınmışlık sıralamaları yapılmaktadır. Bunlardan biri de Dũnya Bankası'nın kiři başına GSMH değeri ile yaptığı gelir dūzeyi sıralamasıdır. 2022 yılı için ŕngŕrũlen bu sıralamaya gŕre (World Bank, 2021);

- Dũřũk gelirli ekonomiler, 1.045 ABD Doları veya daha az kişi başı gelire sahip olan ũlkeler,
- Alt orta gelirli ekonomiler, 1.046 ile 4.095 ABD Doları arasında kişi başı gelire sahip olan ũlkeler,
- ũst orta gelirli ekonomiler, 4.096 ile 12.695 ABD Doları arasında kişi başı gelire sahip ũlkeler,
- Yũksek gelirli ekonomiler, 12.696 ABD Doları veya daha fazla kişi başı gelire sahip olan ũlkeler olarak tanımlanmaktadır.

#### **2.3.4 Satın Alma Gũcũ Paritesi ile Kalkınmanın Őlũlmesi**

Satın alma gücü paritesi (SAGP) döviz kurunun belirlenmesinde dünyanın bütün ülkeleri için geçerli ve kabul görmüş bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım 'benzer malların benzer fiyatlara satılması' prensibine dayanmaktadır (OECD, 2018).

Ülkeler arasındaki para birimlerinin değerlerinin farklılık göstermesinden dolayı satın alınabilecek mal ve hizmet miktarları da değişiklik gösterebilmektedir. Milli gelir hesaplanırken ülkenin kendi ulusal para birimi baz alınır fakat diğer para birimlerine çevirdiğimizde birtakım uyumsuzluklar ortaya çıkmaktadır. Örneğin ekmek Türkiye'de 5 Türk Lirası (TL) iken ABD'de 1 Dolar olduğunu farz edelim. Dolar kurunu  $1=20$  TL olarak varsayarsak Türkiye'de 1 dolar ile 4 tane ekmek alınabilecektir. Bu sonuç Türkiye'deki mal ve hizmet alım gücünün başka para birimlerine göre ucuz olduğunu gösterir fakat SAGP herkesin kendi parasını kendi ülkesinde harcadığını varsaymaktadır. Burada basitçe tek bir seçenek (ekmek) için yaptığımız bu hesap birçok mal ve hizmete göre uygulandığında genel bir satın alma gücü paritesine varmış oluruz ve bu oranı milli gelire uyguladığımızda da SAGP'ye göre gelir hesabını elde ederiz (Sevim, 2019, s. 22).

Farklı gelişmişlik düzeylerine sahip iki ülke için mevcut döviz kuru cinsinden satın alma gücünün ölçülmesi doğru bir sonuç vermeyecektir. Bu ölçümün sağlanması için ülkelere ait para birimlerinin kendi içlerinde değerlendirilmesi daha uygun görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde mal ve hizmetlerin belirli standartlarda ulaşmamış olması, genel olarak ucuz mal ve hizmetlerin daha fazla bulunması ve tercih edilmesi bu konumdaki ülkelerin döviz kurunun düşük kalmasına ve GSMH değerleri hesaplanırken kurun düşük çıkmasına yol açmaktadır (Özsoy, 2012, s. 8).

SAGP'nin asıl hedefi farklı ülkelerdeki fiyatların genel düzeyini karşılaştırmak olması sebebiyle hesaplama için kullanılacak mal ve hizmetlerin tüm ekonomiyi kapsayacak şekilde geniş tutulmasıdır. Bu toplamın içine dahil olan mal ve hizmet miktarı arttıkça SAGP de karmaşıklaşmaktadır. Bu nedenle dünya üzerinde benzer olduğu düşünülen bir ürün üzerinden karşılaştırma yapmak daha basit ve kolay olacaktır (Sevim, 2019, s.22).

#### **2.4. KALKINMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Kişiye yapılan yatırımların ve kişinin hayat kalitesinin iyileştirilmesi ekonomik kalkınma ile ilgilidir. Ülkelerinin ekonomik kalkınmasının gerçekleşmesi yalnızca ekonomik gelişmelere bağlı değildir. Kalkınma yapılan ya da yapılacak olan sağlık, eğitim, teknolojik yatırımları da kapsamaktadır. Böylece ülkeler dengeli ve devami olan bir gelişme sürecine girebilmektedir. Kalkınma süreci yalnızca beşeri sermayeyi kapsamamaktadır. Kişi niteliğinin vurgulanması, dinamik nüfus miktarı, beyin göçü gibi diğer faktörlerin de beşeri sermaye birikimini etkileyen öğeler arasında değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır (Karataş ve Çankaya, 2010, s. 38).

#### **2.4.1. Beşeri Sermaye**

Günümüzde koşullar hızlı bir değişim göstermektedir. Günümüzdeki üretim faktörleri geçmişe kıyasla hızlı bir değişim içerisine girmiş geçmişte kullanılan etkenler yetersiz hale gelmiştir. Bu değişimde teknolojinin getirdiği yenilikler ve yakın dönemlerde meydana gelen ekonomik krizler etkili olmuştur. Eskiye kıyasla ön plana çıkan üretim faktörü bilgi olmuştur. Yani beşeri sermaye bir üretim faktörü olarak günümüzde ön plana çıkarılmıştır. Beşeri sermaye üretime etki eden, bireylerin kişisel bilgi birikimi, yetenekleri ve üretime yardımcı olan diğer nitelikleri şeklinde tanımlanabilir. Ekonomik kalkınmayı etkileyen en önemli faktörlerden biri olan beşeri sermaye üretim faktörlerinden birisidir. Bunun bilincinde olan ülkeler de beşeri sermaye faktörünü esas alarak kalkınmalarını oluşturmaya çalışmaktadırlar. Üretim faktörlerini verimli bir biçimde kullanabilen ülkeler kalkınma hedeflerini gerçekleştirebilir (Kara, 2017, s. 38).

Ekonomik kalkınma için ihtiyaç duyulan fiziki sermaye birikimi, doğal kaynaklar, teknolojik gelişmeler ve üretim için yapılan yatırımlar tek başına yeterli değildir. Zengin doğal kaynakları ve fiziki sermayeye sahip olan ülkelerin yeterli bir ekonomik kalkınma gerçekleştiremediği açıktır. Bu yüzden ekonomik kalkınmanın gerekliliği olan beşeri sermaye faktörünün de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Çünkü gelişmiş ülkelerde beşeri sermaye sorunu olmamasına rağmen fiziki sermayesi yeterli olup gelişmemiş olan ülke konumunda bulunmaları yani bu ülkelerin beşeri sermaye açısından yoksul olmaları beşeri sermayenin kalkınmadaki rolünü açıkça göstermektedir (Özkale, 2015, s. 44-45).

Ekonomik kalkınmanın sürdürülebilirliği için beşeri sermaye önemli bir nitelik taşımaktadır. Kalkınmanın temel amaçları olan sanayileşme ve bilgi toplumuna geçiş süreci beşeri kaynakların niteliği ve düzeyine göre şekillenmektedir. Küreselleşen dünya ve değişen ekonomiyle beraber beşeri sermaye önem kazanmıştır. Bu yüzden öncelikle gelişmekte olan ülkeler için beşeri sermayeye yaptıkları yatırımlar, ekonomik büyüme ve yapısal değişikliklerin oluşabilmesi için ayrı bir öneme sahiptir (Gümüş, 2004, s. 7).

#### **2.4.1.1. Eğitim**

Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin en önemli belirleyicilerinden birisidir. Ülkelerin eğitim düzeyi ne kadar gelişmişse o kadar bilgi üretebilir ve bu bilgiyi üretime katabilir. Gelişmiş olan ülkelerin, gelişmekte olan ülkelere göre beşeri sermaye yatırımlarında eğitime yaptıkları yatırım payı daha fazla olmaktadır. Eğitim, kişilerin doğduklarından itibaren sahip oldukları yeteneklerin açığa çıkması ve bazı yetenekler geliştirebilmeleri için oldukça önemlidir. Böylece eğitim süreci yaşamış kişiler vasıflı olarak değerlendirilirken eğitim sürecinden geçmeyen kişiler vasıfsız olarak değerlendirilmektedir (Kara, 2017, s. 45).

Bir toplumun gelişip kalkınması ile topluma sunulan eğitim olanakları ve eğitim düzeyi doğru orantılıdır. Toplumun okur-yazar oranı, nüfustaki eğitimci oranı, eğitime yapılan yatırım ve harcamalar ve bunların milli gelirdeki payı gibi ana göstergeler eğitim seviyesinin açıklanmasında en önem taşır (Sevim, 2019, s. 35).

Eğitimin ekonomik kalkınmayı etkileyen başlıca faktörlerden biri olması, bu faktöre ağırlık verilmesini önemli kılmaktadır. Gelişmiş ülkelerin eğitime ayırdıkları sermaye ve kaynak fazlayken az gelişmiş veya gelişmemiş ülkelere bu ayrılan pay oldukça düşüktür. Ülkelerin gelişim sürecine girebilmeleri eğitim için ayrılan paya önem vermeleri ile mümkün olmaktadır (Kara, 2017, s. 46).

#### **2.4.1.2. Sağlık**

Toplumunu oluşturan üyelerin sağlıklı olmasıyla ekonomik kalkınma devamlılık kazanabilmektedir. Toplum üyelerinin sağlıklı değilse iyi eğitilmiş,

nitelikli bireyler olmaları bir anlam taşımayacaktır. Bu yüzden toplumdaki bireylerin sağlık niteliklerinin tespiti açısından anne ölüm oranı, bebek doğum oranları gibi ölçütler ön plana çıkmaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzun olması tek başına yeterli bir ölçüt değildir. Bireylerin buldukları yaşa göre olması gereken fiziki ve ruhsal özelliklere sahip olmaları önemlidir. Yani sağlıklı bireyler olarak değerlendirilebilmeleri için yaşam kalitelerinin yüksek olması beklenmektedir (Kara, 2017, s. 29).

Sağlıklı nesiller ile ekonomik kalkınma arasında doğrudan bir ilişki vardır. Sağlık imkanları düşük olan az gelişmiş ülkelerde sağlık açısından da geri kalmışlık vardır. Bu ülkelerde ortalama yaşam süresi kısa ve bulaşıcı hastalıklar yaygın olup ülke halkı için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Sağlık yatırımlarının yetersizliği hastalıklarla mücadeleyi daha zorlu kılmış, yetersiz hastane, doktor sayısı, sağlıksız beslenme, salgın hastalıklar gibi olumsuzluklar toplumun geneline yayılmış ve yaşam kalitesini düşürmüştür. Sağlık imkanları fazla olan gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresi uzun ve yaşam standartları yüksektir. Sağlık imkanlarının gelişmesi ülkelerin de gelişmesine katkı sağlar. Sağlıklı bireyin yaşamında oluşan verimlilik yükselişi ekonominin tümüne etki ederek ekonomik gelişmeye yardımcı olur. Yani yaşam kalitesinde iyileşmeler kişi başına düşen milli gelire de etki eder ve böylece sağlık kavramının ekonomik boyutu ortaya çıkmış olur (Sevim, 2019, s. 37).

Toplumun sağlık düzeyi ile ülkenin ekonomik açıdan gelişmesi arasında doğrudan bir ilişki vardır. Belli bir düzeyde ekonomik gelişmesini sağlamış toplumlarda sağlığa ayrılan kaynak artışı gibi bireylerin sağlık bilinci de artmaktadır. Böylece ülkenin kalkınması açısından fiziki sermayeye ve sağlığa yatırım yapılması zorunlu hale gelmektedir (Aytürk, 2010, s. 32).

#### **2.4.1.3. Göç**

Göç, farklı nedenlerle insanların oturduğu yaşadığı bir yeri kesin bir şekilde ya da geçici süre terk etme durumudur (IOM, 2009, s. 34-35). Kişiler yaşadıkları bölgelerde ekonomik, sosyal, eğitim, sağlık, kültürel vb. fırsatlardan yeterince yararlanamamaları bu yüzden de kendilerini daha iyi hayat sürebilecekleri, imkan ve



fırsatlardan faydalanabilecekleri ve kendilerini geliştirme imkanı bulabilecekleri merkezlere doğru hareket etmeyi tercih etmektedirler (Genç vd., 2019, 481). Göç eden kişi ve toplumlar incelendiğinde, göçün az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeden gelişmiş ülkeye doğru gerçekleştiği belirlenmiştir. Göçün kısa süreli olması halinde göçmen işgücü belirli bir süre için geçici olarak o ülkede çalışacak ve yaşayacak, sonrasında oradan elde ettiği tüm ekonomik, sosyal ve mesleki kazanımları ülkesine döndüğünde aktaracak ve böylelikle göç veren yer açısından ekonomik kalkınmaya olumlu katkılar sağlayacaktır (Akt. Özmete ve Arslan, 2018, s. 187). Göçün kalıcı olması halinde ise göç veren yer açısından olumsuz bir etki yaparak bölgenin geri kalmasına neden olmaktadır (Genç vd., 2019, s. 481).

Göç düşüncesinin açığa çıkmasında kıtlık, savaşlar, siyasal veya dini ayrımcılık ile enflasyonun yüksek ve ücretlerin düşük olmasını içeren durgun ekonomik şartlar gibi “itici” faktörler ile iyi istihdam olanakları, iyi bir iş, dolgun ücret, iyi eğitim, aile ya da belirli gruplara yakın olma gibi “çekici” faktörler de belirleyici olmaktadır (Tuzcu ve Bademli, 2014, s. 57). İtici ve çekici faktörler nedeniyle dünyada son yıllarda uluslararası göç artmaya devam etmektedir. Göçün kısa vadeli etkisinde göçmenler yerleştikleri ülkenin sosyal, kültürel ve ekonomik yapısı için bir tehdit olarak görülürken, orta ve uzun vadede genel olarak bu durumun kamu harcamalarının dengesi, ekonomik büyüme ve işgücü piyasası için olumlu olacağı düşünülmektedir (Akt. Özmete ve Arslan, 2018, s. 175).

#### **2.4.1.4. İnsan Gücü**

İnsan etmeniyle oluşan sosyal, siyasal, ekonomik ve kültürel ortam, yaratıcılık ve yeniliğin ilerlemesini sağlayarak kalkınma için bir süreklilik unsuru olmaktadır. Beşeri kalkınma, davranış farklılığı oluşturarak hem kalkınma sürecinin sosyal boyutuna hem de ekonomik gelişmeye katkı sağlar. Ekonomik kaynakların verimli kullanımı insan gücüyle sağlanarak üretim artırılabilir. Üretim ve organizasyon olanaklarının artırılıp fırsatlardan iyi bir şekilde yararlanılması, insan gücünün kapasitesinin artırılması ile mümkün olmaktadır (Karataş ve Çankaya 2010, s. 34).

Günümüzde beşeri sermaye ekonomik gelişmenin temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Ekonomik gelişmenin en son aşaması olan bilginin ve eğitilmiş nüfusun kapsamı olan bilgi toplumunun kalkınma açısından önemi tartışılmaz bir gerçektir. Bilgi toplumunun önemli etmenlerinden biri de bilgiyi üretip kullanabilen nitelikli nüfusun yani beşeri sermayenin var olmasıdır (Özkale, 2015, s. 30).

Kişilerin üretim süreci üzerinde aktif bir şekilde rol oynamaları bireylere sermaye özelliği kazandırmaktadır. Emek, teknik bilgi ve girişimci gibi faktörlerin sahibi olarak insanın nitelikli ya da niteliksiz olarak her iki durumda da ekonomik sürece fayda sağlaması, insanın sermaye unsuru olarak algılanmasından kaynaklanmaktadır (Tunç, 1998, s. 84).

#### **2.4.2. Nüfus**

Ele alınması gereken önemli unsurlardan biri olan nüfus, doğum, ölüm, meslek, cinsiyet, göç oranları, sağlık, coğrafi bölge, yaşam biçimi gibi özellikleri yansıtmaktadır. Bir toplumdaki nüfus verileri sosyal, ekonomik ve sağlıkla ilgili dengesizlikleri de beraberinde getirmesi, aynı zamanda sosyal yapının durumu hakkında net veriler sunmaktadır. Yani bu özellikler nüfustaki sağlık yapısının belirlenmesi için kullanılmaktadır (Baloğlu, 2006, s. 60).

Gelişmişlik ile nüfus arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Az gelişmiş ülkelerin nüfus artış hızı gelişmiş ülkelere göre daha fazladır. Nüfus artış hızını doğum-ölüm oranları ile göç eden insanlar etkilemektedir. Az gelişmiş ülkeler ekonomik sıkıntılarından dolayı göç vermektedir. Fakat bu ülkelerde doğum oranlarının yüksek olması nüfustaki artış hızını artırmaktadır (Sevim, 2019, s. 39).

Nüfus faktörünün ekonomik kalkınma üzerinde etkisi, nitelikli olarak çalışan insan sayısının artması açısından önemli bir ögedir. Dünyanın, özellikle gelişmekte olan ülkelerin nüfusu gittikçe artmaktadır. Bu düzlemde gelişmekte olan ülkelerde çalışabilir konumda olan nüfusun önemli bir kısmından faydalanma olanağı bulunmamaktadır. Nüfus artışı, ekonomik kaynakların kullanımına da etki etmektedir. Nüfus artışıyla birlikte eğitim ve öğretim etkinlikleri de eş zamanlı

ilerleme kaydetmek durumundadır. Hızlı nüfus artışı işsizliği artırıp gizli işsizliğe sebep olduğu için genelde temel üretim faaliyetlerindeki emek faktörünün boşa gitmesine neden olmaktadır. Çünkü emek biriktirilemeyen bir üretim faktörüdür (Özkale, 2015, s. 32).

### **2.4.3. Doğal Kaynaklar**

Doğal kaynaklar, üretim artışını sağlayarak ekonomik kalkınmayı hızlandıran faktörler arasında yer almaktadır. Bazı görüşlere göre dünyadaki doğal kaynakların dağılımı adaletsizdir ve bu görüşler doğal kaynakların adaletsiz dağılması ile gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ortaya çıkışında önemli bir etmen olduğunu savunmaktadırlar. Çünkü birçok gelişmekte olan ülkede doğal kaynaklar kıt ve yetersizdir. Bir ülkenin toprağını işletebilmesi için işletilme sürecindeki araç ve kaynaklardan israf edilmeden yararlanılması büyük önem taşımaktadır. Burada ilk olarak sermayeye, teknolojiye ve nitelikli emeğe gereksinim duyulmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki bu yetersizlik, ekonomik kalkınmanın gerçekleşmesini zorlaştırmaktadır (Unay, 1983, s. 262). Ülkelerin sahip oldukları doğal kaynaklarla ekonomik kalkınmayı olumlu yönde etkileyecek tedbirler almaları büyük önem taşımaktadır. Bunun için ilk olarak verimli ve etkili tarımsal işletmeciliğe önem verilmesi gerekmektedir (Özkale, 2015, s. 33).

Doğal kaynaklar, kişilerin birçok gereksinimini gidermesi açısından vazgeçilmez unsurlardan biri olarak kabul edilmektedirler. Özellikle gelişmekte olan bölgeler ve ülkeler genç ve dinamik nüfusun yanında önemli bir değer olan doğal kaynaklara da sahip olmak istemektedir. Günümüzde ekonomik ve sosyal anlamdaki kalkınmada doğal kaynakların önemi gelişmekte olan ülkeler tarafından anlaşılmıştır. Sahip oldukları genç nüfusun yanında, mevcut olan doğal kaynaklar da bu ülkelerin önemli ekonomik değerlerini oluşturmaktadır (Başol vd., 2005, s. 65). Ülkelerin büyümeyi sürdürebilmeleri ve kalkınmayı gerçekleştirebilmeleri için doğal kaynaklardan faydalanmaları zorunludur fakat doğal kaynaklara sahip olmaları gerekmemektedir. Sanayileşmiş ülkeler buna örnek olarak gösterilebilir (Karataş ve Çankaya, 2010 s. 35).

#### **2.4.4. Sermaye**

Ekonomik kalkınmanın temel faktörlerinden biri de sermaye üretimidir. Eğer bir ülkede tasarrufa eğilim varsa sermaye birikimi hız kazanacaktır. Tasarrufa olan eğilim azalırsa sermaye birikimi yavaşlayacaktır. Gelişmiş ülkelerde kullanımda olamayan emek ve doğal kaynakların üretime katılması genellikle sermaye birikimine bağlıdır (Aktuğ, 2010, s. 13).

Yüksek bir büyüme oranı yakalayamamak geliştirmekte olan ülkelerin en belirgin sorunlarından biridir. Bu oranı yakalayabilmek için sermayeyle ilişkilendirilen diğer üretim faktörlerinin de sermayeyle beraber artması gerekmektedir. Kalkınma için gerekli olan sosyal, politik ve kurumsal şartlar gelişmiş ülkelerde mevcutken geliştirmekte olan ülkelerde bu koşullar yetersiz kalabilmektedir (Çakmak, 1992, s. 86-87).

Geliştirmekte olan ülkeler için kalkınma, ilk olarak sermaye birikiminin artırılması demektir. Bu sebeple sermaye birikimi çoğu ekonomist tarafından kalkınmanın temel şartı olarak kabul edilmektedir. Ayrıca kalkınmada sağlık ve teknolojik gelişmeler gibi faktörler pozitif dışsallığa katkı yaparken girişimci eksikliği, sosyal, siyasi ve kültürel şartlar ise negatif dışsal etkilere neden olmaktadır (Karataş ve Çankaya, 2010, s. 35).

#### **2.4.5. Teknolojik Gelişmeler**

Teknolojik gelişmeler, günümüz ekonomisinde hızlı üretim ve gelir miktarındaki artışın temel göstergeleri arasında yer almaktadır. Teknoloji, yeni bir malın ortaya çıkması ya da mevcut malın daha ucuz veya kaliteli bir şekilde üretilmesi için gerçekleştirilen her türlü bilgi, beceri ve süreci kapsamaktadır. Teknoloji, üretim miktarını ve kalitesini artıran, şekil ve niteliğini değiştiren ve geliştiren, yani insan gereksinimlerinin en iyi durumda gerçekleşmesi için yardım eden bir bilgi topluluğudur (Karataş ve Çankaya, 2010 s. 37).

Teknolojilerin daha çok gelişmiş ülkelerde üretilip geliştirmekte olan ülkelerin ise bu teknolojiyi satın aldıkları görülmektedir. Teknolojik gelişmelerin daha çok

gelişmiş ülkelerde görülmesi, bu ülkelerin beşeri ve fiziki sermayeye önem verdiklerini göstermektedir. Teknolojinin gelişmesini sağlayan ana faktörün nitelikli insan gücü olduğu açıktır. Gelişmiş ülkelerin kalkınmalarının başlangıcında ve devamında nitelikli insan gücü yatırımlarına önem vermeleri ve bunun sürekliliğini korumaları sayesinde günümüz yüksek teknolojik gelişme seviyesine erişim sağladıkları görülmektedir (Ok, 2008, s. 12).

Teknoloji alanına yapılan yatırımlar ekonomik kalkınmanın sağlanması açısından oldukça önemlidir. Bu yüzden bu tür yatırımların artırılması gerekmektedir. Sadece teknoloji alanına yatırım yapılması ekonomik kalkınma için yeterli değildir. Sermaye ve emek üzerine de yatırımların yapılmasına ihtiyaç vardır. Teknolojik gelişmelerin olması bilginin elde edilebilir olmasına bağlıdır. Çünkü ekonomik ve toplum yararının oluşmasında en önemli kaynak bilgidir. Bunun için de emek yatırımlarının gerçekleşmesi gerekmektedir (Özkale, 2015, s. 36).

## **2.5. KALKINMAYI ENGELLEYEN ETMENLER**

Ülke nüfusunun artışıyla beraber ihtiyaçlar da artmaktadır. Böylece bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması için yapılan yatırımların gerek duyduğu sermaye miktarı da artış göstermektedir. Nüfusun fazla olması genellikle düşük eğitim düzeyini de beraberinde getirmektedir. Nüfusun hızlı bir şekilde artması ve nüfus fazlalığı kalkınma oluşmasına engel olan durumlardan birisidir. Nüfus artışı, kişi başına düşen geliri düşürmektedir. Yani kişi başına düşen gelirin artması nüfusun hızlı artmasının önüne geçilmesine bağlıdır (Kara, 2017, s. 7).

Ekonomik kalkınmayı hızlandıran ve üretim artışı sağlayan etmenlerden biri de doğal kaynaklardır. Dünya üzerindeki doğal kaynakların adaletsiz ve kıt halde bulunması az gelişmiş ve gelişmiş ülkelerin ortaya çıkmasında büyük bir etmen olduğu savunulmaktadır. Bunun nedeni az gelişmiş ülkelerdeki doğal kaynakların yetersiz olmasıdır. Bu yetersizlik ise ekonomik kalkınmanın gerçekleşmesini zorlaştırmaktadır (Unay, 1983, s. 262).

Tasarruf ve yatırım kavramları ekonomik kalkınma amacının temelini oluşturan bazı unsurlar arasında yer almaktadır. Kalkınma aşamasında tasarruf ve

yatırımın yeterli miktarda olması büyük önem teşkil etmektedir. Yatırımlar tasarrufların bir sonucudur ve yeterli seviyede tasarruf sağlandığı takdirde bu tasarruflar yatırıma dönüşecektir. Ancak az gelişmiş ülkelerde kişi başına düşen milli gelir düzeyinin düşük olması tasarruf edememe durumunu ortaya çıkarmaktadır. Çünkü kişiler elde ettikleri gelir ile sadece zorunlu ihtiyaçlarını giderebilmektedirler. Tasarruf etmek için yeterli olmayan gelir düzeyleri doğal kaynak yatırıma dönüşmeyecektir ve gerekli tasarruf ve yatırım düzeyine sahip olamayan az gelişmiş ülkeler kalkınma süresinde zorluk çekeceklerdir. Az gelişmiş ülkelerin kalkınma aşamasında ihtiyaç duyduğu en önemli faktörlerden biri olan alt ve üst yapının ülke ekonomisi içinde yetersiz olması ekonomik gelişimin önündeki en büyük engellerden biridir (Sevim, 2019, s. 33).

Eğitim düzeyi ülkelerin kalkınma düzeylerini etkileyen unsurlardan biridir. Eğitimli bireylerle gerçekleştirilen faaliyetlerin verimli sonuçlar vermesi kaçınılmaz olmaktadır. Bu durum doğrudan ülkenin ekonomik anlamda kalkınmasına etki etmektedir. Fakat gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerde düşük eğitim düzeyi kalkınmayı engelleyici nitelik taşımaktadır (Kara, 2017, s. 9).

Sermayenin oluşturulamaması ve üretim için gereken etmenlerin bulunmaması gelişmemiş veya az gelişmiş ülkelerde kalkınmaya engel olan durumlardan biridir. Gelişmekte olan ülkeler için en önemli etmenlerden birinin sermaye olması kabul görmüş bir gerçektir. Kalkınmanın gerçekleşebilmesi için ihtiyaç duyulan sermaye birikiminin ekonomik anlamda faydalarını şu şekilde sıralayabiliriz (Karataş ve Çankaya, 2010, s. 35):

- Teknoloji gelişimini sağlayarak üretim artışına katkıda bulunur,
- Gelirlerin yükselmesini sağlayarak maliyetin azalmasına yardımcı olur
- Tecrübe kazanma ve öğrenme olanağı sunar,
- Dışsal fayda sağlar ve sosyal sermayeyi artırır.
- Yüksek verimli çalışma olanakları oluşturmaktadır.

Bazı toplumsal alışkanlıklar da bazı durumlarda ekonomik kalkınmayı engelleyebilmektedirler. Bazı toplumlarda kendine yettiği kadar ile geçimini sağlamak ve tasarrufta bulunmamak gibi alışkanlıklar olabilmektedir. Bu durumda sermaye birikimi oluşması azalır ve engellenir bunun sonucunda da kalkınmayı engelleyebilmektedir (Kara, 2017, s. 8).

Gelişmemiş ya da az gelişmiş ülkelerdeki temel sorunları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Öztürk, 2005, s. 65):

- Milli gelirden kişi başına düşen payın yetersiz olması,
- Ülke gelirindeki paylaşımındaki adaletsizlikler,
- Kırsaldan kentlere göçlerin artması ve bunun sonucunda kentlerde çarpık kentleşmenin oluşması,
- Hızlı nüfus büyümesi,
- Ticarete dışa bağımlı olmak,
- Tarım sektörüne sanayi sektörüne göre daha fazla yer verilmesi ve sanayi sektörünün toplam üretimde düşük pay sahibi olması,
- Tasarrufun az olması,
- Yetersiz teknoloji,
- Demokratik ve siyasi problemler,
- Donanım eksikliği ve yetersiz alt yapının olması.

Gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelerin yukarıdaki problemleri aynı zamanda neden gelişemedikleri ve kalkınamadıkları sorusuna cevap olmaktadır. Kalkınmayı engelleyen bu unsurlar ortadan kaldırıldığında ekonomik kalkınmanın temellenmesi ve gerçekleşmesi kaçınılmaz olacaktır.

## **2.6. SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK KALKINMAYLA İLİŞKİSİ**

Bireylerin sağlıklı olması, bireysel görevlerini yerine getirebilmeleri, verimli olabilmeleri ve hayattan tat alabilmeleri için olduğu kadar ekonomik ve toplumsal boyutta da önemli katkılar sağlayan bir husustur. Beşeri sermayenin

önemli bir unsuru olan sağlık kavramı ekonomik kalkınma ile yakından ilişkilidir (Saçu Barlin, 2010, s. 34). Beşeri sermayenin temel unsuru eğitimidir fakat toplumun sağlık düzeyi de beşeri sermayenin gelişmesi ve korunmasına yardımcı olan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Ekonomik açıdan gelişmişlik düzeyi ile toplumun sağlık düzeyi arasında yakın ve karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Belirli bir ekonomik gelişme sağlayabilmiş toplumlarda sağlığa ayrılan kaynaklar daha yüksektir ve toplumun sağlık farkındalığı vardır. Böylece toplumdaki sağlık düzeyinin yükselmesi ekonomik gelişmişliği de yükseltmektedir (Hamzaoğlu, 2009, s. 27).

Ekonomik kalkınmanın gerçekleşmesi için sermayeye, nüfusa, insan gücüne, teknolojik gelişmelere, üretime ve doğal kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır. Fakat ülkelerin kalkınma çabalarına ve ekonomik yapılarına baktığımızda bu faktörlerin yetersiz olduğu açıktır. Bu durumdaki birçok doğal kaynak ve sermaye zengini ülkenin halen ekonomik kalkınmada yetersiz olduğu görülmektedir. Bu sebeple ekonomik kalkınmanın gerçekleşebilmesi için beşeri sermayenin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Çünkü bugün gelişmiş ülke konumunda olup beşeri sermaye problemi olan ülke yoktur. Fakat sermayesi olan birçok ülkenin gelişmekte olan ülke konumunda olmaları ve beşeri sermaye açısından eksik olmaları, beşeri sermayenin ekonomik gelişme açısından yerini açıkça göstermektedir (Karagül, 2002, s. 147).

Toplumun sağlıklı bir yapıda olması ekonomik kalkınma açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı nesillerin getireceği verimlilik artışı bütün ekonomiye etki edecektir. Sağlık olanaklarının artması ile sosyal refah düzeyi arasında doğrudan bir ilişki bulunduğu bir gerçektir. Bu tür gelişmiş ülkelerde hayat standartları yüksek ve ortalama yaşam süresi uzundur. Az gelişmiş ülkelerde ise ortalama yaşam süresi kısadır ve bununla birlikte birçok bulaşıcı salgın hastalık da ülkelerin halkları için tehdit oluşturmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde sağlık alanında geri kalmışlık söz konusudur. Sağlık yatırımları yetersizdir ve bireylerin hastalıkla mücadelesi yeterli desteği görmemektedir. Bu ülkelerdeki salgın hastalıklar, sağlıksız beslenme, hastane ve doktor sayısının yetersiz olması, yetersiz ilaç miktarı gibi sorunlar nedeniyle



toplumun genelinde bir hayat kalitesi eksikliği bulunmaktadır. Sağlıklı nesillerin ekonomik kalkınmayla çift yönlü ilişkisi bulunmaktadır. Ülkede sağlık olanakları gelişirse ülke de gelişir, ülke gelişirse sağlık alanında da gelişim yaşanır. Sağlık kavramının ekonomik yönü bu hususta meydana çıkmaktadır. Sağlıklı bir insanın yaşamında oluşan verimlilik artışı ekonominin tümüne etki ederek ekonominin gelişmesine katkıda bulunur. Böylece hayat standartlarının iyileşmesinin yanı sıra kişi başına düşen milli gelir miktarında da artış olacaktır ( Sevim, 2019, s. 37).

Sağlık harcamaları genel olarak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan harcamaları ifade etmektedir. Ülkelerin sağlık harcamalarına yatırım yapmalarının, ülkelerin ekonomik anlamda kalkınmasında pozitif sonuçlar vereceği tartışmasız bir gerçektir. Sağlık harcamalarına yapılan yatırımlar, ülkelerin beşeri sermaye, gelir ve refah düzeyine doğrudan etki edecektir. Bunun yanında, sağlıklı kişilere sunulan eğitimlerin sonuçları daha görünür hale gelecek, bu kişiler çalışma yaşamında daha fazla ve daha başarılı bir zaman dilimi geçirecek ve sonucunda kişilerden uzun süreli yarar sağlanacaktır. Böylece sağlığa yapılan harcamaların artması kişilerin yaşam süresi ve kalitesine pozitif etki sağlamaktadır. Ek olarak, sağlık sektörüne yapılan fiziki yatırımlar teknolojik açıdan gelişmeyi sağlamakta, teknolojik gelişmeler de ekonomik büyümeyi ve sonuç olarak kalkınmayı sağlamaktadır. Büyüme de sağlığa yapılan harcamaların tekrardan artmasına neden olmaktadır (Şahin ve Temelli, 2019, s. 948).

Literatürde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüklük arasında ilişkiyi inceleyen yerli ve yabancı birtakım çalışmalar bulunmaktadır. Alptekin ve Yeşilaydın (2015) çalışmasında, 34 OECD ülkesine ait sağlık göstergelerini bulanık kümeleme analizine tabi tutarak Türkiye'nin hangi kümede yer aldığını, Türkiye ile aynı kümede bulunan diğer ülkeleri ve bu ülkelerin Türkiye ile benzerlikler gösterip göstermediğini tespit etmeyi amaçlamıştır. Analiz sonucunda Türkiye ile Estonya, Macaristan, Meksika, Polonya ve Şili'nin benzerlik gösterdiğini ve aynı kümede yer aldıkları sonucuna varmıştır. Altıntaş (2012) çalışmasında sağlık göstergeleri açısından Türkiye'nin Avrupa ülkelerinden geri kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yine Çetintürk (2019)'un çalışmasında kümeleme analizi yaparak sağlık göstergeleri

açısından OECD ülkeleri arasında Türkiye'nin konumunu belirlemiştir. Bunun sonucunda ülkeler sağlık harcama türlerine göre kümelenmiş ve Türkiye'nin çeşitli sağlık harcama türlerinde en fazla benzerlik gösterdiği ülkeler; Estonya, Letonya, Meksika, Çekya, Lüksemburg, Belçika ve Avustralya olarak belirlenmiştir ve nispeten düşük sağlık harcamalarına sahip ülkelerle aynı kümede yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yine Saçu Barlin (2010) OECD ülkeleri arasından Türkiye'nin yerini, hangi ülkeler ile benzer ve hangi ülkeler ile farklı değerlere sahip olduğunu göstermek gayesi ile kümeleme metodu uygulamıştır. Araştırma neticesinde Türkiye'nin sağlık harcamaları açısından Kore, Meksika, Polonya, Slovakya ve Çekya ile benzerlik gösterdiği sonucunda ulaşılmıştır. Ersöz (2008) bir çalışmada, OECD ülkelerini sağlık düzeyleri ve harcamalarını analiz etmiş ve Türkiye'nin, Kore, Slovakya, Meksika ve Polonya ile on dört sağlık verisi açısından benzer olduğunu, ABD'nin büyük ölçüde diğer ülkelere ayrıştığını tespit etmiştir. Ersöz (2009) diğer bir çalışmada, seçilmiş bazı OECD ülkelerinin sağlık göstergelerini karşılaştırmış ve bu karşılaştırma için kümeleme ve ayırma analizlerinden yararlanmıştır. 2004 yılı sağlık göstergeleri içinde; GSYİH içindeki toplam sağlık harcamalarının oranı, doğumdan beklenen yaşam süresi, kişi başına düşen sağlık harcamaları, 1000 doğum başına gerçekleşen bebek ölüm sayısı değişkenlerini analizde yer almıştır. Bunun neticesinde aşamalı kümeleme metodunda Slovakya, Polonya, Çekya, Macaristan, Meksika ve Kore ile Türkiye'nin benzerlik gösterdiği sonucuna varılmıştır. Girginer (2013) çalışmada, 2010 yılına ait verilerden yararlanarak hiyerarşik olmayan kümeleme metodu ve çok boyutlu ölçekleme analizi kullanmış, AB üyesi ülkeler içinden Türkiye'nin konumunu belirlemeyi hedeflemiştir. Araştırma neticesinde, Türkiye, sağlık göstergeleri açısından Estonya, Macaristan, Litvanya, Slovakya, Polonya, Romanya, Letonya, Bulgaristan ile benzerlik göstermiştir.

Bazı çalışmalar da sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme ve kalkınma arasındaki ilişkiyi belirlemişlerdir. Örneğin Arslan vd. (2016) çalışmalarında, sağlık ve kalkınma arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla 1975-2012 dönemine ait yıllık verilerle Türkiye'deki sağlık alanındaki gelişmelerin kalkınma üzerindeki etkisi açıklanmaktadır. Kalkınma göstergesi olarak kişi başına düşen gelirdeki artış oranı

ve bebek ölüm hızı ele alınarak, Asimetrik Nedensellik testi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda sağlık göstergeleri ile kalkınma arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Kar ve Ağır (2003) çalışmalarında, Türkiye’de beşeri sermaye ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisini 1926-1994 dönemi için analiz etmişlerdir. Bunun neticesinde ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına tek yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu sonucuna varılmıştır. Musmul (2004) Türkiye’deki 81 ilin sağlık alanındaki gelişmişlik düzeylerini belirlemeyi hedeflemiştir. Bunun için demografik, sosyo-kültürel, ekonomik ve sağlık ölçütlerinden oluşan 23 sağlık göstergesi veri olarak kullanılmış ve kümeleme analizi uygulanmıştır. Analizin sonucuna göre, iller; az gelişmiş, gelişmiş ve gelişmekte olan iller olarak 3 gruba ayrılmıştır. Sosyal ve ekonomik sağlık göstergeleri açısından gelişmiş illerin batı bölgelerinde, az gelişmiş illerin de orta ve doğu bölgelerde yoğunlaştığı neticesine varılmıştır. Sülkü ve Caner (2011) çalışmalarında, sağlık harcamaları ile kişi başına düşen gelir arasındaki ilişkiyi 1984-2006 dönemi için yıllık verilerle analiz etmiş; kişi başına düşen gelirdeki %10’luk artış sağlık harcamalarında %8,7’lik bir artışa yol açacağı neticesine varılmıştır. Taban (2006) çalışmasında, 1968-2003 dönemine ait yıllık veriler aracılığıyla Türkiye’de sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisini logaritmik formda analiz etmiştir. Bu sonuca göre GSYİH ile sağlık kurumlarının sayısında bir nedensellik ilişkisi bulunamamıştır. Fakat GSYİH ile diğer sağlık göstergeleri arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012) çalışmalarında yapısal kırılma durumunda sağlık harcamaları ve büyüme arasındaki ilişkiyi 2008 dünya ekonomik krizinin etkileri göz önüne alarak incelemişlerdir. Uzun dönemli ilişkiyi tespit etmek hedefiyle Gregory ve Hansen eş bütünleşme testi yapılmıştır. Araştırma neticesinde sağlığın büyüme üzerinde etkili olduğunu kanısına varılmıştır. Tüylüoğlu ve Tekin (2009) çalışmalarında, 176 ülkenin 2003 yılına ilişkin verisini kullanarak gelir düzeyi ve sağlık harcamalarının beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerindeki etkilerini çoklu regresyon analizi ile incelemişlerdir. Bunun sonucunda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranları üzerinde sağlık harcamalarının gelir seviyesine göre daha fazla etkili olması, sadece gelir düzeyinin artırılmasına güvenilemeyeceğini göstermiştir.

Yardımcıoğlu (2012) çalışmasında, 1975-2008 dönemine ait yıllık verilerle 25 OECD ülkesinin sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkisini panel veri yöntemine göre logaritmik formda incelemiştir. Çalışmada doğumda yaşam beklentisi sağlık göstergesi olarak ve kişi başına düşen gelir de büyüme göstergesi olarak kullanılmıştır. Yapılan eş bütünleme testleri neticesinde değişkenler arasında uzun dönemde eş bütünleme ilişkisine ulaşılmıştır. Panel nedensellik sonuçları, sağlık ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemde çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu göstermektedir. Bloom vd. (2004), çalışmalarında, 1960-1990 dönemine ait veriler ile sağlık ile büyüme arasındaki ilişki incelemiştir. Kişi başına düşen gelir, doğumda yaşam beklentisi, okullaşma oranlarından yararlanılmıştır. Üretim fonksiyonu yaklaşımına göre yaşam beklentisindeki bir yıllık iyileşme çıktıda %4'lük bir artışa yol açtığı ve sağlığın büyüme üzerinde pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bloom vd. (2001), diğer bir çalışmada 104 ülkeye ait sağlık ve büyüme arasındaki ilişkiyi 1960-1990 dönemine ait yıllık verilerle panel veri yöntemine dayanarak regresyon analizi ile incelemiştir. Bunun sonucunda, sağlığın ekonomik büyüme üzerinde istatistiki olarak önemli ve pozitif bir etkiye sahip olduğu ve nüfusun yaşam beklentisindeki bir yıllık gelişmenin büyüme oranında %4'lük artışa sebep olduğu tespit edilmiştir. Bhargava vd. (2001), 92 ülkenin 1965-1990 dönemi için yıllık verilerle büyüme ve sağlık arasındaki panel veriye dayalı regresyon ilişkisini analiz etmiştir. Çalışma neticesinde düşük gelirli ülkeler adına sağlık göstergesi olarak kullanılan yaşam beklentisinin milli gelir (büyüme oranı) üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Chaabouni vd. (2016) çalışmalarında 1995-2013 dönemi için 51 ülkeden oluşan küresel bir panel için dinamik eş zamanlı denklem modelleri kullanarak karbon salınımı (co2 emisyonları), sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki nedensel ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada düşük gelir grubu, alt orta gelir grubu ve üst orta gelir grubu ülkeler olarak üç ampirik gruba uygulanmıştır. Bu sonuçlara göre, küresel panel için karbon salınımı ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü, düşük gelir grubu ülkeler hariç olmak üzere karbon salınımından sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik olduğunu göstermektedir. Yine Chaabouni ve Abednadhher (2010), 1961-2008 dönemine ait yıllık verilerle Tunus'ta sağlık harcamalarının

belirleyicilerini ARDL sınır testi yaklaşımına göre logaritmik formda analiz etmişlerdir. Çalışmada değişken olarak kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir, tıbbi yoğunluk, nüfusun yaşlanması ve kişi başına azot emisyonunu temsil eden çevresel kalite kullanılmıştır. Yapılan eş bütünleşme testi sonucunda sağlık hizmetleri lüks maldan ziyade zorunlu mal olduğu, kısa ve uzun dönemde sağlık harcamalarından gelire doğru nedensellik ilişkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Jagric vd. (2021) çalışmalarında, 19 Avrupa ülkesinin ulusal ekonomisinde sağlık sektörünün ekonomik önemini değerlendirmiştir. 2010 yılına ait gelir, katma değer ve istihdam verilerinden yararlanılmıştır. Analiz sonucunda gözlemlenen ülkelerin ulusal ekonomileri için sağlık sektörünün ekonomik önemi konusunda benzerlikler ortaya konmuştur. Sağlık sektörü ürün ve hizmetlerine yapılan harcama artığında, ulusal ekonomiler (katma değer, istihdam ve hanehalkı geliri) üzerinde olumlu etkilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ke vd. (2011) çalışmalarında, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi analiz etmek amacı ile 143 ülkenin 1995-2008 dönemlerine ait yıllık verilerini incelemiş ve panel veri yöntemini kullanmışlardır. Bunun sonucunda GSYİH'deki artışın devlet sağlık harcamalarını da artırdığı bulgusuna ulaşılmıştır. Diğer yandan GSYİH'nin artması toplam sağlık harcamalarında da artmasına sebep olmaktadır. Rivera ve Currais (2003) OECD ülkelerinde 1960-2000 dönemine ait verilerle sağlık yatırımlarının büyüme üzerine etkisi nedensellik analiziyle incelemiştir. Değişken olarak kişi başına düşen gelir ve sağlık harcamalarının milli gelire oranları kullanılmıştır. Analiz neticesinde sağlığın, ekonomik büyüme ve verimlilik üzerine pozitif etki oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tang (2010) çalışmasında, 1970-2009 dönemine ait yıllık veriler aracılığı ile Malezya'daki sağlık ve gelir arasındaki ilişkiyi logaritmik formda analiz etmiştir. Yapılan çalışmanın ARDL eş bütünleşme neticesinde değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişki bulunmuş ve Malezya'da sağlık harcamalarının lüks mal olduğu tespit edilmiştir. Nedensellik testi analizinde ise, milli gelirden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik ilişkisi varlığı tespit edilmiştir. Wang (2015) çalışmasında, büyüyen bir ekonomide optimal sağlık harcamasının seviyesini belirlemek amacı ile OECD ülkelerini 1990-2009 dönemine ait yıllık verilerle

Gaussian Karışım Modeli ile analiz etmiştir. Analiz sonucunda sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranına ait en uygun değer değer %7,55 olarak bulunmuştur. Böylece bu seviyeye kadar sağlık harcamalarını artırmanın ekonomik büyümeye olumlu etki sağlayacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Mohammed (2022) ise çalışmasında, kişi başına düşen cari sağlık harcamalarının, kişi başına düşen devlet ve zorunlu sağlık sigortası planlarının ve kişi başına cepten yapılan ödemelerin doğumda beklenen yaşam süresi üzerindeki incelemek amacı ile OECD ülkelerinin 2009-2018 dönemine ait OECD Sağlık İstatistikleri 2021 veri tabanından panel veriler kullanılmıştır. Kişi başına cari sağlık harcaması, kişi başına hükümet ve zorunlu sağlık sigortası planları ve kişi başına cepten yapılan ödemeleri birincil bağımsız değişken olarak kullanılırken, 1000 nüfus başına doktor yoğunluğu, hava kirliliğine maruz kalma, alkol tüketimi ve kişi başına GSYİH kontrol bağımsız değişkenleri olarak kullanılmıştır. Bunun sonucunda kişi başına hükümet ve zorunlu sağlık sigortası planları, kişi başına cari sağlık harcaması ve kişi başına cepten yapılan ödemeler, doğumda beklenen yaşam süresi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, sağlık harcamalarının yaşam beklentisi üzerinde önemli bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.

## **BÖLÜM III**

### **3. OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK KALKINMA İLİŞKİSİ**

Bu bölümde OECD ülkeleri tanımlanmakta ve bu ülkelerin sağlık sektörüne yaptıkları harcamalar ele alınmakta ve bu harcamaların ekonomik kalkınma ile ilişkisi açıklanmakta ve analizi yapılmaktadır.

#### **3.1. EKONOMİK İŞBİRLİĞİ VE KALKINMA ÖRGÜTÜ (OECD)**

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (The Organization for Economic Cooperation and Development) yani kısaca OECD, 14 Aralık 1960 tarihinde Paris Sözleşmesi'yle kurulmuş uluslararası ekonomik bir örgüttür. Genel merkezi Paris'te olan örgüt, 374 milyon Euro bütçeye sahiptir ve güncel haliyle 38 üye ülkesi bulunmaktadır. OECD, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra oluşturulan batı kuruluşları sisteminin bir parçası olarak meydana çıkmıştır. Örgüt, İkinci Dünya Savaşı sonrasında, Batı Avrupa ekonomilerinin desteklenmesi ve onarımı hedefiyle, Avrupa ülkeleri arasındaki ticari ödemeleri serbestleştirmek, geliştirmek amacıyla 1947-1960 yılları arasında işlev gösteren Avrupa Ekonomi İşbirliği Teşkilatı'nın (OEEC) faaliyetini tamamlaması üzerine, onun yerine ve daha geniş bir görev tanımı çerçevesinde kurulmuştur. OECD, piyasa ekonomisine ve demokratik yapılara sahip bu 38 ülkenin küreselleşmesinin sosyal, iktisadi ve idari problemlerini çözmek ve sürecin olanaklarından yararlanmak için ortak çalıştıkları bir örgüttür. OECD, kişisel özgürlüklerin korunarak genel refah düzeyini artırma amacına ulaşmanın ekonomik gücün ve refah seviyesinin yükselmesinden geçtiği inancına dayanmaktadır (T.C. Dışişleri Bakanlığı, 2021).

OECD, küreselleşmenin neden olduğu ekonomik, sosyal ve çevresel problemleri ele almak için hükümetlerin beraber çalıştığı ve bir eşi daha olmayan bir oluşumdur. OECD, hükümetlerin, ortak yönetim şekli ile toplum endişelerini anlama ve çözüm sunmasına yardımcı olmaktadır. Bu örgüt, hükümetlerin politika deneyimlerini karşılaştırabilecekleri, genel toplum problemlerine yanıt bulabileceği,

iyi uygulamaları belirleyip ulusal ve uluslararası politikaları koordine etmek için beraber çalışılabilecekleri bir ortam sunmaktadır (Yılmaz, 2012, s. 91).

Örgütün amaçları şu şekilde sıralanabilir (OECD, 2021):

- Ekonomik büyüme, kalkınma, finansal açıdan devamlılık, ticaret ve yatırım, teknoloji, inovasyon ve girişim alanlarında işbirliğinin sağlanması sonucunda refahın gerçekleşmesi ve yoksullukla mücadelede devletlere yardım sağlamak.
- Ekonomik ve sosyal gelişmenin çevresel değişimi nasıl etkilediğini gözetmek.
- Örgüte üye hükümetlerin deneyimlerini diğer ülkeler ile paylaşması ve ortak problemler için çözüm sunmak ve bunun için birlikte çalışmak.
- Herkese iş olanağının sunulması, sosyal anlamda eşitlik ile sağlıklı bir yönetim anlayışının oluşturulması.
- Gelişmelerin ve sorunları takip edilerek çözüm üretilmesi hususunda hükümetlere destek olmaktır.

**Tablo 1. OECD'ye Üye Ülkeler**

ABD (1961)	İsveç (1961)	Japonya (1964)	Şili (2010)
Almanya (1961)	İsviçre (1961)	Finlandiya (1969)	Estonya (2010)
Avusturya (1961)	İtalya (1961)	Avustralya (1971)	Slovenya (2010)
Belçika (1961)	İzlanda (1961)	Yeni Zelanda (1973)	İsrail (2010)
Birleşik Krallık (1961)	Kanada (1961)	Meksika (1994)	Letonya (2016)
Danimarka (1961)	Lüksemburg (1961)	Çek Cumhuriyeti (1995)	Litvanya (2018)
Fransa (1961)	Norveç (1961)	Macaristan (1996)	Kolombiya (2020)
Hollanda (1961)	Portekiz (1961)	Polonya (1996)	Kosta Rika (2021)
İrlanda (1961)	Türkiye (1961)	Güney Kore (1996)	
İspanya (1961)	Yunanistan (1961)	Slovakya (2000)	

**Kaynak:** OECD, 2021.



Tabloda OECD'ye üye ülkeler üye oluş yıllarına göre verilmiştir. 2020 yılında Kolombiya ve son olarak da 2021 yılında Kosta Rika örgüte katılmış ve OECD ülkelerinin güncel üye sayısı 38 olmuştur.

### 3.2. OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK HARCAMALARINA GENEL BAKIŞ

Bir ülkenin her bir vatandaşı için sağlığa yaptığı harcamalar, ekonomideki mal ve hizmetlerin zamanla değişimi yalnızca sağlık düzeyine bağlı değildir, aynı anda bütün olarak ülke ekonomisinin ne derece büyük olduğuyula da ilişkilidir (Becerren vd., 2021, s. 4).

**Tablo 2. OECD Ülkelerinde GSYİH İçindeki Sağlık Harcama Türleri (%) (2019)**

	Sağlık Harcamaları	Medikal Ürün ve Teçhizat	Ayaktan Bakım Hizmetleri	Hastane Hizmetleri	Kamu Sağlık Hizmetleri	Ar-Ge
Belçika	7	1,1	2,3	3,1	0,2	0,2
Çekya	7,6	0,8	2,9	3,5	0,1	0,2
Danimarka	5	0,7	0,6	3,4	0,1	0,4
Almanya	7,6	0,9	1,6	3,6	1,3	0,5
Estonya	8,2	0,5	1,2	5,7	0,1	0,1
İrlanda	7,4	1,7	2,2	2,8	0,1	0,4
Yunanistan	5,3	0,7	0,6	3,7	0	0
İspanya	6,1	0,7	2,2	1,8	0,1	0
Fransa	8	1,3	2,9	3,3	0	0,1
İtalya	6,8	1,4	2,5	3,4	0,1	0,1
Letonya	4,2	1	1,1	2,8	0,3	0,1
Litvanya	6,2	0,9	1,6	2,2	0	1,4

Lüksemburg	5	0,6	1,1	2,4	0,1	0,1
Macaristan	4,5	0,9	1,3	2,3	0	0,3
Hollanda	7,7	0,8	2,5	2	0,4	0,2
Avusturya	8,3	0,6	1,5	3,7	0,5	0,3
Polonya	4,9	0,7	1,4	3,6	0,1	0,1
Portekiz	6,6	1,1	2	4,7	0,2	0,2
Slovenya	6,7	0,6	2	3,5	0,1	0,3
Slovakya	7,7	1	2,1	2,9	0	0,4
Finlandiya	7,1	0,9	3,2	3,1	0,1	0
İsveç	7	0,7	3,2	2,5	0,2	0,2
İzlanda	7,9	0,5	1,8	5,3	0	0,2
İsviçre	2,1	0	0,2	1,7	0,1	0,1
Norveç	8,7	0,5	2	5,2	0,4	0,3

**Kaynak:** Eurostat, 2021.

Tabloda 2019 yılındaki seçili OECD ülkelerinde GSYİH'nin yüzde cinsinden sağlık harcama türleri verilmiştir. Sağlık harcamalarına en çok yatırım yapan ülke %8,7 ile Norveç'tir. Norveç bu harcamalardan en yüksek payı olan %5,2'yi hastane hizmetlerine ayırmaktadır. Sağlık harcamalarına en çok yatırım yapan 2. ülke ise %8,2 ile Estonya olmuştur. Estonya da Norveç gibi en yüksek sağlık harcamasını hastane hizmetleri için kullanmaktadır. Kamu sağlık hizmetleri ve Ar-ge için (%0,1) oldukça küçük bir pay ayırmaktadır. En düşük sağlık harcaması olan ülke %2,1 ile İsviçre'dir. Medikal ürün ve teçhizat için hiçbir kaynak ayırmamıştır. Kamu sağlık hizmetleri ve Ar-ge için Estonya gibi %0,1'lik pay ayırmıştır. Hastane hizmetleri için de %1,7'lik bir pay ayırdığı görülmektedir.

Birçok OECD ülkelerinde ayaktan tedavi hizmetleri hastanede bakım hizmetlerini geçmiş durumdadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumu, insan odaklı ve eşitlikçi sağlık sistemlerinin temelini

oluşturmaktadır. Bu sebeple birinci basamak sağlık hizmetlerine yoğunlaşılması etkin bir politika hamlesi olarak görülmektedir. Sağlık sektöründe etkili politika hamleleri üretmek için birince basamak sağlık hizmetlerinin gereksiz hastane yatışlarını sınırlaması ve böylece hastane maliyetlerini düşürüp önemli bir işlev üstlenmesi beklenmektedir (OECD, 2020). OECD ülkelerinde, birinci basamak sağlık hizmetleri sunucularının becerileri ve görevleri ile nüfusun ve hasta bireylerin gereksinimleri arasında bir tutarsızlık bulunmaktadır (Frenk vd. 2010, s. 70). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin doktor ve hemşire sunucularının dörtte üçünden fazlası günlük işlerinden yapmaları gereken bazı işler için fazla vasıflı olduklarını dile getirmektedir (Becerren vd. s. 5).

### **3.3. OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

OECD ülkeleri, küresel boyutta sağlık harcamaları üzerinde önemli bir paya sahiptir. Dünya nüfusunun %20'sine sahip olan bu ülkeler 2010 yılındaki verilere göre yaklaşık 6,5 trilyon dolarlık sağlık harcamaları ile dünya üzerindeki sağlık harcamalarının %84'ünü oluşturmaktadır (OECD, 2013, 1). Gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin gelişmesi sonucu nüfuslarının giderek yaşlanması, tıp ve ilaç teknolojilerindeki gelişmeler sayesinde bu hizmetlere olan arz ve talebin artması ve kronik rahatsızlıkların bazılarında artış yaşanması bu yüksek oranların nedenini bize açıklamaktadır (Daştan ve Çetinkaya,2015, s. 110).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça GSYİH üzerinden sağlık harcamalarına ayırdıkları pay da artış göstermektedir. OECD ülkelerini gözlemlediğimizde son on yılda sağlık harcamalarına ayrılan payda %4,4'lük bir artış görülmektedir. Bu süreçte gelirden yaşanan artış da göz ardı edilmediğinde, sağlığa yapılan yatırımların rakamsal değerlerinin oldukça yüksek miktarlara ulaştığını söyleyebiliriz. Sağlık harcamalarının kalitesini ve düzeyini gösteren sağlık hizmeti ölçeklerine baktığımızda Türkiye'nin gelişmiş ve gelişmekte olan ülke statüsünde olduğunu söyleyebiliriz. Araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan veya gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinin genel olarak ortak olduğu belirlenmiştir. Sağlık harcamalarındaki artışın nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel olarak söyleyebiliriz (Kılıç, 2008, s. 85).

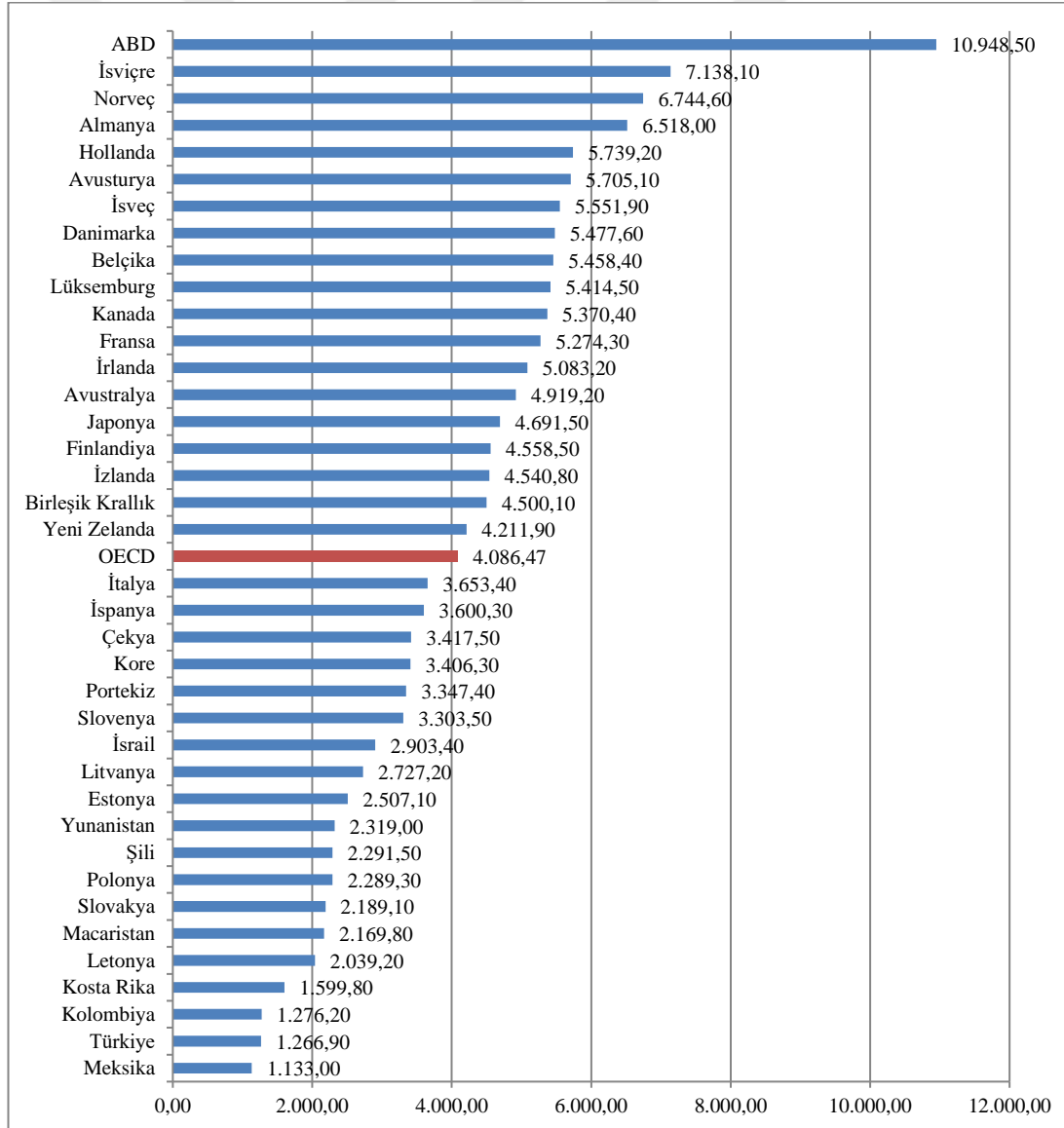
### 3.3.1. SAĞLIK HARCAMALARININ SINIFLANDIRILMASI

#### 3.3.1.1. OECD Ülkelerinin Toplam ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeleri

Bir ülkenin sağlık hizmetlerine yaptığı harcamalar, o ülkenin ekonomisi ve sağlık hizmetlerinin düzeyi hakkında bilgi vermektedir (OECD, 2021).

Kişi başına düşen sağlık harcamaları, bir ülkedeki hem kamusal hem de özel nitelikteki sağlığa yapılan harcamaların o ülkedeki her bir kişi başına düşen payının gösterilmesidir (Loş, 2016, s. 89)

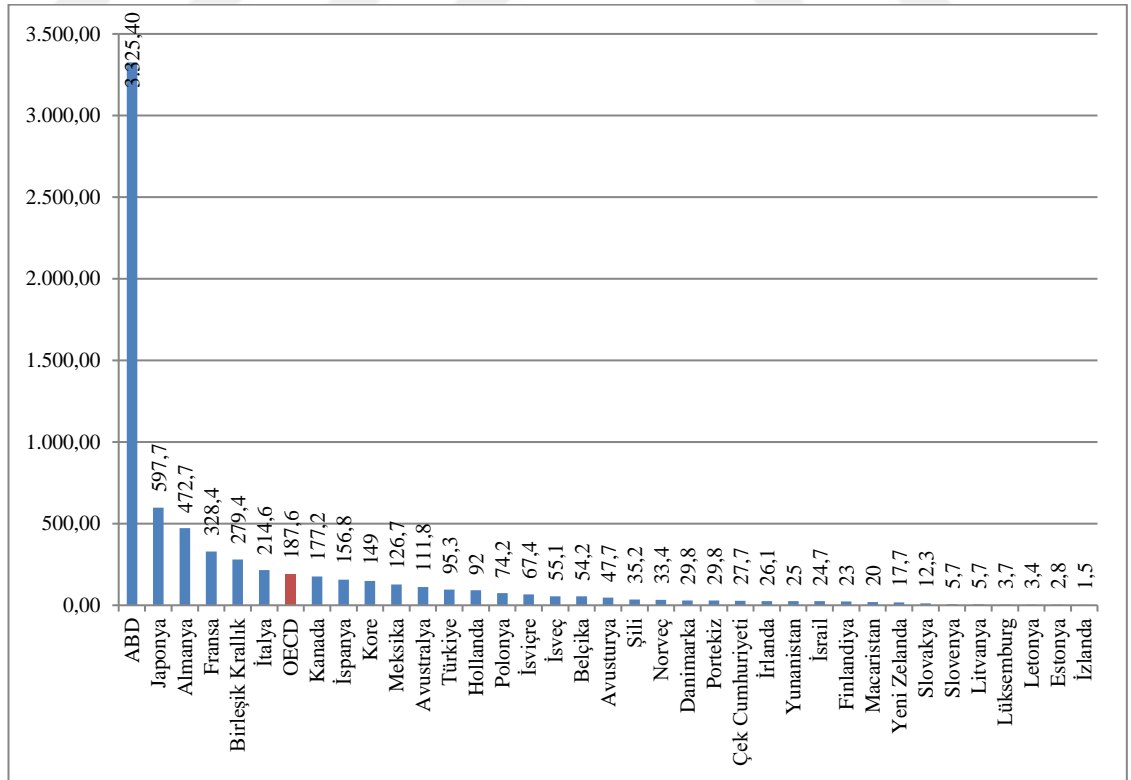
**Grafik 3. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları (\$) (2019)**



**Kaynak:** OECD Stat, 2020.

Grafikte OECD ülkelerinde 2019 yılına ait kişi başına düşen sağlık harcamaları dolar cinsinden verilmiştir. Ülkelerin yıl içinde yaptıkları sağlık harcamaları sıralanmıştır. Grafiğe göre OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamalarına en fazla payı ayıran ülke ABD'dir ve yıllık 10.948,5 \$ harcama yapmaktadır. Onu 2. sırada İsviçre takip etmektedir. İsviçre'nin yıllık harcaması 7.138,10 \$'dır. OECD ülkelerinin bu harcama düzeyinde ortalaması 4.086,47 \$'dır. ABD'nin yüksek harcama kalemine sahip olması OECD ortalamasını yükseltmektedir. Son sıradaki Meksika en düşük harcama payına (1.133,00 \$) sahiptir. Arkasından 1.266,90 \$ harcama ile Türkiye takip etmektedir ve OECD ortalamasının oldukça gerisinde kalmaktadır. 19 ülke OECD ortalamasından fazla harcama yaptığı ve diğer 19 ülkenin iste ortalamadan az harcama yaptığı görülmektedir.

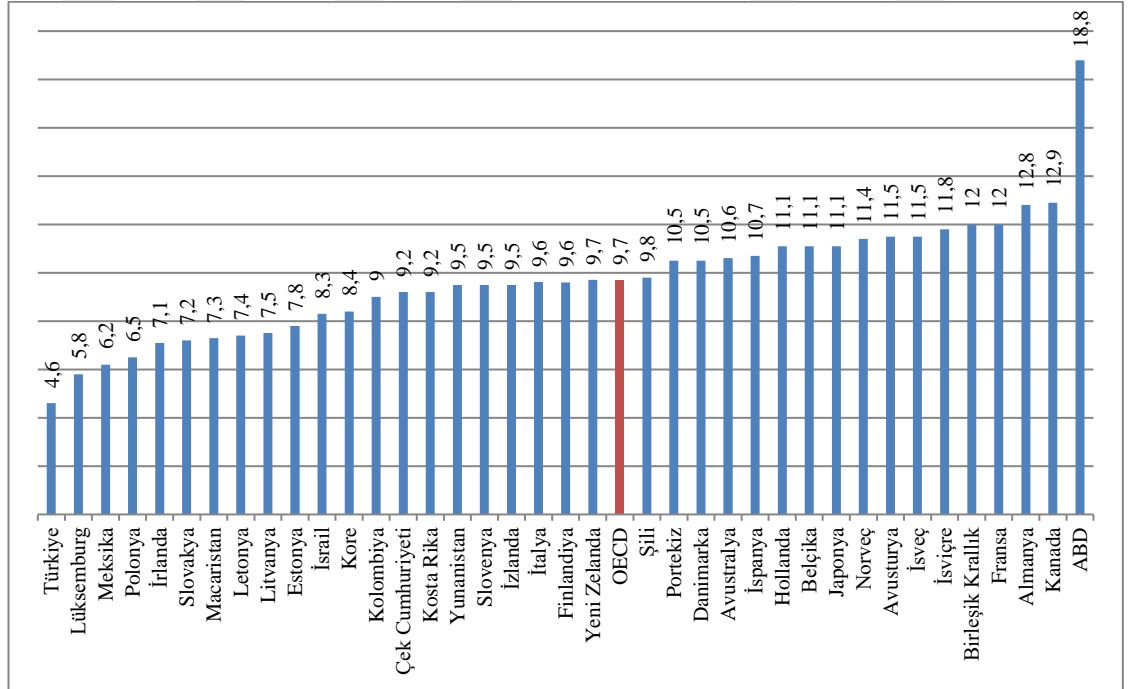
**Grafik 4. Satın Alma Gücü Paritesine Göre (SAGP) Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon \$) (2017)**



**Kaynak:** OECD Health Stat, 2021.

Grafikte OECD ülkelerinde 2017 yılında satın alma gücü paritesine göre toplam sağlık harcamaları milyon dolar bazında verilmiştir. ABD'nin 2017 verisine ulaşamadığı için 2016 yılı verisi kullanılmıştır. Grafiğe göre ABD'nin diğer OECD ülkelerini harcama konusunda geride bıraktığı görülmektedir. ABD'den sonra en yüksek sağlık harcaması Japonya ve Almanya'ya aittir. ABD'nin toplam sağlık harcaması ikinci en yüksek harcama kalemine sahip Japonya ile kıyaslandığında 5,56 kat fazla olduğu görülmektedir. En düşük harcama kalemine sahip ülkelerin ise; İzlanda, Estonya ve Letonya olduğu görülmektedir. 36 OECD ülkesinin SAGP'ye göre yaptığı sağlık harcamalarının ortalamasına bakıldığında ABD'nin diğer ülkelere kıyasla yapmış olduğu yüksek harcamalar ortalamayı yükselttiği görülmektedir. Türkiye'nin SAGP'ye göre yaptığı toplam sağlık harcaması 95,3 milyon \$ olduğu görülmektedir. ABD, Türkiye ile kıyaslandığında ise, ABD toplam sağlık harcamasının Türkiye toplam sağlık harcamasının 35 katı olduğu görülmektedir.

**Grafik 5. Toplam Sağlık Harcamaları ve Finansmanın GSYİH içindeki payı (%) (2020)**



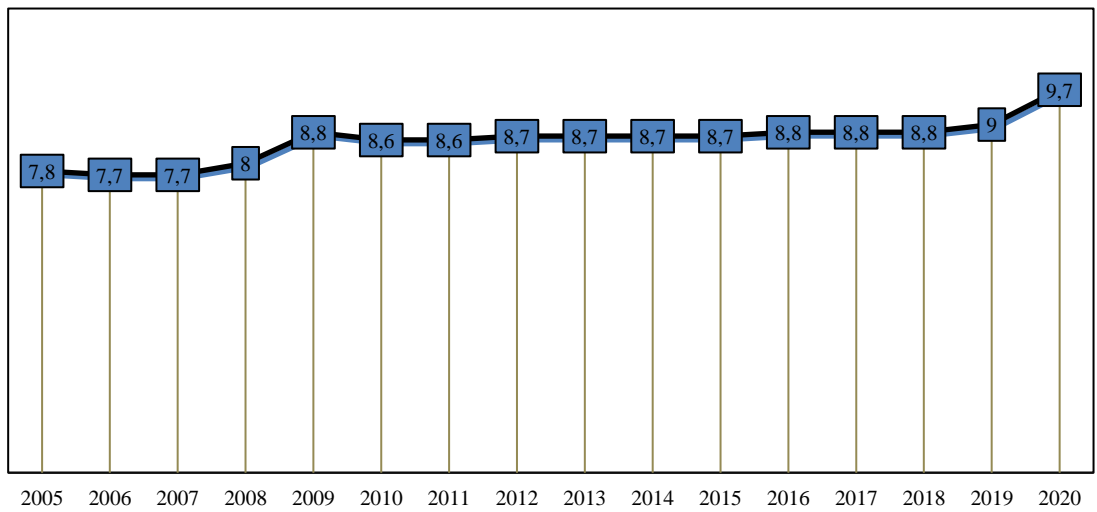
**Kaynak:** OECD Health Stat, 2023.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin GSYİH içinden sağlık harcamalarına ayırdığı pay en az %5 olmalıdır. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler bu oranı hedef haline getirmek durumundadır (OECD, 2014a).

Grafikte OECD ülkelerinin 2020 yılına ait toplam sağlık harcamaları ve finansmanının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı yüzde cinsinden gösterilmektedir. Bu ülkelerin GSYİH içinden sağlık harcamalarına ayırdıkları payın ortalamasının % 9,7 olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarının ekonomik gelişime etkisinin bilincinde olan ülkeler bu harcama kalemine daha fazla pay ayırmaktadır. ABD %18,8'lik pay ile en fazla kaynak ayıran ülkedir ve diğer OECD ülkelerini geride bıraktığı görülmektedir. 2. sırayı %12,9'luk pay ile Kanada takip etmektedir. Türkiye, % 4,5 oranı ile OECD ülkeleri arasında sağlığa harcamanın en az olduğu ülkedir ve OECD ortalamasının yarısından bile az bir pay ayırmasına sahiptir. Türkiye'yi en az kaynak ayıran ikinci ülke olarak %5,8 pay ile Lüksemburg ve sondan üçüncü ülke sıralamasında Meksika takip etmektedir.

Aşağıdaki şekilde yukarıdaki sağlık harcamalarının yıllara göre dağılımı gösterilmektedir.

### Şekil 3. OECD Ülkelerinde Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı (2005-2020)



**Kaynak:** OECD Health Statistics, 2021.

Grafikte 2005-2020 yılları arasında bazı OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüzdesel olarak ifade edilmiştir. Grafiğe göre genel olarak sağlığa ayrılan pay artış eğilimindedir. Sağlık harcamalarına ayrılan en düşük pay (%7,7) 2006-2007 yıllarında olduğu görülmektedir. En yüksek ayrılan pay (%9,7) ise 2020 yılına aittir. Sağlık harcamalarının kalkınma üzerindeki etkisinin bilincinde olan ülkeler sağlık harcamalarına daha fazla kaynak ayırmaktadır. Böylelikle kalkınma süreci hızlanmakta ve toplumun yaşam koşulları iyileştirilmektedir.

Ekonomik kalkınma açısından en önemli verilerden biri olan Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH), bir ülkede bir yılda gerçekleşen tüm yatırım, tüketim ve ihracatın parasal toplam değerini ifade etmektedir. 1990 ve 2000'li yılların başında sağlığa yapılan harcamalar, OECD ülkelerinin genel ekonomik büyüme hızından daha hızlı bir artış göstermekteydi. Buna paralel olarak GSYİH içindeki sağlığa yapılan harcamaların oranı sürekli bir artış göstermekteydi. 2008 yılında küresel çapta ekonomik krizin gerçekleşmesi ile sağlık harcamalarında kısmi bir dalgalanma yaşanmıştır. Devamında GSYİH'deki sağlık harcamaları payı, ekonomik büyüme ile paralellik göstermiş, son yıllarda ise biraz daha sabit kalmıştır (OECD, 2019).

**Tablo 3. Satın Alma Gücüne Göre Kişi Başına Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) (2016-2019)**

	2016	2017	2018	2019
Almanya	37 092	37 896	39 049	39 428
Avusturya	37 688	37 625	39 142	40 511
Belçika	35 115	35 678	36 811	38 063
Birleşik	30 813	31 677	32 220	32 742
Çekya	24 094	25 686	26 864	27 740
Danimarka	38 231	39 780	41 005	42 798
Estonya	22 094	23 192	24 708	26 112
Finlandiya	32 305	33 309	34 539	35 641
Fransa	31 473	32 041	33 028	34 690
Hollanda	36 869	38 907	40 534	41 023
İrlanda	41 867	43 943	46 331	47 611
İspanya	26 770	27 754	28 279	29 048
İsveç	36 299	37 034	37 725	38 762



İtalya	28 657	29 306	30 147	30 748
Letonya	19 087	20 043	20 979	21 717
Litvanya	21 343	22 810	24 378	25 709
Lüksemburg	50 239	50 705	51 360	51 974
Macaristan	19 469	19 844	21 236	22 698
Polonya	19 240	19 970	20 976	22 284
Portekiz	22 071	22 619	23 588	24 675
Slovakya	20 675	20 701	21 546	21 972
Slovenya	23 676	25 137	26 530	27 844
Yunanistan	19 558	19 970	20 301	21 032
<b>OECD</b>	<b>29 336</b>	<b>30 245</b>	<b>31 360</b>	<b>32 384</b>

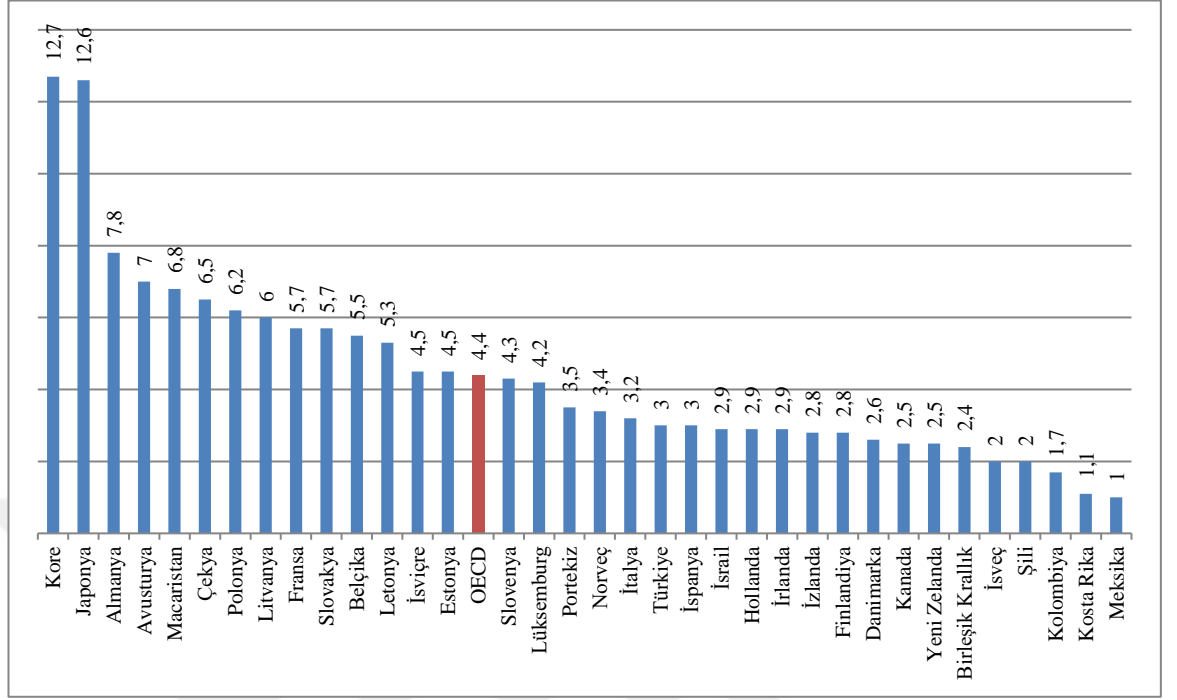
**Kaynak:** Eurostat, 2021.

Tabloda 2016-2019 yılları arasında 23 OECD ülkesine ait satın alma gücüne göre kişi başına düşen GSMH yıllık tutarları gösterilmiştir. Bu tutarlar genel olarak yıllara göre artış eğilindedir. Ülkelerin yaptıkları yatırımlardaki artışı göstermektedir. Ülkeler arasında her dört yıl içinde en yüksek tutar Lüksemburg'a aittir. Bunun nedeni Lüksemburg'un oldukça az nüfusa sahip olmasına (632.275) bağlayabiliriz. Yıllar bazında en düşük GSMH tutarları Yunanistan, Macaristan, Polonya ve Letonya'ya aittir. OECD ülkelerinde GSMH tutarları 2016 yılında 29.336 iken her sene ortalama yükselerek devam etmiş ve son olarak 2019 yılında 32.384 olmuştur.

### 3.3.1.2. OECD Ülkelerinin Sağlık Kuruluşları İle İlgili Göstergeleri

OECD ülkelerinin sağlık kurum ve kuruluşları ile ilgili göstergelerini belirtmek amacıyla bin kişiye düşen yatak ve hekim sayısı, toplam ve milyon başına düşen hastane sayısı verileri aşağıdaki grafik ve tablolarda verilmektedir.

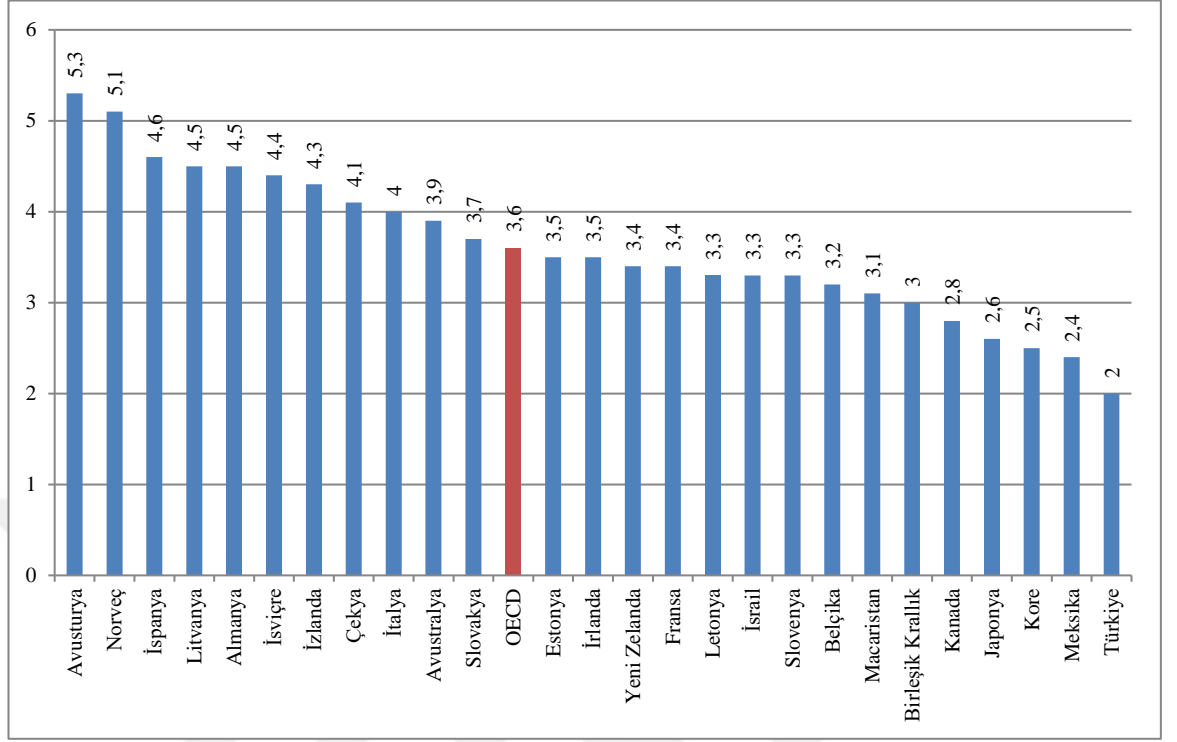
#### **Grafik 6. 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı (2020)**



**Kaynak:** OECD Health Stat, 2023.

Grafikte OECD ülkelerinde 2020 yılına ait bin kişi başına düşen yatak sayısı verilmektedir. Bu indeks ikinci basamak sağlık hizmetlerinin faaliyetlerinin değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin eksik kaldığı durumlardaki yatarak tedaviyi de kapsayan hizmetleri oluşturmaktadır (Loş, 2016, s. 102). OECD ortalaması binde 4,4 olarak verilmiştir. Türkiye bin kişi başına 3 yatak sayısı ile OECD ortalamasının gerisinde kaldığı görülmektedir. En yüksek yatak kapasitesine sahip olan ülke bin kişide 12,7 yatak sayısı ile Kore'ye aittir. Bu oranı sonrasında 12,6 ile Japonya takip etmektedir. Bu iki ülkenin yüksek oranlarının, OECD ortalamasını önemli ölçüde yükselttiği görülmektedir. En düşük oran ise bin kişi başına 1 yatak sayısı ile Meksika'ya aittir. Meksika'yı 1,1 ile Kosta Rika ve 1,7 ile Kolombiya takip etmektedir. 14 OECD ülkesi bu oranda ortalamanın üstünde yer almaktadır ve 21 ülkenin ise ortalamanın gerisinde kaldığı görülmektedir.

#### **Grafik 7. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı (2020)**



**Kaynak:** OECD Health Stat, 2023.

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doktor sayısında yetersizlik mevcuttur. Bu ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan pay yeterli miktarda olmadığı için sağlık alanında önemli sorunlarla karşılaşılmaktadır. Bunun yanında beslenme yetersizliği, yetersiz temiz su kaynakları ve bununla birlikte doktor yetersizliği gibi problemlerin de eklenmesi ile nüfustan beklenen yaşam süresinde düşüş yaşanacak ve ekonomik kalkınma aşamasında birtakım problemler meydana gelecektir (Sevim, 2019 s. 38).

Grafikte 2020 yılında bazı OECD ülkelerinde bin kişi başına düşen hekim sayısı verilmiştir. Kişi başına en fazla hekim düşen ülke binde 5,3 ile Avusturya'dır. Yunanistan'ı binde 5,1 oran ile Norveç takip etmektedir. OECD ülkelerinin ortalaması binde 3,3'tür. 10 ülke bu ortalamanın altında kalmaktadır ve 16 ülke ise bu ortalamadan yüksek orana sahiptir. Kişi başına en az hekim düşen ülke Türkiye'dir ve bin kişide 2 hekim sayısı ile OECD ülkeleri arasında en düşük paya sahiptir. En az paya sahip ikinci ülke 2,4 ile Meksika'dır. Sonrasında ise 2,5 oran ile Kore gelmektedir.

**Tablo 4. Toplam ve Bir Milyon Başına Düşen Hastane Sayısı (2018)**

<b>OECD Ülkeleri</b>	<b>Toplam Hastane Sayısı</b>	<b>Milyon Nüfus Başına</b>
Avusturya	379	42,87
Belçika	288	25,21
Kanada	1 263	34,08
Şili	605	32,27
Kolombiya	11 725	235,28
Çek Cumhuriyeti	410	38,57
Estonya	51	15,89
Finlandiya	365	66,17
Fransa	4 945	73,69
Avustralya	1 339	53,6
Kosta Rika	44	8,79
Almanya	4 636	55,92
Yunanistan	442	41,18
İzlanda	8	45,36
Macaristan	163	16,67
İrlanda	142	29,18
İsrail	128	14,41
İtalya	1 954	32,34
Japonya	15 686	124,05
Kore	5 738	111,19
Letonya	89	46,18
Litvanya	175	60,68
Lüksemburg	14	23,03
Meksika	4 629	36,94
Hollanda	626	36,33
Yeni Zelanda	218	44,49
Polonya	2 235	58,85
Portekiz	404	39,29
Slovakya	202	37,09
Slovenya	41	19,77
İspanya	1 352	28,89

İsviçre	383	44,98
Türkiye	2 939	36,1
ABD	10 672	32,66
Birleşik Krallık	1 910	40,11
<b>OECD Ortalaması</b>	<b>2.177</b>	<b>48,06</b>

**Kaynak:** OECD Health Stat, 2021.

Tabloda OECD ülkelerinde 2018 yılına ait toplam hastane sayısı ve milyon nüfus başına düşen hastane sayısı verilmektedir. Tablodaki toplam hastane sayısı özel ve kamu hastanelerini içermektedir. Toplam hastane sayısı en düşük olan ülke 8 ile İzlanda'dır fakat milyon nüfus başına 45,36 hastane düşmektedir. Bu durumun nedenini ise İzlanda'nın nüfus yoğunluğunun oldukça az olmasına bağlayabiliriz. Dünyanın en büyük ekonomilerinden biri olan ABD'de toplam hastane sayısı 10,672'dir ve bir milyon nüfus başına 32,66 hastane düşmektedir. Bu orana rağmen ABD, OECD ülkelerinin ortalamasından geri kalmaktadır. Japonya, 15,686 ile OECD ülkelerin arasından en yüksek hastane sayısına sahip ülkedir ve bir milyon nüfus başına düşen hastane sayısı 124,05'tir. Kalabalık bir nüfusa sahip olmasına rağmen bu oranı iyi korumaktadır ve OECD ülkeleri ortalamasından oldukça yüksek bir orana sahiptir. Türkiye ise 2,939 toplam hastane sayısı ile OECD ortalamasının üstünde yer almaktadır. Fakat bir milyon nüfus başına düşen hastane sayısı 36,1 ile ortalamanın gerisinde seyretmektedir.

### **3.3.1.3. OECD Ülkelerinin Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarıyla İlgili Göstergeleri**

Kamuya ait sağlık harcamaları, sosyal güvenlik kurumları, merkezi ve yerel yönetimler tarafından yapılmaktadır. Özel kesime ait sağlık harcamaları ise hane halkı tarafından yapılan cepten ödemeleri, kurumların personelleri için yaptıkları ödemeleri, gönüllü kurumların ödemeleri ve özel sağlık sigortası ödemelerini göstermektedir (Yurdadoğ, 2007, s. 594).

**Tablo 5. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%) (2017-2020)**

	2017	2018	2019	2020
--	------	------	------	------

<b>OECD Ülkeleri</b>	<b>K.</b>	<b>Ö.</b>	<b>K.</b>	<b>Ö.</b>	<b>K.</b>	<b>Ö.</b>	<b>K.</b>	<b>Ö.</b>
ABD	13,9	2,9	13,8	2,8	13,8	2,9	15,9	2,9
Birleşik Krallık	7,6	2,0	7,7	2,0	7,9	2,0	9,9	2,1
İsviçre	7,6	3,9	7,3	3,8	7,5	3,8	8,2	3,6
İspanya	6,3	2,6	6,3	2,7	6,5	2,7	7,8	2,9
Almanya	9,6	1,8	9,6	1,8	9,8	1,9	10,9	1,9
İsveç	9,1	1,6	9,3	1,7	9,2	1,6	9,9	1,6
Japonya	9,0	1,7	9,0	1,7	9,2	1,8	9,3	1,9
Danimarka	8,5	1,6	8,5	1,6	8,5	1,6	8,9	1,6
Fransa	9,4	1,9	9,3	1,9	9,3	1,8	10,3	1,9
Kanada	7,6	3,3	7,6	3,3	7,6	3,3	9,7	3,2
İzlanda	6,8	1,5	6,9	1,5	7,0	1,5	7,9	1,6
İtalya	6,4	2,5	6,4	2,3	6,4	2,3	7,3	2,3
Avusturya	7,7	2,7	7,7	2,6	7,9	2,6	8,8	-
Avustralya	7,0	3,1	7,0	3,1	7,4	2,9	7,6	3,0
Norveç	8,8	1,5	8,6	1,4	9,0	1,5	9,8	1,6
Finlandiya	7,0	2,2	7,0	2,1	7,1	2,0	7,6	2,0
Lüksemburg	4,3	0,8	4,4	0,8	4,6	0,7	5,0	0,7
İsrail	4,6	2,5	4,7	2,5	4,8	2,5	5,9	2,3
Kosta Rika	5,3	1,8	5,4	1,9	5,3	1,9	6,0	1,9
Belçika	8,3	2,4	8,3	2,5	8,1	2,6	8,8	2,3
Meksika	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	3,3	2,9

Kore	4,2	2,9	4,5	3,0	5,0	3,2	5,2	3,1
Macaristan	4,6	2,1	4,6	2,0	4,3	2,0	5,2	2,1
Yunanistan	4,9	3,2	4,8	3,3	5,0	3,1	5,9	3,6
Hollanda	8,3	1,9	8,2	1,8	8,4	1,8	9,5	1,7
Çekya	6,2	1,2	6,3	1,1	6,5	1,1	8,1	1,1
Kolombiya	5,9	1,8	5,9	1,7	6,3	1,8	7,1	1,9
Portekiz	5,7	3,6	5,8	3,6	5,8	3,7	6,8	3,7
Estonya	4,9	1,7	5,0	1,8	5,1	1,7	6,0	1,8
Şili	5,5	3,6	5,5	3,6	5,7	3,7	6,4	3,4
Letonya	3,4	2,5	3,7	2,5	4,0	2,6	4,7	-
Litvanya	4,3	2,2	4,4	2,1	4,6	2,4	5,3	2,2
İrlanda	5,2	1,9	5,1	1,8	5,0	1,7	5,6	1,5
Slovakya	5,4	1,4	5,4	1,3	5,5	1,4	5,8	1,4
Slovenya	5,9	2,3	6,0	2,3	6,2	2,3	6,9	-
Polonya	4,5	2,0	4,5	1,8	4,6	1,8	4,7	1,8
Yeni Zelanda	7,0	1,9	7,2	1,9	7,2	1,8	7,8	1,9
Türkiye	3,2	0,9	3,2	0,9	3,4	1,0	3,6	1,0

**Kaynak:** OECD (2023), Health Spending.

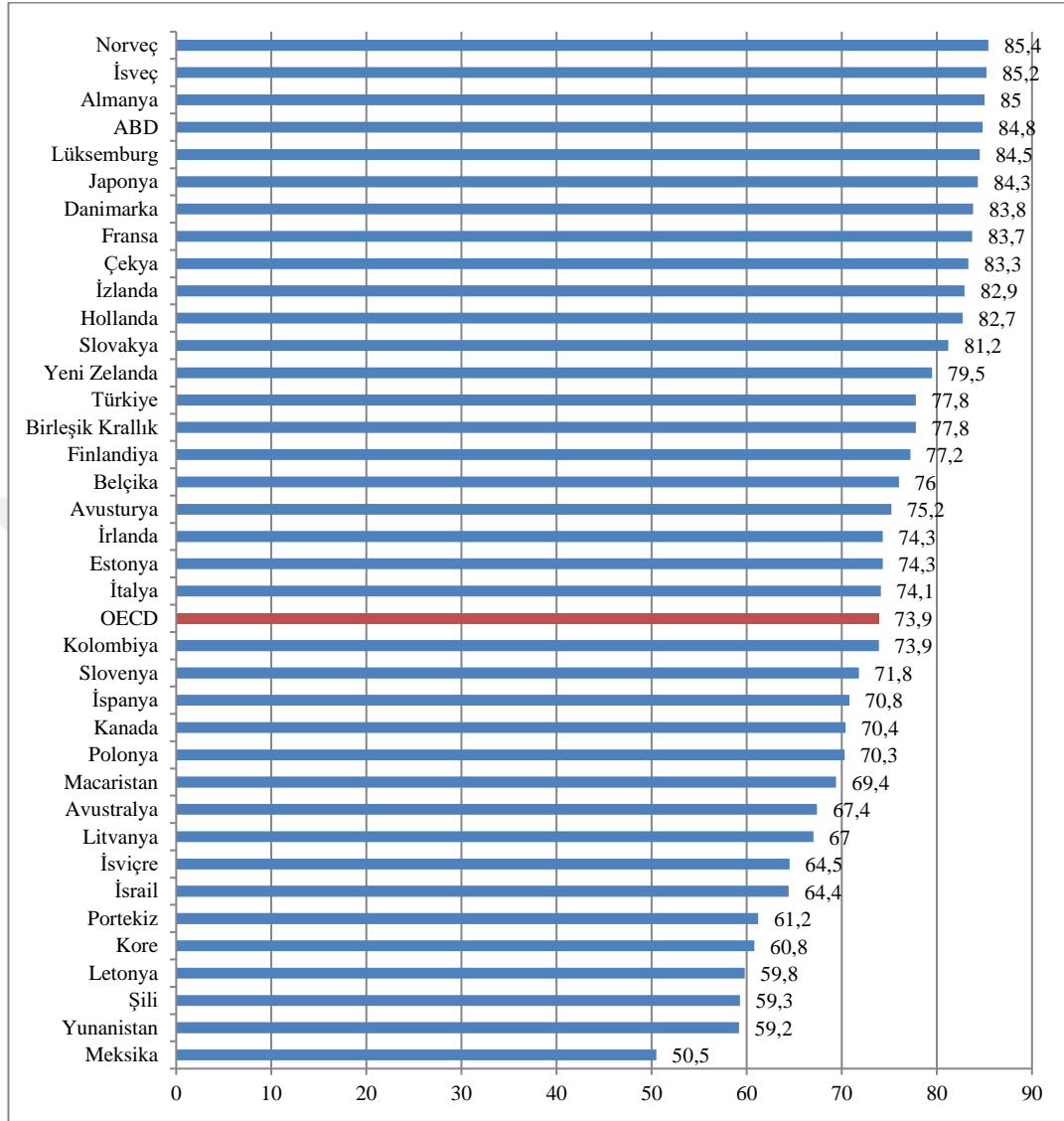
K: Kamu, Ö: Özel.

Tabloda OECD ülkelerinin 2017-2020 yılları arasındaki kamu ve özel sektör sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı verilmiştir. Tabloya göre GSYİH içindeki kamu sektörü payının en fazla olduğu ülke ABD olduğu görülmektedir. ABD 2017 yılında kamu harcamalarına %13,9'luk bir oran ayırmıştır. 2018 ve 2019 yılı için bu oran %13,8 ile sabit kalmıştır ve 2020 yılında %15,9 ile en yüksek seviyesine ulaşmıştır. ABD'nin özel sağlık harcamalarının oranlarına baktığımızda %2,9 ile 2017, 2019 ve 2020 yıllarında aynı oranlar bulunmaktadır. Kamu sağlık

harcamalarının GSYİH içindeki payı en yüksek olan ülkelerden biri Almanya'dır. 2017 yılında %,9,6'lık bir pay ayırdığı görülmektedir ve bu oran yıllara göre artış eğilimi göstermektedir. En yüksek kamu harcamalarına sahip olan bir diğer ülke Fransa'dır. Fransa 2017 yılında kamu harcamaları için %,9,4'lük bir pay ayırmıştır. Bu oran 2018 ve 2019 yıllarında %,9,3 ile sabit kalmıştır. 2020 yılında ise %,10,3 pay ayırarak en yüksek harcamasını yapmıştır. Meksika'nın oranlarına baktığımızda kamu ve özel sektör harcamaları arasında benzer oranlar görülmektedir. 2017 yılında kamu harcamalarına %,2,8'lik pay ayırdığı görülmektedir. 2018 ve 2019 yılları için bu oranın %,2,7'ye düştüğü görülmektedir. 2020 yılında ise bu oran artış göstererek %,3,3 olmuştur. Özel sektör oranları ise 2017 ve 2018 yılı için %,2,7, sonraki yıllarda artış göstererek 2019 yılında %,2,8 ve 2020 yılında %,2,9 olduğu görülmektedir. Meksika'nın OECD ülkeleri arasında en az sağlık harcamalarına pay ayıran ülke olduğu görülmektedir. Türkiye'nin 2017 yılı kamu harcaması %,3,2'dir. Bu oran 2018 yılı sonrasında artış eğilimi göstermektedir. Türkiye'nin özel sektör sağlık harcamalarına baktığımızda 2017 ve 2018 yılında %,0,9'luk bir paya sahip olduğu görülmektedir. 2019 ve 2020 yılları için bu oran artış göstererek %,1 olmuştur. Meksika'nın ve Türkiye'nin her iki harcama kaleminin de diğer birçok OECD ülkesinin oranlarından geride olduğu görülmektedir. Bir başka durum ise tablodaki seçili OECD ülkelerinin GSYİH içindeki kamu sektörüne ait sağlık harcamalarına özel sektör sağlık harcamaları oranından daha fazla pay ayırdıkları anlaşılmaktadır.

**Grafik 8. Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2019)**





**Kaynak:** OECD Health Stat, 2021.

Dünya Bankası verilerine göre Türkiye birçok ülkeye kıyasla daha yüksek kamu harcamalarına sahiptir. Bu durum Türkiye'nin kamuya dayalı sağlık hizmetlerine daha ağırlık verdiğini göstermektedir (World Bank, 2014; Özer vd, 2015, s. 75).

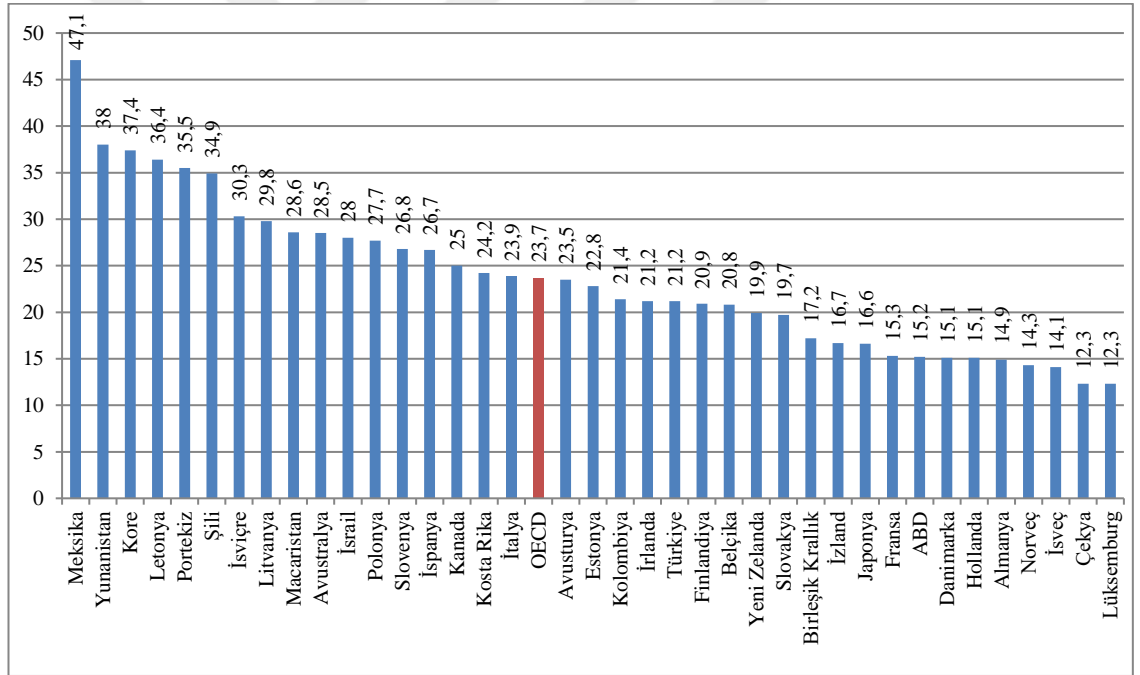
Grafikte 2019 yılında OECD ülkelerinin kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde cinsinden ifade edilmiştir. Buna göre kamu sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke %85,4 ile İsveç'tir. Arkasından %85,2 ile ABD gelmektedir. Bu payın en az olduğu ülke %50,5 ile Meksika'dır. Arkasından

%59,2 ile Yunanistan ve %59,3 ile Şili gelmektedir. OECD'nin ortalaması %73,9'dur. Türkiye 77,8 ile bu ortalamadan daha yüksek bir yüzdeye sahiptir.

### 3.3.1.4. OECD Ülkelerinin Gönüllü Sağlık Harcamalarıyla İlgili Göstergeleri

Özel sağlık harcamaları, gönüllülük çerçevesinde, bireylerin istek ve ihtiyaçlarını kendilerinin ödemeleri ile gerçekleştirdikleri bir harcama yöntemidir. Gönüllü özel sigortalar, bireylerin kendi primlerini ödedikleri ve kar amacı esasına dayanan özel kurumlardır (Eurostat, 2021). Gönüllü sağlık harcamalarına ilişkin göstergeler aşağıdaki gibidir.

**Grafik 9. Gönüllü Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2020)**

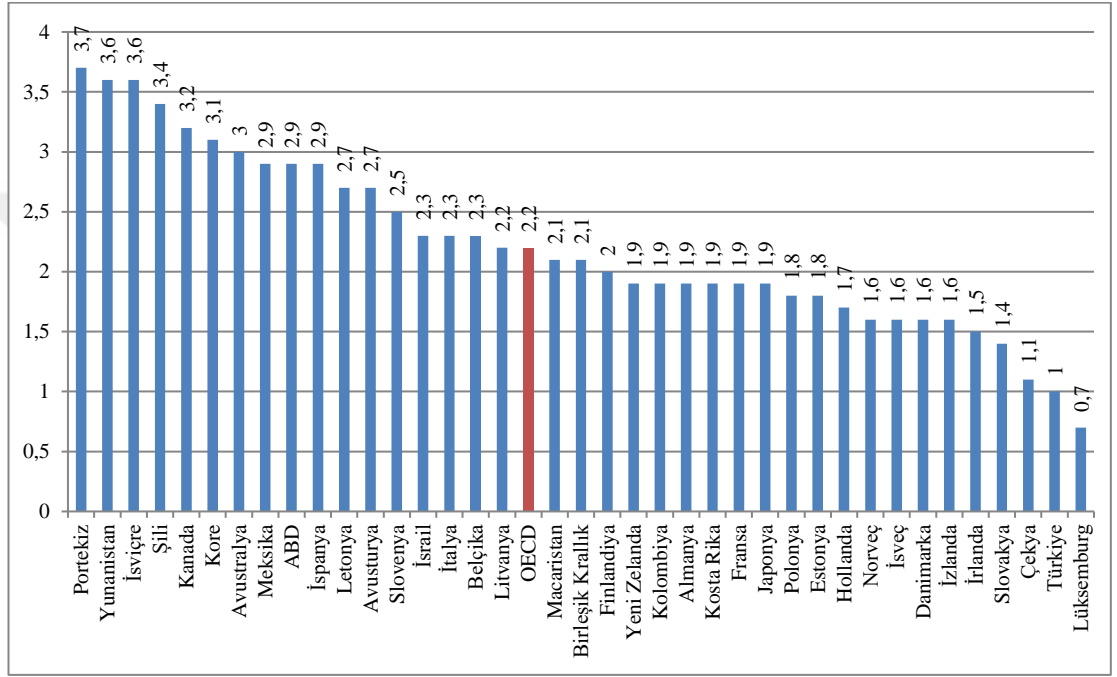


**Kaynak:** OECD Health Stat, 2023.

Grafikte OECD ülkelerinin 2020 yılına ait gönüllü sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde cinsinden verilmiştir. Grafığe göre en fazla toplam sağlık harcaması içinde gönüllü sağlık harcaması yapan ülke %47,1 ile Meksika'dır. Meksika'yı %38 ile Yunanistan ve %37,4 ile Kore takip etmektedir. En düşük harcama kalemi %12,3'lük ayırdığı pay ile Lüksemburg'a aittir. Norveç'i sırasıyla Çek Cumhuriyeti (%12,3) ve İsveç (%14,1) takip etmektedir. 2020 yılındaki gönüllü sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı 38 OECD

ülkesinde %23,7 olduğu görülmektedir. 17 ülke bu ortalamamanın üzerinde yer alırken 21 ülke ise ortalamamanın altında kalmaktadır. Türkiye'nin ise 38 OECD ülkesi arasından 22. sırada yer aldığı görülmektedir. Gönüllü sağlık harcamalarına ayırdığı pay %21,2'dir ve OECD ülkeleri ortalamasının altında yer almaktadır.

**Grafik 10. Gönüllü Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%) (2020)**



**Kaynak:** OECD Health Stat, 2023.

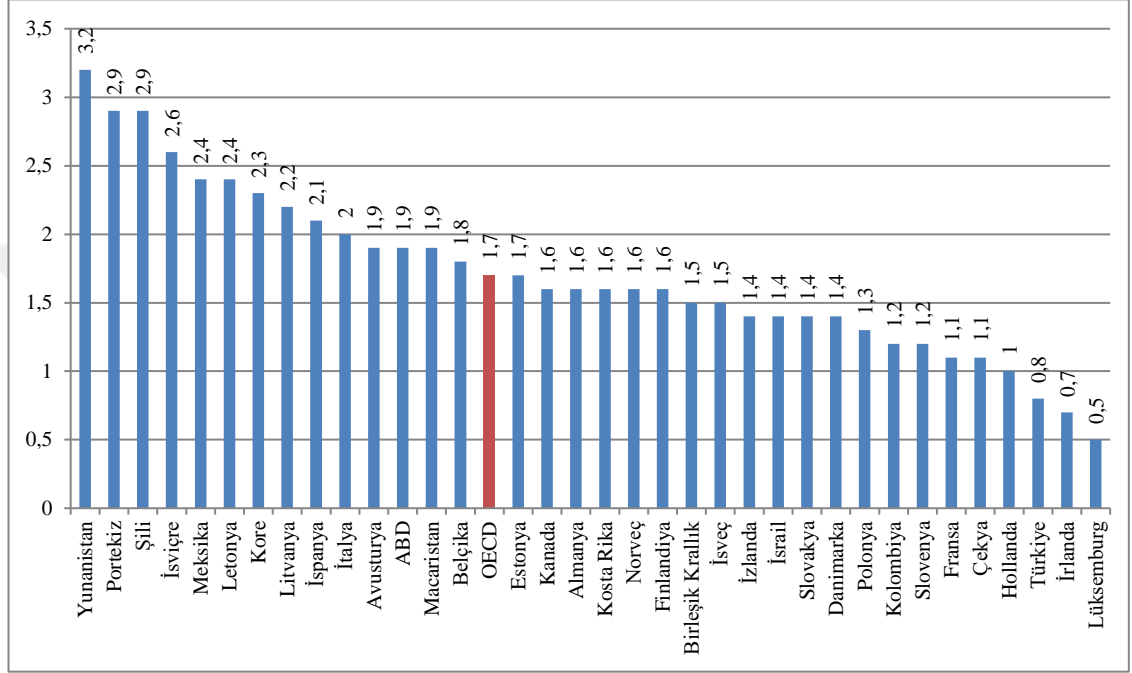
Grafikte 2020 yılında gönüllü sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüzde cinsinden ifade edilmiştir. Portekiz %3,7'lik oranı ile en fazla gönüllü sağlık harcaması yüzdesine sahip olan ülke konumundadır. Ardından en çok pay ayıran ülkeler olarak %3,6 oranları ile Yunanistan ve İsviçre gelmektedir. En az gönüllü sağlık harcamasına GSYİH içinden pay ayıran ülke %0,7 ile Lüksemburg'tur ve OECD ülkelerinin en sonunda yer almaktadır. Türkiye ise Lüksemburg'tan sonra en az harcama yapan ikinci ülke (%1) konumundadır. OECD ülkelerinin ortalaması 2,2 olduğu görülmektedir. 23 ülke bu oranda ortalamamanın altında yer alırken 15 ülke ise ortalamamanın üstünde bir yüzdeliğe sahip olduğu görülmektedir.

### 3.3.1.5. OECD Ülkelerinin Cepten Sağlık Harcamalarıyla İlgili Göstergeleri

Bireylerin sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmak amacı ile direkt olarak kendi ceplerinden yaptıkları sağlık harcamalarına cepten ödeme

denilmektedir. Cepten ödeme yöntemi sağlık harcamalarının değerlendirilmesinde kullanılan göstergelerden biridir. Cepten ödenen sağlık harcamalarına ait harcama indeksleri aşağıda grafikte verilmiştir (Çetintürk, 2019, s. 107).

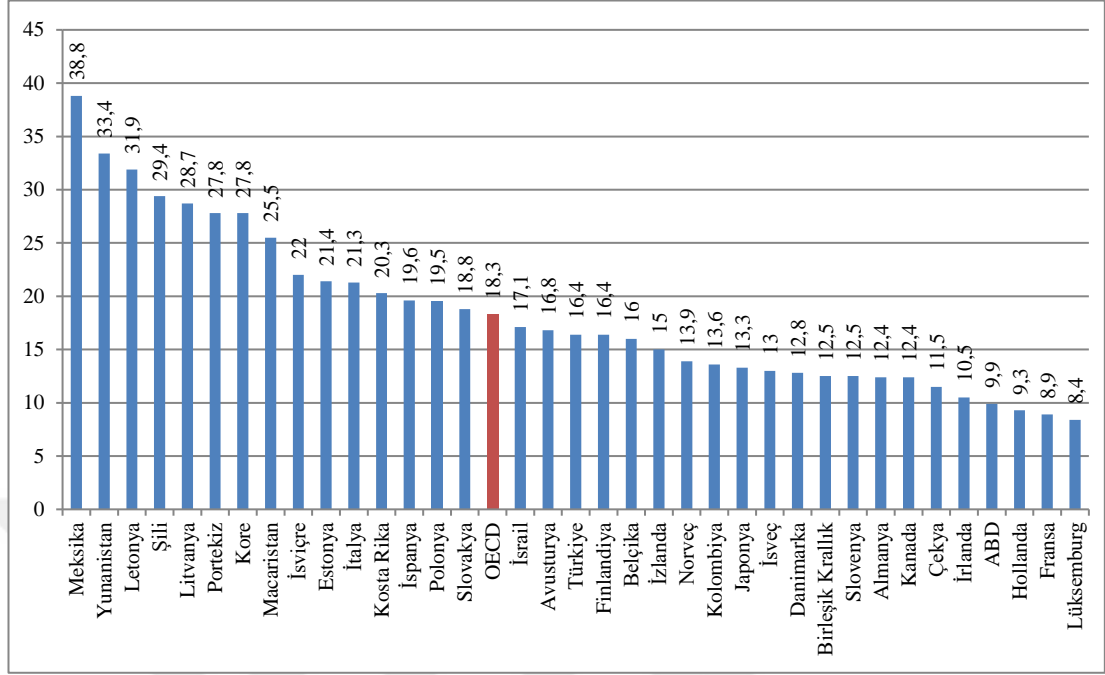
**Grafik 11. Cepten Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı (%) (2020)**



**Kaynak:** OECD Health Stat, 2023.

Grafikte 2020 yılında 35 OECD ülkesine ait cepten sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüzde cinsinden verilmiştir. Buna göre en yüksek ayrılan pay %3,2 ile Yunanistan'a aittir. Sonrasında %2,9 pay ile sırasıyla Portekiz ve Şili gelmektedir. 35 OECD ülkesinin bu payda ortalaması %1,7'dir. 14 OECD ülkesi ortalamanın üstünde bir orana sahipken 21 ülke ortalamanın altında kalmaktadır. Lüksemburg %0,5'lik ayırdığı pay ile bu listede son sırada yer almaktadır. Lüksemburg'u sondan ikinci sırada %0,7'lik oran ile İrlanda takip etmektedir. Türkiye'nin ise %0,8'lik oranı ile 35 OECD ülkesinin arasında 33. sırada yer aldığı görülmektedir.

**Grafik 12. Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (2020)**



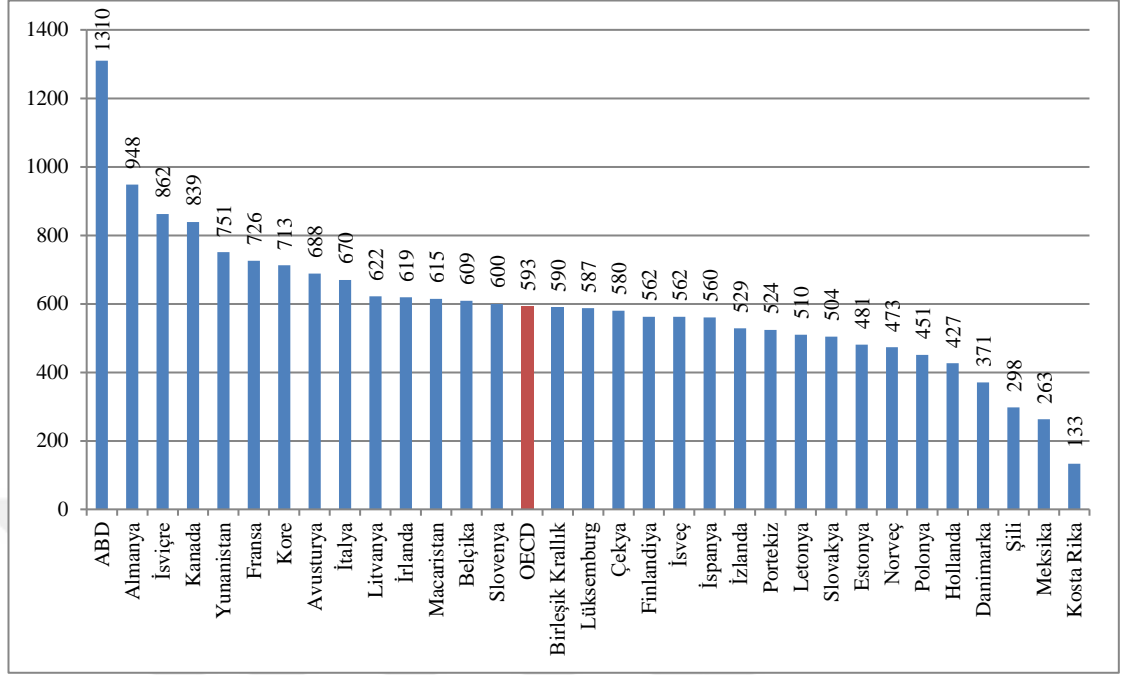
**Kaynak:** OECD Health Stat, 2023.

Grafikte 2020 yılında 36 OECD ülkesine ait cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde cinsinden verilmektedir. Buna göre en yüksek cepten harcama payı %38,8 ile Meksika'ya aittir. Ardından %33,4 ile Yunanistan ve %31,9 ile Letonya takip etmektedir. En az cepten sağlık harcama yüzdesine sahip ülke (8,4) Lüksemburg'dur. Sonrasında da %8,9 oran ile Fransa takip etmektedir. OECD'nin ortalaması %18,3'tür. 15 ülke ortalamamanın üstünde bir paya sahipken 21 ülke ise ortalamamanın altında bir orana sahiptir. Türkiye ise OECD ülkelerinin ortalamasından altında yer almaktadır ve %16,4'lük bir orana sahiptir.

### 3.3.1.6. OECD Ülkelerinin İlaç Harcamalarıyla İlgili Göstergeleri

OECD ülkelerine ait ilaç harcamaları genel anlamda toplam sağlık harcamaları içinden ortalama beşte birlik payı oluşturmaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucunda yaşlanan nüfusun artışı ve piyasaya yeni çıkan ilaçların pahalı olması ilaç kullanımını artıran en mühim faktörler arasında yer almaktadır (Özer vd., 2015, s. 78). İlaç harcamaları ile ilgili harcama göstergeleri aşağıda verilmiştir.

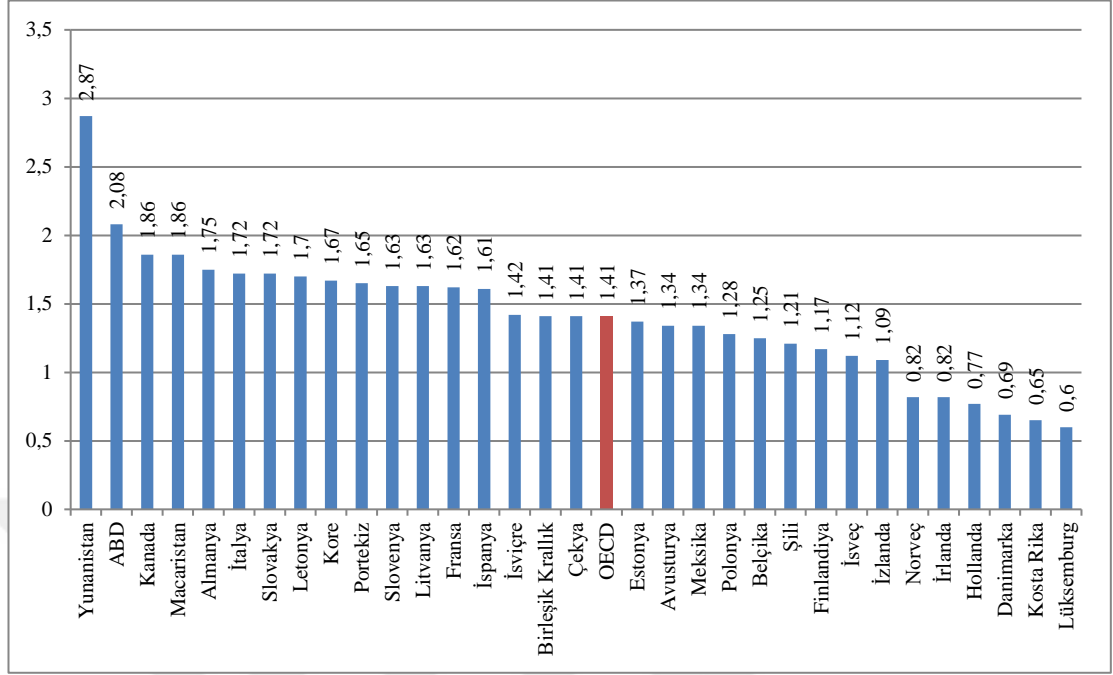
### Grafik 13. Kişi Başına Düşen İlaç Harcamaları (\$) (2020)



**Kaynak:** OECD Health Stat, 2023.

Grafikte 2020 yılında 32 OECD ülkesine ait kişi başına düşen ilaç harcamaları dolar cinsinden verilmiştir. En çok ilaç harcaması yapan OECD ülkesi açık ara ABD (1310 dolar)'dir. Sonrasında 948 dolar ile Almanya ve 862 dolar ile İsviçre takip etmektedir. OECD ortalaması bu harcama kaleminde 593 dolardır. 14 ülke bu ortalamanın üstünde bir harcamaya sahipken 18 ülke ise ortalamasının altında yer almaktadır. En az harcamaya sahip ülke 133 dolar ile Kosta Rika'dır. Kosta Rika'yı 263 dolar ile Meksika takip ettiği görülmektedir.

#### **Grafik 14. İlaç Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%) (2020)**



**Kaynak:** OECD Health Stat, 2023.

Grafikte 2020 yılında 32 OECD ülkesine ait ilaç harcamalarının GSYİH içindeki payı yüzde cinsinden gösterilmiştir. Buna göre GSYİH içinden ilaç harcamasına en fazla pay ayıran ülke %2,87 ile Yunanistan'dır. İkinci en fazla pay ayıran ülke %2,08 ile ABD'dir. OECD ülkelerinin ortalaması %1,41 olduğu görülmektedir. 17 ülke ortalamanın üzerinde bir yüzdeliğe sahipken kalan 15 ülke ise ortalamanın altında yer almaktadır. Lüksemburg GSYİH içinden en az ilaç harcamasına pay ayıran ülkedir ve %0,60'lık bir paya sahiptir. Ardından sırasıyla %0,65 ile Kosta Rika ve %0,69 ile Danimarka'nın geldiği görülmektedir.

### 3.3.1.7. OECD Ülkelerinin Yaşam Süresi İle İlgili Göstergeleri

Doğumda ve doğumdan itibaren bir yıl içinde gerçekleşen ölümler bebek ölümü olarak kabul edilmektedir. 1 ile 5 yaş arasında gerçekleşen ölümler ise çocuk ölümü olarak kabul edilmektedir. Bu ölümlerin temel nedenleri sağlık hizmetlerindeki ve beslenmedeki yetersizlikler olarak öngörülmektedir. Bebek ve çocuk ölüm oranlarının yüksek olduğu toplumlarda doğurganlık oranı artmakta; bu durum ise yoksul ailelerin çocuklarına eğitim ve sağlık imkanı verememelerine yol açmaktadır (Karagül, 2002: 66; Sachs, 2001: 30).

**Tablo 6. 1000 Canlı Doğum Başına Bebek Ölümü (2020)**

<b>OECD Ülkeleri</b>	
Estonya	1,4
Norveç	1,6
Finlandiya	1,8
Japonya	1,8
Slovenya	2,2
Çekya	2,3
İtalya	2,4
Portekiz	2,4
İsveç	2,4
İsrail	2,5
Kore	2,5
İspanya	2,6
Litvanya	2,8
İzlanda	2,9
İrlanda	3
Avusturya	3,1
Almanya	3,1
Avustralya	3,2
Danimarka	3,2
Yunanistan	3,2
Belçika	3,3
Macaristan	3,4



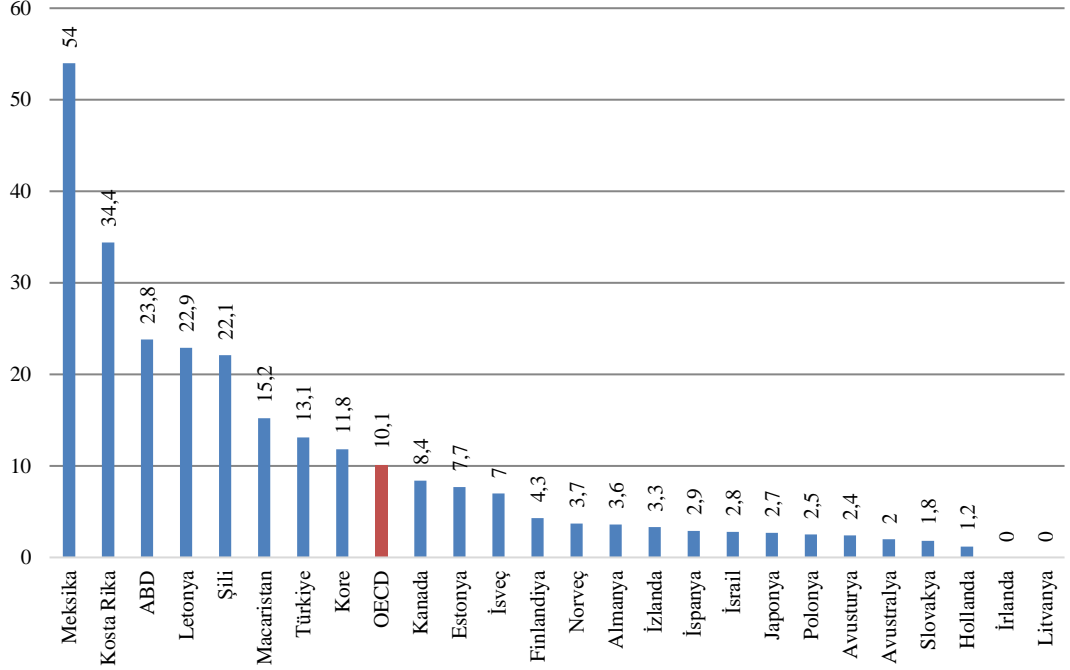
Letonya	3,5
Fransa	3,6
Polonya	3,6
İsviçre	3,6
Birleşik Krallık	3,6
Hollanda	3,8
<b>OECD Ortalaması</b>	<b>4,1</b>
Yeni Zelanda	4,3
Kanada	4,5
Lüksemburg	4,5
Slovakya	5,1
ABD	5,4
Şili	5,6
Kosta Rika	7,9
Türkiye	8,5
Meksika	13,8
Kolombiya	16,8

**Kaynak:** OECD Health Stat, 2023.

Tabloda 2020 yılında OECD ülkelerinde her 1000 canlı doğumda gerçekleşen bebek ölüm oranı verilmiştir. Yeni Zelanda'nın güncel verisine ulaşamadığı için 2018 yılına ait verisi kullanılmıştır. En az bebek ölüm oranı binde 1,4 ile Estonya'ya aittir. Arkasından binde 1,6 bebek ölüm oranı ile sırasıyla Norveç ve 1,8 ile Finlandiya gelmektedir. En fazla ölüm oranı binde 16,8 ile Kolombiya gerçekleşmektedir. OECD ülkelerinin 2020 yılı için bebek ölümlerinin ortalaması binde 4,1'dir. Türkiye'de gerçekleşen ölüm oranı binde 8,5 ile sıralamada sondan ikinci sırada yer almaktadır. Bu oranın OECD ülkelerinin ortalamasının gerisinde

kaldığı görülmektedir. 28 ülkenin OECD ortalamasının üstündedir ve 10 ülkenin ise bu ortalamanın altında kaldığı görülmektedir.

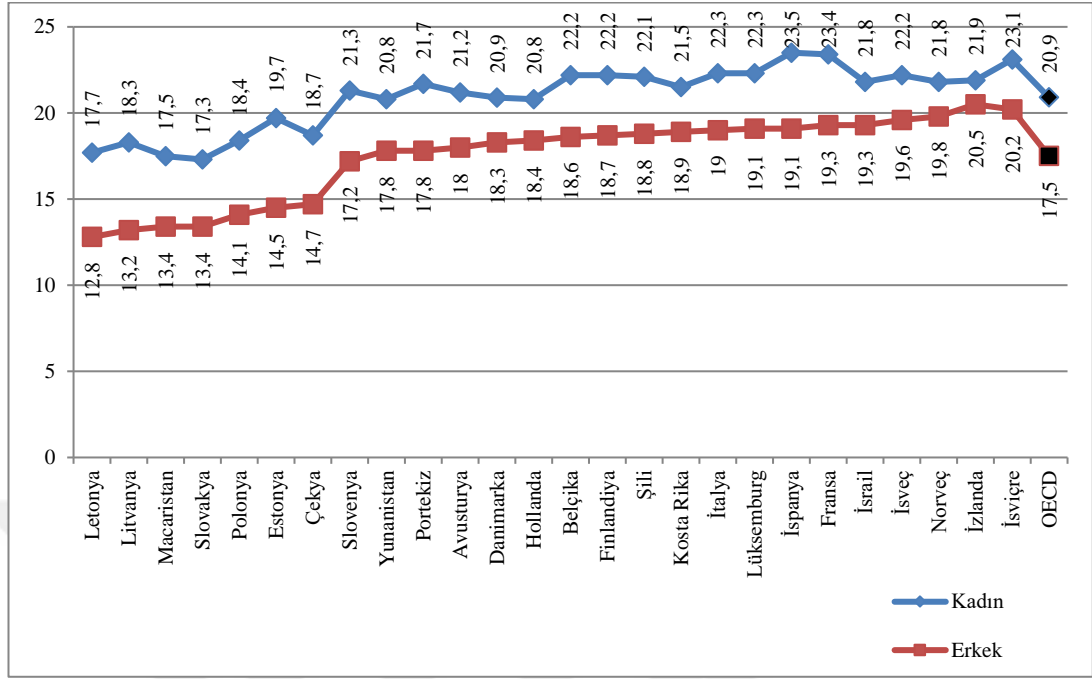
**Grafik 15. 100 000 Doğum Başına Anne Ölümü (2020)**



**Kaynak:** OECD Stat, 2023.

Grafikte 2020 yılında seçili OECD ülkelerinde yüz bin doğumda gerçekleşen anne ölümlerinin sayısı verilmiştir. Grafığe göre 2020 yılında İrlanda ve Litvanya'da hiç anne ölümü yaşanmamıştır. En düşük ölüm oranına sahip ülkelerden biri binde 1,2 ile Hollanda ve binde 1,8 ile Slovakya'dır. En yüksek anne ölüm oranına sahip ülke yüz binde 54 anne ölüm sayısı ile Meksika'dır. Sonrasından binde 34,4 ölüm ile Kosta Rika ve binde 23,8 ile ABD takip etmektedir. OECD'nin 2020 yılında yüz bin doğumda gerçekleşen anne ölümlerinin ortalaması 10,1'dir. 25 OECD ülkesinin yer aldığı bu grafikte ortalamanın 10,1 olduğu görülmektedir. 8 OECD ülkesi ortalamadan yüksek ölüm oranlarına sahipken geri 17 ülke ise ortalamadan düşük ölüm oranına sahiptir. Bu ortalama gerisinde kalan ülkelerden biri de Türkiye olduğu görülmektedir. Türkiye'de yüz binde 13,1 anne ölümü gerçekleşmiştir.

**Grafik 16. 65 Yaşında Beklenen Ortalama Yaşam Süresi (2021)**



**Kaynak:** OECD (2023), Life Expectancy At 65.

65 yaşında beklenen ortalama yaşam süresi, yaşa ait ölüm oranlarının sabit olarak varsayıldığında, o yaştaki bireylerin yaşamasının beklenebileceği ortalama yıl sayısını ifade etmektedir. OECD ülkelerinde son on yılda olduğu gibi oranların düşüyorsa, gerçek yaşam süreleri, mevcut ölüm oranları kullanılarak hesaplanan yaşam beklentisinden daha yüksek olacaktır. Yaşam beklentisini hesaplamakta kullanılan metodlar ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir (OECD, 2020).

Grafikte 2021 yılında 26 OECD ülkesine ait 65 yaş ve üzeri ortalama yaşam süresi kadın ve erkek olarak verilmiştir. Grafiğe göre kadınların erkeklerden daha uzun yaşadığı görülmektedir. 65 yaş ve üzeri kadın ve erkek ortalama yaşam süresinin en az olduğu ülke Letonya'dır. Letonya'da 65 yaş üstü kadınlarda beklenen yaşam süresi 17,7, erkekler için ise 12,8 olduğu görülmektedir. En düşük ikinci orana sahip ülke 18,3 kadın ve 13,2 erkek ile Litvanya'dır. 65 yaşında beklenen en yüksek yaşam süresi 23,1 kadın ve 20,2 erkek oranları ile İsviçre'ye aittir. Diğer bir en fazla olan ülke 21,9 kadın ve 20,5 erkek oran ile İzlanda'dır. OECD ortalamasının 20,9 kadın ve 17,5 erkek oranında yer aldığı görülmektedir.

OECD ülkeleri kendi içlerinde, ekonomik gelişmişlik düzeyleri, sosyal şartları, siyasi değerleri, hastalık yapıları ve kurumsal düzenleri bakımından önemli

düzeyde değişiklik göstermektedir. Ülkeler, bir yılda kişi başına düşen gelir düzeyi bakımından, birkaç yüz dolardan, yirmi bin dolara ya da daha fazla miktara kadar farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde, canlı doğan çocukların yarısı beş yaşından önce ölebilmekteyken bazı ülkelerde çocuk ölümü çok seyrek olabilmektedir. Hekimlerin, 10.000 veya 20.000 kişi başına bir hekim düşecek kadar az olduğu birçok ülke bulunduğu gibi, birkaç yüz nüfus başına bir hekimin düştüğu ülkeler de bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021, s. 76).

#### **3.4. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Kalkınma Değerlendirmesi**

Beceren ve arkadaşlarına göre, bir ülkenin sağlık için yaptığı harcamalar o ülkenin ekonomisinin büyüklüğüyle ilişkilidir (Beceren vd., 2021, s. 4). Bir toplumun sağlık harcamaları ile ekonomik gelişme seviyesi arasında yakın ve karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Belirli bir ekonomik gelişme gösterebilmiş toplumlar sağlık için daha fazla kaynak ayırmaktadır. Böylece sağlık harcamalarının artması ekonomik gelişmişliği de artırmaktadır (Hamzaoğlu, 2009, s. 27).

Ülkelerin sağlık harcamalarına yatırım yapması, beşeri sermayeye, sonrasında da gelir ve refah düzeyine doğrudan etki edecektir (Arslan vd, 2016; Bloom, 2004; Caner, 2011; Taban, 2006; Wang, 2015). Sağlık sektörüne yapılan yatırımlar teknolojik gelişmeyi sağlamakta, teknolojik gelişmeler de ekonomik büyümeyi ve sonuç olarak ekonomik kalkınmayı sağlamaktadır. Sağlığa yapılan yatırımların sonucunda ekonomik kalkınmanın gerçekleşmesinin bilincinde olan ülkeler, bu yatırımlara daha fazla önem vermekte ve kaynak ayırmaktadır.

Ekonomik kalkınmanın ölçülmesi için birtakım göstergeler bulunmaktadır. İnsani gelişmişlik düzeyi bu ölçüm için önemli göstergeler arasında yer almaktadır. UNDP'nin oluşturduğu İGE raporuna göre OECD ülkelerinin gelişmişlik düzeylerine baktığımızda Norveç ve İsviçre çok yüksek insani gelişmişlik düzeyinin ilk sıralarında yer almaktadır. Kolombiya ve Meksika orta düzeyde insani gelişme seviyesine sahip ülkelerdir ve listenin sonunda yer almaktadır. Türkiye OECD ülkelerinin ortalamasının altında kalmasına rağmen yüksek insani gelişme düzeyine sahip ülkeler arasında yer almaktadır. Bu endeks sonucunda dünyada ilk sırayı

Norveç, İsviçre, İrlanda gibi ülkeler alırken Türkiye 59. sırada yer almaktadır. Bu nedenle kalkınmışlık bakımından Türkiye'nin orta seviyelerde olduğu yorumu yapılabilir. Elde edilen bu sonuç Altıntaş (2012) çalışması ile uyumludur.

Ekonomik kalkınmanın ölçülmesinde kullanılan bir diğer gösterge dünya mutluluk raporudur. Ekonomik kalkınmanın sosyal bir göstergesi olarak kabul edilen dünya mutluluk raporuna göre dünyanın en mutlu ülkesi Finlandiya'dır. Finlandiya'dan sonraki en mutlu ülkeler sırasıyla Danimarka ve İsviçre'dir. OECD ülkelerine ait mutluluk ortalaması 6693'tür. Türkiye'nin OECD ülkeleri arasında en mutsuz ülke olduğu görülmektedir. Rapordaki 146 ülke arasından ise 112. sırada yer almaktadır (World Happiness Report, 2022).

Kalkınma faktörü açısından sosyal göstergeler dışında nitel göstergeler de bulunmaktadır. GSYİH'nin kalkınmanın belirlenmesi açısından önemli bir gösterge olduğu kabul edilmektedir. OECD ülkelerinin GSYİH içindeki sağlık harcamalarına baktığımızda en fazla harcama oranına Norveç'in sahip olduğu görülmektedir. Norveç bu yüzdelerden en fazla payı hastane hizmetlerine (%5,2) ve ayakta bakım hizmetlerine (%2) ayırmaktadır. GSYİH içinde en az sağlık harcaması yapan ülkesi ise İsviçre'dir. Hastane Hizmetlerine %1,7 ve ayakta bakım hizmetlerine ise %0,2'lik bir pay ayırdığı görülmektedir.

Bir ülkedeki hem kamusal hem de özel nitelikteki sağlığa yapılan harcamaları bize kişi başına düşen sağlık harcamaları göstermektedir. OECD ülkelerinde kişi başına düşen en az sağlık harcaması Meksika'ya aittir. OECD ortalaması 4086,47 \$ iken Meksika 1133,00 \$ ile listenin son sırasındadır. Meksika'yı ise bir sonraki en düşük tutar olarak 1266,90 \$ ile Türkiye takip etmektedir. Türkiye ve Meksika liste sonunda yer almaları ve en az harcama miktarlarına sahip olmaları açısından birbiriyle benzerlik göstermektedir. ABD diğer ülkelerle karşılaştırıldığında yüksek bir harcama miktarına sahip olduğu görülmektedir. Kendine en yakın harcama miktarına sahip olan İsviçre'dir fakat ABD'nin oldukça gerisinde kaldığı görülmektedir. ABD'nin bu yüksek harcama payı OECD ortalamasını da etkilemektedir.

Satın alma gücü paritesine göre toplam sağlık harcamalarının miktarına baktığımızda, OECD ülkeleri arasında en fazla ayrılan ülke ABD'dir. Diğer ülkelere kıyasla oldukça yüksek harcama payı bulunmaktadır. Kendine en yakın OECD ülkesi olan Japonya'dan 5,56 kat fazla harcama payı bulunmaktadır ve diğer ülkeleri oldukça gerisinde bıraktığı görülmektedir. SAGP cinsinden en az toplam sağlık harcamasına sahip olan OECD ülkesi İzlanda'dır. Türkiye'nin ise OECD ortalamasından geride kaldığı görülmektedir. Türkiye'nin en benzer olduğu ülkelerin yakın oranlara sahip olduğu Avustralya ve Hollanda olduğu görülmektedir.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça GSYİH içinden sağlık harcamalarına ayırdıkları payın artış gösterdiği görülmektedir (Kılıç, 2008, 85). Sağlığa yapılan toplam harcamaların ve finansmanın GSYİH içindeki payı yüzde cinsinde değerlendirildiğinde OECD ülkeleri ortalama %9,7'lik bir paya sahip olduğu görülmektedir. Türkiye bu listede OECD ülkeleri arasında sonuncudur ve %4,4'lük oranı ile GSYİH içinden en az pay ayıran ülkesidir. Listenin son ülkesi olarak yer almaktadır. Toplam sağlık harcamaları ve finansmanın GSYİH içindeki payına baktığımızda ABD'nin %17'lik payı ile diğer ülkelere kıyasla açık ara en çok ödenek ve pay ayırdığı ülke olduğunu söyleyebiliriz. ABD'nin ardından ona en yakın en fazla pay ayıran OECD ülkesi %12,9 ile Kanada'dır. Wang (2015) çalışmasında, sağlık harcamalarını artırmanın ekonomik büyümeye olumlu etki sağlayacağı sonucuna ulaşmıştır. Buna göre sağlık harcamalarına önem veren ülkelerin ekonomik büyüme ve kalkınmada olumlu sonuçlar alacağı bir gerçektir.

OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payını yıllara göre dağılımını incelediğimizde ülkelerin bu harcama kalemine giderek daha fazla yatırım yaptığını söyleyebiliriz. 2020 yılına ait güncel ayrılan pay %9,7 olarak görülmektedir. Sağlık harcamalarının öneminin bilincinde olan ülkeler bu harcamalara gittikçe daha fazla önem vermeye ve pay ayırmaya başlamışlardır. Bundan dolayı GSYİH içindeki sağlık harcamaları yıllara göre artış göstermektedir. Ke (2010)'nin çalışmasındaki gibi GSYİH'nin artması toplam sağlık harcamalarını da artırdığı sonucuna ulaşılmaktadır.

Satın alma gücüne göre kişi başına düşen GSMH incelendiğinde tutarlar yıllara göre artış eğilimindedir. 2016-2019 yılları incelendiğinde OECD ülkeleri

arasından en yüksek satın alma oranına Lüksemburg sahiptir. Bu ülkenin az bir nüfusa sahip olması satın alma gücünün fazla olması sonucunu vermektedir.

OECD ülkelerine ait sağlık kurumlarına ait göstergelerine baktığımızda, sağlık kurumlarındaki bin kişiye düşen toplam yatak kapasitesi OECD ülkelerinin ortalaması 4,4 iken listenin son sırasında yüksek nüfus oranına sahip olmasına rağmen bin kişide 1 yatak sayısı ile Meksika yer almaktadır. Türkiye binde 3 yatak sayısı ile OECD ortalamasının gerisindedir. En yüksek yatak kapasitesine Japonya (12,6) ve Kore (12,7) sahiptir. Sağlık kurumlarındaki bin hasta başına düşen doktor sayısı OECD ortalamasında 3,6'dır. En yüksek doktor kapasitesi bin kişide 5,3 ile Avusturya'ya aittir. Türkiye yetersiz doktor sayısı (binde 2) ile bütün OECD ülkelerinden geridedir ve bu listede sonuncu olarak yer aldığı görülmektedir.

Bir milyon nüfus başına düşen hastane sayısına bakacak olursak OECD ortalaması 48,06'dır ve toplam hastane sayısının ortalaması 2.177'dir. Türkiye ise 2.939 toplam hastane sayısı ile OECD ortalamasının üstünde bir sayıya sahiptir. Fakat yoğun nüfusu nedeni ile milyon nüfus başına düşen hastane sayısı 36,1 ile OECD ortalamasının gerisinde seyretmektedir. Nüfus yoğunluğu göz önüne alındığında hastane sayısını artırma yönüne gitmesi beklenmektedir. Toplam hastane sayısı en düşük olan ülke İzlanda'dır fakat milyon nüfus başına 45,36 hastane düşmektedir. Bu durumun nedenini ise İzlanda'nın nüfusunun oldukça az olmasına bağlayabiliriz. En büyük ekonomilerinden biri olan ABD'de toplam hastane sayısı 10,672'dir ve bir milyon nüfus başına 32,66 hastane düşmektedir. ABD yüksek hastane sayısına rağmen, yüksek nüfus oranına sahip olduğu için OECD ülkelerinin ortalamasından geridedir. Diğer OECD ülkelerin kıyasla yüksek oranlara sahip oldukları görülmektedir. Covid-19 gibi ülke ve hatta dünya çapında görülen salgınlar yaşandığı göz önünde bulundurulduğunda ülkelerin hastane kapasitelerine, yatak ve hekim sayılarına önem verip güncel sayılarını artırma yönünde adım atmaları beklenmektedir.

Yıllara göre kamu ve özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı incelendiğinde en fazla kamu sektörüne pay ayıran ülkenin ABD olduğu görülmektedir. Bu kamu payı 2017 yılında %13,9 iken 2020 yılında artış göstererek 15,9 olduğu görülmektedir. 2017 yılı için en az kamu harcamasına sahip ülke

Meksika'dır (2,8). Bu oran 2020 yılında %3,3'e yükselmiştir. En az kamu harcamasına sahip olan bir diğer ülke Türkiye'dir. Türkiye 2017 yılında %3,2 kamu harcaması yapmıştır ve bu oran 2020 yılında yükseliş göstererek %3,6 olmuştur.

Sağlık harcamalarının kamu tarafından sunulması ile her vatandaşın sahip olduğu sağlık hakkının iyileştirilmesi amacıyla kullanılması ile toplumsal refah sağlanmış olacaktır (Çalışkan ve Eğmir, 2020, s. 218). Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranını incelediğimizde OECD ülkelerinin ortalaması %73,9'dur. Türkiye'nin %77,8 oranı ile bu ortalamanın üstünde olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesinin zorunlu kılınması ağırlıklı olarak kamunun hizmet sunumunu gerekli kılmıştır. En fazla kamu sağlık harcaması gerçekleştiren ülke %85,4 ile Norveç'tir. En az kamu hizmeti sunan ülke ise %50,5 ile Meksika olduğu görülmektedir.

Kamu ve özel kesim dışında bireyler sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için kendilerinin sağlık ödemesi yapması gönüllü sağlık harcamalarını meydana getirmiştir. Gönüllü sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payına baktığımızda en yüksek orana Meksika'nın (%47,1) sahip olduğu görülmektedir. Meksika'nın kamu ve özel kesim harcamaları da incelendiğinde bu ülkenin kamu harcamalarına oldukça düşük pay ayırdığı ve özel kesim ile gönüllü sağlık harcama oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. OECD ülkelerinin gönüllü sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları ortalaması %23,7'dir ve en az oran ise liste sonunda yer Lüksemburg ve Çekya'ya aittir. Türkiye ise %21,2'lik oranı ile OECD ülkelerinin ortalamasından daha az gönüllü sağlık harcaması payına sahiptir. Gönüllü sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına göre Portekiz en fazla gönüllü sağlık harcaması yüzdesine sahip olan ülke konumundadır. Ardından en çok pay ayıran ülkeler olarak %3,6 oranları ile Yunanistan ve İsviçre gelmektedir. En az gönüllü sağlık harcamasına GSYİH içinden pay ayıran ülke %0,7 ile Lüksemburg'tur ve OECD ülkelerinin arasından sonuncudur. Türkiye ise Lüksemburg'tan sonra en az harcama yapan ikinci OECD ülkesi (%1) konumundadır. OECD ülkelerinin ortalaması 2,2 olduğu görülmektedir.

Gönüllü sağlık harcamaları ile benzerlik gösteren bir indeks olan Cepten sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payıyla ilgili olarak en fazla pay ayıran ülke



açık ara Yunanistan'dır (%3,2). OECD ortalaması %1,7'dir ve Türkiye %0,8 ile bu ortalamanın gerisindedir ve en az paya sahip üçüncü ülke olarak yer almaktadır. En az pay ayıran ülke ise %0,5 ile Lüksemburg'dur. Cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı incelendiğinde en fazla Meksika'nın (38,8) orana sahip olduğu görülmektedir. OECD ülkelerinin ortalaması %18,3'tür ve Türkiye %16,4 ile bu oranın gerisinde kalmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesi olan bin canlı doğum başına bebek ölümleri incelendiğinde OECD ülkelerinin ortalamasının 4,1 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin bu ortalamaya göre (binde 8,5) yüksek ölüm oranına sahip olduğu görülmektedir. En yüksek ölüm oranına binde 16,8 ile Kolombiya sahiptir. Sonrasında ise Meksika (13,8) bulunmaktadır. Bu iki ülke OECD ortalamalarına göre oldukça yüksek ölüm oranlarına sahip olup ortalamayı önemli ölçüde etkilemektedir. Hastanede doğumların gerçekleşmesi, hijyenik ortamda sunulması gibi hususlar doğum ve ölüm oranlarını oldukça etkilediği söylenebilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir diğer göstergesi olan anne ölümleri incelendiğinde en yüksek anne ölüm sayısına sahip olan ülke 54 ölüm ile Meksika'dır. Meksika'dan sonra en fazla Kosta Rika'da (34,4) ve ABD'de (23,8) anne ölümleri yaşanmaktadır. Bunun nedenini ABD'nin ve Meksika'nın nüfus yoğunluğuna bağlayabiliriz. Türkiye en yüksek anne ölüm oranına sahip olan 7. OECD ülkesidir ve ortalamanın üzerinde anne ölüm oranına sahiptir. İrlanda ve Litvanya'da ise hiç anne ölümü yaşanmamıştır.

Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi doğrultusunda ortalama yaşam süresinin uzaması yaşlı nüfusunun artışını da beraberinde getirmektedir. 65 yaşında beklenen ortalama yaşam süresi incelendiğinde OECD ortalaması kadınlar için 20,9 ve erkekler için 17,5'tir. En az ortalama yaşam beklenen ülke hem kadın nüfus hem de erkek nüfus için de Letonya'dır. En yüksek yaşam beklentisi ise hem erkek hem de kadın nüfusu için de İsviçre'ye aittir. Bloom vd. (2001) çalışmalarında, nüfusun yaşam beklentisindeki bir yıllık gelişmenin büyüme oranında %4'lük artışa sebep olduğu tespit etmiştir. Nüfustan beklenen yaşam süresindeki artış ekonomik büyümeye de etki edecektir.

Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucunda yaşlı nüfusun artması, ilaç harcamalarının artışını beraberinde getirmiştir. Kişi başına düşen ilaç harcamalarına baktığımızda ABD (1310 dolar) açık ara en fazla harcama yapan ülkedir. En az Kosta Rika (133 dolar) ilaç harcaması yaptığı görülmektedir. OECD ülkelerinin ortalaması ise 593 dolardır. İlaç harcamalarının GSYİH içindeki payı incelendiğinde en fazla pay ayıran ülke Yunanistan'dır (2,87). GSYİH içinden en az paya sahip olan ülke Lüksemburg'dur (%0,6). OECD ülkelerinin ortalaması %1,41 olduğu görülmektedir.

Sağlık harcamaları genel anlamda, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan harcamalardır. Ülkelerin sağlık harcamalarına yatırım yapmalarının, ülkelerin ekonomik açıdan kalkınması için yarar sağlayacaktır. Sağlık yatırımları, ülkelerin beşeri sermaye, gelir ve refah düzeyine etki edecektir. Bunun sonucunda, sağlıklı bireylere sunulan eğitimlerin sonuçları daha görünür olacak, bu bireyler çalışma yaşamında daha fazla ve daha başarılı bir zaman dilimi geçirecek ve sonucunda kişilerden uzun süreli yarar sağlanacaktır. Böylece sağlığa yapılan harcamaların artması kişilerin yaşam süresi ve kalitesine pozitif etki sağlamaktadır (Şahin ve Temelli, 2019, s. 948). Bu durumda sağlık için yapılan harcamaların ekonomik büyümeyi ve kalkınmayı sağlayacağı açıktır.

## SONUÇ

Sağlık, doğuştan gelen sosyal bir haktır ve yaşamın devamlılığı için temel bir gereksinimdir. Herkes sağlıklı olma hakkına sahiptir. Sağlığın devamlılığının sağlanması sağlık hizmetleri sunumu ile mümkündür. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal olması, arz talep arasındaki uyumsuzlukları, dışsallık özelliği, bilgi asimetrisinin yaşanması, erdemli mal olması, ikame edilememesi ve ertelenemez özelliklerinin bulunması sağlık kavramının diğer sektörlerdeki gibi kitaba uygun bir şekilde uygulanmasını zorlaştırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumu için yapılan harcamalar sağlık harcamalarıdır. Ülkelerin sağlık için yaptıkları harcamalarda; sosyo-ekonomik değişkenler, kişi başına düşen gelirin artması, teknolojik yenilik ve gelişmeler, ortalama yaşam süresinin uzaması ve küreselleşme gibi faktörler belirleyici olmaktadır. Ülkeler bu faktörlere göre ne kadar sağlık harcaması yapacaklarını belirlemek için finansman yöntemlerinden yararlanmaktadır. Bu yöntemler devlet tarafından sunulan, yarı özel yarı devlet tarafından sunulan ve tamamen özel olan finansman yöntemleridir.

Bu çalışmada sağlık kavramı üzerinde durularak sağlık harcamaları hakkında bilgiler verilmiş, sağlık ile ekonomik kalkınma arasındaki ilişki, dünyada gelişmişlik göstergesi olarak belirlenen sağlık harcamaları göstergeleri kullanılarak analiz edilmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda sağlık harcamaları ve ekonomik kalkınma ilişkisi 38 OECD ülkesi (ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallık (İngiltere), Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İrlanda, İsrail, İtalya, İspanya, İsveç, İsviçre, İzlanda, Japonya, Kanada, Kolombiya, Kosta Rika, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Meksika, Macaristan, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, Slovenya, Şili, Yeni Zelanda, Yunanistan, Türkiye) için karşılaştırma ve analizi yapılmıştır. Çalışma için güncel OECD verilerinden ve grafiklerinden yararlanılmıştır.

OECD ülkeleri üzerinden yapılmış ampirik araştırma verileri ile sağlığa yapılan harcamaların ekonomik kalkınmayı artırdığı tezi çalışmada ortaya atılmıştır. Böylelikle sağlığın beşeri sermayenin en önemli etmenlerinden biri olduğu ve sağlık

sektörüne yapılan harcamaların ülkelerin beşeri sermayesini kuvvetlendirdiği sonucuna varılmıştır. Beşeri sermayenin güçlenmesi de gelir ve refah düzeyine doğrudan etki edecektir (Arslan vd, 2016; Bloom, 2004; Caner, 2011; Taban, 2006; Wang, 2015). Sonuç olarak kişi başına düşen gelirin yükselmesi doğrultusunda yaşam standartlarının da yükselmesi, bununla beraber nüfustan beklenen yaşam süresindeki artış, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta, bu durum sağlık harcamalarının da artmasına yol açmaktadır. Bloom ve arkadaşları (2001) tarafından belirtildiği üzere, nüfusun yaşam beklentisindeki gelişmenin büyüme oranında artışa neden olduğu tespit etmiştir. Nüfustan beklenen yaşam süresindeki artış ekonomik büyümeye de etki edecektir.

Sağlık harcamaları gün geçtikçe artmaktadır. Bu artışın en önemli sebebinin toplumun sağlık ihtiyacına olan talebinin artışı olduğu tespit edilmiştir. Çalışma neticesinde literatürde yer alan çalışmalardaki gibi sağlık harcamalarının ekonomik kalkınmaya olumlu etkiler sağladığı sonucuna varılmıştır. Bununla beraber Türkiye'nin OECD ülkeleri arasındaki konumu değerlendirilmiş ve birçok açıdan bu ülkelerden daha düşük oranlara sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Tüm sonuçlar değerlendirildiğinde, Türkiye sağlık harcamalarına kaynak ayırmada yetersizdir ve diğer OECD ülkelerinin ortalamasına göre çok geride kaldığı görülmektedir. Altıntaş (2012)'ın çalışmasında belirttiği gibi Türkiye'nin sağlık göstergeleri açısından diğer Avrupa ülkelerinden geri kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Çetintürk (2019) ise çalışmasında Türkiye'yi OECD ülkeleri arasında düşük sağlık harcamalarına sahip ülkeler ile kümelemiştir. Oysa Bhargova (2001) tarafından da belirtildiği gibi özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşam beklentisinin artmasının ekonomiye olan katkısı daha fazla olmaktadır. Bu nedenle Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülke için sağlık alanına yatırım yapılması oldukça önemlidir. Türkiye'nin sağlık sektöründeki performansının iyileştirilmesi, kaynakların doğru harcanması ve boşa gitmemesi hususunda önemler alınması gerekmektedir. Ülkemizin OECD ülkelerinin seviyesine ulaşılabilmesi için sağlık sektörüne yönelerek sağlık harcamalarına doğru yatırımlar yapılmalı ve var olan harcama miktarları artırılmalıdır. Böylelikle sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimlilik sağlanarak kalite artacak ve nitelik problemlerinin ortadan kaldırılıp gelişme ve kalkınmayı sağlanacağı

beklenmektedir. Wang (2015) çalışmasında belirttiği üzere, sağlık harcamalarını artırmanın ekonomik büyümeye olumlu etki sağlayacaktır. Buna göre sağlık harcamalarına önem veren ülkelerin ekonomik büyüme ve kalkınmada olumlu sonuçlar alacağı bir gerçektir.

Özellikle anne ve bebek ölüm oranlarının göz önünde bulundurulduğunda diğer ülkelere kıyasla oldukça yüksek olması ülkemizde temel sağlık hizmeti olan koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli seviyede sunulmadığının bir sonucudur. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerekmektedir.

Türkiye'nin nüfusuna bakıldığında genç nüfusun yoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu açıdan sağlık hizmetlerine daha az ihtiyaç bulunmaktadır. Fakat bu nüfusun da yaşlanacağı göz önüne alındığında Türkiye'nin iyi bir sigorta ve sağlık sisteminin oluşturulması gerekmektedir.

## KAYNAKÇA

Ağır, H. ve Tıraş, H. H. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Stc İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Cilt: 15 Sayı:2, 643-670. Erişim Tarihi: 10.02.2020, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/567525>

Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü "Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu" (2. Baskı). Ankara Üniversitesi Basımevi.

Akdur, R. (2016). *Sağlık Harcamaları Giriş. Piyasacı Sağlık Politikası Uygulayan lkelerde Sağlık Harcamaları Neden Daha Yüksektir?*, <https://docplayer.biz.tr/375679-Saglik-harcamalari-giris-piyasaci-saglik-politikasi-uygulayan-ulkelerde-saglik-harcamalari-neden-daha-yuksektir-prof-dr.html> Erişim Tarihi: 27.10.2020.

Akın, C. S. (2007). *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme zerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Çukurova Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Aktaş, M. T. (2015) Mutluluğun Durağan Durum Hali: Yoksulluk Açısından Uyum Teorisine Dayalı Bir Analiz. *Emek ve Toplum*, Cilt: 4, Sayı: 10 44-65.

Aktuğ, S. S. (2010). *Kavramsal Açıdan Ekonomik Büyüme Ekonomik Kalkınma ve Bölüşüm İlişkileri*. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Erişim Tarihi: 20.09.2020. <https://kisi.deu.edu.tr/asuman.altay/KAVRAMSAL%20A%c3%87IDAN%20EKONOM%c4%b0K%20B%c3%9cY%c3%9cME%20EKONOM%c4%b0K%20KALKINMA%20ve%20B%c3%96L%c3%9c%c5%9e%c3%9cM%20%c4%b0L%c4%b0%c5%9eK%c4%b0LER%c4%b0.pdf>

Alptekin, N., Yeşilaydın, G. (2015). *OECD lkelerinin Sağlık Göstergelerine Göre Bulanık Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması*, *İşletme Araştırmaları Dergisi*. 7(4). 137-155.

Altıntaş, T. (2012). *Türkiye ve Avrupa Birliği’ne ye ülkelerin Sağlık Göstergeleri Açısından ok Değerkenli İstatistik Yöntemlerle Karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Arslan, İ., Eren, M., V. ve Kaynak, S. (2016). Sağlık ile Kalkınma Arasındaki İlişkinin Asimetrik Nedensellik Analizi. *Dokuzeylül Üniversitesi. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* (31)2, 287-310.

Atasever, M. (2014). *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2012-2013 Dönemi*, Ankara.

Aydoğan, M. (2015). *Sağlık Hizmetlerinin Geleceği ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Aytürk, K. A. (2010). *Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerine Etkisi: Ortadoğu Anadolu Bölge Analizi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.

Baloğlu, B. (2006). *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*, İstanbul: Der Yayınları.

Başol K., Durman, M. ve Çelik. M. Y. (2005). Kalkınma Sürecinin Lokomotif; Doğal Kaynaklar. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi*, 14, 61-71. Erişim Tarihi: 25.10.2020, <http://www.sobbiad.mu.edu.tr/index.php/asd/article/view/147/152>

Beceren, E., İzgi, B. B. ve Fırat, E. (2021). Sağlık ve Kalkınma İlişkisi OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler. *Aksaray Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 3(2), 1-10.

Berber, M. (2011). *İktisadi Büyüme ve Kalkınma Büyüme Teorileri & Kalkınma Ekonomisi*, 4. Baskı, Trabzon, Celepler Offset Matbaacılık.

Bhargava, A., Jamison, D. T., Lau, L. J., and Murray, C. J. L. (2001). "Modeling the Effects of Health on Economic Growth", *Journal of Health Economics*, (20), 423-440.

Bloom, D. E., Canning, D., Sevilla, J. (2004). "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach", *World Development*, 32(1), 1-13.

Bloom, D. E., Canning, D., and Sevilla, J. (2001). "The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence", *NBER Working Paper*, (858), 1-26.

Cassama, M. S. (2019). *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı: Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Analizi (2005-2017)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

Chaabouni, S., Zghidi, N., and Mbarek, (2016). "On The Causal Dynamics Between CO2 Emissions, Health Expenditures And Economic Growth". *Sustainable Cities and Society*. Volume 22, 184-191.

Chaabouni, S., and Abednadhher, C. (2010). "The Determinants of Health Expenditures in Tunisia: An ARDL Bounds Testing Approach", <http://iut-caen.unicaen.fr/recherche/mrsh/sites/default/files/public/tepp2012/B73ChaabouniABEDNNADHERdef.pdf>

Çakmak, E. (1992). Kalkınmada İnsan Faktörünün Önemi ve Reel Sermaye İle İlişkisi, *Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi*. Cilt: 9, No: 1-2.

Çalışkan, A., ve Eğmir, R. T. (2020) Kamu Harcama Türleri ile İnsani Gelişme Arasındaki İlişki: Avrupa Ülkeleri Örneği (2009 - 2018) *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(2), 217-226. Erişim Tarihi: 26.01.2023. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1447624>

Çelik, K. (2013). *Genel Ekonomi*. Trabzon: Celepler Matbaacılık.

Çelikay, F. (2009). *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Çetintürk, İ. (2019). *OECD Ülkelerinin Sağlık Harcama Göstergelerinin Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta

Çevik, N. K., Altınkeski, B. K., ve Kantarcı, T. (2019). Mutlu Gezegen Endeksi: Dünyanın En Mutlu Ülkelerinden Panel Veri Bulguları. *Iğdır Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, Ek Sayı, Aralık, 81-201.

Daştan, İ. ve Çetinkaya. V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi* 5(1) 104-134.



Duyuk, G. (2015). *Devletlerin Sağlık Politikaları İle Özel Sağlık Sigorta Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.

Eke, E. (2019). *Sağlıkta Dönüşüm Dönüşen Devlet Anlayışı Çerçevesinde Sağlık Sektöründe Bir Alan Araştırması*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.

Ertekin, Ş. (2000). *1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansman Sorunu*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Ersöz, F. (2009). “OECD’ye Üye Ülkelerin Seçilmiş Sağlık Göstergelerinin Kümeleme Ve Ayırma Analizi İle Karşılaştırılması”, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1650-1659.

Ersöz, F. (2008). “Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, *İstatistikçiler Dergisi*, 1(2), 95-104.

Eurostat (2021).

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/nama\\_10\\_pp/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/nama_10_pp/default/table?lang=en)

Erişim Tarihi: 10.12.2021

Frenk, J. (2010), *Health Professionals For A New Century: Transforming Education To Strengthen Health Systems In An Interdependent World*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Erişim Tarihi: 15.12.2021

Genç, Y., Ustabaşı, Gündüz, D. ve Çöpoğlu, M. (2019). Göç ve Kalkınma İlişkisi, *Avrasya Uluslararası Araştırma Dergisi*, Cilt:7, Sayı:18, 479-498.

Girginer, N., (2013), “Çok Boyutlu Ölçekleme ve Kümeleme Analizi İle Sağlık Göstergeleri Bakımından Türkiye’nin AB Üyesi Ülkelerle Karşılaştırılması” *İktisat İşletme ve Finans Dergisi*, Cilt:28, Sayı 32, (55-72).

Gökbunar, R., Özdemir. H. ve Uğur, A. (2008). Küreselleşme Kıskaçındaki Refah Devletinde Sosyal Refah Harcamaları. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 9 (2), 158-173.

- Gökdemir, Ö. and Veenhoven, R. (2014). Kalkınmaya Farklı Bir Bakış: İyi Oluş [A Different Prospect to Development: Well-being] Yayına Hazırlayanlar: Ahmet Faruk Aysan ve Devrim Dumludağ, Kalkınmada Yeni Yaklaşımlar, Ankara: İmge Kitabevi.
- Gümüş, S. (2004). *Beşeri Sermaye ve Ekonomik Kalkınma: Türkiye Üzerine Ekonometrik Bir Analiz (1960-2002)*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Güneş. S. ve Karaalp, Orhan, H. S. (Ed) (2016). *Türkiye Ekonomisi ve Kalkınma Göstergeleri* Akademi Yayın Hizmetleri. 467-496 Erişim Tarihi: 15.05.2021, [https://www.researchgate.net/publication/309072637\\_Turkiye\\_Ekonomisi\\_ve\\_Kalkinma\\_Gostergeleri](https://www.researchgate.net/publication/309072637_Turkiye_Ekonomisi_ve_Kalkinma_Gostergeleri)
- Gürses. D. (2009). İnsani Gelişme ve Türkiye. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 12 (21). Haziran, 339-350
- Güven, D. (2017). *Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Mena Ülkeleri Üzerine Bir Uygulama*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziosmanpaőa Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat.
- Güvenek, B. (2015). *Sağlık Ekonomisi: Makro ve Mikro Boyutları*. Çizgi Kitabevi.
- Hamzaoğlu, O. (2009). "Kapitalizmin Krizi ve Sağlık: Türkiye Örneği", *Toplum ve Hekim Dergisi*, TTB, Ocak Őubat, Cilt:24, Sayı:1, s.27
- IOM. (2009). Göç Terimleri Sözlüğü, İkinci Baskı, Erişim Tarihi: 29.10.2020, [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml31\\_turkish\\_2ndedition.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml31_turkish_2ndedition.pdf).
- İnsani Gelişme (İNGEV), <https://ingev.org/hakkimizda/insani-gelisme-nedir/>, Erişim Tarihi: 15.12.2020
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, *Dirim Tıp Gazetesi*, (85)2, 86-99.
- Jagric, T., Brown, C., Boyce, T., and Jagric, V. (2021). "The İmpact Of The Health-Care Sector On National Economies in Selected European Countries" Volume 125, Issue 1, 90-97.

Jagric, T., Brown, C., Boyce, T., and Jagric, V. (2021). "The Impact Of The Health-Care Sector On National Economies in Selected European Countries". Health Policy, Volume 125, Issue 1, 90-97.

Javanshırlı, K. (2018). *Eğitimin Ekonomik Kalkınma Üzerindeki Etkisi: Azerbaycan Örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uşak.

Kar, M. ve Ağır, H. (2003). "Türkiye’de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme: Nedensellik Testi (Neo-Klasik Büyüme Teorisi)", 2. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildiriler Kitabı, Kocaeli Üniversitesi, <http://www.elelebizbize.com/e-kutuphane/muhsinkar/turkiyedebeserisermaye.pdf>

Kara, F. G. (2017). *Beşeri Sermaye ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.

Karagöz, S. (2015). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Karagül, M. (2003) Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyüme ile İlişkisi ve Etkin Kullanımı. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*. (5) 79-90.

Karagül, M. (2002). *Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu*, Afyon: Anıt Matbaa.

Karataş, M. ve Çankaya, E. (2010). İktisadi Kalkınma Sürecinde Beşeri Sermayeye İlişkin Bir İnceleme. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (2)3 30-55. Erişim Tarihi 11.09.2020, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/181729>

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* (3. Baskı) Siyasal Kitabevi, Ankara.

Ke, X., Saksena, P., ve Holly, A. (2011). The Determinants Of Health Expenditure: A Countrylevel Panel Data Analysis. World Health Organization Working Paper.

Kılıç, E. (2008). *Türkiye’de Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi: Seçilmiş AB Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Bir Analiz*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Niğde Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.

Loş N. (2016). *Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmeti ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Mazgit, İ. (1998). *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Mısırlı, R. N. (1996). *Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Mohammed, A. N. (2022). *The Impact Of Health Expenditure On Health Outcomes: Evidence From OECD Countries*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara

Musmul A. (2004). *Türkiye’de Seçilmiş Sağlık Göstergeleri Bakımından Homojen İl Gruplarının Belirlenmesi ve Risklerine Göre Sıralanması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Osmangazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Mutlu, A. ve Işık, A. (2012), *Sağlık Ekonomisine Giriş*, 3. Baskı, Ekin Kitapevi: Bursa.

Mutlu, A. ve Işık, A. (2002). *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi*, Yayın No:14, İstanbul.

OECD (2023), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en Erişim Tarihi: 24.01.2023

OECD, Better Policies Better Lives (2021), <http://www.oecd.org/>, Erişim Tarihi: 29.11.2021

OECD, Health Stat (2021), [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) Erişim Tarihi: 13.12.2020

OECD Health Statistics (2021), <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> Erişim Tarihi: 09.12.2021.

OECD (2020), Life Expectancy At 65 (Indicator). doi: 10.1787/0e9a3f00-en Erişim Tarihi: 24.04.2021

OECD (2020), Ilibrary, Health At a Glance: Europe. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en) Erişim Tarihi: 15.12.2021

OECD (2014a), “Meeting of the OECD Council at Ministerial Level”, OECD, European Organization Press.

OECD (2013) Life Expectancy in the US Rising Slower than Elsewhere.

OECD, Health at a Glance. <http://www.oecd.org/unitedstates/Health-at-a-Glance-2013-Press-Release-USA.pdf> Erişim Tarihi: 14.12.2021

Ok, S. (2008) *Ekonomik Büyüme İle İstihdam Arasındaki İlişkinin Zayıflama Nedenleri Ve Bu İlişkinin Güçlendirilmesinde İşkur' un Rolü*, Ankara: Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü.

Öner, H. (2018). *Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Fırat Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ.

Özcan, O. (2015). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programınının 2003-2015 Yılları Arasında Ülkemize Katkısının İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Özdemir, Ö. A. (2019). Mutluluk Kavramı ve İktisatta Mutluluk Üzerine Bir İnceleme. *Social Sciences Studies Journal* Cilt: 5, Sayı: 50, 6599-6608.

Özer, B. (2020). *İnovasyon ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi: Orta Gelirli Ülkeler Üzerine Bir Uygulama*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.

Özer O., Yıldırım HH ve Yıldırım T., (2015), *Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik: Kuram ve Uygulama*, 1. Baskı, ABSAM, Ankara.

- Özkale, M. (2015). *Beşeri Sermaye ve Ekonomik Kalkınma: Türkiye Üzerine Bir Literatür İncelemesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Niğde Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
- Özmete, E. ve Arslan, E. (2018). Göç: Transnasyonalizm ve Transnasyonal Sosyal Hizmet, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt: 29, Sayı: 1, 173-207.
- Özsoy, C. (2012). İktisadi Kalkınma (No:1634 b.). *Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını*.
- Öztürk, N. (2005). *Kalkınma Kuramlarına Eleştirel Bir Yaklaşım*. Ankara: Roma Yayınları.
- Pala, K. (2007). Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? Erişim Tarihi: 09.02.2020. <https://docplayer.biz.tr/51672568-Turkiye-dcin-nasil-bir-saglik-reformu.html>
- Rivera, B., Currais, L. (2003). “The Effect of Health Investment on Growth: A Causality Analysis”, *International Advances in Economics Research*, 9(4), 312- 323.
- Sachs, J. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Geneva: World Health Organization.
- Saçu, Barlin, F. (2010). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Kalkınma Üzerine Etkileri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, (2021), <http://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/sarefdoyap.pdf> Erişim Tarihi: 17.12.2021
- Saraçoğlu, S. ve Öztürk, F., “Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, *İş ve Hayat*, Cilt: 2, Sayı: 4, 2016.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık Teknolojisi Yönetimi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:8, Sayı:1.
- Savaşan, F. (2013). *Piyasa Başarısızlığından Devletin Başarısızlığına Kamu Ekonomisi* (2. Baskı). İstanbul: Kitap Matbaacılık.
- Sen, A. (1999). *Development As Freedom*. *Anchor Books*, New York.

- Sevim, M. F. (2019). *Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin Ekonomik Kalkınma Üzerine Etkileri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Seyidoğlu, H. (2003). *Uluslararası İktisat*, 3. Baskı, İstanbul: Gizem Yayınları.
- Söğüt, Y. (2019). *Sağlık Harcamaları ve İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme (1988-2016)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kafkas Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kars.
- Sülkü, S. N., Caner, A. (2011). "Health Care Expenditures And Gross Domestic Product: The Turkish Case", *The European Journal of Health Economics*, 12(1), 29-38.
- Şahin, D. ve Temelli F. (2019). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Panel Veri Analizi. *Avrasya Ulusal Araştırmalar Dergisi*. Cilt: 7, Sayı: 16, 946-961.
- Taban, S. (2006), "Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi", *Sosyo-Ekonomi Dergisi*, (4)4, Sayı:2, 31-46.
- Tang, C., F. (2010). "Revisiting the Health-Income Nexus in Malaysia: ARDL Cointegration and Rao's F-Test for Causality", *MPRA*, Paper No:27287, 1-9.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2011/1, Cilt 1, Sayı 1.
- Tatar, M. (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Temel, K. ve Aydın, M. (2018). Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2018; 21(4) 745-765.
- Tıraşoğlu, M., Yıldırım, B. (2012), "Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine bir Uygulama", *Elektronik Meslek Yüksekokulları Dergisi*, 2(2), 111-117.
- Tokat, M. (1994). Sağlık Ekonomisi. Seçim, H. (Ed.), *Anadolu Üniversitesi Yayınları* No: 793, Eskişehir.

Tunç, M. (1998). *Kalkınmada İnsan Sermayesi: İç Getiri Oranı Yaklaşımı ve Türkiye Uygulaması*. DEÜ İİBF Dergisi, 13(1), 83-106.

Tuzcu, A. ve Bademli, K. (2014). Göçün Psikolojik Boyutu, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1): 56-66.

Tüylüoğlu, Ş., Tekin, M. (2009), *Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri*, Çukurova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(1), 1-31.

Türkal, H. ve Cihangir, M. (2008). *Sağlık Hizmetlerinin Kamu Maliyesi Açısından Analizi ve Değerlendirilmesi*. İktisat Dergisi, 498(1), 130-141.

T.C. Dışişleri Bakanlığı (Erişim Tarihi, 29.11.2021), <http://www.mfa.gov.tr/default.tr.mfa>

Unay, C. (1983). *Makro Ekonomi*, Baskı 3, Bursa: Akademi Yayınları.

UNDP, About Human Development, Erişim Tarihi: 19.04.2021, <http://hdr.undp.org/en/humandev>

UNDP (2019) İnsani Gelişme Raporu Özet. Gelirin Ötesinde, Ortalamaların Ötesinde, Bugünün Ötesinde: 21. Yüzyılda İnsani Gelişmedeki Eşitsizlikler. Erişim Tarihi: 15.12.2020,

[https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human\\_development/hdr2019.html](https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human_development/hdr2019.html)

Wang, F. (2015). More Health Expenditure, Better Economic Performance? Empirical Evidencde From OECD Countries. *Inquiry*, 52, 1-5.

WHO, Mental Health: Strengthening Our Response [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response), Erişim Tarihi: 10.02.2020.

World Bank, (2014), Health Data (<http://data.worldbank.org>). Erişim Tarihi: 19.12.2021

World Bank, (2021). <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> Erişim Tarihi: 17.12.2021



World Happiness Report. (2022). <https://worldhappiness.report/> Erişim Tarihi: 26.01.2023.

Yardımcıoğlu, F. (2012). “*OECD Ülkelerinde Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Ekonometrik Bir İncelemesi*”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13(2), 27-47.

Yavuz, T. N. (2019). *5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Çerçevesinde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yıldırım, H. H., Yıldırım, T. ve Akbulut, Y. (2015). *Sağlık Sigortacılığı*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

Yılmaz, M. (2013). Küreselleşmenin Oluşumuna Zemin Hazırladığı Yeni Ekonomik Anlayış: Bilgi Ekonomisi. *Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi*, 241-253.

Yılmaz, S. (2012). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi Ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.) Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

Yurdadoğ, V., (2007), *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1), 591–610.

Yüksel, O. (2017). *Sağlık Reformları Sürecinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları: Seçilmiş Ülkeler ve Türkiye Örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.

Zülfüoğlu, Ö. ve Yılmaz Soydan, N. T. (2019). Topluma Hizmet Uygulamaları Dersinin Maliye Bölümü Öğrencilerinin Erdemli Mal ve Hizmetlere Bakış Açısı Üzerindeki Etkisi, *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bölümler Dergisi* Cilt:41, Sayı:1 Haziran 2019.