

**T.C.**  
**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İKTİSAT ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK HARCAMALARININ İKTİSADİ ANALİZİ: TÜRKİYE VE  
AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS**

**Metin SARKI**

**Mayıs 2026**  
**GÜMÜŞHANE**



**T.C.**

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İKTİSAT ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK HARCAMALARININ İKTİSADİ ANALİZİ: TÜRKİYE VE  
AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ KARŞILAŞTIRILMASI**

**ECONOMIC ANALYSIS OF HEALTH EXPENDITURES:  
A COMPARISON BETWEEN TURKEY AND EUROPEAN UNION  
COUNTRIES**

**YÜKSEK LİSANS**

**METİN SARKI**

**Mayıs 2026  
GÜMÜŞHANE**



**GÜMÜŞHANE  
ÜNİVERSİTESİ**

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**

**T.C.**

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İKTİSAT ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK HARCAMALARININ İKTİSADİ ANALİZİ: TÜRKİYE VE  
AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ KARŞILAŞTIRILMASI**

**ECONOMIC ANALYSIS OF HEALTH EXPENDITURES: A  
COMPARISON BETWEEN TURKEY AND EUROPEAN UNION  
COUNTRIES**

**YÜKSEK LİSANS**

**METİN SARKI**

**DANIŞMAN: PROF. DR. PINAR HAYALOĞLU**

**Mayıs 2026**

**GÜMÜŞHANE**

## KABUL VE ONAY

**Prof. Dr. Pınar HAYALOĞLU** danışmanlığında, **Metin SARKI** tarafından hazırlanan “**Sağlık Harcamalarının İktisadi Analizi: Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri Karşılaştırılması**” isimli bu çalışma, 05/05/2026 tarihinde yapılan lisansüstü tez savunma sınavı sonucunda Oy Birliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

.....  
**Prof. Dr. Pınar HAYALOĞLU (Başkan ve Danışman)**

.....  
**Doç. Dr. Hikmet Gülçin BEKEN (Üye)**

.....  
**Doç. Dr. Dilek ÇİL (Üye)**

Lisansüstü tez savunma sınavında başarılı bulunarak kabul edilen bu tezin ciltlenmiş hali, .... /..... /..... tarihli ve ..... / ..... sayılı Enstitü Yönetim Kurulu toplantısında görüşülmüş ve tez yazım kılavuzuna uygun bulunarak onaylanmıştır.

**Prof. Dr. Duygu ÖZDEŞ**

Enstitü Müdürü

## **BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI**

**Yüksek Lisans Tezi** olarak hazırlamış olduğum “**Sağlık Harcamalarının İktisadi Analizi: Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri Karşılaştırılması**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, danışmanımın sorumluluğunda hazırladığımı, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi'nin lisanslı kullanıcısı olduğum intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

**05/05/2026**

.....  
**Metin SARKI**

## **TEŞEKKÜR**

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, her aőamada desteğini ve sabrını esirgemeyen değerli danıőmanım Prof. Dr. Pınar HAYALOğLU'na en içten teőekkürlerimi sunarım. Tez sürecinde sunduğu yapıcı eleőtiriler, akademik yönlendirmeler ve motive edici yaklaşımı, bu çalışmanın şekillenmesinde belirleyici olmuştur.

Bu süreçte maddi ve manevi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme, sabırları ve anlayıőları için sonsuz teşekkür ederim. Özellikle zorlu dönemlerde bana moral veren ve destek olan tüm arkadaşlarıma da őükranlarımı sunarım.

**Metin SARKI**

**GÜMÜŞHANE - 2026**

## ÖZET

Bu çalışmada, sağlık harcamalarının iktisadi boyutu Türkiye ve Avrupa Birliği (AB) ülkeleri örnekleminde karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Araştırmanın temel amacı, söz konusu ülkelerde sağlık harcamalarının ekonomik göstergelerle ilişkisini inceleyerek bu harcamaların düzeyi, yapısı ve iktisadi anlamına ilişkin bir değerlendirme sunmaktır. Türkiye ve AB ülkeleri arasındaki karşılaştırma, sağlık harcamalarının iktisadi görünümünü ortaya koymaya yönelik bir çerçeve olarak kullanılmıştır. Çalışma kapsamında, Türkiye için 2011–2024 dönemine ait istatistikler ve raporlar ile AB ülkelerine ilişkin karşılaştırılabilir göstergelerden yararlanılmıştır. Araştırma, betimleyici istatistikler ve mevcut veriler üzerinden yapılan karşılaştırmalı değerlendirmelere dayanmaktadır. Sağlık harcamaları; kişi başına sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, kamu ve özel sektör harcama yapısı ile demografik ve ekonomik değişkenler çerçevesinde ele alınmıştır. Ayrıca seçilmiş göstergeler aracılığıyla sağlık harcamalarının iktisadi etkinliğine ilişkin genel bir değerlendirme yapılmıştır. Elde edilen bulgular, Türkiye’de sağlık harcamalarının hem nominal hem de kişi başına düzeyde artış eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır. Buna karşın, sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının sınırlı bir aralıkta seyrettiği ve AB ülkeleri ortalamasının altında kaldığı gözlemlenmiştir. AB ülkelerinde sağlık harcamalarının ağırlıklı olarak kamu kaynaklarıyla finanse edildiği, Türkiye’de ise kamu ve özel sektör harcamalarının zaman içerisinde farklılaşan bir yapı sergilediği görülmektedir. Ayrıca ebe, hemşire ve hekim sayıları bakımından da ülkeler arasında farklılıklar dikkat çekmektedir. Demografik faktörler, özellikle yaşlı nüfus oranındaki artış, sağlık harcamalarının önemli belirleyicileri arasında öne çıkmaktadır. Sonuç olarak çalışma, sağlık harcamalarının Türkiye ve AB ülkelerinde ekonomik yapı, demografik dinamikler ve finansman modeli ile yakından ilişkili olduğunu ortaya koymakta; Türkiye’de sağlık harcamalarının iktisadi sürdürülebilirlik ve etkinlik açısından geliştirilmesine yönelik politika alanlarına işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık harcamaları, Türkiye, Avrupa Birliği

## ABSTRACT

This study examines the economic dimension of health expenditures through a comparative analysis of Türkiye and the European Union (EU) countries. The main objective of the research is to provide an assessment of the level, structure, and economic significance of health expenditures by analyzing their relationship with economic indicators in the respective countries. The comparison between Türkiye and EU countries is employed as a framework to reveal the economic outlook of health expenditures. Within the scope of the study, statistics and reports for Türkiye covering the period 2011–2024, along with comparable indicators for EU countries, are utilized. The research is based on descriptive statistics and comparative evaluations conducted using existing data. Health expenditures are analyzed in terms of per capita health spending, the share of health expenditures in GSYH, the structure of public and private sector spending, as well as demographic and economic variables. In addition, a general assessment of the economic efficiency of health expenditures is provided through selected indicators. The findings indicate that health expenditures in Türkiye have exhibited an increasing trend both in nominal terms and on a per capita basis. However, the share of health expenditures in GSYH has remained within a limited range and below the EU average. In EU countries, health expenditures are predominantly financed by public resources, whereas in Türkiye, the structure of public and private sector spending has shown variation over time. Furthermore, notable differences are observed among countries in terms of the number of midwives, nurses, and physicians. Demographic factors, particularly the increase in the proportion of the elderly population, emerge as significant determinants of health expenditures. In conclusion, the study demonstrates that health expenditures in Türkiye and EU countries are closely associated with economic structure, demographic dynamics, and financing models, and it highlights policy areas for improving the economic sustainability and efficiency of health expenditures in Türkiye.

**Keywords:** Health Expenditures, Turkey, European Union

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	iv
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	IV
TEŞEKKÜR .....	V
ÖZET .....	VI
ABSTRCT .....	VII
İÇİNDEKİLER.....	VIII
TABLULAR DİZİNİ .....	XII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XIV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	XV
1. GİRİŞ.....	1
2. SAĞLIK EKONOMİSİ VE HARCAMA GÖSTERGELERİ .....	3
2.1. Sağlık Kavramı .....	3
2.2. Sağlık Hakkı Kavramı .....	5
2.3. Sağlık Hizmeti Kavramı .....	7
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Şekline Göre Sınıflandırma .....	9
2.4.2. Sağlık Hizmetlerin Sunulduğu Düzeye Göre Sınıflandırma .....	9
2.5. Sağlık Ekonomisi Kavramı.....	10
2.6. Sağlık Harcamaları Kavramı .....	11
2.6.1. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Boyutu.....	13
2.7. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler .....	14
2.7.1. Demografik Faktörler .....	15
2.7.1.1. Yaşlı Nüfus .....	17
2.7.1.2. Beklenen Yaşam Süresi .....	17
2.7.1.3. Toplam Nüfus .....	18
2.7.2. Ekonomik Faktörler.....	18
2.7.2.1. Gayrı Safi Yurt İçi Hâsıla .....	19
2.7.2.2. Satın Alma Gücü Paritesi.....	20
2.7.2.3. Enflasyon .....	20
2.7.2.4. İşsizlik.....	21
2.7.2.5. Kişi Başı Sağlık Harcamaları.....	21

2.7.3. Teknolojik Faktörler .....	22
2.7.3.1. Tıbbi Cihazlar .....	22
2.8. Sağlık Harcamalarının Ekonomiye Etkisi .....	25
2.9. Avrupa Birliği ve Türkiye’de Sağlık Harcamalarının İktisadi Analizi: Literatür Değerlendirmesi .....	31
3. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ VE FİNANSMAN YAPISI .....	39
3.1. Türkiye Sağlık Politikasının Tarihi Gelişimi.....	39
3.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem .....	40
3.1.2. Cumhuriyetin Kuruluşu ve İlk Dönem Reformları (1920–1940) .....	41
3.1.3. Devletçi ve Planlı Sağlık Politikaları (1940–1960) .....	41
3.1.4. Sosyalleştirme Dönemi (1960–1980).....	42
3.1.5. Neoliberal Sağlık Politikaları (1980–2000).....	43
3.1.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Reformlar (2003–günümüz) .....	44
3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Veren Kurumlar .....	45
3.2.1. Sağlık Bakanlığı.....	45
3.2.2. Üniversiteler.....	47
3.2.3. Sosyal Güvenlik Kurumu .....	47
3.2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Veren Mahalli İdareler .....	49
3.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı .....	55
3.3.1. Devlet Bütçesi.....	56
3.3.2. Özel Sektör Bütçesi.....	57
3.4. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Hukuki Boyutu .....	59
4. TÜRKİYE VE AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK ANALİZİ.....	61
4.1. AB Sağlık Sistemi.....	61
4.1.1. AB Sağlık Politikasının Tarihsel Gelişimi .....	61
4.1.2. AB’de Sağlık Hizmeti Veren Kurumlar .....	64
4.1.2.1. Avrupa Komisyonu Sağlık ve Gıda Güvenliği Genel Müdürlüğü.....	64
4.1.2.2. Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi .....	65
4.1.2.3. Avrupa İlaç Ajansı ve Avrupa Çevre Ajansı .....	66
4.1.2.4. Avrupa İlaç ve Sağlık Ürünleri Kalite Laboratuvarları.....	67
4.1.2.5. Üye Devletlerin Ulusal Sağlık Bakanlıkları ve Kurumları.....	68
4.1.2.6. AB Ülkelerinin Sağlık Bakanlıkları ve Kurumlarına Göre Hastane Verileri.....	69

4.1.3. AB’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı .....	76
4.1.3.1. Ülke Finansmanı .....	77
4.1.3.2. AB Sağlık Finansmanı.....	78
4.1.4. AB Sağlık Sisteminin Hukuki Boyutu .....	79
4.1.4.1. Temel Antlaşmalar ve Sağlık Yetkisi.....	79
4.1.4.2. Temel Direktifler ve Yasal Düzenlemeler .....	80
4.1.4.3. Tele-Tıp ve Dijital Sağlık Uygulamaları .....	81
4.1.4.4. Avrupa Adalet Divanı’nın Rolü .....	81
4.2. Türkiye ve AB Ülkelerinde Sağlık Harcama Yapısının Karşılaştırılması ....	82
4.2.1. Toplam Nüfus .....	83
4.2.2. Türkiye ve AB Ülkelerinde Toplam Nüfusun Sağlık Harcamalarına Etkisi	85
4.2.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus Yapısı .....	86
4.2.4. Yaşlı Nüfus Oranı ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki .....	88
4.2.5. Beklenen Yaşam Süresi .....	89
4.2.6. Beklenen Yaşam Süresi ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki .....	91
4.2.7. AB Ülkeleri ve Türkiye Doğum Hızı Oranları .....	92
4.2.8. AB Ülkeleri ve Türkiye Doğum Hızı Oranları ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki .....	93
4.2.9. Kişi Başına Sağlık Harcamaları .....	94
4.2.10. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH Oranı 2014-2023 .....	97
4.3. Finansman Modelleri ve Kaynak Dağılımı .....	99
4.3.1. AB Ülkeleri Toplam Kamu Sağlık Harcama Oranları .....	100
4.3.2. Merkezi Hükümet ve Yerel Yönetimlerin Sağlık Harcamalarındaki Payı	101
4.3.3. Sosyal Sağlık Sigortasının Finansmandaki Yeri.....	103
4.3.4. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları .....	104
4.3.5. Gönüllü Yapılan Sağlık Sigorta Harcamaları .....	105
4.3.6. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansman Yapısı .....	106
4.4. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Göstergeler Arasındaki İlişki.....	108
4.4.1. AB Ülkeleri ve Türkiye İçin İlk Derece Doktor Sayısı.....	109
4.4.2. AB Ülkeleri ve Uzman Doktor Sayısı .....	111
4.4.3. Türkiye ve AB’de Doktora Başvuru Düzeyi .....	112
4.4.4. Türkiye ve AB Ülkelerinin Hemşire ve Ebe Oranları.....	114
4.4.5. Türkiye ve AB Ülkelerinin Hemşire ve Ebe Sayısı Oranları .....	115
4.4.6. Gayrı Safi Yurt İçi Hâsıla .....	116

4.4.7. Satın Alma Gücü Paritesi .....	119
4.4.8. Türkiye ve AB’de Enflasyon Verileri .....	122
4.4.9. İşsizlik.....	125
<b>5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME .....</b>	<b>129</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>135</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>150</b>

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sektörlere göre 2024 yılında hastanelerdeki cihaz sayıları .....	24
Tablo 2. Türkiye'de hastane türlerine göre dağılım (2014–2024) .....	50
Tablo 3. Türkiye'de sektörlere ve yıllara göre yatak sayısı (2014–2024).....	52
Tablo 4. Türkiye'de dallara göre hastane ve yatak sayısı (2019–2024).....	53
Tablo 5. Hastane personel sayısı yıllara göre (2014–2024).....	54
Tablo 6. Türkiye'de devlet ve özel sektörün sağlık harcama tutarları .....	58
Tablo 7.Ab-27 ülkelerinde toplam iltica başvurusu sayıları (2016–2024) .....	62
Tablo 8. AB ülkelerinin toplam hastane yatak kapasitesi (2014-2023).....	70
Tablo 9. AB ülkelerinin toplam hastane yatağı oranları (2014-2023).....	72
Tablo 10. 2015-2023 yılları AB ve Türkiye'nin nüfus dağılımı .....	83
Tablo 11. 2011-2024 yılları arasında Türkiye'nin yaşlı nüfus dağılımı .....	86
Tablo 12. 2013-2024 yılları arasında AB ülkelerinin yaşlı nüfus oranı .....	87
Tablo 13. 2012-2023 yılları arasında AB ve Türkiye beklenen yaşam süresi .....	90
Tablo 14. 2014-2023 yılları arasında AB ve Türkiyedoğum hızı oranları.....	92
Tablo 15. 2014-2023 yılları AB ve Türkiye için kişi başı sağlık harcamaları verileri.....	95
Tablo 16. 2014-2023 yılları AB ve Türkiye için GSYH oranları.....	97
Tablo 17. Ab ülkelerinin kamu sağlık harcama oranları (2014-2023) .....	100
Tablo 18. AB ülkelerinin merkezi hükümet ve yerel yönetimler sağlık harcamaları (%) (2014-2023).....	102
Tablo 19. AB ülkelerinin sigorta sosyal sigorta sağlık harcama oranları .....	103
Tablo 20. AB ülkelerinin cepten yapılan sağlık harcama oranları (2014-2023) .	104
Tablo 21.AB ülkelerinin cepten yapılan gönüllü sağlık sigortası harcama oranları (2014-2023) .....	106
Tablo 22. Türkiye kamu ve özel sektör harcama oranları (2014-2023) .....	106
Tablo 23. Yüz bin kişiye düşen ilk derece tıp doktoru oranları (2014-2023) .....	109
Tablo 24. Uzman tıp doktoru oranları (2014-2023) .....	111
Tablo 25. Türkiye ve AB doktorların hasta karşılama sayısı (2014-2023).....	112
Tablo 26. Hemşire ve ebe oranları (2014-2023).....	114
Tablo 27. Hemşire ve ebe sayıları (2014-2023) .....	116
Tablo 28. 2013-2023 yılları AB ve Türkiye için GSYH.....	118

Tablo 29. 2012-2023 yılları AB ve Türkiye için satın alma gücü paritesi.....	120
Tablo 30. 2013-2024 yılları AB ve Türkiye için enflasyon verileri .....	124
Tablo 31. 2013-2024 yılları AB ve Türkiye için işsizlik verileri .....	127

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 2014–2023 döneminde Türkiye ve AB-27 ortalama hastane yatağı sayısı (100 bin kişi başına) .....	75
Şekil 2. 2014–2023 döneminde Türkiye ve AB’de kişi başına sağlık harcamaları .....	96
Şekil 3. 2014–2023 döneminde AB-27 ve Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye Oranı (%).....	99
Şekil.4. 2014–2023 döneminde Türkiye ve AB-27’de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) .....	101
Şekil 5. Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman yapısı (2014–2024) .....	108

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAD	: Avrupa Adalet Divanı
AB	: Avrupa Birliği
AEA	: Avrupa Ekonomik Alanı
DG SANTE	:Avrupa Komisyonu Sağlık ve Gıda Güvenliği Genel M¼d¼rl¼đ¼
DSÖ	: D¼nya Sağlık Örg¼t¼
ECDC	: Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi
EDQM	: Avrupa Farmakopesis
EEA	: European Environment Agency
EFSA	: Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi
EMA	: Avrupa İlaç Ajansı
GSH	: Gayri Safi Hasıla
GSYH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
KVKK	: Kişisel Verilerin Korunması Kanunu
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örg¼t¼
OMCL	: Avrupa İlaç ve Sağlık Ürünleri Kalite Laboratuvarları
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGP	:Satın Alma Gücü Paritesi
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

## 1. GİRİŞ

Sağlık harcamaları, ülkelerin sağlık sistemlerinin işleyişi ve sürdürülebilirliği açısından olduğu kadar ekonomik yapı ve büyüme dinamikleri bakımından da önemli bir gösterge niteliği taşımaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar yalnızca bireylerin sağlık düzeyini artırmayı değil, aynı zamanda iş gücü verimliliğini, beşerî sermayenin gelişimini ve uzun vadeli ekonomik performansı da doğrudan etkilemektedir. Bu yönüyle sağlık harcamaları, klasik bir kamu harcaması kalemi olmanın ötesinde, ekonomik refah ve kalkınma sürecinin temel bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

Ancak sağlık harcamalarının artışı her ülkede aynı ekonomik sonuçları doğurmamakta; harcamaların düzeyi, finansman yapısı ve etkinliği ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyi, demografik yapısı ve sağlık sistemlerinin organizasyonuna bağlı olarak farklılık göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla (GSYH) içindeki payı yüksek seyrederken, bu harcamaların büyük ölçüde kamu kaynaklarıyla finanse edildiği görülmektedir. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı görece daha düşük olmakta ve bu durum sağlık hizmetlerinin kapsamı, erişilebilirliği ve kalitesi üzerinde belirleyici olmaktadır.

Türkiye’de sağlık harcamaları son yıllarda reel olarak artış göstermiştir. Bununla birlikte, bu artışın GSYH içindeki payı ve Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’nin sağlık harcamalarının ekonomik konumu tartışmalı bir görünüm arz etmektedir. AB ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı genel olarak Türkiye’ye kıyasla daha yüksek seviyelerde seyretmekte; bu durum sağlık sistemlerinin finansal büyüklüğü ve sürdürülebilirliği açısından önemli farklılıklara işaret etmektedir. Bu çerçevede, Türkiye’nin sağlık harcamalarının ekonomik göstergelerle birlikte ele alınarak AB ülkeleri ile karşılaştırmalı biçimde karşılaştırılması, sağlık politikalarının etkinliğinin değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Sağlık harcamalarının düzeyini ve yapısını belirleyen faktörler ekonomik, demografik ve kurumsal boyutlarda ele alınmaktadır. Gelir düzeyi, ekonomik büyüme, kamu-özel finansman dengesi ve sigorta sistemleri sağlık harcamalarının ekonomik belirleyicileri arasında yer alırken; nüfusun yaş yapısı, yaşam beklentisi ve

kronik hastalıkların yaygınlığı demografik belirleyiciler olarak öne çıkmaktadır. Bu faktörlerin her biri, sağlık hizmetlerine olan talebi ve dolayısıyla sağlık harcamalarının seyrini doğrudan etkilemektedir.

Literatürde sağlık harcamaları ile ekonomik göstergeler arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte, bu çalışmaların önemli bir kısmı tek ülke örneklemi ya da sınırlı ülke grupları üzerine yoğunlaşmaktadır. Türkiye ve AB ülkelerini kapsayan, sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, kişi başına harcama düzeyi ve temel ekonomik-demografik göstergeler çerçevesinde uzun dönemli ve karşılaştırmalı biçimde ele alan çalışmaların sayısı sınırlıdır. Mevcut çalışmalar genellikle sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisine odaklanmakta; ülkeler arası farklılıkları bütüncül bir iktisadi çerçevede değerlendirmede yetersiz kalmaktadır. Bu bağlamda, bu çalışma Türkiye ve AB ülkeleri örneğinde sağlık harcamalarının iktisadi boyutu çeşitli göstergeler yardımıyla karşılaştırılmıştır. Çalışmada sağlık harcamalarının düzeyi ve yapısı, GSYH içindeki payı, kişi başına harcama miktarları ile ekonomik ve demografik göstergeler birlikte değerlendirilerek Türkiye'nin AB ülkeleri karşısındaki konumu ortaya konulmaktadır. Bu çalışmada yöntem olarak, Türkiye ve AB ülkelerine ait sağlık harcamaları ve temel ekonomik-demografik göstergeler kullanılarak betimleyici istatistikler ve karşılaştırmalı inceleme yapılmıştır.

Bu çalışmada, sağlık harcamalarının iktisadi göstergelerle birlikte zaman içindeki seyri ve ülkeler arasındaki farklılıklar çeşitli göstergeler yardımıyla betimleyici ve karşılaştırmalı bir çerçevede ortaya konulmaktadır. Bu yaklaşım, Türkiye'nin sağlık harcamalarının ekonomik konumunun AB ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak daha net biçimde ortaya konulmasını amaçlamaktadır. Böylece sağlık harcamalarının ekonomik sürdürülebilirlik ve politika değerlendirmesi açısından taşıdığı önem, karşılaştırmalı bir perspektifle incelenmektedir.

Çalışma toplam dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık harcamaları, sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisine ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçeve ele alınmıştır. İkinci bölümde Türkiye'de sağlık sisteminin yapısı, sağlık politikalarının gelişimi ve sağlık harcamalarının genel görünümü incelenmiştir. Üçüncü bölümde AB ülkelerinde sağlık sistemleri ve sağlık harcamalarının temel özellikleri değerlendirilmiştir. Dördüncü ve son bölümde ise Türkiye ve AB ülkelerine ait sağlık harcamaları, seçilmiş ekonomik ve demografik göstergeler çerçevesinde karşılaştırılarak elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.

## 2. SAĞLIK EKONOMİSİ VE HARCAMA GÖSTERGELERİ

Bu bölümde, sağlık harcamalarının ekonomik analizine temel oluşturmak amacıyla sağlık sektörü ve sağlık harcamalarına ilişkin kavramsal ve teorik çerçeve ele alınmaktadır. İlk olarak sağlık, sağlık hakkı ve sağlık hizmeti kavramları açıklanmakta; ardından sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık ekonomisi kavramı üzerinde durulmaktadır. Devamında sağlık harcamalarının tanımı ve ekonomik boyutu incelenerek, sağlık harcamalarını etkileyen demografik, ekonomik ve teknolojik faktörler kavramsal düzeyde ele alınmaktadır.

### 2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olması olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamlı tanım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmış olup, sağlık kavramının çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. DSÖ kavramı, 19. yüzyılda hızla küreselleşen ulaşım ve ticaretin yarattığı salgın hastalık tehditleri karşısında uluslararası iş birliği ihtiyacının doğmasıyla gelişmiştir. Kolera, veba ve sarı humma gibi hastalıkların ülkeler arası dolaşımı, devletleri ortak sağlık politikaları oluşturmaya yöneltmiş, bu kapsamda 1851'de Paris'te toplanan ilk Uluslararası Sağlık Konferansı, küresel sağlık diplomasisinin başlangıcı olmuştur (Asa vd., 2022). 1851–1920 arasında düzenlenen konferanslar, karantina uygulamalarının standartlaştırması ve epidemi verilerinin paylaşımı gibi konularda ülkeler arasında ortak yaklaşımlar geliştirilmesini sağlamış, böylece sağlık alanında uluslararası bir yönetim fikri şekillenmiştir. Bu süreçte ortaya çıkan iki önemli kurum, DSÖ'nün düşünsel ve kurumsal temelini oluşturmuştur. İlki, 1907'de kurulan Uluslararası Hijyen Ofisi'dir (OIHP). Bu kurum, bulaşıcı hastalıkların yayılımına ilişkin verilerin düzenli biçimde paylaşılmasını sağlayarak ilk sürekli uluslararası sağlık örgütü niteliğini taşımıştır. İkinci önemli oluşum ise 1920'de Milletler Cemiyeti çatısı altında kurulan Sağlık Örgütü'dür (Sahm vd., 2025). Bu yapı, salgın kontrolü, aşılama ve laboratuvar standartları gibi alanlarda modern halk sağlığının uluslararası ölçekte sistemleştirilmesine yardımcı olmuştur. Böylece II. Dünya Savaşı öncesi dönemde, küresel sağlık yönetimine ilişkin hem deneyim hem de kurumsal altyapı büyük ölçüde oluşmuştur.

II. Dünya Savaşı'nın ardından salgınlar, açlık ve yetersiz sağlık hizmetlerinin küresel etkileri, sağlığın uluslararası barış ve güvenlikle doğrudan ilişkili olduğu fikrini güçlendirdi. 1945'te Birleşmiş Milletler'in kurulmasıyla birlikte, yeni bir küresel sağlık örgütü oluşturma düşüncesi Çin ve Brezilya'nın öncülüğünde gündeme gelmiştir. Bu çabaların sonucu olarak 22 Temmuz 1946'da New York'ta toplanan Dünya Sağlık Konferansı'nda DSÖ Anayasası 61 ülke tarafından kabul edilmiştir (Üz ve Kara, 2022). Bu anayasanın en dikkat çekici yönü, sağlığı yalnızca hastalık ya da sakatlığın yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hâli olarak tanımlamasıdır. Bu kapsamlı sağlık tanımı, örgütün temel felsefesini ve faaliyet alanlarını geniş biçimde çerçevelemiştir (Willemze vd., 2019).

DSÖ, yeterli sayıda ülkenin anayasayı onaylamasının ardından 7 Nisan 1948'de resmen faaliyete başlamış ve bu tarih daha sonra Dünya Sağlık Günü olarak kabul edilmiştir. Kuruluşundan itibaren DSÖ, küresel sağlık alanının merkezî koordinasyon kurumu hâline gelmiştir. 1950'lerden itibaren çiçek hastalığına karşı yürüttüğü küresel kampanya 1979'da hastalığın tamamen ortadan kaldırılmasıyla tarihe geçen bir başarıya dönüşmüştür. Aynı dönemde anne-çocuk sağlığı, içme suyu ve sanitasyon gibi temel halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalar hız kazanmıştır (Eser vd., 2010). 1978'de yayınlanan Alma-Ata Bildirisi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmış ve "Herkesin Sağlığı" hedefi uluslararası bir ilke hâline gelmiştir (Baloch vd., 2022). 1980'lerden itibaren HIV/AIDS, tütün kullanımının yaygınlığı ve tropikal hastalıklarla mücadele gibi küresel sorunlar DSÖ gündeminde önemli yer tutmuştur. 2003'te kabul edilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, halk sağlığı konusunda bağlayıcı nitelikteki ilk uluslararası anlaşmalardan biridir. 21. yüzyılın başında SARS, MERS ve Ebola gibi salgınlara verilen yanıtlar, sağlık güvenliğinin küresel boyutunu daha da belirginleştirmiş, buna paralel olarak Uluslararası Sağlık Tüzüğü 2005'te yenilenmiştir (Üz ve Kara, 2022).

2020'de COVID-19 pandemisinin ortaya çıkışıyla birlikte DSÖ, uluslararası veri paylaşımı, salgın yönetimi, aşılama stratejileri ve bilimsel rehberlik konularında merkezi rolünü bir kez daha göstermiştir. Pandemi sonrası dönemde ise örgüt, aşı ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik, küresel tedarik zincirlerinin güçlendirilmesi, gelecekteki pandemilere hazırlık ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığı gibi konulara odaklanmaktadır (McNamara vd., 2022). Sonuç olarak DSÖ, 19. yüzyılın salgın

hastalıklarına karşı geliştirilen iş birliği mekanizmalarından doğmuş, zamanla modern sağlık diplomasi ve yönetiminin merkezî kurumu hâline gelmiştir.

DSÖ'nün, temel varlık nedeni olan "uluslararası sağlık iyiliğini geliştirme" anlayışı üzerinden şekillenir. DSÖ, küresel ölçekte sağlık politikalarını yönlendiren, standartlar belirleyen, bilimsel rehberlik sunan ve ülkeler arası koordinasyonu sağlayan en yetkili kuruluştur. Bu nedenle sağlığın tanımı, korunması, geliştirilmesi ve kriz dönemlerinde yönetilmesi DSÖ'nün çalışmalarının merkezinde yer almaktadır (Brender vd., 2025).

Sağlık, dinç bir bedenin ötesinde, duygusal ve psikolojik dengeyi, sosyal ilişkilerin sağlığını, çevresel faktörlere uyumu da içerir (Turancı ve Eşiyok, 2021: 97) Yapılan bu tanıma göre, sağlığın çok boyutlu bir kavram olduğunu ve yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda zihinsel ve sosyal iyilik durumunu da kapsadığını vurgular. Sağlık, kişinin çevresiyle etkileşimi, yaşam tarzı, genetik faktörler, sağlık hizmetlerine erişim ve çevresel koşullar gibi pek çok faktörün bir sonucudur.

Dünyadaki tüm demokratik sistemler ve organizasyonlar, esasen sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum oluşturmayı amaçlar (Odhiambo, 2021). Çünkü güvenlik, güç, istikrar, refah ve mutluluğun temeli, ruh ve beden sağlığına sahip bireyler ve toplumlar ile atılmaktadır. Sonuç olarak, sağlıklı olmak temel bir gereksinimdir (Özuysal, 2011: 3). Sağlık ve sağlıklı olma, bireyin yaşamında önemli bir yere sahiptir. Bir birey sağlıklı olduğunda hem fiziksel hem de zihinsel olarak sağlam hisseder, yaşamın tadını çıkarabilir ve çeşitli zorlukların üstesinden gelebilir. Sağlık, hastalık eksikliğinden daha fazlasını kapsar; fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumunu ifade etmektedir (Piabuo ve Tieguhong, 2017). İnsan sağlığını korumak, vücudu geliştirmek için uygun şekilde beslemek, düzenli fiziksel aktivite yapmak, yeterli dinlenmeyi sağlamak ve stresi etkili bir şekilde yönetmek çok önemlidir. Sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için bilinçli ve sürdürülebilir bir yaklaşım gereklidir. Sağlık, ancak dikkatli yaşam alışkanlıkları, düzenli kontroller ve çevresel faktörlerin dikkate alınmasıyla korunabilir. Bu yüzden sağlığı korumak, sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal açıdan da dengeli bir yaşam sürdürmek demektir.

## **2.2. Sağlık Hakkı Kavramı**

Sağlık Hakkı, insanların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için gerekli olan hizmetlere, bilgilere ve koşullara erişim hakkıdır. Bu hak, temel insan haklarından biri olarak kabul edilir ve Birleşmiş Milletler tarafından da onaylanmıştır. Sağlık

hakkı, sadece hastalıkların tedavisiyle ilgili değil, aynı zamanda insanların sağlıklarını koruma, geliştirme ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilme imkânlarına sahip olmalarını da kapsar (Bayram, 2017: 46). Sağlık hakkı, evrensel bir insan hakkı olarak, birçok uluslararası anlaşma ve belge ile güvence altına alınmıştır. Bunlar arasında en önemli olanlar şunlardır;

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948): Sağlık hakkı, insan hakları evrensel beyannamesinin 25. maddesinde yer almaktadır. Bu madde, herkesin yeterli yaşam standartlarına, sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için beslenme, barınma, tıbbi bakım gibi temel ihtiyaçlara erişme hakkını içerir (Bedir, 2016: 5). Bu nedenle, her bireyin, özellikle işsizlik, hastalık, sakatlık, yaşlılık veya kendilerini sağlama yeteneklerinden mahrum edebilecek diğer durumlarda, kendileri ve aileleri için temel sosyal hizmetler gibi ihtiyaçları kapsayan, sağlık ve refahı garanti eden yeterli bir yaşam standardına sahip olma hakkı olarak ifade edilir. DSÖ 1946'da kabul edilen anayasasında sağlık, “fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanır ve sağlık hakkının evrensel olarak korunması gerektiği ifade edilir (Bayram, 2017: 46).

Sağlık hakkı, toplumların gelişmişlik seviyesini gösteren önemli bir parametredir. İnsanların sağlıklı bir yaşam sürmeleri, eğitimlerini tamamlama, iş gücüne katılma ve toplumsal katılımında aktif olma fırsatlarını artırır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin herkese eşit şekilde sunulması, toplumsal barış ve adalet algısı bakımından da önemlidir (Teleş vd., 2021). Sonuç olarak, sağlık hakkı, sadece kişisel bir hak değil, tüm toplumların sağlıklı ve verimli bir şekilde yaşayabilmesi için gerekli bir temel haktır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, adaletli bir şekilde sunulması ve herkesin bu hizmetlere erişiminin sağlanması, toplumsal kalkınmanın temel unsurlarından biridir.

Türkiye Cumhuriyeti'nde Sağlık hakkı, bireylerin içinde ikamet ettiği toplumun güvencesini gerektiren temel bir insan hakkını oluşturur. Anayasaya göre devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” hükmünü içermektedir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982).

DSÖ, sađlđın yalnızca hastalıkların yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hâli olduğunu vurgularken, ÷lkelerin sağlık sistemi düzenlemelerinde eşitlik, erişilebilirlik ve sürdürülebilirlik gibi ilkeleri merkeze alır. Türkiye'nin sağlık sistemi gelişiminde de DSÖ'nün bu yaklaşımları önemli bir referans noktası oluşturur (Teleş vd., 2021). Ancak uygulamada, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgesel farklılıklar, şehir-kır eşitsizliği ve özel-kamu hastaneleri arasındaki farklılıklar DSÖ'nün öngördüğu "eşit erişim" hedefinin tam olarak hayata geçirilmesini zorlaştırmaktadır (Topkaya, 2016).

Türkiye'de sağlık göstergeleri son yıllarda genel olarak iyileşmiş olsa da coğrafi, sosyoekonomik ve kurumsal bölünmeler hâlen belirgindir. DSÖ'nün özellikle vurgu yaptığı "sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması" ilkesi çerçevesinde bakıldığında, ÷lkedeki en önemli sorunlardan biri bölgesel sağlık eşitsizlikleridir. Ekonomik olarak daha gelişmiş büyükşehirlerde hastane sayısı, uzman hekim yoğunluğu ve teknolojik altyapı güçlü iken, özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sağlık hizmetlerine erişim daha sınırlıdır (Tunca, 2014). Bu bölgelerde bazı branşlarda uzman bulunamaması, ileri tanı cihazlarının yetersizliği ve sevk zincirinin yoğunluğu, sağlık hizmetlerinde eşitsizliği artırmaktadır. DSÖ'nün önerdiği şekilde, sağlık hizmetlerinin coğrafi olarak dengeli dağılımı hedeflense de Türkiye'de bölgeler arası farklılıklar hâlen sistemin temel sorunlarından biridir. Şehir-kır ayrımı, Türkiye'nin sağlık yapısında belirgin bir diğer eşitsizlik boyutudur (Şaşmaz vd., 2019). Büyük şehirlerde üniversite hastaneleri, kapsamlı kamu hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarına erişim kolaydır. Buna karşılık kırsal alanlarda aile hekimliği birimleri dışında kapsamlı sağlık kuruluşları sınırlıdır. Kırsal kesimde yaşayanlar, ileri tedaviler için çoğu zaman il veya bölge merkezlerine gitmek zorunda kalmakta; bu da ulaşım, zaman ve maliyet açısından ek yük oluşturup DSÖ'nün savunduğu "fiziksel erişilebilirlik" ilkesinin önünde engel teşkil etmektedir (Telli ve Serin, 2022).

### **2.3. Sağlık Hizmeti Kavramı**

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürme amacına yönelik olarak sağlık sektörü bünyesinde sunulan tüm mal ve hizmetleri kapsamaktadır. Sağlığa ulaşma ve sağlığın korunması hedefi doğrudusunda faaliyet gösteren kurum ve kuruluşların oluşturduğu bu yapı, sağlık sektörünün kolektif bir niteliğe sahip olduğunu göstermektedir. Sağlığı teşvik etmeye

yönelik tüm faaliyetler sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir (Telli ve Serin, 2021).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireyleri ve toplulukları hastalıklardan korumak, hastalık durumunda tedavi sağlamak ve sağlık kayıpları sonrasında mümkün olan en yüksek iyilik hâline ulaşmayı desteklemektir. Tedavi edici hizmetlerin yanı sıra, tam iyileşmenin sağlanamadığı durumlarda rehabilitasyon hizmetleri de sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Bu hizmetler, hastalıkların yaygınlığını azaltarak toplumun genel refahını ve üretkenliğini artırmayı hedeflemektedir (Gök, 2012: 5).

Sağlık hizmetleri, bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye yönelik olarak farklı uzmanlık alanları ve sağlık profesyonelleri tarafından sunulan profesyonel hizmetler bütünüdür. Hastalıkların erken teşhisi, tedavisi ve önlenmesine yönelik uygulamaların yanı sıra, sağlıklı yaşamın teşvik edilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlık hizmetlerinin temel hedefleri arasında yer almaktadır. Bu yönüyle sağlık hizmetleri, toplumların refah düzeyinin yükseltilmesinde önemli bir rol üstlenmektedir (Kutlar ve Salamov, 2016: 22).

Sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık üretimi ve kullanımını içeren sistematik bir sürece dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin üretimi, insan kaynağı ve fiziksel sermaye yatırımlarını kapsayan uzun vadeli bir yatırım süreci olarak değerlendirilmektedir. Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli ile tıbbi cihazlar, ilaçlar ve ekipmanlar bu sürecin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı ise bireylerin tanı, tedavi ve iyileştirme amacıyla sağlık kuruluşlarından yararlanmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu kapsamda sağlığın korunmasına ve iyileştirilmesine yönelik tüm faaliyetler, bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin kapsamı içinde yer almaktadır (Erçelik, 2018: 5; Kocasoy, 2014: 4).

#### **2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme, hastalıkları tedavi etme ve sağlık kayıpları sonrasında iyileşmeyi destekleme amacına yönelik faaliyetlerden oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, hizmetlerin niteliğinin anlaşılmasını kolaylaştırmak ve sağlık sistemlerinin planlanmasını desteklemek amacıyla yapılmaktadır. Bu sınıflandırma genellikle sunum şekline ve hizmetin sunulduğu düzeye göre ele alınmaktadır.

#### **2.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Şekline Göre Sınıflandırma**

Sağlık hizmetleri sunum şekline göre koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üç grupta incelenmektedir. Bu sınıflandırma, sağlık politikalarının oluşturulması, kaynakların etkin dağılımı ve toplum sağlığı hedeflerinin belirlenmesi açısından temel bir çerçeve sunmaktadır (Akdur, 2006: 12; Çil Koçyiğit vd., 2023; Topkaya, 2016).

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyleri ve toplumu hastalıklardan korumayı ve hastalıkların ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlayan hizmetlerdir. Aşılama uygulamaları, çevresel sağlık önlemleri ve risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik müdahaleler bu kapsamda değerlendirilmektedir. Bu hizmetler, toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmekte ve sağlık harcamalarının uzun vadede azalmasına katkı sağlamaktadır (Erkaya, 2019: 16).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık veya yaralanma durumunda bireylerin sağlık sorunlarının tanı ve tedavisine yönelik sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler, uzmanlık gerektiren tıbbi müdahaleleri, hastane hizmetlerini ve ileri tanı–tedavi süreçlerini içermektedir. Tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetlere kıyasla daha yüksek maliyetli olmakla birlikte, bireylerin sağlık kayıplarının giderilmesinde önemli bir role sahiptir (Stefko vd., 2018: 7; Jakovljevic vd., 2020: 2267; Li vd., 2019: 2).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise hastalık, kaza veya doğuştan gelen engeller sonucunda bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevlerini yeniden kazanmalarını amaçlamaktadır. Tedavi edici hizmetlerin tamamlayıcısı niteliğinde olan bu hizmetler, bireylerin bağımsız yaşamlarını sürdürebilmelerine ve topluma yeniden uyum sağlamalarına katkı sunmaktadır (Gök, 2012: 11; Konca vd., 2019: 124).

#### **2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunulduğu Düzeye Göre Sınıflandırma**

Sağlık hizmetleri, ihtiyaç duyulan uzmanlık ve teknolojik altyapıya göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır. Bu sınıflandırma, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve erişilebilirliğinin sağlanması açısından önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemine giriş noktası olup koruyucu, önleyici ve temel tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Bu basamak, hastalıkların önlenmesi ve erken müdahale yoluyla daha ileri sağlık

sorunlarının ortaya çıkmasını engellemeyi amaçlamaktadır (Ünsal, 2016: 19; Asandului vd., 2014: 267). İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamakta çözülemeyen sağlık sorunlarının ele alındığı uzmanlık düzeyindeki hizmetleri içermektedir. Hastanelerde sunulan bu hizmetler, ileri tanı ve tedavi imkânları ile daha karmaşık sağlık sorunlarının yönetilmesini sağlamaktadır (Mirmirani ve Lippmann, 2004: 38; Ünsal, 2016: 20). Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise yüksek teknoloji ve ileri düzey uzmanlık gerektiren sağlık sorunlarına odaklanmaktadır. Üniversite hastaneleri ve özel dal hastanelerinde sunulan bu hizmetler, sağlık sisteminin en üst düzeyini oluşturarak karmaşık vakaların çözümünde kritik bir rol üstlenmektedir (Gedik ve Gelmez, 2019: 1261).

## **2.5. Sağlık Ekonomisi Kavramı**

Sağlık, gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun günümüzde tüm toplumlar ve ülkeler açısından giderek daha önemli bir politika alanı hâline gelmiştir. Bireylerin daha uzun ve kaliteli bir yaşam sürme beklentisi, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta; ancak bu hizmetlerin sunumu ve finansmanında kullanılabilecek kaynakların sınırlı olması, sağlık sistemlerini ekonomik açıdan zorlamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin planlanması ve finansmanının ekonomik bakış açısıyla ele alınmasını zorunlu kılmaktadır (Tıraş, 2013: 125).

Sağlık sektöründe kaynak yetersizliğini daha da belirgin hâle getiren unsurlar arasında sağlık teknolojilerindeki hızlı gelişmeler, yüksek maliyetli yeni ilaç ve tedavi yöntemlerinin yaygınlaşması ve artan yaşam beklentisi yer almaktadır. Bu gelişmeler, sınırlı kaynaklar karşısında sağlık hizmetlerinin hangi alanlara ve ne ölçüde yönlendirileceği sorusunu gündeme getirmekte ve ekonomik karar alma süreçlerini daha karmaşık hâle getirmektedir (İlgün vd., 2020: 525). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin tüm bireylere adil, dengeli ve sürdürülebilir biçimde sunulabilmesi, sağlık harcamalarının ekonomik boyutunun analiz edilmesini gerekli kılmaktadır (Tıraş, 2013: 125).

Bu gereksinimden hareketle ortaya çıkan sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin teori, kavram ve tekniklerini sağlık sektörüne uygulayan bir disiplin olarak tanımlanmaktadır. Sağlık ekonomisi, sınırlı sağlık kaynaklarının nasıl daha etkin ve verimli kullanılabileceği, sağlık hizmetlerinin kalitesinin nasıl artırılacağı ve sağlık politikalarının hangi ekonomik temellere dayanması gerektiği gibi sorulara odaklanmaktadır (Şengün ve Yiğit, 2021). Bu yönüyle sağlık ekonomisi, yalnızca

sağlık hizmetlerinin maliyetlerini incelemekle kalmayıp, bu hizmetlerin toplumsal fayda üzerindeki etkilerini de değerlendirmektedir.

Sağlık ekonomisinin temel ilgi alanlarından biri, sağlık harcamalarının etkinliğinin ve verimliliğinin artırılmasıdır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizliklerin azaltılması, sağlık bütçelerinin rasyonel biçimde kullanılması ve sağlık politikalarının ekonomik sonuçlarının değerlendirilmesi sağlık ekonomisinin öncelikli konuları arasında yer almaktadır (Samut ve Cafri, 2015). Sınırlı kaynaklarla en yüksek sağlık çıktısının elde edilmesi hedefi, sağlık sistemlerinde ekonomik değerlendirme yaklaşımlarının önemini artırmaktadır.

Sağlık ekonomisinde kullanılan ekonomik değerlendirme yaklaşımları, sağlık harcamalarının politika düzeyinde analiz edilmesine olanak tanımaktadır. Maliyet-etkililik ve maliyet-yarar değerlendirmeleri ile fırsat maliyeti kavramı, sağlık alanında alınan kararların ekonomik sonuçlarının karşılaştırmalı olarak ele alınmasını sağlamaktadır (Akın ve Tekerek, 2024; Ketrez ve Parkan, 2024). Bu çerçevede sağlık ekonomisi, sağlık harcamalarının yalnızca büyüklüğünü değil, aynı zamanda kaynak tahsisinin toplumsal refah üzerindeki etkisini de inceleyen bütüncül bir analiz alanı sunmaktadır. Sonuç olarak sağlık ekonomisi, sınırlı kaynakların bulunduğu bir ortamda sağlık hizmetlerinin daha etkili, verimli ve adil biçimde sunulmasını amaçlayan teorik bir çerçeve oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının ekonomik boyutunun bu perspektifle ele alınması, sağlık politikalarının sürdürülebilirliği ve toplumsal refahın artırılması açısından temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Şengün ve Yiğit, 2021).

## **2.6. Sağlık Harcamaları Kavramı**

Ülkelerin ekonomik açıdan güçlü ve sürdürülebilir bir yapıya sahip olması, sağlıklı bir toplumun varlığıyla doğrudan ilişkilidir. Sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum, iş gücüne daha fazla katılım sağlamakta, üretkenliği artırmakta ve ekonomik büyümeye katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle, sağlıklı bir toplumun temeli olan sağlık hizmetleri, ülkeler açısından öncelikli yatırım alanlarından biri olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulması ve yaygınlaştırılması amacıyla yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları olarak tanımlanmaktadır. Devletler, farklı düzeylerde olsa da vatandaşlarının sağlığını korumak ve toplumsal refahı artırmak amacıyla sağlık harcaması yapmak durumundadır. Bu harcamalar, yalnızca kısa

vadeli bir maliyet unsuru değil, aynı zamanda insan sermayesine yapılan ve sürdürülebilir kalkınmayı destekleyen uzun vadeli bir yatırım niteliği taşımaktadır.

Dünya Bankası'na (WB) göre sağlık harcamaları, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının sağlık hizmeti sunmak amacıyla yaptıkları tüm harcamaların toplamını ifade etmektedir. Bu kapsam; aile planlaması, beslenme ve acil sağlık hizmetlerine erişim gibi alanları içermekte, ancak su temini veya arıtma gibi doğrudan sağlık hizmeti sunumuyla ilişkili olmayan harcamaları kapsam dışı bırakmaktadır (WB, 1993). Dünya Bankası, küresel ölçekte sağlık harcamalarına ilişkin verilerin derlenmesi ve sunulmasında önemli bir referans kaynağı olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık harcamaları, bir ülkenin ekonomik sürdürülebilirliği ve toplumsal refah düzeyi açısından temel göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD) gibi uluslararası kuruluşlar tarafından da vurgulandığı üzere, sağlığa yapılan harcamalar yalnızca bir maliyet kalemi olarak değil, insan sermayesinin geliştirilmesi yoluyla uzun vadeli ekonomik büyümeyi destekleyen stratejik bir unsur olarak ele alınmaktadır. Sağlıklı bir iş gücü, üretkenliği artırmakta, hastalıklara bağlı iş gücü kayıplarını azaltmakta ve sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki baskıyı hafifletmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin etkin yönetimi ve finansmanı, ulusal kalkınma politikalarının ayrılmaz bir parçası hâline gelmektedir.

Sağlık harcamalarının kapsamı ve tanımı, uluslararası kuruluşlar arasında bazı farklılıklar gösterebilmekle birlikte, genel olarak kamu ve özel sektör tarafından sağlık hizmeti sunumuna yönelik yapılan tüm finansal girdileri kapsamaktadır. Bu farklı yaklaşımlar, ülkeler arası karşılaştırmalarda metodolojik tutarlılığın önemini artırmakta ve sağlık harcamaları verilerinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Sağlık harcamalarının sınıflandırılması ve izlenmesi, politika yapıcıların kaynak tahsis kararlarını daha etkin biçimde almalarına ve sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmelerine olanak sağlamaktadır (Kocasoy, 2014).

Günümüzde küresel sağlık harcamaları; nüfusun yaşlanması, tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve sağlık hizmetlerine yönelik beklentilerin artması gibi faktörlerin etkisiyle sürekli bir artış eğilimi göstermektedir. Bu durum, sağlık sistemleri üzerinde önemli bir finansal baskı oluştururken, sürdürülebilir finansman yapılarının geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Önleyici sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların artırılması, sağlık

teknolojilerinin akılcı kullanımı ve etkin kaynak yönetimi, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından öne çıkan temel stratejiler arasında yer almaktadır. Sağlık harcamalarının etkinliği ve adaleti ise yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda toplumsal refah ve eşitlik açısından da belirleyici bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

### **2.6.1. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Boyutu**

Sağlık harcamaları, bireylerin ve toplumların sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek amacıyla yapılan tüm mal ve hizmet harcamalarını ifade etmektedir. Bu harcamalar; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsamakta olup, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve etkinliği açısından kritik bir öneme sahiptir. Günümüzde sağlık harcamaları, yalnızca sosyal bir gereklilik değil, aynı zamanda ekonomik bir yatırım olarak da değerlendirilmektedir (Tıraş, 2013: 125).

Ekonomik açıdan sağlık harcamaları, sınırlı kamu ve özel kaynakların kullanımını gerektiren önemli bir bütçe kalemidir. Artan nüfus, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve sağlık teknolojilerindeki gelişmeler, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarının büyümesine yol açmaktadır. Özellikle yüksek maliyetli tıbbi teknolojiler ve yenilikçi ilaçlar, sağlık sistemleri üzerinde ciddi bir mali baskı oluşturmaktadır (İlgün vd., 2020: 525).

Sağlık harcamalarının ekonomik boyutu, bu harcamaların finansman yöntemleriyle de yakından ilişkilidir. Kamu kaynakları, özel sigortalar, cepten yapılan ödemeler ve sosyal güvenlik sistemleri, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan başlıca mekanizmalardır. Ülkelerin tercih ettiği finansman modeli; sağlık hizmetlerine erişim, eşitlik ve mali sürdürülebilirlik üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu bağlamda, sağlık harcamalarının kamu ve özel sektör arasında nasıl paylaşıldığı, sağlık sistemlerinin performansını doğrudan etkilemektedir (Samut ve Cafri, 2015).

Sağlık harcamaları aynı zamanda ekonomik büyüme ile çift yönlü bir ilişki içindedir. Bir yandan ekonomik büyüme, sağlık harcamalarına ayrılan kaynakların artmasını mümkün kılarken; diğer yandan sağlığa yapılan harcamalar, iş gücü verimliliğini artırarak ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır. Sağlıklı bireyler, eğitim ve üretim süreçlerine daha etkin katılabilmekte ve bu durum uzun vadede insan sermayesinin güçlenmesine yol açmaktadır (Şengün ve Yiğit, 2021). Bununla

birlikte, sağlık harcamalarının kontrolsüz biçimde artması, bütçe açıkları ve kaynak israfı gibi sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle sağlık harcamalarının yalnızca miktarı değil, aynı zamanda etkinliği ve verimliliği de ekonomik açıdan önem taşımaktadır. Sınırlı kaynaklarla en yüksek sağlık çıktısının elde edilmesi gereği, sağlık harcamalarının ekonomi biliminin araçlarıyla analiz edilmesini zorunlu kılmaktadır (Tıraş, 2013: 125). Sonuç olarak, sağlık harcamalarının ekonomik boyutu; finansman yapısı, kaynak tahsisi, mali sürdürülebilirlik ve ekonomik büyüme ile olan ilişkileri çerçevesinde değerlendirilmelidir. Bu teorik çerçeve, Türkiye ve AB ülkelerinde sağlık harcamalarının karşılaştırmalı analizine zemin hazırlamakta ve çalışmanın ilerleyen bölümlerinde yapılacak ampirik incelemeler için kavramsal bir temel oluşturmaktadır.

## **2.7. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler**

Günümüzde sağlık harcamaları, yalnızca bireylerin yaşam kalitesini artırma açısından değil, aynı zamanda ülkelerin ekonomik planlamaları ve kalkınma hedefleri bakımından da giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Garip, 2020). Sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların hacmi her geçen yıl artmakta; bu artış özellikle gelişmiş ülkelerde daha belirgin biçimde gözlemlenmektedir. Bununla birlikte sağlık harcamalarındaki değişim, yalnızca ülkeler arasında değil, aynı ülkenin farklı dönemleri ve bölgeleri arasında da farklılık gösterebilmektedir. Bu durum, sağlık harcamalarının çok sayıda ekonomik, teknolojik ve sosyo-kültürel faktörden etkilendiğini göstermektedir (Şentürk, 2019: 27).

Sağlık harcamalarının düzeyi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde büyük ölçüde benzer dinamikler tarafından şekillenmektedir. Bu bağlamda sağlık harcamalarını etkileyen temel faktörler arasında teknolojik gelişmeler, demografik yapı, bireylerin eğitim ve gelir düzeyi, kronik ve bulaşıcı hastalıkların yaygınlığı ile sağlık sigortası sistemlerindeki dönüşümler yer almaktadır. Özellikle tıbbi teknolojide yaşanan yenilikler, tanı ve tedavi süreçlerinin niteliğini artırmakta; bu durum sağlık hizmetlerine olan talebi yükselterek sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Şentürk, 2019: 28).

Ekonomi literatüründe, bir mal veya hizmete yönelik talebin artmasının fiyatları ve harcama düzeyini yükselttiği kabul edilmektedir. Bu temel ekonomik yaklaşım, sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Kronik hastalıkların yaygınlaşması, bu

hastalıklara yönelik tanı ve tedavi talebini artırmakta; buna bağlı olarak hastane sayısında artış, uzman hekim ve yardımcı sağlık personeli ihtiyacının yükselmesi, ileri teknolojik donanımların kullanımı ve ilaç harcamalarında büyüme gözlemlenmektedir (Şentürk, 2019: 28). Bu süreç, sağlık harcamalarının arz-talep dengesi çerçevesinde değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Sağlık harcamaları, modern toplumlarda yalnızca bireysel refahın değil, aynı zamanda ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyinin de önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Artan yaşam beklentisi, değişen sağlık ihtiyaçları ve teknolojik ilerlemeler, dünya genelinde sağlık harcamalarının sürekli artmasına yol açmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde, yüksek yaşam standartları ve kronik hastalıkların yaygınlığı, sağlık hizmetlerine olan talebi hızlandırmakta ve kamu ile özel sektörün sağlık alanına daha fazla kaynak ayırmasını zorunlu hâle getirmektedir.

Genel olarak sağlık harcamalarını etkileyen faktörler; teknolojik gelişmeler, demografik yapı, sosyoekonomik koşullar ve sağlık politikalarındaki dönüşümler şeklinde özetlenebilir. Bunun yanında bireylerin sağlık bilincinin ve eğitim düzeyinin yükselmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine olan ilgiyi artırarak erken tanı ve tedaviye yönelimi güçlendirmektedir. Bu gelişmeler, sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlemesine ve harcama kalemlerinin çeşitlenmesine neden olmaktadır. Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin çok boyutlu yapısı, sağlık hizmetlerine olan talep ve sunumu doğrudan etkileyerek sağlık harcamalarının düzeyini ve artış hızını belirlemektedir (Kol, 2015).

### **2.7.1. Demografik Faktörler**

Sağlık harcamaları, toplumsal yapıdaki demografik değişimlere duyarlı bir alan olup; nüfusun yaş, cinsiyet, yerleşim yeri, eğitim ve gelir düzeyi gibi temel özellikleri bu harcamaların düzeyini ve dağılımını doğrudan etkilemektedir. Özellikle yaş faktörü, sağlık hizmetlerine olan talebin belirlenmesinde merkezi bir rol oynamaktadır. Yaşlanmayla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının artması, yaşlı bireylerin sağlık sistemine başvuru oranlarını yükseltmekte ve buna bağlı olarak kişi başına düşen sağlık harcaması yaşla doğru orantılı biçimde artmaktadır (Kurşun ve Rakıcı, 2014). Benzer şekilde, bebeklik ve çocukluk dönemlerinde bağışıklama programları ile gelişimsel izlem hizmetleri nedeniyle sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç görece yüksektir.

Cinsiyet temelinde değerlendirildiğinde, kadınların özellikle üreme sağlığı ve doğumla ilişkili hizmetler kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığının erkeklere kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Erkeklerin sağlık hizmeti arayışında genellikle daha geç davranmaları ise hastalıkların ileri evrede teşhis edilmesine ve buna bağlı olarak tedavi maliyetlerinin artmasına yol açabilmektedir (Kurt ve Şaşmaz, 2012).

Nüfus artış hızı ve toplam nüfus büyüklüğü, sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinde önemli yapısal baskılar oluşturmaktadır. Artan nüfusla birlikte sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesi, sağlık altyapısı ve insan kaynağı planlamasında stratejik önceliklerin belirlenmesini zorunlu kılmaktadır. Yerleşim yeri de sağlık harcamalarını etkileyen önemli bir demografik değişkendir. Kentsel alanlarda sağlık hizmetlerine erişim görece daha kolayken, kırsal bölgelerde coğrafi engeller, altyapı yetersizlikleri ve uzman hekim eksikliği nedeniyle sağlık hizmeti kullanım düzeyi sınırlı kalabilmektedir.

Eğitim düzeyi, bireylerin sağlık okuryazarlığını artırarak koruyucu sağlık davranışlarını benimsemelerini kolaylaştırmakta ve bu yolla uzun vadede tedaviye yönelik sağlık harcamalarının azalmasına katkı sağlamaktadır (Esen ve Çelik Keçili, 2022). Gelir düzeyi ise sağlık hizmetlerine erişim ve tercih edilen hizmet türleri üzerinde belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Yüksek gelir grupları daha çok özel sağlık hizmetlerine yönelirken, düşük gelirli bireyler kamu sağlık hizmetlerine daha bağımlı hâle gelmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından eşitsizlikleri gündeme getirmekte ve sağlık politikalarının sosyal adalet ilkesi çerçevesinde değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır (Mihalache vd., 2020). Genel olarak demografik faktörler, sağlık hizmetlerine olan talebin yalnızca niceliksel boyutunu değil, aynı zamanda erişim, kalite ve eşitlik unsurlarını da etkilemektedir. Bu nedenle yaş, cinsiyet, yerleşim yeri, eğitim ve gelir gibi demografik değişkenlerin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması, sağlık kaynaklarının etkin ve adil biçimde dağıtılması açısından kritik bir önem taşımaktadır. Demografik yapı ile sağlık harcamaları arasındaki bu çok boyutlu ilişki, sağlık ve sosyal politika tasarımlarında temel belirleyicilerden biri olarak değerlendirilmektedir.

### **2.7.1.1. Yaşlı Nüfus**

Yaşlı nüfus, genellikle 65 yaş ve üzerindeki bireyleri ifade etmekte olup, sağlık harcamalarını etkileyen en önemli demografik göstergeler arasında yer almaktadır. Nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların görülme sıklığının artması, çoklu hastalık yükü ve uzun süreli bakım ihtiyacının yaygınlaşması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine olan talebi önemli ölçüde artırmaktadır. Bu durum, yaşlı bireylerin sağlık sistemine daha sık başvurmasına ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının yükselmesine yol açmaktadır (OECD, 2022).

Yaşlı nüfusun artışı, sağlık harcamalarının yalnızca düzeyini değil, aynı zamanda yapısını da etkilemektedir. İleri yaş gruplarında tedavi edici hizmetlerin yanı sıra rehabilitasyon, evde bakım ve uzun dönemli bakım hizmetlerine olan ihtiyaç artmakta; bu hizmetler ise görece daha yüksek maliyetler doğurmaktadır. Bu nedenle yaşlı nüfus, sağlık sistemleri üzerinde sürdürülebilirlik açısından önemli bir baskı unsuru oluşturmaktadır (DSÖ, 2021).

Literatürde, yaşlı nüfus oranı ile sağlık harcamaları arasında güçlü ve pozitif bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Yaşlanma sürecinin hızlanması, sağlık harcamalarının uzun vadede artış eğilimi göstermesine neden olmakta ve sağlık politikalarının bu demografik dönüşüm dikkate alınarak planlanmasını gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda yaşlı nüfus, sağlık harcamalarının demografik belirleyicileri arasında temel bir değişken olarak değerlendirilmektedir (Jakovljevic vd., 2018).

### **2.7.1.2. Beklenen Yaşam Süresi**

Beklenen yaşam süresi, bir bireyin doğumda mevcut sağlık, çevresel ve sosyoekonomik koşullar altında ortalama kaç yıl yaşayacağını tahmin edildiği temel demografik göstergelerden biridir. Bu gösterge, yalnızca bireysel sağlık düzeyini değil, aynı zamanda toplumların sağlık sistemi performansı, yaşam koşulları ve genel refah düzeyi hakkında da önemli bilgiler sunmaktadır (OECD, 2023).

Beklenen yaşam süresi genellikle “doğuşta yaşam beklentisi” (life expectancy at birth) olarak hesaplanmakta ve yaşa özgü ölüm oranlarına dayalı hayat tabloları kullanılarak belirlenmektedir. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler, yaygın aşılama programları, temiz suya ve sanitasyona erişimin artması ile sağlık hizmetlerinin iyileşmesi, yaşam süresinin zaman içerisinde uzamasında belirleyici rol oynamaktadır (DSÖ, 2022).

Beklenen yaşam süresindeki artış, sağlık harcamaları açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır. Yaşam süresinin uzaması, bireylerin sağlık sisteminde daha uzun süre yer almasına ve özellikle ileri yaş dönemlerinde sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmaktadır. Bu durum, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve uzun süreli bakım ihtiyacının artması yoluyla sağlık harcamalarının yükselmesine yol açabilmektedir. Dolayısıyla beklenen yaşam süresi, sağlık harcamalarının düzeyini ve sürdürülebilirliğini etkileyen temel demografik faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir (Jakovljevic vd., 2018).

### **2.7.1.3. Toplam Nüfus**

Toplam nüfus büyüklüğü, sağlık hizmetlerine yönelik talebin genel hacmini belirleyen temel demografik göstergelerden biridir. Nüfusun artması, sağlık hizmetlerinden yararlanan birey sayısının yükselmesine yol açmakta; bu durum sağlık altyapısı, sağlık personeli ihtiyacı ve kamu sağlık harcamaları üzerinde doğrudan bir baskı oluşturmaktadır. Artan nüfusla birlikte, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine olan talep genişlemekte ve sağlık sistemlerinin kapasite planlaması daha karmaşık hâle gelmektedir.

Toplam nüfusun büyüklüğü, sağlık harcamalarının mutlak düzeyini etkileyen önemli bir belirleyici olarak değerlendirilmektedir. Nüfus artışı, özellikle kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemlerinde, bütçeden sağlığa ayrılan kaynakların artırılmasını zorunlu kılabilmektedir. Bu bağlamda toplam nüfus, sağlık harcamalarının seviyesini ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini etkileyen temel demografik faktörlerden biri olarak ele alınmaktadır (Jakovljevic vd., 2016).

### **2.7.2. Ekonomik Faktörler**

Sağlık harcamalarını etkileyen ekonomik faktörler arasında gayrisafi yurtiçi hasıla (GSYH), işsizlik oranı, enflasyon düzeyi, satın alma gücü paritesi ve kişi başına düşen sağlık harcaması önemli bir yer tutmaktadır. Bir ülkenin GSYH düzeyi, ekonomik kapasitesini ve kamu gelirlerini belirleyerek sağlık sektörüne ayrılacak kaynakların sınırlarını çizmektedir. Ekonomik büyümenin hızlanmasıyla birlikte kamu bütçesinden sağlığa ayrılan pay artmakta, aynı zamanda bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik talebi güçlenmektedir. İşsizlik oranı ise sağlık harcamaları üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkiler yaratmaktadır. Artan işsizlik, bireylerin gelir düzeyini düşürerek özel sağlık hizmetlerine erişimi sınırlandırırken,

kamu sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta ve kamu harcamaları üzerinde baskı oluşturmaktadır. Enflasyon oranındaki yükseliş, sağlık sektöründe kullanılan ilaç, tıbbi cihaz ve hizmet maliyetlerini artırarak sağlık harcamalarının nominal düzeyini yükseltmekte, aynı zamanda bütçe planlamasını zorlaştırmaktadır. Satın alma gücü paritesi ise ölkeler arası sağlık harcamalarının reel düzeyde karşılaştırılmasını mümkün kılmakta; nominal harcama düzeylerinin ötesinde, sağlık hizmetlerinin gerçek maliyetini ve erişilebilirliğini ortaya koymaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması, bireylerin sağlık hizmetlerinden ne ölçüde yararlanabildiğini ve sağlık sisteminin kaynak kullanım düzeyini yansıtan temel bir göstergedir. Bu göstergeler birlikte değerlendirildiğinde, sağlık harcamalarının ekonomik koşullara duyarlı olduğu ve makroekonomik istikrarın sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından belirleyici bir unsur olduğu görölmektedir.

#### **2.7.2.1. Gayrı Safi Yurt İçi Hâsıla**

Kişi başına düşen gayrisafi yurt içi hâsıla bir ölkede belirli bir dönemde üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin parasal değerinin nüfusa bölünmesiyle elde edilen temel bir ekonomik göstergedir. Bu gösterge, ölkelerin ekonomik büyüklüklerinin ve ortalama refah düzeylerinin karşılaştırılmasında yaygın biçimde kullanılmaktadır (Mossialos vd., 2002).

GSYH, nominal veya reel olarak hesaplanabilmektedir. Nominal değerler cari fiyatlar üzerinden ölçölürken, reel GSYH enflasyon etkisinden arındırılarak bireylerin satın alma gücünü daha doğru biçimde yansıtmaktadır. Ayrıca satın alma gücü paritesi kullanılarak yapılan hesaplamalar, ölkeler arasındaki fiyat düzeyi farklılıklarını dikkate alarak uluslararası karşılaştırmalarda daha sağlıklı sonuçlar sunmaktadır (Kurt ve şaşmaz, 2012).

Kişi başına düşen GSYH düzeyinin yüksek olması, genellikle sağlık, eğitim ve diğer kamu hizmetlerine ayrılacak kaynakların daha geniş olduğu ekonomilerle ilişkilendirilmektedir. Bu bağlamda GSYH, sağlık harcamalarının düzeyini ve artış eğilimini açıklamada önemli bir ekonomik değişken olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, bu gösterge gelir dağılımı, yaşam kalitesi ve sosyal refahın tüm boyutlarını tek başına yansıtamadığından, sağlık harcamaları analizlerinde diğer ekonomik ve sosyal göstergelerle birlikte ele alınması gerekmektedir (Salmanov ve Gezdim, 2025).

### **2.7.2.2. Satın Alma Gücü Paritesi**

Satın alma gücü paritesi, ülkeler arasındaki gelir düzeylerini ve yaşam standartlarını daha gerçekçi biçimde karşılaştırabilmek amacıyla kullanılan bir hesaplama yöntemidir. Bu yaklaşım, nominal döviz kurlarının yarattığı yanıltıcı etkileri ortadan kaldırarak, ülkelerdeki fiyat düzeyi farklılıklarını dikkate alır. SGP hesaplamalarında, her ülkede aynı mal ve hizmet sepetinin satın alınması için gereken yerel para miktarı esas alınmakta ve bu sayede ülkelerin reel ekonomik kapasiteleri daha sağlıklı biçimde ölçülmektedir (Boz ve Kurnaz, 2025).

SGP yöntemi özellikle kişi başına GSYH gibi göstergelerin uluslararası karşılaştırılmasında kullanılmaktadır. Nominal gelir hesaplamaları, fiyatların görece düşük olduğu ülkelerde ekonomik refahın olduğundan daha düşük görünmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle SGP'ye dayalı göstergeler, ülkelerin gerçek satın alma gücünü ve yaşam standartlarını yansıtmaya açısından daha güvenilir kabul edilmektedir (Salmanov ve Gezdim, 2025).

Sağlık harcamaları analizlerinde SGP'nin kullanılması, ülkeler arasındaki sağlık hizmeti maliyetlerinin ve harcama düzeylerinin reel olarak karşılaştırılmasına imkân tanımaktadır. Nominal harcama verilerinin aksine, SGP'ye göre düzeltilmiş göstergeler, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların gerçek satın alma gücünü ortaya koymakta ve ülkeler arası karşılaştırmalarda daha tutarlı sonuçlar sunmaktadır. Bu nedenle satın alma gücü paritesi, sağlık harcamalarının ekonomik boyutunun değerlendirilmesinde önemli bir tamamlayıcı gösterge olarak ele alınmaktadır.

### **2.7.2.3. Enflasyon**

Enflasyon, genel fiyat seviyesindeki sürekli artış olarak tanımlanmakta ve para biriminin satın alma gücünün azalmasına yol açmaktadır. Bu olgu hem tüketicilerin hem de üreticilerin ekonomik kararlarını etkileyen temel makroekonomik değişkenlerden biridir. Enflasyonun ölçümünde genellikle Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE) ve Üretici Fiyat Endeksi (ÜFE) gibi göstergeler kullanılmakta; bu endeksler belirli bir mal ve hizmet sepetinin zaman içindeki fiyat değişimlerini yansıtarak ekonomi genelindeki fiyat hareketlerinin izlenmesine imkân tanımaktadır (Özuysal, 2011). Sağlık sektörü, emek yoğun yapısı, ithal tıbbi ürün ve ilaçlara olan bağımlılığı nedeniyle enflasyondan doğrudan etkilenen alanlardan biridir. Enflasyon oranındaki artış, sağlık hizmetlerinin sunum maliyetlerini yükselterek ilaç, tıbbi cihaz ve hizmet fiyatlarında artışa neden olabilmektedir. Bu durum, sağlık harcamalarının nominal

düzenini artırmakta ve bütçe planlaması açısından kamu ve özel sektör üzerinde ek baskılar oluşturmaktadır. Dolayısıyla enflasyon, sağlık harcamalarının düzeyini ve sürdürülebilirliğini etkileyen önemli bir ekonomik faktör olarak değerlendirilmektedir.

#### **2.7.2.4. İşsizlik**

İşsizlik, çalışma arzusunda ve yeteneğinde olan bireylerin mevcut iş olanaklarına rağmen istihdam edilememesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeler için önemli bir makroekonomik gösterge olan işsizlik oranı, yalnızca ekonomik performansın değil, aynı zamanda toplumsal refah düzeyinin de önemli bir yansımasıdır. İşsizliğin artması, bireysel gelir kaybına ve toplam üretim kapasitesinin potansiyelinin altında kalmasına yol açarak üretim, tüketim ve ekonomik büyüme süreçlerini doğrudan etkilemektedir (Çelik, 2020: 11). İşsizlik ile sağlık harcamaları arasında çift yönlü ve karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. İşsizliğin artması, bireylerin gelir düzeylerini düşürerek sağlık hizmetlerine erişimlerini sınırlayabilmekte; buna karşılık ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarının yaygınlaşmasına zemin hazırlayabilmektedir (Li vd., 2019: 6). Bu durum, özellikle kamu sağlık sistemlerine olan talebi artırarak sağlık harcamalarının yükselmesine neden olmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamındaki birey sayısının artmasıyla birlikte devletin sağlık alanındaki finansal yükü de belirgin biçimde artmaktadır.

#### **2.7.2.5. Kişi Başı Sağlık Harcamaları**

Kişi başına sağlık harcaması, bir ülkede sağlık sistemine yapılan toplam harcamaların nüfusa bölünmesiyle elde edilen temel bir göstergedir. Bu gösterge, sağlık hizmetlerinin kapsamı, kalitesi ve sürdürülebilirliği hakkında önemli ipuçları sunmakta; aynı zamanda sağlık sistemine ayrılan kaynakların bireyler düzeyinde ne ölçüde kullanılabildiğini yansıtmaktadır (Rao vd., 2025). Kişi başına sağlık harcaması, yalnızca finansal büyüklükleri değil, sağlık sisteminin etkinliği ve toplumsal refah düzeyi ile olan ilişkiyi de ortaya koymaktadır.

Uluslararası karşılaştırmalarda kişi başına sağlık harcaması genellikle dolar cinsinden ifade edilmekte ve bu sayede ülkeler arasındaki nominal farklar daha görünür hâle getirilmektedir. Bununla birlikte bu gösterge, sağlık hizmetlerine erişim düzeyi, kamu-özel sektör dengesi ve sağlık politikalarının öncelikleri hakkında

dolaylı bilgiler sunmaktadır. Kişi başına sağlık harcamasının yüksek olması, her zaman sağlık sisteminin daha etkin olduğu anlamına gelmemekle birlikte, ülkelerin sağlık hizmetlerine ne ölçüde kaynak ayırdığını göstermesi bakımından temel bir ekonomik ölçüt olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle kişi başına sağlık harcaması, sağlık harcamalarının ekonomik boyutunun analizinde sıkça kullanılan tamamlayıcı göstergeler arasında yer almaktadır.

### **2.7.3. Teknolojik Faktörler**

Teknolojik gelişmeler, sağlık sektörünün yapısını ve hizmet sunum süreçlerini önemli ölçüde dönüştüren temel faktörlerden biridir. Sağlık bilişim sistemleri, dijitalleşme, tanı ve tedavi teknolojilerindeki yenilikler; sağlık hizmetlerinin etkinliğini, erişilebilirliğini ve kalitesini artırmaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin yapısı, niteliği ve maliyeti üzerinde en belirleyici unsurlardan biri teknolojik gelişmelerdir. Tıbbi cihazlar, tanı yöntemleri, tedavi protokolleri ve sağlık bilişim sistemleri alanında yaşanan yenilikler, sağlık sektörünün işleyişini önemli ölçüde dönüştürmüştür. Bu teknolojik ilerlemeler, hastalıkların daha erken teşhis edilmesine, tedavi süreçlerinin etkinliğinin artmasına ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesinin yükselmesine katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte, yeni teknolojilerin sağlık sistemine entegrasyonu genellikle yüksek yatırım maliyetleri gerektirmektedir. İleri tanı cihazları, yenilikçi tedavi yöntemleri ve teknoloji yoğun tıbbi uygulamalar, kısa vadede sağlık harcamalarının artmasına neden olabilmektedir. Bu durum, teknolojik gelişmelerin sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin yalnızca hizmet kalitesini artırmakla sınırlı olmadığını, aynı zamanda maliyetleri de yukarı yönlü etkilediğini göstermektedir (Newhouse, 1992). Dolayısıyla teknolojik faktörler, sağlık harcamalarını hem artırıcı hem de sağlık çıktılarının niteliğini iyileştirici çift yönlü bir etkiye sahiptir. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından, teknolojik yeniliklerin maliyet-etkililik ve verimlilik boyutlarıyla birlikte değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

#### **2.7.3.1. Tıbbi Cihazlar**

Tıbbi cihazlar, sağlık teknolojilerinin en önemli bileşenlerinden biri olup teşhis, tedavi ve hasta izleme süreçlerinde sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır. Görüntüleme sistemleri, robotik cerrahi uygulamaları ve yoğun bakım ekipmanları gibi ileri teknolojik cihazlar, sağlık hizmetlerinin kalitesine önemli

katkılar sağlamaktadır. Yeni teknolojilerin kullanımı, genellikle sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve erişilebilirliğini artırmakla birlikte, başlangıçta yüksek yatırım maliyetleri gerektirdiğinden kısa vadede sağlık harcamalarında artışa yol açabilmektedir (Newhouse, 1992). Dolayısıyla teknolojik faktörler hem maliyetleri hem de sağlık çıktılarının kalitesini etkileyen çift yönlü bir etkiye sahiptir.

Sağlık teknolojileri, iki temel boyutta sağlık harcamalarını etkiler: üretim maliyetleri ve hizmet talebi. Bir yandan ileri görüntüleme cihazları, robotik cerrahi sistemleri veya genetik testler gibi yenilikçi teknolojiler, tanı ve tedavi süreçlerinin hassasiyetini artırarak yanlış teşhis oranlarını düşürür. Ancak bu tür teknolojilerin yüksek sermaye ve bakım maliyetleri, sağlık bütçeleri üzerinde ek yük oluşturur (Cutler ve McClellan, 2001). Diğer yandan, gelişen teknoloji ile teşhis konulan hasta sayısının artması, sağlık hizmetlerine olan talebi yükseltir ve bu durum uzun vadede sağlık harcamalarının yapısını yeniden şekillendirir. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, sağlık sistemlerinde verimliliğin artırılmasına da katkı sağlamaktadır. Elektronik sağlık kayıtları (EHR), uzaktan hasta takibi, tele-tıp uygulamaları ve yapay zekâ tabanlı karar destek sistemleri, hizmet sunum süreçlerini hızlandırmakta ve kaynak kullanımını optimize etmektedir. Bu tür teknolojilerin doğru uygulanması, gereksiz tetkik ve tekrar muayene oranlarını azaltarak sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasına yardımcı olabilir (Buntin vd., 2011). Ancak, bu teknolojilerin yaygınlaşması için yapılan ilk yatırım maliyetleri ve personel eğitim giderleri, kısa vadede bütçe üzerinde baskı yaratabilmektedir.

Tıbbi inovasyonların maliyet üzerindeki etkileri, yalnızca teknolojinin birim maliyeti ile sınırlı değildir; aynı zamanda tedavi sürelerini kısaltma, komplikasyon oranlarını düşürme ve yaşam kalitesini artırma gibi dolaylı ekonomik faydaları da vardır. Örneğin minimal invaziv cerrahi teknikler, hastanede yatış süresini kısaltarak hem hasta hem de sağlık sistemi açısından maliyet avantajı sağlayabilir. Bu durum, uzun vadede harcamaların sürdürülebilirliğini destekleyebilir (Sorenson, Drummond ve Bhuiyan Khan, 2013). Bununla birlikte, teknolojik ilerlemelerin yarattığı “arz kaynaklı talep” (supplier-induced demand) olgusu da göz ardı edilmemelidir. Sağlık kurumlarının ellerindeki ileri teknoloji cihazları daha sık kullanma eğilimleri, tıbbi gereklilik olmasa bile bazı hizmetlerin sunulmasına yol açabilir. Bu durum, sağlık harcamalarını rasyonel olmayan şekilde artırabilir (Weisbrod, 1991). Dolayısıyla teknolojinin sağlık sistemine entegrasyonunda maliyet-etkinlik analizlerinin yapılması kritik bir gerekliliktir.

Ülkeler arasında sağlık teknolojilerine erişim düzeyi ve kullanım oranları farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde yüksek teknoloji tıbbi cihaz yoğunluğu, kişi başı sağlık harcamalarının artışında önemli bir faktör olarak öne çıkarken; gelişmekte olan ülkelerde teknoloji yatırımları genellikle dış finansman ve ithalat yoluyla gerçekleştiği için döviz kurları ve ekonomik istikrar bu yatırımların sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Türkiye’de de 2000’li yıllardan itibaren MR, BT gibi ileri görüntüleme cihazlarının sayısındaki artışın, kişi başı sağlık harcamaları ile paralel seyrettiği görülmektedir (OECD, 2023).

Teknolojik faktörler sağlık harcamalarını hem artırıcı hem de azaltıcı yönde etkileyen karmaşık bir yapıya sahiptir. Etkilerin yönü, teknolojinin türü, uygulama alanı, yaygınlık düzeyi ve maliyet-etkinlik oranına bağlı olarak değişmektedir. Bu nedenle sağlık politikalarında, teknolojik yatırımların yalnızca yenilik düzeyi değil, aynı zamanda uzun vadeli maliyet-etkinlik ve toplum sağlığı üzerindeki net etkisi de değerlendirilmelidir. Böylelikle teknoloji, yalnızca harcama artışına neden olan bir unsur olmaktan çıkarak, sürdürülebilir sağlık sistemlerinin destekleyici bir unsuru haline gelebilir (Şentürk, 2019). Türkiye’de hastanelerde kullanılan bazı temel tıbbi cihazların sektörel dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Sektörlere göre 2024 yılında hastanelerdeki cihaz sayıları (Sağlık Bakanlığı 2025a).

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	430	122	479	1031
BT	687	157	535	1379
Ultrason	2303	1152	2412	5867
Doppler Ultrason	5170	807	2113	8630
EKO	2036	363	878	3277
Mamografi	402	80	444	926
Gama Kamera	139	76	44	259
PET	62	48	62	172
Radyoterapi	93	91	92	276

Tablo 1 incelendiğinde, 2024 yılı itibarıyla hastanelerde kullanılan ileri düzey tanı ve görüntüleme cihazlarının sayısında artış eğiliminin devam ettiği görülmektedir. Özellikle MR, BT, ultrason, Doppler ultrason ve EKO cihazlarının yaygınlaşması; sağlık hizmetlerinde tanı kapasitesinin gelişmesine, hizmet kalitesinin artmasına ve sağlık hizmetlerinin daha hızlı sunulmasına katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte ileri teknolojiye dayalı tıbbi cihazların yaygınlaşması, sağlık sektöründe teknoloji yoğun yatırımların arttığını göstermektedir.

Veriler, bazı cihaz türlerinde özel hastanelerin önemli paya sahip olduğunu, buna karşılık kamu hastanelerinin toplam cihaz kapasitesi bakımından belirleyici konumunu sürdürdüğünü ortaya koymaktadır. Özellikle MR ve ultrason cihazlarında özel hastanelerin yüksek paya sahip olması, özel sağlık sektörünün teknolojik yatırımlara ağırlık verdiğini göstermektedir. Buna karşılık BT, Doppler ultrason ve EKO cihazlarında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ön planda olması, kamu sağlık kuruluşlarının geniş hizmet kapasitesini yansıtmaktadır.

Tabloda en yüksek cihaz sayısının Doppler ultrason cihazlarında olduğu görülmektedir. Bu durum, kardiyolojik ve vasküler hastalıkların tanısında kullanılan görüntüleme teknolojilerine olan ihtiyacın arttığını göstermektedir. Ayrıca ultrason ve EKO cihazlarının yaygın kullanımı, tanı süreçlerinde görüntüleme teknolojilerinin sağlık hizmetleri açısından taşıdığı önemi ortaya koymaktadır.

Mamografi, Gama Kamera ve PET cihazları gibi ileri görüntüleme sistemleri ise özellikle kanser taramaları ve radyolojik incelemelerde kullanılmaktadır. Bu cihazların sağlık kurumlarında yaygınlaşması, erken tanı ve tedavi süreçlerinin gelişmesine katkı sağlamakta; aynı zamanda sağlık teknolojilerindeki ilerlemenin sağlık harcamaları üzerindeki etkisini göstermektedir.

## **2.8. Sağlık Harcamalarının Ekonomiye Etkisi**

Sağlık harcamaları, iktisat literatüründe beşerî sermayenin temel unsurlarından biri olarak değerlendirilmekte ve ekonomik büyüme süreciyle yakından ilişkilendirilmektedir. Sağlıklı bireylerden oluşan bir işgücü, fiziksel ve zihinsel kapasitenin artması yoluyla üretkenliği yükseltmekte; bu durum ekonomik büyümeyi destekleyen önemli bir mekanizma oluşturmaktadır. Bu çerçevede sağlık harcamaları, yalnızca sosyal refahı artıran bir kamu harcaması olarak değil, aynı zamanda uzun vadeli ekonomik büyümeyi destekleyen stratejik bir yatırım olarak ele alınmaktadır (Doğan, 2016). Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki çoğu çalışmada çift yönlü bir yapı sergilemektedir. Ekonomik büyüme, kamu ve özel sektörün sağlık alanına ayırabileceği kaynakları artırarak sağlık harcamalarının yükselmesine olanak tanırken; sağlık harcamalarındaki artış da daha sağlıklı ve üretken bir işgücü oluşturarak büyümeyi destekleyebilmektedir. Türkiye üzerine yapılan deneysel çalışmalar, kamu sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli ve anlamlı bir ilişki bulunduğunu ortaya koymaktadır (Şen ve Bingöl, 2018; Üzümcü ve Söğüt, 2020).

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi büyük ölçüde işgücü verimliliği kanalı üzerinden gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin artması, çalışanların iş gücü kayıplarını azaltmakta ve üretkenlik düzeylerini yükseltmektedir. Kamu sağlık harcamaları ile işgücü verimliliği arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, sağlık harcamalarının verimlilik üzerinde pozitif ve anlamlı etkiler yarattığını göstermektedir. Özellikle Türkiye örneğinde yapılan analizler, sağlık harcamalarının üretim sürecine dolaylı fakat güçlü katkılar sunduğunu ortaya koymaktadır (Durmaz ve Pabuçcu, 2020).

Beşerî sermaye yaklaşımı çerçevesinde sağlık, eğitimle birlikte ekonomik kalkınmanın temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık harcamaları, bireylerin çalışma sürelerini ve performanslarını artırarak insan sermayesinin niteliğini güçlendirmektedir. Türkiye ve farklı ülke grupları üzerine yapılan çalışmalarda sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu görülmektedir. Doğan (2016), Türkiye için gerçekleştirdiği doğrusal olmayan nedensellik analizinde sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme ve verimlilik arasında çift yönlü ilişki bulunduğunu tespit etmiştir. Akıncı ve Tuncer (2016) ise Türkiye’de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde Saraçoğlu ve Songur (2017), Avrasya ülkeleri üzerine yaptıkları çalışmada kişi başına sağlık harcamaları ile kişi başına milli gelir arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi bulunduğunu belirlemiştir. Bu çalışmalar, sağlık alanına yapılan yatırımların ekonomik büyüme sürecini desteklediğini göstermektedir.

Bununla birlikte, sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeye katkısı harcamaların etkinliği ile yakından ilişkilidir. Sağlık harcamalarının artış nedenleri arasında demografik yapı, istihdam düzeyi ve kamu finansman politikaları önemli rol oynamaktadır. Türkiye’de toplam sağlık harcamalarındaki artışın, özellikle istihdam yapısı ve kamu harcamalarıyla ilişkili olduğu; dolayısıyla sağlık harcamalarının büyüme üzerindeki etkisinin yalnızca harcama miktarıyla değil, kaynakların etkin kullanımıyla değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Çankaya, 2018). Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme, işgücü verimliliği ve insan sermayesi arasında güçlü ve çok boyutlu bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık harcamaları, insan sermayesini geliştirerek üretkenliği artırmakta ve uzun vadede ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır. Bu yönüyle sağlık harcamaları, sosyal politika aracı olmanın ötesinde,

sürdürülebilir ekonomik kalkınmanın önemli bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir (Şen ve Bingöl, 2018; Üzümcü ve Söğüt, 2020).

İnsani Gelişme Endeksi'nin temel bileşenlerinden biri olan sağlık, çoğu zaman yalnızca fiziksel iyilik hali olarak algılansa da Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1946 yılında yapılan tanıma göre sağlık; bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik içinde olmasıdır. Bu bağlamda sağlık, yalnızca teorik bir kavram değil, işlevsel bir bedenin ortaya koyduğu bütüncül bir durum olarak değerlendirilmektedir (Sayılı vd., 2017). Toplumsal refahın sürdürülebilmesi için bireylerin sağlıklı yaşam koşullarını belirli bir düzeyde devam ettirmeleri gerekmektedir. Sanayi Devrimi ile birlikte ekonomik büyümenin hız kazanması, iş gücüne olan ihtiyacı artırmış ve insan faktörünü daha önemli hale getirmiştir. Bu gelişmeler, bireyler için farklı çalışma alanlarının oluşmasına neden olurken hem kamu hem de özel sektör açısından sağlık harcamalarının planlanmasını zorunlu kılmıştır. Sağlık sektörü; doğrudan ya da dolaylı biçimde sağlık hizmetleri ve ürünlerinin üretimi ile sunumunu kapsayan geniş bir sistem olup, bu sistem içerisinde yer alan kişi, kurum, statü ve faaliyetlerin tamamını içine alan genel bir yapıyı ifade etmektedir (Güven, 2022).

1960'lı yıllardan itibaren sağlık sektörüne yönelik çalışmaların hız kazandığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin çeşitliliğini ve kalitesini artırmak amacıyla geliştirilen yeni sistemler ve uygulamalar hem teorik hem de pratik düzeyde dünya genelinde yaygınlaşmıştır. Bir ülkenin sağlık göstergeleri, aynı zamanda o ülkenin kalkınma düzeyini yansıtan önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin hem ulusal hem de uluslararası ölçekte geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Türkiye'de sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir (Kızıl ve Ceylan, 2018). Zorunlu sağlık sigortası uygulamaları ile birlikte kamusal destek mekanizmaları yürütülmekte, aynı zamanda özel sektör aracılığıyla da sağlık hizmeti sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin büyük bölümü devlet tarafından sağlanmakla birlikte, hizmet kalitesi konusunda çeşitli tartışmalar bulunmaktadır. Bunun başlıca nedeni, artan nüfusa paralel olarak sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanamamasıdır. Bir ülkenin sağlık sisteminin yeterliliği değerlendirilirken, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içindeki payı önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Oflaz, 2021).

Sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Ülkelerin sağlık yatırımlarına ayırdıkları kaynaklar ve bireylerin sağlık harcamaları,

gelişmişlik seviyesinin önemli göstergeleri arasındadır. Türkiye’de sağlık harcamalarının yapısına bakıldığında, gelişmiş ülkelerden farklı olarak koruyucu hizmetlerden ziyade tedavi ve müdahaleye yönelik harcamaların daha ağırlıklı olduğu görülmektedir (Akın, 2007). Kamu bütçesi içerisinde sağlık harcamaları; ilaç, tedavi ve sağlık hizmetleri gibi kalemlerden oluşmaktadır. Bu harcamalar, kamu çalışanları ve sosyal güvenlik kapsamındaki bireylerin sağlık giderlerini kapsamakta ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından da desteklenmektedir. Genel olarak sağlık harcamaları; devlet tarafından sunulan hizmetler, hastane yönetimi, koruyucu sağlık hizmetleri ve ayakta tedavi gibi alanları kapsamaktadır. Sağlık harcamaları cari ve yatırım harcamaları olarak ikiye ayrılmaktadır (Güven vd., 2018). Cari harcamalar, genellikle kısa vadeli etkileri olan ve sürekli tekrarlanan giderleri ifade ederken; yatırım harcamaları daha çok insan kaynağına yönelik uzun vadeli katkılar sağlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde sağlık alanına yapılan yatırımların giderek arttığı ve bu yatırımların ekonomik büyümeye katkı sağlayan üretken yatırımlar olarak değerlendirildiği görülmektedir (Yılmaz ve Yentürk, 2022).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında yalnızca Sağlık Bakanlığı değil, üniversiteler, belediyeler ve diğer kamu kurumları da rol oynamaktadır. Özellikle üniversite hastaneleri hem eğitim hem de hizmet sunumu açısından önemli bir işlev üstlenmektedir. Sağlık ekonomisi ise sağlık hizmetlerinin maliyetleri, faydaları ve kaynakların etkin kullanımı gibi konuları inceleyen bir disiplin olarak tanımlanmaktadır (Şantaş vd., 2019). Toplumların sağlık yapısını etkileyen faktörler arasında demografik ve epidemiyolojik değişimler önemli yer tutmaktadır. Doğum oranlarının azalması, yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması sağlık hizmetlerine olan talebi artırırken; hastalık türlerindeki değişim de bu talebi şekillendirmektedir. Aşılamalar sayesinde bazı bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınmış olsa da günümüzde yaşam tarzına bağlı hastalıklar (obezite, sigara ve alkol kullanımı gibi) yaygınlaşarak sağlık sistemleri üzerinde yeni baskılar oluşturmaktadır (Albayrak ve Öztürk, 2021). Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki çift yönlüdür. Sağlıklı bireyler daha verimli çalışarak üretime katkı sağlarken, ekonomik büyüme de sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılmasına olanak tanır. Sağlık, iş gücü kayıplarını azaltır, eğitim sürecini destekler ve bireylerin üretkenliğini artırır. Aynı zamanda tedavi maliyetlerinin azalmasıyla kaynakların farklı alanlara yönlendirilmesine imkân sağlar.

Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi, ekonomik ve sosyal kalkınmayı doğrudan etkilemektedir. Sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum, daha nitelikli iş gücü anlamına gelir. Bu durum üretim artışı, gelir yükselişı ve refah düzeyinin gelişmesiyle sonuçlanır. Bu nedenle gelişmiş toplumlar sağlık alanına daha fazla yatırım yaparak bu düzeyi korumayı hedeflemektedir (Çelik, 2006). Beşerî sermaye kavramı, eğitim ve bilgi birikimiyle oluşan nitelikli insan gücünü ifade eder. Sağlık da bu sermayenin önemli bir bileşeni olup, ekonomik büyümenin sürdürülebilirliği açısından kritik bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar her ne kadar tüketim gibi görünse de uzun vadede ekonomik büyümeyi destekleyen bir yatırım niteliği taşımaktadır. Literatürde yapılan çalışmalar, sağlık düzeyi ile ekonomik büyüme arasında hem kısa hem de uzun vadeli karşılıklı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Yılmaz ve Yentürk, 2015). Sağlık göstergeleri (yaşam süresi, bebek ölüm oranı vb.) ile ekonomik göstergelerin birlikte değerlendirilmesi, ülkelerin kalkınma düzeyinin daha doğru analiz edilmesine katkı sağlamaktadır. Genel olarak, toplumun sağlık seviyesinin yükselmesi ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilerken, ekonomik gelişme de sağlık yatırımlarını artırmaktadır.

Ekonomik, sosyal ve sağlık alanları çoğu zaman ayrı disiplinler olarak ele alınsa da bu alanların gerçekte birbirini karşılıklı olarak etkileyen bütünleşik bir yapı oluşturduğu görülmektedir (Çelik, 2006: 27). Bu çerçevede sağlık, yalnızca bireysel bir iyilik hali değil, aynı zamanda ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirleyen temel göstergelerden biri olarak değerlendirilmektedir. Ekonomik büyümenin sürdürülebilirliği, toplumsal refahın artırılması ve iş gücü verimliliğinin sağlanması açısından sağlık hizmetlerinin kritik bir rol üstlendiği söylenebilir. Bu yönüyle sağlık sektörü, ekonomik sistem içerisinde önemli bir hizmet alanı olarak öne çıkmaktadır (Yılmaz ve Şentürk, 2015). Beşerî sermaye yaklaşımı genellikle eğitim üzerinden açıklansa da sağlığın bu sermayenin korunması ve geliştirilmesindeki rolü göz ardı edilemez. Sağlıklı bireylerin daha verimli olması, üretim süreçlerine daha etkin katılım sağlanması ve iş gücü kayıplarını azaltması, ekonomik kalkınmayı doğrudan desteklemektedir. Aynı zamanda ekonomik olarak gelişmiş toplumların sağlık alanına daha fazla kaynak ayırdığı ve bireylerde sağlık bilincinin daha yüksek olduğu da gözlemlenmektedir (Kavak ve Sümbül, 2026). Bu durum, sağlık ile ekonomik gelişmişlik arasında çift yönlü bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir.

Literatürde yer alan ampirik çalışmalar, sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki pozitif ilişkiyi büyük ölçüde doğrulamaktadır. Özellikle bebek

ölüm oranı, kaba ölüm oranı ve doğuşta beklenen yaşam süresi gibi göstergeler ile sağlık harcamalarının birlikte değerlendirildiği çalışmalarda, sağlık alanındaki iyileşmelerin ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Akın, 2007: 18). Bu bulgular, sağlık yatırımlarının yalnızca sosyal değil aynı zamanda ekonomik getirileri olan stratejik bir alan olduğunu göstermektedir.

Selim, Uysal ve Eryiğit (2014), 27 AB üyesi ülke ve Türkiye'yi kapsayan çalışmalarında, 2001–2011 dönemine ait kişi başı sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yöntemiyle incelemiştir. Çalışmada panel eş bütünleşme ve hata düzeltme modelleri kullanılmış; elde edilen bulgular doğrultusunda kişi başı sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında hem kısa hem de uzun dönemde pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Geyik, Şeren ve İliman (2024), 35 OECD ülkesini kapsayan çalışmalarında sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yöntemiyle incelemiştir. Araştırmada 2001–2020 dönemine ait veriler kullanılmış; kısa dönemde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, orta ve uzun dönemde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Bununla birlikte, sağlık ve ekonomik göstergeler arasındaki ilişkinin en belirgin şekilde ortaya çıktığı dönemler ekonomik kriz süreçleridir. Kriz dönemlerinde Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içerisinde sağlık ve sosyal hizmetlere ayrılan payın azalması, sağlık göstergelerinde bozulmalara yol açabilmektedir. Bu durum, sağlık sistemlerinin ekonomik dalgalanmalara karşı duyarlılığını ortaya koymaktadır. Sağlık harcamalarının ekonomik değişkenlerle ilişkisi yalnızca büyüme ile sınırlı değildir; aynı zamanda gelir dağılımı üzerinde de etkili olduğu görülmektedir. Nitekim Şantaş, Demirgil ve Şantaş (2019) tarafından yapılan çalışmada, sağlık harcamalarından gelir dağılımına doğru bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiş, ancak ters yönlü bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bu bulgu, sağlık harcamalarının sosyal eşitlik açısından da önemli bir araç olduğunu göstermektedir.

Beşerî sermaye teorisi ekonomik büyümenin temelinde insan sermayesinin yer aldığını vurgulamaktadır. Bu bağlamda sağlık, beşerî sermayenin en önemli bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Ancak literatürde sağlık harcamalarının etkisinin ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği ve bu farklılıkların ekonomik yapı, kurumsal özellikler ve demografik faktörlere bağlı olarak değiştiği de ifade edilmektedir. Türkiye özelinde yapılan ampirik çalışmalar da bu genel

eğilimleri desteklemektedir. Ay vd. (2013) tarafından 1968-2006 dönemini kapsayan çalışmada sağlık göstergelerindeki artışın ekonomik büyümeyi hızlandırdığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Akıncı ve Tuncer (2016) tarafından yapılan analizde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli ve çift yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Aynı doğrultuda, Kızıl ve Ceylan (2018) çalışmasında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmalar, sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin hem kısa hem de uzun vadede geçerli olduğunu ortaya koymaktadır.

## **2.9. Avrupa Birliği ve Türkiye’de Sağlık Harcamalarının İktisadi Analizi: Literatür Değerlendirmesi**

Ersöz (2008) tarafından yapılan çalışma, Türkiye ve AB ülkelerinin sağlık düzeyleri ile sağlık harcamalarının çok boyutlu ölçekleme analizi aracılığıyla karşılaştırmalı olarak incelenmesini amaçlamaktadır. Analiz sonuçları, Türkiye'nin sağlık göstergeleri açısından Kore Cumhuriyeti, Meksika, Polonya ve Slovak Cumhuriyeti ile benzerlikler gösterdiğini, ancak Avusturya, Almanya ve Norveç gibi ülkelerle önemli farklılıklar içerdiğini ortaya koymuştur. İkinci boyutta en büyük ayrışmanın Amerika ile olduğu belirlenmiştir. Çalışma, AB ülkeleri arasında sağlık harcamalarının son on yılda ortalama %4,4 artış gösterdiğini, Türkiye'nin kişi başına sağlık harcamasının ise AB ortalamasının oldukça altında olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle Türkiye'nin sağlık kaynaklarına yatırım yaparak bu alandaki eksikliklerini gidermesi, ilaç harcamalarını optimize etmesi ve sağlık hizmetlerinin genel verimliliğini artırması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar, Türkiye'nin sağlık politikalarında yapılması gereken düzenlemeler için önemli veriler sunmaktadır. Bu bağlamda, önerilen stratejilerin uygulanması, ülkenin sağlık standartlarını yükselterek AB ortalamalarına yaklaşmasını sağlayabilir.

Gök (2012) tarafından yapılan tez çalışması, Türkiye'nin AB aday ülke olarak sağlık sistemleri ve sağlık harcamalarını, AB üye ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak değerlendirmektedir. Çalışmada, özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan sağlık reformlarının etkileri incelenmiştir. Araştırma sonuçları, Türkiye'nin sağlık sistemi ile bazı AB ülkeleri arasında önemli farklar ve eksiklikler olduğunu göstermektedir. Bu eksikliklerin giderilmesi, Türkiye'nin AB üyelik sürecini hızlandırabileceği gibi, Türk sağlık sistemi standartlarını da iyileştirecektir. Karşılaştırılan veriler, Türkiye'nin sağlık hizmetleri ve finansman yöntemleri

açısından AB ortalamasından geride olduğunu, bu durumun ekonomik ve sosyal yapı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Öneriler bölümünde, Türkiye'deki sağlık sistemine yönelik iyileştirmeler ve AB ile uyum süreçlerinde atılması gereken adımlar detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Bu çalışma, sağlık politikalarının ulusal ve uluslararası düzeyde nasıl şekillendirilebileceği konusunda önemli bilgiler sunmaktadır.

Türkiye'nin, 18. yüzyıldan beri süregelen AB ile siyasi ve ekonomik iş birliği çabalarının en önemli boyutlarından biri, üyelik sürecinde karşılaşılan ekonomik ve sosyal kriterlerin yerine getirilmesidir. Bu çerçevede, Türkiye ve AB üye ülkelerinin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyleri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Erol (2013) tarafından yapılan çalışma, temel bileşenler analizi kullanılarak Türkiye ve AB üyesi ülkelerin ekonomik ve sosyal göstergeleri temelinde bir endeks geliştirilmiştir. Bu analiz, ülkelerin gelişmişlik düzeyini objektif verilerle sıralayarak Türkiye'nin konumunu net bir şekilde ortaya koymuştur. Çalışmanın sonuçları, Türkiye'nin AB ülkeleri arasında sosyo-ekonomik anlamda en alt sıralarda yer aldığını göstermektedir. Bu durum, Türkiye'nin sağlık ve eğitim harcamalarını artırarak, sosyal ve ekonomik politikalarında reform yapması gerektiğinin altını çizmektedir. Yapılan literatür taramasına göre, Türkiye'nin diğer aday ülkelerle kıyaslandığında ekonomik performansının nispeten iyi olduğu; ancak sosyal göstergeler açısından daha düşük performans sergilediği belirtilmektedir. Bu bilgiler ışığında, Türkiye'nin AB üyelik sürecinde karşılaştığı zorluklar ve ekonomik-sosyal göstergelerdeki yetersizlikler göz önüne alındığında, sağlık harcamaları ve sosyo-ekonomik politikaların yeniden şekillendirilmesinin elzem olduğu sonucuna varılmıştır. Bu analizler, Türkiye'nin sağlık ve eğitim harcamalarının artırılmasının yanı sıra, gelir dağılımı adaletinin sağlanmasına yönelik politikalar geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Akar (2014) tarafından yapılan çalışmada, Ocak 2004 ile Mart 2013 arasında Türkiye'deki sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki, eş bütünleşme analizi ve vektör hata düzeltme modeli kullanılarak araştırılmıştır. Ampirik sonuçlar, uzun dönemde bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, ancak kısa dönemde anlamlı bir ilişki tespit edilemediğini göstermektedir. Daha önce yapılmış çalışmalar genellikle sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi odak alırken, bu çalışma sağlık harcamalarının nisbi fiyatını da dâhil ederek, bu üç değişken arasındaki ilişkiyi

kapsamlı bir şekilde analiz etmiştir. Çalışma, Türkiye için sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini derinlemesine inceleyerek literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır. Önceki çalışmalarda sağlık harcamaları ve büyüme arasındaki ilişki genellikle iki yönlü olarak incelenmiştir. Bu çalışma, sağlık harcamalarının nisbi fiyatının ekonomik politika yapıcılar için önemli bir gösterge olduğunu vurgulayarak, sağlık harcamaları politikalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini daha net bir şekilde ortaya koymuştur.

Kurşun ve Rakıcı (2014) tarafından yapılan çalışma, Türkiye ve AB üye devletlerinde sağlık harcamalarının ekonomik analizini konu almaktadır. AB üye devletleri ve Türkiye'nin sağlık harcamaları, sosyal refah devleti bağlamında ve ekonomik performans çerçevesinde değerlendirilmektedir. Türkiye'nin 2010 yılında sağlık harcamaları GSYH içinde %11,4 paya sahipken, bu oran ABD'de %17,6, Hollanda'da ise %12 olarak gerçekleşmiştir. Kişi başına düşen sağlık harcamaları açısından Türkiye, OECD ortalamasının oldukça altında kalmıştır. Özellikle refah devleti olarak kabul edilen ülkelerde sağlık harcamaları daha yüksek bir ekonomik yük teşkil etmekte, bu durum sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır. Avrupa ülkeleri arasında sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ve kişi başına düşen sağlık harcamaları büyük farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar, ülkelerin ekonomik yapıları, sağlık politikaları ve sosyal hizmetlere yatırım yapma kapasiteleri ile doğrudan ilişkilidir. Türkiye'nin sağlık harcamaları, sosyal refah devleti modeline geçiş sürecinde olmasına rağmen, AB ortalamalarının altında kalmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine yönelik kamu ve özel sektör yatırımlarının artırılmasını gerektirmektedir. Bu çalışma, mevcut sağlık harcamalarının ekonomik etkilerini analiz etmekte ve Türkiye ile AB ülkeleri arasında karşılaştırmalı bir değerlendirme yapmaktadır. Gelecekteki politika önerileri, sağlık harcamalarını daha etkin bir şekilde yönetmek ve sosyal refahı artırmak için önemli olacaktır. Yapılan analizler ve elde edilen bulgular, Türkiye'nin sağlık sektöründeki mevcut durumu hakkında önemli bilgiler sunmakta ve sağlık harcamalarının ekonomik açıdan sürdürülebilirliğini artırmak için gereken stratejileri belirlemektedir.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri hem Türkiye'de hem de AB ülkelerinde önemli bir araştırma konusudur. Selim ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, 2001-2011 yılları arasındaki döneme odaklanılarak, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki kısa ve uzun dönemli ilişkiler

panel eş bütünleşme ve hata düzeltme modelleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Bulunan sonuçlar hem kısa hem de uzun dönemde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif bir koentegrasyon ilişkisi olduğunu göstermektedir. Bu ilişki, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini ve bu etkinin dinamiklerini anlamak açısından önemlidir. Çalışma, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye olan katkısını detaylı bir şekilde ortaya koymakta ve önceki literatüre kıyasla yeni metodolojik yaklaşımlar sunmaktadır. Önerilen politikalar, sağlık harcamalarının daha etkin kullanımını teşvik etmekte ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırarak ekonomik büyümeyi desteklemektedir. Bu çalışma, Türkiye'nin AB sağlık standartlarına ulaşması ve ekonomik performansını iyileştirmesi açısından da önerilerde bulunmaktadır.

Boz ve Sur (2016) tarafından yapılan çalışma, AB üyesi ve aday ülkelerin sağlık harcamalarındaki benzerlik ve farklılıklarını Çok Boyutlu Ölçekleme (MDS) yöntemi kullanarak analiz etmektedir. Araştırma, DSÖ sağlık harcaması göstergeleri temel alınarak Türkiye ile diğer Avrupa ülkelerinin sağlık harcamalarını kapsamlı bir şekilde değerlendirmiştir. Analiz sonuçlarına göre, ülkeler sağlık harcaması göstergeleri bakımından iki ana gruba ayrılmıştır: Avusturya, Danimarka, Fransa, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda benzer sağlık harcamalarına sahipken; Türkiye, Bulgaristan, Estonya, Letonya, Polonya, Romanya ve Makedonya da bir diğer benzer grup olarak tespit edilmiştir. Özellikle Türkiye'nin sağlık harcamaları açısından en benzer olduğu ülkeler Polonya ve Romanya olarak belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında, Türkiye'nin AB ülkeleri arasında sağlık harcamaları açısından genel bir konumlandırma yapılmış, Türkiye'nin sağlık harcaması göstergeleri açısından gelişmiş Avrupa ülkelerinden geride kaldığı gözlemlenmiştir. Bu çalışma, Türkiye'nin sağlık harcamalarını artırarak Avrupa normlarına yaklaşması gerektiğini ve bu yolda atılacak adımların belirlenmesinde önemli bir kaynak teşkil etmektedir. Ayrıca, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve insan sermayesi yatırımı olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu tür analizler, sağlık politikalarının şekillendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde yönetilmesi açısından değerli bilgiler sunmakta, aynı zamanda ulusal ve uluslararası sağlık harcamalarının daha bilinçli bir şekilde planlanmasına olanak sağlamaktadır.

Ünsal (2016) tarafından yapılan tez çalışması, AB ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemlerini ve sağlık harcamalarını iktisadi açıdan analiz etmektedir. Literatürde, Türkiye'nin AB üyelik süreci ve bu süreçte sağlık sektörünün gelişimi ile

ilgili kapsamlı akademik çalışmaların yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma, mevcut boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın temel bulguları, Türkiye ve AB ülkeleri arasında sağlık hizmetlerine erişim, sağlık göstergeleri (doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranları vb.) ve sağlık harcamaları açısından önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir. Özellikle, AB ülkeleri, sağlık harcamalarını GSYH'nin daha büyük bir yüzdesi olarak finanse ederken, Türkiye'deki sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı nispeten daha düşüktür. Bu farklılıkların, her iki bölgedeki ekonomik kalkınma düzeyleri ve sağlık politikalarındaki temel yaklaşımlarla ilişkili olduğu görülmüştür. Tez, Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm programları ve AB ülkelerinin sağlık politikaları arasındaki karşılaştırmalı analize dayanarak, Türkiye'nin sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve AB standartlarına ulaşması için politika önerileri geliştirmiştir. Sonuç olarak, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri ve toplum sağlığı üzerine yatırım yapmanın önemi vurgulanmıştır.

Sağlık harcamalarının, ülkelerin kalkınma süreçlerinde kritik bir rol oynadığı bilinmektedir. Şaşmaz vd., (2019) tarafından yapılan çalışmada, 34 OECD ülkesi üzerinde 2000-2015 yılları arasında sağlık harcamalarının kalkınma üzerindeki etkileri panel veri analizi kullanılarak incelenmiştir. Araştırma sonuçları, sağlık harcamaları ile kalkınma arasında uzun vadeli ve pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu harcamaların kalkınma üzerindeki etkisi iki yönlü bir nedensellik ilişkisi içerisinde olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, sağlık harcamalarının sadece bir maliyet unsuru değil, aynı zamanda bir kalkınma aracı olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Literatür taraması, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının yetersizliğinin, insan sermayesinin gelişimini ve dolayısıyla kalkınmayı olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu çalışma, sağlık harcamalarının artırılmasının, özellikle insan sermayesinin geliştirilmesi ve kalkınma süreçlerinin desteklenmesi açısından önemli olduğunu teyit etmektedir. Dolayısıyla, Türkiye ve AB ülkeleri için yapılan politika önerileri, sağlık harcamalarının artırılmasına ve bu harcamaların etkin kullanılmasına yönelik olmalıdır.

Şentürk (2019) tarafından yapılan tez çalışmasında, AB ülkeleri ve Türkiye'deki sağlık ve eğitim harcamalarının etkinlik analizi yapılarak, bu harcamaların iktisadi etkinliği ve bu hizmetlere ayrılan kaynakların kullanımını incelenmiştir. Analiz sonuçları, Türkiye'nin AB ülkeleri içindeki konumunu

belirlemek ve sağlık harcamalarının yönetimi konusunda politika önerileri geliştirmek amacıyla kullanılmıştır. Veri Zarflama Analizi (VZA) ve Kümeleme Analizi kullanılarak yapılan bu çalışmada, eğitim ve sağlık harcamalarının birden fazla girdi ve çıktı değişkenine sahip birimler için görelilik ölçümü yapılmıştır. Elde edilen bulgular, Türkiye'nin sağlık ve eğitim harcamaları açısından AB lkeleri arasındaki pozisyonunu gözler önüne sermiştir. Ayrıca, sağlık harcamalarının etkin kullanımını ve yönetimi ile ilgili olarak çeşitli öneriler sunulmuş, Türkiye'nin bu alanda nasıl iyileştirmeler yapabileceği konusunda bilgiler verilmiştir. Bu tezin sonuçları, sağlık ve eğitim harcamalarının daha etkin yönetilmesine yönelik stratejiler geliştirilmesinde kullanılabilir. neriler, Türkiye'nin sağlık harcamalarını daha etkin bir şekilde yönetmesi ve bu alanda yapılan yatırımların getirisini artırması açısından önem taşımaktadır. Bu sayede hem ekonomik kalkınma sağlanabilir hem de toplumun genel sağlık düzeyi yükseltilebilir.

elik (2020) tarafından yapılan tez alışması, AB ve Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini iktisadi açıdan analiz etmeyi amaçlamaktadır. İlgili literatürde, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri geniş bir yelpazede incelenmiştir. Özellikle G20 lkelerinde yapılan bir araştırmada, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada, kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki %1'lik bir artışın, ekonomik büyüme oranlarını uzun dönemde %0,81 oranında artırdığı tespit edilmiştir. Yapılan analizler, sağlık harcamalarının yalnızca bir maliyet unsuru olmadığını, aynı zamanda ekonomik büyüme için bir kaldıraç görevi görebileceğini göstermektedir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye katkısının, yalnızca doğrudan sağlık hizmetleriyle sınırlı olmadığını; aynı zamanda geniş kapsamlı sosyal ve ekonomik etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, AB ve Türkiye bağlamında sağlık harcamaları hem bireysel sağlık ıktıları hem de genel ekonomik refah açısından stratejik bir yatırım alanı olarak değerlendirilebilir. Bu tez, söz konusu ilişkinin daha derinlemesine anlaşılmasına katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Çetinkaya ve Daştan (2015) tarafından yayınlan makalede, ülkeler arasında belirli sağlık sistemlerinin tercih edilmesi ve bu sistemlerin ayırt edici özellikleri, ülkelerin sağlık harcamalarını şekillendiren ve sonuç olarak sağlıkla ilgili çeşitli sonuçlarını etkileyen en önemli belirleyicileri temsil etmektedir. Bu araştırmada, çeşitli sağlık sistemleri modelleri sistematik olarak sınıflandırılmış ve 1980'den

2012'ye kadar ABD ve Türkiye'ye odaklanarak OECD üyesi ülkelerin sağlık harcamalarındaki dalgalanmalar, bu harcamaların GSYH'ye göre oranı ve finansman yöntemleri incelenmiştir. Ayrıca, bu farklı sağlık sistemlerinin ve ilgili sağlık harcamalarının ülkeler içindeki sağlık hizmetlerinin arzı ve çıktısı üzerindeki etkilerini değerlendirmek için karşılaştırmalı bir analiz yapılmıştır. Bu amaçla, doğumda yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranları sağlık ekonomisi söyleminde sağlık durumunun göstergeleri olarak sıklıkla kullanılırken, sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetlere erişimde eşitlik kavramları kritik sağlık sonuçları olarak kabul edilir. Tüm OECD üye ülkeleri arasında sağlık sistemlerinin heterojenliğine rağmen, son otuz yılda kişi başına düşen sağlık harcamalarında ve sağlık harcamalarının GSYH'ye göre oranında kayda değer bir artış olmuştur. Sağlık harcamalarında farklı sağlık sistemlerine sahip ülkeler arasında farklılıklar gözlenmesine rağmen, bu farklı harcamaların sağlık göstergeleriyle doğrudan, bire bir ilişki göstermediği, söz konusu sağlık sistemlerinin başarı ve verimliliğini kesin olarak yansıtmadığı tespit edilmiştir.

Dürrü (2012) de yapılan bu araştırma çalışmasında, yüksek gelirli grup altında sınıflandırılan OECD Üyesi AB Ülkelerinde sağlık düzeyinin etkinliği demografik, hastane ve ekonomik göstergelere göre karşılaştırılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri, bu kohortun bir üyesi olmasa ve en yüksek sağlık harcamasına sahip olmasına rağmen, tablolarda sunulan verilerle gösterilen raporlarla doğrulanan artan sağlık harcamalarının gerekçesiyle grup içinde de incelendi. Nitekim sağlık harcamalarında kamu ve özel sektörlere tahsis edilen oranlar, ulus tarafından benimsenen sağlık sisteminin belirlenmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, sağlık ekonomisinin temel konularından birini oluşturan sağlık sistemi modellerine ve kapsayıcı operasyonel mekanizmalara bağlı olarak, bir ulustan diğerine farklılık gösteren çeşitli sınıflandırmalar oluşturulmuştur. Ülkeler grubundaki sağlık finansman sistemlerinin simgesi olan Bismarck, Beveridge ve Özel Sigorta gibi farklı modeller, hizmet sunumu ve ağırlıklı finansman yöntemlerini kapsayan ulusal temsil bağlamında bireysel olarak incelenmiştir.

Tunca (2014) yüksek lisans tezinde, 2000'li yıllardan bu yana önemli dönüşümler geçiren Türk sağlık sisteminin ulusun sağlık önceliklerini ele almada etkinliğini değerlendirmek için sayısal göstergeleri kullanan uluslararası kıyaslama temelli bir ara değerlendirme oluşturmaktadır. Bu amaca ulaşmak için sağlık hizmetlerinde bulunan ayırt edici özellikler nedeniyle sağlık sektöründeki kamu müdahalesinin gerekçesi teorik bir çerçeve içinde analiz edilmiştir. Türkiye'de sağlık

politikalarındaki ve kurumsal yapıdaki değişikliklerin incelenmesi, 2000 yılından önceki ve sonraki temel ulusal politika belgeleri doğrultusunda yapılmıştır. Bu bağlamda, sağlık politikalarının uygulanması ve bu tür faaliyetler için belirlenen kurumlar içinde hizmet verilmesi için alınan kararların kronolojik bir numaralandırması sunulmuştur. Demografik ve epidemiyolojik geçiş teorileri bağlamında Türkiye'nin sağlık önceliklerinin belirlenmesi için çaba sarf edilmiştir. Sağlık politikalarının zaman içindeki ulusun sağlık durumu üzerindeki etkileri ve bunların uluslararası örneklerle uyumları incelendi. Sağlık hizmetlerine erişimin çeşitli boyutları, farklı yönlerin karşılaştırılmasıyla ortaya konduğu gibi, mevcut verilerin sınırları içinde gözlemlenen Sağlık Dönüşüm Programının sonuçlarına özellikle vurgu yapılarak uluslararası kriterler aracılığıyla değerlendirildi. Sağlık politikalarında yapısal dönüşümlerin yürütülmesi sırasında ortaya çıkan kamu harcamalarının parametreleri tanımlanmış ve analiz, bu harcamaların ağırlıklı olarak tahsis edildiği belirli alanlara odaklanmıştır. Bu alanda, Türkiye'deki sağlık harcamalarının uluslararası durumunu diğer ülkelerden örneklerle karşılaştırmalı bir analiz yoluyla aydınlatmak için çaba sarf edilmiştir. Bu harcamaların sağlık öncelikleri ile ilişkisi ve teknik verimlilik derecesi, uluslararası bir karşılaştırmayı kolaylaştırmak için Veri Zarfı Analizi yöntemi kullanılarak incelenmiştir.

Kocasoy (2014) tarafından yapılan çalışma bağlamında önerilen finansman modellerinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin yüksek kalite, süreklilik ve maliyet etkinliği ile sağlanması sağlamak için sağlık finansmanının temel bileşenlerini ve sağlık sisteminin gerekli organizasyon yapısını incelemektedir. Bu çerçevede sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ve Türkiye'de yapılan harcamalar analiz edilmekte, sağlık harcamaları seçilen ekonomik göstergelere göre incelenmekte ve sağlık harcamalarının finansmanı sağlık dönüşüm programı bağlamında değerlendirilmektedir.

### **3. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ VE FİNANSMAN YAPISI**

Bu bölümde Türkiye’de sağlık sisteminin yapısı ve finansman mekanizması bütüncül bir çerçevede ele alınmaktadır. Öncelikle Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel gelişimi incelenerek Cumhuriyet öncesi dönemden günümüze kadar sağlık alanında yaşanan yapısal dönüşümler ortaya konulmaktadır. Ardından sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan temel kurumlar ve bu kurumların işlevleri açıklanmakta; kamu, üniversite ve sosyal güvenlik temelli yapıların sağlık sistemi içerisindeki rolleri değerlendirilmektedir. Bölümün devamında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu ve özel kaynaklar çerçevesinde ele alınarak sağlık harcamalarının yapısı ve gelişimi iktisadi açıdan analiz edilmektedir. Son olarak sağlık sisteminin hukuki boyutu incelenmekte; anayasal düzenlemeler, temel mevzuat ve hasta hakları çerçevesinde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yasal altyapısı değerlendirilmektedir. Bu bölüm, Türkiye sağlık sisteminin mevcut yapısını ortaya koyarak üçüncü bölümde yapılacak olan ekonomik analiz ve karşılaştırmalara teorik ve kurumsal bir zemin hazırlamayı amaçlamaktadır.

#### **3.1. Türkiye Sağlık Politikasının Tarihi Gelişimi**

Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü, yalnızca sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinden değil; aynı zamanda ülkenin siyasal rejimleri, toplumsal yapısındaki değişimler, uluslararası gelişmeler ve ekonomik sistemdeki dönüşümler çerçevesinde çok katmanlı bir süreci yansıtmaktadır. Bu tarihsel süreç, Osmanlı İmparatorluğu’nda vakıf sistemi üzerine kurulu hayırsever temelli sağlık yapılanmalarıyla başlamaktadır. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte merkeziyetçi bir anlayış benimsenmiş, devlet eliyle sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve ülke genelinde yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (Gedik ve Gelmez, 2019: 1262).

1960’lı yıllarda uygulamaya konulan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” politikası ile sağlık hizmetlerinin özellikle kırsal kesime ulaştırılması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelik kazanması amaçlanmıştır. Ancak 1980’li yıllardan itibaren tüm dünyada etkili olan neo-liberal politikaların Türkiye’ye yansımalarıyla birlikte, sağlık sisteminde özelleşme eğilimleri ve piyasa mekanizmalarının rolü giderek artmıştır (Şengün ve Yiğit, 2021: 303). 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ise sağlık sisteminde kapsamlı yapısal reformlara yol açmıştır;

hizmete erişim, finansman modeli, sağlık sigortası sistemi ve sağlık kurumlarının yönetimi gibi birçok alanda köklü değişimler ortaya çıkmıştır.

### **3.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem**

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel seyri, kökleri Selçuklu İmparatorluğu’na dayanan ve Cumhuriyet dönemi öncesini kapsayan zengin bir geçmişe sahiptir. Selçuklu döneminde, dönemin koşulları dikkate alındığında oldukça gelişmiş bir sağlık hizmeti sunumu söz konusu olup, bu hizmetler büyük ölçüde vakıflar aracılığıyla sağlanmaktaydı. Vakıf temelli bu sağlık hizmeti anlayışı, Osmanlı İmparatorluğu’nun ilk dönemlerinde de varlığını sürdürmüştür (Çavmak ve Çavmak, 2017: 49).

Osmanlı İmparatorluğu’nun ilerleyen dönemlerinde ise monarşik yapının özellikleri sağlık politikaları ve uygulamalarına yansımıştır. İdari örgütlenmenin saray ve ordu merkezli bir yapıya bürünmesiyle birlikte, imparatorluk tarafından sunulan sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak saray mensupları ve askerî personele yönelik olarak yürütülmüştür. Bu dönemde sağlık hizmetlerini düzenleyen temel resmî kurum, Reisü’l Etıbbâ olarak bilinen yapı olmuştur. Reisü’l Etıbbâ, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atamalarını gerçekleştirme yetkisine sahipti. Saray ve ordu dışındaki geniş halk kesimleri ise genellikle serbest çalışan tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almakta olup, bu hizmetler belirli sayıdaki büyük kentlerle sınırlı kalmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017: 49).

Sağlık hizmetlerinin kitlelere yaygınlaştırılması süreci, 19. yüzyılın sonlarına doğru ivme kazanmaya başlamıştır. Bu dönem, sağlık hizmetlerinin devletlerin asli görev alanları arasında görülmeye başlandığı ve saray ile ordu odaklı sağlık hizmeti anlayışından uzaklaşmaya başlandığı bir dönüm noktasıdır. Bu kapsamda Reisü’l Etıbbâ Kurumu kaldırılarak tüm yetkileri Tıbbiye Nezareti’ne devredilmiştir. Ardından kurulan Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri aracılığıyla, ülke genelini kapsayan bir sağlık örgütlenmesinin hukuki altyapısı oluşturulmuştur (Konca vd., 2019: 122). Bu reformların somut bir yansıması olarak, 1898 yılında açılan Gülhane Askerî Hastanesi, Türkiye topraklarında planlı ve düzenli biçimde kurulmuş ilk modern hastane olma özelliğini taşımaktadır. Özellikle Alman hocaların öncülüğünde Gülhane’de verilen tıp eğitimi, Türk hekimliği açısından büyük önem taşımakta olup, Rieder liderliğinde yürütülen bu eğitim süreci, teorik bilginin pratik uygulamaya aktarılabilirdiği nadir örneklerden biri olmuştur. Rieder ve yetiştirdiği

hekimler, Batı’da uzun süredir bilinen bazı tıbbi bilgilerin Türkiye’de henüz yaygın olmadığını tespit ederek, modern tıp bilgisinin ülkeye yayılmasında öncü bir rol üstlenmişlerdir (Çavmak ve Çavmak, 2017: 49).

### **3.1.2. Cumhuriyetin Kuruluşu ve İlk Dönem Reformları (1920–1940)**

Türkiye Cumhuriyeti’nin ilanıyla birlikte, sağlık politikaları devletin asli görevlerinden biri olarak benimsenmiş ve halk sağlığının iyileştirilmesi ulusal bir öncelik hâline gelmiştir. Bu anlayışın ilk somut adımı olarak 1920 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Sıhhiye ve İctimai Muavenet Vekâleti) kurulmuş ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. Bu erken dönemde, Dr. Adnan Adıvar ve onun ardından gelen Dr. Refik Saydam’ın liderliğinde yürütülen çalışmalarla, ülkenin dört bir yanına yayılacak bir sağlık altyapısının temelleri atılmıştır (Akkuş, 2016: 195).

Cumhuriyetin ilk yıllarındaki en önemli mücadele alanlarından biri, ülkeyi etkisi altına alan sıtma, trahom, verem ve frengi gibi salgın hastalıklar olmuştur. Bu hastalıklarla mücadelede kararlı adımlar atılmış; kitlesel aşılama faaliyetleri ve yaygın tedavi programları hayata geçirilmiştir. Kurumsal yapıların oluşturulması da bu dönemin önemli kazanımları arasında yer almaktadır. Bu kapsamda, 1928 yılında Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü’nün kurulması ve 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, halk sağlığı alanında modern ve sistematik bir yaklaşımın benimsenmesine öncülük etmiştir (Telli ve Serin, 2022: 725). Söz konusu yasal ve kurumsal düzenlemeler, Cumhuriyet’in sağlık vizyonunun yalnızca tedavi edici hizmetlerle sınırlı olmadığını; aynı zamanda önleyici ve koruyucu hekimlik anlayışına dayandığını açıkça ortaya koymaktadır. Bu süreçte ülkenin sağlık haritası yeniden şekillendirilmiş ve çağdaş sağlık hizmetlerinin kurumsal temelleri atılmıştır (Akkuş, 2016: 195).

### **3.1.3. Devletçi ve Planlı Sağlık Politikaları (1940–1960)**

1940’lı yıllarda sıtma, tifüs ve çiçek gibi bulaşıcı hastalıkların yol açtığı salgınlara karşı önemli sağlık programları geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur. Bu dönemde, 1946 yılında dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz’un öncülüğünde “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” yürürlüğe girmiştir. Plan kapsamında, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütünleştirilerek ülke genelinde yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (Bedir, 2016: 78). Bu doğrultuda, her kırk köy için 10 yataklı sağlık

merkezleri kurulmuş; hekim, ebe ve sağlık memuru istihdam edilerek koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması amaçlanmıştır. Günümüzde uygulanan aile hekimliği modelinin ilkel bir örneği olarak değerlendirilebilecek bu planın uygulaması zaman içerisinde kesintiye uğramış olmakla birlikte, etkileri 1980’li yıllara kadar devam etmiştir. İzleyen yıllarda söz konusu sağlık merkezlerinin bir kısmı hastanelere, bir kısmı ise sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür. Ayrıca 1950’li yıllarda anne ve çocuk ölümlerinin yüksek seyretmesi nedeniyle, DSÖ’nün desteğiyle Anne-Çocuk Sağlığı Merkezleri açılmış; doğumevleri ve çocuk hastanelerinin sayıları artırılarak bu alandaki hizmet kapasitesi güçlendirilmiştir (Değer vd., 2024: 20).

### **3.1.4. Sosyalleştirme Dönemi (1960–1980)**

1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, Cumhuriyet dönemi sağlık politikalarında önemli bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Bu kanun, yalnızca sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasını değil, aynı zamanda sağlık hizmetinin toplumsal bir hak olduğu anlayışının benimsenmesini de amaçlamıştır (Akkuş, 2016: 199). Kanunun temel hedefi, coğrafi ve sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltarak her bireyin eşit koşullarda sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini sağlamak ve sağlık hizmeti sunumunda devletin sorumluluğunu güçlendirmektir (Değer vd., 2024: 20). Bu doğrultuda, kırsal kesimden şehir merkezlerine kadar ülke genelinde sağlık ocakları, sağlık evleri, hastaneler ve eğitim kurumlarının oluşturulmasını öngören planlamalar yapılmış; söz konusu kurumların birinci basamaktan başlayarak koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte sunması benimsenmiştir (Değer vd., 2024: 20). Kademeli ve bütünleşmiş biçimde genişletilen bu hizmet ağı sayesinde, özellikle kırsal bölgelerde salgın hastalıklarla mücadele, aşılama uygulamaları, anne-çocuk sağlığı hizmetleri ve sağlık eğitimi gibi önleyici hizmetler güçlendirilmiş; böylece sağlık hizmetlerinin kapsamı ve niteliği önemli ölçüde artırılmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017).

Sağlık insan gücü planlaması da bu dönemde merkezi bir öneme sahip olmuş; hekimlerin ve diğer sağlık personelinin ülke genelinde dengeli biçimde dağılımını sağlamak amacıyla zorunlu hizmet uygulaması hayata geçirilmiştir (Akkuş, 2016: 199). Bu uygulama, sağlık hizmetlerinin yalnızca şehir merkezlerinde yoğunlaşmasını engellemiş ve kırsal nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmıştır. Benimsenen bu toplumsal sağlık yaklaşımı, uluslararası halk sağlığı

ilkeleriyle uyumlu biçimde geliştirilmiş ve aynı dönemde DSÖ'nün temel ilkeleriyle paralellik göstermiştir (Akkuş, 2016; Değer vd., 2024: 19).

Uzun vadeli bir perspektiften değerlendirildiğinde, 224 sayılı Kanun'un Türkiye sağlık sistemi için önemli bir kurumsal altyapı oluşturduğu görülmektedir. Bu modelin etkileri 1980'li yıllara kadar sürmüştü ve sonraki sağlık reformlarının temel ilkelerinin şekillenmesine katkı sağlamıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017). Her ne kadar uygulamanın yaygınlaştırılması sürecinde mali kaynak yetersizlikleri, personel eksikliği ve siyasi istikrarsızlıklar nedeniyle çeşitli aksaklıklar yaşanmış olsa da, sağlık hizmetlerinin toplumun tüm kesimlerine ulaştırılmasını önceleyen ve koruyucu hizmetleri güçlendiren bu reformun Türkiye sağlık tarihinde önemli bir yer tuttuğu açıktır (Akkuş, 2016: 199; Değer vd., 2024: 20). Sonuç olarak, 224 sayılı Kanun'un sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ve eşitlikçi bir sağlık politikasının geliştirilmesine yaptığı katkılar, ilerleyen yıllarda sağlık sisteminin evriminde yol gösterici bir rol üstlenmiştir.

### **3.1.5. Neoliberal Sağlık Politikaları (1980–2000)**

Neoliberal politikaların küresel ölçekte güç kazandığı 1980'li yıllar, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenme biçimine ilişkin önemli tartışmaların gündeme geldiği bir dönemi ifade etmektedir. Bu dönemde hükümetler, sağlık sektörüne yönelik alternatif reform arayışlarına yönelmiş ve uygulamaya dönük yeni politikalar geliştirmiştir. Bu çerçevede sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, kamu hastanelerinin özleştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin finansmanında genel sağlık sigortası modelinin benimsenmesi gibi bir dizi yenilik gündeme gelmiştir (Akkuş, 2016: 200).

1982 Anayasası'nın yürürlüğe girmesiyle birlikte sağlık hizmetleri, devletin doğrudan sunmakla yükümlü olduğu bir kamu hizmeti olmaktan çıkarılmış; devletin rolü planlayıcı ve düzenleyici bir aktör olarak sınırlandırılmıştır. 1980'ler ve 1990'lar boyunca uygulanan reformlarla bu anlayış doğrultusunda önemli ölçüde liberalleşme sağlanmış; hizmetin vergiler yerine prim ve katkı payına dayalı biçimde finanse edilmesi, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması ve sağlık kuruluşlarının özleştirilmesine yönelik planlamalar yapılmıştır (Esen ve Celik Kecili, 2022: 1789). Ayrıca yerinden yönetim ilkesi doğrultusunda rekabetçi bir sağlık sektörü oluşturulması hedeflenmiş; sağlık çalışanlarının esnek istihdam koşullarına tabi tutulması ve performans dayalı ödeme mekanizmalarının

yaygınlaştırılması bu politikaların temel unsurlarını oluşturmuştur (Akkuş, 2016: 200).

Siyasi ve iktisadi alanda liberal politikaların yoğun biçimde etkisini gösterdiği bu dönemde hazırlanan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985–1989), söz konusu dönüşümün önemli göstergelerinden biridir. Bu plan dönemiyle birlikte kalkınma planlarının, 1960’lı yıllardaki devletçi perspektiften uzaklaşarak giderek piyasacı bir niteliğe büründüğü açıkça görülmektedir. Bu bağlamda özel hastanelerin teşvik edilmesi ve kamunun serbest çalışan hekimlerden hizmet satın alarak hizmet kapasitesini artırmaya yönelmesi, sağlık politikalarının piyasa mekanizmalarıyla bütünleşmesinin somut örnekleri arasında yer almaktadır (Akkuş, 2016: 200).

1980 sonrası sağlık politikalarındaki dönüşüm, yalnızca hizmet sunumu ve finansman yapısıyla sınırlı kalmamış; aynı zamanda sağlık hakkının tanımlanış biçiminde de önemli değişimlere yol açmıştır. Kamu hizmeti anlayışından piyasa yönelimli bir modele geçiş, sağlıkta eşitlik ve erişilebilirlik ilkelerinin geri plana itilmesine zemin hazırlamış ve koruyucu sağlık hizmetlerinden tedavi odaklı bir sisteme yönelimi hızlandırmıştır (Beylik vd., 2022: 8). Bu süreç, sağlık politikalarının toplumsal sonuçlarının yeniden tartışılmasını gerekli kılarak, ilerleyen dönemde sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği ve sürdürülebilirliğinin daha geniş bir perspektifle ele alınmasını zorunlu hâle getirmiştir.

### **3.1.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Reformlar (2003–günümüz)**

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), 2003 yılında Türkiye’de başlatılan ve sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapılmasını hedefleyen kapsamlı bir reform programıdır. Programın temel amacı, sağlık hizmetlerinin etkinliğini, erişilebilirliğini ve kalitesini artırmaktır. SDP kapsamında, farklı sosyal güvenlik kurumları Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında birleştirilerek tüm vatandaşların sağlık güvencesi kapsamına alınması hedeflenmiştir (Boz ve Kurnaz, 2025: 97). Ayrıca aile hekimliği sistemine geçilerek birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmiş, sağlık kuruluşlarının finansmanı ve yönetimi daha işletmecî bir yaklaşımla ele alınmıştır. Bu dönüşüm, sağlık hizmetlerine erişimi artırmakla birlikte, piyasalaşma eğilimleri, artan maliyetler ve sağlık çalışanları üzerindeki iş yükü açısından çeşitli tartışmaları da beraberinde getirmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dünya Bankası ve IMF’nin yönlendirmeleri doğrultusunda şekillenmiş; sağlık ocaklarının yerini aile hekimliği uygulaması almış,

genel sağlık sigortası sistemi kurulmuş ve hastanelerin özerkleştirilmesine yönelik adımlar atılmıştır. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin finansmanının prim ve katkı payına dayalı bir yapıya kavuşturulması, koruyucu hizmetler yerine tedavi edici hizmetlerin öncelik kazanması ve hastaların hizmet alan bireylerden ziyade müşteri konumuna yaklaşması öne çıkan uygulamalar arasında yer almıştır. Ayrıca sağlık sektöründe esnek istihdam biçimleri ve performansa dayalı ödeme sistemleri yaygınlaştırılmış, kamunun sağlık alanındaki rolü büyük ölçüde düzenleyici bir çerçeveye sınırlandırılmıştır (Seçtim, 2019: 120).

### **3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Veren Kurumlar**

Türkiye’de sağlık hizmeti sunumu; kamu kurumları, üniversite hastaneleri, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik sistemleri bünyesinde faaliyet gösteren kuruluşlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Bu kurumların görev ve işlevleri, tarihsel süreç içerisinde sağlık politikalarındaki dönüşümlere paralel olarak önemli değişimler göstermiştir. Özellikle sosyal devlet anlayışının belirleyici olduğu dönemlerden, piyasa mekanizmalarının ağırlık kazandığı yapıya doğru sağlık hizmeti sunumunda kurumsal ve yönetsel bir dönüşüm süreci yaşandığı görülmektedir.

#### **3.2.1. Sağlık Bakanlığı**

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti’nde vatandaşların sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalık durumunda gerekli sağlık hizmetlerini sunmakla görevli merkezi kamu kuruluşudur. Bakanlığın temel amacı, sağlık politikalarını belirlemek, uygulamak ve denetlemek suretiyle ulusal sağlık sistemini etkin biçimde yönetmektir. Bu kapsamda birinci basamak sağlık hizmetlerinden üçüncü basamak sağlık hizmetlerine kadar uzanan geniş bir alanda sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve finansmanına ilişkin düzenlemeler yapmaktadır. Halk sağlığı programlarının yürütülmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, ilaç ve tıbbi cihazların ruhsatlandırılması ile sağlık insan gücünün yetiştirilmesi ve dağılımı Bakanlığın temel sorumluluk alanları arasında yer almaktadır. Ayrıca acil sağlık hizmetleri, organ ve doku nakli gibi özel alanlarda koordinasyon ve denetim faaliyetleri yürütülerek nitelikli ve erişilebilir sağlık hizmeti sunulması hedeflenmektedir (Ak, 2021: 30).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Cumhurbaşkanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren ve ülkenin sağlık politikalarını belirleyen, uygulayan ve denetleyen

temel devlet kurumudur. Bakanlığın misyonu, bireylerin bedensel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli içinde sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamaktır. Bu doğrultuda halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile uluslararası nitelikteki halk sağlığı tehditlerinin önlenmesine yönelik faaliyetler yürütülmektedir (Akkuş, 2016: 24). Bunun yanında sağlık eğitimi, araştırma faaliyetleri ve sağlık kuruluşlarının planlanması ile yaygınlaştırılması Bakanlığın görev alanına girmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri kademeli bir sistem çerçevesinde sunulmakta olup, Sağlık Bakanlığı bu yapıda planlayıcı, denetleyici ve yönlendirici üst kurum rolünü üstlenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan Bakanlık; sağlık evleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, dispanserler ve işyeri hekimliği uygulamalarının yönetiminde belirleyici konumdadır (Altay, 2007: 45–46). 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile Bakanlığın yapısında önemli bir dönüşüm yaşanmış; kamu sağlık kuruluşlarının sağlık işletmeleri şeklinde yapılandırılmasının önü açılmıştır (Aydemir ve Eke, 2023: 54).

2000’li yıllarla birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda piyasa mekanizmalarının etkisi artmış; 2002 yılında yürürlüğe giren düzenlemelerle kamu hastanelerinde mesai dışı özel sağlık hizmeti sunulabilmesi mümkün hâle gelmiştir. 2004 tarihli 5227 sayılı Kanun çerçevesinde ise Bakanlığın taşra teşkilatının kaldırılması ve sağlık tesislerinin yerel yönetimlere devredilmesi gündeme gelmiş, sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesine yönelik adımlar atılmıştır (Alya, 2007: 54).

Sağlık Bakanlığı’nın finansman politikaları uzun süre kamu kaynaklarına dayanmış; sosyal güvenlik reformlarıyla birlikte genel sağlık sigortası sistemi uygulanarak çok başlı yapı sadeleştirilmeye çalışılmıştır (Alya, 2007: 49–50). Günümüzde Sağlık Bakanlığı, sağlık sisteminin merkezi düzenleyicisi olarak halk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde temel bir aktör konumundadır. Tarihsel süreçte benimsenen politikalar, Bakanlığın yalnızca hizmet sunan bir kurum olmanın ötesine geçerek sağlık reformlarını yönlendiren stratejik bir yapı hâline gelmesini sağlamıştır (Akpınar ve Öğütoğulları, 2020: 204).

### **3.2.2. Üniversiteler**

Üniversite hastaneleri, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 3. maddesinde "Uygulama ve Araştırma Merkezi" olarak tanımlanmakta ve yükseköğretim kurumlarında eğitim-öğretimi desteklemek amacıyla uygulama ve araştırmaların yürütüldüğü merkezler olarak ifade edilmektedir. Güçlü bir sağlık sistemi için gerekli sağlık insan gücünün yetiştirilmesinde üniversite hastanelerinin önemli bir rol üstlendiği belirtilmektedir.

Üniversite hastaneleri; tıp eğitimi, tıbbi araştırma ve ileri düzey sağlık hizmetini birlikte sunan, kendine özgü bir yapıya sahip sağlık kuruluşlarıdır. Bu çok yönlü yapı, üniversite hastanelerini diğer hastanelerden ayıran temel özelliktir. Öğrenciler ve asistan hekimler, öğretim üyelerinin gözetiminde teorik bilgilerini klinik uygulamalarla pekiştirirken, aynı zamanda yeni tedavi yöntemleri ve tıbbi teknolojilerin geliştirilmesine yönelik araştırmalar yürütülmektedir. Bu sayede hastalara güncel ve nitelikli sağlık hizmetleri sunulabilmektedir. Üniversite hastaneleri genellikle karmaşık, kronik ve uzmanlık gerektiren hastalıkların tedavisinde merkez konumundadır. Farklı tıp disiplinlerinden sağlık profesyonellerinin birlikte çalıştığı bu kurumlar, multidisipliner bir yaklaşım benimsemekte ve sağlık sisteminin gelişimine önemli katkılar sağlamaktadır (Aslanova, 2013: 133).

### **3.2.3. Sosyal Güvenlik Kurumu**

Sosyal güvenlik, bireyleri yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri sosyal ve ekonomik risklere karşı korumayı amaçlayan ve temel insan hakları arasında kabul edilen bir kavramdır. Bu sistem; hastalık, malullük, yaşlılık, ölüm, analık, işsizlik ve bakıma muhtaç duruma düşme gibi durumlarda ortaya çıkabilecek gelir kayıplarını telafi etmeyi ve bireylerin yaşam standartlarını güvence altına almayı hedefler. Bireylerin gelir kaybı yaşadıklarında kurumsal bir güvenceye sahip olmaları, toplumsal huzurun sağlanmasına ve çalışma hayatında motivasyonun artmasına katkı sunmaktadır (Akpınar ve Öğütoğulları, 2020: 132).

Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında yürütülmektedir. SGK, 2006 yılında Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve BAĞ-KUR'un birleştirilmesiyle oluşturulmuş; bu yapısal dönüşümle sosyal güvenlik hizmetlerinde standartlaşma ve etkinliğin artırılması amaçlanmıştır (Akpınar ve Öğütoğulları, 2020: 132).

Türkiye’de sosyal koruma sistemi, katkıya dayalı ve katkısız bileşenlerden oluşmaktadır. Katkıya dayalı sistem sosyal sigorta kollarını kapsarken; katkısız bileşenler sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler aracılığıyla yürütülmektedir. Sosyal güvenlik sistemi, uzun vadeli (yaşlılık, malullük, ölüm) ve kısa vadeli (iş kazası ve meslek hastalıkları, hastalık, analık) sigorta kolları üzerinden yapılandırılmıştır (Aslanova, 2013: 135). İşsizlik sigortası ise sosyal sigorta sisteminden ayrı olarak Türkiye İş Kurumu (İŞKUR) tarafından yürütülmektedir (Akpınar ve Ögütoğulları, 2020: 132).

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi zorunluluk esasına dayanmakta; çalışanlar, işverenler ve devletin mali katkılarıyla finanse edilmektedir. Bu yapı, toplumun geniş kesimlerinin sosyal güvenlik kapsamına alınmasını ve sosyal risklere karşı korunmasını amaçlamaktadır (Boz ve Sur, 2016: 25). Bununla birlikte sistem, yalnızca prim esaslı sigortalardan oluşmamakta; sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak katkısız sosyal yardımları da içermektedir. Yoksullar, engelliler, korunmaya muhtaç çocuklar, muhtaç yaşlılar ve gelir yetersizliği nedeniyle sağlık giderlerini karşılayamayan bireyler sosyal yardımlar yoluyla sosyal güvenlik kapsamına alınmaktadır (Akpınar ve Ögütoğulları, 2020: 133).

Sosyal Güvenlik Kurumu, Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin merkezi aktörü olarak sosyal sigorta hizmetlerini yürütmenin yanı sıra sağlık hizmetlerinin finansmanında da temel bir rol üstlenmektedir. SGK, prim gelirleri ve devlet katkıları aracılığıyla sigortalıların ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaktadır. Bu yapı içinde sağlık harcamalarının büyüklüğü ve sürdürülebilirliği, kurumun mali yapısıyla doğrudan ilişkilidir (Çetinkaya ve Daştan, 2015: 109).

Artan nüfus, yaşlanan toplum yapısı ve sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesi, SGK’nın sağlık harcamaları üzerindeki yükünü artırmıştır. Bu durum, sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, kaynakların etkin kullanımı ve hizmet verimliliğinin artırılmasına yönelik reform ihtiyacını gündeme getirmiştir. Genel sağlık sigortası sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, bu mali baskının yönetilmesini ve sağlık hizmetlerinde standartlaşmayı sağlamayı amaçlayan başlıca uygulamalar arasında yer almaktadır. Sonuç olarak SGK, sağlık harcamalarının finansmanı ve yönetiminde merkezi bir konuma sahiptir. Sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması ve eşitsizliklerin azaltılması açısından kritik bir rol üstlenen kurum, artan harcamalar nedeniyle mali sürdürülebilirlik baskısıyla karşı

karşıyadır. Bu çerçevede, uzun vadeli dengeyi sağlamak için stratejik planlama, mali disiplin ve etkin sağlık hizmeti sunumuna yönelik bütüncül politikaların geliştirilmesi önem taşımaktadır (Değer vd., 2022: 21).

### **3.2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Veren Mahalli İdareler**

Yerel yönetimler, kamu yönetimi sisteminin ayrılmaz ve stratejik bir parçası olarak kabul edilmekte; yerel düzeyde toplumsal yaşamın ihtiyaçlarına yönelik mal ve hizmet üretiminden sorumlu kurumsal yapılar olarak tanımlanmaktadır (Doğramacı, 2020: 659). Türkiye’de yerel yönetimler, anayasal güvence altında faaliyet göstermekte ve idari teşkilatlanma içinde merkezi yönetimin tamamlayıcısı niteliğinde önemli bir rol üstlenmektedir. Bu birimler, belirli bir coğrafi alanda yaşayan nüfusun ortak yerel ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamakta ve yerel düzeyde demokratik katılımın güçlenmesine katkı sağlamaktadır (Aydemir ve Eke, 2023: 1392).

Toplumsal ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak yerel yönetimlerin önemi giderek artmaktadır. Nüfus artışı, hızlı kentleşme, göç hareketleri ve vatandaş beklentilerindeki değişim, yerel yönetimlerin sorumluluk alanlarını genişletmiştir. Kamu hizmetlerinin halka en yakın birimler tarafından sunulması ilkesi, yerel yönetimlerin etkinlik ve verimlilik açısından daha merkezi bir konuma gelmesine zemin hazırlamaktadır. Bu bağlamda yerel yönetimler, kaynak kullanımında etkinlik sağlama, hizmet maliyetlerini azaltma ve yerel ihtiyaçlara duyarlılık gösterme açısından kamu yönetimi literatüründe önemli aktörler arasında yer almaktadır (Aydemir ve Eke, 2023: 1392).

Yerel yönetimler, sağlık hizmetleri alanında da toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sunan tamamlayıcı aktörlerdir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, içme suyu ve gıda güvenliğinin sağlanması, çevre sağlığına yönelik önleyici hizmetlerin yürütülmesi ve sosyal destek gereksinimi olan bireylere evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sunulması bu kapsamda öne çıkan faaliyetlerdir. Bu hizmetlerin kapsamı ve etkinliği, yerel yönetimlerin merkezi sağlık otoriteleriyle kurdukları iş birliği ve koordinasyon düzeyine bağlı olarak şekillenmektedir (Aydemir ve Eke, 2023: 1392).

Türkiye’de mahalli idareler, özellikle koruyucu ve çevresel sağlık hizmetleri alanında sağlık harcamalarına katkı sağlayan yerel aktörler olarak faaliyet göstermektedir. Belediyeler ve il özel idareleri; çevre sağlığı, içme suyu güvenliği ve

bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik hizmetler için bütçelerinden pay ayırmakta ve bu harcamalar merkezi sağlık politikalarını tamamlayıcı bir işlev üstlenmektedir.

Mahalli idarelerin sağlık alanındaki harcamaları daha çok halk sağlığını korumaya ve sağlık risklerini azaltmaya yöneliktir. Atık yönetimi, vektörle mücadele ve gıda denetimi gibi alanlarda yapılan yerel harcamalar, toplum sağlığı üzerinde doğrudan etkili olmakta ve merkezi sağlık bütçesinin yükünü dolaylı olarak hafifletmektedir. Bunun yanı sıra mahalli idareler, sosyal yardımlar kapsamında evde sağlık ve bakım hizmetleri gibi sağlık odaklı sosyal hizmetler için de harcama yapmaktadır. Bu tür harcamalar, dezavantajlı gruplara yönelik hizmetlerin yerel düzeyde etkin biçimde sunulmasına katkı sağlamakta ve sağlık harcamalarının adaletli dağılımını desteklemektedir (Çiçek ve Öçal, 2016: 110). Türkiye’de mahalli idareler, doğrudan tedavi edici sağlık hizmetlerinden ziyade koruyucu ve destekleyici alanlarda sağlık harcamalarına katkı sunmakta; bu katkı merkezi sağlık harcamalarını dengeleyici bir unsur olarak önem taşımaktadır (Dürrü, 2012: 21).

Tablo 2. Türkiye’de hastane türlerine göre dağılım (2014–2024) (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Yıl	Devlet	Üniversite	Özel	Toplam
2014	866	69	556	1491
2015	865	70	562	1497
2016	876	69	565	1510
2017	879	68	571	1518
2018	889	68	577	1534
2019	895	68	575	1538
2020	900	68	566	1534
2021	908	68	571	1547
2022	915	68	572	1555
2023	933	68	565	1566
2024	941	69	552	1562

2014 yılı baz alındığında Türkiye’de toplam hastane sayısı 1.491 olup, bu sayının 2024 yılı itibarıyla 1.562’ye yükseldiği görülmektedir. On yıllık dönemde toplam hastane sayısında yaklaşık %4,8’lik bir artış gerçekleşmiştir. Bu artış, sağlık hizmet sunum kapasitesinde sınırlı fakat istikrarlı bir genişlemeye işaret etmekte; sağlık politikalarının nicelikten ziyade planlı ve dengeli bir büyüme yaklaşımı benimsediğini göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane sayısı, 2014–2024 döneminde belirgin biçimde artmıştır. 2014 yılında 866 olan Bakanlık hastaneleri sayısı, 2024 yılı itibarıyla 941'e yükselmiştir. Bu gelişme, kamu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ve erişimin artırılmasına yönelik politikaların etkisini yansıtmaktadır. Özellikle şehir hastaneleri ve bütünleşmiş sağlık kampüsleri gibi büyük ölçekli yatırımlar, kamu sağlık sisteminin toplam hastane yapısı içindeki ağırlığını güçlendirmiştir.

Üniversite hastanelerinin sayısı ise incelenen dönemde büyük ölçüde sabit kalmıştır. 2014 yılında 69 olan üniversite hastanesi sayısı, 2024 yılında da aynı düzeyde seyretmiştir. Bu durum, üniversite hastanelerinin yeni tesisleşmeden ziyade mevcut altyapının güçlendirilmesi, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi ve ileri düzey tedavi hizmetlerine odaklanan bir yapıyı benimsediğini göstermektedir. Dolayısıyla üniversite hastanelerinin niceliksel büyüme yerine niteliksel gelişimi öncelediği söylenebilir.

Özel hastaneler açısından değerlendirildiğinde, 2014 yılında 556 olan hastane sayısının 2024 yılı itibarıyla 552'ye gerilediği görülmektedir. Bu sınırlı azalış, özel sağlık sektöründe birleşmeler, kapanmalar veya yatırım eğilimlerindeki değişimlerle ilişkilendirilebilir. Ayrıca kamu sağlık yatırımlarının artması, düzenleyici politikalar ve ekonomik koşulların özel sektör yatırımlarını sınırlayıcı etkileri de bu gelişmede rol oynamış olabilir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, 2014–2024 dönemi Türkiye sağlık sektörü açısından kamu sağlık hizmetlerinin altyapı ve hizmet sunum kapasitesinin güçlendiği, üniversite hastanelerinin istikrarlı bir yapı sergilediği ve özel sektörün daha sınırlı bir genişleme eğilimi gösterdiği bir dönem olmuştur. Toplam hastane sayısındaki artışın görece düşük kalması, sağlık politikalarının yeni hastane açılışından ziyade mevcut tesislerin kapasite, verimlilik ve hizmet niteliğini artırmaya odaklandığını ortaya koymaktadır. Bu çerçevede, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından hastane sayısının yanı sıra yatak kapasitesi, sağlık personeli dağılımı ve bölgesel erişim gibi nitel göstergelerin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tablo 3. Türkiye'de sektörlere ve yıllara göre yatak sayısı (2014–2024) (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2014	123.690	36.670	40.509	200.869
2015	122.331	38.361	43.645	204.337
2016	132.921	37.707	47.143	217.771
2017	135.339	41.324	49.200	225.863
2018	139.651	42.066	50.196	231.913
2019	143.412	42.925	51.167	237.504
2020	156.965	41.987	52.230	251.182
2021	157.714	42.978	53.805	254.497
2022	163.207	43.914	55.069	262.190
2023	167.649	43.878	55.067	266.594
2024	169.834	44.131	54.394	268.359

Tablo 3, Türkiye’de 2014–2024 döneminde hastane yatak kapasitesinin sektörel dağılımını göstermektedir. İncelenen dönemde toplam yatak sayısının 200.869’dan 268.359’a yükseldiği ve yaklaşık %33’lük bir artış gerçekleştiği görülmektedir. Bu artış, sağlık hizmetlerinin fiziki kapasitesinin belirgin biçimde genişletildiğine işaret etmektedir.

Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler, yatak kapasitesindeki artışın en büyük payını oluşturmaktadır. Bakanlık yatak sayısı 2014–2024 döneminde düzenli bir artış sergileyerek toplam yatak kapasitesinin ana belirleyicisi olmuştur. Bu gelişme, kamu sağlık yatırımlarının özellikle büyük ölçekli hastane projeleri aracılığıyla güçlendirildiğini göstermektedir.

Üniversite hastanelerinin yatak kapasitesi ise dönem boyunca daha sınırlı ve dengeli bir artış göstermiştir. Bu durum, üniversite hastanelerinin niceliksel genişlemeden ziyade eğitim, araştırma ve ileri düzey tedavi hizmetlerine odaklanan yapısıyla uyumludur.

Özel hastanelerin yatak sayısı da artış eğilimi sergilemekle birlikte, 2024 yılında sınırlı bir gerileme dikkat çekmektedir. Buna rağmen özel sektör, özellikle tedavi edici hizmetlerde yatak kapasitesini artırarak sağlık sisteminde önemli bir tamamlayıcı rol üstlenmeye devam etmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, 2014–2024 döneminde yatak kapasitesindeki artışın ağırlıklı olarak kamu sektörü kaynaklı olduğu, üniversite ve özel sektörün ise daha dengeli bir büyüme izlediği söylenebilir. Bu tablo, sağlık hizmetlerinde kapasite artışının yanı sıra yatakların etkin kullanımı ve personel dengesi gibi unsurların da politika yapım sürecinde dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Tablo 4. Türkiye'de dallara göre hastane ve yatak sayısı (2019–2024) (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Dallar	2019 yılı Hastane Türü	2019 Yılı Hastane Sayısı	2024 Yılı Hastane Türü	2024 Yılı Hastane Sayısı
<b>Genel Hastane</b>	<b>1427</b>	<b>218.989</b>	<b>1467</b>	<b>252.267</b>
Entegre İlçe Devlet Hastanesi	289	1703	298	1852
Şehir Hastanesi	10	13.120	25	37.132
Belediye Hastanesi	2	333	2	340
Genel Eğitim Hastanesi	120	81.494	131	86.939
Diğer Genel Hastaneler	1006	122.339	1011	126.004
Göz Hastalıkları Hastanesi	26	341	25	312
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	23	3952	16	2597
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	20	2999	16	2853
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	11	3510	7	3612
Psikiyatri Hastanesi	11	3932	10	1811
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	4	1409	5	1757
Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi	4	599	6	1710
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	436	3	406
Onkoloji Hastanesi	3	907	3	780
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	234	1	155
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	1	33	1	33
Lepre Hastanesi	1	34	1	34
Lösemili Çocuklar Hastanesi	1	75	-	0
Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi	1	54	1	32
<b>Toplam</b>	<b>1538</b>	<b>237.504</b>	<b>1562</b>	<b>268.359</b>

Tablo 4 incelendiğinde, Türkiye’de 2019–2024 döneminde hastane ve yatak kapasitesinde genel olarak artış yaşandığı görülmektedir. Toplam hastane sayısı 2019 yılında 1.538 iken 2024 yılında 1.562’ye yükselmiştir. Aynı dönemde toplam yatak kapasitesi ise 237.504’ten 268.359’a çıkarak sağlık altyapısının niceliksel olarak büyüdüğünü göstermektedir. Bu durum, artan nüfus, sağlık hizmetlerine olan talep ve sağlık yatırımlarındaki genişleme ile ilişkilendirilebilir.

Tablodaki en dikkat çekici değişim şehir hastanelerinde görülmektedir. 2019 yılında 10 olan şehir hastanesi sayısı 2024 yılında 25’e yükselmiştir. Buna paralel olarak şehir hastanelerindeki yatak kapasitesi 13.120’den 37.132’ye çıkmıştır. Yaklaşık üç katlık bu artış, Türkiye’nin sağlık yatırımlarında büyük ölçekli entegre sağlık kampüslerine ağırlık verdiğini göstermektedir. Şehir hastaneleri yüksek yatak kapasitesi, ileri teknolojik donanım, uzmanlaşmış sağlık hizmetleri ve farklı branşların tek merkezde toplanması bakımından sağlık sisteminin dönüşümünde önemli bir unsur hâline gelmiştir.

Şehir hastanelerindeki kapasite artışı, özellikle büyükşehirlerde sağlık hizmetlerine erişimi artırmayı, yoğunluğu azaltmayı ve daha kapsamlı sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Ayrıca bu hastaneler, yoğun bakım, ileri tanı ve tedavi hizmetleri ile sağlık sisteminin hizmet sunum kapasitesini güçlendirmektedir. Bununla birlikte şehir hastanelerinin artışı, sağlık harcamalarının büyümesi ve kamu bütçesi üzerindeki mali yük tartışmalarını da beraberinde getirmektedir. Özellikle yap-işlet-devret modeliyle gerçekleştirilen şehir hastanelerinin kira ve hizmet bedelleri uzun vadede kamu maliyesi açısından değerlendirilmesi gereken bir unsur olarak öne çıkmaktadır.

Diğer taraftan bazı uzmanlaşmış hastane türlerinde azalma olduğu görülmektedir. Örneğin kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri ve meslek hastalıkları hastanelerinin sayılarında düşüş yaşanmıştır. Bu durum, sağlık sisteminde uzmanlaşmış küçük ölçekli hastanelerden ziyade çok branşlı ve yüksek kapasiteli genel hastane modeline geçişin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Sonuç olarak tablo, Türkiye’de sağlık altyapısının özellikle şehir hastaneleri ekseninde büyüdüğünü ve sağlık hizmet sunumunun daha merkezi ve büyük ölçekli yapılar etrafında yeniden şekillendiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 5. Hastane personel sayısı yıllara göre (2014–2024) (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Personel Türü	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Uzman Hekim	75251	77622	78620	80951	82894	85199	88127	93512	95600	101233	107014
Pratisyen Hekim	39045	41794	43058	44649	44053	46843	49760	53035	53697	54899	54939
Asistan Hekim	21320	21843	23149	24397	26181	28768	33372	37017	45391	48091	59180
Toplam Hekim	135616	141259	144827	149997	153128	160810	171259	183569	194688	204223	221133
<b>Toplam Diş Hekimi</b>	<b>22996</b>	<b>24834</b>	<b>26674</b>	<b>27889</b>	<b>30615</b>	<b>32911</b>	<b>34940</b>	<b>39851</b>	<b>42359</b>	<b>45718</b>	<b>50434</b>
Eczacı	27199	27530	27864	28512	32032	33841	35364	36511	38981	40610	42324
Hemşire	142432	152803	152952	166142	190499	198103	227292	232442	243565	248287	264857
Ebe	52838	53086	52456	53741	56351	58972	59040	57908	59632	59750	61618
Diğer Sağlık Personeli	138878	145943	144609	155417	177409	182456	206103	219630	232661	266217	290415
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	303110	311337	321952	339241	376367	353660	408581	480311	538642	549116	505905
Toplam	823069	856792	871334	920939	1016401	1020753	1142579	1250222	1350528	1413921	1436686

Türkiye’de 2014–2024 döneminde hekim insan gücünde belirgin bir artış yaşanmıştır. Uzman hekim sayısı 2014 yılında 75.251 iken 2024 yılı itibarıyla 107.014’e yükselmiş ve yaklaşık %42’lik bir artış gerçekleşmiştir. Bu gelişme, uzmanlık eğitiminin genişletilmesi ve eğitim–araştırma hastanelerinin kapasitesinin artırılmasıyla ilişkilendirilebilir. Uzman hekim sayısındaki artış, ileri düzey tanı ve tedavi hizmetlerinin sunum kapasitesini güçlendirmiştir.

Pratisyen hekim sayısı aynı dönemde 39.045’ten 54.939’a yükselerek yaklaşık %41 oranında artmıştır. Pratisyen hekimler, özellikle birinci basamak sağlık

hizmetlerinin temel insan kaynağını oluşturmakta olup, bu artış aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılmasıyla uyumludur. Bununla birlikte, birinci basamak hizmetlerin etkinliği açısından pratisyen hekim dağılımının ve iş yükünün dengelenmesi önemini korumaktadır.

Asistan hekim sayısındaki artış ise sağlık sisteminin uzun vadeli insan gücü planlamasını yansıtmaktadır. 2014 yılında 21.320 olan asistan hekim sayısı, 2024 yılında 59.180'e ulaşmış ve yaklaşık %178'lik bir artış kaydedilmiştir. Bu hızlı artış, uzman hekim arzının gelecekte sürdürülebilirliğini sağlamaya yönelik bir kapasite genişlemesine işaret etmektedir.

Toplam hekim sayısı 2014–2024 döneminde 135.616'dan 221.133'e yükselmiş ve yaklaşık %63'lük bir büyüme gerçekleşmiştir. Bu artış, sağlık hizmetlerine erişimin genişletilmesi açısından önemli olmakla birlikte, insan gücünün bölgesel dağılımı ve hizmet kalitesi üzerindeki etkilerinin de birlikte değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Hemşire ve ebe kadrolarında da dikkate değer bir artış gözlenmiştir. Hemşire sayısı 142.432'den 264.857'ye çıkarak yaklaşık %86 oranında artarken, ebe sayısı 52.838'den 61.618'e yükselmiş ve daha sınırlı bir artış sergilemiştir. Bu gelişmeler, özellikle anne–çocuk sağlığı ve yataklı tedavi hizmetlerinde destekleyici insan kaynağının güçlendirildiğini göstermektedir. Diğer sağlık personeli sayısı ise 138.878'den 290.415'e yükselerek yaklaşık %109'luk bir artış kaydetmiştir. Bu artış, sağlık hizmetlerinin teknik kapasitesinin ve hizmet çeşitliliğinin genişletilmesiyle yakından ilişkilidir. Genel olarak değerlendirildiğinde, 2014–2024 döneminde Türkiye sağlık sisteminde insan gücü bakımından belirgin bir niceliksel artış gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, söz konusu artışın sağlık hizmetlerinde kalite ve verimlilik düzeylerine etkin biçimde yansıtılabilmesi; sağlık personelinin rasyonel ve dengeli biçimde istihdam edilmesi, coğrafi dağılımdaki dengesizliklerin azaltılması ve mesleki yetkinliklerin sürdürülebilir biçimde desteklenmesi ile yakından ilişkilidir.

### **3.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**

Sağlık finansmanı, sağlık sektöründe sunulan hizmetlerin potansiyel kapasitesinin etkin biçimde kullanılmasını amaçlayan ve geniş bir kapsama sahip olan temel bir unsurdur. Sağlık finansmanı; finansal akışların düzenlenmesi, kaynakların oluşturulması ve bu kaynakların etkin şekilde tahsis edilmesi süreçlerini

içermektedir. Temel amacı, üretilen kaynakların sağlık hizmetlerinin sunumu ve kalitesi üzerinde doğrudan etkili olacak biçimde kullanılmasını sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin sunumu önemli olmakla birlikte, bu hizmetlerin sürdürülebilir ve kapsayıcı bir şekilde yürütülebilmesi için yeterli ve güvenilir finansman kaynaklarının oluşturulması temel bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır (Garip, 2020: 2).

Sağlık finansmanı kavramı bütüncül bir bakış açısıyla ele alındığında, DSÖ (2015) sağlık finansmanını; hizmet sunum kapasitesini güçlendiren, bireyleri finansal risklere karşı koruyan ve evrensel sağlık sigortasına geçiş sürecini destekleyen sağlık sistemlerinin temel işlevlerinden biri olarak tanımlamaktadır. Bu çerçevede sağlık finansmanı, yeterli düzeyde kaynak sağlayarak etkili sağlık müdahalelerine eşit erişimi mümkün kılan ve bireyleri sağlık hizmetlerinden kaynaklanabilecek mali risklere karşı koruyan bir yapı olarak değerlendirilmektedir (Değer vd., 2024: 19).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu ve özel sektörün birlikte yer aldığı karma bir yapı üzerinden yürütülmektedir. Bu sistemde devlet bütçesi, sosyal güvenlik primleri, özel sağlık sigortası ödemeleri ve bireylerin cepten yaptıkları harcamalar temel finansman kaynaklarını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü kamusal mal niteliği taşıırken, önemli bir kısmı özel mal özelliği göstermekte ve fiyatlandırılarak piyasa koşulları içinde sunulabilmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 186).

### **3.3.1. Devlet Bütçesi**

Devletin sağlık hizmetlerindeki temel rolü, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmesini güvence altına almaktır. Türkiye’de kamu sektörü sağlık harcamaları; merkezi yönetim bütçesinden karşılanan genel kamu sağlık harcamalarını, sosyal güvenlik kurumları aracılığıyla yapılan finansmanı ve yerel yönetimlerin katkılarını kapsamaktadır. Kamu kaynaklarıyla finanse edilen bu hizmetler ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri ve salgın hastalıklarla mücadele gibi alanlara yöneliktir (Alya, 2009: 35). Devletin sağlık harcamaları içindeki payı yıllar itibarıyla değişkenlik göstermekle birlikte, kamu sektörü hâlen sağlık sisteminin en büyük finansman kaynağını oluşturmaktadır. Özellikle Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracılığıyla gerçekleştirilen harcamalar, kamu sağlık finansmanının temel bileşenlerinden biridir. Bunun yanında, gelir düzeyi düşük bireylerin sağlık hizmetlerine ücretsiz veya düşük maliyetle erişimini

sağlamak amacıyla çeşitli destek mekanizmaları ve fonlar devlet bütçesi içerisinde yer almaktadır (Yurdadoğ, 2007: 594).

### **3.3.2. Özel Sektör Bütçesi**

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sektörün payı giderek artmaktadır. Özel sektör kaynaklı harcamalar; hane halklarının doğrudan cepten yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortası kapsamındaki hizmet bedelleri ve firmaların çalışanları için üstlendiği sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Özellikle tedavi edici hizmetlerde, bireylerin daha kısa sürede hizmete erişme isteği özel sağlık kuruluşlarının tercih edilmesine yol açmakta ve bu durum özel harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payını artırmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 187). Son yıllarda Türkiye sağlık sisteminde özel sektörün finansmandaki rolü daha belirgin hâle gelmiştir. Kamu sağlık hizmetlerinde zaman zaman yaşanan kapasite sınırlılıkları ve hizmete erişimdeki yoğunluk, bireyleri özel sağlık kuruluşlarına yönlendirmektedir. Bu eğilim, cepten yapılan ödemeler ile özel sağlık sigortası primleri gibi özel finansman kaynaklarının sağlık sistemi içindeki ağırlığını artırmaktadır. Özellikle büyükşehirlerde özel hastane ve poliklinik sayısındaki artış, tedavi edici sağlık hizmetlerinde özel sektörün etkinliğini güçlendiren önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 187).

Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının yükselmesi, sağlık hizmetlerine erişimde gelir grupları arasındaki eşitsizlikleri de derinleştirmektedir. Yüksek gelir grubundaki bireyler özel sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabilirken, düşük gelirli bireyler açısından bu hizmetler çoğu zaman maliyet engeliyle karşılaşmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal adalet ve eşitlik ilkelerinin yeniden değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Çelikay ve Gümüş’ün (2010) de vurguladığı üzere, özel harcamaların artışı kamu-özel finansman dengesi açısından yeni politika arayışlarını gündeme getirmektedir. Kâr amacıyla sunulan sağlık hizmetlerinde fiyat ve hizmet niteliği açısından farklılaşmalar ortaya çıkabilmekte; bu durum, kamu denetiminin önemini daha da artırmaktadır (Alya, 2009: 36).

Tablo 6. Türkiye'de devlet ve özel sektörün sağlık harcama tutarları (2010–2024)  
(Sağlık Bakanlığı, 2025b).

YIL	Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	Kişi başına sağlık harcaması (TL)	Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)
2010	61 678	843	5.3	78.6	21.4
2011	68 607	924	4.9	79.6	20.4
2012	74 189	987	4.7	79.2	20.8
2013	84 390	1 108	4.6	78.5	21.5
2014	94 750	1 228	4.6	77.4	22.6
2015	104 568	1 337	4.4	78.5	21.5
2016	119 756	1 511	4.6	78.5	21.5
2017	140 647	1 751	4.5	78.0	22.0
2018	165 234	2 030	4.4	77.5	22.5
2019	201 031	2 434	4.7	78.0	22.0
2020	249 932	2 997	5.0	79.2	20.8
2021	353 941	4 206	4.9	79.2	20.8
2022	606 835	7 141	4.0	76.4	23.6
2023	1 244 237	14 582	4.6	77.5	22.5
2024	2 359 151	27 587	5.3	76.1	23.9

Türkiye’de 2010–2024 döneminde sağlık harcamaları hem mutlak tutarlar hem de finansman yapısı açısından belirgin bir artış eğilimi sergilemiştir. Toplam sağlık harcaması 2010 yılında 61,6 milyar TL iken, 2024 yılı itibarıyla 2,36 trilyon TL’ye yükselmiş ve yaklaşık 38 kat artış göstermiştir. Özellikle 2022–2024 döneminde toplam harcamalardaki hızlı artış, yüksek enflasyon oranları ve Türk lirasındaki değer kaybının reel harcamalar üzerindeki etkisini açık biçimde ortaya koymaktadır. Kişi başına sağlık harcaması da aynı dönemde 843 TL’den 27.587 TL’ye yükselerek benzer bir artış eğilimi izlemiştir. Buna karşın, toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı %4.0–%5.3 bandında seyretmiş ve 2024 yılında %5.3 olarak kaydedilmiştir. Bu durum, sağlık harcamalarının ekonomik büyüklük içindeki payının uzun dönemde görece istikrarlı kaldığını göstermektedir.

Finansman yapısı incelendiğinde, kamu sektörünün sağlık harcamalarındaki baskın konumunu sürdürdüğü görülmektedir. Genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2010 yılında %78.6 iken, 2024 yılında %76.1 olarak gerçekleşmiştir. Kamu payı, özellikle 2011 ve 2020 yıllarında yaklaşık %79 düzeyine ulaşarak en yüksek seviyelerini görmüş; pandemi sürecinde kamunun sağlık harcamalarındaki rolü daha da belirginleşmiştir. Buna karşılık özel sektörün toplam sağlık harcamaları içindeki payı, dönem boyunca %20–%24 aralığında dalgalanmış ve 2024 yılında %23.9’a yükselmiştir. Bu artış, cepten yapılan harcamalar ve özel sağlık sigortası ödemelerinin görece önem kazandığını

göstermektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, 2010–2024 dönemi Türkiye sağlık finansmanında kamunun ağırlıklı rolünün sürdüğü, ancak ekonomik dalgalanmalar ve enflasyonist dönemlerde özel sektör payının artış eğilimi gösterdiği bir yapıya işaret etmektedir. Reel sağlık harcamalarındaki hızlı yükselişe rağmen, harcamaların GSYH içindeki payının görece sabit kalması, sağlık finansmanında kaynak tahsisinin yapısal olarak değişmediğini ve enflasyonun reel maliyet artışını kısmen maskeleyebildiğini ortaya koymaktadır.

### **3.4. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Hukuki Boyutu**

Türkiye’de sağlık sisteminin hukuki yapısı, ulusal mevzuat ile uluslararası insan hakları belgelerinin birlikte şekillendirdiği çok katmanlı bir çerçeveye dayanmaktadır. Sağlık hakkı; Anayasa, kanunlar, yönetmelikler, uluslararası sözleşmeler ve hasta haklarına ilişkin düzenlemeler aracılığıyla güvence altına alınmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. maddesi, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu hükme bağlamakta; devlete sağlık hizmetlerini düzenleme, planlama ve denetleme sorumluluğu yüklemektedir (Kol, 2015). Sağlık hakkı, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde ele alındığında yalnızca hastalık halinde sunulan tedavi hizmetleriyle sınırlı olmayıp, bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam koşullarına erişiminin sağlanmasını da kapsayan pozitif yükümlülükler doğurmaktadır (Dürrü, 2012: 5). Bu bağlamda devlet, ayrımcılık yapmaksızın tüm bireylere erişilebilir, kabul edilebilir ve nitelikli sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür (Kol, 2015). Sağlık hakkına ilişkin devlet yükümlülükleri, literatürde genel olarak “saygı duyma”, “koruma” ve “yerine getirme” olmak üzere üç temel başlık altında sınıflandırılmaktadır.

Hasta hakları, sağlık hukukunun temel bileşenlerinden biri olarak bu hukuki yapının ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır. Türkiye’de hasta haklarına ilişkin ilk kapsamlı düzenleme, 1998 tarihli *Hasta Hakları Yönetmeliği* ile yapılmıştır. Söz konusu yönetmelik; hastaların bilgilendirilme, rıza verme, özel hayatın gizliliği ve tedavi sürecine katılım gibi temel haklarını düzenleyerek, sağlık hizmeti sunanlara da çeşitli hukuki sorumluluklar yüklemiştir (Aydın, 2009). Hukuki açıdan hasta ile sağlık hizmeti sunan arasında bir sözleşmesel ilişkinin bulunduğu kabul edilmekte; bu ilişki farklı sözleşme türleriyle açıklanabilse de Türk hukukunda ağırlıklı olarak “vekâlet sözleşmesi” niteliğinde değerlendirilmektedir (Aydın, 2009).

Bilgilendirilmiş onam, mahremiyet hakkı, tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkı gibi unsurlar hasta haklarının hukuki boyutunu oluşturmaktadır. Bu haklar yalnızca hasta–hekim ilişkisiyle sınırlı olmayıp, idari ve cezai sorumlulukları da içeren geniş bir hukuki çerçevede ele alınmalıdır. Özellikle kişisel sağlık verilerinin korunması ve mahremiyetin sağlanması hem Anayasa hem de Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında güvence altına alınmıştır (Aydın, 2009). Uluslararası düzeyde Lizbon Bildirgesi (1981), Amsterdam Hasta Hakları Bildirgesi (1994) ve DSÖ'nün ilgili tanımları, Türkiye'de sağlık hakkı ve hasta haklarına ilişkin düzenlemelerin şekillenmesinde yol gösterici olmuştur. Bu çerçevede, hekimlerin mesleki yükümlülükleri ile devletin denetim ve gözetim sorumluluğu da sağlık hukukunun temel unsurları arasında yer almaktadır (Kol, 2015).

## **4. TÜRKİYE VE AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK ANALİZİ**

Bu çalışma, Türkiye ile AB ülkelerinin sağlık harcamalarını karşılaştırmalı olarak inceleyen betimleyici ve karşılaştırmalı bir iktisadi analiz niteliğindedir. Çalışmada nicel veriler kullanılarak ülkeler arası sağlık harcaması göstergeleri, demografik yapı ve temel makroekonomik değişkenler çerçevesinde değerlendirilmiştir.

### **4.1. AB Sağlık Sistemi**

AB sağlık sistemi, üye devletlerin ulusal sağlık sistemleri temelinde şekillenen, ancak Birlik düzeyinde geliştirilen politikalar, kurumsal yapılar ve hukuki düzenlemelerle desteklenen çok düzeyli bir yönetim modeline dayanmaktadır. AB, sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumundan ziyade; politika geliştirme, eşgüdüm sağlama, standart belirleme ve sınır ötesi sağlık tehditlerine karşı ortak mekanizmalar oluşturma işlevlerini üstlenmektedir. Bu yapı, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansmanında üye devletlerin yetkisini korurken, Birlik düzeyinde ortak hedefler doğrultusunda iş birliğini teşvik eden bir çerçeve sunmaktadır.

AB sağlık sistemi; tarihsel olarak ekonomik bütünleşme sürecinden doğmuş, zamanla halk sağlığı, hasta hakları, sağlık hizmetlerine erişim ve sistemlerin sürdürülebilirliği gibi alanları kapsayacak şekilde genişlemiştir. Bu kapsamda Birlik, sağlık politikalarının uyumlaştırılması, sağlık alanında faaliyet gösteren kurumların koordinasyonu, finansman mekanizmalarının desteklenmesi ve hukuki düzenlemelerin geliştirilmesi yoluyla üye ülkelerin sağlık sistemlerini tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir. Dolayısıyla AB sağlık sistemi, merkezi bir sağlık hizmeti yapısından ziyade, ulusal sistemler arasında denge, uyum ve dayanışmayı esas alan bütüncül bir yapı olarak değerlendirilmektedir.

#### **4.1.1. AB Sağlık Politikasının Tarihsel Gelişimi**

AB sağlık politikalarının tarihsel gelişimi, Birliğin ekonomik iş birliği temelinde başlayan yapısının zamanla sosyal politika alanlarına genişlemesiyle şekillenmiştir. Kuruluş yıllarında sağlık politikaları, doğrudan AB'nin yetki alanında yer almamakla birlikte, serbest dolaşım ilkesi çerçevesinde hizmet sunumunu dolaylı olarak etkilemiştir. Ancak sağlık, üye devletlerin vatandaşlarına sunduğu temel bir

kamu hizmeti olarak zamanla Avrupa bütünleşme sürecinin önemli bir parçası hâline gelmiştir (Akbulut ve Çeçen, 2025: 121).

1957 tarihli Roma Antlaşması, kişilerin, hizmetlerin ve sermayenin serbest dolaşımı ilkesini getirmiş; bu doğrultuda sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanlarının hareketliliği konusunda yasal bir çerçeve oluşturmuştur. AB'nin sağlık alanındaki doğrudan yetkisi ise 1992 Maastricht Antlaşması ile daha belirgin hâle gelmiş; bu antlaşma ile Birlik, halk sağlığının korunmasına katkıda bulunma görevini üstlenmiştir. Maastricht Antlaşması'na göre sağlık koruma gerekleri, Birlik politikalarının ayrılmaz bir parçası hâline getirilmiştir (Cucic, 2000). 1997 tarihli Amsterdam Antlaşması, AB'nin sağlık alanındaki rolünü daha da genişletmiş ve Birlik politikalarında yüksek düzeyde sağlık koruması sağlama yükümlülüğünü güçlendirmiştir. Antlaşmanın 152. maddesi, Birlik düzeyinde yürütülecek halk sağlığı faaliyetlerini tanımlamış; üye ülkelerin sağlık hizmetlerini düzenlemedeki özerkliğini kabul ederken sağlık alanında eşgüdüm ve veri paylaşımını teşvik etmiştir (Öztürk ve Uçan, 2017: 144).

Tarihsel süreç içerisinde, özellikle 1980 sonrası dönemde AB'de neoliberal politikaların etkisiyle sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasına yönelik tartışmalar hız kazanmıştır. Sağlık sistemlerinde piyasa mekanizmalarının artırılması, hizmet kalitesini yükseltme amacıyla gerçekleştirilmiştir; ancak bu yaklaşım bazı sosyal eşitsizliklerin derinleşmesine de yol açmıştır (Topkaya, 2016). Bununla birlikte, AB'nin sağlık politikalarının uluslararası boyutu da giderek güçlenmiştir. Avrupa Komisyonu ve AB Konseyi aracılığıyla yürütülen halk sağlığı programları; bulaşıcı hastalıklarla mücadele, sağlık verilerinin standartlaştırılması ve sınır ötesi sağlık hizmetlerine erişim gibi alanları kapsayarak Birlik düzeyinde sağlık politikalarının uyumlaştırılmasını hedeflemiştir (Cucic, 2000).

Tablo 7. Ab-27 ülkelerinde toplam iltica başvurusu sayıları (2016–2024) (EUROSTAT, 2026).

Yıllar	27-AB Ülkesi
2016	1.221.185
2017	677.470
2018	632.615
2019	702.830
2020	476.360
2021	638.410
2022	960.725
2023	1.130.405
2024	998.145

Tablo 7 incelendiğinde, AB-27 ülkelerinde iltica başvurularının yıllar itibarıyla dalgalı bir seyir izlediği görülmektedir. 2016 yılında 1.221.185 kişi ile oldukça yüksek seviyede gerçekleşen iltica başvuruları, sonraki yıllarda azalma eğilimine girmiş ve 2020 yılında COVID-19 pandemisinin etkisiyle 476.360 kişiye kadar gerilemiştir. Pandemi sürecinde sınır geçişlerinin kısıtlanması ve uluslararası hareketliliğin azalması bu düşüşte etkili olmuştur.

2021 yılından itibaren ise iltica başvurularında yeniden artış yaşanmıştır. 2022 yılında başvuru sayısı 960.725'e, 2023 yılında ise 1.113.405'e yükselmiştir. Bu artışta Orta Doğu, Afrika ve Ukrayna kaynaklı göç hareketlerinin etkili olduğu değerlendirilmektedir. 2024 yılında ise toplam iltica başvurusu sayısı 998.145 olarak gerçekleşmiştir.

İltica başvurularındaki bu artış, AB ülkelerinde sağlık hizmetlerine olan talebi de artırmıştır. Özellikle acil sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ruh sağlığı hizmetleri ve çocuk sağlığı alanlarında kamu sağlık sistemleri üzerinde ek yük oluşmuştur. Bu durum, AB sağlık politikalarında göçmen ve mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinin finansmanı, erişilebilirliği ve sürdürülebilirliği konularını daha önemli hâle getirmiştir.

Üye ülkelerin sağlık sistemleri arasında uyum sağlama ihtiyacı, bütünleşme politikalarının merkezine yerleşmiştir. Sağlık hizmetlerine eşit erişim ilkesi, artık yalnızca vatandaşlık temelli değil, Avrupa topraklarında ikamet eden tüm bireyleri kapsayan bir anlayışla ele alınmaya başlanmıştır (Aktop, 2021: 234). Bu değişim, sağlık politikalarının sosyal içerme, insan hakları ve evrensel sağlık hizmeti kavramlarıyla daha güçlü biçimde ilişkilendirilmesine yol açmış; sağlık sistemlerinde kültürel aracılık, çok dilli hizmet sunumu ve ayrımcılıkla mücadele gibi yeni uygulamaların gündeme gelmesini sağlamıştır. Bu süreçte AB, sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmanın yanı sıra toplumsal uyumu da önceleyen bütüncül politikalar geliştirmeye yönelmiştir.

Türkiye için durumu değerlendirecek olursak, son yıllarda dünyada en fazla mülteci barındıran ülkelerden biri hâline gelmiştir. UNHCR verilerine göre Türkiye'de yaklaşık 3,2 milyon kayıtlı Suriyeli mülteci ile birlikte farklı uyruklardan yüz binlerce uluslararası koruma kapsamındaki kişi bulunmaktadır (UNHCR, 2025). Bu durum, sağlık hizmetlerine olan talebi artırarak kamu sağlık harcamaları ve sağlık altyapısı üzerinde ek baskı oluşturmuştur.

#### **4.1.2. AB’de Sağlık Hizmeti Veren Kurumlar**

AB’nin sağlık alanındaki yönetişimi, doğrudan sağlık hizmeti sunumundan ziyade politika geliştirme, eşgüdüm sağlama ve izleme faaliyetlerine dayalı çok düzeyli bir yapıya sahiptir. Birlik düzeyinde merkezi bir sağlık hizmeti sunumu yerine, üye devletlerin kendi ulusal sağlık sistemleri içerisinde hizmet üretmeleri esas alınmaktadır. Bununla birlikte, bu durum AB’nin sağlık politikaları alanında etkisiz olduğu anlamına gelmemektedir. Aksine Birlik, halk sağlığı alanında iş birliğini güçlendirme, ortak hedefler doğrultusunda stratejiler geliştirme ve sınır aşan sağlık tehditlerine karşı koordineli yanıt mekanizmaları oluşturma konusunda önemli sorumluluklar üstlenmektedir (Balçık ve Konca, 2019: 670).

Bu yönetim modeli çerçevesinde AB, düzenleyici ve yönlendirici araçlar aracılığıyla üye ülkelerin sağlık politikalarına katkı sağlamaktadır. Halk sağlığının korunması, sağlık sistemlerinin dijitalleşmesi, hasta güvenliğinin artırılması ve sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılması, Avrupa Birliğinin öncelikli politika alanları arasında yer almaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi, hasta haklarının korunması ve sağlıkla ilgili bilimsel verilerin karşılaştırılabilir hâle getirilmesi amacıyla çeşitli teknik standartlar ve ortak çerçeveler geliştirilmektedir (Akbulut ve Çeçen, 2025: 123). Bu sayede ulusal sağlık sistemleri arasında uyum, şeffaflık ve bilgi paylaşımı desteklenmektedir.

AB’nin sağlık alanındaki rolü, sınır ötesi sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, nadir ve kronik hastalıklarla mücadele, sağlık krizlerine hazırlık ve ortak araştırma programlarının yürütülmesi gibi alanlarda daha da belirginleşmiştir. Üye devletler arasında sağlık verilerinin paylaşılması, finansal dayanışma mekanizmalarının işletilmesi ve ortak bilimsel çalışmaların desteklenmesi, bu bütünleşik yapının temel unsurları arasında yer almaktadır. Tüm bu uygulamalar, AB’nin doğrudan hizmet sunmasa dahi, sağlık alanında kurumsallaşmış, dayanışma temelli ve koordinasyon odaklı bir yönetim anlayışını benimsediğini göstermektedir.

##### **4.1.2.1. Avrupa Komisyonu Sağlık ve Gıda Güvenliği Genel Müdürlüğü**

Avrupa Komisyonu’na bağlı olarak faaliyet gösteren Avrupa Komisyonu Sağlık ve Gıda Güvenliği Genel Müdürlüğü (DG SANTE), AB genelinde halk sağlığı, gıda güvenliği, hayvan ve bitki sağlığı ile ilaç düzenlemeleri alanlarında politika geliştirme ve uygulama süreçlerinin merkezinde yer almaktadır. Sağlık

alanında Komisyon'un temel rolü, üye devletlerin halk sağlığı politikalarını desteklemek, tamamlamak ve gerekli durumlarda eşgüdüm sağlamaktır. DG SANTE; sınır ötesi hasta hareketliliği, sağlık sistemlerinin izlenmesi ve sağlık verilerinin paylaşımı gibi alanlarda kilit bir işlev üstlenmekte; sağlıkta yüksek standartların korunması amacıyla Birlik düzeyinde stratejik belgeler ve programlar geliştirmektedir (Fare vd., 1994: 115).

DG SANTE, gıda güvenliği ve güvencesine ilişkin politikaları bütüncül bir yaklaşımla ele almakta ve "çiftlikten çatala" ilkesini temel alan bir yönetim modeli benimsemektedir. Bu yaklaşım, üretimden tüketime uzanan zincirde yer alan aktörleri kapsayan denetim ve kontrol mekanizmalarını içerir. Kurumun faaliyet alanı; hayvan ve bitki sağlığı, yem güvenliği, gıda katkı maddeleri, etiketleme, muhafaza koşulları ve hayvan refahı gibi başlıklardan oluşmakta; hormonlar, kimyasal kalıntılar ile bakteri ve virüs kaynaklı riskler düzenli olarak izlenmektedir (Taş, 2024: 142–143).

AB'nin gıda güvenliği politikaları, AB'nin İşleyişine Dair Antlaşma'nın 168. ve 169. maddeleri çerçevesinde şekillenmiştir. DG SANTE, Birlik içi süreçlerin yanında AB dışından ithal edilen ürünleri de kontrol ve gümrük denetimlerine tabi tutmaktadır. Gıda hijyeni, hayvan ve bitki sağlığı, kontaminantlar ve kalıntılar olmak üzere dört temel koruma alanına odaklanan bu yaklaşım, Birlik genelinde ortak bir gıda politikası oluşturmayı hedeflemektedir (Karabulut vd., 2008: 6; Taş, 2024: 144).

DG SANTE ayrıca uluslararası iş birlikleri yürütmekte; başta DSÖ olmak üzere çeşitli kuruluşlarla ortak programlar geliştirmektedir. Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (Science, Safe Food, Sustainability-EFSA) aracılığıyla yürütülen çalışmalar; gıda kaynaklı hastalıklar, kimyasal kontaminantlar ve antimikrobiyal direnç gibi tehditlere yönelik politika üretimini desteklemektedir. Codex Alimentarius Komisyonu çerçevesindeki faaliyetler de gıda katkı maddeleri, pestisitler ve etiketleme gibi alanlarda uluslararası standartların oluşumuna katkı sunmaktadır (Spinks ve Hollingsworth, 2005: 11; Taş, 2024: 145).

#### **4.1.2.2. Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi**

Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC), AB'nin halk sağlığı alanındaki kurumsal kapasitesini güçlendirmek amacıyla kurulmuş önemli bir ajanstır. Kurum, 2005 yılında 103/2004 sayılı Avrupa Parlamentosu ve Konsey Tüzüğü ile tesis edilmiş

olup, temel amacı bulaşıcı hastalıklarla mücadelede Avrupa genelinde iş birliği ve eşgüdümü sağlamaktır (Cavlak ve Kuru, 2015: 64). ECDC, AB vatandaşlarını bulaşıcı hastalıklara karşı korumak, olası salgınlara hazırlık düzeyini artırmak ve bu tür tehditler karşısında bilimsel temelli karar alma süreçlerini desteklemek üzere yapılandırılmıştır. Özellikle 2003 yılında yaşanan SARS salgını, Birlik düzeyinde merkezi bir hastalık kontrol mekanizmasına duyulan ihtiyacı ortaya koymuş ve ECDC'nin kuruluş sürecini hızlandırmıştır (Qehaja vd., 2023).

ECDC'nin temel görevleri arasında bulaşıcı hastalıklara yönelik gözetim sistemlerinin kurulması ve geliştirilmesi, epidemiyolojik verilerin toplanması ve analiz edilmesi, halk sağlığı tehditlerine ilişkin risk değerlendirmelerinin yapılması ve üye ülkeler arasında bilgi paylaşımının teşvik edilmesi yer almaktadır. Merkezi Stockholm'de bulunan kurum, bilimsel komiteler ve uzman ağları aracılığıyla faaliyetlerini sürdürmekte ve bu yapı sayesinde AB genelinde bütünlük bir sağlık güvenliği ağı oluşturulmasına katkı sağlamaktadır (Cavlak ve Kuru, 2015: 64). Ayrıca ECDC, üye ülkelerin ulusal sağlık otoriteleriyle teknik iş birliği geliştirerek, salgınlara hazırlık ve müdahale kapasitelerinin güçlendirilmesine yönelik faaliyetler yürütmektedir. Bu kapsamda personel eğitimi, rehber dokümanların hazırlanması ve teknik destek sağlanması gibi alanlarda da aktif rol üstlenmektedir.

Kurumsal işleyiş açısından ECDC, bilimsel tarafsızlık ve şeffaflık ilkelerine dayalı bir yönetim anlayışı benimsemektedir. Kuru'ya (2015) göre, kurumun Avrupa düzeyinde sağlık tehditlerine hızlı ve etkili yanıt verebilmesi, yalnızca teknik kapasitesine değil, aynı zamanda üye ülkeler arasında kurduğu güçlü koordinasyon mekanizmalarına bağlıdır. ECDC, DSÖ ve DG SANTE gibi uluslararası ve Birlik kurumlarıyla yakın iş birliği içerisinde faaliyet göstermektedir. Bu durum, ECDC'yi yalnızca AB sınırları içinde faaliyet gösteren bir ajans olmaktan çıkararak, küresel sağlık güvenliği ağının önemli bir bileşeni hâline getirmektedir.

#### **4.1.2.3. Avrupa İlaç Ajansı ve Avrupa Çevre Ajansı**

Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency – EMA), AB ve Avrupa Ekonomik Alanı (AEA) ülkelerinde ilaçların değerlendirilmesi, izlenmesi ve düzenlenmesinden sorumlu merkezi bir kurumdur. 1995 yılında kurulan EMA'nın temel görevi hem insan hem de hayvan sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla AB pazarına sunulan ilaçların güvenli, etkili ve yüksek kalitede olmasını sağlamaktır (Karabulut vd., 2008: 5).

Ajansın faaliyet alanı, yeni ilaçların piyasaya sunulmadan önce yürütülen bilimsel değerlendirme ve ruhsatlandırma süreçlerinin yanı sıra, piyasaya çıktıktan sonraki güvenlik izlemesini de kapsamaktadır. EMA, tıbbi ürünlerin güvenliği, kalitesi ve etkinliği konusunda AB düzeyinde bilimsel değerlendirme yaparak, ilaçlara ilişkin ortak bir düzenleyici çerçeve oluşturmaktadır. Bu kapsamda uygulanan “tek başvuru ve onay sistemi”, yeni ilaçların üye ülkelerde eş zamanlı olarak ruhsatlandırılmasını mümkün kılmakta; böylece sağlık sistemlerinde standartlaşma ve eşgüdüm sağlanmaktadır (EMA, 2026).

Avrupa Çevre Ajansı (European Environment Agency – EEA), AB’nin çevresel veri toplama, değerlendirme ve politika geliştirme süreçlerine bilimsel destek sunan bağımsız bir kuruluştur. 1994 yılında kurulan ajansın merkezi Danimarka’nın Kopenhag kentinde bulunmaktadır. EEA’nın temel amacı, çevresel sürdürülebilirliğin sağlanmasına katkı sunmak ve çevre politikalarının oluşturulmasında güvenilir, bilimsel temelli bilgi üretmektir (EEA, 2026). Ajansın halk sağlığıyla ilişkisi, çevresel faktörlerin insan sağlığı üzerindeki etkilerinin analiz edilmesine dayanmaktadır. Hava kirliliği, su ve toprak kirlenmesi, kimyasal maddelere maruz kalma ve gürültü kirliliği gibi çevresel risklerin; solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler rahatsızlıklar, kanser türleri ve psikolojik stres gibi sağlık sorunlarıyla doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir. EEA, bu çevre-sağlık etkileşimini düzenli raporlarla ortaya koymakta ve yıllık değerlendirmelerinde çevresel risklerin halk sağlığı üzerindeki etkilerine özel bölümler ayırmaktadır (URL-3).

#### **4.1.2.4. Avrupa İlaç ve Sağlık Ürünleri Kalite Laboratuvarları**

Avrupa İlaç ve Sağlık Ürünleri Kalite Laboratuvarları (Official Medicines Control Laboratories-OMCL), Avrupa Konseyi bünyesinde faaliyet gösteren ve ilaçların kalitesini değerlendirmekle görevli resmî bir laboratuvar ağıdır. Bu ağ, 1994 yılında Avrupa Konseyi ile Avrupa Komisyonu’nun ortak girişimiyle kurulmuş, 1995 yılında Avrupa Farmakopesi çerçevesinde EDQM (European Directorate for the Quality of Medicines ve HealthCare) koordinasyonunda kurumsal bir yapıya kavuşturulmuştur. OMCL’ler, ruhsatlı ilaçların piyasaya sunulmadan önce ve piyasadayken kalite, güvenlik ve etkinlik açısından değerlendirilmesini sağlamaktadır (Gedik ve Gelmez, 2019: 1264).

OMCL ağı, ilaç sektöründen bağımsız olarak faaliyet yürütmekte olup; özellikle biyolojik ürünlerin her serisinin resmî kontrol otoritesi serbest bırakma (OCABR) süreci kapsamında test edilmesi, sahte ilaçların tespiti, nitrozamin gibi zararlı kontaminantların analizi, kalite kontrol çalışmaları ve uluslararası yeterlilik testlerinden sorumludur. Bu laboratuvarlar, Avrupa İlaç Ajansı (EMA) tarafından verilen ruhsatların güvence altına alınmasında tamamlayıcı bir rol üstlenirken, halk sağlığını korumaya yönelik önleyici bir denetim mekanizması olarak işlev görmektedir (Konca vd., 2019: 122). OMCL sistemi, küresel bir bakış açısıyla hareket ederek hem Avrupa'da hem de uluslararası düzeyde halk sağlığının korunmasına katkı sağlamayı amaçlamaktadır (Telli ve Serin, 2022: 725).

#### **4.1.2.5. Üye Devletlerin Ulusal Sağlık Bakanlıkları ve Kurumları**

AB sağlık sisteminde, Lizbon Antlaşması uyarınca sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu ve finansmanı esas olarak üye devletlerin yetki ve sorumluluk alanında yer almaktadır. Bu çerçevede her üye ülkenin ulusal sağlık bakanlığı ve ilgili kurumları, kendi sağlık sistemlerinin birincil sorumlusu konumundadır. Ulusal sağlık bakanlıkları; sağlık politikalarının belirlenmesi, sağlık tesislerinin yönetimi, sağlık insan gücünün planlanması ve temel sağlık hizmetlerinin sunumu gibi alanlarda tam yetkiye sahiptir. Ayrıca sağlık krizlerine yönelik müdahale stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması da üye devletlerin sorumluluğu altında bulunmaktadır. Bu yapı, AB'nin çok düzeyli yönetim anlayışını yansıtarak, üye ülkelerin kendi kültürel, ekonomik ve sosyal koşullarına uygun sağlık politikaları geliştirebilmesine olanak tanımaktadır.

Ulusal yetki alanı çerçevesinde üye devletlerin sağlık bakanlıkları, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini, kalitesini ve sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla çeşitli mekanizmalar kullanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, ülkelerin tercihine bağlı olarak genel bütçe kaynakları, sosyal sağlık sigortası sistemleri veya karma finansman modelleri aracılığıyla yürütölmektedir. Bakanlıklar, hastaneler, birinci basamak sağlık kuruluşları ve uzmanlık temelli sağlık birimleri arasındaki koordinasyonu düzenlemekte; ilaç ve tıbbi cihaz tedariki, sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ve halk sağlığı programlarının uygulanması gibi alanlarda da aktif rol üstlenmektedir (Bedir, 2016: 79).

Her ne kadar sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu üye devletlerin yetki alanında bulunsa da, AB düzeyinde geliştirilen kurumsal yapı ve politikalar

ulusal sağlık sistemlerini tamamlayıcı bir işlev üstlenmektedir. Avrupa Komisyonu, bağlı genel müdürlükler ve ajanslar aracılığıyla sağlık politikalarının uyumlaştırılması, veri paylaşımının güçlendirilmesi ve sınır ötesi sağlık tehditlerine karşı ortak stratejiler geliştirilmesini hedeflemektedir. Bu çok düzeyli yönetim anlayışı kapsamında, AB kurumları doğrudan hizmet sunucusu olmaktan ziyade koordinasyon, düzenleme ve izleme rollerini üstlenerek üye devletlerin sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırmayı amaçlamaktadır. Bu çerçevede, AB sağlık yönetiminde rol oynayan başlıca kurumsal aktörlerin incelenmesi önem arz etmektedir.

#### **4.1.2.6. AB Ülkelerinin Sağlık Bakanlıkları ve Kurumlarına Göre Hastane Verileri**

AB ülkelerinde kamu sektörü, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel aktörlerden biridir. Kamu hastaneleri, genellikle devlet tarafından finanse edilir ve halkın geniş kesimlerine eşit, erişilebilir ve evrensel sağlık hizmeti sunmayı amaçlar. Bu kuruluşlar özellikle acil servisler, yoğun bakım üniteleri ve uzun süreli yatış gerektiren durumlarda önemli bir rol oynar. Devlet destekli yapıları sayesinde kâr amacı gütmeyen hizmet verirler ve sağlık sisteminin temel omurgasını oluştururlar. Birçok AB ülkesinde kamu sağlık kuruluşları, ulusal sağlık sisteminin güvence altına aldığı hizmetlerin büyük kısmını sağlamaktadır (Teleş vd. 2021: 69). Buna ek olarak özel sektör, AB ülkelerinde sağlık hizmeti sunumunun tamamlayıcı bir parçasıdır. Bu kuruluşlar, kâr amacıyla çalışır ve çoğunlukla doğrudan hasta ödemeleri ya da özel sağlık sigortaları aracılığıyla finanse edilir.

Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ise genellikle dini cemaatler, yardım dernekleri, vakıflar ya da sosyal amaçlı sivil toplum örgütleri tarafından işletilir. Bu kuruluşlar, özellikle yaşlı bakımı, iyileştirme hizmetleri, bağımlılık tedavisi ve engelli bireylere yönelik uzun süreli bakım gibi alanlarda önemli bir boşluğu doldurur. Finansmanları bağışlar, gönüllü katkılar ya da kamu destekli hibeler yoluyla sağlanabilir (Garip, 2020: 28). Ticarî kaygı taşımadıkları için hizmetin insani yönü ön plandadır ve toplumun hassas gruplarına yönelik daha erişilebilir, sürdürülebilir hizmetler sunma eğilimindedirler.

Tablo 8'e göre 2014–2023 yılları arasında AB ülkelerinde hastane yatak kapasitesinin farklı yönlerde değişim gösterdiği görülmektedir. Bu dönemde bazı

ülkelerde yatak sayılarında belirgin azalışlar yaşanırken, bazı ülkelerde ise sınırlı artış eğilimleri dikkat çekmiştir.

Tablo 8. AB ülkelerinin toplam hastane yatak kapasitesi (2014-2023) (EUROSTAT, 2023).

Ülkeler	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belçika	65.590	65.753	65.314	64.423	64.248	63.962	63.847	63.634	63.572	63.507
Bulgaristan	51.505	51.933	51.816	52.744	53.173	53.997	54.216	54.491	54.707	55.724
Çekya	70.738	70.794	70.903	70.698	70.837	70.711	69.990	70.029	69.821	69.601
Danimarka	.	.	14.461	14.621	14.713	14.476	14.485	14.111	14.020	13.845
Almanya	666.337	664.364	663.941	661.448	661.880	657.662	650.167	645.620	642.107	638.354
Estonya	6.439	6.342	6.166	6.068	5.995	6.011	5.934	5.849	5.653	5640
İrlanda	11.989	13.730	14.042	14.279	14.475	14.213	14.412	14.567	15.009	15.372
Yunanistan	46.160	45.945	45.273	45.267	45.053	44.518	44.921	44.794	44.468	44.133
İspanya	137.877	138.368	137.867	138.581	139.061	138.861	139.977	140.397	140.551	139.286
Fransa	410.649	407.875	403.906	399.255	395.316	390.703	385.793	380.607	373.873	369.363
Hırvatistan	25.019	23.409	22.917	22.878	22.960	23.040	22.923	22.414	22.514	21.806
İtalya	195.189	194.065	192.315	192.548	189.753	188.909	189.351	184.724	182.210	179.372
Güney Kıbrıs	2.912	2.895	2.918	2.833	2.769	2.747	2.826	2.802	2.857	2856
Letonya	11.279	11.261	11.208	10.812	10.587	10.379	10.045	9.732	9.451	9312
Litvanya	21.300	20.236	19.193	18.548	18.025	17.733	16.802	16.957	16.085	15.747
Lüksemburg	2.811	2.825	2.804	2.780	2.740	2.644	2.644	2.652	2.609	2625
Macaristan	68.910	68.843	68.713	68.702	67.947	67.494	65.886	65.887	64.166	62.431
Malta	1.994	2.041	2.127	2.099	2.088	2.068	2.259	2.149	2.158	2196
Hollanda	59.795	59.117	58.090	56.136	54.871	52.398	50.777	51.763	43.355	41.310
Avusturya	64.815	65.138	64.838	64.805	64.285	63.838	62.873	61.927	60.739	60.306
Polonya	251.904	252.029	252.136	251.537	248.239	234.417	234.617	236.743	231.789	230.066
Portekiz	34.522	34.890	35.037	34.953	35.409	36.092	36.019	36.296	35.924	35.754
Romanya	133.619	134.572	134.763	134.998	135.691	136.715	137.191	137.786	138.618	138.846
Slovenya	9.356	9.315	9.266	9.294	9.183	9.256	8.994	8.958	8.704	8583
Slovakya	31.348	31.172	31.412	31.659	31.026	31.422	31.016	30.911	30.914	30.718
Finlandiya	24.758	23.469	21.813	20.680	19.666	18.734	15.189	15.456	14.530	14.491
İsveç	24.608	23.904	23.209	22.247	21.707	21.280	21.184	20.855	19.921	19.747
Türkiye	206.836	209.648	217.771	225.863	231.913	237.504	251.182	254.497	262.190	266.594

Almanya, incelenen dönem boyunca Avrupa Birliği içinde en yüksek yatak kapasitesine sahip ülke olmayı sürdürmüştür; ancak toplam yatak sayısında istikrarlı bir gerileme gözlemlenmiştir. 2014 yılında 666.337 olan hastane yatak sayısı, 2023 yılında 638.354'e düşerek yaklaşık 28 bin yataklık bir azalma göstermiştir. Benzer şekilde Fransa'da da yatak kapasitesinde düşüş eğilimi devam etmiş; 2014 yılında yaklaşık 410 bin düzeyinde olan toplam yatak sayısı, 2023 yılında 369.363'e gerileyerek önemli bir azalış ortaya koymuştur.

Azalma eğilimi yalnızca büyük ölçekli sağlık sistemlerine sahip ülkelerle sınırlı kalmamıştır. Finlandiya'da 2014 yılında 24.758 olan hastane yatak kapasitesi, 2023 yılında 14.491'e düşerek yaklaşık %40'ın üzerinde azalma göstermiştir. İsveç'te ise aynı dönemde yatak sayısı 24.608'den 19.747'ye gerilemiştir (Eurostat, 2024). OECD'ye göre bu azalışın temel nedenleri arasında gününbirlik tedavi uygulamalarının yaygınlaşması, hastanede ortalama kalış süresinin azalması ve

ayaktan tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi yer almaktadır (OECD, 2025). Ayrıca Finlandiya’da uzun dönem bakım ve psikiyatri yataklarındaki azalış ile sağlık hizmetlerinin toplum temelli bakım modeline yönelmesi, toplam yatak kapasitesindeki düşüşte etkili olmuştur. İsveç’te ise maliyet etkin sağlık politikaları ve dijital sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, hastane yatak kapasitesindeki azalmanın temel nedenleri arasında gösterilmektedir.

Buna karşılık Bulgaristan, Romanya, İrlanda ve Portekiz gibi bazı AB ülkelerinde hastane yatak kapasitesinde artış eğilimi devam etmiştir. Bulgaristan’da toplam hastane yatak sayısı 2014 yılında 51.505 iken 2023 yılında 55.724’e yükselmiştir. Romanya’da yatak sayısı aynı dönemde 133.619’dan 138.846’ya ulaşırken, İrlanda’da 11.989 yataktan 15.372 yatağa yükselerek dikkat çekici bir artış gerçekleşmiştir. Portekiz’de de daha sınırlı olmakla birlikte artış eğilimi sürmüştür (Eurostat, 2024). Literatürde bu artışın temel nedenleri arasında nüfusun yaşlanmasına bağlı sağlık hizmeti talebindeki yükseliş, COVID-19 sonrası sağlık altyapısını güçlendirme politikaları ve bazı ülkelerde hastane merkezli sağlık sisteminin devam etmesi gösterilmektedir (OECD, 2025). Özellikle Bulgaristan ve Romanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde tarihsel olarak yüksek hastane yatak kapasitesinin korunmaya çalışıldığı, İrlanda’da ise artan nüfus ve sağlık hizmeti talebine bağlı olarak yeni sağlık yatırımlarının ön plana çıktığı belirtilmektedir.

Bölgesel düzeyde değerlendirildiğinde, Batı Avrupa ülkelerinde genel olarak hastane yatak kapasitesinin azaltılmasına yönelik bir eğilim öne çıkarken, Doğu Avrupa ülkelerinde yatak sayılarının daha durağan ya da artış yönlü bir seyir izlediği anlaşılmaktadır. Bu farklılaşma, AB ülkelerinin sağlık sistemlerinin finansman yapısı, kamu sağlık yatırımları ve hizmet sunum tercihleriyle yakından ilişkilidir. Batı Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinde maliyet etkinliği politikalarının yaygınlaşması, dijital sağlık uygulamalarının gelişmesi ve ayaktan tedavi hizmetlerinin artırılması nedeniyle hastane yatak kapasitesinde azalma eğilimi görülmektedir. Özellikle İsveç ve Finlandiya gibi ülkelerde sağlık harcamalarının daha büyük bölümü evde bakım, yaşlı bakım hizmetleri ve toplum temelli sağlık hizmetlerine yönlendirilmiştir. Buna karşılık Bulgaristan ve Romanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde hastane merkezli sağlık sistemi yapısının devam etmesi ve sağlık altyapısının güçlendirilmesine yönelik kamu yatırımları nedeniyle yatak kapasitesi artış göstermiştir. Ayrıca İrlanda’da hızlı nüfus artışı ve artan sağlık hizmeti talebi,

yeni hastane yatırımlarını teşvik ederek yatak sayısındaki yükselişi desteklemiştir (OECD, 2025; Eurostat, 2024).

Tablo 9 incelendiğinde Türkiye açısından değerlendirildiğinde ise incelenen dönemde belirgin bir artış eğilimi söz konusudur. 2014 yılında 206.836 olan hastane yatak sayısı, 2023 yılında 266.594'e yükselmiştir. Bu durum, Türkiye'de sağlık altyapısının kapasite artırımı yönünde geliştiğini ve sağlık hizmetlerine erişimin genişletilmesine yönelik politikaların sürdürüldüğünü göstermektedir.

Tablo 9. AB ülkelerinin toplam hastane yatağı oranları (2014-2023) (EUROSTAT, 2023).

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belçika	572.56	573.99	570.15	562.38	560.85	556.72	553.33	549.22	544.27	539.11
Bulgaristan	772.86	779.29	777.53	791.46	797.89	816.07	827.64	837.38	846.19	864.39
Çekya	664.22	664.74	665.77	663.84	664.87	662.59	660.63	666.58	654.24	640.65
Danimarka	-	-	249.07	251.82	253.41	248.97	248.4	240.94	237.5	232.81
Almanya	802.63	800.25	799.74	796.74	797.26	791.48	781.82	776.02	771.97	766.45
Estonya	486.03	478.71	465.42	458.02	452.51	453.01	446.33	439.47	419.1	411.59
İrlanda	242.68	277.92	284.23	289.03	293	285.6	285.97	285.04	287.92	289.41
Yunanistan	430.41	428.41	422.14	422.09	420.09	415.22	419.88	423.82	426.07	424.06
İspanya	293.86	294.05	293.84	295.36	296.39	294.71	295.56	295.92	294.13	288.06
Fransa	610.26	606.14	600.24	593.33	587.48	579.83	570.96	560.46	548.33	540.22
Hırvatistan	630.41	589.84	577.45	576.46	578.53	583.13	585.78	578.03	583.78	565.45
İtalya	326.31	324.43	321.51	321.9	317.22	316.28	318.56	312.39	308.76	304.1
Güney Kıbrıs	327.12	325.21	327.79	318.25	311.06	306.48	314.27	311.21	308.23	298.21
Letonya	587.46	586.52	583.76	563.13	551.42	542.32	528.56	516.43	502.88	495.99
Litvanya	757.41	719.58	682.49	659.55	640.96	630.82	597.86	603.8	568.05	548.37
Lüksemburg	457.9	460.18	456.76	452.85	446.33	426.45	419.4	414.33	399.48	393.89
Macaristan	710.39	709.7	708.36	708.25	700.46	696.19	681.31	684.12	668.04	650.85
Malta	404.49	414.02	431.47	425.79	423.56	410.39	438.22	414.75	406.32	397.29
Hollanda	345.99	342.07	336.13	324.82	317.5	302.1	291.13	295.23	244.93	231.08
Avusturya	731.65	735.29	731.91	731.53	725.66	718.9	705.1	691.47	671.75	660.4
Polonya	663.38	663.71	663.99	662.41	653.73	617.45	625.38	640.17	629.49	627.1
Portekiz	334.08	337.64	339.06	338.25	342.66	348.57	346.84	348.74	343.15	338
Romanya	688.24	693.15	694.14	695.35	698.92	705.75	712.12	720.56	727.71	728.43
Slovenya	449.61	447.64	445.29	446.63	441.3	443.21	427.79	424.94	412.11	404.77
Slovakya	575.15	571.92	576.32	580.85	569.24	576.11	568.18	567.46	569.13	566.05
Finlandiya	448.68	425.32	395.31	374.78	356.4	339.29	274.69	278.94	261.51	259.51
İsveç	240.53	233.67	226.87	217.46	212.18	207.03	204.61	200.23	189.96	187.41
Türkiye	252.23	255.66	265.56	275.43	282.81	287.61	301.23	302.44	308.53	312.44

2014–2023 döneminde Avrupa Birliği ülkelerinde 100.000 kişiye düşen hastane yatak sayılarında genel olarak bir azalma eğilimi gözlemlenmiştir. Bu azalış, birçok ülkede istikrarlı ve süreklilik gösteren bir biçimde gerçekleşmiş; ancak bazı ülkelerde sınırlı artış yönlü sapmalar da dikkat çekmiştir. Özellikle Almanya, yüksek başlangıç düzeyine rağmen 2014 yılında 802.63 olan yatak oranını 2023 yılında 766.45'e düşürerek kademeli bir azalma kaydetmiştir. Fransa'da da benzer bir eğilim söz konusu olup, 2014 yılında 610.26 olan oran 2023 yılında 540.22'ye gerilemiştir.

Finlandiya ve İsveç, oransal düşüşün en belirgin olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. Finlandiya’da 2014 yılında 448.68 olan yatak oranı 2023 yılında 259.51’e düşerken; İsveç’te aynı dönemde bu oran 240.53’ten 187.41’e gerilemiştir. Bu bulgular, söz konusu ülkelerde hastane yatak kapasitesinin nüfusa oranla önemli ölçüde daraldığını göstermektedir.

Buna karşılık Bulgaristan ve Romanya, incelenen dönemde hastane yatak oranını istikrarlı biçimde artıran ülkeler olarak öne çıkmaktadır. Bulgaristan’da 2014 yılında 772.86 olan oran, 2023 yılında 864.39’a yükselerek belirgin bir artış göstermiştir. Romanya’da ise yatak oranı aynı dönemde 688.24’ten 728.43’e çıkarak benzer bir yükseliş eğilimi sergilemiştir. İrlanda, Portekiz ve Yunanistan gibi bazı ülkelerde ise yatak oranlarının görece sabit kaldığı ve sınırlı dalgalanmalarla istikrarlı bir görünüm arz ettiği görülmektedir.

Genel eğilimler değerlendirildiğinde, Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde hastane yatak kapasitesinde düşüş eğiliminin baskın olduğu; Doğu Avrupa ülkelerinde ise yatak oranlarının sabit kaldığı veya artış gösterdiği görülmektedir. Eurostat verilerine göre bu durumun temel nedenleri arasında teknolojik gelişmeler, ayaktan tedavi hizmetlerinin yaygınlaşması ve hastanede ortalama kalış süresinin azalması yer almaktadır. OECD’ye göre ise son yıllarda birçok Avrupa ülkesinde gününbirlik tedavi uygulamalarının artması ve ortalama yatış sürelerinin kısalması, hastane yatak kapasitesindeki düşüşün temel nedenleri arasında gösterilmektedir (OECD, 2024). Özellikle İsveç ve Finlandiya gibi Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin toplum temelli bakım, evde bakım ve dijital sağlık uygulamalarına yönelmesi yatak kapasitesindeki azalışta etkili olmuştur. Buna karşılık Bulgaristan ve Romanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin daha çok hastane merkezli yapısını koruması ve sağlık altyapısını güçlendirmeye yönelik kamu yatırımlarının sürdürülmesi nedeniyle yatak kapasitesinin korunduğu veya artırıldığı görülmektedir. Ayrıca bu ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimi artırmaya yönelik kamu politikalarının da yatak kapasitesindeki artışı desteklediği değerlendirilmektedir.

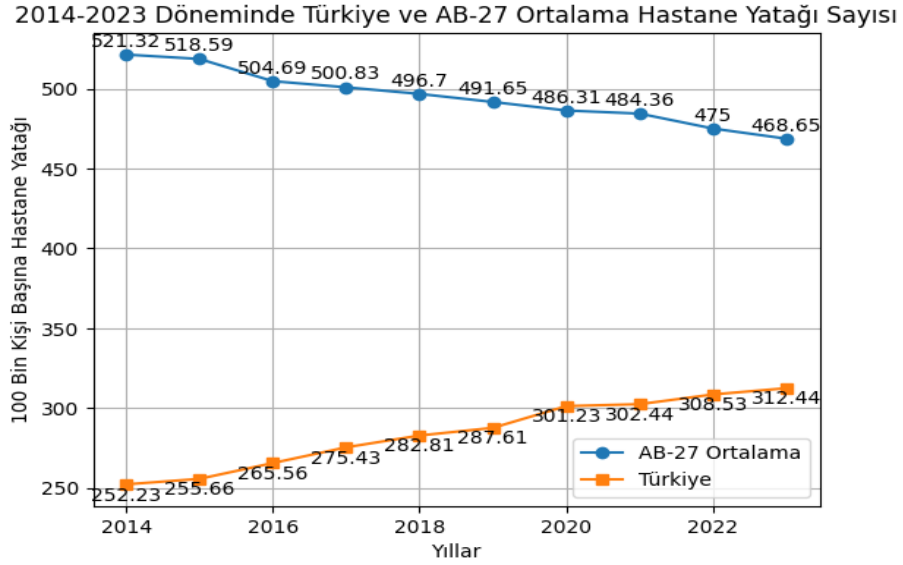
Hastane yatak oranlarında gözlenen azalma, sağlık sistemlerinin daha bütüncül ve sürdürülebilir hizmet modellerine yöneldiğini düşündürmekle birlikte, bu eğilim tek başına hizmet kalitesi ya da sistem verimliliği hakkında doğrudan çıkarım yapılmasına olanak tanımamaktadır. Almanya, Fransa ve İsveç gibi gelişmiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerde görülen hastane yatak kapasitesindeki düşüş; sağlık

hizmetlerinde maliyet etkinliğini artırmaya yönelik politikalar, ortalama hastanede yatış sürelerinin azaltılması ve ayaktan tedavi hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile ilişkilendirilmektedir. OECD'ye göre son yıllarda birçok Avrupa ülkesinde gününbirlik tedavi uygulamalarının artması ve ortalama yatış sürelerinin kısalması, hastane yatak kapasitesindeki azalmanın temel nedenleri arasında yer almaktadır (OECD, 2024). Ayrıca özellikle İsveç gibi Kuzey Avrupa ülkelerinde evde bakım ve toplum temelli sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastane merkezli hizmet sunumunun azaltılmasına katkı sağlamıştır. Buna karşılık bazı Doğu Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin daha çok hastane merkezli yapısını koruması nedeniyle yatak kapasitesindeki düşüş daha sınırlı kalmıştır.

Doğu Avrupa ülkelerinde gözlenen artış eğilimleri ise bazı sağlık sistemlerinin altyapı açısından hâlen genişleme sürecinde olduğunu ve hastane hizmetlerine olan talebin sürdüğünü göstermektedir. Bu bağlamda, 100.000 kişiye düşen hastane yatak oranlarındaki değişimler yalnızca nicel bir dönüşümü değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin yapısal olarak yeniden şekillenme sürecini de yansıtmaktadır. Bununla birlikte, söz konusu eğilimlerin sağlık hizmetlerine erişim, eşitlik ve kalite üzerindeki etkilerinin kapsamlı biçimde değerlendirilebilmesi için daha ayrıntılı ve çok boyutlu veri setlerine ihtiyaç bulunmaktadır.

Türkiye açısından değerlendirildiğinde, incelenen dönemde yüz bin kişi başına düşen hastane yatak sayısında düzenli bir artış eğilimi dikkat çekmektedir. 2014 yılında 252,23 olan oran, 2023 yılında 312,44'e yükselmiştir. Bu artış, Türkiye'de özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık altyapısının güçlendirilmesine yönelik kamu politikaları ve sağlık yatırımlarıyla ilişkilendirilmektedir. Özellikle şehir hastaneleri başta olmak üzere yeni hastane yatırımlarının artırılması, yatak kapasitesindeki yükselişte önemli rol oynamıştır.

Bununla birlikte Türkiye'nin yüz bin kişi başına düşen hastane yatak sayısının birçok AB ülkesinin gerisinde kaldığı görülmektedir. Bu durumun temel nedenlerinden biri Türkiye'nin AB ülkelerine kıyasla daha genç ve daha yüksek nüfusa sahip olmasıdır. Genç nüfus yapısı sağlık hizmet talebinin niteliğini farklılaştırırken, yüksek toplam nüfus mevcut yatak kapasitesinin kişi başına düşen oranını azaltmaktadır.



Şekil 1. 2014–2023 Döneminde Türkiye ve AB-27 Ortalama Hastane Yatağı Sayısı (100 Bin Kişi Başına) (EUROSTAT, 2023)

Şekil 1'e göre, 2014–2023 dönemine ait bulgular, Türkiye ile Avrupa Birliği (AB-27) ülkeleri arasında hastane yatak kapasitesi açısından belirgin ve süreklilik arz eden bir farklılık bulunduğunu göstermektedir. AB-27 ortalamasında yüz bin kişi başına düşen hastane yatak sayısı dönem boyunca yüksek bir düzeyden başlayarak kademeli bir azalış eğilimi sergilemiş; buna karşılık Türkiye'de daha düşük bir başlangıç seviyesinden itibaren istikrarlı bir artış gözlenmiştir.

AB-27 ortalaması 2014 yılında 521.32 iken 2023 yılında 468.65'e gerileyerek düşüş eğilimini sürdürmüştür. Türkiye'de ise aynı dönemde söz konusu oran 252.23'ten 312.44'e yükselmiştir. Bu karşıt yönlü eğilim, Türkiye'de sağlık altyapısının genişletilmesine yönelik yatırımların devam ettiğini ve hastane kapasitesinin artırılmasının politika öncelikleri arasında yer aldığını göstermektedir. Buna karşılık AB ülkelerinde gözlenen azalış, sağlık hizmet sunumunda daha çok ayakta tedavi, kısa süreli yatış ve alternatif bakım modellerine yönelimin bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, Türkiye ile AB-27 ortalaması arasındaki farkın dönem boyunca devam ettiği, ancak Türkiye'deki artış eğilimi nedeniyle bu farkın kısmen azaldığı görülmektedir. Bu durum, iki sağlık sistemi arasında hem kapasite düzeyi hem de zaman içindeki değişim dinamikleri bakımından belirgin bir ayrışmaya işaret etmektedir. Grafik, söz konusu farklılaşmayı ve eğilimlerin yönünü

açık biçimde ortaya koyarak, sağlık altyapısına ilişkin dönüşüm sürecini görsel olarak desteklemektedir.

#### **4.1.3. AB’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**

Bu bölümde Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık hizmetlerinin finansman yapıları karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Üye ülkeler kapsamında Belçika, Bulgaristan, Çekya, Danimarka, Almanya, Estonya, İrlanda, Yunanistan, İspanya, Fransa, Hırvatistan, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Hollanda, Avusturya, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovenya, Slovakya, Finlandiya ve İsveç ele alınmıştır. Ayrıca karşılaştırma amacıyla Türkiye verilerine de yer verilmiştir.

Demirci, Konca ve İlgün’e (2020) göre sağlık sistemleri, bireylerin yaşadıkları bölgeye bakılmaksızın tüm topluma eşit sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Son yıllarda birçok ülkede sağlık harcamalarının artış eğilimi göstermesi, sağlık hizmetlerinin finansmanını daha önemli hale getirmiştir. Kişi başı gelir düzeyinin yükselmesi, sağlık bilincinin artması, hastalık yükünün çoğalması ve nüfusun yaşlanması gibi faktörler sağlık harcamalarının artmasında etkili olmaktadır. Bu durum ise sağlık harcamalarının bütçe içerisindeki payını artırarak finansal sürdürülebilirlik üzerinde baskı oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların etkin biçimde tahsis edilmesi ve kullanılması açısından önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

AB ülkelerinde sağlık hizmetlerinin finansmanındaki temel amaç, nüfusun tamamına kapsayıcı ve erişilebilir sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktır. Bu finansman yapıları, ülkelerin tarihsel gelişimleri, toplumsal ihtiyaçları ve siyasal tercihleri doğrultusunda farklı biçimlerde şekillenmiştir. Bazı ülkelerde sağlık hizmetleri, merkezi yönetim tarafından toplanan genel kamu gelirleriyle finanse edilmekte; hizmet sunumu ise ağırlıklı olarak kamu kurumları aracılığıyla yürütülmektedir. Bu yapı, kamu otoritesinin doğrudan rolünü öne çıkarırken, finansman ile hizmet sunumu arasında güçlü bir bütünlük kurmaktadır (Mossialos vd., 2002).

AB sağlık sistemlerinin ortak hedefleri; tüm bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak, sağlık harcamaları nedeniyle mali risklerle karşılaşılmasını önlemek ve sistemlerin uzun vadeli mali sürdürülebilirliğini güvence altına almaktır. Bu çerçevede sağlık hizmetleri yalnızca kamu gelirleri veya zorunlu katkılarla değil, aynı zamanda bireylerin doğrudan yaptığı ödemeler ve gönüllü katkılarla da finanse

edilmektedir. Ancak bu kaynakların toplam içindeki ağırlığı, ülkelerin ekonomik kapasiteleri, politika tercihleri ve toplumsal değerlerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Bu durum, AB genelinde ortak ilkeler etrafında şekillenen, ancak uygulamada farklılaşan sağlık finansman modellerinin bir arada varlığını sürdürdüğünü ortaya koymaktadır (Mossialos vd., 2002).

#### **4.1.3.1. Ülke Finansmanı**

AB ülkelerinde sağlık hizmetlerinin finansmanı, ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyleri ile sosyo-politik tercihleri doğrultusunda farklılık göstermektedir. AB genelinde sağlık harcamalarının büyük bir bölümü kamu kaynakları aracılığıyla finanse edilmektedir. Bu kamu finansmanı, ya genel vergiler yoluyla merkezi bütçeden sağlanmakta ya da çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen zorunlu katkılarla oluşturulan fonlar üzerinden yürütülmektedir. Bazı ülkelerde ise bu iki yöntemin birlikte kullanıldığı karma finansman yapıları bulunmaktadır. Vergiye dayalı sistemlerde devlet, sağlık hizmetlerinin hem finansörü hem de düzenleyicisi konumundayken; katkı temelli sistemlerde finansman ve hizmet sunumu daha çok çok aktörlü bir yapı içerisinde şekillenmektedir (Rokicki vd., 2021).

Ülkeler arasında toplam sağlık harcaması ve kişi başına düşen sağlık harcamaları açısından belirgin farklılıklar mevcuttur. Almanya ve Fransa gibi yüksek nüfuslu ve gelişmiş ekonomilere sahip ülkeler toplam sağlık harcamalarında öne çıkarken; İsveç, Danimarka ve Lüksemburg gibi nüfusu daha küçük ancak refah düzeyi yüksek ülkeler kişi başına düşen sağlık harcamalarında üst sıralarda yer almaktadır (Greer vd., 2013: 1139). Buna karşılık Bulgaristan, Romanya ve Letonya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde hem toplam hem de kişi başına sağlık harcamalarının görece düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kapsamı ve niteliği üzerinde doğrudan etkili olmakta ve AB içerisinde bölgesel eşitsizliklerin sürmesine neden olmaktadır (Rokicki vd., 2021).

AB genelinde sağlık harcamaları ile GSYH arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Özellikle toplam sağlık harcamaları ile dış ticaret hacmi gibi makroekonomik göstergeler arasında güçlü bir korelasyon bulunduğu; kişi başına düşen sağlık harcamaları ile kişi başına GSYH arasındaki ilişkinin de dikkat çekici düzeyde olduğu görülmektedir. Bu bulgular, ülkelerin ekonomik kapasitesinin sağlık sistemlerinin finansman gücünü belirlediğini ve

ekonomik büyümenin sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır (Rokicki vd., 2021).

#### **4.1.3.2. AB Sağlık Finansmanı**

AB düzeyinde sağlık finansmanı, doğrudan sağlık hizmeti sunumundan ziyade üye ülkelerin ulusal sağlık sistemlerini desteklemeyi ve bu sistemler arasında eşgüdüm sağlamayı amaçlamaktadır. Birlik bütçesinden ayrılan sınırlı kaynaklar, ağırlıklı olarak halk sağlığı projeleri, sınır ötesi sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, ilaç ve tıbbi cihaz regülasyonu, pandemi hazırlıkları ile araştırma ve geliştirme programlarına yönlendirilmektedir (Mossialos vd., 2002).

AB’de sağlık hizmetlerinin finansmanı esas olarak üye ülkelerin ulusal bütçeleri ve kendi sağlık finansman sistemleri aracılığıyla yürütülmekte olup, birlik düzeyinde doğrudan ve kapsamlı bir sağlık finansman yapısından söz etmek mümkün değildir. AB, sağlık politikaları alanında daha çok tamamlayıcı bir rol üstlenmekte; düzenleyici ve eşgüdüm sağlayıcı mekanizmalar yoluyla üye ülkelerin sağlık sistemleri arasında uyumu teşvik etmektedir (Gültaç ve Balçık, 2018: 195). Bu çerçevede, üye ülkelerin sağlık sistemleri üzerindeki mali yetkileri korunmakta; Avrupa Komisyonu ve ilgili kurumlar aracılığıyla kalite yönetimi, veri paylaşımı ve sınır ötesi hizmetlerin düzenlenmesi gibi alanlara katkı sunulmaktadır. Dolayısıyla AB’nin finansmana katkısı, doğrudan hizmet sunumu ya da ulusal sağlık bütçelerine müdahale şeklinde değil, rehberlik ve teknik destek odaklı bir yapı arz etmektedir (Oral ve Arpazlı Fazlılar, 2019).

AB bütçesi kapsamında sağlık alanına yönelik belirli fonlar ayrılmakta ve bu kaynaklar, toplum sağlığının korunması, sağlık sistemlerinin dayanıklılığının artırılması ve üye ülkeler arasındaki sağlık eşitsizliklerinin azaltılması hedefleri doğrultusunda proje temelli olarak kullanılmaktadır. Özellikle halk sağlığı programları ve araştırma projeleri yoluyla sağlanan bu mali katkılar, ulusal sağlık sistemlerinin gelişimini destekleyici nitelik taşımaktadır. Ancak söz konusu fonların kapsamı ve büyüklüğü, Avrupa genelinde sağlık hizmetlerinin bütüncül finansmanını üstlenebilecek düzeyde değildir. Bu nedenle AB’nin sağlık finansmanındaki rolü, esas itibarıyla stratejik yönlendirme ve tamamlayıcı kaynak sağlama ile sınırlı kalmaktadır (Oral ve Arpazlı Fazlılar, 2019).

#### 4.1.4. AB Sağlık Sisteminin Hukuki Boyutu

AB'nin sağlık alanındaki hukuki düzenlemeleri, üye devletlerin sağlık sistemlerine doğrudan müdahaleden ziyade dolaylı etki yaratan bir çerçeve sunmaktadır. AB'nin İşleyişine Dair Antlaşma'nın 168. maddesi uyarınca sağlık politikaları esas olarak üye devletlerin yetki alanında yer almakta; Birlik bu alanda tamamlayıcı ve destekleyici roller üstlenmektedir. Bununla birlikte, malların, hizmetlerin, kişilerin ve sermayenin serbest dolaşımını esas alan iç pazar ilkeleri, sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinde önemli hukuki sonuçlar doğurmaktadır. Avrupa Adalet Divanı'nın içtihatları, hastaların sınır ötesi sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını tanıyarak ulusal sağlık sistemlerinin işleyişini genişletmiştir. Özellikle *Kohl* ve *Decker*<sup>1</sup> davaları, sağlık hizmetlerinin de iç pazar kapsamında değerlendirilebileceğini ve bireylerin diğer üye ülkelerde tedavi alabileceğini ortaya koymuştur (Greer vd., 2013).

AB sağlık hukuku; ilaç düzenlemeleri, tıbbi cihazların güvenliği, sınır ötesi sağlık hizmetleri ve hastalıkların önlenmesi gibi alanlarda tüzük ve direktifler aracılığıyla ortak standartlar belirlemektedir. Bu çerçevede 2011/24/EU sayılı Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri Direktifi, hastaların diğer AB ülkelerinde sağlık hizmeti alabilmesini ve bu hizmetlere ilişkin geri ödeme süreçlerini düzenleyerek hasta haklarını güçlendirmiştir. Ancak söz konusu düzenlemeler, AB'nin sağlık hizmeti sunumuna doğrudan müdahalesi niteliğinde olmayıp, daha çok koordinasyon ve uyumlaştırma amacına yöneliktir. Sonuç olarak AB'nin sağlık hukukundaki rolü, doğrudan hizmet sunan bir aktör olmaktan ziyade düzenleyici ve kolaylaştırıcı bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, hem üye devletlerin ulusal egemenliğini korumakta hem de vatandaşların serbest dolaşım hakkını güvence altına alan dengeli bir hukuki çerçeve sunmaktadır (Greer vd., 2013).

##### 4.1.4.1. Temel Antlaşmalar ve Sağlık Yetkisi

AB'nin sağlık alanındaki yetkileri, temel olarak AB'nin İşleyişine Dair Antlaşma'nın (TFEU) 168. maddesi ile sınırlandırılmıştır. Bu maddeye göre AB'nin

---

<sup>1</sup> **Kohl (Kohl) Davası:** Lüksemburg vatandaşı olan Bay Kohll, kızının ortodonti tedavisini başka bir AB ülkesinde yaptırmak istemiştir. Ancak Lüksemburg sosyal güvenlik kurumu, önceden izin alınmadığı gerekçesiyle masrafları karşılamayı reddetmiştir.

**Decker Davası:** Bay Decker ise başka bir AB ülkesinden gözlük satın almış, ancak Lüksemburg sosyal güvenlik kurumu geri ödeme yapmayı reddetmiştir.

halk sağlığı alanındaki rolü, üye devletlerin sağlık politikalarını destekleme, koordine etme ve tamamlayıcı önlemler alma düzeyiyle sınırlıdır. AB, doğrudan sağlık hizmeti sunumu ya da sağlık sistemlerinin örgütlenmesi üzerinde düzenleyici yetkiye sahip değildir (Kpegba vd., 2024). Bunun yerine, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, sağlığın tüm politikalarda gözetilmesi ilkesi ve sınır ötesi sağlık tehditlerinin önlenmesi gibi alanlarda faaliyet gösterebilmektedir. Bu sınırlı yetki çerçevesi, üye devletlerin sağlık hizmetleri üzerindeki egemenliğinin korunmasını amaçlamaktadır (Greer vd., 2013).

Buna karşılık, iç pazarın işleyişine ilişkin hükümler — özellikle TFEU'nun 114. maddesi — AB'ne sağlıkla ilişkili ürün ve hizmetlerin serbest dolaşımını sağlamak amacıyla dolaylı bir düzenleme yetkisi tanımaktadır. Bu doğrultuda ilaç regülasyonları, tıbbi cihaz standartları, hasta hareketliliği ve mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınması gibi birçok alanda AB düzeyinde ortak normlar geliştirilmiştir. Ayrıca Avrupa Adalet Divanı'nın içtihatları, sağlık hizmetlerini iç pazarın bir parçası olarak değerlendirerek üye devletlerin ulusal sınırlarını aşan bir uygulama alanı yaratmıştır. Bu durum, AB'nin sağlık alanındaki sınırlı yetkisinin, hukuki yorumlar ve ikincil mevzuat araçları aracılığıyla fiilen genişletilebildiğini ortaya koymaktadır (Greer vd., 2013).

#### **4.1.4.2. Temel Direktifler ve Yasal Düzenlemeler**

AB sağlık sistemlerinin dijital dönüşümünde önemli bir rol oynayan e-sağlık uygulamaları, çeşitli AB direktifleri aracılığıyla hukuki bir çerçeveye oturtulmuştur. Özellikle Veri Koruma Direktifi (95/46/EC), kişisel sağlık verilerinin işlenmesinde adil, meşru ve güvenli süreçlerin işletilmesini zorunlu kılmakta; bu verilerin yalnızca belirli sağlık amaçları doğrultusunda ve mesleki gizlilik yükümlülüğüne tabi uzmanlar tarafından işlenmesine izin vermektedir. Elektronik Ticaret Direktifi (2000/31/EC) ise bilgi toplumu hizmetlerini düzenleyerek e-sağlık hizmeti sunucularının şeffaflık, mesleki yeterlilik ve tüketiciyi bilgilendirme yükümlülüklerini açık biçimde tanımlamaktadır (Callens ve Cierkens, 2008). Bunun yanı sıra Tıbbi Cihaz Direktifi (93/42/EEC), e-sağlık yazılımları da dâhil olmak üzere teknolojik tıbbi ürünlerin piyasaya arzında hasta güvenliğini önceleyen düzenlemeler getirmiştir. Mesafeli Sözleşmeler Direktifi (97/7/EC) ise e-sağlık hizmetlerine ilişkin uzaktan yapılan sözleşmelerde tüketici haklarını, bilgilendirme yükümlülüklerini ve cayma hakkını güvence altına almıştır. Callens ve Cierkens'in (2008) de vurguladığı üzere, bu direktifler doğrudan e-sağlık alanına özgü olarak

hazırlanmış olmasa da e-sağlık uygulamalarının Avrupa genelinde yaygınlaşması ve güvenilirliğinin sağlanması açısından önemli bir hukuki dayanak oluşturmaktadır. Bununla birlikte mevcut düzenlemelerin, hızla gelişen dijital sağlık teknolojileri karşısında yetersiz kaldığı ve daha kapsamlı, e-sağlığa özgü hukuki düzenlemelere duyulan ihtiyacın giderek arttığı ifade edilmektedir (Callens ve Cierkens, 2008).

#### **4.1.4.3. Tele-Tıp ve Dijital Sağlık Uygulamaları**

AB’nde sağlık hizmetlerinin dijitalleşme süreci, tele-tıp ve dijital sağlık uygulamalarının gelişimini hızlandırmıştır. Tele-tıp, hastaların coğrafi engellerden bağımsız biçimde uzaktan sağlık hizmetlerine erişimini mümkün kılarken, aynı zamanda sağlık profesyonelleri arasında bilgi ve uzmanlık paylaşımını da kolaylaştırmaktadır (Asandului vd., 2014: 264). Bununla birlikte, bu uygulamaların yaygınlaşması; hasta güvenliği, kişisel verilerin gizliliği ve hizmet sağlayıcıların hukuki sorumlulukları gibi çok sayıda hukuki ve etik sorunu da beraberinde getirmiştir (Callens ve Cierkens, 2008).

Avrupa Komisyonu, çeşitli direktifler aracılığıyla dijital sağlık uygulamalarına ilişkin ortaya çıkan hukuki boşlukları gidermeye çalışmaktadır. Elektronik Ticaret Direktifi (2000/31/EC), tele-tıp hizmetlerini “bilgi toplumu hizmeti” kapsamında değerlendirerek sunulan dijital hizmetlerin şeffaf, güvenilir ve denetlenebilir olmasını zorunlu kılmaktadır. Buna ek olarak, Tıbbi Cihaz Direktifi ve Ürün Sorumluluğu Direktifi, uzaktan kullanılan tıbbi yazılımlar ve donanımların güvenliğini sağlamayı amaçlayarak hasta haklarının korunmasına katkı sunmaktadır. Ancak tele-tıp uygulamalarının Birlik genelinde etkin ve sürdürülebilir biçimde yaygınlaşabilmesi için ortak tanımların, teknik standartların ve geri ödeme kriterlerinin belirlenmesine hâlen ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çerçevede dijital sağlık uygulamaları, Avrupa sağlık sistemleri açısından önemli fırsatlar sunmakla birlikte, aynı zamanda yeni düzenleyici ve denetleyici sorumlulukları da gündeme getirmektedir.

#### **4.1.4.4. Avrupa Adalet Divanı’nın Rolü**

Avrupa Adalet Divanı (AAD), AB’nin en yüksek yargı organı olarak sağlık alanında doğrudan politika üretmemekle birlikte, Birlik hukukunu yorumlama yetkisi aracılığıyla üye devletlerin sağlık sistemleri ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi üzerinde önemli bir etki yaratmaktadır. Özellikle hastaların sınır ötesi sağlık

hizmetlerinden yararlanma haklarına ilişkin verdiği kararlar, bireylerin kendi ülkelerinde erişemedikleri ya da yetersiz buldukları tedaviler için başka bir AB üyesi devlete başvurabilmelerine ve bu hizmetlerin geri ödemesini talep edebilmelerine imkân tanımıştır. AAD, sağlık hizmetlerini hizmetlerin serbest dolaşımı ilkesi kapsamında değerlendirerek, üye devletler arasında sağlık hizmeti sunucularına yönelik ayrımcı uygulamaların önlenmesine katkı sağlamış; aynı zamanda sağlık çalışanlarının mesleki faaliyetlerine ilişkin alanlarda da önemli içtihatlar oluşturmuştur. Bu yönüyle Divan, ulusal sağlık sistemlerinin özerkliği ile AB hukukunun temel ilkeleri arasında bir denge kurarak vatandaşların haklarını koruyan bir rol üstlenmektedir (Gök, 2012).

Avrupa Adalet Divanı'nın bu alandaki kararları, AB'nin sağlık politikalarına ilişkin sınırlı yetkilerine rağmen, sağlık hizmetlerinin ekonomik bir faaliyet olarak değerlendirilmesini güçlendirmiştir. Hastaların başka bir AB ülkesinden sağlık hizmeti alabilmesine imkân tanıyan içtihatlar, üye ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin sınırlarını aşan bir hasta hareketliliğinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu yargısal yaklaşım, yalnızca bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini genişletmekle kalmamış, aynı zamanda AB düzeyinde yeni hukuki düzenlemelerin geliştirilmesine de zemin hazırlamıştır. Nitekim 2011/24/EU sayılı Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri Direktifi, büyük ölçüde Divan'ın bu alandaki kararlarının bir sonucu olarak şekillenmiştir. Greer vd. (2013), bu gelişmelerin Avrupa Adalet Divanı'nı yalnızca uyuşmazlık çözen bir yargı organı olmaktan çıkararak, Avrupa sağlık politikalarının oluşumunda etkili bir aktör konumuna taşıdığını vurgulamaktadır (Hervey ve De Ruijter, 2020; Greer vd., 2013).

#### **4.2. Türkiye ve AB Ülkelerinde Sağlık Harcama Yapısının Karşılaştırılması**

Bu bölümde Türkiye ile AB ülkelerinde sağlık harcamalarının yapısını belirleyen temel demografik ve ekonomik göstergeler karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Analiz kapsamında nüfus büyüklüğü, yaşlı nüfus oranı, beklenen yaşam süresi, doğurganlık oranları, kişi başına sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla (GSYH) içindeki payı ele alınmaktadır. Bu göstergeler, sağlık harcamalarının düzeyini ve ülkeler arasındaki farklılıkları açıklamada temel belirleyiciler olarak değerlendirilmektedir.

Bölümün amacı, Türkiye'nin sağlık harcamaları açısından AB ülkeleri karşısındaki konumunu ortaya koymak ve sağlık harcamalarının demografik yapı ile ekonomik kapasite arasındaki ilişki çerçevesinde nasıl şekillendiğini analiz etmektir. Bu doğrultuda, Türkiye ve AB ülkelerine ait güncel istatistiksel veriler kullanılarak karşılaştırmalı bir değerlendirme yapılmakta, sağlık harcamalarının ülkeler arasında neden farklı düzeylerde gerçekleştiği yapısal faktörler üzerinden açıklanmaktadır. Ayrıca bu bölümde, demografik yaşlanma, nüfus artışı, yaşam süresindeki değişimler ve doğurganlık eğilimlerinin sağlık hizmetlerine olan talep üzerindeki etkileri tartışılmakta; söz konusu değişkenler arasında sağlık harcamalarının finansmanı ve sürdürülebilirliği üzerindeki rolü ayrıntılı incelenmektedir. Türkiye'nin sağlık politikalarının AB ülkeleriyle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesine ve sağlık harcamalarının iktisadi belirleyicilerinin analiz edilmesine yönelik sonraki bölümlere sağlam analitik bir zemin sunmaktadır.

#### 4.2.1. Toplam Nüfus

Tablo 10'da yer alan 2015–2023 dönemi nüfus verileri, Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile Türkiye arasında demografik yapı ve nüfus dinamikleri bakımından önemli farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. Bu dönemde bazı ülkelerde nüfus artışı yaşanırken, özellikle Doğu ve Güney Avrupa ülkelerinde nüfusun azalma eğilimine girdiği görülmektedir. Söz konusu durum, Avrupa genelindeki demografik dönüşümün ülkeler arasında farklılaşan ve heterojen bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 10. 2015-2023 yılları AB ve Türkiye'nin nüfus dağılımı (EUROSTAT, 2026).

Ülkeler	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Almanya	81.686.61	82.348.69	82.657.02	82.905.72	83.092.92	83.160.81	83.196.08	83.177.83	83.287.23
Belçika	11.274.16	11.331.42	11.375.18	11.427.04	11.488.90	11.538.64	11.586.15	11.680.20	11.779.96
Bulgaristan	6.984.225	6.894.139	6.803.468	6.710.798	6.616.726	6.550.696	6.507.301	6.465.097	6.446.596
Çekya	10.546.09	10.566.32	10.594.48	10.629.98	10.671.80	10.697.88	10.505.72	10.672.18	10.864.02
Danimarka	5.683.483	5.728.010	5.764.980	5.793.636	5.814.422	5.831.404	5.856.733	5.903.037	5.946.952
Estonya	1.315.407	1.315.790	1.317.384	1.321.977	1.326.898	1.329.522	1.330.932	1.348.840	1.370.286
İrlanda	4.701.957	4.762.722	4.827.445	4.898.022	4.976.456	5.039.747	5.110.585	5.212.836	5.311.538
Yunanistan	10.820.83	10.775.91	10.754.69	10.732.82	10.721.52	10.698.59	10.569.27	10.436.82	10.407.31
İspanya	46.422.33	46.458.19	46.571.22	46.782.01	47.118.51	47.359.44	47.443.81	47.786.12	48.352.58
Fransa	66.548.22	66.724.14	66.918.00	67.158.38	67.382.01	67.601.10	67.842.81	68.184.47	68.372.26
Hırvatistan	4.156.015	4.104.942	4.046.555	3.991.509	3.951.094	3.913.269	3.877.666	3.856.600	3.856.431
İtalya	60.229.65	60.115.23	60.002.22	60.148.68	59.729.01	59.438.81	59.133.3	59.013.67	58.984.26
Kıbrıs	862.305	866.821	874.240	884.398	896.312	908.453	922.120	939.424	957.725
Letonya	1.977.527	1.959.537	1.942.248	1.927.174	1.913.822	1.900.449	1.884.490	1.879.383	1.877.445
Litvanya	2.911.109	2.877.325	2.842.639	2.819.200	2.811.089	2.810.369	2.808.380	2.831.639	2.871.585
Lüksemburg	569.604	582.014	596.336	607.950	620.001	630.419	640.064	653.103	666.430
Macaristan	9.797.755	9.759.755	9.726.756	9.706.964	9.694.824	9.670.419	9.630.932	9.605.074	9.592.186
Malta	444.220	454.505	467.106	483.903	503.912	515.490	518.150	531.113	552.747
Hollanda	16.939.93	17.030.34	17.131.26	17.231.64	17.344.84	17.441.50	17.533.04	17.700.92	17.877.17
Avusturya	8.642.699	8.736.668	8.797.566	8.840.521	8.879.920	8.916.864	8.955.797	9.041.851	9.131.761
Polonya	37.986.42	37.970.07	37.974.86	37.974.70	37.965.45	37.515.78	36.981.59	36.821.79	36.687.33
Portekiz	10.381.838	10.356.516	10.340.124	10.334.633	10.354.446	10.384.846	10.407.707	10.468.869	10.578.174

Tablo 10. (Devamı)

Ülkeler	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Romanya	19.815.66	19.702.27	19.588.75	19.473.90	19.371.68	19.265.20	19.122.09	19.048.52	19.061.02
Slovenya	2.063.531	2.065.042	2.066.388	2.073.894	2.088.385	2.102.419	2.108.079	2.112.076	2.120.461
Slovakya	5.423.801	5.430.798	5.439.232	5.446.771	5.454.147	5.458.827	5.447.247	5.431.752	5.426.740
Finlandiya	5.479.531	5.495.303	5.508.214	5.515.525	5.521.606	5.529.543	5.541.017	5.556.106	5.583.911
İsveç	9.799.186	9.923.085	10.057.68	10.175.24	10.278.87	10.353.42	10.415.81	10.486.91	10.536.62
Türkiye	78.218.49	79.277.92	80.312.68	81.407.24	82.579.40	83.384.60	84.147.38	84.979.93	85.325.95

AB'nin en yüksek nüfusuna sahip ülkesi olan Almanya'nın nüfusu incelenen dönemde sınırlı bir artış göstererek yaklaşık 81,7 milyondan 83,3 milyona yükselmiştir. Benzer şekilde Fransa ve İspanya gibi büyük ekonomilerde de nüfus artışı devam etmiş, bu artışta doğal nüfus artışının yanı sıra göç hareketlerinin etkili olduğu değerlendirilmektedir. Özellikle İspanya'nın 2018 sonrasında hızlanan nüfus artışı, dış göçün belirleyici rolünü ortaya koymaktadır. Belçika, Hollanda, Avusturya ve İsveç gibi ülkelerde de istikrarlı ve kademeli nüfus artışları dikkat çekmektedir. Buna karşılık Bulgaristan, Romanya, Letonya ve Litvanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde nüfusun sürekli azaldığı görülmektedir. Bu azalışın temel nedenleri arasında düşük doğurganlık oranları, yaşlanan nüfus yapısı ve özellikle Batı Avrupa ülkelerine yönelik yoğun işgücü göçü yer almaktadır. Benzer şekilde Yunanistan, Hırvatistan ve İtalya'da da nüfusun gerileme eğiliminde olduğu gözlemlenmektedir. Bu ülkelerde ekonomik durgunluk, genç nüfusun göç etmesi ve düşük doğum oranları demografik küçülmenin başlıca nedenleri arasında sayılabilir.

Kuzey Avrupa ülkeleri (örneğin Danimarka, Finlandiya ve İsveç) ile küçük ölçekli ekonomilerden biri olan Lüksemburg'da ise nüfus artışının daha istikrarlı olduğu görülmektedir. Özellikle Lüksemburg ve İrlanda gibi ülkelerde yüksek yaşam standartları ve iş olanakları, net göçün pozitif olmasına katkı sağlayarak nüfus artışını desteklemektedir. Malta ve Kıbrıs gibi küçük ada ekonomilerinde de nüfus artışının görece hızlı gerçekleştiği dikkat çekmektedir. Türkiye'nin nüfus gelişimi değerlendirildiğinde, 2015 yılında yaklaşık 78.2 milyon olan nüfusun 2023 yılı itibarıyla 85.3 milyona ulaştığı görülmektedir. Bu artış, Türkiye'nin incelenen ülkeler arasında en hızlı nüfus artışına sahip ülkelerden biri olduğunu göstermektedir. Türkiye'deki bu artışta doğal nüfus artışı önemli bir rol oynarken, son yıllarda göç hareketlerinin de etkili olduğu ifade edilebilir. Türkiye'nin genç ve dinamik nüfus yapısı, birçok AB ülkesinden ayrılan temel özelliklerden biri olarak öne çıkmaktadır.

#### **4.2.2. Türkiye ve AB Ülkelerinde Toplam Nüfusun Sağlık Harcamalarına Etkisi**

2015–2023 dönemi nüfus verileri, Türkiye ile AB ülkeleri arasında belirgin demografik farklılıklar olduğunu göstermektedir. Türkiye’de nüfus düzenli biçimde artarak 85 milyonun üzerine çıkarken, birçok AB ülkesinde artış sınırlı kalmış, bazı ülkelerde ise azalma yaşanmıştır. Özellikle Bulgaristan, Hırvatistan, Romanya ve İtalya’da nüfusun gerilediği dikkat çekmektedir. Almanya’da nüfus artışı sınırlı düzeyde gerçekleşmiş, Fransa ve İspanya’da ise daha ılımlı bir seyir izlenmiştir. Bu tablo, AB’de sağlık hizmetlerine olan talebin nüfus artışından çok demografik yaşlanma ve kronik hastalık yükü üzerinden şekillendiğini göstermektedir. Türkiye’de ise artan nüfus, sağlık hizmetlerine yönelik talebi niceliksel olarak genişletmektedir.

Nüfus dinamiklerindeki bu farklılıklar, sağlık harcamalarının ülkeler arasında farklı biçimlerde oluşmasına neden olmaktadır. Nüfusu yüksek ve yaşlanan AB ülkelerinde sağlık harcamaları daha çok yaşlı bakım hizmetleri, kronik hastalıkların tedavisi ve uzun dönemli sağlık hizmetleri üzerinde yoğunlaşırken, Türkiye’de artan nüfus sağlık altyapısı, hastane kapasitesi, sağlık personeli ihtiyacı ve sağlık finansmanı üzerinde ek baskılar oluşturmaktadır. Bu durum, sağlık harcamalarının yalnızca ekonomik büyüklüklerle değil, demografik yapı ile de doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir.

Özellikle Almanya, Fransa ve İtalya gibi nüfusu yüksek ülkelerde toplam sağlık harcamalarının daha yüksek seviyelerde gerçekleştiği görülmektedir. Ancak sağlık harcamalarının düzeyi yalnızca nüfus büyüklüğüne bağlı değildir. Kişi başına gelir düzeyi, sosyal güvenlik sisteminin kapsamı, kamu sağlık harcamalarının payı ve sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimi de harcama düzeylerini belirleyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Türkiye’de ise nüfus artışına paralel olarak sağlık harcamalarında da artış eğilimi görülmekte, bu durum sağlık sisteminin finansman ihtiyacını artırmaktadır.

Bu çerçevede nüfus verileri, Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki yapısal demografik farklılıkların sağlık hizmetlerine olan talep ve sağlık harcamalarının yapısı üzerinde belirleyici rol oynadığını ortaya koymaktadır. Elde edilen bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik göstergeler ve sağlık sistemlerinin finansman yapılarıyla birlikte değerlendirilmesinin gerekli olduğunu göstermektedir.

#### 4.2.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus Yapısı

Tablo 11’de yer alan 2011–2024 yılları arasında Türkiye’nin yaşlı nüfus dağılımı verileri, Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfusun hem mutlak sayısı hem de toplam nüfus içindeki oran bakımından düzenli biçimde arttığını göstermektedir. Bu dönemde yaşlı nüfus yaklaşık 5,5 milyondan 9,1 milyona yükselmiş, toplam nüfus içindeki payı ise %7,3’ten %10,6’ya çıkmıştır. Bu eğilim, Türkiye’nin kademeli bir demografik yaşlanma sürecine girdiğini ortaya koymaktadır.

Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, yaşlı nüfus içinde kadınların erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınların daha uzun yaşam beklentisine sahip olması, yaşlı nüfusun cinsiyet yapısını belirleyen temel unsurlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri ve bakım politikalarında cinsiyete dayalı ihtiyaçların dikkate alınmasını gerekli kılmaktadır.

Tablo 11. 2011-2024 yılları arasında Türkiye’nin yaşlı nüfus dağılımı (TÜİK, 2026).

Yıl	Cinsiyete göre yaşlı nüfus ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, 2011-2024								
	Toplam nüfus			Yaşlı nüfus (65+)			Yaşlı nüfus oranı (%)		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
2011	74 724 269	37 532 954	37 191 315	5 490 715	2 397 925	3 092 790	7.3	6.4	8.3
2012	75 627 384	37 956 168	37 671 216	5 682 003	2 473 913	3 208 090	7.5	6.5	8.5
2013	76 667 864	38 473 360	38 194 504	5 891 694	2 561 074	3 330 620	7.7	6.7	8.7
2014	77 695 904	38 984 302	38 711 602	6 192 962	2 699 423	3 493 539	8.0	6.9	9.0
2015	78 741 053	39 511 191	39 229 862	6 495 239	2 843 442	3 651 797	8.2	7.2	9.3
2016	79 814 871	40 043 650	39 771 221	6 651 503	2 919 392	3 732 111	8.3	7.3	9.4
2017	80 810 525	40 535 135	40 275 390	6 895 385	3 033 433	3 861 952	8.5	7.5	9.6
2018	82 003 882	41 139 980	40 863 902	7 186 204	3 170 132	4 016 072	8.8	7.7	9.8
2019	83 154 997	41 721 136	41 433 861	7 550 727	3 337 260	4 213 467	9.1	8.0	10.2
2020	83 614 362	41 915 985	41 698 377	7 953 555	3 513 892	4 439 663	9.5	8.4	10.6
2021	84 680 273	42 428 101	42 252 172	8 245 124	3 654 709	4 590 415	9.7	8.6	10.9
2022	85 279 553	42 704 112	42 575 441	8 451 669	3 750 248	4 701 421	9.9	8.8	11.0
2023	85 372 377	42 734 071	42 638 306	8 722 806	3 880 356	4 842 450	10.2	9.1	11.4
2024	85 664 944	42 853 110	42 811 834	9 112 298	4 067 371	5 044 927	10.6	9.5	11.8

Yaşlı nüfus oranındaki artış, sağlık hizmetlerine olan talebi doğrudan etkileyen önemli demografik unsurlardan biridir. İleri yaş gruplarında kronik hastalıkların ve uzun süreli bakım ihtiyacının daha yaygın olması, sağlık hizmeti kullanım sıklığını artırmakta ve kişi başına sağlık harcamalarının yükselmesine neden olmaktadır. Bu nedenle nüfusun yaşlanması, sağlık harcamalarının yapısını ve sağlık sisteminin finansman ihtiyacını etkileyen temel faktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır.

Türkiye hâlen görece genç nüfus yapısına sahip ülkeler arasında yer alsa da yaşlı nüfustaki düzenli artış, sağlık sistemi açısından yeni gereksinimleri gündeme getirmektedir. Özellikle uzun süreli bakım hizmetleri, yaşlı sağlığı altyapısı, kronik hastalık yönetimi ve sağlık personeli ihtiyacı gibi alanlarda ek kaynak gereksinimi

ortaya çıkmaktadır. Bu durum, önümüzdeki dönemde sağlık harcamalarının artış eğilimini sürdürebileceğine işaret etmektedir.

Bu çerçevede yaşlı nüfus verileri, Türkiye’de sağlık harcamalarının gelecekteki seyrini belirleyecek önemli demografik göstergelerden biri olarak değerlendirilmektedir. Elde edilen bulgular, sağlık harcamalarının yalnızca ekonomik faktörlerle değil, aynı zamanda demografik dönüşüm süreciyle de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 12’de yer alan 2013–2024 verileri, AB ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfus oranının düzenli biçimde arttığını göstermektedir. Bu eğilim, Avrupa genelinde demografik yaşlanmanın yapısal ve kalıcı bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 12. 2013-2024 yılları arasında AB ülkelerinin yaşlı nüfus oranı (EUROSTAT, 2026).

Ülke	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Almanya	18.5	18.8	19.1	19.4	19.7	19.9	20.2	20.5	20.8	21.1	21.4	21.7
Avusturya	19.9	20.1	20.4	20.6	20.8	21	21.2	21.5	21.7	21.9	22.1	22.3
Belçika	17.6	17.8	17.9	18	18.1	18.3	18.4	18.5	18.7	18.8	18.9	19.1
Bulgaristan	17.2	17.5	17.8	18.1	18.3	18.6	18.9	19.1	19.4	19.7	20	20.2
Çekya	19.4	19.6	19.9	20.1	20.4	20.6	20.9	21.1	21.3	21.6	21.8	22.1
Danimarka	17.1	17.4	17.7	18	18.3	18.6	18.8	19.1	19.4	19.7	20	20.3
Estonya	20.3	20.5	20.6	20.8	20.9	21	21.2	21.3	21.5	21.6	21.8	21.9
Finlandiya	17.7	17.9	18	18.1	18.3	18.4	18.5	18.7	18.8	19	19.1	19.2
Fransa	18.2	18.4	18.6	18.8	19	19.2	19.4	19.7	19.9	20.1	20.3	20.5
Hırvatistan	18.7	18.9	19	19.2	19.4	19.5	19.7	19.8	20	20.2	20.3	20.5
Hollanda	19.4	19.6	19.7	19.8	20	20.1	20.2	20.3	20.5	20.6	20.7	20.9
İrlanda	18.2	18.3	18.5	18.7	18.9	19	19.2	19.4	19.6	19.7	19.9	20.1
İspanya	18.8	19.1	19.3	19.6	19.9	20.1	20.4	20.6	20.9	21.1	21.4	21.7
İsveç	17.8	18	18.2	18.4	18.6	18.8	19	19.2	19.4	19.6	19.8	20
İtalya	22.9	23.1	23.3	23.5	23.8	24	24.1	24.1	24.2	24.3	24.3	24.3
Kıbrıs	19.4	19.5	19.6	19.7	19.8	19.9	20	20.1	20.2	20.4	20.5	20.6
Letonya	19.4	19.6	19.7	19.8	20	20.1	20.2	20.4	20.5	20.6	20.8	20.9
Litvanya	17.3	17.5	17.8	18.1	18.4	18.7	19	19.3	19.6	19.9	20.2	20.4
Lüksemburg	14.9	15	15.2	15.3	15.5	15.7	15.4	15.3	15.2	15.1	15	15
Macaristan	20.9	21.1	21.4	21.6	21.9	22.2	22.4	22.7	23	23.2	23.5	23.7
Malta	18.2	18.3	18.5	18.6	18.7	18.8	18.9	19.1	19.2	19.3	19.4	19.5
Polonya	19.7	19.9	20.1	20.3	20.5	20.7	20.9	21.1	21.2	21.4	21.6	21.8
Portekiz	17.5	17.7	17.9	18.1	18.3	18.5	18.7	18.9	19.1	19.3	19.5	19.7
Romanya	17.1	17.4	17.7	18	18.3	18.5	18.8	19.1	19.4	19.7	20	20.2
Slovakya	18	18.3	18.5	18.7	19	19.2	19.4	19.7	19.9	20.1	20.4	20.6
Slovenya	18.2	18.5	18.7	18.9	19.1	19.3	19.5	19.7	19.9	20.1	20.3	20.5
Yunanistan	19.2	19.3	19.5	19.6	19.7	19.9	20	20.1	20.3	20.4	20.6	20.7

Ülkeler bazında incelendiğinde, yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülkeler arasında İtalya, Macaristan ve Estonya öne çıkmaktadır. İtalya’da uzun süredir yüksek seyreden oran, ülkenin AB içindeki en yaşlı nüfus yapılarından birine sahip olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Macaristan ve Estonya’da da düzenli artış gözlenmektedir.

Almanya, İspanya ve Avusturya gibi nüfusu büyük ülkelerde yaşlı nüfus oranındaki artış, düşük doğurganlık ve yükselen yaşam beklentisiyle ilişkilidir. Bu

eğilim, sağlık hizmetlerine olan talebin uzun vadede artacağına işaret etmektedir. Buna karşılık Lüksemburg, Malta ve Finlandiya gibi ülkelerde yaşlı nüfus oranları görece düşük seviyelerde seyretmektedir. Lüksemburg’da sınırlı artış, göç hareketleri ve genç nüfus yapısıyla açıklanabilir. Ancak bu ülkelerde de artış eğilimi tamamen ortadan kalkmış değildir.

Doğu Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfus oranındaki yükseliş daha belirgindir. Bulgaristan, Romanya, Litvanya, Letonya ve Polonya’da bu durum, genç nüfusun göçü ve düşük doğurganlık oranlarıyla ilişkilendirilmektedir. Bu eğilim, söz konusu ülkelerde sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri üzerinde artan bir baskıya işaret etmektedir. Genel olarak AB ülkelerinde yaşlı nüfus oranındaki artış, sağlık hizmetlerine olan talebin demografik temelli olarak güçlendiğini göstermektedir. Bu bulgular, yaşlanma sürecinin sağlık harcamaları üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi açısından önemli bir arka plan sunmaktadır.

#### **4.2.4. Yaşlı Nüfus Oranı ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki**

AB son yıllarda belirgin bir demografik yaşlanma süreci yaşamaktadır. 2013’te %19.3 olan 65 yaş ve üzeri nüfus oranı, 2024’te %21.6’ya yükselmiştir. Bu artış, düşük doğurganlık, uzayan yaşam beklentisi ve genç nüfusun azalmasıyla ilişkilidir. Yaşlı nüfusun artışı, yalnızca nüfus yapısını değil; ekonomik büyüme, iş gücü piyasası ve sosyal güvenlik sistemlerini de etkilemektedir.

Yaşlı nüfus oranındaki yükseliş, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır. Kronik hastalıkların yaygınlığı ve uzun dönemli bakım ihtiyacı, özellikle Almanya, İtalya ve Fransa gibi yaşlı nüfus oranı yüksek ülkelerde sağlık sistemleri üzerinde ek yük oluşturmaktadır. Bu süreç, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve harcamaların finansman yapısını doğrudan etkilemektedir.

Ekonomik açıdan yaşlanma, çalışan nüfusun azalmasıyla kamu maliyesi üzerinde baskı yaratmakta ve emeklilik sistemlerinin sürdürülebilirliğini zorlamaktadır. Bu nedenle birçok AB ülkesi, emeklilik yaşını yükseltmekte ve aktif yaşlanma politikalarını teşvik etmektedir. Artan ekonomik bağımlılık oranı, sosyal güvenlik harcamalarının da yükselmesine yol açmaktadır.

Türkiye ve AB yaşlanma sürecinin farklı aşamalarında bulunmaktadır. 2024 itibarıyla AB’de yaşlı nüfus oranı %21.6 iken Türkiye’de bu oran %10.2’dir. Türkiye hâlen görece genç bir nüfusa sahip olsa da 2013’te %7.7 olan yaşlı nüfus oranının

kısa sürede %10'un üzerine çıkması, ülkenin orta vadede yaşlanan toplumlar arasına gireceğini göstermektedir.

Yaşlı nüfusun artışı her iki yapıda da sağlık ve sosyal hizmet sistemleri üzerinde baskı oluşturmaktadır. AB ülkeleri refah devleti politikaları sayesinde yaşlı bakım hizmetlerini kurumsal yapılarla sunarken, Türkiye'de bakım hizmetleri daha çok aile temelli destek mekanizmalarına dayanmaktadır. Bu durum, Türkiye'de yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal politikaların daha sistematik biçimde geliştirilmesini gerekli kılmaktadır.

Yaşlı nüfus oranındaki artış hem AB hem de Türkiye'de sağlık harcamaları ve sosyal güvenlik sistemlerini etkileyen temel demografik faktörlerden biridir. AB bu sürece daha erken uyum sağlarken, Türkiye'nin demografik dönüşümünü etkin biçimde yönetmesi ve sağlık politikalarını bu doğrultuda planlaması kritik önem taşımaktadır.

#### **4.2.5. Beklenen Yaşam Süresi**

Tablo 13'te 2012-2023 yıllarında ait Türkiye ve AB ülkelerinin beklenen yaşam süresine ilişkin istatistiklerine yer verilmiştir. 2012–2023 döneminde Avrupa Birliği ülkeleri ile Türkiye'nin beklenen yaşam süresi incelendiğinde, ülkeler arasında belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farklılıklar, sağlık sistemlerinin etkinliği, ekonomik gelişmişlik düzeyi ve sosyal politikaların başarısı gibi birçok faktörle ilişkilendirilebilir. Genel eğilim değerlendirildiğinde, AB ülkelerinin büyük çoğunluğunda 2012–2019 yılları arasında beklenen yaşam süresinin istikrarlı bir artış gösterdiği dikkat çekmektedir. Özellikle İspanya, İtalya ve İsveç gibi ülkelerde yaşam süresinin 83 yıl ve üzerine çıktığı görülmektedir. Bu durum, söz konusu ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesi, koruyucu sağlık politikalarının etkinliği ve yaşam standartlarının yüksekliği ile açıklanabilir. Buna karşılık Bulgaristan, Romanya ve Letonya gibi ülkelerde yaşam süresinin görece daha düşük seviyelerde kaldığı görülmektedir. Bu farklılıklar, gelir düzeyi, sağlık altyapısı ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler gibi yapısal sorunlara işaret etmektedir.

Tablo 13. 2012-2023 yılları arasında AB ve Türkiye beklenen yaşam süresi (EUROSTAT, 2026).

Ülkeler	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belçika	80.5	80.7	81.4	81.1	81.5	81.6	81.7	82.1	80.8	81.9	81.8	82.5
Bulgaristan	74.4	74.9	74.5	74.7	74.9	74.8	75.0	75.1	73.3	71.2	74.2	75.8
Çekya	78.1	78.3	78.9	78.7	79.1	79.1	79.1	79.3	78.3	77.2	79.0	79.9
Danimarka	80.2	80.4	80.7	80.8	80.9	81.1	81.0	81.5	81.6	81.5	81.3	81.8
Almanya	80.7	80.6	81.2	80.7	81.0	81.1	81.0	81.3	81.1	80.8	80.7	81.1
Estonya	76.7	77.5	77.4	78.0	78.0	78.4	78.5	79.0	78.9	77.2	78.1	79.1
İrlanda	80.9	81.0	81.4	81.5	81.7	82.2	82.2	82.8	82.5	82.3	82.6	82.9
Yunanistan	80.7	81.4	81.5	81.1	81.5	81.4	81.9	81.7	81.4	80.2	80.8	81.8
İspanya	82.5	83.2	83.3	83.0	83.5	83.4	83.5	84.0	82.3	83.3	83.2	84.0
Fransa	82.1	82.4	82.9	82.4	82.7	82.7	82.8	83.0	82.3	82.4	82.3	83.0
Hrvatistan	77.3	77.8	77.9	77.5	78.2	78.0	78.2	78.6	77.6	76.6	77.7	78.6
İtalya	82.4	82.9	83.2	82.7	83.4	83.1	83.4	83.6	82.3	82.7	82.8	83.5
Kıbrıs	81.1	82.5	82.3	81.8	82.7	82.2	82.9	82.3	82.4	81.3	81.6	82.9
Letonya	74.1	74.3	74.5	74.8	74.9	74.9	75.1	75.7	75.5	73.1	74.5	75.6
Litvanya	74.1	74.1	74.7	74.6	74.9	75.8	76.0	76.5	75.2	74.2	75.8	77.6
Lüksemburg	81.5	81.9	82.3	82.4	82.7	82.1	82.3	82.7	82.2	82.7	83.0	83.4
Macaristan	75.3	75.8	76.0	75.7	76.2	76.0	76.2	76.5	75.5	74.1	76.0	76.7
Malta	80.8	81.8	82.0	81.9	82.4	82.3	82.3	82.7	82.1	82.3	82.3	83.4
Hollanda	81.2	81.4	81.8	81.6	81.7	81.8	81.9	82.2	81.4	81.4	81.7	81.9
Avusturya	81.1	81.3	81.6	81.3	81.8	81.7	81.8	82.0	81.3	81.3	81.4	81.9
Polonya	76.9	77.1	77.8	77.5	78.0	77.8	77.7	78.0	76.4	75.4	77.2	78.4
Portekiz	80.6	80.9	81.3	81.3	81.3	81.6	81.5	81.9	81.5	81.5	81.8	82.5
Romanya	74.4	75.1	75.0	74.9	75.2	75.2	75.3	75.6	74.2	72.8	75.1	76.4
Slovenya	80.3	80.5	81.2	80.9	81.2	81.2	81.5	81.6	80.6	80.7	81.3	82.0
Slovakya	76.3	76.6	77.0	76.7	77.3	77.3	77.4	77.8	77.0	74.6	77.0	78.2
Finlandiya	80.7	81.1	81.3	81.6	81.5	81.7	81.8	82.1	82.0	81.9	81.2	81.6
İsveç	81.8	82.0	82.3	82.2	82.4	82.5	82.6	83.2	82.4	83.1	83.1	83.4
Türkiye	77.6	78.2	78.1	78.2	78.1	78.5	78.9	79.1	78.30	77.3	77.3	77.3

2020 ve 2021 yıllarında ise hemen hemen tüm ülkelerde belirgin bir düşüş yaşandığı dikkat çekmektedir. Bu gerilemenin temel nedeni, küresel ölçekte etkili olan COVID-19 pandemisidir. Pandemi sürecinde sağlık sistemlerinin aşırı yüklenmesi, ölüm oranlarının artması ve özellikle yaşlı nüfusun daha fazla etkilenmesi, beklenen yaşam süresinde geçici bir düşüşe yol açmıştır. Ancak 2022 ve 2023 verileri incelendiğinde, birçok AB ülkesinde yeniden toparlanma sürecine girildiği ve yaşam süresinin tekrar artış eğilimine geçtiği görülmektedir. Türkiye açısından değerlendirildiğinde, 2012–2019 döneminde yaşam süresinde kademeli bir artış yaşanmış ve 2019 yılında yaklaşık 79 yıl seviyesine ulaşılmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimin artması ve sağlık altyapısındaki gelişmeler ile ilişkilendirilebilir. Ancak pandemi sonrası dönemde Türkiye’de beklenen yaşam süresinin 77.3 yıl seviyesine gerileyerek durağanlaştığı görülmektedir. Bu durum, Türkiye’nin pandemi etkilerinden AB ortalamasına kıyasla daha yavaş toparlandığına işaret edebilir. AB ülkeleri ile Türkiye karşılaştırıldığında, Türkiye’nin yaşam süresi açısından AB ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. Özellikle yüksek gelirli ve gelişmiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerle arasındaki fark

dikkat çekicidir. Bu fark, yalnızca sağlık hizmetlerinin kalitesiyle değil; aynı zamanda gelir düzeyi, eğitim, yaşam tarzı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlığı gibi çok boyutlu faktörlerle açıklanabilir. Sonuç olarak, beklenen yaşam süresi verileri sağlık, ekonomi ve sosyal politikalar arasındaki güçlü ilişkiyi açıkça ortaya koymaktadır. Yüksek yaşam süresine sahip ülkelerin genellikle daha gelişmiş ekonomik yapıya ve daha etkin sağlık sistemlerine sahip olduğu görülmektedir.

#### **4.2.6. Beklenen Yaşam Süresi ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki**

Beklenen yaşam süresi, ülkelerin sağlık sistemlerinin performansı ve sağlık harcamalarının etkinliği hakkında önemli ipuçları sunmaktadır. 2012–2023 döneminde AB ülkelerinde yaşam süresi genellikle 80 yılın üzerinde seyrederken, Türkiye’de 77–79 yıl aralığında kalmıştır. Bu durum, Türkiye ile AB arasında yapısal bir fark olduğunu göstermektedir.

İspanya, İtalya, Fransa, İsveç ve Lüksemburg gibi Batı Avrupa ülkeleri en yüksek yaşam beklentisine sahip ülkeler arasında yer almaktadır. Bu tablo, sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlığı ve harcama düzeyiyle ilişkilidir. Buna karşılık Bulgaristan, Romanya, Letonya ve Litvanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde yaşam süresi daha düşük olmakla birlikte uzun vadede artış eğilimi korunmuştur.

Türkiye’de yaşam süresi 2012–2019 arasında kademeli olarak artmış, ancak 2020 sonrasında belirgin bir düşüş ve duraklama yaşanmıştır. 2023 itibarıyla yaşam süresi pandemi öncesi seviyelerin altında kalırken, birçok AB ülkesinde toparlanma gözlenmiştir. Bu durum, Türkiye’nin sağlık göstergelerinde görece daha zayıf bir iyileşme sergilediğini düşündürmektedir.

2020’de tüm ülkelerde COVID-19 etkisiyle yaşam süresinde geçici bir gerileme yaşanmıştır. AB ülkelerinin çoğunda 2021 sonrası toparlanma gerçekleşirken, Türkiye’de bu süreç sınırlı kalmıştır. Bu farklılık, sağlık sistemlerinin krizlere karşı dayanıklılığı ve hizmet sürekliliği açısından ülkeler arasında belirgin farklar bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Genel olarak, beklenen yaşam süresi ile sağlık harcamalarının düzeyi ve sağlık sistemlerinin etkinliği arasında güçlü bir ilişki vardır. Yaşam süresinin yüksek olduğu ülkelerde sağlık hizmetleri daha kapsamlı ve istikrarlı bir yapı sergilerken, düşük ve durağan seyreden ülkelerde sağlık göstergelerinde kırılanlıklar gözlenmektedir. Bu bulgular, sağlık harcamaları ile yaşam süresi arasındaki ilişkinin ayrıntılı biçimde incelenmesi için önemli bir tartışma zemini sunmaktadır.

#### 4.2.7. AB Ülkeleri ve Türkiye Doğum Hızı Oranları

Tablo 14’de AB ülkeleri ve Türkiye doğum hızı oranları 2014-2023 yılları arasında olacak şekilde incelenmiştir. 2014–2023 döneminde Avrupa Birliği (AB-27) ülkeleri ile Türkiye’nin doğurganlık (toplam doğum hızı) oranları incelendiğinde, genel eğilimin hem AB genelinde hem de Türkiye’de azalış yönünde olduğu görülmektedir. Bu durum, demografik dönüşüm sürecinin hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde benzer şekilde ilerlediğini göstermektedir. AB ortalaması değerlendirildiğinde, 2014 yılında 1,54 olan doğum hızınının 2023 yılı itibarıyla 1,38 seviyesine gerilediği görülmektedir. Bu düşüş, Avrupa genelinde nüfusun yaşlanması, kadınların iş gücüne katılım oranlarının artması, eğitim süresinin uzaması ve çocuk sahibi olma tercihlerinin ertelenmesi gibi sosyo-ekonomik faktörlerle açıklanabilir. Özellikle İspanya, İtalya ve Malta gibi ülkelerde doğum oranlarınının 1,2’nin altına yaklaşması, nüfusun yenilenme düzeyinin (yaklaşık 2,1) oldukça altında kaldığını göstermektedir.

Tablo 14. 2014-2023 yılları arasında AB ve Türkiye doğum hızı oranları (EUROSTAT, 2026).

Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
AB - 27 ülke	1.54	1.54	1.57	1.56	1.54	1.53	1.51	1.53	1.46	1.38
Belçika	1.74	1.70	1.68	1.65	1.62	1.60	1.55	1.60	1.53	1.47
Bulgaristan	1.62	1.64	1.67	1.71	1.73	1.79	1.77	1.80	1.78	1.81
Çekya	1.53	1.57	1.63	1.69	1.71	1.71	1.74	1.83	1.64	1.46
Danimarka	1.69	1.71	1.79	1.75	1.73	1.70	1.68	1.72	1.55	1.50
Almanya	1.47	1.50	1.60	1.57	1.57	1.54	1.53	1.58	1.46	1.39
Estonya	1.54	1.58	1.60	1.59	1.67	1.66	1.58	1.61	1.41	1.31
İrlanda	1.89	1.85	1.81	1.76	1.74	1.69	1.60	1.72	1.51	1.50
Yunanistan	1.30	1.33	1.38	1.35	1.35	1.34	1.39	1.43	1.32	1.26
İspanya	1.32	1.33	1.33	1.31	1.26	1.23	1.18	1.18	1.16	1.12
Fransa	2.00	1.96	1.92	1.89	1.87	1.86	1.82	1.83	1.78	1.66
Hırvatistan	1.47	1.42	1.44	1.46	1.53	1.54	1.56	1.63	1.53	1.47
İtalya	1.38	1.36	1.36	1.34	1.31	1.27	1.24	1.25	1.24	1.21
Kıbrıs	1.31	1.31	1.36	1.34	1.36	1.40	1.36	1.39	1.37	1.40
Letonya	1.65	1.70	1.74	1.69	1.60	1.61	1.55	1.57	1.47	1.36
Litvanya	1.57	1.63	1.63	1.57	1.53	1.43	1.36	1.36	1.27	1.18
Lüksemburg	1.50	1.47	1.41	1.39	1.38	1.34	1.36	1.38	1.31	1.25
Macaristan	1.45	1.46	1.55	1.56	1.57	1.58	1.61	1.63	1.57	1.55
Malta	1.38	1.37	1.37	1.26	1.23	1.14	1.14	1.13	1.08	1.06
Hollanda	1.71	1.66	1.66	1.62	1.59	1.57	1.54	1.62	1.49	1.43
Avusturya	1.46	1.49	1.53	1.52	1.47	1.46	1.44	1.48	1.41	1.32
Polonya	1.32	1.32	1.39	1.48	1.46	1.44	1.39	1.33	1.29	1.20
Portekiz	1.24	1.31	1.37	1.38	1.42	1.44	1.42	1.35	1.43	1.45
Romanya	1.56	1.62	1.69	1.78	1.76	1.77	1.80	1.81	1.71	1.54
Slovenya	1.58	1.57	1.58	1.62	1.60	1.61	1.59	1.64	1.55	1.51
Slovakya	1.37	1.40	1.48	1.52	1.54	1.57	1.59	1.63	1.57	1.49
Finlandiya	1.71	1.65	1.57	1.49	1.41	1.35	1.37	1.46	1.32	1.26
İsveç	1.88	1.85	1.85	1.78	1.76	1.71	1.67	1.67	1.53	1.45
Türkiye	2.17	2.14	2.11	2.07	1.99	1.88	1.76	1.70	1.63	1.51

Buna karşılık bazı ülkelerde görece daha yüksek doğurganlık oranları dikkat çekmektedir. Örneğin Fransa uzun yıllar boyunca AB ortalamasının üzerinde

seyretmiş, ancak burada da düşüş eğilimi devam etmiştir. Benzer şekilde Bulgaristan ve Romanya gibi ülkelerde dönemsel artışlar gözlenirse de genel trendin aşağı yönlü olduğu söylenebilir.

Türkiye açısından değerlendirildiğinde, 2014 yılında 2,17 olan doğum hızının 2023 yılı itibarıyla 1,51'e gerilediği görülmektedir. Bu düşüş oldukça dikkat çekicidir; zira Türkiye uzun yıllar boyunca AB ülkelerine kıyasla daha yüksek doğurganlık oranlarına sahip olmuştur. Ancak son yıllarda hızlı bir gerileme yaşanmış ve Türkiye'nin doğurganlık oranı AB ortalamasına yaklaşmıştır. Bu durum, Türkiye'de de kentleşme, kadınların eğitim ve iş gücüne katılımındaki artış, yaşam maliyetlerinin yükselmesi ve aile yapısındaki dönüşüm gibi faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle dikkat çeken bir diğer husus hem AB ülkelerinde hem de Türkiye'de 2020 sonrası dönemde doğurganlık oranlarının belirgin şekilde düşmeye devam etmesidir. Bu durumun arka planında küresel ölçekte etkili olan COVID-19 pandemisinin yarattığı ekonomik belirsizlik, sağlık kaygıları ve sosyal kısıtlamaların etkili olduğu değerlendirilmektedir. Pandemi süreci, bireylerin çocuk sahibi olma kararlarını ertelemesine neden olmuş ve bu durum doğum oranlarına yansımıştır. Genel olarak değerlendirildiğinde hem AB ülkeleri hem de Türkiye için doğurganlık oranlarının nüfusun kendini yenileme düzeyinin altında kaldığı görülmektedir.

#### **4.2.8. AB Ülkeleri ve Türkiye Doğum Hızı Oranları ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki**

Doğum hızı oranları ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki, ülkelerin demografik yapısı ve sosyal politika tercihleri açısından önemli bir gösterge niteliği taşımaktadır. AB (AB) ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamalarının yüksek olmasına rağmen doğurganlık oranlarının uzun süredir nüfusun yenilenme düzeyinin altında seyretmesi, sağlık harcamalarının tek başına doğum hızını artırıcı bir etki yaratmadığını göstermektedir. Özellikle Fransa, İsveç ve Almanya gibi sağlık altyapısı güçlü ve kamu sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı yüksek ülkelerde dahi doğum oranlarında düşüş eğiliminin devam etmesi, ekonomik ve sosyal faktörlerin belirleyici rolünü ortaya koymaktadır.

AB ülkelerinde sağlık harcamalarının ağırlıklı olarak yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarına yönelmesi, doğurganlık oranları üzerindeki dolaylı etkiyi sınırlamaktadır. Yaşlı bakım hizmetleri, kronik hastalık tedavileri ve uzun süreli

bakım harcamaları, sağlık bütçeleri içinde önemli bir paya sahipken; doğurganlığı doğrudan destekleyici anne-çocuk sağlığı, doğum sonrası bakım ve üreme sağlığı hizmetlerinin etkisi görece sınırlı kalmaktadır. Bu durum, yüksek sağlık harcamalarına rağmen düşük doğum hızlarının sürmesinde etkili olmaktadır.

Türkiye’de ise sağlık harcamalarının AB ortalamasının altında olmasına karşın, doğurganlık oranlarının tarihsel olarak daha yüksek seviyelerde seyretmesi, kültürel yapı, aile algısı ve evlilik davranışlarının belirleyici rolünü ortaya koymaktadır. Ancak son yıllarda Türkiye’de doğurganlık oranlarında gözlenen hızlı düşüş, sağlık hizmetlerine erişimdeki iyileşmelere rağmen, artan yaşam maliyetleri, kadınların eğitim ve istihdam düzeyindeki artış ve kentleşme süreciyle yakından ilişkilidir. Bu bağlamda, sağlık harcamalarındaki artışın, aileyi ve doğumu destekleyici sosyal politikalarla bütünleşmediği sürece doğum hızları üzerinde sınırlı bir etki yarattığı söylenebilir.

2014–2023 döneminde doğurganlık oranları incelendiğinde hem AB ülkelerinde hem de Türkiye’de belirgin bir düşüş eğilimi olduğu görülmektedir. AB ortalaması 2014 yılında 1.54 düzeyindeyken 2023 yılında 1.38’e gerileyerek nüfusun kendini yenileme eşiği olan 2,1’in oldukça altında kalmıştır. Fransa, İrlanda ve İsveç gibi görece yüksek doğurganlığa sahip ülkelerde dahi zaman içinde düşüş yaşanması, bu eğilimin yapısal bir nitelik taşıdığını göstermektedir. Türkiye ise 2014 yılında 2.17 ile yenilenme düzeyinin üzerinde bir doğurganlık oranına sahipken, 2023 itibarıyla 1.51’e gerileyerek AB ortalamasına hızla yakınsamıştır. Türkiye’deki bu hızlı düşüş, kadınların işgücüne katılımının artması, eğitim süresinin uzaması, kentleşme, yaşam maliyetlerindeki yükseliş ve aile politikalarının sınırlı etkisiyle ilişkilendirilebilir. Sonuç olarak, tarihsel olarak yüksek doğurganlık düzeyiyle AB’den ayrılan Türkiye’nin, son on yılda demografik açıdan AB ülkelerine benzer bir düşük doğurganlık yapısına yöneldiği görülmektedir.

#### **4.2.9. Kişi Başına Sağlık Harcamaları**

Tablo 15’te 2014-2023 yılları AB ve Türkiye için kişi başı sağlık harcamalarına ilişkin istatistiklere yer verilmiştir. 2014–2023 dönemine ilişkin kişi başı PPS sağlık harcaması verileri, Türkiye’nin sağlık finansmanı kapasitesinin AB ortalamasının altında seyrettiğini göstermektedir. Türkiye’nin kişi başı sağlık harcaması AB ortalamasına yaklaşırsa da, Almanya (5.413,31) ve Fransa (4.359,54) gibi yüksek harcama yapan ülkelerin oldukça gerisinde kalmaktadır.

Üye ülkeler arasında farklılaşma dikkat çekicidir. Örneğin Almanya ve Hollanda gibi refah devleti geleneği güçlü ülkelerde kişi başı PPS harcaması 2023'te 5.400–4.800 bandında gerçekleşmiştir. Buna karşılık Bulgaristan (2.084,34) ve Romanya (1.775,50) gibi görece düşük gelirlili ülkelerde harcama seviyeleri Türkiye'ye yakın seyretmektedir. Bu durum, sağlık harcamalarının ekonomik gelişmişlik düzeyi ve kamu finansmanı kapasitesiyle doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye'nin AB ortalamasına yaklaşması, özellikle 2020 sonrası dönemde sağlık harcamalarının artış hızının yükselmesiyle mümkün olmuştur.

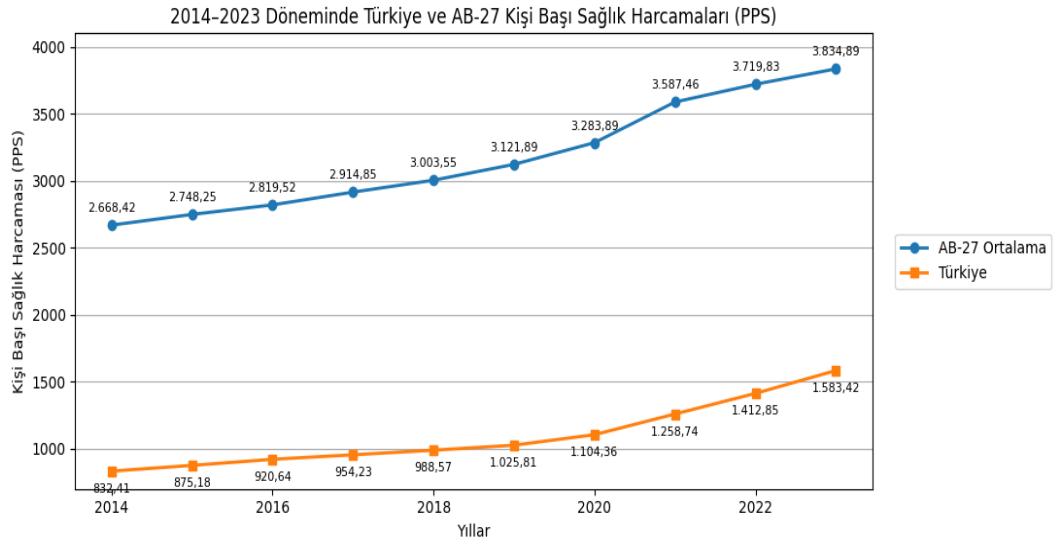
Tablo 15. 2014-2023 yılları AB ve Türkiye için kişi başı sağlık harcamaları verileri (EUROSTAT, 2026).

Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
AB - 27 ülke	2.668.42	2.748.25	2.819.52	2.914.85	3.003.55	3.121.89	3.283.89	3.587.46	3.719.83	3.834.89
Belçika	3.382.42	3.547.88	3.570.83	3.657	3.773.41	3.868.81	3.965.51	4.204.8	4.335.43	4.569.49
Bulgaristan	1.052.45	1.081.66	1.170.12	1.240.03	1.290.2	1.334.06	1.555.56	1.822.54	1.871.31	2.084.34
Çekya	1.876.44	1.900.28	1.967.5	2.079.87	2.179.3	2.323.58	2.665.69	2.862.82	2.758.48	2.925.01
Danimarka	3.364.55	3.462.76	3.470.26	3.601.42	3.701.66	3.765.11	3.998.24	4.435.1	4.181.19	4.173.04
Almanya	3.755.95	3.863.8	3.997.51	4.184.03	4.357.61	4.516.45	4.790.13	5.198.34	5.431.31	5.413.31
Estonya	1.332.84	1.421.52	1.484.51	1.550.65	1.649.04	1.739.71	1.900.52	2.037.56	1.989.11	2.144.74
İrlanda	3.059.68	3.156.79	3.233.11	3.303.97	3.400.59	3.481.8	3.654.78	3.991.03	4.235.99	4.473.47
Yunanistan	1.471.78	1.555.24	1.599.02	1.585.43	1.614.6	1.652.36	1.726.07	1.879.52	1.993.88	2.191.2
İspanya	2.120.46	2.244.74	2.264.45	2.373.51	2.428.13	2.544.05	2.599.37	2.826.27	2.977.92	3.136.73
Fransa	3.405.5	3.441.54	3.511.7	3.545.84	3.575.34	3.678.26	3.820.69	4.102.88	4.206.46	4.359.54
Hırvatistan	1.064.58	1.129.5	1.205.8	1.267.11	1.345.57	1.429.75	1.505.75	1.866.01	1.867.46	2.032.13
İtalya	2.249.14	2.289.84	2.349.2	2.413.68	2.450.67	2.528.03	2.619.55	2.828.5	2.978.24	3.085.98
Kıbrıs	1.470.59	1.501.73	1.591.16	1.672.59	1.794.66	1.946.67	2.270.04	2.593.79	2.711.16	2.794.85
Letonya	941.48	1.029.04	1.142.7	1.180.81	1.298.1	1.436.48	1.563.31	2.242.38	2.033.48	1.977.29
Litvanya	1.301.72	1.401.45	1.480.72	1.563.55	1.661.4	1.898.63	2.011.42	2.310.33	2.316.18	2.414.75
Lüksemburg	3.444.75	3.437.52	3.452.83	3.514.13	3.691.42	3.741.24	3.810.81	4.126.62	4.302.66	4.566.59
Macaristan	1.368.59	1.391.91	1.423.8	1.416.63	1.480.03	1.494.64	1.701.21	1.892.47	1.891.48	1.924.57
Malta	2.186.58	2.360.06	2.448.51	2.578.79	2.635.08	2.958.13	3.026.32	3.322.4	3.362.94	3.562.32
Hollanda	3.611.26	3.609.53	3.608.25	3.700.6	3.824.1	3.932.71	4.238.31	4.694.13	4.718.57	4.847.7
Avusturya	3.571.88	3.650.39	3.717.14	3.790.19	3.890.76	4.004.44	4.094.74	4.789.16	4.833.94	4.900.21
Polonya	1.234.64	1.320.52	1.379.59	1.452.93	1.469.49	1.591.87	1.632.82	1.765.49	1.966.96	2.240.16
Portekiz	1.853.78	1.926.36	1.987.39	2.039.3	2.175.44	2.268.82	2.312.19	2.699.42	2.883.88	3.000.44
Romanya	766.81	796.57	885.78	995.88	1.157.45	1.311.35	1.442.92	1.645.82	1.612.55	1.775.5
Slovenya	1.828.92	1.889.55	1.938.87	1.995.24	2.124.09	2.286.72	2.443.23	2.697.45	2.955.58	3.120.68
Slovakya	1.471.06	1.508.5	1.444.2	1.390.76	1.401.34	1.519.29	1.592.95	1.874.62	1.962.46	2.088.01
Finlandiya	2.894.93	2.924.86	2.905.63	2.969.14	3.020.68	3.101.61	3.230.65	3.461.07	3.619.02	3.995.2
İsveç	3.574.93	3.683.88	3.655.49	3.697.64	3.803.5	3.855.18	3.947.42	4.245.29	4.379.57	4.688.07
Türkiye	832.41	875.18	920.64	954.23	988.57	1.025.81	1.104.36	1.258.74	1.412.85	1.583.42

COVID-19 pandemisi hem AB ülkelerinde hem Türkiye'de kişi başı PPS harcamalarında belirgin bir sıçrama yaratmıştır. Bu artış, kriz dönemlerinde sağlık sistemlerinin daha fazla kaynak gerektirdiğini göstermektedir. Ancak Türkiye'deki artış, Almanya (4.790,13 → 5.198,34) veya Fransa (3.820,69 → 4.102,88) gibi ülkelerdeki yükselişin altında kalmıştır. Bu farklılık, Türkiye'nin sağlık sisteminin krizlere karşı dayanıklılığının sınırlı olduğunu ve kamu finansmanının daha dar bir çerçevede kaldığını göstermektedir. Sonuç olarak, Türkiye'nin kişi başı PPS sağlık harcaması 2014–2023 döneminde artış göstermiş ve AB ortalamasına yaklaşmıştır.

Ancak yüksek gelirli AB ülkeleriyle kıyaslandığında Türkiye'nin sağlık finansmanı kapasitesi hâlâ sınırlıdır. Bu bulgu, Türkiye'nin sağlık politikalarında uzun vadeli sürdürülebilirlik ve kamu finansmanının güçlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle demografik yaşlanma ve kronik hastalık yükü dikkate alındığında, Türkiye'nin sağlık harcamalarını artırması ve AB ülkeleriyle arasındaki yapısal farkı azaltması kritik önem taşımaktadır.

Şekil 2'de yer alan 2014–2023 dönemine ait kişi başı sağlık harcamaları verileri, Türkiye ile AB ülkeleri arasında belirgin ve süreklilik gösteren bir harcama farkı bulunduğunu ortaya koymaktadır. AB-27 ortalamasında kişi başı sağlık harcamalarının dönem boyunca istikrarlı bir artış eğilimi izlediği, Türkiye'de ise daha düşük bir düzeyden başlayarak kademeli bir yükseliş yaşandığı görülmektedir. Bununla birlikte, dönem sonu itibarıyla Türkiye'nin kişi başı sağlık harcaması düzeyi AB-27 ortalamasının oldukça altında kalmaktadır.



Şekil 2. 2014–2023 döneminde Türkiye ve AB’de kişi başına sağlık harcamaları (Sağlık Bakanlığı, 2025b)

Pandemi dönemini kapsayan 2020–2021 yıllarında hem AB-27 ortalamasında hem de Türkiye’de harcamalarda belirgin bir artış gözlenmesi, sağlık sistemlerinin kriz dönemlerinde daha yüksek kaynak kullanımına yöneldiğini göstermektedir. Ancak izleyen yıllarda AB-27 ortalamasının daha yüksek bir düzeyde seyrini sürdürmesi, Türkiye ile AB arasındaki harcama farkının kapanmadığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular, Türkiye’de sağlık harcamalarının artmasına rağmen kişi başı düzeyde AB ortalamasına yakınsamanın sınırlı kaldığını göstermektedir.

#### 4.2.10. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH Oranı 2014-2023

Tablo 16’da toplam sağlık harcamalarının GSYH oranı verilmiştir. Oranlar 2014-2023 dönemine ait olarak Avrupa Komisyonu verilerine göre açıklanmıştır.

Tablo 16. 2014-2023 yılları AB ve Türkiye için GSYH oranları (EUROSTAT, 2026).

Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
AB - 27 ülke	9.95	9.9	9.91	9.85	9.83	9.87	10.8	10.81	10.3	10
Belçika	10.62	10.88	10.9	10.94	10.99	10.86	11.46	11.29	10.74	10.8
Bulgaristan	7.68	7.39	7.46	7.5	7.34	7.12	8.44	8.58	7.64	7.92
Çekya	7.54	7.29	7.32	7.24	7.37	7.49	8.97	9.15	8.47	8.43
Danimarka	10.31	10.38	10.28	10.11	10.14	10.18	10.69	10.66	9.47	9.51
Almanya	10.77	10.92	10.97	11.05	11.18	11.43	12.47	12.72	12.45	11.74
Estonya	6.26	6.52	6.57	6.47	6.56	6.65	7.47	7.48	6.94	7.47
İrlanda	9.23	7.08	7.34	6.92	6.75	6.62	6.97	6.44	6.02	6.58
Yunanistan	7.94	8.27	8.45	8.11	8.07	8.12	9.38	9.03	8.45	8.39
İspanya	9.15	9.18	9.01	9.02	9.07	9.22	10.79	10.34	9.68	9.22
Fransa	11.58	11.5	11.57	11.45	11.31	11.17	12.13	12.25	11.84	11.5
Hrvatistan	6.57	6.66	6.69	6.63	6.71	6.79	7.68	8.08	7.3	7.15
İtalya	8.86	8.85	8.72	8.69	8.65	8.62	9.56	9.28	8.85	8.41
Kıbrıs	6.93	6.79	6.65	6.62	6.78	7	8.65	8.87	8.27	8.12
Letonya	5.66	5.85	6.35	6.19	6.41	6.86	7.51	9.41	8.1	7.28
Litvanya	6.22	6.47	6.65	6.46	6.47	6.94	7.42	7.73	7.24	7.32
Lüksemburg	5.23	5.08	5.07	5.14	5.27	5.47	5.77	5.61	5.61	5.67
Macaristan	7.04	6.85	6.97	6.73	6.55	6.25	7.23	7.34	6.65	6.37
Malta	8.88	8.7	8.7	8.31	8.11	8.89	9.85	9.53	9.09	8.84
Hollanda	10.46	10.19	10.13	9.94	9.85	9.94	10.95	11.13	10.03	9.83
Avusturya	10.51	10.52	10.52	10.57	10.52	10.63	11.41	12.19	11.23	11.15
Polonya	6.28	6.31	6.49	6.54	6.25	6.39	6.43	6.37	6.47	7.14
Portekiz	9.34	9.33	9.4	9.33	9.42	9.51	10.52	11.22	10.55	10.03
Romanya	5.03	4.94	5.08	5.19	5.51	5.7	6.21	6.45	5.8	5.71
Slovenya	8.58	8.6	8.57	8.26	8.35	8.57	9.49	9.53	9.63	9.3
Slovakya	6.87	6.74	6.94	6.73	6.64	6.91	7.06	7.63	7.7	7.35
Finlandiya	9.83	9.7	9.46	9.19	9.1	9.22	9.7	9.91	9.74	10.47
İsveç	11.07	10.93	10.96	10.95	11.09	10.93	11.42	11.23	10.86	11.15
Türkiye	4.6	4.4	4.6	4.5	4.4	4.7	5.0	4.9	4.0	4.6

Tabloda yer alan 2014–2023 dönemine ilişkin veriler, Türkiye’nin sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının %4–5 bandında seyrettiğini göstermektedir. Bu oran, aynı dönemde AB ortalamasının %9.8–10.8 düzeyinde gerçekleşmesiyle karşılaştırıldığında oldukça düşük kalmaktadır. Bulgular, Türkiye’nin sağlık sistemine yönelik harcamalarının mutlak olarak artmasına rağmen, ekonomik büyüklük içerisindeki görece payının sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, Türkiye’nin genç ve artan nüfusunun sağlık hizmetlerine yönelik talebini karşılamada finansman kapasitesinin AB ülkelerine kıyasla daha zayıf olduğunu göstermektedir.

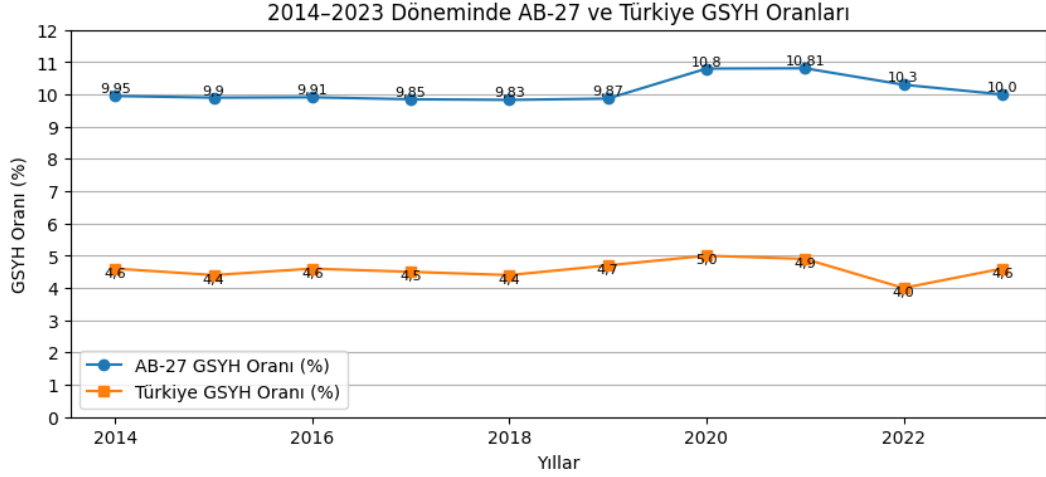
AB ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYH’ye oranının yüksek seyretmesi, refah devleti geleneği, demografik yaşlanma ve kronik hastalık yükü ile doğrudan ilişkilidir. Almanya, Fransa ve İsveç gibi ülkelerde oranların %10–12 seviyelerine ulaşması, bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin güçlü kamu finansmanı ile

desteklendiğini ve bireylerin cepten harcama yükünün sınırlı tutulduğunu ortaya koymaktadır. Buna karşılık Türkiye’de düşük oranlar, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi açısından uzun vadeli riskler barındırmaktadır. Özellikle kişi başına sağlık harcamasının AB ortalamasının altında kalması, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından dikkat çekici bir bulgudur.

COVID-19 pandemisi hem Türkiye’de hem AB’de sağlık harcamalarının GSYH içindeki payında geçici artışlara yol açmıştır. Türkiye’de oran 2020 yılında %5.0’a yükselirken, AB’de aynı dönemde %10.8 seviyelerine çıkmıştır. Bu artış, sağlık sistemlerinin kriz dönemlerinde kamusal harcamalara daha fazla ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Ancak Türkiye’de bu artış geçici kalmış, sonraki yıllarda oran yeniden düşüşe geçmiştir. AB’de ise pandemi sonrası oranlar daha yüksek bir seviyede istikrar kazanmıştır. Bu farklılık, sağlık sistemlerinin ekonomik şoklara karşı dayanıklılığı ve finansman yapılarının sürdürülebilirliği açısından önemli bir karşılaştırma zemini sunmaktadır.

Türkiye’nin sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının AB ortalamasının yarısı kadar olması, ülkenin sağlık finansmanında yapısal bir eksikliğe işaret etmektedir. Artan yaşlı nüfus ve kronik hastalık yükü dikkate alındığında, Türkiye’nin sağlık harcamalarının GSYH içindeki payını artırması ve cepten ödemeleri azaltarak kamu finansmanını güçlendirmesi gerekmektedir. Aksi takdirde sağlık hizmetlerinde eşitsizlikler derinleşebilir ve sistemin sürdürülebilirliği zayıflayabilir. Bu bağlamda, Türkiye’nin demografik dönüşüm sürecini etkin biçimde yönetmesi ve sağlık politikalarını uzun vadeli finansal sürdürülebilirlik perspektifiyle planlaması kritik önem taşımaktadır.

Şekil 3, Türkiye ile AB arasında sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı açısından dönem boyunca süregelen yapısal farkı açık biçimde ortaya koymaktadır. Grafikselsel görünüm, iki seri arasında yıllar itibarıyla kapanmayan ve kalıcı nitelik taşıyan bir ayrışmaya işaret etmektedir. Türkiye’nin sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı sınırlı bir bantta yatay bir seyir izlerken, AB-27 ortalamasının daha yüksek ve istikrarlı bir düzeyde konumlandığı görülmektedir.



Şekil 3. 2014–2023 döneminde AB-27 ve Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye Oranı (%) (EUROSTAT, 2026)

Pandemi dönemine denk gelen 2020 ve 2021 yıllarında her iki seride de yukarı yönlü kırılmalar dikkat çekmekte olup, bu durum sağlık harcamalarının ekonomik şoklara karşı duyarlılığını göstermektedir. Ancak grafik, söz konusu artışların Türkiye açısından kalıcı bir dönüşüme işaret etmediğini, AB-27’de ise daha yüksek bir denge düzeyine geçiş yaşandığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda şekil, Türkiye’nin sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının konjonktürel etkilerden ziyade yapısal sınırlamalarla belirlendiğini görsel olarak desteklemektedir.

#### 4.3. Finansman Modelleri ve Kaynak Dağılımı

Bu bölümde, AB ülkeleri ile Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman modelleri ve kaynak dağılımı karşılaştırmalı olarak ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin hangi aktörler tarafından ve hangi finansman mekanizmaları aracılığıyla finanse edildiğini ortaya koymak amacıyla; kamu sağlık harcamaları, merkezi hükümet ve yerel yönetimlerin payı, sosyal sağlık sigortası harcamaları, cepten yapılan ödemeler ve gönüllü sağlık sigortalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranları analiz edilmektedir. Bu çerçevede, ülkeler arasındaki yapısal farklılıklar ve zaman içerisindeki değişimler değerlendirilerek, sağlık finansman sistemlerinin eşitlik, sürdürülebilirlik ve finansal koruma boyutları tartışılmaktadır.

#### 4.3.1. AB Ülkeleri Toplam Kamu Sağlık Harcama Oranları

Tablo 17’de AB Ülkeleri Toplam Kamu Sağlık Harcama Oranları verilmiştir. AB ülkelerinde kamu sağlık harcaması oranları incelendiğinde, sağlık finansmanının ağırlıklı olarak kamu kaynakları ve zorunlu sosyal güvenlik mekanizmaları üzerinden yürütüldüğü görülmektedir. 2014–2023 döneminde AB-27 ortalaması %77–81 bandında seyretmiş olup, bu durum Birlik genelinde sağlık hizmetlerine erişimde görece güçlü bir kamusal koruma mekanizmasının varlığına işaret etmektedir. Özellikle Almanya, Danimarka, İsveç ve Çekya gibi ülkelerde kamu sağlık harcaması oranlarının %84’ün üzerinde olması, bu ülkelerde bireylerin sağlık harcamalarına doğrudan katılımının sınırlı tutulduğunu göstermektedir. Buna karşılık Bulgaristan, Yunanistan ve Kıbrıs gibi ülkelerde kamu payının daha düşük seviyelerde seyretmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanında Hanehalkı üzerindeki yükün arttığını ortaya koymaktadır.

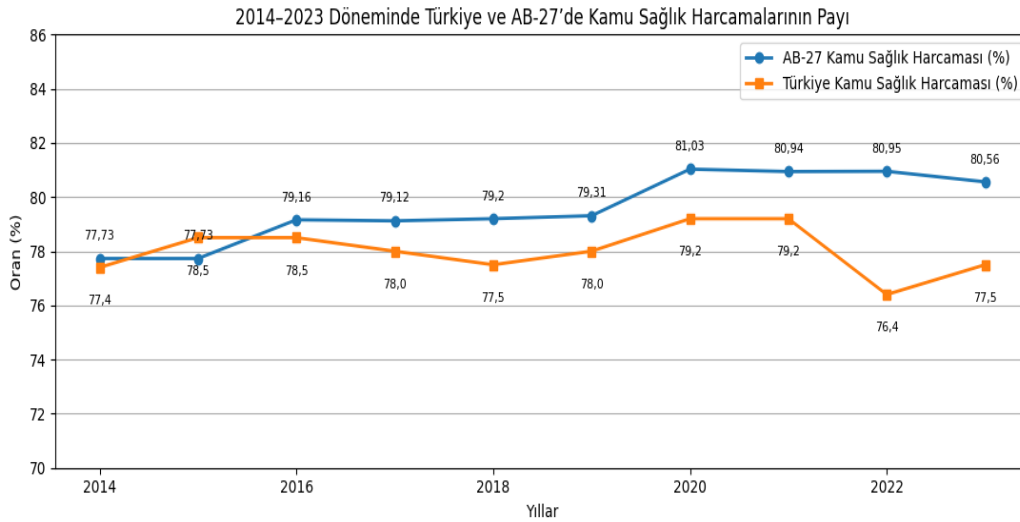
Tablo 17. Ab ülkelerinin kamu sağlık harcama oranları (2014-2023) (EUROSTAT, 2026).

Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
AB - 27 ülke	77.73	77.73	79.16	79.12	79.2	79.31	81.03	80.94	80.95	80.56
Belçika	75.59	75.89	76.23	75.96	75.69	74.38	76.04	75.14	73.83	73.59
Bulgaristan	58.48	56.12	55.36	56.35	59.08	60.59	63.12	64.95	63.53	63.02
Çekya	84.31	84.71	84.85	84.87	84.99	84.87	88.24	86.75	84.97	84.53
Danimarka	84.44	84.26	84.18	83.96	83.75	83.71	84.34	84.51	84.43	83.28
Almanya	84.55	84.58	84.77	84.90	84.72	84.65	85.75	85.86	86.72	85.94
Estonya	74.81	74.69	74.65	73.57	73.67	74.45	77.10	76.12	74.84	75.84
İrlanda	71.29	71.79	72.16	72.57	73.60	73.83	77.61	76.68	76.51	76.59
Yunanistan	57.56	58.42	61.39	60.56	59.22	61.51	61.82	62.14	61.96	60.87
İspanya	69.35	70.33	70.51	69.48	69.18	69.44	72.09	72.61	72.94	73.18
Fransa	75.67	75.77	82.11	82.40	82.60	82.86	84.27	84.55	84.51	84.42
Hırvatistan	82.92	82.63	82.52	82.54	82.00	81.91	84.19	85.50	85.34	84.94
İtalya	74.93	74.02	73.94	73.32	73.36	73.24	75.83	74.53	73.71	73.08
Kıbrıs	43.04	42.13	41.90	41.51	42.03	54.20	71.62	78.95	76.98	76.84
Letonya	59.67	58.65	55.87	57.33	59.88	60.12	63.61	69.47	64.91	59.60
Litvanya	67.56	67.14	66.60	66.14	67.17	66.38	70.17	68.78	66.54	67.31
Lüksemburg	83.48	83.66	83.61	83.95	84.08	84.96	86.49	86.17	86.11	85.58
Macaristan	67.08	68.17	68.08	68.90	69.55	68.67	70.79	72.45	72.97	73.71
Malta	61.32	60.57	63.03	62.90	63.48	62.51	66.69	67.37	67.01	66.02
Hollanda	81.08	81.38	81.19	81.69	82.11	82.80	84.97	83.81	82.82	82.69
Avusturya	73.78	73.61	73.35	73.20	73.95	74.41	76.41	77.75	77.20	76.66
Polonya	70.66	69.99	69.85	69.29	71.49	71.78	72.27	72.46	74.28	77.57
Portekiz	61.80	61.73	61.66	61.23	61.23	60.85	64.30	62.52	62.41	61.51
Romanya	79.00	78.02	78.33	78.65	79.73	80.45	80.27	78.33	77.79	76.24
Slovenya	71.11	71.81	72.73	72.20	72.82	72.78	73.17	73.78	73.97	73.58
Slovakya	80.23	79.72	80.36	79.94	80.13	79.79	80.27	79.73	79.88	78.95
Finlandiya	78.02	76.94	76.23	76.42	76.96	77.87	79.06	79.16	79.59	81.02
İsveç	84.01	83.81	84.08	84.54	84.48	84.88	86.06	85.77	85.86	86.08

Türkiye açısından değerlendirildiğinde, kamu sağlık harcaması oranlarının genel olarak AB-27 ortalamasına yakın bir seyir izlediği görülmektedir. 2014 yılında

%77.4 olan kamu payının 2020–2021 döneminde %79.2 seviyesine yükselmesi, özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde kamunun sağlık finansmanındaki rolünün arttığını göstermektedir. Ancak 2022 ve 2023 yıllarında kamu payında yeniden bir gerileme yaşanması, sağlık harcamalarının finansmanında özel kaynakların ve cepten ödemelerin yeniden önem kazandığına işaret etmektedir. Bu durum, Türkiye’de sağlık finansman yapısının konjonktürel şoklara karşı tam anlamıyla istikrarlı bir yapı sergilemediğini düşündürmektedir.

Şekil 4, Türkiye ile AB-27 arasında kamu sağlık harcamalarının payı açısından genel düzeylerin birbirine yakın olmasına karşın, zaman içerisindeki istikrarın farklılaştığını göstermektedir. AB-27 ortalamasında kamu payının pandemi sonrası dönemde daha yüksek bir seviyede korunabildiği görülürken, Türkiye’de 2021 sonrasında belirgin bir dalgalanma ortaya çıkmaktadır. Bu görünüm, Türkiye’de sağlık finansmanının bütçe temelli yapısının konjonktürel gelişmelere daha duyarlı olduğunu ve kamu finansmanının uzun vadeli istikrar açısından daha kırılgan bir yapı sergilediğini düşündürmektedir.



Şekil.4. 2014–2023 döneminde Türkiye ve AB-27’de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%) (EUROSTAT, 2026)

#### 4.3.2. Merkezi Hükümet ve Yerel Yönetimlerin Sağlık Harcamalarındaki Payı

Tablo 18’de 2014-2023 yıllarına ait, AB Ülkelerinin Merkezi Hükümet ve Yerel Yönetimler Sağlık Harcama Oranları ile ilgili istatistikler yer almaktadır. Merkezi hükümet ve yerel yönetimlerin sağlık harcamaları içindeki payı, ülkelerin

sağlık sistemlerinin örgütlenme biçimine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Danimarka, İsveç, İspanya ve İtalya gibi ülkelerde bu oranın %65'in üzerinde seyretmesi, sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde genel bütçe ve yerel yönetimler aracılığıyla finanse edildiğini göstermektedir. Buna karşılık Almanya, Fransa ve Hollanda gibi ülkelerde merkezi hükümet payının düşük olması, bu ülkelerde sosyal sağlık sigortası sisteminin baskın rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 18. AB ülkelerinin merkezi hükümet ve yerel yönetimler sağlık harcamaları (%) (2014-2023) (EUROSTAT 2026).

Ülke	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)
AB - 27 ülke	28.46	28.71	28.78	28.42	28.28	28.03	30.22	30.57	30.07	28.24
Belçika	10.65	18.70	22.58	22.67	22.88	20.99	23.22	21.86	20.54	18.42
Bulgaristan	9.77	10.17	10.25	9.89	10.40	10.43	17.51	15.81	15.88	15.37
Çekya	11.16	11.24	11.28	12.15	12.70	12.89	17.58	15.50	13.53	11.85
Danimarka	84.44	84.26	84.18	83.96	83.75	83.71	84.34	84.51	84.43	83.28
Almanya	6.91	6.94	7.11	6.71	6.63	6.68	9.32	11.40	12.25	7.90
Estonya	11.89	12.30	11.77	11.41	9.12	8.09	9.08	12.71	9.91	8.98
İrlanda	71.00	71.48	71.84	72.21	72.99	73.22	77.08	76.12	75.94	76.00
Yunanistan	30.10	28.20	30.65	27.69	26.86	27.33	28.18	30.35	30.23	28.61
İspanya	65.03	66.11	66.27	65.44	65.08	65.48	68.40	69.01	69.29	69.50
Fransa	5.30	5.33	5.31	5.37	5.45	5.47	6.36	4.51	4.33	4.42
Hırvatistan	2.96	3.79	5.59	6.86	6.90	5.23	6.65	9.43	10.89	7.56
İtalya	74.69	73.78	73.76	73.15	73.21	73.08	75.67	74.37	73.53	72.88
Kıbrıs	42.42	41.81	41.57	41.24	41.80	40.47	32.29	21.04	21.10	19.72
Letonya	59.67	58.65	55.87	57.33	59.88	60.12	63.61	69.47	64.91	59.60
Litvanya	10.10	9.97	9.50	8.98	8.57	8.21	10.38	12.16	9.16	7.09
Lüksemburg	4.42	4.54	4.72	4.74	4.36	4.67	7.52	9.02	7.43	6.88
Macaristan	9.66	11.43	8.50	8.17	8.57	8.66	11.60	14.53	11.32	11.57
Malta	61.32	60.57	63.03	62.90	63.48	62.51	66.62	67.30	66.95	65.97
Hollanda	5.02	6.23	6.31	6.17	6.37	6.54	11.01	13.44	10.01	8.09
Avusturya	30.08	29.80	29.66	29.43	29.90	30.08	33.08	37.47	34.72	33.12
Polonya	9.32	9.25	10.02	10.35	9.97	9.94	9.84	15.13	12.46	10.97
Portekiz	59.48	59.41	59.30	58.84	58.85	58.49	61.91	60.12	59.80	58.85
Romanya	13.21	13.50	13.09	15.49	16.03	15.44	17.54	18.22	16.72	14.34
Slovenya	3.72	3.39	3.98	3.38	3.39	4.21	9.10	12.81	10.82	8.76
Slovakya	4.00	4.33	2.68	2.42	2.30	2.43	4.53	9.45	10.20	3.97
Finlandiya	63.82	62.47	62.10	62.66	62.98	63.97	65.45	65.52	66.21	68.69
İsveç	84.01	83.81	84.08	84.54	84.48	84.88	86.06	85.77	85.86	86.08

Türkiye'de merkezi hükümetin sağlık harcamaları içindeki payının 2014 yılında %22.5 iken 2024 yılında %36 seviyesine yükselmesi, kamu sağlık harcamaları içinde bütçe kaynaklarının giderek daha belirleyici hale geldiğini göstermektedir. Bu artış, bir yandan kamusal sorumluluğun güçlendiğine işaret ederken, diğer yandan sosyal güvenlik sisteminin finansman kapasitesindeki daralmanın bütçe transferleriyle telafi edildiğini düşündürmektedir. Bu durum, uzun vadede bütçe dengeleri ve mali sürdürülebilirlik açısından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir gelişme olarak öne çıkmaktadır.

### 4.3.3. Sosyal Sağlık Sigortasının Finansmandaki Yeri

Tablo 19’da yer alan verilere göre, sosyal sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, AB ülkeleri arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Almanya, Fransa, Hollanda ve Çekya gibi Bismarck tipi sistemlere sahip ülkelerde bu oran %70’in üzerinde seyretmekte; sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük ölçüde prim esaslı sosyal sigorta mekanizmaları aracılığıyla sağlanmaktadır. Buna karşılık Danimarka, İsveç, İtalya ve İspanya gibi Beveridge tipi sistemlerde sosyal sağlık sigortasının payı son derece sınırlı ya da sıfıra yakın olup, finansman ağırlıklı olarak genel vergiler üzerinden yürütülmektedir.

Tablo 19. AB ülkelerinin sigorta sosyal sigorta sağlık harcama oranları (2014-2023) (EUROSTAT 2026).

Ülke	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)
AB - 27 ülke	:	49.02	50.38	50.74	50.92	51.28	:	50.36	50.88	52.31
Belçika	64.94	57.20	53.65	53.29	52.81	53.38	52.83	53.27	53.29	55.17
Bulgaristan	48.71	45.96	45.11	46.45	48.68	50.16	45.61	49.14	47.64	47.65
Çekya	73.15	73.47	73.57	72.72	72.29	71.99	70.66	71.25	71.44	72.68
Danimarka	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Almanya	77.64	77.64	77.66	78.19	78.09	77.97	76.43	74.46	74.46	78.04
Estonya	62.93	62.39	62.87	62.16	64.55	66.36	68.02	63.41	64.92	66.85
İrlanda	0.28	0.31	0.32	0.36	0.60	0.60	0.53	0.57	0.57	0.60
Yunanistan	27.45	30.23	30.73	32.87	32.36	34.18	33.65	31.79	31.72	32.26
İspanya	4.32	4.22	4.23	4.04	4.10	3.96	3.69	3.61	3.65	3.68
Fransa	70.37	70.44	76.80	77.03	77.15	77.40	77.91	80.04	80.18	80.00
Hırvatistan	79.96	78.84	76.93	75.68	75.10	76.68	77.54	76.07	74.45	77.38
İtalya	0.24	0.23	0.18	0.17	0.16	0.17	0.16	0.16	0.18	0.19
Kıbrıs	0.63	0.33	0.33	0.27	0.22	13.72	39.33	57.91	55.87	57.13
Letonya	:	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	:	0.00	0.00	0.00
Litvanya	57.46	57.17	57.09	57.16	58.60	58.17	59.78	56.62	57.37	60.22
Lüksemburg	79.06	79.12	78.89	79.21	79.72	80.29	78.97	77.15	78.68	78.70
Macaristan	57.42	56.73	59.58	60.73	60.98	60.01	59.19	57.93	61.65	62.14
Malta	0.00	0.00	0.00	:	0.00	0.00	0.07	0.07	0.06	0.05
Hollanda	76.06	75.15	74.88	75.52	75.73	76.26	73.95	70.37	72.80	74.60
Avusturya	43.70	43.81	43.70	43.77	44.04	44.33	43.33	40.28	42.49	43.54
Polonya	61.34	60.74	59.82	58.93	61.53	61.84	62.43	57.33	61.82	66.59
Portekiz	2.32	2.32	2.36	2.39	2.38	2.36	2.39	2.40	2.61	2.66
Romanya	65.79	64.52	65.23	63.17	63.70	65.01	62.73	60.11	61.07	61.90
Slovenya	67.40	68.42	68.75	68.82	69.43	68.58	64.07	60.98	63.15	64.82
Slovakya	76.23	75.38	77.68	77.52	77.83	77.37	75.74	70.29	69.68	74.98
Finlandiya	14.20	14.47	14.13	13.76	13.98	13.91	13.61	13.64	13.38	12.33
İsveç	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Türkiye’de sosyal sağlık sigortası harcamalarının payı 2014 yılında %54.2 iken 2023 yılında %39.5 seviyesine gerilemiştir. Bu düşüş, SGK’nın sağlık harcamalarındaki ağırlığının zaman içinde azaldığını ve sistemin giderek daha fazla merkezi bütçe transferlerine dayandığını göstermektedir. Sosyal sigorta payındaki bu gerileme, prim tabanının daralması, kayıt dışı istihdam ve demografik değişimlerle ilişkilendirilebilir. Bu durum, Türkiye’nin sağlık finansman yapısının sosyal sigorta

temelli olmaktan kısmen uzaklaştığını ve karma bir modele yöneldiğini düşündürmektedir.

#### 4.3.4. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Tablo 20’de AB ülkelerinin cepten yapılan sağlık harcama oranları 2014-2023 dönemi olarak verilmiştir. AB genelinde sağlık finansman yapıları incelendiğinde, hane halklarının doğrudan yaptığı (cepten) harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payında ülkeler arasında belirgin bir heterojenlik göze çarpmaktadır. 2023 yılı verilerine göre AB-27 ortalaması %14.88 seviyesinde seyretmektedir. Ancak bu ortalama değer, üye ülkeler arasındaki derin uçurumu gizlemektedir. Örneğin, Lüksemburg (%8.77) ve Fransa (%9.26) gibi ülkeler sağlık hizmetlerine erişimde finansal korumayı en üst düzeyde sağlarken; Bulgaristan (%35.50), Letonya (%35.06) ve Yunanistan (%34.30) gibi ülkelerde mali yükün üçte birinden fazlası doğrudan vatandaşın üzerine binmektedir. Bu durum, özellikle Güney ve Doğu Avrupa ülkelerinde sağlık sisteminin kapsayıcılığının ve kamusal finansman derinliğinin hala kritik bir tartışma konusu olduğunu göstermektedir.

Tablo 20. AB ülkelerinin cepten yapılan sağlık harcama oranları (2014-2023) (EUROSTAT 2026).

Ülke	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)
AB - 27 ülke	16.23	16.25	16.05	16.06	15.94	15.88	14.53	14.73	14.65	14.88
Belçika	20.01	19.44	18.94	19.13	19.37	20.60	19.30	20.34	21.41	21.51
Bulgaristan	40.24	42.51	43.25	42.19	39.33	37.80	35.53	33.73	35.08	35.50
Çekya	14.46	14.51	14.29	14.14	14.16	14.31	11.08	12.48	14.29	14.60
Danimarka	13.34	13.46	13.52	13.69	13.82	13.79	13.38	13.30	13.19	13.98
Almanya	12.35	12.35	12.19	12.02	12.18	12.38	11.34	11.36	10.43	11.05
Estonya	23.52	23.72	23.74	24.81	24.51	23.92	21.43	22.15	23.14	22.10
İrlanda	13.99	13.51	13.47	13.11	12.66	12.66	11.44	11.53	11.55	11.30
Yunanistan	37.20	36.03	34.31	35.00	36.08	33.64	33.45	33.32	33.54	34.30
İspanya	24.65	23.87	23.62	24.09	24.15	23.85	21.66	21.30	21.03	20.86
Fransa	11.10	10.98	10.71	10.64	10.45	10.32	9.42	9.17	9.25	9.26
Hırvatistan	11.28	10.95	10.97	10.97	11.39	11.46	10.45	9.40	9.19	9.38
İtalya	22.96	23.80	23.69	24.13	23.97	23.87	21.48	22.81	23.32	23.65
Kıbrıs	45.11	43.62	44.61	44.76	44.36	33.73	21.37	16.23	18.04	17.94
Letonya	39.11	40.45	43.32	41.79	39.18	35.11	31.87	26.98	30.74	35.06
Litvanya	31.49	31.84	32.32	32.64	31.52	32.27	28.66	29.93	31.80	31.02
Lüksemburg	11.07	10.72	10.74	10.66	10.44	9.59	8.39	8.80	8.67	8.77
Macaristan	28.36	27.49	27.69	27.25	26.79	27.79	26.15	24.64	24.01	23.06
Malta	36.76	37.47	35.14	35.22	34.30	34.13	30.30	29.67	30.02	30.93
Hollanda	11.59	11.29	11.28	11.05	10.79	10.42	9.28	10.91	11.93	12.03
Avusturya	19.61	19.85	20.05	20.11	19.29	18.76	17.17	16.03	16.29	16.48
Polonya	23.13	23.25	22.94	22.74	20.42	20.09	19.53	19.85	18.43	15.85
Portekiz	29.33	29.53	29.43	29.69	29.92	30.61	28.02	29.12	29.14	29.31
Romanya	20.31	21.28	20.75	20.49	19.46	18.88	19.03	20.94	21.42	22.96
Slovenya	12.98	12.47	11.98	12.32	11.98	11.66	12.47	12.88	12.43	12.39
Slovakya	18.01	18.44	18.19	18.71	18.91	19.16	18.75	19.40	19.26	20.15
Finlandiya	17.64	18.63	19.27	19.05	18.37	17.42	16.47	16.66	16.10	14.09
İsveç	14.94	15.03	14.63	14.24	14.22	13.92	12.92	13.09	13.13	12.96

Verilerdeki tarihsel perspektif, sistemik reformların cepten harcamalar üzerindeki etkisini çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır. Özellikle Kıbrıs örneği, 2014 yılında %45.11 olan cepten harcama oranının 2023 yılında %17.94'e gerilemesiyle en dikkat çekici başarı hikayesini sunmaktadır. Bu keskin düşüş, finansman modellerindeki yapısal değişimlerin hane halkı üzerindeki mali baskıyı azaltmadaki gücünü kanıtlar niteliktedir. Öte yandan, 2020 yılındaki pandemi etkisiyle birçok ülkede (AB ortalaması %15.88'den %14.53'e) görülen geçici düşüş, sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlanması veya rutin harcamaların ertelenmesiyle açıklanabilir. Ancak pandemi sonrasında birçok ülkede bu oranların tekrar yükseliş eğilimine girmesi, sağlık sistemlerinin sürdürülebilir finansman arayışının devam ettiğini göstermektedir.

Düşük cepten harcama oranlarına sahip olan Fransa, Hırvatistan (%9.38) ve Almanya (%11.05) gibi ülkelerin uyguladığı modeller, sağlıkta hakkaniyet ilkesinin tesisi açısından referans teşkil etmektedir. Buna karşın, oranların %30'un üzerinde seyrettiği ülkelerde, "katastrofik sağlık harcaması" riskinin yüksek olduğu ve bu durumun hane halklarını yoksullaşma tehlikesiyle karşı karşıya bıraktığı söylenebilir. AB-27 ortalamasının son on yılda %16 seviyelerinden %14.88'e sınırlı bir gerileme göstermesi, birliğin genel bir iyileşme eğiliminde olduğunu ancak ülkeler arası eşitsizliklerin giderilmesi için daha koordineli politikalara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır.

#### **4.3.5. Gönüllü Yapılan Sağlık Sigorta Harcamaları**

Tablo 21'de 2014-2023 dönemine ait AB ülkelerinin cepten yapılan gönüllü sağlık sigortası harcama oranları verilmiştir. Gönüllü sağlık sigortası harcamaları AB genelinde toplam sağlık harcamaları içinde sınırlı bir paya sahip olmakla birlikte, bazı ülkelerde önemli bir tamamlayıcı rol üstlenmektedir. İrlanda, Fransa ve Slovenya gibi ülkelerde gönüllü sigortaların payının yüksek olması, bu mekanizmaların kamu ve sosyal sigorta kapsamındaki boşlukları doldurma işlevi gördüğünü göstermektedir. Buna karşılık Doğu Avrupa ülkelerinde gönüllü sigortaların sınırlı paya sahip olması, bu ülkelerde bireylerin daha çok doğrudan cepten ödemelere yöneldiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 21. AB ülkelerinin cepten yapılan gönüllü sağlık sigortası harcama oranları (2014-2023) (EUROSTAT 2026).

Ülke	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)
AB	6.02	6	4.79	4.82	4.85	4.8	4.43	4.33	4.40	4.56
Belçika	4.40	4.67	4.83	4.92	4.94	5.03	4.65	4.52	4.76	4.90
Bulgaristan	1.28	1.37	1.39	1.46	1.59	1.61	1.36	1.32	1.40	1.47
Çekya	1.23	0.78	0.87	1.00	0.85	0.82	0.68	0.77	0.74	0.88
Danimarka	2.22	2.29	2.30	2.35	2.43	2.50	2.28	2.19	2.38	2.74
Almanya	3.10	3.07	3.05	3.08	3.11	2.98	2.91	2.78	2.85	3.01
Estonya	1.62	1.58	1.61	1.62	1.81	1.63	1.47	1.73	2.02	2.06
İrlanda	14.73	14.69	14.37	14.32	13.75	13.52	10.95	11.79	11.94	12.11
Yunanistan	3.94	3.93	4.05	4.27	4.57	4.71	4.58	4.41	4.29	4.55
İspanya	6.00	5.80	5.88	6.43	6.67	6.71	6.25	6.08	6.04	5.96
Fransa	13.22	13.25	7.18	6.96	6.95	6.82	6.31	6.28	6.24	6.32
Hırvatistan	5.80	6.42	6.51	6.49	6.61	6.63	5.36	5.10	5.47	5.69
İtalya	2.11	2.19	2.37	2.55	2.67	2.88	2.69	2.66	2.97	3.28
Kıbrıs	11.43	13.50	13.50	13.74	13.61	12.08	7.02	4.82	4.98	5.21
Letonya	1.22	0.89	0.81	0.88	0.94	4.77	4.52	3.55	4.35	5.34
Litvanya	0.89	0.96	1.07	1.20	1.29	1.32	1.15	1.26	1.63	1.63
Lüksemburg	4.05	4.24	4.33	4.01	4.08	4.12	3.88	3.90	4.11	4.43
Macaristan	4.56	4.34	4.23	3.85	3.66	3.54	3.06	2.91	3.01	3.23
Malta	1.92	1.96	1.83	1.88	2.21	3.35	3.00	2.96	2.97	3.06
Hollanda	7.33	7.33	7.54	7.26	7.10	6.78	5.75	5.28	5.25	5.27
Avusturya	6.61	6.55	6.60	6.69	6.76	6.83	6.42	6.23	6.51	6.86
Polonya	6.22	6.77	7.21	7.98	8.09	8.13	8.20	7.69	7.28	6.59
Portekiz	8.87	8.74	8.90	9.08	8.85	8.54	7.68	8.36	8.46	9.19
Romanya	0.69	0.70	0.92	0.86	0.81	0.68	0.70	0.72	0.79	0.80
Slovenya	15.90	15.72	15.29	15.48	15.20	15.55	14.36	13.34	13.60	14.03
Slovakya	1.76	1.84	1.45	1.35	0.96	1.05	0.98	0.86	0.86	0.90
Finlandiya	4.35	4.43	4.50	4.54	4.67	4.70	4.47	4.18	4.31	4.89
İsveç	1.05	1.16	1.29	1.22	1.30	1.20	1.02	1.14	1.01	0.96

Türkiye’de gönüllü sağlık sigortalarının payı %2–3 bandında seyretmekte olup, bu oran AB ortalamasının oldukça altındadır. Bu durum, gönüllü sigortaların sağlık finansmanında henüz güçlü bir tamamlayıcı rol üstlenmediğini göstermektedir. Dolayısıyla Türkiye’de cepten harcamaların azaltılmasına yönelik politikalarda gönüllü sigortaların daha etkin bir şekilde yapılandırılması, finansal korumanın güçlendirilmesine katkı sağlayabilir.

#### 4.3.6. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansman Yapısı

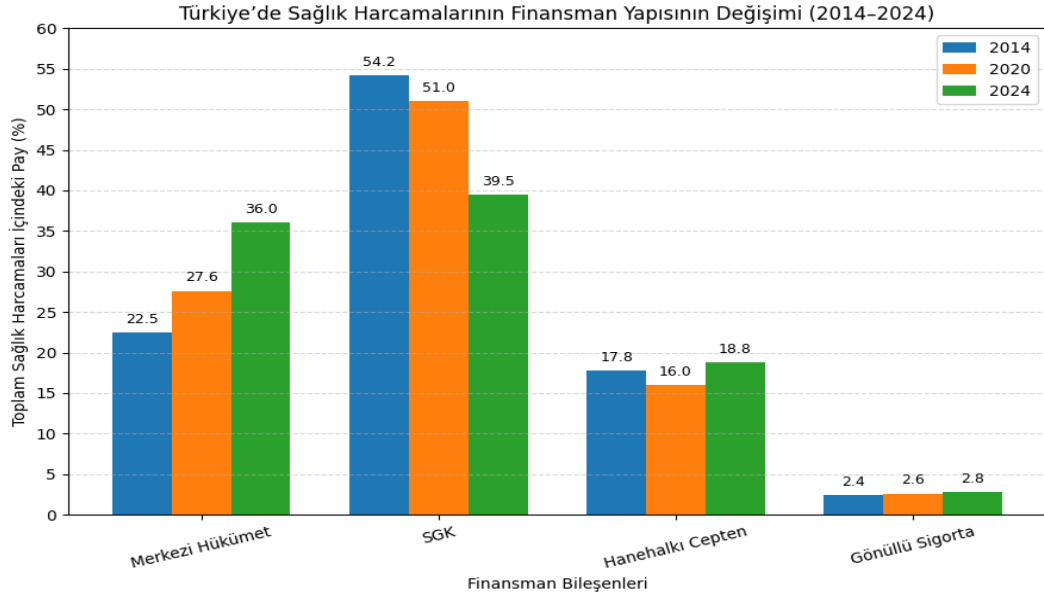
Tablo 22’de Türkiye kamu ve özel sektör harcama oranlarına ilişkin istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 22. Türkiye kamu ve özel sektör harcama oranları (2014-2023) (TÜİK, 2025).

Yıl	(Kamu)	Merkezi Hükümet	(SGK)	Özel Toplam	Hanehalkı Cepten	Gönüllü Sigorta	Diğer Özel
2014	77.4	22.5	54.2	22.6	17.8	2.4	2.4
2015	78.5	24.2	53.5	21.5	16.6	2.5	2.4
2016	78.5	24.0	53.6	21.5	16.3	2.8	2.4
2017	78	25.1	52	22	17.1	2.6	2.3
2018	77.5	24.5	52.1	22.5	17.3	2.8	2.4
2019	78.0	25.6	51.7	22.0	16.7	2.9	2.4
2020	79.2	27.6	51.0	20.8	16	2.6	2.1
2021	79.2	31.4	47.2	20.8	15.9	2.6	2.3
2022	76.4	31.6	44.2	23.6	18.5	2.7	2.4
2023	77.5	34.8	42.1	22.5	17.8	2.5	2.2
2024	76.1	36	39.5	23.9	18.8	2.8	2.3

Genel bir değerlendirme yapıldığında, Türkiye ile AB ülkelerinin sağlık finansman yapıları arasında hem yapısal benzerlikler hem de belirgin ayrışmalar olduğu görölmektedir. Kamu sağlık harcaması oranları açısından Türkiye'nin uzun yıllar boyunca AB-27 ortalamasına yakın bir düzeyde seyretmesi, sağlık hizmetlerinde kamusal sorumluluğun temel bir ilke olarak benimsendiğini göstermektedir. Ancak AB ülkelerinde bu kamusal yükün büyük ölçüde yerleşik sosyal sağlık sigortası mekanizmaları ve kurumsallaşmış kamu finansman modelleri aracılığıyla sürdürüldüğü, Türkiye'de ise giderek artan ölçüde merkezi bütçe transferlerine dayandığı dikkat çekmektedir. Bu durum, Türkiye'nin sağlık finansman yapısının sosyal sigorta temelli olmaktan kısmen uzaklaşarak daha kırılgan bir mali dengeye yöneldiğini düşündürmektedir. Nitekim cepten sağlık harcamalarının Türkiye'de AB ortalamasına kıyasla daha dalgalı bir seyir izlemesi ve son yıllarda yeniden artış eğilimine girmesi, finansal koruma mekanizmalarının yeterince derinleşmediğini ortaya koymaktadır. Buna karşılık birçok AB ülkesinde düşük cepten harcama oranları, sağlık sistemlerinin bireyleri mali risklere karşı daha etkin biçimde koruduğunu göstermektedir. Bu çerçevede Türkiye-AB karşılaştırması, yalnızca harcama düzeyleri açısından değil, sağlık finansmanının kurumsal sürdürülebilirliği ve eşitlik üretme kapasitesi bakımından da önemli politika çıkarımlarına işaret etmektedir.

Şekil 5, Türkiye'de sağlık harcamalarının finansman yapısında 2014-2024 döneminde kademeli ancak yönlü bir dönüşüm yaşandığını göstermektedir. Sosyal sağlık sigortasının toplam harcamalar içindeki payı 2014-2020 döneminde sınırlı bir gerileme gösterirken, 2020 sonrasında daha belirgin bir düşüş eğilimine girmiştir. Buna karşılık merkezi hükümetin payı, özellikle pandemi sonrası dönemde hızlanarak artmış ve 2024 yılında finansman yapısının en belirgin unsurlarından biri hâline gelmiştir. Bu görünüm, Türkiye'de sağlık finansmanının giderek prim esaslı yapıdan uzaklaşarak bütçe temelli bir modele yöneldiğini ve kamu finansmanının kompozisyonunda yapısal bir değişim yaşandığını ortaya koymaktadır.



Şekil 5. Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman yapısı (2014–2024) (Sağlık Bakanlığı, 2025b)

#### 4.4. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Göstergeler Arasındaki İlişki

Bu bölümde sağlık harcamaları ile temel makroekonomik göstergeler arasındaki ilişki Türkiye ve AB ülkeleri özelinde karşılaştırmalı olarak analiz edilmektedir. Sağlık harcamalarının yalnızca demografik yapıdan değil, aynı zamanda ülkelerin ekonomik kapasitesi, istihdam düzeyi, fiyat istikrarı ve satın alma gücü gibi makroekonomik dinamiklerden de güçlü biçimde etkilendiği varsayımından hareket edilmektedir. Bu doğrultuda sağlık harcamalarının iktisadi belirleyicileri çok boyutlu bir çerçevede ele alınmaktadır.

Analiz kapsamında öncelikle sağlık sisteminin insan kaynağı boyutu incelenmekte; 100 bin kişiye düşen birinci basamak (genel pratisyen) ve uzman doktor sayıları ile hemşire yoğunluğu karşılaştırılmaktadır. Sağlık iş gücünün niceliksel düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim, hizmet kalitesi ve sistemin maliyet etkinliği açısından temel bir yapısal gösterge olarak değerlendirilmektedir. Bu göstergeler, sağlık harcamalarının arz yönlü belirleyicilerini açıklamak amacıyla kullanılmaktadır.

Bölümün devamında sağlık harcamaları ile kişi başına düşen gayrisafi yurt içi hasıla (GSYH), satın alma gücü paritesi (SGP), enflasyon ve işsizlik oranları arasındaki ilişkiler incelenmektedir. Bu değişkenler, ülkelerin ekonomik kapasitesini, toplumsal refah düzeyini ve sağlık hizmetlerine ayrılacak mali kaynakların sınırlarını yansıtan temel makroekonomik göstergeler olarak ele alınmaktadır.

Özellikle gelir düzeyi ve fiyat istikrarı, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından kritik faktörler olarak değerlendirilmektedir.

Bu bölümün temel amacı, Türkiye'nin sağlık harcamaları performansını AB ülkeleriyle karşılaştırarak, sağlık harcamalarının yalnızca sağlık politikalarının değil, aynı zamanda genel ekonomik yapı ve makroekonomik istikrarın bir sonucu olduğunu ortaya koymaktır. Böylece sağlık harcamalarının ekonomik büyüme, istihdam, enflasyon ve satın alma gücü gibi değişkenlerle olan ilişkisi analiz edilmekte ve sağlık sisteminin iktisadi temelleri bütüncül bir perspektifle değerlendirilmektedir.

#### 4.4.1. AB Ülkeleri ve Türkiye İçin İlk Derece Doktor Sayısı

Tablo 23'de 2014-2023 dönemine ait AB ve Türkiye'de ilk derece tıp doktoru oranlarına ilişkin istatistikler yer almaktadır. Bu oranların hesaplanmasında 100 bin kişiye düşen doktor /Genel Tıp Pratisyeni sayıları dikkate alınmıştır.

Tablo 23. Yüz bin kişiye düşen ilk derece tıp doktoru oranları (2014-2023) (EUROSTAT, 2026).

Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belçika	109.64	110.80	112.86	113.41	115.04	116.85	118.71	120.42	120.21	123.56
Bulgaristan	70.57	67.71	69.18	65.96	64.85	64.31	63.72	63.07	61.45	60.62
Çekya	:	:	:	:	:	68.69	67.13	71.82	77.19	76.37
Danimarka	77.49	78.80	78.97	79.52	80.07	79.82	79.53	80.15	71.81	68.93
Almanya	96.62	94.20	95.16	96.42	97.37	98.99	100.87	101.77	103.02	106.07
Estonya	79.78	79.41	80.09	79.94	82.80	83.05	81.53	86.86	87.63	88.23
İrlanda	166.26	174.28	172.34	177.38	181.47	181.64	185.72	229.78	172.50	205.63
Yunanistan	40.16	40.99	42.16	43.37	40.93	44.14	44.58	46.81	45.79	46.97
İspanya	74.34	74.03	74.16	75.40	88.93	91.54	91.43	94.35	95.13	94.76
Fransa	139.35	139.35	139.46	140.25	139.90	140.15	139.05	138.02	137.23	139.08
Hırvatistan	88.24	81.84	85.82	83.68	88.37	85.77	79.75	83.68	82.72	82.41
İtalya	89.38	89.62	90.38	89.76	88.60	87.99	84.72	109.39	104.89	100.42
Kıbrıs	76.39	82.57	88.30	93.58	102.45	93.94	113.21	120.51	135.61	121.12
Letonya	72.61	71.82	73.54	73.65	73.49	71.53	74.51	76.84	76.35	75.79
Litvanya	98.46	100.24	102.16	105.65	102.55	102.56	97.07	102.23	104.22	105.93
Lüksemburg	88.61	90.57	94.32	98.39	101.81	107.10	110.09	114.99	115.60	116.89
Macaristan	:	:	:	70.67	73.15	75.32	66.57	67.37	69.20	72.77
Malta	70.19	70.80	73.03	76.88	80.33	82.36	80.51	84.92	82.66	87.74
Hollanda	148.19	153.28	156.58	160.45	166.23	173.58	178.93	182.28	184.85	181.32
Avusturya	159.50	161.14	156.16	155.16	:	152.94	148.93	148.25	146.14	142.64
Polonya	36.19	38.50	42.27	41.89	52.17	87.55	87.04	90.34	86.65	104.95
Portekiz	229.82	241.35	252.58	262.02	267.71	280.84	289.83	295.82	302.54	307.85
Romanya	81.07	78.65	78.35	77.37	76.70	77.91	78.59	79.21	79.48	79.31
Slovenya	61.70	65.55	67.52	67.28	67.52	67.71	68.97	69.26	68.61	71.26
Slovakya										
Finlandiya	124.67	119.88	121.24	118.99	121.46	120.80	118.96	123.84	123.95	125.99
İsveç	61.14	61.95	62.34	62.61	63.31	61.99	60.93	62.19	62.95	:
Türkiye	50.66	54.44	56.23	58.53	59.37	63.31	67.29	71.66	72.81	74.89

Tablo 23'te yer alan veriler, 2014–2023 döneminde Avrupa Birliği ülkeleri ile Türkiye'de 100 bin kişiye düşen ilk derece tıp doktoru (pratisyen hekim) sayılarının

karşılaştırmalı gelişimini ortaya koymaktadır. Söz konusu gösterge, bir sağlık sisteminin birinci basamak hizmet sunum kapasitesini ve erişilebilirliğini değerlendirmek açısından önemli bir ölçüt niteliğindedir. İlgili dönemde Türkiye'nin pratisyen hekim yoğunluğunda belirgin ve istikrarlı bir artış eğilimi sergilediği görülmektedir. 2014 yılında 100 bin kişi başına 50.66 olan oran, 2023 yılı itibarıyla 74.89'a yükselmiştir. Bu artış, yaklaşık %48'lik bir büyümeye işaret etmekte olup, Türkiye'nin birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeye yönelik politikalarının somut bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Özellikle son yıllarda tıp fakültesi kontenjanlarının artırılması ve aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılması bu artışta etkili olmuştur.

Avrupa Birliği ülkeleri incelendiğinde ise ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunduğu dikkat çekmektedir. Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde pratisyen hekim yoğunluğunun genel olarak daha yüksek seviyelerde seyrettiği görülmektedir. Örneğin, 2023 yılı itibarıyla Portekiz (307.85), İrlanda (205.63) ve Hollanda (181.32) gibi ülkeler oldukça yüksek değerlere sahiptir. Buna karşılık Doğu Avrupa ülkelerinde görece daha düşük oranlar gözlenmektedir. Bulgaristan (60.62) ve Slovenya (71.26) gibi ülkeler bu gruba örnek teşkil etmektedir. Bu durum, Avrupa genelinde sağlık insan gücünün dağılımında bölgesel eşitsizliklerin sürdüğüne işaret etmektedir. Zaman içerisindeki eğilimler değerlendirildiğinde, bazı ülkelerde istikrarlı artışlar gözlenirken, bazı ülkelerde dalgalanmalar ya da düşüşler dikkat çekmektedir. Almanya, Belçika ve Finlandiya gibi ülkelerde kademeli artış eğilimi söz konusu iken, Danimarka'da son yıllarda düşüş yaşandığı görülmektedir. İrlanda ve İtalya gibi ülkelerde ise belirli yıllarda ortaya çıkan ani sıçramalar, veri toplama yöntemlerinde ya da tanımlarda meydana gelen değişikliklerden kaynaklanmış olabilir.

Türkiye'nin Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırmalı konumu değerlendirildiğinde, başlangıçta birçok ülkenin gerisinde yer almasına rağmen zaman içinde önemli bir yakınsama süreci içine girdiği anlaşılmaktadır. 2023 yılı itibarıyla Türkiye, bazı Doğu Avrupa ülkelerini yakalamış veya geride bırakmış, ancak Batı Avrupa ülkelerinin halen belirgin biçimde altında kalmıştır. Bu durum, Türkiye'nin birinci basamak sağlık hizmetlerinde ilerleme kaydettiğini, ancak Avrupa ortalamasına ulaşabilmesi için insan gücü planlamasına yönelik politikalarını sürdürmesi gerektiğini göstermektedir.

#### 4.4.2. AB Ülkeleri ve Uzman Doktor Sayısı

Tablo 24’de 2014-2023 yıllarına ait Uzman Tıp Doktoru Oranlarına ilişkin istatistikler yer almaktadır. Bu istatistikler 100 bin kişiye düşen doktor sayısı/uzman doktor sayısı şeklinde hesaplanmıştır. İncelenen zaman serisi verileri ışığında, Türkiye’nin sağlık iş gücü kapasitesinin son on yıllık dönemde sürdürülebilir ve istikrarlı bir artış eğilimi sergilediği görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan ve tıp eğitimi kontenjanlarının artırılmasıyla desteklenen bu süreç, hekim stokunda niceliksel bir sıçrama yaratmıştır. Özellikle 100.000 kişiye düşen hekim sayısındaki yıllık büyüme oranları incelendiğinde, Türkiye'nin birçok AB üye ülkesinden daha yüksek bir ivme yakaladığı saptanmıştır. Bu durum, Türkiye'nin demografik dinamikleri ve artan sağlık talebi karşısında insan kaynağına yaptığı stratejik yatırımın bir yansıması olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 24. Uzman tıp doktoru oranları (2014-2023) (EUROSTAT, 2026).

Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belçika	177.98	182.28	187.02	188.82	192.59	195.40	198.38	199.87	201.49	209.02
Bulgaristan	360.58	367.49	370.05	378.29	379.69	382.27	389.00	390.93	395.43	402.35
Çekya	:	:	:	:	:	324.23	334.45	337.43	325.24	325.97
Danimarka	165.45	169.98	173.90	178.47	181.86	186.36	189.65	193.52	199.32	200.99
Almanya	304.13	313.09	320.11	326.61	333.13	340.40	345.92	351.20	355.34	360.20
Estonya	253.69	259.66	263.21	264.94	264.79	263.85	266.41	256.36	259.56	260.02
İrlanda	116.45	121.67	134.14	138.88	141.23	146.65	156.18	166.58	154.31	173.45
Yunanistan	480.39	481.10	492.69	496.60	514.34	504.11	502.94	518.45	528.39	535.79
İspanya	239.58	242.73	247.10	251.72	258.74	259.86	266.17	277.45	283.21	287.27
Fransa	165.32	167.81	170.02	171.85	173.00	176.23	177.95	179.64	181.67	187.95
Hrvatistan	246.93	256.56	254.44	266.18	266.29	276.46	284.54	294.27	313.28	319.00
İtalya	304.98	300.07	310.25	313.99	313.13	317.08	315.43	419.93	431.64	434.85
Kıbrıs	247.14	259.61	272.19	279.94	295.67	326.45	349.75	370.30	375.23	413.38
Letonya	261.36	257.56	254.33	250.58	258.13	255.20	259.41	258.96	263.70	260.25
Litvanya	350.69	347.98	353.42	352.61	355.49	351.64	348.74	344.04	340.05	355.69
Lüksemburg	181.30	188.63	191.89	202.97	:	:	:	:	:	:
Macaristan	:	:	:	264.06	267.03	275.84	249.06	264.24	278.27	288.39
Malta	161.88	180.74	187.84	199.61	214.62	222.66	230.65	245.49	249.66	256.36
Hollanda	186.04	188.95	191.95	196.73	199.91	201.87	205.79	209.53	209.19	210.16
Avusturya	255.85	264.99	266.64	270.78	:	285.91	293.35	300.72	303.74	310.38
Polonya	194.73	194.40	199.30	195.87	183.61	242.62	248.99	260.90	270.28	280.60
Portekiz	229.59	235.12	241.01	248.14	259.49	260.74	267.00	274.32	281.57	285.95
Romanya	195.63	203.65	209.97	217.93	228.91	240.76	254.28	271.67	285.31	292.99
Slovenya	205.58	205.29	216.92	228.65	240.86	248.52	252.61	255.35	263.96	272.11
Slovakya	255.85	264.99	266.64	270.78	258.74	285.91	293.35	300.72	303.74	310.38
Finlandiya	141.68	148.06	152.23	156.64	156.16	160.75	166.63	161.63	163.28	162.38
İsveç	211.30	214.94	218.12	221.78	225.05	222.09	221.33	226.21	230.36	:
Türkiye	114.72	117.82	120.38	124.38	127.36	131.42	138.10	146.49	156.29	164.46

Bu gelişim süreci içerisinde en dikkat çekici bulgu, uzman doktor sayısındaki artış ivmesinin AB-27 ortalamasına yaklaşma eğilimidir. Türkiye’de tıp eğitiminin uzmanlık odaklı yapısı ve hastane temelli hizmet sunum modeli, hekimlerin branşlaşma oranlarını dünya standartlarına taşımıştır. Veriler, uzman hekim yoğunluğu bakımından AB ile aradaki makasın daraldığını gösterirken; bu tablo,

Türkiye'nin gelişmiş cerrahi prosedürler, tersiyer sağlık hizmetleri ve tıbbi teknoloji kullanımını alanlarında Avrupa standartlarıyla rekabet edebilir bir insan kaynağı profiline ulaştığını kanıtlamaktadır. Buna karşın, sağlık sisteminin temel giriş kapısı ve maliyet etkinliğinin anahtarı olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde farklı bir tablo mevcuttur. Genel tıp pratisyeni sayısında Türkiye'nin AB ortalamasının yaklaşık %39 oranında gerisinde kalması, sistemin yapısal bir zayıflığına işaret etmektedir. AB ülkelerinde "aile hekimliği" ve "genel pratisyenlik" sistemin omurgasını oluştururken ve kişi başına düşen pratisyen sayısı yüksek seviyelerde tutulurken; Türkiye'de bu oranın düşüklüğü, hastaların doğrudan uzman hekimlere veya acil servislere yönelmesine neden olan bir darboğaz yaratmaktadır.

Sonuç olarak mevcut istatistikler, Türkiye'nin sağlık hizmetlerine erişimde "uzman kadro" ağırlıklı bir büyüme stratejisi izlediğini ancak bu durumun birinci basamak hizmetlerinde bir kapasite açığı doğurduğunu ortaya koymaktadır. Sürdürülebilir bir sağlık sistemi için uzman doktorlardaki artış ivmesinin, birinci basamak hekim stoğuyla dengelenmesi büyük önem arz etmektedir. Gelecek dönem politikalarında, genel tıp pratisyenliği ve aile hekimliği branşlarının teşvik edilmesi, yalnızca hekim sayısını AB ortalamasına yaklaştırmakla kalmayacak, aynı zamanda uzman hekimler üzerindeki aşırı iş yükünü azaltarak sağlık hizmetlerinin kalitesini de artıracaktır.

#### 4.4.3. Türkiye ve AB'de Doktora Başvuru Düzeyi

Bu bölümde Türkiye ve Avrupa Birliği ülkelerinde bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini gösteren doktora başvuru verileri incelenmektedir. Kişi başına düşen doktor muayene sayıları, sağlık hizmetlerine erişim düzeyi, sağlık sisteminin kullanım yoğunluğu ve sağlık hizmeti talebinin değerlendirilmesinde önemli göstergeler arasında yer almaktadır. Bu kapsamda Tablo 25'de yer alan 2014–2023 dönemine ait veriler üzerinden Türkiye ile AB ülkelerinin doktora başvuru düzeyleri karşılaştırmalı olarak analiz edilmektedir.

Tablo 25. Türkiye ve AB doktorların hasta karşılama sayısı (2014-2023) (OECD,2025).

Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belçika	6.7	6.8	6.9	7	7.2	7.3	6.2	6.7	7.4	7.9
Bulgaristan	5.9	5.9	6.1	6	6.3	6.3	5.9	5.7	6.6	6.9
Çekya	-	7.7	7.7	7.7	7.9	7.9	7.3	7.8	7.9	8.2
Danimarka	4.7	4.6	4.5	4.5	4.5	4.6	4.8	4.6	4.3	5
Almanya	9.9	10	10	9.9	9.9	9.7	9.4	9.4	9.6	9.7

Tablo 25. (Devamı)										
Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Estonya	6.6	6.4	6.3	5.9	5.6	5.5	4.1	4.1	4	3.9
İrlanda	-	5.7	5.7	5.7	5	5.8	-	-	-	-
Yunanistan	-	-	-	3.5	3.3	3.5	2.7	2.7	2.6	2.7
İspanya	7.6	-	-	7.3	-	7	4.9	4.8	5.6	5.9
Fransa	6.1	6.1	6.1	6	5.9	5.9	4.9	5.5	5.4	5.4
Hırvatistan	6.3	6.8	6.4	6.5	6.7	6.5	5.7	6	6.4	6.8
İtalya	9.7	9.3	9.5	9.7	9.8	9.8	8.8	9.5	9.4	9.4
Kıbrıs										
Letonya	5.8	5.9	5.9	6.1	6	6.1	-	-	-	-
Litvanya	8.6	8.8	9.2	9.5	9.9	9.5	6.1	6.5	8.3	8.6
Lüksemburg	5.9	5.9	6	5.7	5.8	5.6	4.3	4.8	5.1	5.3
Macaristan	11.1	11.1	11.1	11	10.7	10.8	9.2	9.7	9.6	9.7
Malta										
Hollanda	-	8.2	8.8	8.3	9	8.8	8.4	8.6	9.6	10.1
Avusturya	-	-	-	11.7	11.9	12	-	-	-	-
Polonya	7.2	7.4	7.5	7.5	7.5	7.7	4.9	5.9	7.1	7.7
Portekiz	3.7	3.8	3.9	3.9	4	4.1	3	3.5	3.8	3.9
Romanya	5.3	5.4	5	5	5.2	5.3	4.6	4.9	5.5	5.6
Slovenya	6.6	6.8	6.7	6.6	6.6	6.7	5.8	5.9	6	5.8
Slovakya	11.2	11.3	11.4	10.9	10.9	-	-	-	-	-
Finlandiya	4.2	4.3	4.3	4.4	4.4	4.4	-	4.2	4.1	4.1
İsveç	2.9	2.9	2.8	2.8	2.7	2.6	2.2	2.3	2.3	2.4
Türkiye	8.3	8.4	8.6	8.9	9.5	9.8	7.2	8	10	11.4

2014–2023 dönemine ait veriler, Türkiye ve AB ülkelerinde kişi başına doktor muayene sayılarının ülkelerin sağlık sistemi yapısı, hizmete erişim düzeyi ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. İncelenen dönemde Türkiye’de kişi başına doktor muayene sayısının genel olarak artış eğiliminde olduğu görülmektedir. 2014 yılında 8.3 olan muayene sayısı, 2023 yılında 11.4’e yükselmiştir. Bu artış, sağlık hizmetlerine erişimin genişlemesi, sağlık altyapısının gelişmesi ve sağlık hizmeti kullanımının yaygınlaşması ile ilişkilendirilebilir.

AB ülkeleri incelendiğinde, en yüksek muayene sayılarının genellikle Macaristan, Slovakya, Avusturya ve Almanya gibi ülkelerde gerçekleştiği görülmektedir. Özellikle Macaristan’da kişi başına doktor muayene sayısının uzun yıllar boyunca 10’un üzerinde seyretmesi dikkat çekmektedir. Buna karşılık İsveç, Portekiz ve Yunanistan gibi ülkelerde muayene sayılarının daha düşük düzeylerde kaldığı görülmektedir. Bu farklılıklar, ülkelerin sağlık sistemlerinin organizasyonu, sevk zinciri uygulamaları, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği ve sağlık hizmetlerine erişim biçimleriyle ilişkilendirilmektedir.

2020 yılında birçok ülkede kişi başına doktor muayene sayısında düşüş yaşandığı görülmektedir. COVID-19 pandemisinin etkisiyle sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde salgın yönetimine yönelmesi, rutin muayene ve poliklinik hizmetlerinin azalmasına neden olmuştur. Özellikle Türkiye, Polonya, Fransa,

İspanya ve Estonya gibi ülkelerde bu düşüş belirgin şekilde hissedilmiştir. Pandemi sonrasında ise sağlık hizmeti kullanımında yeniden artış eğilimi gözlenmiştir.

Türkiye'nin 2022 ve 2023 yıllarında birçok AB ülkesinin üzerine çıkarak yüksek muayene sayılarına ulaşması, sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlığını göstermekle birlikte sağlık sistemindeki yoğunluğu da ortaya koymaktadır. Kişi başına düşen muayene sayısının yüksek olması, sağlık hizmetlerine erişim açısından olumlu değerlendirilebilse de gereksiz başvurular, sağlık personeli üzerindeki iş yükü ve sağlık harcamalarının artışı gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti kullanım yoğunluğunun yalnızca niceliksel değil, hizmetin etkinliği ve verimliliği açısından da değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

#### 4.4.4. Türkiye ve AB Ülkelerinin Hemşire ve Ebe Oranları

Tablo 26'da Türkiye ve AB'de 2014-2023 yıllarına ait ebe ve hemşire oranları verilmiştir. Bu oranlar 10 bin kişiye düşen ebe/hemşire sayısı şeklinde hesaplanmıştır.

Tablo 26. Hemşire ve ebe oranları (2014-2023) (EUROSTAT, 2026).

Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belçika	112.03	118.21	120.01	119.11	117.91	122.59	128.21	123.46	122.92	-
Bulgaristan	48.70	48.31	48.03	48.28	48.04	48.48	46.74	46.65	47.04	46.83
Çekya	83.47	84.32	83.27	89.20	89.77	90.48	91.86	93.39	94.85	94.24
Danimarka	102.60	102.53	102.91	103.80	104.62	105.07	106.28	107.31	108.44	109.30
Almanya	109.49	109.53	110.92	113.11	117.43	120.27	122.81	122.59	122.61	123.95
Estonya	60.81	63.56	64.36	65.37	66.36	66.02	67.44	68.54	69.62	70.41
İrlanda	121.78	123.45	115.65	143.69	128.688	154.79	182.91	136.12	140.94	147.78
Yunanistan	34.74	34.49	35.01	35.71	36.30	36.48	39.27	40.34	41.14	41.28
İspanya	53.05	54.42	56.73	58.95	60.1	60.37	62.19	64.48	63.39	62.21
Fransa	89.11	90.26	91.86	92.40	92.78	93.36	94.51	94.22	-	-
Hırvatistan	61.94	62.65	67.92	70.44	71.73	73.98	74.98	79.49	79.99	80.45
İtalya	55.44	57.16	58.54	60.89	60.35	64.02	65.15	70.15	70.33	70.95
Kıbrıs	37.52	38.41	38.36	39.16	39.41	39.61	38.50	37.87	38.18	39.84
Letonya	50.2	48.85	48.42	47.73	45.59	45.99	43.91	43.93	43.74	43.62
Litvanya	79.07	79.74	80.23	80.25	80.92	80.58	81.17	82.13	78.43	77.90
Lüksemburg	123.17	122.74	120.77	120.81	121.40	125.36	127.72	133.25	137.07	137.21
Macaristan	65.86	66.44	66.04	55.70	56.18	55.64	55.08	55.22	56.65	57.22
Malta	82.92	81.55	86.01	85.10	82.77	82.10	84.62	83.87	83.40	82.57
Hollanda	104.44	106.43	107.86	110.56	112.79	108.91	112.13	115.26	116.92	112.31
Avusturya	70.36	70.42	70.26	71.07	71.29	106.6	107.41	111.81	112.8	109.37
Polonya	57.90	57.45	57.16	56.58	56.44	63.26	62.50	63.86	63.25	63.11
Portekiz	63.75	65.31	67.16	69.29	71.33	73.06	75	77.14	78.52	80.09
Romanya	63.15	65.60	68.03	71.04	73.40	76.46	78.34	81.07	82.53	83.34
Slovenya	86.43	88.73	97.57	100.42	102.76	104.33	106.12	106.22	105.76	106.82
Slovakya	60.87	60.26	60.84	59.73	60.26	60.62	61.19	60.48	59.63	59.72
Finlandiya	117.64	120.22	120.95	123.79	126.25	126.02	129.38	131.86	131.99	130.20
İsveç	117.11	117.28	117.10	116.79	116.56	116.33	114.34	116.65	117.41	-
Türkiye	25.02	25.73	25.16	26.47	29.24	29.77	33.26	33.49	34.83	35.3

Tablodaki verilere göre Türkiye'de hemşire ve ebe yoğunluğu 2014'te 10.000 kişiye düşen 25 civarındayken 2023'te 35'e yükselmiştir. Bu artış, sağlık insan

gücünde bir ilerleme olduğunu gösterse de AB ülkeleriyle karşılaştırıldığında Türkiye hâlâ oldukça düşük seviyede kalmaktadır. Örneğin aynı dönemde Almanya, Finlandiya ve İrlanda gibi ülkelerde bu oran 120–150 bandında seyretmiştir. Yunanistan, Kıbrıs ve Letonya gibi görece düşük yoğunluklu ülkeler bile Türkiye’den belirgin şekilde daha yüksek değerlere sahiptir. AB ülkelerinin çoğunda hemşire yoğunluğu istikrarlı biçimde artarken Türkiye’deki artış daha yavaş gerçekleşmiş ve aradaki fark kapanmamıştır. Bu tablo, Türkiye’de hemşire başına düşen hasta yükünün çok ağır olduğunu ve sağlık hizmetlerinde kalite ile erişilebilirlik açısından ciddi bir dezavantaj yarattığını ortaya koymaktadır. Özellikle AB ülkelerinin yaşlanan nüfus nedeniyle hemşire sayısını artırdığı bir dönemde Türkiye’nin bu açığı kapatamaması, gelecekte sağlık sisteminde daha büyük sorunlara yol açabilecek bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir.

#### **4.4.5. Türkiye ve AB Ülkelerinin Hemşire ve Ebe Sayısı Oranları**

Tablo 27 de Türkiye ve AB’de 2014–2023 yıllarına ait ebe ve hemşire sayıları verilmiştir. 2014 sonrası döneme ait hemşire sayılarına bakıldığında Avrupa ülkelerinin çoğunda düzenli bir artış eğilimi gözlenmektedir. Almanya, İtalya, İspanya ve Polonya gibi büyük nüfuslu ülkelerde hemşire sayıları yüz binlerden milyonlara yaklaşmış, bu da sağlık sistemlerinde insan gücü kapasitesinin sürekli genişletildiğini göstermektedir. Avusturya’da 2018’den 2019’a geçişte yaşanan ani sıçrama dikkat çekicidir; 60 bin civarında seyreden hemşire sayısı bir yıl içinde 92 bine yükselmiştir. Bu kırılma hem metodolojik kapsam değişiklikleri hem de istihdam politikalarının etkisiyle açıklanabilir. Benzer şekilde Türkiye’de 2014’te 142 bin olan hemşire sayısı 2023’te 248 bine ulaşmış, özellikle 2018 sonrası dönemde hızlı bir artış kaydedilmiştir. Bu durum, Türkiye’nin son yıllarda hemşire istihdamını artırmaya yönelik politikalarının somut bir yansımasıdır. Bununla birlikte bazı ülkelerde durağanlık veya gerileme dikkat çekmektedir. Bulgaristan’da hemşire sayısı 2014’te 31 bin iken 2023’te 28 bine düşmüş, Letonya ve Litvanya’da da benzer şekilde azalma yaşanmıştır. Bu eğilimler, sağlık personeli göçü ve mesleğin cazibesinin azalması gibi yapısal sorunlara işaret etmektedir. İrlanda’da ise 2020’de 80 binin üzerine çıkan hemşire sayısının 2021’de 64 bine gerilemesi ve ardından yeniden yükselmesi, veri toplama yöntemlerindeki değişiklikler veya geçici istihdam hareketleriyle açıklanabilecek dalgalanmalardır.

Tablo 27. Hemşire ve ebe sayıları (2014-2023) (DSÖ, 2026).

Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belçika	118 608	122 127	124 196	127 681	126 496	132 446	133 857	134 413	134 496	-
Bulgaristan	31 917	31 397	30 976	30 955	30 589	30 546	29 160	28 816	28 827	28 570
Çekya	83 492	84 450	83 799	90 061	90 587	91 354	92 664	94 014	96 751	97 294
Danimarka	56 066	56 385	57 001	57 825	58 522	58 916	59 717	60 580	61 525	62 344
Almanya	868 000	876 000	895 000	916 000	955 000	980 000	1 001 000	1 001 000	1 005 000	1 020 000
Estonya	7551	7904	8029	8157	8317	8279	8484	8632	8882	9103
İrlanda	56 725	58 050	54 975	58 475	62 700	65 700	80 620	64 072	67 808	72 543
Yunanistan	35 223	34 718	35 019	35 592	36 118	36 237	39 087	39 850	40 077	39 449
İspanya	239 333	245 533	256 333	267 266	273 833	276 833	287 000	298 033	290 633	284 232
Fransa	554 913	563 672	575 180	580 445	584 948	590 518	599 381	598 915	-	-
Hırvatistan	24 558	24 552	26 398	27 094	27 235	27 870	28 081	29 549	29 673	29 823
İtalya	320 705	330 602	337 515	351 008	346 947	367 684	373 064	401 828	401 934	404 497
Kıbrıs	4268	4434	4477	4625	4717	4778	4670	4670	4770	5022
Letonya	9619	9263	9086	8872	8392	8402	7952	7890	7832	7828
Litvanya	22 286	22 260	22 099	21 802	21 793	21 629	21 818	22 079	21 233	21 455
Lüksemburg	6657	6783	6836	6992	7382	7775	8054	8532	8955	9126
Macaristan	63 289	63 673	63 158	52 050	52 475	52 070	51 419	51 316	52 573	53 120
Malta	3412	3431	3699	3757	3772	3877	4131	4135	4136	4126
Hollanda	174 285	178 340	181 685	187 345	192 263	186 801	193 380	199 742	204 503	198 573
Avusturya	58,040	58,732	59,165	60,263	60,694	92,222	93,323	97,667	99,613	97,113
Polonya	199 188	197 381	195 838	193 700	192 964	214 104	210 923	214 533	214 352	216 086
Portekiz	63 792	65 135	66 796	68 796	70 754	72 798	74 930	77 128	78 573	80 238
Romanya	122 660	127 012	131 200	136 458	140 493	145 788	148 739	152 873	155 108	156 478
Slovenya	17 650	18 122	19 933	20 505	21 031	21 464	22 002	22 115	21 988	22 218
Slovakya	31 166	30 904	31 183	30 732	31 061	31 308	31 604	31 190	30 910	31 174
Finlandiya	62 001	63 607	64 192	65 829	67 257	67 340	69 246	70 800	71 274	70 722
İsveç	106 304	107 571	108 736	109 865	110 808	111 664	110 586	113 491	115 024	-
Türkiye	142 432	152 803	152 952	166 142	190 499	198 103	227 292	232 442	243 565	248 287

Genel olarak Tablo 27, AB ülkelerinin çoğunda hemşire sayısının istikrarlı biçimde arttığını, bazı ülkelerde ani sıçramalar veya dalgalanmalar yaşandığını, bazı ülkelerde ise gerileme olduğunu göstermektedir. Bu farklılıklar hem metodolojik değişiklikler hem de ülkelerin sağlık politikalarıyla doğrudan ilişkilidir. Türkiye'nin artış eğilimi dikkat çekici olmakla birlikte, mutlak sayı bakımından hâlâ büyük AB ülkelerinin gerisinde kalması, sağlık insan gücü planlamasında daha fazla kapasite artırımı ihtiyacını ortaya koymaktadır.

#### 4.4.6. Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla

Kişi başına düşen gayrisafi yurt içi hâsıla, bir ülkenin ekonomik büyüklüğünü nüfusuna oranlayarak ölçen temel göstergelerden biridir. Gayrisafi yurt içi hâsıla, belirli bir dönemde üretilen nihai mal ve hizmetlerin parasal değerini ifade eder; bu değer nüfusa bölünerek kişi başına ortalama üretim düzeyi hesaplanır. Ekonomik analizlerde kalkınma düzeylerinin karşılaştırılmasında yaygın biçimde kullanılan bu gösterge, bireylerin ortalama refahını yansıtmayı amaçlamaktadır (Mossialos vd., 2002).

GSYH nominal ve reel olarak hesaplanabilir. Nominal kişi başına gelir cari fiyatlar üzerinden belirlenirken, reel gelir enflasyondan arındırılarak satın alma

gücünü daha doğru biçimde yansıtır. Bu nedenle reel GSYH, ekonomik büyümenin toplum üzerindeki gerçek etkilerini ölçmede daha anlamlıdır. Ayrıca satın alma gücü paritesi (PPP) kullanılarak yapılan hesaplamalar, ülkeler arasındaki fiyat farklılıklarını dikkate aldığı için uluslararası karşılaştırmalarda daha sağlıklı sonuçlar sunar (Kurt ve Şaşmaz, 2012).

Makroekonomik düzeyde kişi başına düşen safi yurt içi hasılanın (GSYH) yüksek bir seyir izlemesi, doğrudan doğruya toplumun refah düzeyinin ve ortalama yaşam standartlarının yukarı taşınmasıyla paralellik göstermektedir. Nitekim ekonomik gücü yüksek olan bu gelişmiş ülkelerde; nitelikli sağlık hizmetlerine, çağdaş eğitim olanaklarına ve temel kamu altyapılarına erişim çok daha kurumsallaşmış ve ileri bir seviyeye ulaşmıştır. Ancak bu gösterge gelir dağılımı hakkında doğrudan bilgi vermez. Kişi başı geliri yüksek ülkelerde dahi eşitsizlikler derin olabilir ve nüfusun önemli bir kısmı düşük gelir düzeyinde yaşayabilir. Bu nedenle GSYH tek başına ekonomik refahı açıklamakta yetersizdir (Salmanov ve Gezdim, 2025).

Ekonomik büyümenin sosyal refah üzerindeki etkisini değerlendirmede GSYH, hükümet politikalarının başarısını izlemek amacıyla sıkça kullanılır. Kalkınmakta olan ülkelerde uzun vadeli planlamalar ve bütçe dağılımlarında temel bir referans niteliği taşır. Uluslararası kuruluşlar ve yatırımcılar da kişi başına gelir verilerini ekonomik istikrar ve yatırım ortamını değerlendirmede önemli bir ölçüt olarak görmektedir (Esen ve Çelik Kecili, 2022). Bununla birlikte GSYH çeşitli eleştirilere açıktır. Bu gösterge çevresel sürdürülebilirliği, yaşam kalitesini, sağlık durumunu veya eğitime erişimi doğrudan ölçmez. Ayrıca ev içi üretim ve kayıt dışı ekonomi gibi resmi istatistiklere yansımayan faaliyetleri kapsamaz (Govdeli, 2024). Dolayısıyla kişi başına gelirin yüksek olması, toplumun mutlaka daha sağlıklı, mutlu ya da çevreye duyarlı olduğu anlamına gelmez. Sonuç olarak GSYH, ekonomik analizlerde güçlü ve yaygın bir gösterge olmakla birlikte, bütüncül kalkınma değerlendirmesi için tek başına yeterli değildir. Gelir adaleti, toplumun genel sağlık dinamikleri, eğitim seviyeleri ve ekolojik çevre faktörleriyle harmanlandığında rasyonel ve işlevsel bir nitelik kazanmaktadır. Nitekim hem akademik literatürde hem de makro düzeydeki kamu politikalarında bu geniş perspektifli ve bütüncül metodolojinin içselleştirilmesi, toplumsal refahın kalıcı kılınması ile adil kalkınma hamlelerinin gerçekleştirilmesi yönünden son derece hayati bir rol oynamaktadır.

Tablo 28. 2013-2023 yılları AB ve Türkiye için GSYH (EUROSTAT, 2026).

Ülke	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belçika	51315.0	43915.2	45061.5	47163.7	51194.1	49886.0	48716.4	53648.7	52176.7	56033.6
Bulgaristan	47995.8	40893.8	41854.6	44035.3	47487.2	46716.6	45906.3	51655.8	50807.2	54700.9
Çekya	7912.3	7078.9	7570.9	8381.9	9436.1	9838.6	10198.5	12274.1	13644.2	15885.5
Danimarka	14188.0	12285.3	12821.2	13902.6	15460.4	15563.8	14808.5	17789.9	18466.1	21865.5
Almanya	27244.4	23487.2	24715.2	26697.0	29600.0	29703.1	28649.0	33734.3	33938.9	36551.4
Estonya	48971.1	41911.0	42961.0	45526.6	48874.9	47623.9	47379.8	52265.7	49686.1	54343.2
İrlanda	62520.5	53094.0	54500.9	57521.6	61324.8	59404.3	60985.5	69728.0	68091.3	68453.9
Yunanistan	20581.8	17722.2	18666.4	20851.5	23618.1	24021.3	23934.0	27953.8	28451.1	30133.3
İspanya	50073.8	42560.3	43451.3	46085.0	49654.3	48358.2	48828.7	53099.1	50438.5	52925.7
Fransa	43148.0	36702.4	37024.2	38687.2	41418.2	40408.3	39169.9	43725.1	41082.8	44690.9
Hırvatistan	53457.2	45793.8	46808.5	49513.7	53955.1	53554.9	53467.9	60142.0	59123.3	64572.0
İtalya	57278.3	64311.8	64292.7	72499.3	81248.3	82508.5	87567.1	105561.1	106194.8	103887.8
Kıbrıs	29694.9	25969.8	26740.7	28367.9	30592.1	29776.2	27230.4	30817.7	30287.4	33509.0
Letonya	59583.7	51198.0	51820.4	53300.9	54181.9	51773.0	52653.8	61175.0	55296.9	55516.8
Litvanya	15185.8	13322.0	13838.5	15132.5	17252.2	17295.0	17564.2	20262.8	20229.5	22502.8
Lüksemburg	16473.6	14300.3	14981.6	16884.7	19368.5	19727.8	20541.8	23934.7	25085.8	27786.0
Macaristan	123678.7	105462.0	106899.3	110193.2	116786.5	112726.4	116905.4	133711.8	125006.0	128678.2
Malta	14294.3	12717.0	13104.7	14621.2	16425.2	16786.2	16132.0	18755.1	18353.3	22141.9
Hollanda	27356.6	25481.9	26409.6	30259.4	33332.2	32412.3	31796.8	38027.4	36142.2	40395.8
Avusturya	14262.3	12637.5	12464.0	13913.3	15658.2	15874.5	15987.6	18635.5	18891.2	22056.7
Polonya	22120.7	19215.8	19980.3	21442.4	23541.1	23343.4	22299.4	24711.5	24620.5	27331.2
Portekiz	35750.7	30387.1	31126.3	32554.1	34746.3	33812.8	32091.5	36852.5	35635.7	39003.3
Romanya	10031.8	8977.0	9404.5	10728.0	12502.3	12992.0	13082.3	14986.8	15557.9	18404.3
Slovenya	24013.1	20697.3	21447.8	23303.1	25888.0	25814.2	25392.1	29187.4	28373.8	32610.1
Slovakya	18770.9	16442.1	16636.1	17645.5	19573.4	19406.1	19735.5	22138.2	21342.8	24491.4
Finlandiya	21474.7	17980.7	17919.2	18632.0	19873.4	19335.4	17886.7	20654.7	20971.8	23400.7
İsveç	20038.4	17931.6	18754.0	20913.2	23705.9	24062.7	23472.9	27696.5	28282.2	31591.2
Türkiye	12165.2	11050.0	10970.0	10695.6	9568.8	9215.4	8638.7	9743.2	10674.5	13105.7

Tablo 28’de yer alan 2014–2023 dönemine ait GSYH verileri, Türkiye ile AB ülkeleri arasında önemli ekonomik farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. İncelenen dönemde AB ülkelerinin büyük bölümünde kişi başına düşen gelir seviyesinin Türkiye’ye kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle Lüksemburg, İrlanda, Hollanda, Almanya ve Danimarka gibi ülkeler yüksek gelir düzeyleriyle öne çıkarken, Bulgaristan, Romanya ve Türkiye daha düşük gelir grubunda yer almaktadır.

Türkiye’de GSYH verileri incelendiğinde, 2014–2020 döneminde dalgalı ve gerileme eğiliminde bir görünüm ortaya çıkmaktadır. Özellikle döviz kuru hareketleri, enflasyon ve ekonomik kırılmalıklar nedeniyle kişi başına gelir düzeyinde düşüş yaşanmıştır. Ancak 2021 sonrasında yeniden artış eğilimi görülmüş ve 2023 yılında kişi başına gelir 13 bin dolar seviyesine yaklaşmıştır. Buna rağmen Türkiye’nin gelir düzeyi, birçok AB ülkesinin gerisinde kalmaya devam etmektedir.

AB ülkelerinde ise ekonomik büyüklüklerin genel olarak daha istikrarlı bir seyir izlediği görülmektedir. 2020 yılında COVID-19 pandemisinin etkisiyle birçok ülkede ekonomik daralma yaşanmış olsa da sonraki yıllarda toparlanma süreci gerçekleşmiştir. Özellikle İrlanda, Hollanda ve İsveç gibi ülkelerde pandemi sonrasında güçlü ekonomik artış dikkat çekmektedir.

GSYH düzeyi, sağlık harcamalarının finansman kapasitesini etkileyen temel ekonomik göstergelerden biridir. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların daha fazla olduğu, sağlık altyapısı ve teknoloji yatırımlarının daha güçlü biçimde desteklenebildiği görülmektedir. Buna karşılık gelir düzeyi daha düşük ülkelerde sağlık harcamalarının finansmanı kamu bütçesi üzerinde daha fazla baskı oluşturabilmektedir. Bu nedenle ekonomik büyüklük ile sağlık harcamaları arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki ekonomik farklılıkların sağlık sistemlerinin kapasitesi, sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği üzerinde belirleyici rol oynadığı görülmektedir. Bu bulgular, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve gelir düzeyiyle birlikte değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

#### **4.4.7. Satın Alma Gücü Paritesi**

Satın alma gücü paritesi (SGP), ülkeler arası gelir düzeylerini ve yaşam standartlarını daha sağlıklı biçimde karşılaştırmak amacıyla kullanılan bir hesaplama yöntemidir. Bu yaklaşım, döviz kurlarının yarattığı sapmaları ortadan kaldırarak her ülkede belirli bir mal ve hizmet sepetinin maliyetini esas alır. Nominal döviz kurlarına dayalı karşılaştırmalar, ülkeler arasındaki fiyat düzeyi farklılıklarını göz ardı ettiği için yanıltıcı sonuçlar doğurabilmektedir. Buna karşılık SGP, fiyat seviyelerindeki farklılıkları dikkate alarak daha gerçekçi bir karşılaştırma zemini sunmaktadır (Boz ve Kurnaz, 2025).

SGP yaklaşımında, tüm ülkelerde aynı standart tüketim sepetinin satın alınabilmesi için gerekli olan yerel para miktarı temel alınır. Bu doğrultuda, ülkelerin kişi başına gayrisafi yurt içi hâsıla (GSYH) değerleri uluslararası dolar cinsinden ifade edilir. Bu yöntem, reel ekonomik kapasitenin ölçümünde döviz kuruna kıyasla daha güvenilir bir gösterge sunmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde fiyat seviyelerinin görece düşük olması, nominal gelir hesaplamalarında refah düzeyinin olduğundan daha düşük görünmesine yol açabilmektedir (Salmanov ve Gezdim, 2025).

Satın alma gücü paritesi yalnızca ekonomik refah karşılaştırmaları için değil, aynı zamanda OECD, IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların küresel ekonomik analizlerinde ve kaynak tahsis süreçlerinde de önemli bir araçtır. SGP'ye dayalı veriler, ülkeler arasındaki gelir eşitsizliklerinin, üretim gücünün ve tüketim

kapasitesinin değerlendirilmesinde yaygın biçimde kullanılmaktadır. Ayrıca uluslararası karşılaştırmalı sıralamalar, çoğunlukla SGP esas alınarak oluşturulmaktadır. Bununla birlikte SGP'nin bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Tüm ülkeler için ortak bir tüketim sepeti tanımlamak ve fiyatları tutarlı biçimde toplamak oldukça karmaşık bir süreçtir. Ayrıca tüketim alışkanlıklarının ülkeler arasında farklılık göstermesi, bazı mal ve hizmetlerin görece önemini değiştirebilmektedir. Bu nedenle SGP hesaplamaları mutlak doğruluk iddiasından ziyade, karşılaştırmalı analizlerde tutarlılık sağlamayı amaçlamaktadır. Bu yönüyle SGP verileri, ekonomik değerlendirmelerde önemli olmakla birlikte dikkatli yorumlanmalıdır.

Tablo 29'da yer alan 2012–2023 dönemine ait satın alma gücü paritesi (SGP) verileri incelendiğinde, Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile Türkiye arasında hem düzey hem de eğilim açısından belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Genel olarak tüm ülkelerde uzun vadede artış eğilimi gözlemlenmekte olup, bu durum kişi başına düşen gelir ve yaşam standartlarında görece bir iyileşmeye işaret etmektedir. Bununla birlikte, 2020 yılı itibarıyla birçok ülkede sınırlı bir gerileme ya da durağanlık dikkat çekmektedir. Bu gelişme, küresel ölçekte ekonomik faaliyetlerin daraldığı pandemi sürecinin etkileriyle açıklanabilir.

Tablo 29. 2012-2023 yılları AB ve Türkiye için satın alma gücü paritesi (WORLD BANK, 2026).

Ülke İsimleri	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Avusturya	46156.5	47519.9	48355.5	49562.6	52397.9	53869.8	56636.5	60354.9	58523.0	62968.9	70734.9	70478.8
Belçika	42483.5	43864.1	45147.6	46084.2	48414.6	50256.1	52466.7	56712.5	56120.1	60666.3	68137.7	69072.8
Bulgaristan	16327.3	16649.4	17616.3	18391.0	20065.7	21458.0	22977.7	25434.8	25863.2	29305.4	34855.9	37507.8
Güney Kıbrıs	31923.9	30451.8	30171.0	31930.9	35878.6	38415.2	40925.4	45116.7	43353.9	48784.6	56019.4	57213.8
Çekya	29465.6	31013.0	32743.5	34102.2	36445.0	39346.0	41638.2	45614.0	44839.5	47796.0	51709.8	53217.4
Almanya	44229.4	45889.0	47938.8	48558.4	51569.9	54110.3	56273.0	59270.7	58685.9	62530.8	67589.8	69205.9
Danimarka	44755.2	46869.2	47879.6	48910.3	51821.0	55271.6	57233.6	60595.0	62682.3	69715.2	77400.3	73737.4
İspanya	31869.8	32602.6	33746.3	35221.0	37591.7	39806.4	41001.4	44027.5	39322.7	44277.8	50496.6	53229.9
Estonya	26242.5	27831.2	29403.7	29720.6	31947.8	34506.6	37121.0	40586.4	40672.1	44251.5	47802.0	46790.3
Finlandiya	40739.1	41325.8	41547.1	42269.2	44562.4	47234.9	49248.7	52276.1	53296.6	56790.4	61344.6	61734.5
Fransa	37671.0	39583.4	40218.1	40916.1	42880.2	44469.1	46381.1	51130.5	49481.8	52517.3	56181.0	58317.8
Yunanistan	24583.0	25730.9	26450.2	26614.8	27504.5	28681.7	29792.1	31927.4	29533.1	33531.2	38969.0	41182.0
Hırvatistan	21620.2	22432.3	22708.2	23759.1	25804.8	27889.6	29789.2	33064.3	31595.9	36932.7	41959.5	45603.0
Macaristan	23267.4	24548.0	25691.5	26806.0	27941.9	29496.2	31908.9	35152.6	35029.9	38324.2	43701.9	45021.3
İrlanda	46726.2	48838.8	52640.8	71607.5	73126.2	80786.0	86843.8	92808.0	98866.4	118701.8	137346.4	124900.9
İtalya	36678.1	36506.3	36383.1	37086.0	40140.5	41770.3	43190.6	46661.9	44435.6	49825.4	56218.8	57801.4
Litvanya	24578.1	26595.4	28052.5	28915.6	30870.2	33760.6	36721.9	40809.9	41491.3	45997.0	50498.4	50914.9
Lüksemburg	96636.4	100925.0	105296.3	107888.6	113365.2	114985.8	116498.5	121403.8	122114.1	135501.6	144872.7	139466.4
Letonya	20494.0	21850.1	22973.7	24137.9	25802.2	27645.8	29817.8	32199.1	32741.4	36913.8	39965.3	41491.5

Tablo 29. (Devamı)

Ülke İsimleri	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Malta	30716.1	33048.2	35118.5	38307.4	40923.4	45676.7	48106.0	51377.4	49930.0	56748.7	60352.5	63419.8
Hollanda	47653.3	49622.1	49751.3	50970.3	53162.3	56037.6	58819.3	62345.3	62596.6	68573.6	77152.2	78305.3
Polonya	23728.1	24433.9	25459.7	26995.3	28359.7	30170.3	32345.1	35882.4	36714.2	41059.6	46077.4	46570.5
Portekiz	26476.2	27966.1	28764.5	29616.0	31589.3	32970.8	34896.8	37865.6	35966.7	38657.7	44557.3	47331.1
Romanya	19807.4	19678.1	20633.0	21630.5	23905.3	26943.4	29586.5	33638.7	34386.0	37732.6	42218.0	45777.0
Slovakya	27022.8	28075.4	29108.1	30156.0	29868.0	30245.8	31509.8	33985.7	35327.9	38356.1	41111.7	43625.4
Slovenya	28786.7	29634.1	30572.0	31344.6	33575.2	36180.0	38620.2	42373.3	41767.3	45914.1	51079.2	53952.2
İsveç	45207.0	46098.2	46841.4	48785.2	50289.8	51474.1	53122.4	57046.4	57489.3	62731.7	66375.6	67198.0
Türkiye	20627.5	22373.2	24105.0	25862.7	26695.9	28193.2	28299.4	28461.2	28680.2	31338.3	39101.1	42326.2

AB ülkeleri kendi içinde değerlendirildiğinde, yüksek gelir grubunda yer alan ülkeler ile görece düşük gelir düzeyine sahip ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Lüksemburg, İrlanda, Danimarka, Hollanda ve Almanya gibi ülkeler, dönem boyunca en yüksek SGP değerlerine sahip olup, özellikle Lüksemburg ve İrlanda'nın diğer ülkelere kıyasla belirgin biçimde ayrıştığı görülmektedir. Bu ülkelerde yüksek katma değerli üretim yapısı, gelişmiş finansal sistemler ve yüksek verimlilik düzeyi SGP'nin yüksek seyretmesinde etkili olmaktadır. Öte yandan Bulgaristan, Romanya, Polonya ve Litvanya gibi ülkeler daha düşük başlangıç seviyelerine sahip olmalarına rağmen incelenen dönemde hızlı bir artış performansı sergilemişlerdir. Bu durum, söz konusu ülkelerin AB'ye entegrasyon süreciyle birlikte ekonomik yakınsama (convergence) dinamiklerini güçlendirdiğini göstermektedir.

Türkiye'nin SGP verileri incelendiğinde ise 2012–2017 döneminde istikrarlı bir artış eğilimi dikkat çekmektedir. Ancak 2018–2020 yılları arasında bu artışın yavaşladığı ve verilerin görece yatay bir seyir izlediği görülmektedir. Bu dönemde yaşanan makroekonomik dalgalanmalar, döviz kuru şokları ve enflasyonist baskılar bu durağanlığın temel nedenleri arasında değerlendirilebilir. 2021 yılı sonrasında ise Türkiye'nin SGP değerlerinde yeniden belirgin bir artış eğilimi ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte, bu artışın yalnızca reel refah artışıyla değil, aynı zamanda fiyat düzeylerindeki değişimler ve kur hareketleriyle de ilişkili olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki karşılaştırma, Türkiye'nin incelenen dönem boyunca AB ortalamasının altında kaldığını göstermektedir. Bununla birlikte Türkiye'nin özellikle son yıllarda Bulgaristan, Romanya ve Polonya gibi bazı Doğu Avrupa ülkelerine yakınsadığı söylenebilir. Buna karşın Almanya, Fransa ve Hollanda gibi gelişmiş AB ekonomileri ile Türkiye arasındaki farkın hâlen

önemli ölçüde devam ettiği görülmektedir. Bu durum, Türkiye'nin orta gelir grubunda konumlandığını ve yüksek gelirli ülkelerle arasındaki refah farkını kapatabilmesi için yapısal reformlara ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır.

#### **4.4.8. Türkiye ve AB'de Enflasyon Verileri**

Enflasyon, genel fiyat seviyesindeki sürekli artış olarak tanımlanmakta ve para biriminin satın alma gücünü azaltmaktadır. Bu olgu hem tüketicilerin hem de üreticilerin ekonomik kararlarını etkileyen temel makroekonomik değişkenlerden biridir. Enflasyonun ölçümünde genellikle Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE) ve Üretici Fiyat Endeksi (ÜFE) kullanılmakta; bu göstergeler belirli bir mal ve hizmet sepetinin zaman içindeki fiyat değişimlerini yansıtarak ekonomi genelindeki fiyat hareketlerini izlemeye imkân tanımaktadır (Özuysal, 2011).

Enflasyonun nedenleri genel olarak talep ve arz yönlü olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Talep yönlü enflasyon, toplam talebin üretim kapasitesini aşması durumunda ortaya çıkmakta; yüksek tüketim, artan kamu harcamaları ve genişleyici para politikaları bu süreci tetiklemektedir. Arz yönlü enflasyon ise üretim maliyetlerindeki artıştan kaynaklanmakta; özellikle enerji, emtia ve işgücü maliyetlerindeki yükselişler fiyatlar üzerinde baskı oluşturmaktadır.

Enflasyonun ekonomi üzerindeki etkileri çok boyutludur. İlimli düzeydeki enflasyon ekonomik büyümeyi destekleyebilirken, yüksek ve oynak enflasyon ekonomik istikrarsızlığa yol açmaktadır. Hanehalkı açısından reel gelirlerin azalması ve tasarrufların değer kaybetmesi önemli olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Ayrıca yüksek enflasyon, belirsizliği artırarak uzun vadeli yatırım kararlarını zorlaştırmakta ve büyüme üzerinde baskı oluşturmaktadır. Bu nedenle fiyat istikrarının sağlanması, merkez bankalarının temel hedefleri arasında yer almaktadır (Şentürk, 2019). Enflasyonla mücadelede para politikası temel araçlardan biridir. Merkez bankaları faiz oranları ve para arzını düzenleyerek talep baskısını sınırlamayı amaçlamaktadır. Faiz artışları kredi maliyetlerini yükselterek tüketim ve yatırımı azaltırken, politika gecikmeleri, arz şokları ve beklentiler para politikasının etkinliğini sınırlayabilmektedir. Bu nedenle maliye politikaları, enflasyonla mücadelede tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir (Salmanov ve Gezdim, 2025).

Gelişmekte olan ülkelerde enflasyon çoğunlukla yapısal sorunlarla birlikte seyretmektedir. Mali disiplinsizlik, dışa bağımlılık, döviz kuru dalgalanmaları ve kurumsal zayıflıklar enflasyonun kronikleşmesine yol açabilmektedir. Özellikle

ithalata bağımlı ekonomilerde döviz kurundaki artışlar maliyetleri yükselterek enflasyonist baskıları artırmaktadır. Türkiye gibi ekonomilerde kur geçişkenliği, beklentiler ve fiyatlama davranışları enflasyon dinamiklerinde belirleyici olmaktadır (Seçtim, 2019). Bu çerçevede kalıcı fiyat istikrarı; güçlü para politikası, sağlam kamu maliyesi ve öngörülebilir ekonomik politikaların birlikte uygulanmasını gerektirmektedir.

Enflasyon ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki Ekonomi literatüründe giderek daha fazla önem kazanan bir konudur. Sağlık sektörü, büyük oranda kamu harcamalarıyla desteklenen, aynı zamanda özel tüketim kalemleri arasında da yer alan yapısıyla fiyat dalgalanmalarından doğrudan etkilenmektedir. Enflasyon oranlarının yükselmesi, hem sağlık hizmeti sunum maliyetlerini artırmakta hem de bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ekonomik açıdan zorlaştırmaktadır (Boz ve Kurnaz, 2025). Özellikle tıbbi donanım, ilaç ve teknolojik yeniliklerin büyük ölçüde ithalata dayalı olduğu ülkelerde döviz kuru üzerinden gelen maliyet artışları, enflasyonla birlikte sağlık sistemine doğrudan baskı oluşturmaktadır. Enflasyon ortamında mal ve hizmet fiyatlarındaki artış, kamu sağlık bütçelerinin reel değerini azaltırken, hastaneler ve sağlık hizmeti sunucuları daha yüksek maliyetlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum ya hizmet kalitesinin düşmesine ya da doğrudan vatandaşlara yansıtılan ek maliyetlere neden olabilmektedir (Salmanov ve Gezdim, 2025).

Enflasyonun sağlık harcamaları üzerindeki etkisi yalnızca arz yönlü değil, aynı zamanda talep yönlüdür. Yüksek enflasyon dönemlerinde bireylerin satın alma gücü düştüğünden, koruyucu sağlık hizmetleri gibi uzun vadeli fayda sağlayan hizmetlerden feragat edilip acil müdahale gerektiren tedavilere yönelim artabilir. Bu da sağlık sistemlerinde dengesiz yük dağılımına ve kronik hastalıkların daha maliyetli şekilde yönetilmesine neden olur (Beylik vd., 2022). Bütçe açıkları nedeniyle kısılan yatırımlar, altyapı projelerinin ertelenmesine, sağlık personelinin ücretlerinin reel olarak gerilemesine ve beyin göçü gibi yapısal sorunlara yol açabilir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde bölgesel ve sosyoekonomik farklılıkları daha da derinleştirmektedir.

DSÖ ve OECD gibi uluslararası kuruluşlar, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından fiyat istikrarının kritik bir ön koşul olduğunu belirtmektedir. Uzun vadeli sağlık politikalarının etkili bir şekilde uygulanabilmesi için makroekonomik istikrar şarttır. Enflasyonun kontrol altında tutulmadığı

ülkelerde sağlık sisteminde maliyet-etkinlik analizi yapmak ve kaynak tahsisinde öncelikleri yeniden belirlemek zorunlu hale gelmektedir.

Enflasyon yalnızca bir fiyat artışı sorunu değil, aynı zamanda sosyal refahı etkileyen çok yönlü bir makroekonomik problemdir. Sağlık harcamaları gibi temel kamu hizmetlerinin planlanması ve sürdürülebilirliği açısından enflasyonla etkin mücadele hayati önemdedir. Bu bağlamda hem maliye politikaları hem de sağlık politikaları arasında eşgüdüm sağlanması, hizmet sunumunun kesintisiz ve adil bir şekilde sürdürülmesini güvence altına alacaktır.

Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki enflasyon farklılıkları hem yapısal ekonomik dinamiklerin hem de uygulanan para ve maliye politikalarının farklılığından kaynaklanmaktadır.

Tablo 30’da 2013-2024 yılları arasındaki AB ve Türkiye için enflasyon verileri sunulmuştur. AB ülkelerinde enflasyon oranları uzun yıllar boyunca istikrarlı ve düşük seviyelerde seyretmiş; 2010’lu yıllarda birçok ülkede %2’nin altında kalmıştır. Buna karşılık Türkiye’de aynı dönemde enflasyon çift hanelere yaklaşan veya bu eşiği aşan oranlarla dikkat çekmiş, özellikle 2017 sonrasında fiyat istikrarı giderek bozulmuştur.

Tablo 30. 2013-2024 yılları AB ve Türkiye için enflasyon verileri (EUROSTAT, 2026).

Ülkeler	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Belçika	1.2	0.5	0.6	1.8	2.2	2.3	1.2	0.4	3.2	10.3	2.3	4.3
Bulgaristan	0.4	-1.6	-1.1	-1.3	1.2	2.6	2.5	1.2	2.8	13.0	8.6	2.6
Çekya	1.4	0.4	0.3	0.6	2.4	2.0	2.6	3.3	3.3	14.8	12.0	2.7
Danimarka	0.5	0.4	0.2	0.0	1.1	0.7	0.7	0.3	1.9	8.5	3.4	1.3
Almanya	1.6	0.8	0.7	0.4	1.7	1.9	1.4	0.4	3.2	8.7	6.0	2.5
Estonya	3.2	0.5	0.1	0.8	3.7	3.4	2.3	-0.6	4.5	19.4	9.1	3.7
İrlanda	0.5	0.3	0.0	-0.2	0.3	0.7	0.9	-0.5	2.4	8.1	5.2	1.3
Yunanistan	-0.9	-1.4	-1.1	0.0	1.1	0.8	0.5	-1.3	0.6	9.3	4.2	3.0
İspanya	1.5	-0.2	-0.6	-0.3	2.0	1.7	0.8	-0.3	3.0	8.3	3.4	2.9
Fransa	1.0	0.6	0.1	0.3	1.2	2.1	1.3	0.5	2.1	5.9	5.7	2.3
Hırvatistan	2.3	0.2	-0.3	-0.6	1.3	1.6	0.8	0.0	2.7	10.7	8.4	4.0
İtalya	1.2	0.2	0.1	-0.1	1.3	1.2	0.6	-0.1	1.9	8.7	5.9	1.1
Kıbrıs	0.4	-0.3	-1.5	-1.2	0.7	0.8	0.5	-1.1	2.3	8.1	3.9	2.3
Letonya	0.0	0.7	0.2	0.1	2.9	2.6	2.7	0.1	3.2	17.2	9.1	1.3
Litvanya	1.2	0.2	-0.7	0.7	3.7	2.5	2.2	1.1	4.6	18.9	8.7	0.9
Lüksemburg	1.7	0.7	0.1	0.0	2.1	2.0	1.6	0.0	3.5	8.2	2.9	2.3
Macaristan	1.7	0.0	0.1	0.4	2.4	2.9	3.4	3.4	5.2	15.3	17.0	3.7
Malta	1.0	0.8	1.2	0.9	1.3	1.7	1.5	0.8	0.7	6.1	5.6	2.4
Hollanda	2.6	0.3	0.2	0.1	1.3	1.6	2.7	1.1	2.8	11.6	4.1	3.2
Avusturya	2.1	1.5	0.8	1.0	2.2	2.1	1.5	1.4	2.8	8.6	7.7	2.9
Polonya	0.8	0.1	-0.7	-0.2	1.6	1.2	2.1	3.7	5.2	13.2	10.9	3.7
Portekiz	0.4	-0.2	0.5	0.6	1.6	1.2	0.3	-0.1	0.9	8.1	5.3	2.7
Romanya	3.2	1.4	-0.4	-1.1	1.1	4.1	3.9	2.3	4.1	12.0	9.7	5.8
Slovenya	1.9	0.4	-0.8	-0.2	1.6	1.9	1.7	-0.3	2.0	9.3	7.2	2.0
Slovakya	1.5	-0.1	-0.3	-0.5	1.4	2.5	2.8	2.0	2.8	12.1	11.0	3.2
Finlandiya	2.2	1.2	-0.2	0.4	0.8	1.2	1.1	0.4	2.1	7.2	4.3	1.0
İsveç	0.4	0.2	0.7	1.1	1.9	2.0	1.7	0.7	2.7	8.1	5.9	2.0
Türkiye	7.5	8.9	7.7	7.7	11.1	16.3	15.2	12.3	19.6	72.3	54.0	58.5

2022 yılı, hem Türkiye hem de AB ülkeleri açısından bir dönüm noktası olmuştur. Küresel tedarik zinciri kırılmaları, enerji fiyatlarındaki artış ve Rusya-Ukrayna savaşı gibi dışsal şoklar AB ülkelerinde enflasyonu hızla artırmıştır. Eurostat verilerine göre 2022 yılında Euro Alanı'nda ortalama yıllık enflasyon %8.4 olarak gerçekleşirken, AB genelinde bu oran %8.8'e yükselmiştir. Ancak aynı yıl Türkiye'de yıllık tüketici enflasyonu (TÜFE) resmi olarak %64.27 seviyesine ulaşmış ve bu oran, AB ortalamasının yaklaşık sekiz katına denk gelmiştir. Bu farklılığın arkasında para politikası uygulamalarındaki ayrışma temel rol oynamaktadır. Avrupa Merkez Bankası (ECB), fiyat istikrarı hedefi doğrultusunda faiz artışları ve parasal sıkılaştırma politikaları ile enflasyonu kontrol altında tutmaya çalışmıştır. Türkiye'de ise 2021 sonrasında geleneksel para politikalarının dışına çıkılmış, faiz indirimleri ve genişlemeci politikalarla kur ve maliyet baskıları artmıştır. Bu durum, fiyatlara geçişkenliği artırarak enflasyonun kontrol dışı bir yapıya bürünmesine yol açmıştır.

2023 ve 2024 yıllarında AB ülkeleri enflasyonda belirgin bir düşüş eğilimi gösterirken, Türkiye için bu iyileşme daha sınırlı kalmıştır. Euro Alanı 2023'ü %5.4 ile kapatmış, 2024'ün ilk aylarında %2.5 seviyesine kadar gerilemiştir. Türkiye'de ise 2023 yılı %53.9 oranıyla yüksek enflasyonla tamamlanmış, 2024 yılı için yapılan tahminler enflasyonun %43 civarında seyredeceğini göstermektedir. Bu kıyaslama, Türkiye'nin halen fiyat istikrarı konusunda AB ülkelerine kıyasla çok daha kırılgan bir ekonomik yapıya sahip olduğunu ve enflasyonla mücadelede uzun vadeli ve tutarlı politikaların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

#### **4.4.9. İşsizlik**

İşsizlik, çalışma isteği ve yeteneği bulunan bireylerin mevcut iş olanaklarına rağmen istihdam edilememesi durumunu ifade eder. Gelişmiş ya da gelişmekte olan tüm ülkeler için önemli bir makroekonomik gösterge olan işsizlik oranı, yalnızca ekonomik performansın değil, aynı zamanda toplumsal refahın da güçlü bir göstergesidir. İşsizliğin artması bireysel gelir kaybına ve toplam üretim kapasitesinin potansiyelinin altında kalmasına yol açarak üretim, tüketim ve ekonomik büyümeyi doğrudan etkilemektedir (Çelik, 2020: 11).

İşsizlik farklı türlerde ortaya çıkabilmektedir. Fraksiyonel işsizlik, bireylerin iş değiştirme süreçlerinden kaynaklanırken; yapısal işsizlik, sektörler arası uyumsuzluklardan doğmaktadır. Teknolojik gelişmelerle birlikte nitelikli iş gücüne

olan talebin artması, düşük vasıflı iş gücünün istihdam dışı kalmasına neden olabilmektedir. Konjonktürel işsizlik ise ekonomik durgunluk ve kriz dönemlerinde daha belirgin hâle gelmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 181). Bu çerçevede işsizlik, yalnızca bireysel bir sorun değil, ekonomik yapının iş gücünü ne ölçüde etkin kullandığının da bir göstergesidir.

Yüksek işsizlik oranları, toplumsal eşitsizlikleri derinleştirirken sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki yükü artırmaktadır. Gelir kaybı yaşayan bireylerin sağlık, eğitim ve barınma gibi temel hizmetlere erişimi sınırlanabilmektedir. Uzun süreli işsizlik, psikolojik sorunlara yol açarken toplumsal dışlanma ve sosyal huzursuzluk riskini de artırmaktadır (Kocasoy, 2014: 18). Özellikle genç işsizlik, gelişmekte olan ülkelerde insan sermayesinin etkin kullanılmasını engelleyen önemli bir sorun olarak öne çıkmaktadır.

Makroekonomik düzeyde işsizlik, kamu maliyesi üzerinde de belirleyici etkilere sahiptir. Artan işsizlik vergi gelirlerini azaltırken sosyal yardım harcamalarını yükseltmekte ve bütçe dengeleri üzerinde baskı oluşturmaktadır. Aynı zamanda tüketim talebinin daralması ve yatırım ortamının zayıflaması ekonomik büyüme potansiyelini sınırlamaktadır (Selim vd., 2014: 19). Bu nedenle işsizlik, ekonomik verimlilik kaybı ve refah azalmasıyla sonuçlanan çok boyutlu bir sorun niteliği taşımaktadır (Lopreite ve Zhu, 2020).

İşsizlik ile sağlık harcamaları arasında çift yönlü ve karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. İşsizliğin artması, bireylerin gelirlerinde azalmaya ve sağlık hizmetlerine erişimde kısıtlamalara yol açarken; ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarının yaygınlaşmasına da zemin hazırlamaktadır (Li vd., 2019: 6). Bu durum, kamu sağlık sistemlerine olan talebi artırarak sağlık harcamalarının yükselmesine neden olmaktadır. Özellikle sosyal güvenlik kapsamındaki birey sayısının artması, devletin sağlık alanındaki mali yükünü belirgin biçimde artırmaktadır.

Uzun süreli işsizlik, depresyon, anksiyete ve stres bozuklukları gibi ruhsal sorunların yaygınlaşmasına neden olmakta; bu durum sağlık sistemi üzerinde ek maliyetler oluşturmaktadır. Ayrıca gelir kaybı yaşayan bireyler, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma eğiliminde olduklarından, hastalıkların ileri aşamalarda tespit edilmesi tedavi maliyetlerini artırmaktadır (Adam vd., 2016: 165).

İşsizliğin artması, özel sağlık harcamalarının azalmasına da yol açabilmektedir. İş gücünden ayrılan bireyler özel sağlık sigortalarını sürdürememekte ve özel sağlık

hizmetlerine erişimde güçlük yaşamaktadır. Bu durum, kamu sağlık sistemine olan bağımlılığı artırmaktadır (Selim vd., 2014: 16). Sosyal devlet anlayışının güçlü olduğu ülkelerde işsizlik oranındaki artışın kamu sağlık harcamalarını doğrudan yükselttiği gözlemlenmektedir.

Makro düzeyde bakıldığında, işsizlik oranlarındaki artış sağlık harcamalarının GSYH içindeki payını da etkileyebilmektedir. Ekonomik durgunluk dönemlerinde hem işsizlik artmakta hem de kamu sağlık harcamaları yükselme eğilimi göstermektedir. Ancak bu ilişkinin düzeyi, ülkelerin sağlık sistemlerinin yapısına, sosyal güvenlik kapsamına ve uygulanan ekonomi politikalarına bağlı olarak farklılaşmaktadır (Kurşun ve Rakıcı, 2014: 84). Sonuç olarak işsizlik ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki çok boyutlu ve bağlama duyarlıdır. Bireysel düzeyde gelir kaybı ve sağlık hizmetlerine erişimde azalma yaşanırken; toplumsal düzeyde sağlık sistemi üzerindeki yük artmaktadır. Bu nedenle sağlık ekonomisi analizlerinde işsizlik gibi sosyoekonomik göstergelerin dikkate alınması ve iş gücü piyasası ile sağlık politikalarının bütüncül bir yaklaşımla ele alınması büyük önem taşımaktadır (Kocasoy, 2014: 25).

Tablo 31’de yer alan 2013–2024 döneminde Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki işsizlik oranları karşılaştırıldığında, genel eğilimler bakımından önemli farklılıklar dikkat çekmektedir. AB ülkeleri genel olarak ekonomik kriz sonrası toparlanma süreci yaşarken, Türkiye’de işsizlik oranları özellikle 2018 sonrasında artış eğilimi göstermiştir. Türkiye’de 2013 yılında %8.8 olan işsizlik oranı, 2019’da %13.7 ile zirveye ulaşmış; 2024’e gelindiğinde ise %8.8 seviyesine yeniden gerilemiştir. Bu dalgalanma, ekonomik durgunluklar, döviz krizleri ve pandeminin etkileriyle açıklanabilir.

Tablo 31. 2013-2024 yılları AB ve Türkiye için işsizlik verileri (EUROSTAT, 2026).

Ülkeler	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Belçika	8.6	8.7	8.7	7.9	7.2	6.0	5.5	5.8	6.3	5.6	5.5	5.7
Bulgaristan	13.9	12.4	10.1	8.6	7.2	6.2	5.2	6.1	5.2	4.2	4.3	4.2
Çekya	7.0	6.1	5.1	4.0	2.9	2.2	2.0	2.6	2.8	2.2	2.6	2.6
Danimarka	7.4	6.9	6.3	6.0	5.8	5.1	5.0	5.6	5.1	4.5	5.1	6.2
Almanya	4.9	4.7	4.4	3.9	3.5	3.2	2.9	3.6	3.6	3.1	3.1	3.4
Estonya	8.6	7.3	6.4	6.8	5.8	5.4	4.5	6.9	6.2	5.6	6.4	7.6
İrlanda	13.8	11.9	9.9	8.4	6.7	5.8	5.0	5.9	6.2	4.5	4.3	4.3
Yunanistan	27.8	26.6	25.0	23.9	21.8	19.7	17.9	17.6	14.7	12.5	11.1	10.1
İspanya	26.1	24.5	22.1	19.6	17.2	15.3	14.1	15.5	14.9	13.0	12.2	11.4
Fransa	10.3	10.3	10.3	10.1	9.4	9.0	8.4	8.0	7.9	7.3	7.3	7.4
Hırvatistan	17.3	17.3	16.2	13.0	11.1	8.3	6.6	7.4	7.5	6.8	6.1	5.0
İtalya	12.4	12.9	12.0	11.7	11.3	10.6	9.9	9.3	9.5	8.1	7.7	6.5
Kıbrıs	15.9	16.1	15.0	13.0	11.1	8.4	7.2	7.6	7.2	6.3	5.8	4.9
Letonya	11.9	10.9	9.9	9.7	8.7	7.4	6.3	8.1	7.6	6.9	6.5	6.9
Litvanya	11.8	10.7	9.1	7.9	7.1	6.2	6.3	8.5	7.1	6.0	6.9	7.1
Lüksemburg	5.9	5.9	6.7	6.3	5.5	5.6	5.6	6.8	5.3	4.6	5.2	6.4

Tablo 31. (Devamı)												
Ülkeler	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Macaristan	9.8	7.5	6.6	5.0	4.0	3.6	3.3	4.1	4.0	3.6	4.1	4.5
Malta	6.1	5.7	5.4	4.7	4.0	4.0	4.1	4.9	3.8	3.5	3.5	3.1
Hollanda	8.2	8.4	7.9	7.0	5.9	4.9	4.4	4.9	4.2	3.5	3.6	3.7
Avusturya	5.7	6.0	6.1	6.5	5.9	5.2	4.8	6.0	6.2	4.8	5.1	5.2
Polonya	10.6	9.2	7.7	6.3	5.0	3.9	3.3	3.2	3.4	2.9	2.8	2.9
Portekiz	17.2	14.6	13.0	11.5	9.2	7.2	6.6	7.1	6.7	6.2	6.5	6.5
Romanya	9.0	8.6	8.4	7.2	6.1	5.3	4.9	6.1	5.6	5.6	5.6	5.4
Slovenya	10.1	9.7	9.0	8.0	6.6	5.1	4.4	5.0	4.8	4.0	3.7	3.7
Slovakya	14.1	13.1	11.5	9.6	8.1	6.5	5.7	6.7	6.8	6.1	5.8	5.3
Finlandiya	8.3	8.7	9.4	8.9	8.7	7.5	6.8	7.7	7.7	6.8	7.2	8.4
İsveç	8.1	8.0	7.5	7.1	6.8	6.5	6.9	8.5	8.9	7.5	7.7	8.4
Türkiye	8.8	9.9	10.3	10.9	10.9	10.9	13.7	13.2	12.0	10.5	9.4	8.8

AB ülkelerine bakıldığında, işsizlik oranlarının 2013 sonrası genel olarak düşüş eğiliminde olduğu gözlemlenir. Örneğin Almanya, Çekya, Hollanda gibi ekonomisi güçlü ülkelerde işsizlik oranı 2024 yılı itibarıyla %3–4 civarındayken; Yunanistan, İspanya ve İtalya gibi güney Avrupa ülkelerinde bu oran daha yüksek kalmıştır. 2013'te Yunanistan'da %27.8 olan işsizlik oranı, 2024'te %10.1'e; İspanya'da ise %26.1'den %11.4'e düşmüştür. Bu da AB içerisinde işgücü piyasalarında toparlanmanın genel ancak eşitsiz olduğunu göstermektedir.

Türkiye ile AB ortalaması kıyaslandığında, Türkiye'nin işsizlik oranı AB ortalamasının genellikle üzerinde seyretmiştir. Özellikle 2019–2021 arasında Türkiye'nin işsizlik oranı %13–14 bandındayken, AB genel ortalaması yaklaşık %6–7 seviyelerinde kalmıştır. Bu fark, Türkiye'deki yüksek genç işsizliği, tarım dışı istihdamın yavaşlaması ve kayıt dışı ekonomi gibi yapısal sorunlardan kaynaklanmaktadır. Öte yandan bazı AB ülkeleri ile Türkiye arasında zaman zaman kesişim noktaları oluşmuştur. Örneğin, 2013 yılında Türkiye'nin işsizlik oranı (%8.8), Belçika (%8.6) ve Danimarka (%7.4) gibi bazı AB ülkeleriyle benzer seviyelerdeydi. Ancak AB ülkeleri izledikleri aktif istihdam politikalarıyla oranlarını azaltırken, Türkiye'deki artış eğilimi dikkat çekmiştir. Bu durum, yapısal reformların gecikmesi ve ekonomik belirsizliklerin işgücü piyasasını olumsuz etkilemesiyle ilişkilidir.

2013–2024 döneminde Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki işsizlik oranları farklı ekonomik dinamikleri yansıtmaktadır. AB ülkeleri genelinde toparlanma gözlenirken, Türkiye dönemsel krizler nedeniyle daha dalgalı bir seyir izlemiştir. Bu bağlamda, Türkiye'nin istihdam piyasasını güçlendirmek için daha etkin iş gücü politikaları uygulaması ve özellikle genç ve kadın istihdamına yönelik yapısal önlemler alması gerekmektedir.

## 5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bu çalışmada Türkiye ile AB ülkelerinin sağlık sistemleri ve sağlık harcamaları, tarihsel gelişim süreci, kurumsal yapı, demografik dönüşüm ve makroekonomik göstergeler çerçevesinde karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Araştırmanın temel amacı, sağlık harcamalarının yalnızca sağlık politikalarının teknik bir sonucu olmadığını; aynı zamanda ekonomik kapasite, gelir düzeyi, istihdam yapısı, fiyat istikrarı ve sosyal devlet anlayışı gibi çok sayıda yapısal faktörün bileşkesi olarak ortaya çıktığını göstermektir. Bu bağlamda çalışma, sağlık harcamalarını dar anlamda bir bütçe kalemi olarak değil, geniş anlamda bir kalkınma ve refah göstergesi olarak ele almıştır.

Araştırmada Türkiye ile AB ülkeleri arasında sağlık sisteminin örgütlenmesi ve finansman yapısı açısından hem belirli benzerlikler hem de derin yapısal ayrımlar bulunduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye’de sağlık sistemi tarihsel olarak güçlü bir kamusal karaktere sahip olmakla birlikte, özellikle 1980 sonrası dönemde ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hizmet sunumunda piyasalaşma eğilimlerinin belirginleştiği görülmektedir. AB ülkelerinde ise sağlık sistemlerinin uzun süredir kurumsallaşmış sosyal sigorta modellerine dayandığı, çok aktörlü yönetim yapıları aracılığıyla merkezi yönetim, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik kurumları arasında görev paylaşımının daha dengeli biçimde sağlandığı tespit edilmiştir. Bu fark, sağlık hizmetlerinin planlanması, kaynak tahsisi ve mali sorumlulukların dağılımı açısından iki yapı arasında önemli sonuçlar doğurmaktadır.

Demografik yapı açısından değerlendirildiğinde, AB ülkelerinde yaşlı nüfus oranının uzun süredir yüksek seviyelerde seyrettiği, Türkiye’de ise görece genç nüfus yapısına rağmen hızlı bir yaşlanma sürecine girildiği görülmektedir. Türkiye’de doğurganlık oranlarının düşmesi ve yaşam beklentisinin artması, önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payını belirgin biçimde artıracaktır. Bu durum, kronik hastalıkların yaygınlaşması, uzun dönemli bakım hizmetlerine olan talebin artması ve sağlık harcamalarının yapısal olarak yükselmesi anlamına gelmektedir. AB ülkeleri bu süreci daha erken yaşamış ve sağlık sistemlerini yaşlanan nüfusa uyumlu hâle getirecek şekilde yeniden yapılandırmıştır. Türkiye açısından ise bu demografik dönüşüm henüz tam olarak sağlık politikalarına

yansımamış olup, gelecekte sağlık harcamaları üzerinde ciddi bir baskı unsuru oluşturma potansiyeline sahiptir.

Sağlık altyapısı ve kapasite göstergeleri bakımından, Türkiye’de son on yılda hastane sayısı, yatak kapasitesi ve sağlık personeli sayısında önemli artışlar yaşandığı görülmektedir. Özellikle kamu hastanelerinin sayısındaki artış ve şehir hastaneleri yatırımları, devletin sağlık altyapısına yönelik güçlü bir yatırım politikası izlediğini göstermektedir. Buna karşın birçok AB ülkesinde hastane sayılarının ve yatak kapasitelerinin bilinçli biçimde azaltıldığı, buna karşılık evde bakım hizmetleri, gündüz klinikleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirildiği dikkat çekmektedir. Bu farklılık, Türkiye’nin daha çok niceliksel kapasite artışına dayalı bir büyüme modeli izlediğini; AB ülkelerinin ise maliyet etkinlik ve hizmet verimliliği temelli bir dönüşüm sürecine girdiğini göstermektedir.

Sağlık iş gücü verileri bu yapısal farkı daha da net biçimde ortaya koymaktadır. Türkiye’de uzman doktor sayısının hızlı bir artış eğilimi sergilediği ve AB ortalamasına yaklaştırmaya başladığı görülmektedir. Buna karşılık birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel unsuru olan genel pratisyen hekim sayısında Türkiye’nin AB ortalamasının belirgin biçimde gerisinde kaldığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde hemşire yoğunluğu açısından da Türkiye’nin AB ülkelerine kıyasla daha düşük seviyelerde olduğu görülmektedir. Bu tablo, Türkiye’nin sağlık sisteminde uzman hekim ve hastane merkezli bir büyüme modeli izlediğini; buna karşılık birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin görece zayıf kaldığını göstermektedir. Oysa AB ülkelerinde aile hekimliği, genel pratisyenlik ve hemşirelik hizmetleri sistemin omurgasını oluşturmakta, hastanelere olan başvurular büyük ölçüde bu kanallar üzerinden filtrelenmektedir. Bu yapı hem maliyetlerin kontrol edilmesine hem de sağlık hizmetlerinin daha dengeli dağıtılmasına imkân tanımaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansman yapısı açısından elde edilen bulgular, Türkiye ile AB ülkeleri arasında kamunun baskın rolü bakımından benzerlik bulunduğunu, ancak bu kamusal finansmanın kurumsal yapısı bakımından önemli ayrımlar olduğunu göstermektedir. Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının önemli bir bölümü merkezi bütçe transferlerine dayanmakta; sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliği giderek daha fazla kamu kaynaklarına bağımlı hâle gelmektedir. Buna karşılık birçok AB ülkesinde sağlık harcamaları güçlü ve kurumsallaşmış sosyal sağlık sigortası fonları aracılığıyla finanse edilmekte, devlet bütçesi daha çok düzenleyici ve tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir. Bu durum, Türkiye’de sağlık

finansman yapısının makroekonomik dalgalanmalara daha açık ve kırılğan bir nitelik taşıdığına işaret etmektedir.

Özel sektör ve cepten harcamalar açısından bakıldığında, Türkiye’de cepten sağlık harcamalarının AB ortalamasına kıyasla daha dalgalı ve son yıllarda yeniden artış eğilimi gösterdiği görülmektedir. Gönüllü sağlık sigortalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının Türkiye’de %2–3 bandında seyretmesi, bu mekanizmanın henüz güçlü bir tamamlayıcı finansman aracı hâline gelmediğini ortaya koymaktadır. Buna karşılık İrlanda, Fransa ve Slovenya gibi bazı AB ülkelerinde gönüllü sigortaların yüksek paya sahip olması, kamusal sistemin kapsamadığı alanlarda bireyleri mali risklere karşı koruyan tamamlayıcı bir rol üstlendiğini göstermektedir. Türkiye’de gönüllü sigorta sisteminin zayıf olması, cepten harcamaların azaltılması ve finansal korumanın güçlendirilmesi açısından önemli bir politika açığına işaret etmektedir.

Makroekonomik göstergelerle sağlık harcamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, Türkiye’nin sağlık harcamalarının görece düşük düzeyinin temel nedenlerinden birinin kişi başına gelir seviyesinin AB ortalamasının oldukça altında olması olduğu görülmektedir. Reel kişi başına GSYH verilerine göre Türkiye’nin gelir düzeyi AB ortalamasının yaklaşık üçte biri düzeyindedir. Satın alma gücü paritesi dikkate alındığında fark kısmen azalsa da Türkiye’nin ekonomik kapasitesinin hâlen sınırlı olduğu açıktır. Bu durum, Türkiye’nin sağlık harcamalarını artırma potansiyelinin yalnızca politik tercihlerle değil, aynı zamanda yapısal ekonomik sınırlamalarla belirlendiğini göstermektedir. Başka bir ifadeyle Türkiye’nin sağlık harcamalarının düşük kalması, yalnızca kamunun isteksizliği değil; aynı zamanda harcama kapasitesinin sınırlı olmasının bir sonucudur.

Enflasyon verileri, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki en kritik yapısal farklardan birini ortaya koymaktadır. AB ülkelerinde uzun yıllar boyunca %2–4 bandında seyreden enflasyon oranları, sağlık bütçelerinin reel değerinin korunmasına ve uzun vadeli planlamaların yapılmasına imkân tanımaktadır. Buna karşılık Türkiye’de özellikle 2022 sonrası dönemde %50’nin üzerine çıkan enflasyon oranları, sağlık harcamalarının nominal olarak artsa dahi reel değerinin hızla erimesine yol açmaktadır. Yüksek enflasyon ortamı, kamu sağlık yatırımlarının maliyetini artırmakta, sağlık personelinin reel gelirlerini düşürmekte ve sağlık sisteminde uzun vadeli mali planlamayı zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda Türkiye’de sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu temel sorunlardan biri,

yalnızca harcama düzeyi değil; bu harcamaların makroekonomik istikrarsızlık nedeniyle sürdürülebilir biçimde yönetilememesidir.

İşsizlik oranları da sağlık harcamaları üzerinde dolaylı fakat önemli bir etkiye sahiptir. Türkiye’de işsizlik oranlarının AB ortalamasının üzerinde seyretmesi, daha geniş bir nüfus kesiminin kamu sağlık sistemine bağımlı hâle gelmesine yol açmaktadır. İşsiz bireylerin özel sağlık hizmetlerine ve gönüllü sigortalara erişimi sınırlı olduğundan, kamu sağlık harcamaları üzerindeki yük artmakta ve sosyal devletin mali sorumluluk alanı genişlemektedir. Buna karşılık birçok AB ülkesinde düşük işsizlik oranları ve güçlü istihdam yapıları, sosyal güvenlik sistemlerinin finansal tabanını genişleterek sağlık harcamalarının daha dengeli biçimde finanse edilmesine imkân tanımaktadır.

Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki temel farkın sağlık harcamalarının mutlak düzeyinden ziyade, bu harcamaların yapısı ve verimliliği ile ilgili olduğu söylenebilir. Türkiye’de sağlık sistemi daha çok kapasite artırıcı, hastane temelli ve uzman hekim ağırlıklı bir büyüme modeli izlerken; AB ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu hekimlik, hemşirelik hizmetleri ve evde bakım gibi maliyet etkin alanlara dayalı bir yapı öne çıkmaktadır. Bu nedenle AB ülkeleri, daha yüksek düzeyde sağlık harcaması yapmalarına rağmen, bu harcamaları uzun vadede daha sürdürülebilir ve verimli biçimde yönetebilmektedir.

Bu bulgular ışığında Türkiye için geliştirilebilecek politika önerileri birkaç temel ekseninde toplanmaktadır. İlk olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve genel pratisyen hekim sayısının artırılması büyük önem taşımaktadır. Aile hekimliği sisteminin yalnızca niceliksel olarak değil, işlevsel olarak da güçlendirilmesi, hastanelere olan gereksiz başvuruları azaltarak sağlık harcamalarının maliyet etkinliğini artıracaktır. Bu doğrultuda uzman doktora başvurularda aile hekimi sevkinin zorunlu hâle getirilmesi, aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması, aile sağlığı merkezlerinde temel tetkik ve laboratuvar hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve aile hekimlerinin kronik hastalık takibinde daha aktif görev alması gerekmektedir. Ayrıca acil servislerin gereksiz kullanımını azaltmak amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin çalışma saatleri ve hizmet kapasitesi genişletilmelidir. İkinci olarak, hemşirelik ve yardımcı sağlık personeli istihdamının artırılması, sağlık hizmetlerinin iş bölümünü daha dengeli hâle getirerek uzman hekimler üzerindeki yükü azaltacaktır. Üçüncü olarak, gönüllü sağlık sigortası sisteminin kurumsal olarak geliştirilmesi ve teşvik edilmesi, cepten harcamaların

azaltılmasına ve finansal koruma mekanizmasının güçlendirilmesine katkı sağlayacaktır. Dördüncü olarak, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından makroekonomik istikrarın sağlanması, özellikle enflasyonla mücadele edilmesi, sağlık politikalarının başarısı için ön koşul niteliği taşımaktadır. Son olarak, yaşanan nüfus gerçeği dikkate alınarak uzun dönemli bakım hizmetleri, evde sağlık hizmetleri ve kronik hastalık yönetimi alanlarında erken dönemde kurumsal kapasite oluşturulması, Türkiye'nin gelecekte karşılaşacağı sağlık harcaması baskılarını daha yönetilebilir hâle getirecektir.

Türkiye'nin sağlık harcamalarını daha sürdürülebilir ve etkin bir yapıya kavuşturabilmesi için yalnızca harcama miktarının artırılması yeterli değildir. Sağlık sisteminde kaynak kullanımının verimliliğini artıracak yapısal önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, dijital sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması, sağlıkta veri temelli planlama mekanizmalarının geliştirilmesi ve sevk zinciri sisteminin etkin biçimde uygulanması önem taşımaktadır. Bunun yanında ilaç ve tıbbi cihaz alanında dışa bağımlılığın azaltılması, yerli üretim kapasitesinin artırılması ve sağlık yatırımlarının bölgesel ihtiyaçlara göre planlanması gerekmektedir. Kamu maliyesi açısından değerlendirildiğinde ise sağlık harcamalarının bütçe üzerindeki baskısının azaltılabilmesi için kaynak tahsisinde etkinliğin artırılması, kayıt dışı istihdamın azaltılarak sosyal güvenlik prim tabanının genişletilmesi ve sağlık finansmanında uzun vadeli mali disiplinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca sağlık finansman yapısının makroekonomik dalgalanmalardan daha az etkilenebilmesi için enflasyonla mücadele edilmesi, kamu bütçe planlamalarının uzun vadeli perspektifle hazırlanması ve mali sürdürülebilirliği destekleyen politikaların uygulanması gerekmektedir. Bu önlemler, Türkiye'de sağlık sisteminin hem mali sürdürülebilirliğini hem de hizmet kalitesini artıracak temel politika alanları olarak

Araştırma sonucunda genel olarak Türkiye'nin sağlık harcamaları alanında niceliksel olarak önemli bir kapasite artışı sağladığını, ancak bu artışın yapısal verimlilik, mali sürdürülebilirlik ve kurumsal derinlik açısından AB ülkelerinin gerisinde kaldığı belirlenmiştir. Türkiye açısından temel mesele, daha fazla harcama yapmak değil; mevcut harcamaları daha rasyonel, daha maliyet etkin ve uzun vadeli ekonomik gerçeklerle uyumlu biçimde yönetebilmektir. Bu yönüyle sağlık

harcamaları, yalnızca sağlık politikasının değil, aynı zamanda genel kalkınma stratejisinin ve makroekonomik istikrarın ayrılmaz bir parçası olarak ele alınmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Adam, A., Delis, M. ve Kammas, P. (2011). Public sector efficiency: leveling the playing field between OECD countries. *Public Choice*, 146(1), 163-183.
- Ak, S. (2021). Geçmişten günümüze Türkiye'nin sağlık politikaları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 20(1), 28-36.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akbulut, F., ve Çeçen, Z. (2025). APEC ülkelerinin sağlık harcamalarının etkinliğinin veri zarflama analizi ve Malmquist İndex yöntemleriyle incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1), 119-133.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık sektörü; temel kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin birliğe uyumu*. (2.Baskı), ISBN: 975-482-729-X, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara.
- Akın, C. S. (2007). *Sağlık ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye’de sağlık sektörü ve harcamaları*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Akın, H., ve Tekerek, B. (2024). Sağlıkta dijitalleşmenin yansımaları: Digital hastanelerin sağlık ekonomisi perspektifinden analizi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 22(Özel Sayı: Endüstri 4.0 ve Dijitalleşmenin Sosyal Bilimlerde Yansımaları), 1877-1900.
- Akıncı, A., ve Tuncer, G. (2016). Türkiye’de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki. *Sayıştay Dergisi*, (102), 47–61.
- Akkuş, Y. (2016). *Tarihsel süreçte Türkiye’nin sağlık politikaları ve planlamaları*. Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları.

- Akpınar, T., ve Ögütoğulları, E. (2020).Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin tarihsel gelişimi. *IBANESS International Conference Series*, 6(1), 201-213.
- Aktop, V. S. (2021). Türkiye ve Avrupa Birliği üyesi ülkelerin görelî araştırma ve geliştirme etkinliğinin analizi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 231-246.
- Albayrak, S., ve Öztürk, İ. (2021). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye üzerine araştırma. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 7(2), 233-257.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33–58
- Asa, S. L., Mete, O., Perry, A., ve Osamura, R. Y. (2022). Overview of the 2022 WHO classification of pituitary tumors. *Endocrine pathology*, 33(1), 6-26.
- Asandului, L., Roman, M. ve Fatulescu, P. (2014). The efficiency of healthcare systems in Europe: a data envelopment analysis approach. *Procedia Economics and Finance*, 10, 261-268.
- Aslanova, K. (2013).Türkiye’de sağlık turizmi ve sağlık turizmi hukuku. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 129-145.
- Aydemir, H. C., ve Eke, E. (2023). Yerel yönetimlerin sunduğu sağlık hizmetlerine yönelik bireylerin memnuniyet algısı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(40), 1390-1411.
- Aydın, N. (2009). Hasta haklarının hukuki boyutu ve korunma yolları. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22, 297–326.
- Balçık, P. Y., ve Konca, M. (2019). Malmquist index ile OECD ülkelerinin sağlık sistemleri performansının değerlendirilmesi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 666-682.
- Baloch, Z. W., Asa, S. L., Barletta, J. A., Ghossein, R. A., Juhlin, C. C., Jung, C. K., ve Mete, O. (2022). Overview of the 2022 WHO classification of thyroid neoplasms. *Endocrine pathology*, 33(1), 27-63.

- Bayram, M. (2017). Sağlık hakkı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 46-50
- Bedir, S. (2016). Healthcare expenditure and economic growth in developing countries. *Advances in Economics And Business*, 4(2), 76-86.
- Beylik, U., Cirakli, U., Cetin, M., Ecevit, E., ve Senol, O. (2022). The relationship between health expenditure indicators and economic growth in OECD countries: A Driscoll-Kraay approach. *Frontiers in public health*, 10, 1050550.
- Boz, C. ve Sur, H. (2016). Avrupa birliği üyesi ve aday ülkelerin sağlık harcamaları açısından benzerlik ve farklılık analizi. *Sosyal Güvençe*, (9), 23-46.
- Boz, C., ve Kurnaz, F. S. (2025). Economic and demographic influences on health expenditures: robust approaches for income and aging effects. *Health Economics Review*, 15(1), 95.
- Brender, J., El-Hamamsy, L., Mondada, F., ve Bumbacher, E. (2024). WHO's helping who? when students use chatgpt to engage in practice lab sessions. In *International Conference on Artificial Intelligence in Education* (pp. 235-249). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Callens, S., ve Cierkens, K. (2008). Legal aspects of E-HEALTH. In *Collaborative Patient Centred eHealth* (pp. 47-56). IOS Press.
- Cavlak, H., ve Kuru, D. (2015). Avrupa Birliği'nde sağlık çalışanlarının hareketliliği ve Türkiye. *IAAOJ, Social Science*, 2(2), 63-81.
- Cucic: (2000). European Union health policy and its implications for national convergence. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 217-225.
- Çavmak, Ş., ve Çavmak, D. (2017). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çelik, A. (2020). G20 ülkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin analizi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 27(1), 1-20.

- Çelik, Y. (2006). Sürdürülebilir kalkınma kavramı ve sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 19-37.
- Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2010). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 177–186.
- Çetinkaya, Ş (2023). Türkiye’de sağlık harcama ve yatırımlarının milli gelir ile ilişkisi. *Dumlupınar Üniversitesi İİBF Dergisi*, 12, 177-190.
- Çetinkaya, V., ve Daştan, İ. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104–134.
- Çiçek, Ö., ve Öçal, M. (2016). Dünyada ve Türkiye’de iş sağlığı ve iş güvenliğinin tarihsel gelişimi. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 5(11), 106-129.
- Çil Koçyiğit, S., Bulut, Ö. U., Çinibulak, M., ve Horoz, M. (2023). Sağlık harcamaları ile sağlık hizmeti kullanım düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi: 2002-2020 dönemi Türkiye örneği. *Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2), 283-307.
- Değer, M. S., Altaş, Z. M., ve Doğan, R. (2024). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2024(1), 18–22.
- Demirci, Ş., Konca, M., ve İlgün, G. (2020). Sağlık finansmanının sağlık sistemleri performansına etkisi: Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkeler üzerinden bir değerlendirme. *Sosyoekonomi*, 28(43), 229–242. <https://doi.org/10.17233/sosyoekonomi.2020.01.13>
- Doğan, İ. (2016). Verimlilik, ekonomik büyüme ve sağlık ilişkisi: Türkiye için doğrusal olmayan nedensellik testi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (48), 31–48.
- Doğramacı, Y. G. (2020). Tele tıp, sağlık turizmi ve uzaktan sağlık hizmetleri: Mesafeli sözleşmeler. *İstanbul Hukuk Mecmuası*, 78(2), 657–710.

- Durand, M., Castelli, C., Roux-Marson, C., Kinowski, J. M., ve Leguelinel-Blache, G. (2024). Evaluating the costs of adverse drug events in hospitalized patients: a systematic review. *Health Economics Review*, 14(1), 11.
- Dürri, Z. (2012). *OECD üyesi AB ülkelerinin sağlık ekonomisi yönünden karşılaştırılması*. [Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- EMA. (2026). European Medicines Agency. [https://www.clinicalresearchassociatetecca.com/ema/?utm\\_source](https://www.clinicalresearchassociatetecca.com/ema/?utm_source) (Erişim: 15.05.2026)
- EEA. (2026). European Environment Agency, URL-3: <https://www.eea.europa.eu/en/about/who-we-are> (Erişim: 15.05.2026)
- Erçelik, G. (2018). The relationship between health expenditure and economic growth in Turkey from 1980 to 2015. *Journal of Politics Economy and Management*, 1(1), 1-8.
- Erol, E. D. (2013). Türkiye ve Avrupa birliği üyesi ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerinin karşılaştırmalı analizi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 5(1), 198-208.
- Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. *İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya*, 1(2), 95-104.
- Esen, E., ve Celik Kecili, M. (2022). Economic growth and health expenditure analysis for Turkey: Evidence from time series. *Journal of the knowledge economy*, 13(3), 1786-1800.
- Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H., ve Fıdaner, C. (2010). Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1).
- European Health Information Gateway. (2023). *Number of hospitals by type (HFA-DB)*. World Health Organization Regional Office for Europe.

[https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_471-5011-number-of-hospitals/](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_471-5011-number-of-hospitals/)

Eurostat. (2023). *Hospital beds by type of care – EU aggregates*.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_rs\\_bds/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_bds/default/table)

Eurostat. (2024). *Hospital beds by type of care*. European Commission.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_rs\\_bds1/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_bds1/default/table)

EUROSTAT.(2026).

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/migr\\_asyappctza\\_\\_custom\\_21415102/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/migr_asyappctza__custom_21415102/default/table)

EUROSTAT. (2026). Health care expenditure by financing scheme.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_sha11\\_hf\\_\\_custom\\_19794030/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf__custom_19794030/default/table) (Erişim: 15.01.2026).

EUROSTAT. (2026). HICP - Inflation Rate.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00118\\_\\_custom\\_17138236/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00118__custom_17138236/default/table?lang=en) (Erişim: 15.01.2026).

EUROSTAT. (2026). Kamu Sağlık Harcaması Oranı (%).  
[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr\\_sp310\\_\\_custom\\_19639672/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310__custom_19639672/default/table) (Erişim: 15.01.2026).

EUROSTAT. (2026). Out-of-pocket expenditure on healthcare.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr\\_sp310\\_\\_custom\\_19639672/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310__custom_19639672/default/table) (Erişim: 15.01.2026)

Fare, R., Grosskopf, S., Norris, M. ve Zong, Z. Y. (1994). Productivity growth technical progress and efficiency change in Industry. *American Economic Review Combine with Journal of Economic Literature and Journal of Economic Perspect*, 84(1), 66-80. verimlilikleri üzerindeki etkileri. *Tisk Akademi*, 5(10), 112-129.

Garip, M. (2020). *Sağlık finansman modelleri ile hizmet kullanım ilişkisi: Türkiye örneği*. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

- Gedik, A., ve Gelmez, E. (2019). Geçiş Ekonomisi Ülkelerinde Verimlilik Analizi. *Turkish Studies Economics, Finance, Politics*, 14(4), 1257-1273.
- Geyik, O., Şeren, G. Y., ve Iliman, T. (2024). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: OECD ülkelerinden kanıtlar. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (36), 92-115. <https://doi.org/10.15182.diclesosbed.1415072>
- Govdeli, T. (2024). The nexus between economic growth, health expenditure, environmental quality: a comparative study for E7 countries. *Reviews on Environmental Health*, 39(3), 551-560.
- Gök, S. (2012). *Sağlık harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği uygulamaları açısından değerlendirilmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Greer, S. L., Hervey, T. K., Mackenbach, J. P., ve McKee, M. (2013). Health law and policy in the European Union. *The Lancet*, 381(9872), 1135-1144.
- Gültaş, A., ve Balçık, P. Y. (2018). Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 193-204.
- Gümüş, F. Ç. V. E., Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Güven, D., Şimşek, T., ve Güven, A. (2018). Sağlık yönetimi kapsamında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: MENA ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi. *Sosyoekonomi*, 26(37), 33-55.
- Güven, E. (2022). Sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlık harcamalarının ekonomik kalkınma ve büyümeye etkisi üzerine bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 8(2), 140-156.
- Hazman, G. ve Küçükilan, M., (2012). Sağlık hizmetlerinde yatırım harcamalarının hastane hizmetleri ve hizmet kalitesine etkisi: Ampirik bir çalışma. *Nevşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2,138-153.[doi:10.30783/nevsosbilen.994496](https://doi.org/10.30783/nevsosbilen.994496).

- Hervey, T. K., ve De Ruijter, A. (2020). The dynamic potential of European Union health law. *European Journal of Risk Regulation*, 11(4), 726–735. <https://doi.org/10.1017/err.2020.70>
- İlgün, G., Yetim, B., Demirci, Ş., ve Konca, M. (2020). Türkiye’deki eğitim ve araştırma hastanelerinde verimlilik değişimi: 2014-2017 döneminin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 523-536.
- Jakovljevic, M., Sugahara, T., Timofeyev, Y. ve Rancic, N. (2020). Predictors of (in) efficiencies of healthcare expenditure among the leading Asian Economies – Comparision of OECD and Non- OECD nations. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2261-2280.
- Jakovljevic, M., Vukovic, M. ve Fontanesi, J. (2016). Life expectancy and health expenditure evolution in Eastern Europe – DİD and DEA analysis. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 16(4), 537-546.
- Karabulut, K., Ersungur, Ş. M., ve Polat, Ö. (2008). Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye’nin ekonomik performanslarının karşılaştırılması: Veri zarflama analizi. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 22(1), 1-11.
- Kavak, Ç., ve Sümbül, Z. (2026). Sağlık harcamalarının ekonomiye etkisi. *The Journal of Academic Social Science*, 159(159), 130-154.
- Kesiroğlu, B., ve Genc, A. (2025). Türkiye’de Farklı Hastane Türleri ve Ödeyiciler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Derleme Çalışması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 12(3), 505-514.
- Ketrez, G., ve Parkan, E. N. (2024). Covid-19 bağlamında sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik çalışmalarına yönelik inceleme. *EUropean Journal of Managerial Research (EUJMR)*, 8(14), 35-48.
- Kızıl, B. C., ve Ceylan, R. (2018). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye örneği. *Journal of Yaşar University*, 13(50), 197-209.
- Kocasoy, A. (2014). *Türkiye’de sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar ve finansmanı*. [Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

- Kol, E. (2015). Türkiye’de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135–164.
- Konca, M., Gzli, M. ve akmak, C. (2019). G-20 lkelerinin sağlık harcamaları yönünden etkinliğinin değerlendirilmesi. *Verimlilik Dergisi*, (2), 119-141.
- Kpegba, S. A., Atisu, L. K. K., Nketiah Sarfo, K., Opong, C., ve Akwaa-Sekyi, E. K. (2024). Public expenditure and economic sustainability: Does institutional quality matter?. *Sustainable Development*, 32(6), 6241-6252.
- Kurşun, A., ve Rakıcı, C. (2014). Türkiye ve sosyal refah devletlerindeki sağlık harcamalarının analizi. *İnsan Hakları Yıllığı*, 32, 77-105.
- Kurt, A. ., ve Şaşmaz, T. (2012). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi: 1961–2003. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 2(1), 21-30.
- Kutlar, A. ve Salamov, F. (2016). Azerbaycan kamu hastanelerinin etkinliği değişiminin incelenmesi: malmquist endeksi uygulaması. *Sakarya İktisat Dergisi*, 5(1), 18-33.
- Li, W., Xia, Y. ve Hou, J. (2019). Health expenditure efficiency in rural China using the süper-SBM model and the Malmquist productivity index. *International Journal for Equity in Health*, 18(111), 1-13.
- Lopreite, M., ve Zhu, Z. (2020). The effects of ageing population on health expenditure and economic growth in China: a Bayesian-VAR approach. *Social science & medicine*, 265, 113513.
- Masri, M. D., & Asbu, E. Z. (2018). Productivity change of national health systems in the WHO eastern mediterranean region. Application of DEA-based Malmquist productivity index. *Global Health Research and Policy*, 3(22), 1-13.
- McNamara, C., Mankad, K., Thust, S., Dixon, L., Limback-Stanic, C., D’Arco, F., ... ve Lbel, U. (2022). 2021 WHO classification of tumours of the central nervous system: a review for the neuroradiologist. *Neuroradiology*, 64(10), 1919-1950.

- Mihalache, I.-C., Tomaziu-Todosia, M., ve Apetroi, F.-C. (2020). The organization of health sector financing in the member states of the European Union and health policies. *In Traders International Trade Academic Journal*, 2(2), 185–190.
- Mirmirani, ve M. Lippmann (2004), Health care system efficiency analysis of G12 countries. *International Business and Economics Research Journal*, 3, 35-42.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., ve Kutzin, J. (Eds.). (2002). *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press.
- Naci, H., Murphy, P., Woods, B., Lomas, J., Wei, J., ve Papanicolas, I. (2025). Population-health impact of new drugs recommended by the National Institute for Health and Care Excellence in England during 2000–20: a retrospective analysis. *The Lancet*, 405(10472), 50-60.
- Nwosu, N. T. (2024). Reducing operational costs in healthcare through advanced BI tools and data integration. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 22(3), 1144-1156.
- Odhiambo, N. M. (2021). Health expenditure and economic growth in sub-Saharan Africa: an empirical investigation. *Development Studies Research*, 8(1), 73-81.
- OECD. (2025). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. OECD Publishing. [https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025\\_a894f72e.html](https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e.html)
- Oflaz, N. K. (2021). Küresel sağlık krizinin ekonomiye etkileri ve mali önlemler: Türkiye üzerine bir inceleme. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8(3), 379-408.
- Oral, B. G., ve Arpazlı Fazlılar, T. (2019). Avrupa Birliği'nde sağlık finansmanında görülen farklılaşmalar. *CBÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 85–108.

- Öztürk, ve Uçan, O., (2017). Türkiye’de sağlık harcamalarında artış nedenleri: sağlık harcamalarında artış-büyüme ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22, 139-152.
- Özuysal, H. (2011). *Türkiye’de sağlık harcamaları: Ekonometrik bir uygulama*: 3- 4, Ankara, 2011.
- Piabuo, S. M., ve Tieguhong, J. C. (2017). Health expenditure and economic growth- a review of the literature and an analysis between the economic community for central African states (CEMAC) and selected African countries. *Health economics review*, 7(1), 23.
- Qehaja, S. S., Qehaja, D., Arber, H. O. T. I., ve Marovci, E. (2023). The relationship between government health expenditure and economic growth: Evidence from western Balkan countries. *International Journal of Applied Economics, Finance and Accounting*, 15(1), 10-20.
- Rao, K. D., Robertson, T., Vecino\_Ortiz, A. I., Noonan, C. M., Hernandez, A. L., Mora-Garcia, C. A., ... ve Maceira, D. (2025). Future health expenditures and its determinants in Latin America and the Caribbean: a multi-country projection study. *The Lancet Regional Health–Americas*, 44.
- Rokicki, T., Perkowska, A., ve Ratajczak, M. (2021). Differentiation in healthcare financing in EU countries. *Sustainability*, 13(1), 251. <https://doi.org/10.3390/su13010251>
- Sağlık Bakanlığı. (2025a). *Sağlık istatistikleri yılı 2023*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı. (2025b). *Sağlık İstatistikleri Yılı 2024 Haber Bülteni*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
- Sahm, F., Aldape, K. D., Brastianos, P. K., Brat, D. J., Dahiya, S., Von Deimling, A., ... ve Perry, A. (2025). cIMPACT-NOW Update 8: Clarifications on molecular risk parameters and recommendations for WHO grading of meningiomas. *Neuro-oncology*, 27(2), 319-330.

- Salmanov, İ., ve Gezdim, S. B. (2025). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi: Türk dünyası devletleri örneği. *Sosyal Bilimlerde Nicel Araştırmalar Dergisi*, 5(1), 76-90.
- Samut, P. K. ve Cafri, R. (2015). Analysis of the efficiency determinants of health systems in OECD countries by dea and anel tobit. *Social Indicators Research*, 129(1), 113–132.
- Saraçoğlu, S., ve Songur, M. (2017). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Avrasya ülkeleri örneği. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(16), 353–372. <https://doi.org/10.9775/kauuibfd.2017.016>
- Sarı, Y., Örsal, Ö., ve Örsal, Ö. (2024). Tele sağlık uygulamalarının sağlık yönetiminde maliyete etkisi: Sistemik bir derleme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 11(2).
- Sayılı, U., Sayman, Ö. A., Vehid, S., Köksal, S. S. ve Erginöz, E. (2017). Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-12.
- Seçtim, H. (2019). Sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir değerlendirme (2003–2011). *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117–133
- Selim, S., Uysal, D., ve Eryiğit, P. (2014). Türkiye’de sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin ekonometrik analizi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 13-24.
- Sethi, N., Mohanty, S., Das, A., ve Sahoo, M. (2024). Health expenditure and economic growth nexus: empirical evidence from South Asian countries. *Global business review*, 25(2\_suppl), S229-S243.
- Sittimart, M., Rattanavipapong, W., Mirelman, A. J., Hung, T. M., Dabak, S., Downey, L. E., ... ve Turner, H. C. (2024). An overview of the perspectives used in health economic evaluations. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 22(1), 41.

- Spinks, J., ve Hollingsworth, B. (2005). Health production and the socioeconomic determinants of health in OECD countries: The use of efficiency models. Monash University Business and Economics, *Working Paper* 151, 1-17.
- Stefko, R., Gavurova, B. ve Kocisova, K. (2018). Healthcare efficiency assessment using dea analysis in the Slovak Republic. *Health Economics Review*, 8(6), 1-12.
- Şantaş, G., Demirgil, B., ve Şantaş, F. (2019). Sağlık harcamaları-gelir dağılımı ilişkisi: Türkiye için bir Ardl sınır testi yaklaşımı. *Journal of Management and Economics Research*, 17(1), 412-427.
- Şaşmaz, M. Ü., Odabaş, H., ve Yayla, Y. E. (2019). OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ile kalkınma arasındaki ilişki: panel veri analizi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 26(3), 851-866.
- Şengün, İ., ve Yiğit, V. (2021). Asya ülkeleri sağlık sistemi verimliliğinin parametrik olmayan yöntemler ile analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(29), 299-316.
- Şentürk, H. D. (2019). *Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye'de eğitim ve sağlık harcamalarının etkinlik analizi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Taş, R. (2024). Avrupa Birliği'nin temel politikaları kapsamında gıda temasının araştırma, kültür, güvenlik ve güvenilirlik perspektifinden incelenmesi. *Anadolu Üniversitesi Mesleki Eğitim ve Uygulama Dergisi*, 3(2), 128-150. <https://doi.org/10.70756/anameud.1552919>
- Teleş, M., Konca, M. ve Çakmak, C. (2021). Malmquist toplam faktör verimlilik endeksi ile OECD ülkelerinin sosyal güvenlik harcamaları verimliliğinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 67-76.
- Telli, R. ve Serin, Z. V. (2022). Gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamaları etkinliğinin Malmquist indeksi ile belirlenmesi. *Verimlilik Dergisi*, (4), 723-740.

- Tıraş, H. (2013).Sağlık ekonomisi: teorik bir inceleme. *Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*,125-152
- Topkaya, Ö. (2016). Sosyal politika bağlamında dünyada sağlık politikalarının tarihsel gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 707–722.
- Tunca, D. (2014). Türkiye’de sağlık harcamaları ve finansmanı. [*Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi*] Ankara.
- Turancı, E., ve Eşiyok, E. (2021). Sağlık ve kültür ilişkisi bağlamında popüler sağlık dergilerinde sağlığın sunumu. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, (54), ss. 96-114.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (1982). [https://cdn.tbmm.gov.tr/TbmmWeb/Anayasa/anayasa\\_2018.pdf](https://cdn.tbmm.gov.tr/TbmmWeb/Anayasa/anayasa_2018.pdf) (Erişim: 15.05.2026)
- Ünsal, A. (2016). *Avrupa birliği ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri ve sağlık göstergelerinin karşılaştırmalı analizi*. Yüksek Lisans Tezi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Üz, K., ve Kara, B. (2022). Türkiye’de sosyal devlet anlayışı ve yaşlı hakları. *Milli Kültür Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 131-151.
- WHO (2026). Health Workforce: Nursing and Midwifery Personnel. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-personnel-\(number\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-personnel-(number)) (Erişim: 15.01.2026).
- Willemze, R., Cerroni, L., Kempf, W., Berti, E., Facchetti, F., Swerdlow, S. H., ve Jaffe, E. S. (2019). The 2018 update of the WHO-EORTC classification for primary cutaneous lymphomas. *Blood*, 133(16), 1703-1714.
- World Health Organization (WHO). (2015). *Health financing for universal coverage*. [https://www.who.int/health\\_financing/en/](https://www.who.int/health_financing/en/)
- World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

- World Health Organization. (2022). *World health statistics 2022: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. WHO. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
- Worldbank. (2026). *GSYH per capita, PPP (current international \$) - Germany, Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, France, Greece,, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Slovak Republic, Slovenia, Spain, Sweden, Turkiye*. [https://data.worldbank.org/indicator/NY.GSYH.PCAP.PP.CD?end=2023&locations=DE-AT-BE-BG-HR-CY-CZ-DK-EE-FI-FR-GR-%E2%80%8EHU-IE-IT-LV-LT-LU-MT-NL-PL-PT-RO-SK-SI-ES-SE-TR&name\\_desc=false&start=1990&view=chart](https://data.worldbank.org/indicator/NY.GSYH.PCAP.PP.CD?end=2023&locations=DE-AT-BE-BG-HR-CY-CZ-DK-EE-FI-FR-GR-%E2%80%8EHU-IE-IT-LV-LT-LU-MT-NL-PL-PT-RO-SK-SI-ES-SE-TR&name_desc=false&start=1990&view=chart) (Erişim: 15.01.2026).
- Yalçın, A.Z. ve Çakmak, F., (2016). Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 30, 705-723.
- Yılmaz, E. (2025). Sağlık politikası karar vericileri için öncelik belirleme: Nadir hastalıklar ve yetim ilaçlar. *Turkish Studies-Economics Finance, Politics*, 20(2).
- Yılmaz, V., ve Yentürk, N. (2015). Türkiye’de sağlık harcamalarına tarihsel bir bakış. *İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi*, 1-17.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı ve analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591–610.
- Zhou, F. (2024). Health and economic benefits of routine childhood immunizations in the era of the Vaccines for Children program—United States, 1994–2023. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 73.

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Metin SARKI

### Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Karadeniz Teknik Üniversitesi Harita Mühendisliği Bölümü ve Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi İktisat Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi : Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce (Orta Düzeyde)

Bilimsel Faaliyetler ve Yayınlar : --

### İş Deneyimi

Stajlar :

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar : Kamu Personeli: GSB, DSİ

Tarih : 17.06.2025