



ANKARA

HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**2000 YILI SONRASI TÜRKİYE’DE YAŞANAN EKONOMİK
KRİZLERİN SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ
ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Fatma BÜLBÜL

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Selin ERTÜRK ATABEY

**YÜKSEK LİSANS
MALİYE ANABİLİM DALI
MALİYE BİLİM DALI**

TEMMUZ – 2020



**2000 YILI SONRASI TÜRKİYE’DE YAŞANAN EKONOMİK
KRİZLERİN SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ**

Fatma BÜLBÜL

**YÜKSEK LİSANS
MALİYE ANABİLİM DALI
MALİYE BİLİM DALI**

**ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2020

ETİK BEYAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Fatma BÜLBÜL

14.07.2020

2000 YILI SONRASI TÜRKİYE’DE YAŞANAN EKONOMİK KRİZLERİN SAĞLIK
HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Fatma BÜLBÜL

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2020

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, 2000 yılı sonrası Türkiye’de yaşanmış olan ekonomik krizlerin sağlık harcamaları üzerindeki etkilerinin var olup olmadığı, var olması durumunda ne yönde etki oluşturduğunu tespit etmektir. Çalışmada Şubat 2001 ve 2008 küresel ekonomik krizleri incelenmiştir. Bu ekonomik krizlerin sağlık harcamaları üzerindeki etkisini tespit etmek için ekonomik krizlerin temel göstergelerinden olan işsizlik, enflasyon, kişi başına düşen GSYH, kamu harcamaları/GSYH ve dış borç/GSYH oranlarından yararlanılmıştır. Çalışmada, Şubat 2001 krizi ve 2008 küresel krizinin ekonomik göstergeler üzerindeki etkisi yıllık veriler ile tespit edilmiştir. Çalışma dönemi, verilerin ulaşılabilirliği dikkate alınarak 1999-2017 arası dönemle sınırlandırılmıştır. Çalışma sonucunda, söz konusu bu krizlerin sağlık harcamaları üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığı, ancak ekonomik kriz döneminde enflasyon, işsizlik, kamu harcamaları/GSYH ve dış borç/GSYH oranlarının artması ve kişi başına düşen GSYH oranının azalması nedeniyle sağlık harcamalarının dolaylı olarak olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir.

Bilim Kodu : 112006
Anahtar Kelimeler : Sağlık Harcamaları, Ekonomik Kriz, Şubat 2001 Krizi, 2008 Küresel Krizi
Sayfa Adedi : 119
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Selin ERTÜRK ATABEY
Öğrenci ORCID : 0000-0002-7754-8774

EXAMINATION OF THE EFFECTS ON HEALTH SPENDING OF ECONOMIC
CRISIS TAKEN PLACE IN TURKEY AFTER 2000

(M.Sc. Thesis)

Fatma BÜLBÜL

ANKARA HACI BAYRAM VELİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL FOR ANKARA HACI BAYRAM VELİ UNIVERSITY

July 2020

ABSTRACT

The aim of this study is whether there is the impact on health spending of the economic crises that took place in Turkey after 2000, to determine in what direction affect it has in case it exists. In the study, economic crises of February 2001 and 2008 global have been examined. To determine the impact of these economic crises on health expenditures were used unemployment, inflation, per capita GDP, public spending/GDP and external debt/GDP ratios which are the main indicators of economic crises. In the study, the impact of the February 2001 crisis and the 2008 global crisis on economic indicators have been determined by annual data. The working period has been limited to the period between 1999 and 2017 by taking into account the availability of the data. As a result of the study, that these crises did not have a direct effect on health expenditures, But it was determined that health spending negatively affected due to the increase in inflation, unemployment, public expenditures/GDP and external debt/GDP rates and the decrease in GDP per capita in during the economic crisis.

Science Code : 112006
Key Words : Health Expenditures, Economic Crisis, February 2001 Crisis, 2008 Global Crisis
Page Number : 119
Supervisor : Doç. Dr. Selin ERTÜRK ATABEY
Student ORCID ID : 0000-0002-7754-8774

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde bana daima yol gösteren, yardımını hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi birikiminden ve tecrübelerinden yararlandığım danışmanım Doç. Dr. Selin ERTÜRK ATABEY'e teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR	vi
TABLoların LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR	xvi
1. GİRİŞ	1
2. EKONOMİK KRİZİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ VE 2000 YILI SONRASI TÜRKİYE’DE YAŞANAN EKONOMİK KRİZLER	3
2.1. Kriz Kavramı.....	3
2.2. Ekonomik Kriz Kavramı ve Özellikleri	4
2.3. Ekonomik Kriz Türleri	7
2.3.1. Reel Sektör Krizleri.....	9
2.3.2. Finansal Krizler.....	10
2.3.2.1. Para/döviz krizi.....	11
2.3.2.2. Bankacılık krizi	12
2.3.2.3. Dış borç krizi	12
2.4. Ekonomik Krizlerin Temel Göstergeleri.....	13
2.5. Türkiye’de 2000 Yılı Sonrası Yaşanan Ekonomik Krizler ve Bu Krizlerin Türkiye Ekonomisine Etkileri	14
2.5.1. 2000 Yılı Öncesi Türkiye Ekonomisinin Genel Durumu	14
2.5.2. Şubat 2001 Krizi	17
2.5.2.1. Krizin ortaya çıkış nedenleri ve krizin gelişimi	17
2.5.3. 2008 Küresel Krizi	24
2.5.3.1. Krizin ortaya çıkış nedenleri ve gelişimi.....	25
3. SAĞLIK HARCAMALARINA İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE DÜNYADAKİ SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ	27
3.1. Sağlık Kavramı.....	27

3.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	28
3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	31
3.3.1. Kamusal Özellik	32
3.3.2. Küresel Kamusal Mal Olma Özelliği.....	33
3.3.3. Erdemli (Merit) Hizmet Olma Özelliği.....	34
3.3.4. Özel Hizmet Olma Özelliği.....	35
3.3.5. Dışsal Özellik.....	36
3.3.6. Tüketimde Talebin Belirsiz Olma Özelliği	37
3.3.7. Ertelenememe ve İkame Edilememe Özelliği.....	37
3.3.8. Asimetrik Bilgi Özelliği	38
3.4. Sağlık Harcaması Kavramı.....	38
3.5. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler.....	40
3.5.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması	40
3.5.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilinci	41
3.5.3. Teknolojinin Gelişmesi.....	41
3.5.4. Kentleşme	42
3.5.5. Yaşam Süresinin Uzaması	42
3.6. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırması.....	43
3.6.1. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi.....	43
3.6.2. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve Türkiye ile Karşılaştırılması	53
4. TÜRKİYE’DE 2001 VE 2008 YILI EKONOMİK KRİZLERİNİN SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ	59
4.1. Ekonomik Kriz Dönemlerinde İşsizliğin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi.....	60
4.1.1. İşsizlik Oranındaki Gelişmeler	62
4.1.2. Ekonomik Kriz Dönemlerinde İşsizliğin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi	64
4.1.2.1. Toplam sağlık harcamaları/GSYH.....	64
4.1.3.2. Kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH.....	66
4.2. Ekonomik Kriz Dönemlerinde Enflasyonun Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi.....	67
4.2.1. Enflasyon Oranındaki Gelişmeler.....	69
4.2.2. Enflasyonun Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi	71

4.2.2.1. Toplam sağlık harcamaları/GSYH.....	71
4.2.2.2. Kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH.....	72
4.3. Ekonomik Kriz Dönemlerinde Kişı Başı GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi.....	74
4.3.1. Kişı Başı GSYH'deki Gelişmeler	75
4.3.2. Kişı Başı GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi	77
4.3.2.1. Toplam sağlık harcamaları/GSYH.....	77
4.3.2.2. Kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH.....	78
4.4. Ekonomik Kriz Dönemlerinde Kamu Harcamaları/GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi	80
4.4.1. Kamu Harcamaları/GSYH'deki Gelişmeler	81
4.4.2. Kamu Harcamaları/GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi	82
4.4.2.1. Toplam sağlık harcamaları/GSYH.....	83
4.4.2.2. Kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH.....	84
4.5. Ekonomik Kriz Dönemlerinde Dış Borç/GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi.....	85
4.5.1. Dış Borç/GSYH'deki Gelişmeler	87
4.5.2. Dış Borç/GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi.....	89
4.5.2.1. Toplam sağlık harcamaları/GSYH.....	89
4.5.2.2. Kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH.....	90
SONUÇ	93
KAYNAKÇA.....	97
ÖZGEÇMİŞ.....	119

TABLoların LİSTESİ

Tablo

Sayfa

Tablo 2.1. 24 Ocak istikrar kararlarının mal piyasası ve para piyasasına yönelik çerçevesi	15
Tablo 2.2. 17 Ağustos 1999 Marmara depreminin kamu finansmanı üzerindeki etkisi.....	19
Tablo 2.3. Güçlü ekonomiye geçiş programı hedefleri doğrultusunda seçili ekonomik göstergeler	24
Tablo 3.1. Erdemli - erdemsiz mallar ile özel malların özelliklerinin kıyaslaması ...	35
Tablo 3.2. Tam kamusal mallar, yarı kamusal mallar ve özel malların özelliklerinin kıyaslaması	36
Tablo 3.3. Hizmet sunucularına göre sağlık harcamalarının gelişimi (milyon TL), 1999-2017, Türkiye	45
Tablo 3.4. Reel GSYH ve sağlık harcamaları, Türkiye	50
Tablo 3.5. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı (% , 1999-2017)	54
Tablo 3.6. OECD ülkelerinde kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$, 1999-2017)	56

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Ekonomik konjonktürdeki yön değiştirme.....	5
Şekil 2.2. Reel krizlerin sınıflandırılması	8
Şekil 2.3. Döviz kuru, döviz satışı (yıllık veriler) \$/TL.....	22
Şekil 2.4. TCMB brüt döviz rezervleri (aylık veri, milyon ABD doları).....	23
Şekil 2.5. ABD’de konut fiyatlarının gelişimi (1990-2008)	26
Şekil 3.1. Sağlık harcamalarının yapıldığı birimler	44
Şekil 3.2. Toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının yüzdesel dağılımı, 1999-2017, Türkiye.....	46
Şekil 3.3. 1999 ve 2017 yılı sağlık harcamalarının yüzdesel dağılımı, Türkiye.....	47
Şekil 3.4. 1999-2017 yılları arasında kamu ve özel kesim sağlık harcamasının GSYH içindeki payı (%), Türkiye.....	49
Şekil 3.5. Kişi başına düşen sağlık harcamaları (\$, 1999-2017), Türkiye	52
Şekil 3.6. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının ortalaması ve Türkiye (% , 1999-2017).....	55
Şekil 3.7. OECD ülkelerinde toplam kişi başına düşen sağlık harcamalarının ortalaması ve Türkiye (% , 1999-2017).....	57
Şekil 4.1. İşsizliğin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi	61
Şekil 4.2. İşsizlik oranlarındaki gelişmeler (%), Türkiye	62
Şekil 4.3. İşsizlik oranı ve toplam sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye.....	65
Şekil 4.4. İşsizlik oranı ve kamu - özel kesim sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye.....	66
Şekil 4.5. Enflasyon oranlarındaki gelişmeler (%), Türkiye.....	70
Şekil 4.6. Enflasyon oranı ve toplam sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%) Türkiye.....	72
Şekil 4.7. Enflasyon oranı ve kamu - özel kesim sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye.....	73
Şekil 4.8. Kişi başına düşen GSYH’deki gelişmeler (\$), Türkiye	76
Şekil 4.9. Kişi başına düşen GSYH ve toplam sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki, Türkiye.....	77

Şekil 4.10. Kişi başına düşen GSYH ve kamu - özel kesim sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki, Türkiye	79
Şekil 4.11. Kamu harcamaları/GSYH'deki gelişmeler (%), Türkiye	82
Şekil 4.12. Kamu harcamaları/GSYH ve toplam sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye	83
Şekil 4.13. Kamu harcamaları/GSYH ve kamu - özel kesim sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye	84
Şekil 4.14. Dış borç/GSYH'deki gelişmeler (%), Türkiye	88
Şekil 4.15. Dış borç/GSYH ve toplam sağlık harcaması/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye.....	89
Şekil 4.16. Dış borç/GSYH ve özel kesim - kamu kesimi sağlık harcaması/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye	91

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

\$

Açıklamalar

Amerikan Doları

Kısaltmalar

Açıklamalar

ABD

Amerika Birleşik Devletleri

ASM

Aile Sağlığı Merkezi

BBDK

Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurumu

BKZ.

Bakınız

ÇEV.

Çeviren

DPT

Devlet Planlama Teşkilatı

FED

Federal Reserve

El

Entegre İlçe Hastanesi

GEGP

Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı

GSMH

Gayri Safi Milli Hasıla

GSYH

Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

IMF

International Monetary Fund

İMKB

İstanbul Menkul Kıymetler Borsası

İŞKUR

Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü

KİT

Kamu İktisadî Teşebbüsü

M.

Madde

NO.

Sayı

OECD

Organisation for Economic Cooperation and
Development

OPEC

Organization of Petroleum Exporting Countries

R.G.

Resmi Gazete

SGK

Sosyal Güvenlik Kurumu

T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TCMB	Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası
TDK	Türk Dil Kurumu
TEFE	Toptan Eşya Fiyat Endeksi
TL	Türk Lirası
TMSF	Tasarruf Mevduatı Sigorta Fonu
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TÜFE	Tüketici Fiyatları Endeksi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VB.	Ve benzeri
VD.	Ve diğer/diğerleri
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

Sağlık harcaması; bir kimsenin hastalığının teşhis ve tedavi edilmesi için gerekli olan sağlık ekipman ve malzemeleri ile ilgili harcamaları, tıp eğitimi ve öğretimi için yapılan harcamaları, toplum sağlığını geliştirme ve iyileştirmeye yönelik harcamaları ve bu gibi sağlığı konu alan bütün harcamaları kapsayan geniş bir kavramdır.

Özellikle 1980’li yıllarla beraber küreselleşmenin hızlanması sonucunda uluslararası ticaret hacminin, insanların ve bilginin mobilitesinin artması, sermaye hareketliliğinin başlaması, kişi başına düşen gelirin artması, eğitim seviyesi, sağlık bilinci ve teknolojinin gelişmesi, kentleşme ve yaşam süresinin uzaması ile birlikte sağlık harcamalarının artış trendi hızlanmıştır.

Ekonomik kriz; iktisadi, siyasi veya sosyal gelişmeler ile ekonomi içerisinde hiç umulmadık bir anda ve aniden ortaya çıkan, ekonominin mevcut durumunu ve ilerideki konumunu olumlu ve/veya olumsuz etkileyebilen bir olgudur. Hem ulusal hem de küresel kaynaklı kriz yılları Türk ekonomi tarihinde önemli bir yere sahiptir.

Ekonomik kriz yıllarında hem kamu kesimi hem de özel kesim genel olarak harcamalarını kısma veya harcamalarından vazgeçme eğilimine gitmektedirler. Ancak, sağlık harcamalarının vazgeçilemez, ertelenemez ve başka bir hizmet türü ile ikame edilemez özelliği nedeniyle ekonomik kriz dönemlerinde sağlık harcamalarının önemi güncelliğini korumakla birlikte kriz dönemlerinde sağlık harcamalarının diğer harcama kalemlerinden ayrı tutularak incelenmesi gerekliliğini de ortaya çıkarmaktadır.

Tezin konusu, 2000 yılı sonrası Türkiye’de yaşanmış olan ekonomik krizlerin sağlık harcamaları üzerinde oluşturduğu etkilerin incelenmesi hakkındadır. Her bireyin sağlık hakkına sahip olduğu ülke ekonomisinde krizlerin sağlık harcamaları üzerinde nasıl bir etki oluşturduğunun incelenmesinin gerekliliği nedeniyle bu tez konusu seçilmiştir.

2000 yılı sonrası Türkiye’de yaşanmış olan 2001 ve 2008 ekonomik krizlerinin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi bu tezin kapsamını oluşturmaktadır. Bu çalışma, Türkiye ekonomisinde 2000 yılı sonrası yaşanmış Şubat 2001 ve 2008 küresel krizleri ile sınırlandırılmıştır.

Çalışma dönemi, verilerin ulaşılabilirliği dikkate alınarak 1999-2017 yılları arası olarak seçilmiştir. Bu doğrultuda çalışmada, 1999-2017 dönemini kapsayan yıllık verilerden yararlanılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, 1999-2017 yılları arasında Türkiye’de yaşanmış ekonomik krizlerin sağlık harcamaları üzerinde etkilerinin tespit edilmesidir. Çalışmada, ekonomik krizin sağlık harcamaları üzerindeki etkilerinin tespiti için ekonomik krizin temel göstergelerinden olan; işsizlik, enflasyon, kişi başına düşen GSYH, kamu harcamaları/GSYH ve dış borç/GSYH oranlarından yararlanılacaktır.

Çalışma toplam üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; kriz ve ekonomik kriz kavramları ve ekonomik krizin türleri teorik ve kavramsal olarak açıklanmıştır. Ekonomik krizin özellikleri, aşamaları ve krizin temel göstergeleri üzerinde durulmuştur. Türkiye’de 2000 yılı sonrası yaşanan 2001 ve 2008 ekonomik krizlerinin ortaya çıkış nedenleri, gelişimi ve bu krizlerin Türkiye ekonomisi üzerindeki etkileri incelenmiştir.

İkinci bölümde; sağlık kavramı, sağlık hizmetleri ve sağlık harcaması kavramı teorik ve kavramsal olarak açıklanmıştır. Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler; kişi başına düşen gelirin artması, eğitim seviyesi, sağlık bilinci, teknolojinin gelişmesi, kentleşme, yaşam süresinin uzaması değerlendirilmiştir. Türkiye’de ve OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının gelişimine ve OECD ülkelerindeki sağlık harcamalarının gelişiminin Türkiye ile karşılaştırmasına yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde ise Türkiye’de yaşanan 2001 Şubat krizi ve 2008 küresel krizinin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir. Krizin temel göstergeleri arasında yer alan işsizlik, enflasyon, kişi başına düşen GSYH, kamu harcamaları/GSYH ve dış borç/GSYH oranlarından yararlanılarak 1999-2017 yılları arasındaki ekonomik krizlerinin sağlık harcamaları üzerindeki etkileri incelenmiştir.

2. EKONOMİK KRİZİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ VE 2000 YILI SONRASI TÜRKİYE’DE YAŞANAN EKONOMİK KRİZLER

Bu bölümde kriz ve ekonomik kriz kavramları ile ekonomik kriz türleri, teorik ve kavramsal olarak açıklanacaktır. Ekonomik krizin özellikleri, aşamaları ve temel göstergeleri üzerinde durulacaktır. Türkiye’de 2000 yılı sonrası yaşanan 2001 ve 2008 ekonomik krizlerinin ortaya çıkış nedenleri, gelişimi ve bu krizlerin Türkiye ekonomisi üzerindeki etkileri incelenecektir.

2.1. Kriz Kavramı

Kriz terimi, Osmanlıca ’da; *buhran*, Almanca ’da; *krise*, Fransızca *crise* ve İngilizcede; *crisis* kelimelerine karşılık gelmektedir (Hançerlioğlu, 1986:39). Kriz teriminin etimolojik kökeni Yunanca dilindeki *krisis* kelimesinden türemiştir.

Yunanlılar, 'kriz' teriminin kullanımını başlangıçta “...*hukuk, tıp ve ilahiyat*...” alanları ile sınırlandırmışlardır. Bu kavramın tıp alanında kullanımı ise eski modern çağa kadar baskın bir şekilde sürmüştür. “17. yüzyıldan itibaren bir mecaz olarak kullanılan bu terim... 18. yüzyılın sonlarına doğru bir kez daha dini ve teolojik çağrışımlara büründü...”. Amerikan ve Fransız devrimlerinden sonra ise bu kavram laik bir anlam kazanmıştır (Koselleck ve Richter, 2006:358). Şimdiki yüzyılda kriz sözcüğü; tıp, psikoloji, sosyoloji, ekonomi gibi çeşitli bilim alanlarında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Türk Dil Kurumu (TDK, 2020), 'kriz' kavramını “*bir ülkede veya ülkeler arasında, toplumun veya bir kuruluşun yaşamında görülen güç dönem, bunalım, buhran*” olarak tanımlamıştır.

Merriam-Webster Dictionary (2019), krizi “*kritik bir aşamaya geline durum*” olarak tanımlarken Oxford Dictionary (2019), ise krizi “*büyük bir tehlike zamanı, zorluk*...” olarak tanımlamıştır.

Ünsal ve Atabey Ertürk (2016:1400), kriz kavramının afet ve doğal afet kavramlarını da kapsayan geniş bir kümeyi ifade ettiğini açıklamışlardır.

2.2. Ekonomik Kriz Kavramı ve Özellikleri

Literatürde kriz kavramı iktisadi boyutuyla yerli ve yabancı kaynaklarda çeşitli yazarlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır.

Sau (1982:573), krizi “*işsizlik, enflasyon, yoksulluk, sefalet...*” hali olarak tanımlamış ve söz konusu bu olumsuz hallerin her daim krizin sebepleri ya da belirtileri arasında olmayabileceğini de vurgulamıştır.

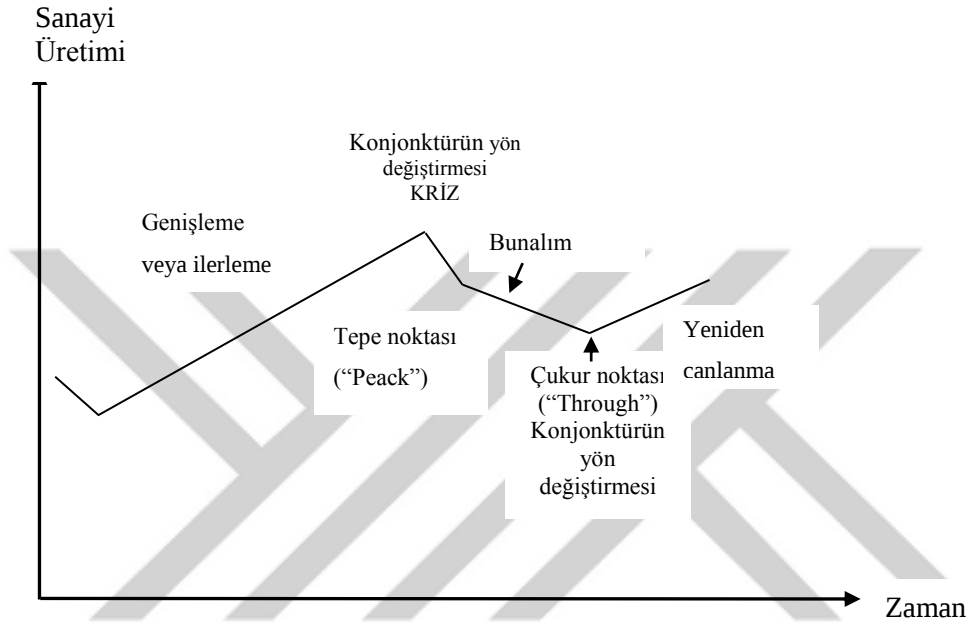
Brewton (1987:10), bir olayın kriz olarak adlandırılabilmesi için iki kriterin varlığından bahsetmiştir. Yazar ilk kriterde; bir durumun şirket varlıklarına ve şirket çalışanlarına zarar verme potansiyelinin bulunması gerektiğini, ikinci kriterde ise acil bir durumun ve bu durumda alınan hızlı kararların var olması gerektiğinden bahsetmiştir. Ayrıca yazar, kötü sonuçlar ortaya çıkaran bir olayın gerçekleşmesi durumunda bile yukarıda adı geçen kriterlerden sadece birinin sağlanması diğerinin sağlanmaması durumunda söz konusu olayın gerçek bir kriz olarak isimlendirilemeyeceğini söylemiştir.

Müller ve Rohr-Zanker (1989:1620), bir devletin bütçesinde finansal fazlalığı tüketen (savaş, vb.) ve finansal açıdan fazlalık yaratan birçok harcama kaleminin bulunduğunu söylemişlerdir. Ayrıca yazarlar, devlet gelirlerini azaltan harcamaların devlet gelirini arttıran harcamalara oranla daha fazla olduğu durumları ise 'kriz' olarak isimlendirmişlerdir.

Nathan (2000:12)'a göre kriz, sadece risk veya sadece fırsat kavramını nitelendiren bir terimden ibaret olmaksızın, kriz hem fırsat (olumlu) hem de risk (olumsuz) sonuçlarının bir arada ortaya çıkma ihtimalinin bulunduğu bir durumdur. Yazar, söz konusu bu durum ile ilgili bilgiye sahip olmanın ise kriz terimini algıma ve krize tepki verme biçimini etkileyeceğini ifade etmiştir. Ayrıca yazar, krizin sadece tehdit olarak

algılamasının krizi genişleteceği ve derinleştireceğini, krizin sadece fırsat olarak görülmesinin ise mantıklı olmayacağını vurgulamıştır

Şekil 2.1. Ekonomik konjonktürdeki yön değiştirme



Kaynak: Rosier, 1991:20

Rosier (1991:20), kriz kavramını “*üretimde hızlı bir daralma, fiyatlarda düşme, çok sayıda iflas, işsizlikte artma, ücretlerde gerileme, toplumsal gerginlikler ve genellikle bir patlayıcı olarak borsanın ya da banka sisteminin çökmesi*” olarak açıklamıştır. Yazar, kriz kavramı ile ilgili tanımına ayrıca şu eklemeyi de yapmıştır; “...*genişleme ya da sürekli bir ilerleme döneminden uzun ya da kısa bir bunalım veya daralma evresine geçiş...*” (Şekil 2.1’e bkz.).

Aktan ve Şen (2001:1225) ise kriz kavramını “*önceden bilinmeyen ya da öngörülemeyen bazı gelişmelerin; makro düzeyde devlet; mikro düzeyde ise firmaları ciddi olarak etkileyecek sonuçlar ortaya çıkarması*” şeklinde tanımlamışlardır.

Palamut ve Giray (2001:20)’a göre kriz, devletin toplum ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak kullandığı kamu mali araçları toplum ihtiyaçlarına cevap vermediğinde öncelikle toplumun iktidara güveninin azalacağı, sonra sosyal ve ekonomik dengesizliklerin oluşacağı, servet ve gelirin sosyal sınıflar arasında dağılımının değişeceği ve fiyatlar genel düzeyinde dalgalanmaların baş göstereceği durumdur.

Kibritçioğlu (2001:174) ise krizi “...herhangi bir mal, hizmet, üretim faktörü veya döviz piyasasındaki fiyat ve/veya miktarlarda, kabul edilebilir bir değişme sınırının ötesinde gerçekleşen şiddetli dalgalanmalar...” biçiminde tanımlamıştır.

Devlin (2007:5)’e göre kriz; bir örgüt, kuruluş, şirket, vb. müesseseler için istenmeyen bir neticenin ortaya çıkma olasılığı, istikrarsız zaman aralığıdır. Yazar, ayrıca krizin hem tehdit hem de fırsat anlamına geldiğini belirtmiştir. Olsson (2010) ise krizi felaket, yıkım olarak tanımlamıştır. Jones (2010:793) ise krizi toplum içinde var olan mevcut düzenin yeniden şekillenmesine olanak sağlayan bir mücadele anı olarak tanımlamıştır.

Orhan (2013:51)’a göre kriz; evvelden sezinlenemeyen, kısa veya uzun vadedeli olan, farklı olay veya durumlarla karşılıklı etkileşim içinde bulunabilen, yayılabilme özelliğine sahip, kamu ve özel kesim açısından bazen fırsat bazen de risk oluşturabilen bir durumdur.

Akarsu ve Aydın (2015:291)’ a göre kriz; iktisadi, siyasi ve politik alanlarda işsizlik, iflas gibi birçok olumsuzluğun ortaya çıkmasına sebebiyet veren bir durumdur.

Ayla vd. (2019:417)’e göre kriz; “...önceden bilinmeyen veya öngörülemeyen bazı gelişmelerin etkisiyle ekonomik konjonktürün daralması, arz-talep dengesinin bozulması ve reel sektör ile finansal sektörde fiyatlarda ve/veya üretim miktarlarında kabul edilebilir sınırların üstünde meydana gelen şiddetli dalgalanmalardır”.

Bir durumun ekonomik açıdan kriz olarak nitelendirilebilmesi için sahip olması gereken temel özellikler vardır. Bunlar (Aktan ve Şen, 2001:1225-1226);

- Kriz, önceden bilinmesi veya tahmin edilmesi mümkün olmayan, umulmadık bir anda ve aniden ortaya çıkan olumsuz bir durumdur.
- Kriz, içerisinde hem risk hem de fırsatlar barındıran bir olaydır.
- Krizler uzun veya kısa vadede ekonomi üzerinde etkili olabilirler.
- Krizler bulaşıcıdır.

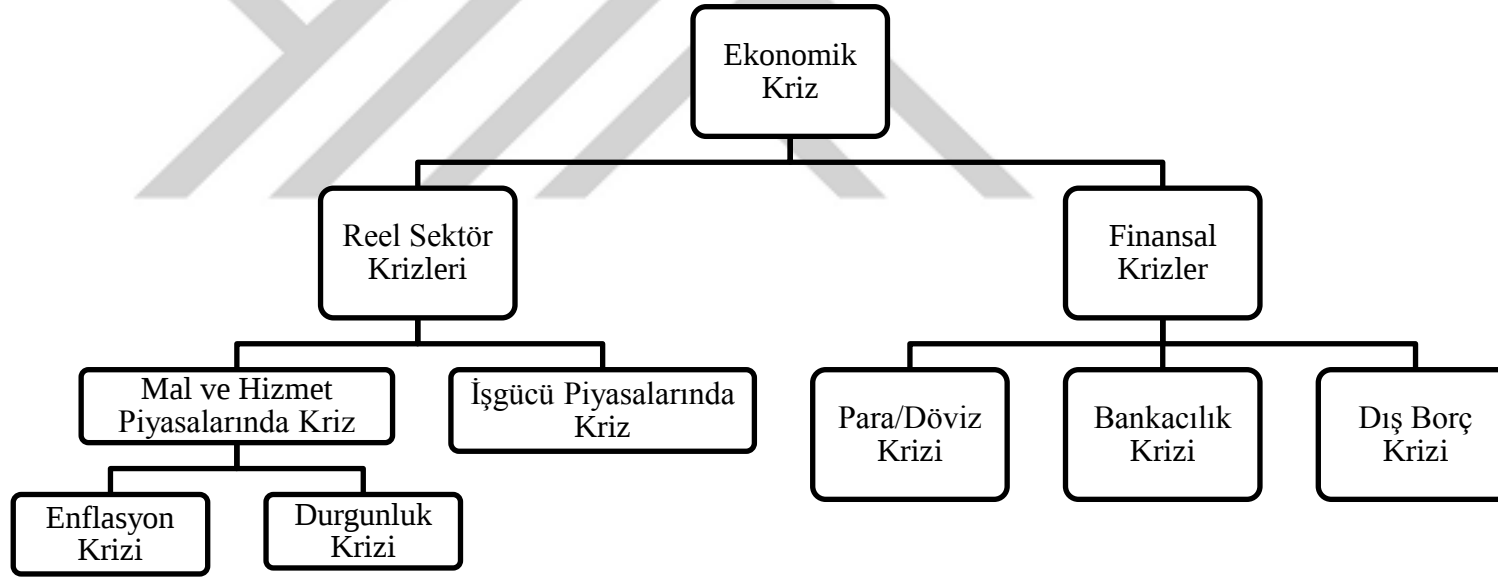
Ramesh (2009:80), ekonomik krizlerin ne zaman ortaya çıkacaklarının önceden tahmin edilmesinin mümkün olmadığını, bu nedenle de krizlere yönelik herhangi bir etki ekonomi içerisinde kendini gösterdiği zaman toplumların ve devletlerin krize yön vermek için hazırlıklı olmaları gerektiğini belirtmiştir.

2.3. Ekonomik Kriz Türleri

Ekonomik kriz türleri iki alt başlığa ayrılmaktadır. Bunlar; reel sektör krizleri ve finansal krizlerdir. Reel sektör krizlerinin ise mal ve hizmet piyasalarında kriz ve işgücü piyasasında kriz olmak üzere iki alt türü bulunmaktadır (Kibritçioğlu, 2001:175). Finansal krizlerin ise çok çeşitli alt başlıkları bulunmakla birlikte bu bölümde yalnızca bankacılık krizi, para/döviz krizi ve dış borç krizi alt başlıklarına yer verilecektir (Şekil 2.2'ye bkz.).



Şekil 2.2. Reel krizlerin sınıflandırılması¹



Kaynak: Kibritçioğlu, 2001:175

¹ Bu şekil Kibritçioğlu (2001:175)'den kısmen düzenlenerek aktarılmıştır.

2.3.1. Reel Sektör Krizleri

İşgücü, hizmet ve mal piyasaları içerisinde yer alan üretimin ve/veya istihdamın büyük ölçüde daralmasından kaynaklanan krizlere reel krizler denilmektedir (Kibritçioğlu, 2001:174).

Bir ülkenin para değerinin diğer ülke para değerlerine oranla düşmesi ve fiyatlar genel düzeyinin yükselmesi olayına 'enflasyon' denilmektedir (Hançerlioğlu, 1986:106). Söz konusu bu düşüş ve yükselişler belirli bir ölçüye kadar enflasyona sebep olmamaktadır (Hançerlioğlu, 1986:106), ancak bu düşüş ve yükselişler belirli bir ölçünün üzerine çıkınca bu durum 'enflasyon krizi' olarak isimlendirilmektedir (Kibritçioğlu, 2001:174-175).

Ekonomide toplam iç talebin, toplam arzdan miktarca az olma durumuna 'deflasyon' denilmektedir. Başka bir deyişle deflasyon; ekonomi içerisinde mevcut yatırımların miktarının tasarruf miktarına oranla düşük olması, GSMH'nin küçülmesi durumudur. Literatürde söz konusu bu duruma durgunluk veya ekonomik daralma da denilmektedir. Söz konusu azalışlar ve/veya küçülmeler belirli bir sınırın üzerinde gerçekleşirse bu duruma 'deflasyon krizi' (durgunluk krizi) denilmektedir.

Enflasyon krizinin olduğu ekonomilerde hükümetler genellikle deflasyonist politikalar, deflasyon krizinin olduğu ekonomilerde ise genellikle hükümetler enflasyonist politikalar uygulayarak mevcut kriz durumundan kurtulmaya çalışırlar. Ancak uygulanan deflasyonist ve enflasyonist politikaların belirli bir ölçüsü olmalıdır. Aksi halde enflasyon krizinden kurtulmaya çalışan ekonomiler deflasyon krizi ile, deflasyon krizinden kurtulmaya çalışan ekonomiler ise enflasyon krizi ile karşı karşıya kalabilmektedirler.

İşgücü krizi, istihdam edicilerin ihtiyaç duydukları miktarda vasıflı iş gücünü bulamamaları durumunda ortaya çıkmaktadır. Beşeri sermaye ihtiyacının fazla olması ile işgücü piyasasında ücretlerin yukarı yönlü hareket edeceği, böylelikle de yeni bir kriz durumunun belireceği düşünülmektedir (Orhan, 2013:31).

2.3.2. Finansal Krizler

Finansal kriz kavramı birçok araştırmacı ve yazar tarafından çeşitli şekillerde açıklanmış olmasına rağmen literatürde halen evrensel bir tanımı bulunmamaktadır.

Portes (1999:471), finansal krizi; mali piyasaların menkul kıymetler alım – satım işlevini bozan ve belirli bir zaman sonra yatırımları durma noktasına getiren kargaşa hali olarak tanımlamıştır. Aydın ve Aksoy (2012:137) ise finansal krizi, “...kökü kuramayan sorun...” olarak tabir etmişlerdir.

Mishkin (2001:2) ise finansal krizi; ahlaki tehlike ve ters seçim problemlerinden dolayı piyasa yapısının bozulması olarak açıklamıştır. Yazar’a göre, söz konusu bozulma nedeni ile finansal piyasalar, tasarruf sahibi gerçek ve/veya tüzel kişilerin tasarruflarının kârlı yatırımlara yönelmesini sağlayamamaktadır.

Bustelo (2000:230) ise bir durumun finansal kriz olarak nitelendirilebilmesi için toplamda dört ana unsura sahip olması gerektiğini belirtmiştir. Bunlar; (1) ulusal para biriminin devlet eliyle bilerek ve isteyerek olmaksızın ciddi bir ölçüde değer kaybetmesi; (2) menkul kıymetler borsa endekslerinde ciddi bir ölçüde düşüş gerçekleşmesi; (3) ulusal mali yapının işlevinde ciddi güçlükler ile karşılaşılması; (4) ülke ekonomisinin daha önceki yıllara oranla düşük bir büyüme veya negatif yönlü bir büyüme seyri izlemesidir.

Ünsal ve Durucan (2017:64), finansal krizlerin ortak özelliklerini “...önce hızlı bir sermaye çıkışı, hisse senetlerinin düşmesi, faiz oranlarının yükselmesi, altına olan talebin artması, risk ve belirsizliklerin artması vb.dir” şeklinde açıklamışlardır.

Finansal krizler literatürde çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Ancak bu çalışmada finansal krizler; bankacılık krizi, para/döviz krizi ve dış borç krizi alt başlıklarında incelenecektir.

2.3.2.1. Para/döviz krizi

Frankel ve Rose (1996:352), para/döviz krizini, ulusal para biriminin diğer yabancı para birimleri karşısında %25 oranında itibari bir değer kaybetmesi ya da içinde bulunulan yıldaki itibari değer kaybının bir önceki yıla oranla en az %10 oranında bir artış göstermesi durumu olarak tanımlamışlardır.

Sachs (1996:41) ise sabit döviz kuruna dayalı ekonomilerde birçok kişi veya kurumun, aktiflerinde mevcut olarak bulunan yerli para birimini aniden yabancı para birim(ler)ine çevirmeleri ile birlikte, merkez bankasının yabancı döviz rezervlerinin azaldığını, bu durumun ise para krizi olarak isimlendirildiğini söylemiştir.

Kaminsky vd. (1998:15) gibi Edison (2003:12)'da para/döviz krizini, döviz üzerinde gerçekleşen spekülasyon bir atak sonucunda ulusal para biriminde sert bir değer düşüşü ve/veya uluslararası rezervlerde büyük bir azalış durumu olarak tanımlamışlardır. Orhan (2013:35) ise para/döviz krizini “...yüksek oranlı devalüasyon...” olarak tanımlamıştır.

Özatay (2010:18), bir ekonomi içerisinde döviz krizi ortaya çıktığı zaman üç önemli gelişmenin gözlemlendiğini açıklamıştır. Bunlar; faiz oranlarında ve döviz kurunda büyük bir artış, merkez bankasının döviz rezervlerinde ise kademeli bir azalıştır.

Feldstein (2002:13), para krizi tehdidini aza indirmenin mümkün olduğunu, bunun ise temelde 5 yolunun bulunduğunu açıklamıştır. Bunlar;

- (1) Ulusal para biriminin aşırı değerlenmesine olanak vermeden, dalgalı bir seyir izlemesine imkan tanımak;
- (2) Büyük/önemli bir miktarda döviz rezervini muhafaza etmek, belirli bir düzeyde tutmak;
- (3) Kısa vadeli döviz borçlarının, döviz rezervlerini geçmesine olanak tanımamak;
- (4) Güçlü bir bankacılık sisteminin sağlanması ve bunun sürdürülmesini sağlamak;
- (5) Hem kamu hem de özel sektörün, özellikle de özel sektörün yabancı döviz cinsi borçtan kaçınmasını sağlamaktır.

2.3.2.2. Bankacılık krizi

Bir ülke ekonomisi içerisinde aşağıda sıralanmış dört koşuldan en az birinin var olması durumunda söz konusu ekonomide bankacılık krizinden söz edilmesi mümkün olacaktır. Bu koşullar şunlardır (Demirgüç-Kunt ve Detragiache, 1998:90-91):

- (1) Bankacılık sistemi içerisinde bankaya geri ödenmeyen borçların veya kredilerin toplam varlıklara oranı %10'u aşmalıdır.
- (2) Banka kurtarma operasyonlarının toplam maliyeti GSYH'nin en az %2'si olmalıdır.
- (3) Banka sektöründe yaşanan sorunlar sonucunda bankaların çoğunluğu kamulaştırılmış olmalıdır.
- (4) Hükümet; uzun süreli banka tatilleri, mevduat dondurmaları, genişletilmiş mevduat garantileri gibi krizi önlemeye yönelik acil kararlar almalıdır

Orhan (2013:44), bankacılık krizlerinin para/döviz krizlerine kaynak oluşturduğunu söylerken Caprio (1998:4) ise hafif döviz krizlerinin ne bankacılık ne de bankacılık dışı sektörlerde herhangi bir krize neden olmadığı ancak ağır döviz krizlerinin genellikle bankacılık ve bankacılık dışı sektörlerde krize neden olduğunu söylemiştir. Söz konusu bu söylemlerden yola çıkılarak; para krizlerinin bankacılık krizlerini tetikleyebileceği, bankacılık krizlerinin de para krizlerini tetikleyebileceği anlaşılmaktadır.

Bir ekonomi içerisinde para/döviz ve bankacılık krizlerinin beraber yaşandığı durum 'ikiz kriz' olarak isimlendirilmektedir (Kaminsky ve Reinhart, 1999).

2.3.2.3. Dış borç krizi

Sermaye yetersizliği içerisinde olan bir ülkenin yabancı ülkelerdeki bankalardan, gerçek veya tüzel kişiliğe sahip finansörlerden veya çeşitli kamu ve özel kuruluşlardan, belirli süre zarfı içerisinde faizi ile birlikte ödemek şartıyla alınan anapara veya sermayeye 'dış borç' denilmektedir.

Dış borç krizi, bir ülkedeki özel ve/veya kamu kuruluşlarının belirli bir süre zarfı içerisinde faizi ile birlikte ödemeyi taahhüt ettikleri anaparayı ödeyememeleri durumudur. Sachs (1996:41), dış borç krizini mali krizler başlığı altında şu şekilde açıklamıştır; hükümetin dış ülkelerden aldığı borçları ödeyememesi ve yeniden borçlanabilme yeteneğini aniden kaybetmesidir.

Çalışkan (2003:226), dış borç krizinin özelliklerini aşağıdaki şekilde sıralamıştır:

- 1) Bir ülkenin dış borç krizi, borçlarını ödeyemeyeceğini beyan etmesi üzerine başlar.
- 2) Borçlu ülkenin borçlarını ödeyememe süreci; süreklilik arz etmeksizin geçici olmalıdır ve bir dönemi geçmemelidir.
- 3) Dış borç krizinin olduğu bir ülke ekonomisinde yalnızca borçlu ülkenin alacaklıları olumsuz etkilenmektedir.

2.4. Ekonomik Krizlerin Temel Göstergeleri

Mevcut bir ülke ekonomisi içerisinde kriz durumunun yaklaştığının habercisi olan göstergeler vardır. Bu göstergelere ekonomik krizin 'temel göstergeleri' denilmektedir. Ekonomik krizlerin birçok temel göstergesi bulunmakla birlikte bu çalışmada 'kriz sinyali' veya 'kriz habercisi' olarak nitelendirilen seçili temel göstergelere yer verilmeye çalışılmıştır. Bunlar (Frankel ve Rose, 1996:360; Kaminsky vd., 1998:20; Kruger vd., 1998:8; Togan, 2001:512; Işık vd., 2004:56; Yücel ve Kalyoncu, 2010:58; Dursun ve Birdal, 2011:71; Emin, 2017:125; Akkaya ve Kantar, 2018:581; Özkök ve Yıldırım, 2017:81; Avcı ve Sulak, 2015:31; Cicioğlu ve Yıldız; 2018:58);

- Enflasyon oranı,
- Kişi başına düşen GSYH büyüme ,
- İşsizlik oranı,
- Kamu harcamaları/GSYH ve
- Dış borç/GSYH

dir.

Söz konusu bu temel göstergelerin tümü her ekonomik kriz döneminin öncesinde bir kriz habercisi olmamakla birlikte, en az bir veya birden fazlası ekonomik kriz süreci yaşanmadan önce krizi haber veren uyarıcı sinyallerdir.

2.5. Türkiye’de 2000 Yılı Sonrası Yaşanan Ekonomik Krizler ve Bu Krizlerin Türkiye Ekonomisine Etkileri

Bu alt bölümde 2000 yılı öncesi Türkiye ekonomisinin genel görünümü ele alınacak, daha sonra 2000 yılı sonrası Türkiye Ekonomisi üzerinde etkili olan Şubat 2001 Şubat krizi ve 2008 küresel krizin ortaya çıkmasında etkili olan gelişmeler ve Türkiye ekonomisi üzerindeki etkilerine değinilecektir.

2.5.1. 2000 Yılı Öncesi Türkiye Ekonomisinin Genel Durumu

Türkiye’de 1980 dönemi öncesi ekonomik yapının belirleyici özelliği; 'ithal ikameci sanayileşme politikasının' uygulanmış olmasıdır. Ertüzün (1976:153), ithal ikameciliği, *“ekonominin önceki dönemlerde ithal ettiği malların kısmen veya tamamen ülke içinde üretilmesi...”* şeklinde tanımlamıştır. Türkiye, ithal ikameci sanayileşme politikasıyla; hızlı bir kalkınma sürecine girmek, sanayileşmek, dış piyasada rekabetten uzak durmak, ihracatı özendirmek, ekonominin dışa bağımlılığını azaltmak, sanayi ürünlerinin üretimini arttırmak, böylelikle de sermaye birikimi sağlamak ve daha sonra bu sermayeyi yatırımlara dönüştürmek gibi çeşitli hedefler belirlemiştir (Egeli, 2014:150-151). Ancak bu dönemde yerli sanayinin korunması, ülkeyi dış piyasa ekonomisinin rekabet ortamından oldukça uzak tutmuştur. Rekabet, ekonomiyi diri ve canlı tutan iktisadi bir araçtır. Ancak bu dönemde rekabetin olmaması kalite sorununu da beraberinde getirmiştir. Ayrıca bu dönemde, ara ve girdi mallarına artan talep

doğrultusunda girdi ithalatı artmış ve bu durum döviz ihtiyacını, beraberinde ise dış ticaret açığını arttırmıştır.

6 Ekim 1973 yılında başlayan İsrail - Arap muharebesinde ABD'nin İsrail askeri ordusunu desteklemesi sonucu, Arap devletlerinin de içinde bulunduğu OPEC, petrol fiyatlarını arttırmaya başlamıştır. 1970'lerde yaşanan petrol şokları ile beraber dünya piyasasında meydana gelen dengesizlikler, enerji fiyatlarında artış; Türkiye'de ithal girdi maliyetini arttırmıştır. Böylece, Türkiye'nin dış ticaret açığı 3 kat artmış ve dış devletlere borçlanmaya başlamıştır (Öztürk ve Saygın, 2017). 1978 yılına gelindiğinde ise Türkiye vadesi gelen dış borçlarını ödeyemez hale gelmiştir. Ekonomideki sözü edilen kötüleşme karşısında dış ödemeler dengesinde iyileşme sağlamak amacıyla 1978 ve 1979'da iki adet istikrar politikası uygulamaya konmuştur (Parasız, 1998:176). 1978 ve 1979 istikrar politikaları ile dış ticarete geçici bir iyileşme sağlanmış ancak genel olarak ekonomi içinde uzun vadeli bir çözüm sağlanamamış, enflasyon artmış ve ülke krize doğru sürüklenmiştir. Tüm bu istikrarsızlıklar sonucu dönemin hükümeti 24 Ocak 1980 tarihinde '24 Ocak Kararları' isimli istikrar paketini uygulamaya koymuştur.

24 Ocak 1980 Kararları ile birlikte ithal ikameci sanayileşme politikası yerine 'ihracata dayalı büyüme politikası' benimsenmiştir. Bu sanayileşme modeli ile ihracata konu olan mallarda uzmanlaşma yoluna giderek ekonomik büyümeyi sağlamak temel hedef olmuştur. Tablo 2.1 de ise 24 Ocak İstikrar Kararlarının mal piyasası ve para piyasası çerçevesinde ulaşmayı hedeflediği amaçlara genel çerçevede yer verilmiştir.

Tablo 2.1. 24 Ocak istikrar kararlarının mal piyasası ve para piyasasına yönelik çerçevesi

Mal Piyasası	Para Piyasası
Özel kesim girişimciliğinin desteklenmesi	İhracat ve ithalatın serbestleştirilmesi
Serbest piyasa işleyişinin sağlanması	Sermaye hareketlerinin serbestleştirilmesi
Ekonomide rekabetin sağlanması	Faiz haddinin ve döviz kurunun serbest piyasa şartlarına göre belirlenmesi
Arz ve talep dengesinin sağlanması	Sermaye piyasasının geliştirilmesi
Ödemeler dengesi açıklarının kapatılması	
Kamu açıklarının en düşük seviyeye indirilmesi	
Devletin ekonomik müdahalesinin azaltılması	

Kaynak: Kol ve Karaçor, 2012:383

24 Ocak 1980 kararlarında mal piyasasına yönelik; özel kesim girişimciliğinin desteklenmesi, serbest piyasa işleyişinin sağlanması, ekonomide rekabetin sağlanması, arz ve talep dengesinin sağlanması, ödemeler dengesi açıklarının kapatılması, kamu açıklarının en düşük seviyeye indirilmesi ve devletin ekonomik müdahalesinin azaltılması hedefleri bulunmaktadır. Para piyasasına yönelik ise; ihracat ve ithalatın serbestleştirilmesi, sermaye hareketlerinin serbestleştirilmesi, faiz haddinin ve döviz kurunun serbest piyasa şartlarına göre belirlenmesi ve sermaye piyasasının geliştirilmesine yönelik hedefler bulunmaktadır (Kol ve Karaçor, 2012:383).

Bir dönüm noktası niteliği taşıyan bu kararlar, devletin ekonomi üzerindeki payının küçültülmesini, döviz gelirlerinin arttırılmasını, böylelikle de ithalat üzerindeki kotaların kaldırılmasını, ihracatın teşvik edilmesini, finansal serbestleşmenin sağlanmasını, kamu sektörü finansman açığının ortadan kaldırılmasını, dünya ülkelerinin tükettiği malların Türkiye’de üretilmesini sağlamak gibi birçok hedef kapsamında yürürlüğe konulmuştur. Bu tedbirler doğrultusunda, piyasanın kendi kendine mükemmel bir şekilde işlemesi beklenmiştir. Şahin, Türkiye’nin benimsemiş olduğu söz konusu bu politika ile bazı alanlarda söz konusu hedeflere ulaşamadığını ve bu dönemde kamu gelir - gider dengesinin sağlanamadığını, devletin ekonomi içerisindeki payının küçülmediğini, iç ve dış borçlanmanın arttığını, faiz oranlarının yükseldiğini, vb. birçok olumsuz gelişmenin ekonomi içerisinde ortaya çıktığını ifade etmiştir (Şahin, 2000:204).

1994 yılına gelindiğinde ise ekonomi %6.1 küçülmüş, üç haneli enflasyon rakamları ortaya çıkmış, ülkenin kredi notu düşürülmüş (Erdem, 2001:14), faiz oranları artmış, cari işlemler ve dış ticaret açıkları genişlemiş, borç yükü artmış ve belirsiz bir döviz kuru yapısı ortaya çıkmıştır (Altınok ve Çetinkaya, 2001:151). Ekonomiyi içinde bulunduğu darboğazdan kurtarmak için 1994 yılında '5 Nisan kararları' açıklanmıştır (Özgüven, 2001:59). Söz konusu bu kararlar ile; kamu giderlerini azaltıcı, kamu gelirlerini arttırıcı, Türk lirasının döviz karşısındaki değerini koruyucu, ihracatı arttırıcı kısa, orta ve uzun vadeli çeşitli tedbirler alınmıştır (Köse, 2000:99-102). Söz konusu bu kararlar ekonomi içerisinde kısa vadede beklenen başarıyı sağlarken orta ve uzun vadede sürdürülebilir bir başarı sağlayamamıştır (Bahçeci, 1997:103). Ayrıca, 5 Nisan 1994 yılında Türkiye ile IMF arasında stand-by anlaşması yapılmıştır (Emsen, 2003:87).

2.5.2. Şubat 2001 Krizi

Literatürde 'Kara Çarşamba' ismi ile de adlandırılan Şubat 2001 krizi Türkiye Cumhuriyeti tarihinin bilinen en önemli krizlerinden biridir (Zabcı, 2003:216). Türkiye ekonomisinde söz konusu bu krizin sinyallerinin hangi tarih aralığından itibaren ortaya çıktığı tam olarak bilinmemekle birlikte 1997 Güneydoğu Asya krizinden itibaren ekonomi ve siyaset içerisinde peş peşe sıralanan olumlu ve olumsuz gelişmelerin sonuçlarının birleşmesiyle 2001 Şubat krizinin patlak verdiği düşünülmektedir.

2.5.2.1. Krizin ortaya çıkış nedenleri ve krizin gelişimi

Kriz ekonomi içerisinde hiç beklenmedik bir anda ve aniden ortaya çıkan bir olgudur. Ancak krizin bir anda ve aniden ortaya çıkmasına sebep olan iktisadi, siyasi, sosyal, vb. çeşitli ön gelişmeler vardır. Şubat 2001 krizinin ekonomi içerisinde ortaya çıkmasına sebep olan ön gelişmeler ise aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- 1997 Güneydoğu Asya krizi,
- 1998 Rusya krizi,
- 1999 Marmara depremleri,
- Yakın İzleme Anlaşması ve 17. Stand- by anlaşması,
- Kasım 2000 krizi.

Güneydoğu Asya ülkesi olan Tayland'ın 1997 yılının haziran ayında almış olduğu devalüasyon kararı ile birlikte ortaya çıkan dünya ekonomik krizinin ve ardından 1998 yılında Rusya'da yaşanan ekonomik krizin Türkiye ekonomisini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. 1997 yılının haziran ayında ortaya çıkan Güneydoğu Asya krizi, aynı yılın Ekim ayında Türkiye ekonomisini etkisi altına almaya başlamıştır. Bu dönemde devalüasyon kararı alan Güneydoğu Asya ülkeleri üretmiş oldukları ucuz ürünleri dünya pazarına sunmuşlardır. Böylelikle Türkiye'nin de bu dönemde özellikle demir-çelik, otomotiv, deri, tekstil, elektronik ihracatı olumsuz yönde etkilenmiştir

(Parasız, 1998:459,465). Söz konusu bu dönemde Türkiye'nin en fazla ticaret yaptığı ikinci ülke konumunda olan Rusya, Güneydoğu Asya ülkelerindeki petrol fiyatlarının düşüşünden ciddi bir şekilde etkilenmiş ve moratoryum ilan etmiştir (Erdoğan, 2002:13; Çaşkurlu ve Eren, 2006:282). 1990'ların başında Rusya'nın serbest piyasa ekonomisine geçmesinin, Asya krizi ile birlikte petrol fiyatlarında düşüşün başlamasının ve bu durum sonucunda döviz gelirinde azalmaların ve borç ödemelerinde zorlanmaların başlamasının 1998 yılında Rusya'yı krize götüren temel nedenler olduğu düşünülmektedir (Oktar ve Yüksel, 2015:331). 1998 yılında Rusya'da ortaya çıkan bankacılık krizi, 1998 yılının ortalarında Türkiye'yi doğrudan ve dolaylı etkisi altına almaya başlamıştır (Oktar ve Yüksel, 2015:331; Kazgan, 2012:223). Rusya krizi ile birlikte ülkeden sermaye çıkışları baş göstermiş, döviz rezervleri erimeye başlamış, reel faiz oranları oldukça hızlı bir şekilde yükselmiş, büyüme hızı düşmüş, 1998'in son çeyreğinde ise ekonomi küçülmeye başlamıştır (Özatay, 2010:134-135; Yükseler, 2000:11). İktidardaki hükümet, Türkiye ekonomisini içinde bulunduğu söz konusu bu ekonomik sıkıntılardan kurtarmak için enflasyonu denetleme programı hazırlamış, 1998 yılında yürürlüğe koymuş ve aynı yılın ikinci yarısında da IMF ile 'yakın izleme' anlaşması yapmıştır. Enflasyonu denetleme programı, maliye politikaları ve doğrudan para arzının denetlenmesi yoluyla 1998 yılında beklenen enflasyonun %50 olacağı hedefiyle yürürlüğe girmiştir (Kazgan, 2012:224).

Ekonomik afetler gibi doğal afetlerde ülke ekonomileri üzerinde olumsuz etkiler meydana getirmektedir. 17 Ağustos 1999 yılında Türkiye'de iki büyük deprem meydana gelmiştir. Avdar (2017:61), söz konusu bu depremlerin Türkiye'de sanayileşmenin en yoğun olduğu Marmara bölgesinde meydana gelmesinden dolayı ülke ekonomisi üzerinde büyük etkiler oluşturduğunu ifade etmiştir.

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nin açıkladığı deprem raporuna göre; depremin milli hâsıla ve sermaye birikimi üzerinde toplamda 9-13 milyar dolarlık kayıp oluşturduğunu tahmin etmiştir (DPT, 1999:1). Tablo 2.2'de de görüldüğü üzere deprem; bütçe üzerinde 4.513,8 milyon dolarlık, kamu bankaları görev zararı üzerinde 677,8 milyon dolarlık, KİT'ler üzerinde 428 milyon dolarlık, sosyal güvenlik kuruluşları üzerinde 162,2 milyon dolarlık, mahalli idareler üzerinde 295,6 milyon dolarlık ve fonlar üzerinde ise 135,1

milyon dolarlık olmak üzere kamu finansmanı üzerinde toplamda 6.212,5 milyon dolarlık kayıp tahmin edilmiştir (DPT, 1999:27).

Tablo 2.2. 17 Ağustos 1999 Marmara depreminin kamu finansmanı üzerindeki etkisi

	Trilyon TL	Milyon Dolar
Bütçe	2.031,20	4.513,80
Mahalli İdareler	133	295,6
Sosyal Güvenlik Kuruluşları	73	162,2
KİT'ler	192,6	428
Kamu Bankaları Görev Zararı	305	677,8
Fonlar	60,8	135,1
Toplam	2.795,60	6.212,50

Kaynak: DPT, 1999:27

Türkiye ekonomisi üzerinde Güneydoğu Asya ve Rusya krizlerinin etkileri devam ederken bir de 17 Ağustos 1999 tarihli Marmara depreminin kamu finansmanı üzerindeki olumsuz etkisi eklenmiştir. Ayrıca deprem sadece maddi değil ülke üzerinde manevi olarak da birçok hasar bırakmıştır.

9 Aralık 1999 tarihinde Türkiye hükümeti IMF'ye bir Niyet Mektubu vermiştir (Güloğlu, 2001:524). Akabinde ise aynı yılda IMF ile 17'nci stand-by anlaşması imzalanmıştır (Kazgan, 2012:226). Hükümet, stand-by anlaşması ile Dünya Bankası ve IMF'nin desteğini alarak 1 Ocak 2000 tarihinden itibaren üç haneli enflasyon rakamlarını tek haneli rakamlara düşürmeye yönelik üç yıllık bir süreyi kapsayan enflasyonla mücadele programını başlatmıştır (Güloğlu, 2001:524; Erçel, 2000; Ortaç, 2001:832).

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı (1999:3)'nın 9 Aralık 1999 tarihli Türkçeye tercüme edilmiş niyet mektubunda *“programın performansı ilk yılda 3'er aylık gözden geçirmeler, daha sonraki yıllarda ise yılda iki kere yapılacak gözden geçirmeler ile izlenecektir”* ifadesi yer almaktadır. Söz konusu bu ifade programın 3 yıllık bir süreyi kapsadığını açıklar niteliktedir.

1 Ocak 2000 tarihli istikrar programının temel amaçları ve genel stratejileri şu şekilde sıralanmıştır (T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, 1999):

- 2000 yılının Aralık ayında TÜFE enflasyonunu %25'e ve TEFE enflasyonunu %20'ye, 2001 yılının Aralık ayında TÜFE ve TEFE enflasyonunu %10-12'ye, 2002 yılının Aralık ayında TÜFE ve TEFE enflasyonunu ise %5-7'ye indirmek,
- Yüksek reel faizleri azaltmak,
- GSMH büyüme oranını arttırmak,
- Devamlı bir gelirler politikası ve sıkı bir döviz kuru politikası uygulamak,
- Özelleştirmenin hızlandırılmasını sağlamak,
- Kamu borçlarını azaltmak,
- İktisadi kaynakların daha etkin ve eşit kullanılmasını sağlamak,
- Sosyal güvenlik, vergi idaresi ve politikası, tarım politikaları, kamu mali yönetimi ve şeffaflık, özelleştirme, şeffaflık, bankacılık sisteminin güçlendirilmesi ve bankacılık düzenlemeleri ve diğer çeşitli alanlarda yapısal reformları gerçekleştirmek.

Enflasyon programı Kasım 2000 tarihine kadar başarılı bir şekilde uygulanmıştır. Ancak enflasyon programının uygulanması sırasında bir takım olumsuz gelişmeler ortaya çıkmıştır. Bunlar;

- Kur çıpası uygulaması ile birlikte TL değer kazanmış, böylece de yerli ürünler yerine ithal ürünler cazip hale gelmiş ve cari işlemler açığı yaklaşık olarak 10 Milyon dolar açık vermiştir (Sabancı, 2001:268),
- Artan cari işlemler açığı ise dışarıdan ülkeye girecek kaynağa olan ihtiyacın arttığının bir göstergesi olmuştur (Uygur, 2001:14). Bu dönemde Türkiye'ye dışarıdan kaynak girişi hızlı bir şekilde azalmaya başlamış ve bu duruma paralel olarak likidite azlığı ortaya çıkmıştır (Erdem, 2001:16),
- 17 Ağustos 1999 yılında meydana gelen iki büyük deprem kamu finansmanı üzerinde 2.795,6 Trilyon TL yük oluşturmuştur (DPT, 1999:27),
- 1999 yılı itibariyle 19 milyar dolar olan Halk bankası ve Ziraat bankasının görev zararları 2000 yılı sonunda 21 milyar dolara yükselmiştir (Çarıkçı, 2001:476),
- Bank Kapital ve Etibank 'ın 27 Ekim 2000 tarihinde Tasarruf Mevduatı Sigorta Fonu (TMSF) 'na devri ile kamuoyunda tartışmalar artmıştır (Günel, 2001:1034),

- Niyet mektubu ile uygulanması gereken yapısal reformların ve özelleştirme taahhütlerinin gecikmesi istikrar programına olan güveni sarsmış ve böylece, Eylül ayı itibarıyla faiz oranları artmaya başlamıştır (OECD, 2001) ,
- TÜFE ve TEFE enflasyon rakamları beklenenin üzerinde bir seyir izlemiştir.

Enflasyon programının uygulanması sırasında ortaya çıkan olumsuz gelişmeler Kasım ayının sonunda sermaye ve para piyasalarında küçük ölçekli bir krizin ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Günel, 2001:1034). Kasım 2000 krizi iyi bir şekilde yönetilmeyen bankalardan ve bankacılık sisteminden kaynaklı ciddi bir likidite krizidir. Bu dönemde TMSF'ye devri gerçekleşen bankaların yöneticileri ve sahiplerinin tutuklanması sermaye ve para piyasalarında korku ortamı oluşturmuştur. Bu panik ortamında bankalar, açıklarını kapatmak için piyasadandan döviz toplamaya başlamışlardır. Bu durum ise yabancı tasarruf sahiplerinin sermayesini ülke dışına çıkarmasını hızlandırmıştır (Turan, 2005:5).

Tüm bu olumsuz gelişmeler enflasyon programına olan güvenin sarılmasına ve faiz oranlarının yükselmesine neden olmuştur. Söz konusu güven sarsıntısının iyileştirilmesine yönelik olarak “... BBDDK, TCMB ve Hazine bir araya gelerek, geç de olsa krize müdahale etmiştir. İMKB 10 gün içinde %50'ye yakın değer kaybetmiş, TCMB 6 milyar dolarlık döviz satmak zorunda kalmış ve gecelik faizler %300-400 seviyelerine ...çıkmıştır” (Günel, 2001:1034).

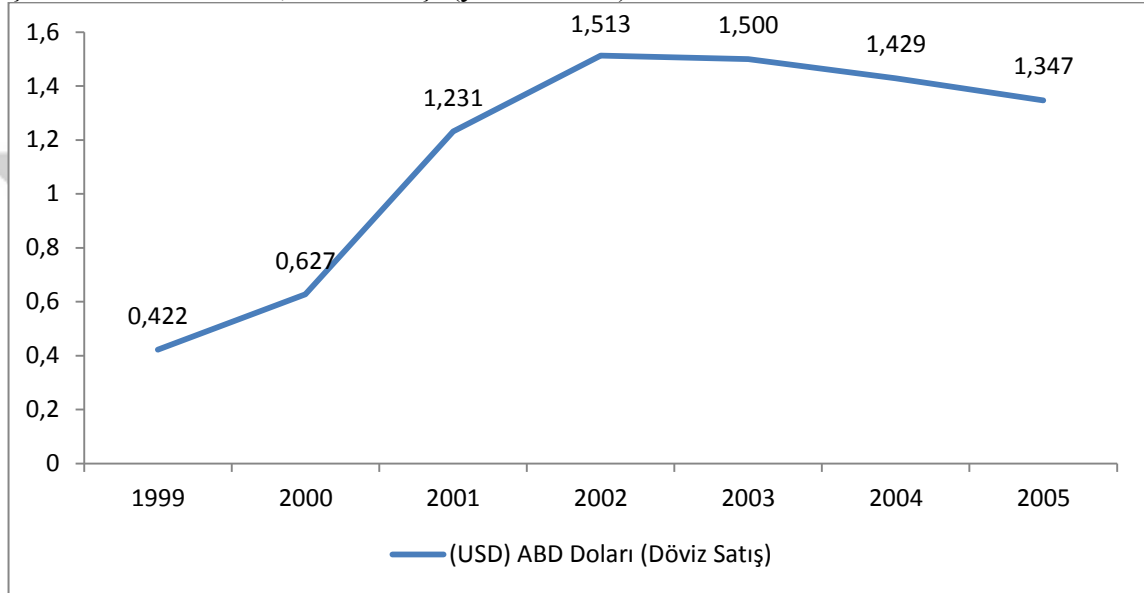
6 Aralık 2000 tarihinde Demirbank sermaye noksanlığı sebebiyle TMSF'ye devredilmiş ve Park Yatırım Bankasının ise bankacılık yapma hakkı kaldırılmıştır (Turan, 2005:6). Aynı tarihte IMF'nin 7,5 milyon doları ek rezerv kolaylığı olan 10 milyon doların üzerinde bir finansman desteği vereceğini duyurması; para ve sermaye piyasalarındaki paniği dindirmiş ve sermaye çıkışını durdurmuştur (OECD, 2001:11).

Kasım 2000 krizinin negatif etkileri piyasalardan uzaklaşmış gibi görünse de (Çarıkçı, 2001:476), 19 Şubat 2001 tarihinde Milli Güvenlik Kurulu toplantısı esnasında dönemin cumhurbaşkanı ve başbakanı arasındaki politik anlaşmazlığın dışarıya yansımısıyla TL'ye ani bir spekülasyon saldırısı başlamıştır. Böylelikle bu tarihten itibaren likidite krizi

ile birlikte ekonomi içerisinde döviz krizi de ortaya çıkmıştır (Çarıkçı, 2001:476; Devrim, 2001:944; Çakmak, 2007:88).

Şekil 2.3’de görüldüğü üzere döviz kuru 1995 yılı itibari ile aşamalı olarak yükselmiş, 2001 yılında ise bir anda yukarı yönlü sıçramıştır.

Şekil 2.3. Döviz kuru, döviz satışı (yıllık veriler) \$/TL



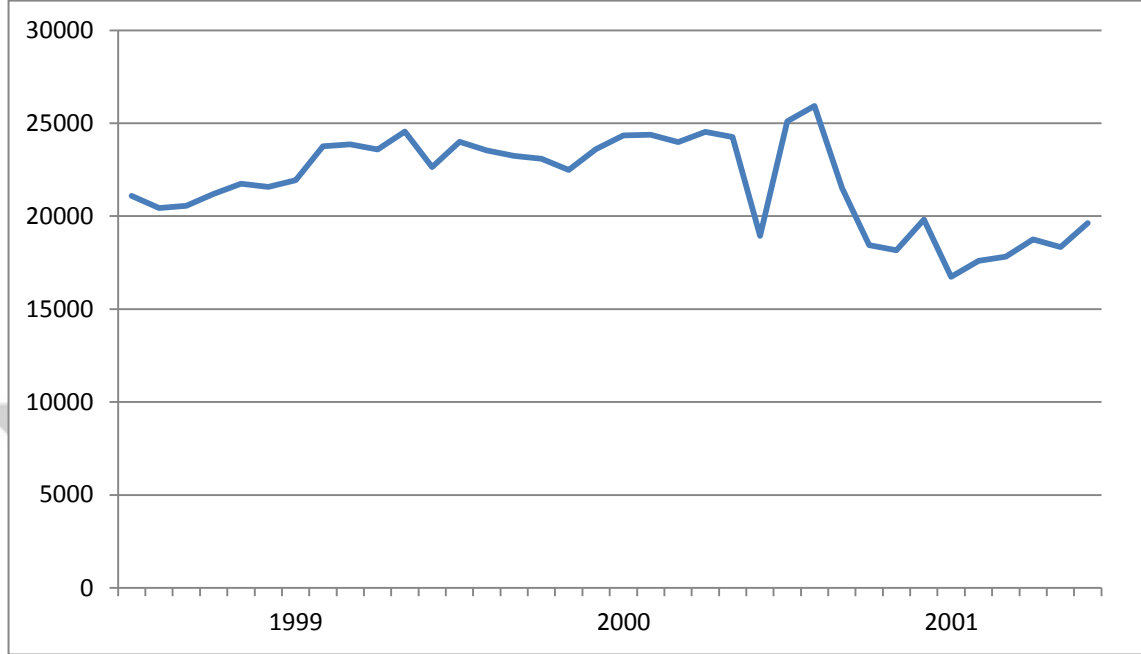
Kaynak: TCMB, “Kurlar”, <https://evds2.tcmb.gov.tr/> (11.01.2020).

21 Şubat 2001 tarihinde bankalar arası para piyasası gecelik faiz oranları %6200’a kadar yükselmiş, böylelikle dövize olan talebin önüne geçilmemiştir (Uygur, 2001, 22-23). TCMB ise söz konusu talebin ancak bir kısmını karşılayabilmiştir (Bastı, 2006:120).

TCMB’nin 'TCMB Rezervleri' başlıklı verilerine göre; 16 Şubat 2001 tarihinde 27,943.00 milyon ABD doları olan TCMB brüt döviz rezervi 23 Şubat 2001 tarihinde 22,581.00 milyon ABD dolarına inmiş ve böylelikle döviz rezerv kaybı 5.362 milyon ABD doları olmuştur (TCMB, 2020).

Şekil 2.4’de TCMB brüt döviz rezervlerinin 2001 yılının Şubat ayından Mayıs ayına kadar hızlı bir şekilde düştüğü, daha sonra ise inişli ve çıkışlı bir hal izlediği görülmektedir. Şekil 2.3 ise 2000 yılı sonu itibariyle ABD Döviz satışının 0,627 iken 2001 yılı sonunda 1,231’e sıçradığı görülmektedir. Söz konusu bu durum ise TCMB’nin dövize olan talebi karşılamaya yönelik girişiminin etkili olmadığını göstermektedir.

Şekil 2.4. TCMB bürüt döviz rezervleri (aylık veri, milyon ABD doları)



Kaynak: TCMB, “TCMB Rezervi”, <https://evds2.tcmb.gov.tr/> (18.01.2020).

TCMB, Şubat krizinde döviz karışı yapılan spekülâtif saldırısının durdurulamayacağını farkına varınca 22 Şubat 2001’de döviz kurunu dalgalanmaya bırakmıştır (Yıldırım, 2003:96; Bastı, 2006:120). Böylece ödemeler sisteminde iyileşme sağlamak amaçlamıştır. Dalgalı kur rejimine ek olarak 2001 krizinin yönetiminde iki önemli yöntem daha izlenmiştir. Birinci yöntem ile “... kamu ve TMSF’ye devredilen bankaların zararları karşılığında çıkarılan devlet tahvillerinin Merkez Bankası tarafından satın alınması sağlanmıştır. Bu hamle ile bankaların likidite ihtiyacına katkı sağlanmıştır” (Orhan, 2013:132). Diğer bir yöntem ile, “... hazine iç borç takası ile bankacılık sektöründeki riskleri azaltarak borçlanma vadelerinde süre kazanılmıştır. Bu süreçte sağlanan nakit akım avantajları kamu finansmanında başarılı sonuçlar vermiş ve bankacılık sektörü kısmen de olsa kriz riski dışında bırakılmıştır” (Orhan, 2013:132).

1999 yılında IMF ile imzalanan stand-by anlaşması gözden geçirilerek ve IMF desteği alınarak yapısal sorunları ve istikrarsızlığı ortadan kaldırmak, enflasyon ile mücadele etmek, sürdürülemez hale gelmiş kamu borçlarını çözüme kavuşturmak, büyümek ve kalkınmak gibi çeşitli amaçlar doğrultusunda Mayıs 2001 tarihinde 'güçlü ekonomiye geçiş programı (GEGP)' uygulamaya konmuştur (Akalin, 2001:603; Gökçen, 2001:596;

Yıldırım, 2003:97-98; Kol ve Karaçor, 2012:381; Cinel ve Karademir, 2014:700; Arabacı, 2018:32; Akgeyik, 2019:23).

Tablo 2.3. Güçlü ekonomiye geçiş programı hedefleri doğrultusunda seçili ekonomik göstergeler

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Reel GSYH (Büyüme Hızı)	7,4	-7,5	7,9	5,8	8,9	7,4
Enflasyon	39,0	68,5	29,7	18,4	9,3	10,5
Kamu Kesimi Borçlanma Gereği/GSYH	8,68	11,80	9,74	7,11	3,52	-0,07

Kaynak: DPT (2003) "*Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2003*", <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/GenelEkonomikHedeflerveYatirimlar2003.pdf> (09.02.2020).
DPT (2005) "*Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2006*", <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/GenelEkonomikHedeflerveYatirimlar2006.pdf> (09.02.2020).
DPT (2004) "*Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2005*", <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/GenelEkonomikHedeflerveYatirimlar2005.pdf> (09.02.2020).
TÜİK, "*Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE)*", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1014 (10.01.2020).
T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "*Kamu Kesimi Genel Dengesi (1990-2019)*" <http://www.sbb.gov.tr/kamu-kesimi-genel-dengesi/> (29.02.2020).

Tablo 2.3’de görüldüğü üzere Türkiye ekonomisi 2001 yılında %7,5 oranında küçülmüştür. GEGP ile birlikte GSYH büyüme hızının 2002 yılı sonunda %7,9 oranında büyüdüğü görülmektedir. Ekonomideki büyüme oranının 2005 yılı sonuna kadar kalıcı olduğu görülmektedir. 2000 yılı sonu %39,0 oranında gerçekleşen TÜFE, % 29,5 oranında artarak 2001 yılında %68,5 oranında gerçekleşmiştir. 2002 yılı itibari ile TÜFE kademeli bir şekilde azalmıştır. Kamu kesimi borçlanma gereği/GSYH oranı 2001 yılında bir önceki yıla kıyasla % 3,12 oranında artarak % 11,8 olarak gerçekleşmiştir. Söz konusu bu durum ise devletin kamu kesimi açığını kapatmak için iç ve/veya dış borçlanması gereken miktarın % 3,12 oranında arttığını da açıklar niteliktedir. Bu oran 2002 yılı itibari ile kademeli bir şekilde azalmıştır. Kamu kesimi borçlanma gereği/GSYH oranı 2005 yılında ise % 0,07 oranında fazla vermiştir.

2.5.3. 2008 Küresel Krizi

2008 küresel krizi ABD kaynaklı finansal bir kriz olmakla birlikte, ABD’den dünyaya yayılan küresel boyutlu bir krizdir. 2007 yılının ortalarında ABD’de doğan bu kriz, etki alanının gelişmesiyle birlikte 2008 yılının son çeyreğinde küresel krize dönüşmüş ve

özellikle gelişmiş ülke ekonomileri üzerinde etkili olmakla birlikte dünya ekonomileri üzerinde de etkilerini hissettirmiştir (Engin ve Göllüce, 2016:28). Tong ve Wei (2008:3), bu krizin büyük buhrandan sonra en büyük ikinci ekonomik kriz olduğunu vurgulamıştır.

2007 yılının Ağustos ayında ABD ekonomisinde ortaya çıkan 2008 küresel krizi 'mortgage' kaynaklı bir krizdir (Hatipler, 2011:195). Mortgage (ipotek), az gelirli kimselere düşük veya sabit oranlı kredi olanakları sunarak, taksitli bir şekilde kira öder gibi ev sahibi olmalarını sağlayan bir konut finansman sistemidir. Bu dönemler içerisinde ABD'de 10 trilyon dolarlık bir büyüklüğe sahip olan Mortgage konut sistemi ABD ekonomisinin büyümesinde oldukça etkili olmuştur (Tunalı, 2008:100; Demir ve Eken, 2015:55).

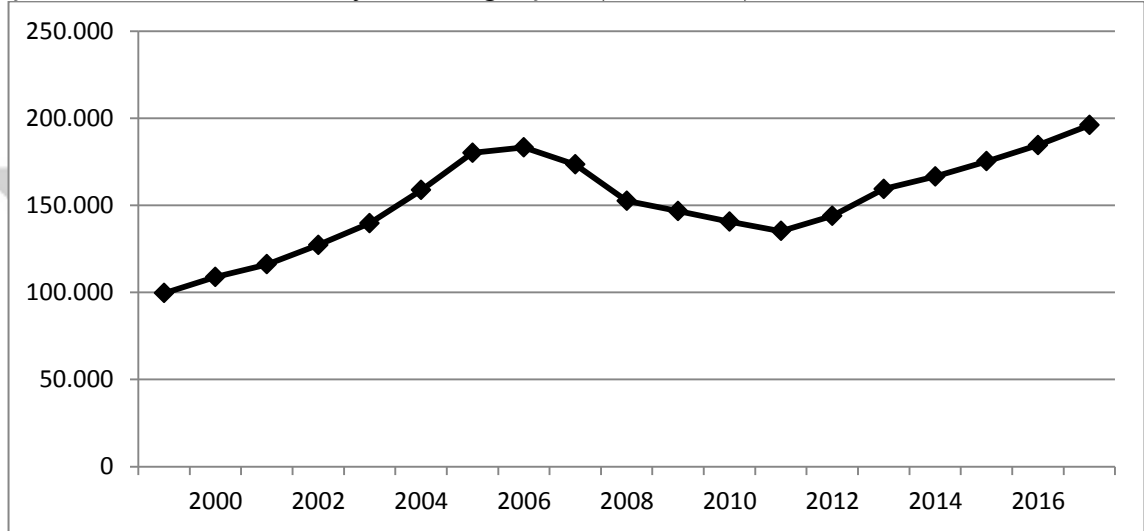
2.5.3.1. Krizin ortaya çıkış nedenleri ve gelişimi

2000 yılı itibari ile ABD ekonomisi resesyon dönemine girmiştir. Amerikan Merkez Bankası (FED) ise ekonomiyi bu durumdan kurtarmak amacıyla peş peşe faiz indiriminde bulunmuştur (Takım, 2011:338). Düşük faiz oranları, konut kredilerine olan talebin daha fazla artmasına neden olmuştur (Ataş, 2013:26). Artan talep ile birlikte 2000 yılı itibari ile konut fiyatları artmaya başlamıştır (Orhan, 2013:143-144; Erarslan, 2016:83).

FED, 2004 yılının ikinci çeyreği itibariyle faiz artırımına başlamıştır. Böylelikle, 2005 yılının ortalarında konut talebi yavaşlamaya, konut fiyatları ise düşmeye başlamıştır. Konut fiyatlarındaki düşüş ise mortgage kredisinden yararlananların evlerini satın kredilerini ödemelerine engel olmuştur. 2006 yılından itibaren ise konut kredilerinin geri ödenmesinde zorluklar ortaya çıkmıştır (Yılmaz, 2008:2). Düşük gelir gruplarında yer alan müşterilerin yüksek oranlı kredi faizlerini ödeyememeleri ile bankaların konutlara el koyma süreci başlamıştır. Ancak el konulan konutların kısa bir zaman süre içerisinde elden çıkarılamaması bankaları sıkıntılı bir sürecin içine sokmuştur (Orhan, 2013:144). 2007 yılının Ağustos ayından itibaren ABD'yi etkisi altına kriz (Erarslan, 2016:81),

2008 yılının Ağustos ayında ABD'nin büyük yatırım bankalarından dördüncüsü olan Lehman Brothers'in iflası ile dünya ülkelerinde krizin etkileri hissedilmeye başlamıştır (Afşar ve Erkoç, 2018:32). Kısa bir süre içerisinde ise kriz, tüm ülke ekonomilerini etkisi altına almıştır (Erarslan, 2016:81; Kesebir, 2018:531-532).

Şekil 2.5. ABD'de konut fiyatlarının gelişimi (1990-2008)



Kaynak: Federal Reserve Bank, "S&P/Case-Shiller U.S. National Home Price Index" <https://fred.stlouisfed.org/series/CSUSHPINSA> (14.02.2020).

Ekonomi içerisindeki tüm bu olumsuzluklar tüketici kesimin harcamalarını azaltmasını tetiklerken, bu azalış üretimi sınırlandırmış, yatırımların ise düşmesine sebep olmuştur. Tüm bu sonuçlar ise istihdamın azalmasına, bu azalış ise tüketimin daha çok azalmasına yol açmıştır (Yıldız ve Durgun, 2010:4). Küresel ekonomik kriz bütün dünya ülkelerini etkilediği gibi Türkiye ekonomisini de etkisi altına almıştır (Yılmaz vd., 2018:35).

3. SAĞLIK HARCAMALARINA İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE DÜNYADAKİ SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ

3.1. Sağlık Kavramı

12 Ocak 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 2'nci maddesinin 1'nci fıkrası (Resmi Gazete, 1961) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2014:1) sağlığın; sadece bedenlen hasta, sakat veya güçsüz/halsiz olmamak değil, zihinsel, ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan da tam bir iyilik hali içinde olma durumu olduğunu belirtmiştir.

Türk Dil Kurumu (TDK, 2020), sağlık kavramını *“bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet”* biçiminde tanımlamıştır.

Sağlık kavramının ruhsal, fiziksel ve sosyal olmak üzere 3 yönlü bir boyutu bulunmaktadır. Ruhsal sağlık bireyin kendi ile başa çıkma yeteneğini, fiziksel sağlık bedensel sağlığı ve sosyal sağlık ise sosyal iletişim becerilerini kapsamaktadır (Goodacre vd., 2010:4-5). Sağlık kavramı *“bedenin ve ruhun herhangi bir hastalıktan ya da fiziksel acıdan uzak olduğunu gösterir durum”* dur (Işık, 2005:32).

Sağlık kavramının evrensel bir tanımı mümkün olmamakla birlikte sağlık, bir kimsenin tıbbi olarak bakıma olan ihtiyacı, iş gücü kapasitesi veya bireysel ve toplumsal ödevlerini yerine getirebilme gibi çeşitli ölçütlere göre de tanımlanabilir (Çelik, 2019:25). Ayrıca Çelik (2019-25-26), sağlığın pozitif ve negatif iki tanımından bahsetmiştir. Yazar, pozitif sağlık tanımlamasının negatif sağlık tanımlamasını da kapsadığını açıklamış ve pozitif sağlık kavramının; iyilik hali içinde olma, stres ile mücadele etme ve sosyal eylemleri yerine getirebilecek güce sahip olma durumlarını kapsadığını, negatif sağlık kavramının ise; bir kimsede hastalığın bulunmaması veya *“...patolojik anormalliğin yokluğu...”* durumunu nitelediğini vurgulamıştır.

Mutlu ve Işık (2005:32) ise sağlık kavramını sübjektif ve objektif olarak ikiye ayırmıştır. Yazarlar, sübjektif sağlığı; bir kimsenin eğitim, gelir, beslenme, rutin alışkanlıklar gibi ölçütlere bağlı olarak ruhen, bedenlen ve sosyal açıdan kendini nasıl hissettiğı ve bunu kavrama, idrak etme biçimi olarak açıklamış ve ayrıca sübjektif sağlık kavramının her birey ve toplum tarafından değışik idrak edilebilecek bir kavram olduğunu vurgulamışlardır. Objektif sağlık kavramı ise, sağlık alanında uzman kişilerin ortak görüş birliğı içinde oldukları nesnel sağlık olarak ifade edilmektedir (Işık, 2005:32).

3.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri, sağlığını kaybetmiş kimselerin sağlığını yeniden kazanması veya sağlıksız bir duruma düşmemeleri için korunmalarını sağlamayı amaçlayan her çeşit tarama, tedbir, teşhis, tedavi, tedavi sonrası, vb. hizmetlerin ortak adı olarak ifade edilmektedir (Sargutan, 2005a:402). Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların sağlıklarını koruyarak uzun ömürlü bir hayat sürmelerini sağlamak, hastalıklarını tedavi etmek, hastalığı tam olarak iyileşmeyen hastaların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun refahını yükseltmek amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümünü kapsamaktadır (Öztek, 2004:60).

Atabey Ertürk (2020:20), sağlık hizmetlerini “...insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır” şeklinde açıklamıştır.

Gülşen (2018:101) ise sağlık hizmetini “... insanların fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklıla ilgili her türlü negatif unsurun önceden oluşmasını engelleyen ya da oluşmuş bir durumu iyileştiren ve bunun sürekliliğini sağlayan hizmetler...” şeklinde açıklamıştır.

Orhaner (2006:3) ise sağlık hizmetlerini, bir insanın kuvvetine, vücut direncine, yaşam süresine, enerjisine etki eden faaliyetler olarak nitelendirmiştir. Öztürk ve Uçan (2017:139) ise sağlık hizmetinin; sağlığın çeşitli tehditlerden korunması, söz konusu bu çeşitli tehdit faktörlerinin sağlığı bozmasının önüne geçilmesi ve ortadan kaldırılması durumlarını kapsayan genel çerçeveye sahip bir kavram olduğunu açıklamıştır. Bodur

(1991:7) ise söz konusu tüm bu durumların işlerliğini denetleyen kurumun Sağlık Bakanlığı olduğunu ifade etmiştir.

12 Ocak 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 2'nci maddesi sağlık hizmetleri kavramını şu şekilde açıklamıştır; “*İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler...*” (Resmi Gazete, 1961).

Sağlık hizmetleri genel olarak üç başlık adı altında sınıflandırılmaktadır. Bunlar (Somyürek, 2003:11; Turan, 2004:11; Atabey Ertürk, 2016:12-13; Atabey Ertürk ve Meriç, 2016:114; Toraman, 2018:303);

- Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri,
- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleridir.

Kavuncubaşı ve Yıldırım (2018:39) ile Gümüş (2017:271) ise sağlık hizmetlerini 4 başlık adı altında sınıflandırmıştır. Bunlar;

- Tedavi hizmetleri,
- Rehabilitasyon hizmetleri,
- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Sağlığın geliştirilmesi dir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye ve çevreye yönelik hizmetler olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır. Kişiye yönelik sunulan sağlık hizmetleri; kişilerin hastalıklara karşı dirençli olmalarını ve hastalık/sakatlık durumlarında en uygun tedavi ile iyileşmelerini sağlayan hizmetlerdir. Bu doğrultuda sunulan başlıca hizmetler; “*erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi...*” dir. Çevreye yönelik sunulan sağlık hizmetleri; bireyin çevresinde bulunan biyolojik, kimyasal, vb. olumsuz etmenlerden korunmasını sağlayarak, birey için çevreyi yaşanılabilir hale getirmeyi gaye edinmiş hizmetlerdir. Bu doğrultuda yapılan başlıca hizmetler şunlardır; “*yeteri kadar ve temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız*

hale getirilmesi, konut sağlığı, endüstri sağlığı, vektörlerle (haşerelele) savaş, hava kirliliği ile savaş, radyasyonla ve gürültü ile savaştır” (Akdur, 1999:5-6).

Hastalanan insanların eski sağlıklarına kavuşmaları için yapılan muayene, tedavi ve tetkik sürecini kapsayan hizmetler bütününe tedavi edici sağlık hizmetleri denilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak 3’e ayrılmaktadır (Akdur, 1999:6; Atabey Ertürk, 2020:23).

- Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastanın ilk başvuru yaptığı, evde ve ayakta tedavilerinin gerçekleştiği sağlık kuruluşlarıdır (Akdur, 1999:6; Atabey Ertürk, 2020:23). “...*Toplum sağlığı merkezi (TSM), Aile sağlığı merkezi (ASM),... Kurum tabipliği, 112 Acil sağlık hizmeti birimleri,...*” birinci basamak tedavi hizmetlerine örnek sağlık kuruluşlarıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2019/10 Genelge).
- İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Yataklı tedavi servisleri ile hizmet sunan sağlık merkezleri olmakla birlikte, hastaların tedavilerinin ve teşhislerinin ayaktan da gerçekleşebildiği sağlık kuruluşlarıdır. “...*Entegre ilçe hastanesi (El), Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri,...*” ikinci basamak tedavi hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarına örnektir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2019/10 Genelge).
- Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Yüksek teknolojinin kullanıldığı ve sağlık sektöründe oldukça uzmanlaşmış ve donanımlı sağlık birimlerinin sağlık hizmeti sunduğu kurumlardır (Akdur, 1999:6; Atabey Ertürk, 2020:25). Üniversite hastaneleri ve “*bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri*” üçüncü basamak tedavi hizmetleri sağlayan sağlık kuruluşlarıdır (Atabey Ertürk, 2020:26).

Bireyler hastalık sonrası bedensel ve zihinsel kayıplar yaşayabilmektedirler. Bu gibi durumlarda oluşacak kayıpları kısmen veya tamamen gidermek amacıyla sağlık kurumları/kuruluşları tarafından verilen hizmetlere rehabilitasyon hizmetleri denilmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri, sosyal ve tıbbi rehabilitasyon olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon sağlık kurumları tarafından, sosyal

rehabilitasyon ise özel hizmet sunan kurumlar tarafından sağlanmaktadır (Akdur, 1999:6).

Sağlığın geliştirilmesi hizmeti; bireyin ve toplumun fiziksel, ruhsal veya akıl ile ilgili içinde bulunduğu sağlık durumunun ve refah düzeyinin yükseltilmesine yönelik tüm hizmetleri kapsamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018:43).

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasasının 56'ncı maddesinin hükümleri;

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini 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.”

şeklinde (T.C. Anayasası 1982, m.56). Söz konusu bu hükümler bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarının anayasa ile güvence altına alındığının göstergesi niteliğindedir. Türkiye Cumhuriyeti devletinde yaşayan her bir birey sağlık hizmetinden yararlanma hakkına sahiptir, devlet ise fertlerine sağlık hizmeti vermek ile görevlidir.

3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin çeşitli ortak özellikleri bulunmaktadır. Literatürde birçok yazar tarafından sağlık hizmetlerinin ortak özellikleri çeşitli başlıklar altında toplanmıştır. Mutlu ve Işık (2012:44-45), sağlık hizmetlerinin genel özellikleri şu şekilde sıralamıştır:

- “ Devlet müdahalelerinin söz konusu olması
- Belirsizlik altında seçim
- Asimetrik bilgilenme
- Dışsallıkların varlığı
- Kamusal mal özelliği
- Sosyal mallar
- Erdemli istekler
- Satıcıların azlığı
- Satıcılar arasında işbirliği
- Piyasaya girişteki sınırlamalar

- *Arz ve talep arasındaki dengesizlikler*
- *Bilgi maliyetleri*
- *Karma bir üretim yapısının olması*
- *Monopolleşme*
- *Hastalık riskinin önceden belirlenememesi (belirsiz talep)*
- *Sağlık hizmetinin tüketilmemesi ya da yetirince tüketilmemesinin birey yanında toplumu da etkilemesi “.*

Atabey Ertürk (2016:14-20) ise sağlık hizmetlerinin özelliklerini dokuz başlık altında şu şekilde toplamıştır:

- *“ Sağlık hizmetlerinin kamusalılık özelliği*
- *Sağlık hizmetlerinin erdemli hizmet olma özelliği*
- *Sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliği*
- *Sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesi özelliği*
- *Sağlık hizmetlerinin tüketiminde talebin belirsiz olması özelliği*
- *Sağlık hizmetlerinin doğal tekel olma eğilimi özelliği*
- *Sağlık hizmetlerinde asimetrik enformasyon özelliği*
- *Sağlık harcamalarının yatırım özelliği*
- *Sağlık hizmetlerinin adaletli dağıtılması gerektiği özelliği “*

Gümüş (2017) ise sağlık hizmetlerinin özelliklerini genel çerçevede şu şekilde sıralamıştır:

- Stoklanamazlar,
- İkame edilemezler,
- Ertelenemezler,
- Talep-arz eşitsizliği vardır,
- Bilgi asimetrisi vardır,
- Emek yoğunudur.

3.3.1. Kamusalılık Özelliği

Sağlık hizmetlerinin kamusalılığı kendi içinde 2 gruba ayrılmaktadır. Bunlar; tam kamusal ve yarı kamusal mal ve hizmetlerdir.

Tam kamusal mal ve hizmetlerin faydası bölünemez, pazarlanamaz, fiyatlandırılmaz, tüketiminden kimse mahrum bırakılamaz ve bu hizmetlerin tüketiminde tüketiciler rekabet edemezdir (Akdağ, 2012:7; Aytaç ve Eker, 2013:51). Koruyucu sağlık hizmetleri ise tam kamusal mal ve hizmet olarak tanımlanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:48). Tam kamusal sağlık hizmetleri, 'bölünemeyen hizmet' niteliği taşımakla birlikte finansmanı devlet tarafından karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bölünemez nitelikte olduğunu açıklayan bir örnekte, zehirli atıkların nehre dökülmesinin neden olduğu sağlık sorunları nehrin temizlenmesi ile önlenabilir ve bu durumda nehrin temizlenmesi ile doğan fayda bireylere tek tek sunulmaz herkes eş zamanlı olarak faydalanır. *“Böyle bir hizmetin yararını fiyat karşılığında sunmak ve fiyat ödemeyenleri dışlamak olanaksızdır”*. Ayrıca, söz konusu bu hizmetlerin devlet tarafından üretilmesi bir zorunluluktur (Şenatalar, 2003:26).

Yarı kamusal mal ve hizmetler hem özel hem de devlet tarafından sunulabilen mal ve hizmetlerdir. Yarı kamusal mal ve hizmetlerin sunumu yalnızca özel kesim tarafından sağlanırsa, bedelini karşılayacak finansal gücü olmayan bireyler bu mal ve hizmetlerin kullanımından mahrum kalacaklardır. Bu durumun sonucunda birçok birey sağlıklı kalmış olacaktır (Pehlivan, 2013:42). Tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri hem ilgili kamu kurumları hem de özel hastane ve işletmeler tarafından sunulduğu için yarı kamusal mal ve hizmet niteliğindedir. Bireyler, kendi talepleri doğrultusunda sağlık hizmetlerini ilgili kamu kurumlarından, özel hastanelerden veya sağlık işletmelerinden alabilmektedirler.

3.3.2. Küresel Kamusal Mal Olma Özelliği

Küresel kamusal mallar; faydasından kimse mahrum bırakılmadığı, tüketiminde rekabetin olmadığı, faydasının ülkelerarası pek çok insana yayıldığı ve finansmanın ülkelerarası arenada karşılandığı mallardır (Göker, 2009).

Sağlık mal ve hizmetlerinin küresel kamusal mal olma özelliği, ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık tehdidinin hem yerel hem de uluslararası boyutta etkili olması

durumunda bu tehdide karşı birden fazla ülkenin sağlık hizmeti sunması ile ortaya çıkmaktadır. Örneğin, kuş gribi, domuz gribi veya Covid-19 riskini önlemek için sunulan sağlık hizmetleri küresel kamusal mal niteliğinde değerlendirilmektedir.

3.3.3. Erdemli (Merit) Hizmet Olma Özelliği

Merit ve demerit mal kavramı ilk kez Musgrave tarafından yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Musgrave, toplumun fertlerine önemli derecede pozitif dışsallık sağlamasına rağmen tüketiminin toplum tarafından eksik ya da/ve yetersiz olduğu malları merit (yararlı mallar) olarak, toplumun fertlerine önemli derecede negatif dışsallık sağlamasına rağmen tüketiminin toplum tarafından fazla olduğu mallara demerit (zararlı mallar) olarak ifade etmiştir. Söz konusu bu malların hem üretimi hem de tüketimi devlet kontrolünde (vergiler ve çeşitli regülasyonlar) gerçekleşmektedir (Aktan, 2011:101).

Erdemli (merit) mallar “...*özel mal niteliğinde olmakla birlikte, tamamen piyasa güçlerine bırakıldığında yeterince üretilmediği için toplumsal refahı arttırmak ve yaygınlaştırmak amacıyla devlet tarafından üretilen mallardır*” (Pehlivan, 2013:43).

Erdemli malların toplumun ihtiyaçlarına karşılayacak bir kaynağa dönüşmesine ise erdemli hizmetler denilmektedir. Sağlık hizmetleri kullanımı sonucu topluma dış fayda sağlandığı için sağlık hizmetleri erdemli bir hizmet olma özelliğine sahiptir.

Sağlık hizmetlerinden toplumun tüm fertlerinin yararlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin finansmanının “...*verimli, etkin ve tutarlı*...” olması gerekmektedir (Atabey Ertürk, 2018:29, 32-36). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise kamu ekonomisi aracılığı ile; zorunlu sosyal sigorta yöntemi ve genel vergiler yöntemi, piyasa ekonomisi aracılığıyla; cepten ödeme ve özel sigorta yöntemi ve karma modeller ile gerçekleşmektedir (Atabey Ertürk, 2016:31-35).

Tablo 3.1. Erdemli - erdemsiz mallar ile özel malların özelliklerinin kıyaslaması

Mal ve Hizmetlerin Özellikleri	Erdemli - Erdemsiz Mallar	Özel Mallar
Bölünebilirlik/Bölünemezlik	Bölünebilir.	Bölünebilir.
Dışlanabilirlik/Dışlanamazlık	Dışlama mümkündür.	Dışlama mümkün değildir.
Kişisel Tüketim/Ortak Tüketim	Kişisel tüketim söz konusudur.	Kişisel tüketim söz konusudur.
Dışsallık	Erdemli mallar pozitif dışsallık, erdemsiz mallar negatif dışsallık yaymaktadır.	Pozitif dışsallık söz konusu değildir veya ortaya çıkması zordur. Ancak negatif dışsallık söz konusu olabilmektedir.
Bedavacılık	Bedavacılık söz konusu olabilir.	Bedavacılık söz konusu değildir.
Talebin Zorunlu Olması	Talep bazı durumlarda zorunlu olabilmektedir. Covid-19 salgınına karşı maske kullanımının zorunlu olması bu duruma örnektir.	Talep zorunlu değildir. Tüketiciler özgürdür.

Kaynak: Aktan, 2011:102-103

3.3.4. Özel Hizmet Olma Özelliği

Sağlık hizmetlerinin tam kamusal ve yarı kamusal olma özelliği ile birlikte özel bir hizmet olma özelliği de bulunmaktadır.

Sağlık alanında özel hizmetler, çeşitli özel hastane ve sağlık işletmeleri tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetlerin faydası bölünebilir, fiyatlandırılabilir, pazarlanabilir ve fiyatını ödemeyenler tüketiminden mahrum bırakılabilirler. Özel mal ve hizmetin tüketiminde ise bireysel talep ve bireysel fayda söz konusudur. Burun estetik ameliyatları, saç ektirme operasyonları, cilt lekesi temizleme işlemleri, vb. birçok sağlık ile ilgili hizmetler sağlık alanında özel hizmetlere örnek olacak niteliktedir.

Tablo 3.2. Tam kamusal mallar, yarı kamusal mallar ve özel malların özelliklerinin kıyaslaması

Mal ve Hizmetlerin Özellikleri	Tam Kamusal Mallar	Yarı Kamusal Mallar	Özel Mallar
Bölünebilirlik/Bölünemezlik	Bölünemez.	Kısmen Bölünebilir.	Bölünebilir.
Dışlanabilirlik/Dışlanamazlık	Dışlama mümkün değildir.	Dışlama mümkündür.	Dışlama mümkündür.
Kişisel Tüketim/Ortak Tüketim	Ortak tüketim söz konusudur.	Hem ortak hem de kişisel tüketim söz konusudur	Kişisel tüketim söz konusudur.
Dışsallık	Dışsallık söz konusudur.	Dışsallık söz konusudur.	Pozitif dışsallık söz konusu değildir veya ortaya çıkması zordur. Ancak negatif dışsallık söz konusu olabilmektedir.
Bedavacılık	Bedavacılık vardır.	Bedavacılık söz konusu değildir.	Bedavacılık söz konusu değildir.
Talebin Zorunlu Olması	Talep bazı durumlarda zorunlu olabilmektedir. Türkiye'de askerliğin zorunlu olması bu duruma örnektir.	Söz konusu olabilir, örneğin covid-19 salgınına karşı maske kullanımı.	Talep zorunlu değildir. Tüketiciler özgürdür.

Kaynak: Aktan, 2011: 102-103

3.3.5. Dışsallık Özelliği

Dışsallık “herhangi bir üretim veya tüketim faaliyeti sırasında hiç amaçlanmadığı halde diğer bir üretim ya da tüketim faaliyetine olumlu ya da olumsuz biçimde etki edilmesi...” olarak adlandırılmaktadır (Bülbül, 2018:43). Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal özelliklerinden kaynaklı; sağlık hizmetinden yararlanan kişilerin elde etmiş oldukları bireysel fayda ile birlikte ortaya toplumsal fayda da çıkmaktadır. Bu durum ise sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliği olarak ifade edilmektedir (Atabey Ertürk, 2016:15).

Sağlık hizmetlerinde dışsallık pozitif veya negatif olarak ortaya çıkmaktadır (Çelik, 2019:58). Sağlık hizmetine ihtiyacı olan ve bu ihtiyaçlarını gideren bireyler sağlık

hizmetinden hiç yararlanmayan bireylere pozitif dışsallık yaymakta iken sağlık hizmetine ihtiyacı olduğu halde bu hizmetten yararlanmayan bireyler toplumun diğer fertlerine negatif dışsallık yaymaktadır. Örneğin, Covid-19 hastası olan bir birey bu hastalıktan kurtulmak için gerekli tedavi hizmetinden yararlanır ve toplumun sağlıklı olan diğer fertlerine bu hastalığın bulaşmasını engeller ise sağlık hizmetlerinin pozitif dışsallığı ortaya çıkacaktır. Covid-19 hastalığına yakalanan bir birey gerekli sağlık hizmetlerinden yararlanmayıp söz konusu bu hastalığın toplumun sağlıklı olan diğer fertlerine bulaşmasına sebep olursa sağlık hizmetlerinin negatif dışsallığı ortaya çıkacaktır.

3.3.6. Tüketimde Talebin Belirsiz Olma Özelliği

Bireyler, sağlık hizmetlerinden ne zaman yararlanacaklarını veya hangi hizmetlere ihtiyaç duyacaklarını önceden bilemez, planlayamaz, tahmin edemezler (Sargutan, 2005b:430; Atabey Ertürk, 2016:17). Hangi bireyin ne zaman hastalanacağı kesin olmadığı gibi bireylerin, hangi hastalığa yakalanacağı, hastalığın ne kadar süre devam edeceği veya sağlık hizmetine kaç gün ihtiyaç duyacağı da tam olarak bilinmemektedir.

3.3.7. Ertelenememe ve İkame Edilememe Özelliği

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu anda acil olarak karşılanması gerekmektedir (Atlı ve Yücel, 2018: 49). Söz konusu bu hizmet ertelenemez bir hizmettir. Ertelendiği zaman ise sağlık hizmetine ihtiyaç duyan fertler için kötü sonuçlar (sakatlık, ölüm, vb.) ortaya çıkabilmektedir. Örneğin trafik kazası geçirmiş bir bireyin acil olarak gerekli sağlık hizmetlerinden (ambulans, doktor, vb.) yararlanması gerekmektedir. Aksi durumda kişi hayatını kaybedebilir.

İkame edilme kavramı, ihtiyaç duyulan bir malın veya hizmetin yokluğu durumunda bu malın veya hizmetin yerini doldurabilecek başka bir mal/hizmet ile yer değişmesi

anlamında kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri, başka bir hizmet türü ile ikamesi mümkün olmayan bir hizmettir. Örneğin bir birey mağazada sarı tişört bulamayınca bunun yerine kırmızı tişört alabilir. Ancak kanser tedavisi görmesi gereken bir bireyin rehabilitasyon tedavisi görmesi mümkün değildir.

3.3.8. Asimetrik Bilgi Özelliği

Üretici ve tüketici arasında gerçekleşen iktisadi bir ilişkide taraflardan birinin veya bir kaçının diğer tarafların maddi rahatlığını ve mutluluğunu etkileyecek düzeyde bilgiye sahip olması durumuna asimetrik bilgi (asimetrik enformasyon) denilmektedir. “İkinci el otomobil satıcısının otomobil hakkında alıcısına kıyasla, kredi alanın... kredi verene kıyasla, çalışanın kendi üretkenliğiyle ilgili işverene kıyasla daha bilgili olduğu durumlar asimetrik enformasyonun tipik örneklerdir ” (Uçuk, 2019:1).

Sağlık hizmetlerinde hasta – hemşire, hasta – doktor, hasta – diyetisyen, vb. ilişkilerde sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi hastalara kıyasla daha fazladır. Bu nedenle de sağlık çalışanları hastaların talebini istedikleri şekilde yönlendirebilirler (Işık, 2005:5-6).

“ Sağlık çalışanları, hastalardan daha fazla bilgilidirler ve isterlerse bu bilgiyi kendi kazançlarını artırmak için kötüye kullanabilirler. Ana noktası insan yaşamı olan sağlıkta asimetrik enformasyon bu yüzden diğer sektörlerden daha fazla önemlidir. Hastaların tam bilgiye sahip olmaları refahlarını arttırmada da önemli olmaktadır ”

(Atabey Ertürk, 2016:19).

3.4. Sağlık Harcaması Kavramı

Sağlık birey için temel bir ihtiyaçtır. Sağlığını kaybeden birey ise çeşitli hizmet ve malların varlığından zevk almayacaktır. Bu nedenle de toplum içerisinde yaşayan bireylerin sağlık hizmetine erişiminin yüksek olması gerekmektedir (Witter, 2002:4).

Bir ülkenin mevcut sağlık hizmetleri, o ülkedeki sağlık harcamalarının boyutunun önemli bir göstergesidir (Belek, 1997:147). Sağlık hizmetlerinin her bir özelliği ise sağlık harcamalarına olan ihtiyacın göstergesi niteliğindedir.

OECD (2015:164), sağlık harcamasını “sağlık ile ilgili mal ve hizmetlerinin nihai tüketimini ölçer” şeklinde tanımlamıştır.

Bir kimsenin hastalığının teşhis ve tedavi edilmesi için gerekli olan sağlık ekipman ve malzemeleri ile ilgili harcamaları, tıp eğitimi ve öğretimi için yapılan harcamaları, toplum sağlığını geliştirme ve iyileştirmeye yönelik harcamaları ve bu gibi sağlığı konu alan bütün harcamalar sağlık harcaması kapsamında değerlendirilmektedir.

Sayın (2017:14), sağlık harcamalarını geniş ve dar çerçevede olmak üzere ikiye ayırmıştır. Yazar, dar anlamda sağlık harcamalarını “koruyucu sağlık harcamaları, teşhis ve tedaviye ilişkin sağlık harcamaları, rehabilite edici sağlık harcamaları...” biçiminde tanımlamıştır. Ayrıca yazar geniş anlamda sağlık harcamalarını şu şekilde sıralamıştır:

- “Sağlık kurumları bina ve altyapı harcamaları
- Sağlık işgücü ve donanım harcamaları
- Vatandaşların fiziksel sağlık koşullarını iyileştirecek yatırım harcamaları
- Vatandaşların ruhsal sağlık koşullarını iyileştirmeye yönelik yatırım harcamaları
- Çevre sağlığına yönelik yatırım harcamaları
- İlaç-Tıbbi malzeme ve tanılama-görüntüleme cihazları üretimine yönelik yatırım harcamaları
- Sağlık eğitime yönelik yatırım harcamaları
- Optimum sağlık malı stoku, personel ve teşkilat planlaması için izleme ve araştırmaya Yönelik yatırım harcamaları
- Hastalık-İlaç yan etki dağılımı vb. arge harcamaları
- Standardizasyon-Kalite-Cihaz kalibrasyon-izleme harcamaları”

Koç (2018:143-144), ise sağlık harcamalarının uzun dönemde beşeri sermaye üzerinde oluşturmuş olduğu katkıdan dolayı söz konusu bu harcama türünün tüketim harcamasından ziyade yatırım harcaması olarak tanımlanmasının daha doğru olacağını açıklamıştır. Boz ve Aslan (2018:3) ise sağlık harcamalarının hem tüketim harcaması hem de yatırım harcaması niteliğinde olduğunu ifade etmiştir. Kaya (2019:13) ise sağlık harcamalarını, sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında yapılan giderler olarak tanımlamıştır.

3.5. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlık harcamaları gelişmiş, gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkeler açısından önemli bir harcama kalemidir. Söz konusu bu harcama kaleminin artışına, azalışına veya durmasına sebep olan nedenlerin belirlenmesi önem arz etmektedir.

3.5.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması

Sağlıkta teknoloji kullanımının gelişmesi, insanların ve bilginin mobilitesinin artması ile birlikte toplum içerisinde yaşayan bireylerin sağlık durumları ve buna bağlı olarak refah düzeyleri artış göstermektedir.

Toplum içerisinde bireylerin sağlık durumlarının iyileşmesi ise çalışma hayatında verimliliği arttıracak, artan verimliliğin ise üretim (çıktı) hacmini arttıracakı düşünülmektedir. Kısacası bireylerin sağlık düzeyleri ile birlikte yaşam standartlarının iyileşmesi GSYH'yi arttıracaktır (Bloom ve Canning, 2000:1207; Mexican Commission on Macroeconomics and Health, 2004:15; Agénor, 2008:1407-1408; Bakare ve Olubokun, 2011; Wang, 2015:3-4; Erçelik, 2018:1-2). Ülke içerisinde artan GSYH ise bireylerin sağlıklıları üzerinde etkili olacaktır. Lange ve Vollmer (2017:47), “*ekonomik büyüme, nüfus sağlığının önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmekte...*” demişlerdir.

Belirli bir dönemde belirli sınırlar içerisinde elde edilen GSYH'nin ülke nüfusuna bölünmesi ile”...*kişi başına düşen GSYH...*” bulunur (Yıldırım vd., 2014:18). Belirli bir dönemde GSYH'deki artış ise kişi başına düşen GSYH'yi arttıracaktır.

Bir ülke içerisinde milli gelirin artması ile birlikte kişi başına düşen gelirdeki artışın sağlık hizmetlerine yönelik talebi arttıracakı böylelikle de sağlık harcamalarının artacağı düşünülmektedir (Mutlu ve Işık, 2012:218).

3.5.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilinci

Toplum içerisinde yaşayan fertlerin eğitim seviyeleri arttıkça sağlık bilinçleri de gelişmekte ve böylelikle sağlık harcamaları da artış eğilimi göstermektedir (Karagöz, 2015:26). Eğitim seviyesi yükselen fertler hem kendi sağlığını hem de toplum sağlığını düşünür yönde eylemler sergilemektedir. Örneğin; grip olan bir bireyin gripi basit bir virüs olarak algılamayarak gerekli tedavi için sağlık kuruluşlarına başvurması ve toplumun diğer fertlerine bulaşmasını önlemek için maske kullanması, kanser hastalığına yakalanan bir bireyin yurt içi ve yurt dışı tedavi yöntemleri ve ilaçları kullanması, vb. dir.

Toplum içerisinde eğitimli birey sayısının yükselmesi ile birlikte birçok sağlık hizmeti sunucusu da sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Bireylerin sağlık hizmetlerine olan taleplerinin artması ile sağlık sunucularının tıbbi personel (doktor, hemşire, anestezi uzmanı, vb.), çeşitli tıbbi malzeme ve ilaç gibi birçok ihtiyacının da artması söz konusudur. Bu ihtiyaçların artması da sağlık sunucularının harcamalarını arttırmasına anlamına gelmektedir.

3.5.3. Teknolojinin Gelişmesi

Son yıllarda yeni gelişmelerle kendini sürekli bir adım daha ileri taşıyan teknoloji, sağlık, turizm, tarım, vb. çeşitli sektörlerde kullanılmaktadır. Günümüzde, sağlık problemlerini çözmede, hastaya tanı koymada, tedavi etmede ve daha birçok durumda teknolojinin kullanımı sağlık alanında gün geçtikçe artmaktadır.

Sağlıkta teknoloji kullanımı daha az maliyetli hizmetler sunmaktadır (Ak, 2010:4; Urhan, 2018). Böylelikle de sürekli artış eğilimi içerisinde olan sağlık harcamalarını teknoloji kullanımı ile makul ölçüde azaltmak olasıdır. Örneğin, robotik cerrahi ile tıp dünyasında birçok doktora gerek kalmamaktadır. Şöyle ki, robotik cerrahi ile bir ameliyatta beş doktorun yapabileceği bir işi bir robot yapabilmektedir. Böylelikle, fazla

olan dört doktoru istihdam etmeye gerek kalmamakla birlikte, beş doktorun bir ameliyat için kullanacağı tıbbi malzemeyi sadece bir robot kullanmaktadır. Böylelikle, kaynakta israfının da önüne geçilmekte, maliyetler düşmekte (ölçek ekonomisi), sağlıkta kalite yükselmektedir.

Ancak, evren içinde var olan bilgi birikimi her defasında yeni bir teknolojik gelişmeyi sağlık sektörüne sunarsa mevcut çalışan teknolojik sistemin, yeni var olan sistem karşısında hizmetini sürdürmesi mümkün olmayacak ve böylelikle tıbbi malzeme atıkları (çöpler) çoğalacaktır. Ayrıca sağlık teknolojisini kullanacak personelin eğitimi, bozulan teknolojinin tamiri gibi durumlar ise uzun vade de sağlık harcamalarında bir artış ortaya çıkarabilecektir.

3.5.4. Kentleşme

İş, sağlık, eğitim, vb. olanakların kentlerde daha fazla ve avantajlı olduğu düşüncesi ile kırsal kesimden kentlere göçler artmaktadır. Bu durum ise nüfusun şehirlerde yoğunlaşmasına sebep olmaktadır. Nüfusun kentlerde toplanması ise sağlık hizmetlerine olan talebin bu bölgelerde yoğunlaşmasına ve dolayısıyla, bu bölgelerde sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

3.5.5. Yaşam Süresinin Uzaması

Bireylerin toplum içerisinde kaliteli yaşam sürmeye başlamaları, tıp alanındaki birçok buluş, ilaç sektöründeki yeni gelişmeler ve sağlıklı olmanın bilincinde bir kuşağın varlığı ile birlikte bireylerin yaşam sürelerini uzamaktadır. Ulusal ve küresel bazda artan nüfusun yaşam süresinin uzaması ile sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç artmaktadır. Söz konusu bu ihtiyaç ise sağlık harcamalarını arttıran bir faktör niteliği kazanmaktadır.

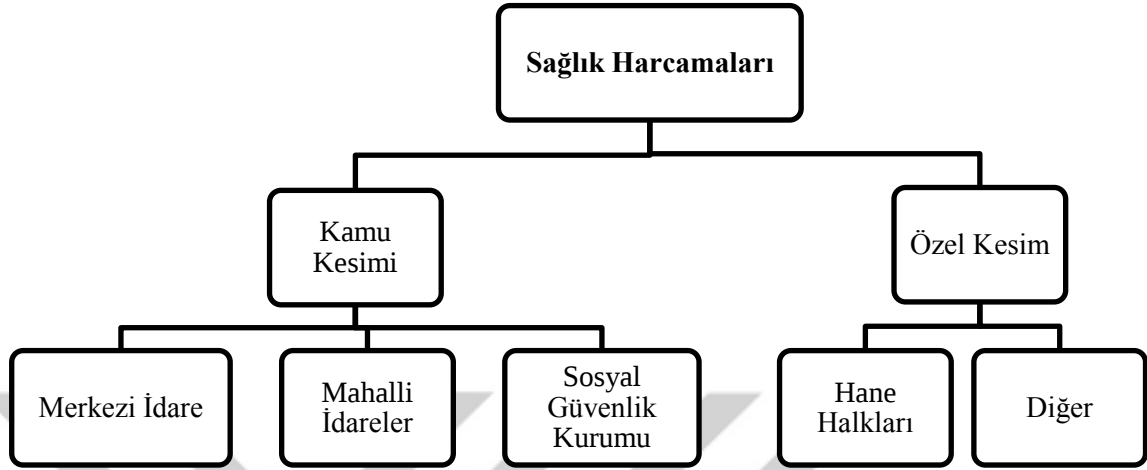
3.6. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırması

Bir ülke içerisinde yaşayan bireylerin sağlıklı olmaları o ülkenin hem sosyal gelişmişlik düzeyinde hem de yoksulluk ile başa çıkmasında önemli kriterler arasında yer almaktadır (Giray ve Çimen, 2018:151). Toplum içerisinde sağlıklı birey sayısının artması başka bir deyişle sağlıklı olmayan bireylerin iyileşerek sağlıklarına kavuşmaları için muayene, ilaç kullanımı, tedavi gibi çeşitli sağlık hizmetlerinden yararlanmaları gerekmektedir. Sağlıksız bireylerin iyileştirilmesi ve böylelikle toplum sağlığının artırılması için ise sürdürülebilir bir şekilde sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Söz konusu bu durum ise sağlık harcamalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

3.6.1. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Türkiye’de sağlık harcamaları özel kesimi ve kamu kesimi aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Diğer hizmet birimlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de belirli amaçları gerçekleştirmek için gerekli olan kaynaklar, ulusal sağlık ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık planlarını oluşturan ve politika belirleyen kişilerin belirli hedeflere ulaşabilmeleri için sağlık sektöründeki tüm kaynakları, miktarlarını, ne kadarının kullanabileceğini, geçmişteki durumunu ve gelecekteki öngörülen durumunu çok iyi bilmeleri gerekmektedir. Söz konusu bu gereklilik ise sağlık harcamalarının incelenmesi gerekliliğini de oluşturmaktadır (Yamaç Özata, 2016:20-21).

Şekil 3.1. Sağlık harcamalarının yapıldığı birimler



Kamu kesim sağlık harcamaları içerisinde; merkezi idare (düzenleyici ve denetleyici kurumlar, genel ve özel bütçeli kurumlar), mahalli idareler (belediyeler ve il özel idareler) ve Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamaları yer almaktadır (Şekil 3.1’e bkz.).

Özel kesim sağlık harcamaları; hane halkları ve diğer sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Hane halkları sağlık harcamaları, hane halkı tarafından doğrudan sağlık hizmeti almak için cepten yapılan ödemelerdir. TÜİK (2020), 'sağlık harcamaları istatistikleri' başlıklı verisinde diğer sağlık harcamalarının kapsamını şu şekilde açıklamıştır; “*özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT’ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar*”.

Tablo 3.3’de 1999-2017 yılları arasında Türkiye’de hizmet sunucularına göre sağlık harcamalarının gelişimine TL bazında yer verilmiştir. Tabloya göre 1999 yılında sağlık harcamaları toplam 4.985 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Şubat 2001 krizinin etkisi ile genel toplam sağlık harcamalarının düşmediği aksine 2000 yılında 8.248 milyon TL olan sağlık harcamalarının 4.148 milyon TL aratarak 2001 yılında 12.396 milyon TL olarak gerçekleştiği görülmektedir. 1999 – 2007 yılları arasında sürekli artış eğilimi içerisinde olan genel toplam sağlık harcamaları, 2008 küresel krizinin etkisi ile 2008 – 2009 yılları arasında çok düşük seviyede artış göstermiştir. 2010 yılı itibari ile sağlık harcamalarının sürekli bir artış eğilimi içerisinde olduğu görülmektedir.

Tablo 3.3. Hizmet sunucularına göre sağlık harcamalarının gelişimi (milyon TL), 1999-2017, Türkiye

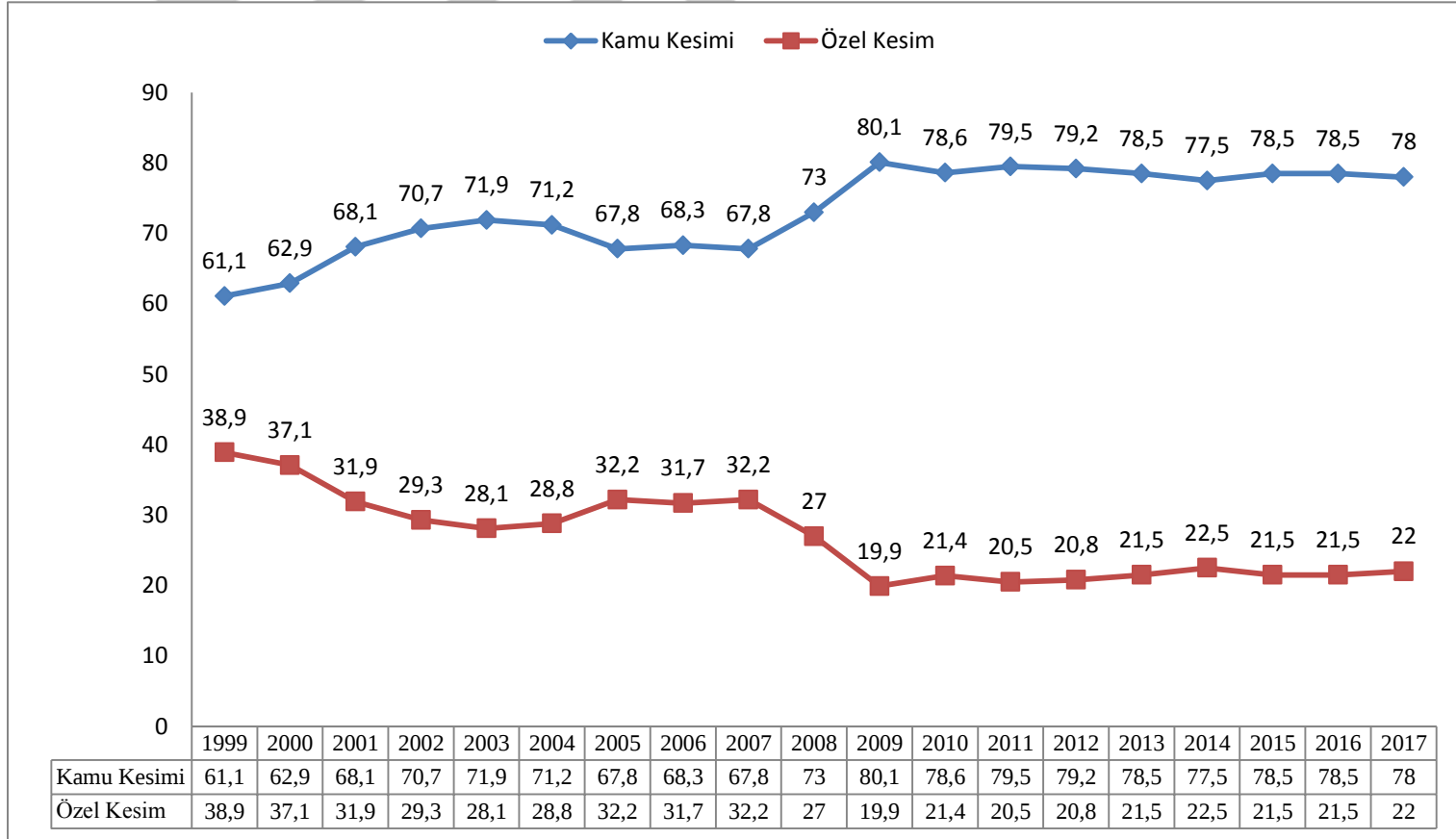
Yıllar	Kamu Kesimi				Özel Kesim			Genel Toplam
	Merkezi İdare	Mahalli İdareler	SGK	Kamu Kesimi Toplam	Hane Halkları	Diğer	Özel Kesim Toplam	
1999	1.274	158	1.616	3.048	1.449	488	1.937	4.985
2000	1.846	458	2.886	5.190	2.280	778	3.058	8.248
2001	3.612	231	4.595	8.438	2.832	1.126	3.958	12.396
2002	5.283	356	7.631	13.270	3.725	1.779	5.504	18.774
2003	6.317	482	10.662	17.462	4.482	2.335	6.817	24.279
2004	7.659	500	13.231	21.389	5.775	2.856	8.632	30.021
2005	9.520	467	14.000	23.987	8.049	3.323	11.372	35.359
2006	11.766	683	17.667	30.116	9.684	4.269	13.953	44.069
2007	13.966	867	19.697	34.530	11.105	5.269	16.374	50.904
2008	15.948	865	25.346	42.159	10.036	5.545	15.580	57.739
2009	17.946	667	28.277	46.890	8.142	2.879	11.021	57.911
2010	17.209	577	30.695	48.482	10.062	3.134	13.196	61.678
2011	19.086	557	34.937	54.580	10.590	3.438	14.028	68.607
2012	16.493	662	41.630	58.785	11.750	3.654	15.404	74.189
2013	18.425	810	46.993	66.228	14.156	4.006	18.162	84.390
2014	21.282	744	51.356	73.382	16.819	4.549	21.368	94.750
2015	25.286	927	55.908	82.121	17.315	5.131	22.446	104.568
2016	28.731	1.118	64.163	94.012	19.562	6.182	25.744	119.756
2017	35.316	1.303	73.125	109.744	24.004	6.900	30.904	140.647

Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

1999-2007 yılları arasında sürekli artış eğilimi içerisinde olan özel kesim sağlık harcamalarının, 2008 ve 2009 yıllarında azalış eğilimi içerisinde olduğu ancak 2010 yılı itibari ile kademeli bir şekilde arttığı Tablo 3.3’de görülmektedir.

1999 – 2017 yılları arasında genel toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesimi sağlık harcamaları sağlık hizmetlerine erişimde evrensel kapsamanın benimsenmesi, nüfusun artması, demografik dönüşümle birlikte yaşlı nüfusundaki artış, sağlık hizmetlerine olan talebin artması vb. nedenlerle sürekli artış eğilimi içerisinde. Kamu kesimi sağlık harcamaları içerisinde rakamsal olarak en büyük sağlık harcamasının Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapıldığı Tablo 3.3’de görülmektedir.

Şekil 3.2. Toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının yüzdesel dağılımı, 1999-2017, Türkiye

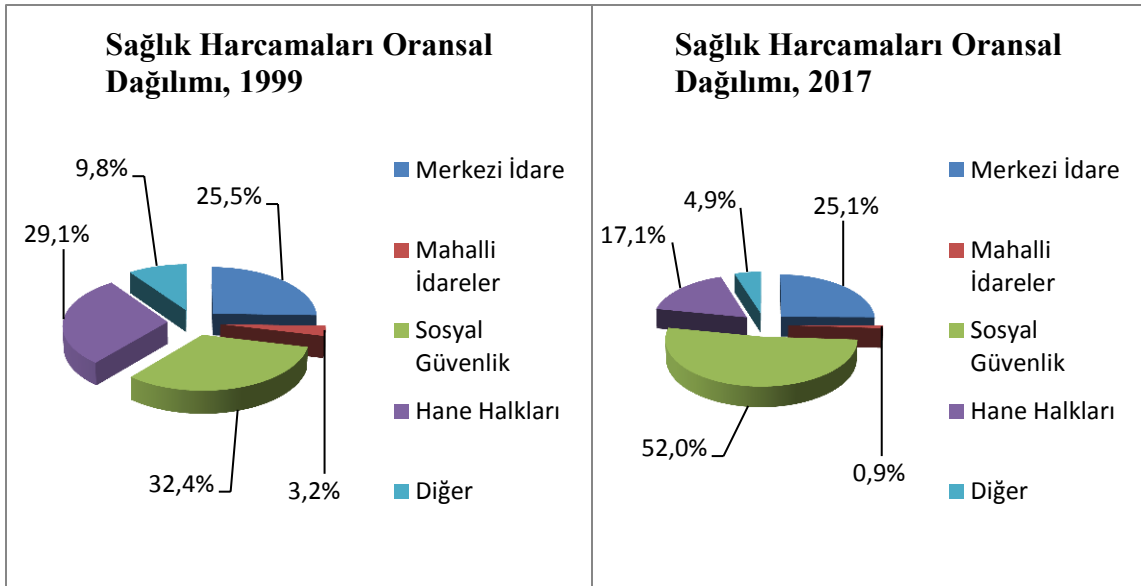


Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

Şekil 3.2’de Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının yüzdesel dağılımına yer verilmiştir. Şekilde, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesimi sağlık harcamalarının payının özel kesim sağlık harcamalarına kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. 1999 yılında meydana gelen iki büyük deprem felaketinin ve 2001 yılının Şubat ayında ortaya çıkan ekonomik krizin etkisi ile kamu kesiminin özel kesime kıyasla sağlık harcamalarını arttırdığı görülmektedir. 1999 yılında %61,1 oranında gerçekleşen kamu sağlık harcaması, %7 oranında artarak 2001 yılında %%68,1 oranında gerçekleşmiştir. 2008 küresel krizinin etkisi ile 2008 yılı kamu kesimi sağlık harcamaları % 73, 2009 yılı kamu kesimi sağlık harcamaları % 80,1 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılı itibari kamu kesimi sağlık harcamalarında küçük düşüşler olsa da genel çerçevede yüksek bir seyir izlemiştir.

1999 yılında %61,1 oranında gerçekleşen kamu sağlık harcamaları, %16,9 oranında artarak 2017 yılında %78 olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla da 1999- 2017 yılları arasında özel kesim sağlık harcamaları %16,9 oranında azalmıştır. Bu durum ise devletin, toplum içerisinde yaşayan her bir bireyin sağlık mal ve hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanabilmesi için büyük bir çaba sarf ettiğini göstermektedir (Şekil 3.2’ye bkz.)

Şekil 3.3. 1999 ve 2017 yılı sağlık harcamalarının yüzdesel dağılımı, Türkiye



Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

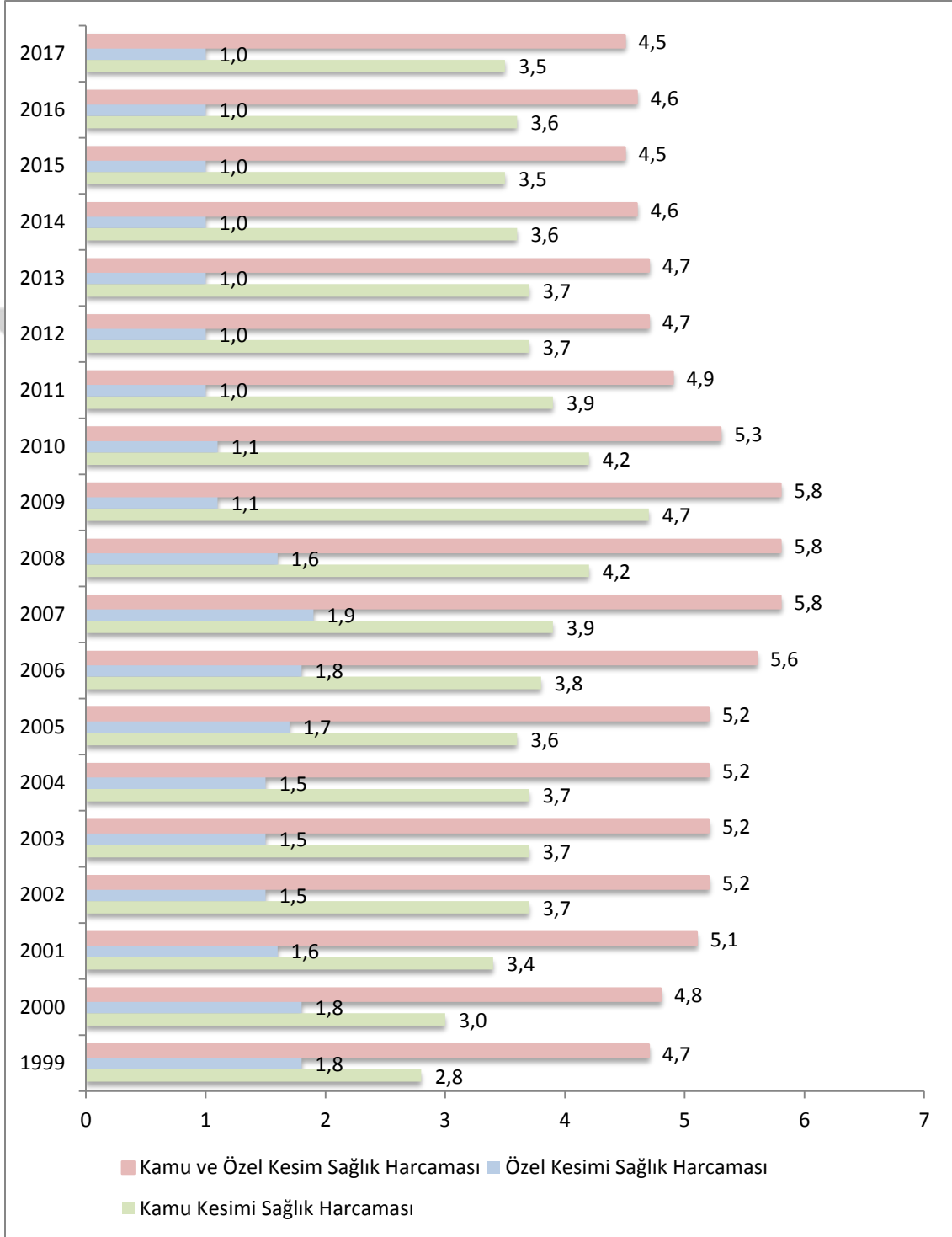
Şekil 3.3’de 1999 ve 2017 yıllarındaki sağlık harcamalarının yüzdesel dağılımına bakıldığında Sosyal Güvenlik Kurumu’nun sağlık harcamalarını finanse etme yükünün diğer hizmet sunucularına kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. 1999 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu toplam sağlık harcamalarının %32,4’ünü finanse ederken, bu oran 2017 yılında %52’ ye ulaşmıştır. 2017 yılında toplam sağlık harcamalarının içerisinde SGK’nin en büyük paya sahip hizmet sunucusu olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, 2017 yılında toplam sağlık harcamalarının %78’e varan kısmının kamu kesimi tarafından finanse edildiği görülmektedir.

Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel kesim sağlık harcamalarının payı 1999 yılında yaklaşık olarak %38,9 iken 2017 yılında %22 olduğu görülmektedir. Bu durum ise, 1999 – 2017 yılları arasında toplam sağlık harcamaları içerisinde özel kesim sağlık harcamalarının payının %16,9 oranında azaldığını göstermektedir (Şekil 3.3’e bkz.). Sonuç olarak kamu kesimi sağlık harcamalarının artması ile birlikte özel kesim sağlık harcamaları azalmıştır. Bu durumun ise kamu üzerine ağır bir yük oluşturduğu düşünülmektedir.

Şekil 3.4’de Türkiye’de yıllara göre kamu ve özel kesim sağlık harcamasının GSYH içerisindeki yüzdesel dağılımlarına yer verilmiştir. 1999 yılından 2007 yılının sonuna kadar kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı sürekli artış eğiliminde iken 2008 ve 2009 yılları arasında sabit kaldığı, 2010 yılı itibari ile ise azalış eğilimi içerisinde olduğu görülmektedir. 1999 – 2017 yılları arasında kamu kesimi sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki yüzdesel dağılımının özel kesim sağlık harcamalarına kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Özel kesim sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı 1999 yılında %1,8 iken bu oran %0,2 azalarak 2008 yılında %1,6 olarak gerçekleşmektedir. Özel kesim sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payının 2008 yılı itibari ile 2010 yılı sonuna kadar hızlı bir şekilde azaldığı, 2011-2017 yılları arasında ise % 1 olarak gerçekleştiği görülmektedir.

Kamu kesimi sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı 1999 – 2009 yılları arasında %1,9 oranında artarken, 2010 – 2017 yılları arasında %0,7 oranında azalmıştır. 1999 yılında kamu kesimi sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı %2,8 iken bu oran %0,7 artarak 2017 yılında %3,5 olarak gerçekleşmiştir (Şekil 3.4’e bkz.).

Şekil 3.4. 1999-2017 yılları arasında kamu ve özel kesim sağlık harcamasının GSYH içindeki payı (%), Türkiye



Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).
TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

Tablo 3.4. Reel GSYH ve sağlık harcamaları, Türkiye

Yıllar	Reel GSYH (Bin TL)	Toplam Sağlık harcamaları (Milyon TL)	Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları		Özel Kesim Sağlık Harcamaları	
			(Milyon TL)	GSYH İçindeki Payı (%)	(Milyon TL)	GSYH İçindeki Payı (%)
1999	107.164.345	4,985	3,048	2,8	1,937	1,8
2000	170.666.715	8,248	5,19	3,0	3,058	1,8
2001	245.428.760	12,396	8,438	3,4	3,958	1,6
2002	359.358.871	18,774	13,27	3,7	5,504	1,5
2003	468.015.146	24,279	17,462	3,7	6,817	1,5
2004	577.023.497	30,021	21,389	3,7	8,632	1,5
2005	673.702.943	35,359	23,987	3,6	11,372	1,7
2006	789.227.555	44,069	30,116	3,8	13,953	1,8
2007	880.460.879	50,904	34,53	3,9	16,374	1,9
2008	994.782.858	57,739	42,159	4,2	15,58	1,6
2009	999.191.848	57,911	46,89	4,7	11,021	1,1
2010	1.160.013.978	61,678	48,482	4,2	13,196	1,1
2011	1.394.477.166	68,607	54,58	3,9	14,028	1,0
2012	1.569.672.115	74,189	58,785	3,7	15,404	1,0
2013	1.809.713.087	84,39	66,228	3,7	18,162	1,0
2014	2.044.465.876	94,75	73,382	3,6	21,368	1,0
2015	2.338.647.494	104,568	82,121	3,5	22,446	1,0
2016	2.608.525.749	119,756	94,012	3,6	25,744	1,0
2017	3.104.906.706	140,647	109,744	3,5	30,904	1,0

Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).

TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

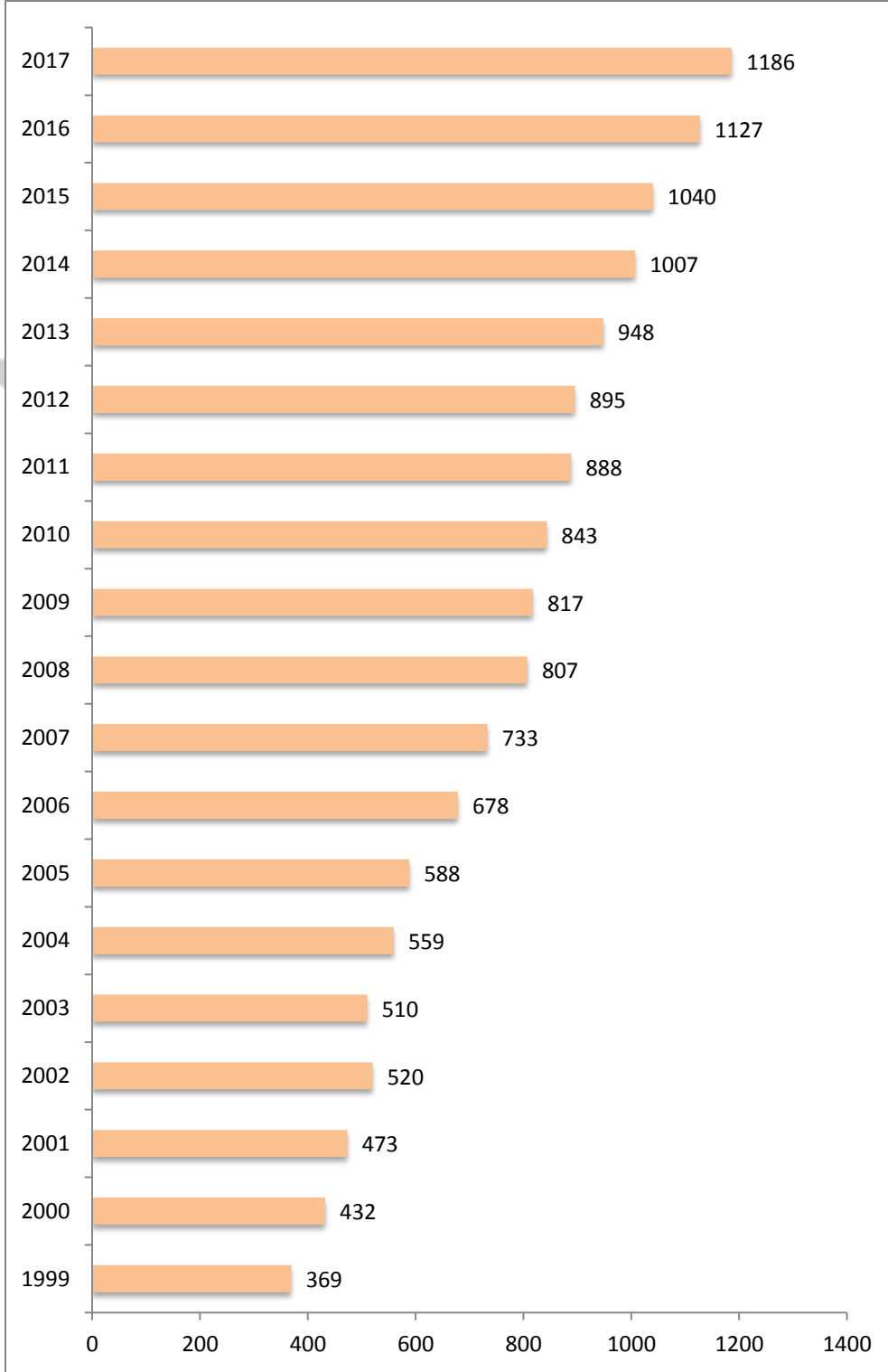
Tablo 3.4’de görüldüğü üzere Reel GSYH’deki artış ile birlikte toplam sağlık harcamalarının da TL bazın da arttığı görülmektedir. Ekonomiyi birçok yönden olumsuz şekilde etkileyen 1999 Marmara depremi, 2000 krizi ve 2001 krizi yıllarında reel GSYH’nin arttığı görülmektedir. Söz konusu bu artış ile birlikte toplam sağlık harcamaları da artmıştır. Benzer şekilde 2008 küresel krizinin etkisi ile 2008 ve 2009 yıllarında reel GSYH’deki artış ile birlikte toplam sağlık harcamalarının da artış trendi içerisinde olduğu görülmektedir.

1999-2017 yılları arasında Reel GSYH'deki sürekli artış ile birlikte kamu kesimi sağlık harcamaları TL bazda artarken, yüzde (%) bazında sürekli artış içerisinde olmadığı, bazı yıllar arttığı bazı yıllar ise düşüş içerisinde olduğu görülmektedir. Reel GSYH'deki sürekli artış ile birlikte özel kesim sağlık harcamalarının da hem TL hem de yüzde (%) bazında daimi olarak artmadığı görülmektedir. 1999- 2017 yılları arasında özel kesim sağlık harcamaları yalnızca 2008 ve 2009 yıllarında TL bazında azalış göstermiş, diğer yıllar ise artış göstermiştir (Tablo 3.4'e bkz.).

Kamu kesimi/özel kesim sağlık harcamalarının hem TL bazında hem de GSYH içerisinde yüzde (%) bazında arttığı yıllar kamu kesiminin/özel kesimin sağlık için TL bazında yapmış olduğu harcamaların GSYH üzerindeki etkisinin söz konusu artışın olduğu yılda tesir etmeye başlaması ile ilgisinin olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kamu kesimi/özel kesim sağlık harcamalarının TL bazında arttığı ancak GSYH içerisinde yüzde (%) bazında artmadığı yıllar kamu kesiminin/özel kesimin sağlık için TL bazında yapmış olduğu harcamaların GSYH üzerindeki etkisinin söz konusu yıllarda tesir etmemesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Tablo 3.4'e bkz.).

Şekil 3.5'de 1999 yılından 2002 yılının sonuna kadar kişi başına düşen sağlık harcamalarının sürekli arttığı görülmektedir. 2002 yılına kıyasla 2003 yılında %1,9 oranında azalan kişi başına düşen sağlık harcamaları 510 \$ olarak gerçekleşmiştir. 2004 yılından 2017 yılına kadar kişi başına düşen sağlık harcamalarının sürekli artış eğilimi içerisinde olduğu görülmektedir. 1999 yılında 369 \$ olarak gerçekleşen kişi başına düşen sağlık harcamaları, %221,4 oranında artarak 2017 yılında 1186 \$ olarak gerçekleşmiştir.

Şekil 3.5. Kişi başına düşen sağlık harcamaları (\$, 1999-2017), Türkiye



Kaynak: OECD, "Health spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (09.03.2020).

3.6.2. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve Türkiye ile Karşılaştırılması

Tablo 3.5’de yıllara göre Türkiye ve diğer OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranına yüzde (%) olarak yer verilmiştir. OECD ülkeleri arasında sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülke 1999 yılından 2005 yılının sonuna kadar Kore, 2006 ve 2007 yıllarında Estonya, 2008 yılından 2017 yılının sonuna kadar Türkiye olmuştur.

1999 -2017 yılları arasında sağlık harcamalarına en büyük payı ayıran ülke ABD’dir. Bu doğrultu ABD’yi takip eden ülkeler; İsviçre, Fransa, Almanya, İsveç, Japonya, Kanada olmuştur (Tablo 3.5’e bkz.)

1999 yılında % 6,4 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının OECD ortalaması, %2,4 oranında artarak 2017 yılında % 8,8 olarak gerçekleşmiştir. 1999 – 2017 yılları arasında ise OECD ortalaması %2,35 artmıştır (Tablo 3.5’e bkz.)

“Türkiye’de gerçekleşen sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı, diğer OECD [ülkeleri] ile karşılaştırıldığında nispeten daha azdır. Özellikle son yılların verilerine bakıldığında Türkiye, sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülkelerden olmuştur “ (Giray ve Çimen, 2018:156).

2017 yılı OECD verilerine göre 36 OECD ülkesi arasında toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranının en yüksek olduğu ülke %17,1 ile ABD’dir. Bu doğrultuda ABD’yi takip eden diğer OECD ülkeleri ise sırasıyla; %12,3 ile İsviçre, %11,3 ile Fransa, %11,2 ile Almanya, %11 ile İsveç, %10,9 ile Japonya, %10,7 ile Kanada, %10,4 ile Norveç, %10,4 ile Avusturya’dır (Tablo 3.5’e bkz.)

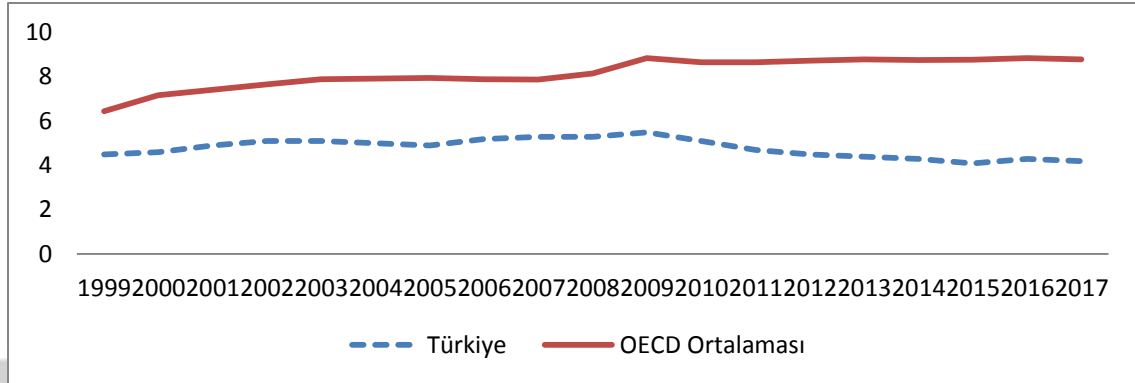
2017 yılı OECD verilerine göre 36 OECD ülkesi arasında toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranının en düşük olduğu ülke %4,2 ile Türkiye’dir. Bu doğrultuda Türkiye’yi takip eden diğer OECD ülkeleri ise sırasıyla; %5,5 ile Lüksemburg, %5,5 ile Meksika, %6 ile Letonya, %6,4 ile Estonya, %6,5 ile Litvanya, %6,5 ile Polonya, %6,7 ile Slovak Cumhuriyeti, %6,9 ile Macaristan’dır (Tablo 3.5’e bkz.)

Tablo 3.5. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı (% , 1999-2017)

Ülkeler	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ABD	12,4	12,5	13,2	14	14,5	14,6	14,6	14,7	14,9	15,3	16,3	16,4	16,4	16,3	16,3	16,4	16,7	17,1	17,1
Almanya	9,8	9,8	9,9	10,1	10,3	10,1	10,2	10,1	10	10,2	11,1	11	10,7	10,8	10,9	11	11,2	11,1	11,2
Avustralya	7,3	7,6	7,7	7,9	7,9	8,1	8	8	8,1	8,3	8,6	8,4	8,5	8,7	8,8	9	9,3	9,2	9,2
Avusturya	9,3	9,2	9,3	9,4	9,5	9,7	9,6	9,5	9,5	9,7	10,2	10,2	10	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4
Belçika	7,9	7,9	8,1	8,3	9,1	9,1	9	8,9	8,9	9,3	10,1	10	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,3
Birleşik Krallık	5,8	6	6,3	6,6	6,8	7	7,2	7,3	7,4	7,6	8,5	8,4	8,4	8,3	9,8	9,8	9,7	9,7	9,6
Çek Cumhuriyeti	5,8	5,7	5,9	6,2	6,6	6,4	6,4	6,2	6	6,4	7,3	6,9	7	7	7,8	7,7	7,2	7,2	7,2
Danimarka	8,3	8,1	8,4	8,7	8,9	9	9,1	9,2	9,3	9,5	10,7	10,3	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,1
Estonya	5,7	5,2	4,8	4,7	4,9	5,2	5,1	4,8	5	5,8	6,5	6,3	5,8	5,8	6	6,1	6,4	6,5	6,4
Finlandiya	6,8	6,8	7	7,4	7,7	7,8	8	8	7,8	8,1	8,9	8,9	9	9,3	9,5	9,5	9,7	9,4	9,2
Fransa	9,7	9,6	9,7	10	10,1	10,2	10,2	10,4	10,3	10,5	11,3	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,3
Hollanda	7,8	7,7	8,1	8,6	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1	9,3	10	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1
İrlanda	5,6	5,9	6,4	6,7	7	7,2	7,6	7,5	7,8	9,1	10,5	10,5	10,7	10,7	10,3	9,7	7,3	7,4	7,2
İspanya	6,9	6,8	6,8	6,8	7,5	7,6	7,7	7,8	7,8	8,3	9	7,5	9,1	9,1	9	9	9,1	9	8,9
İsrail	6,8	6,8	7,2	7,2	7,1	7	7,1	6,9	6,9	7	7,1	7	7	7,1	7,1	7,1	7,1	7,3	7,4
İsveç	7,4	7,4	8	8,3	8,5	8,3	8,3	8,2	8,1	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11	11	11
İsviçre	10	9,8	10,2	10,6	10,9	11	10,8	10,2	10	10,2	10,8	10,7	10,8	11,1	11,3	11,5	11,9	12,2	12,3
İtalya	7,3	7,6	7,8	7,9	7,9	8,2	8,4	8,5	8,2	8,6	9	9	8,8	9	9	9	9	8,9	8,8
İzlanda	8,9	9	8,8	9,5	10	9,5	9,1	8,8	8,6	8,6	8,9	8,5	8,3	8,2	8,2	8,3	8,1	8,2	8,3
Japonya	7	7,2	7,4	7,5	7,6	7,7	7,8	7,8	7,9	8,2	9,1	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,9
Kanada	8,3	8,2	8,6	8,9	9	9,1	9	9,4	9,5	9,6	10,8	10,7	10,4	10,4	10,3	10,1	10,6	10,8	10,7
Kore	3,9	4	4,6	4,3	4,6	4,6	4,8	5,2	5,4	5,7	6,1	6,2	6,3	6,4	6,6	6,8	7	7,3	7,6
Letonya		5,4	5,8	5,8	5,5	6,2	5,9	5,7	5,5	5,6	6,2	6,1	5,6	5,4	5,4	5,5	5,7	6,2	6
Litvanya		6,2	6	6,1	6,2	5,5	5,6	5,8	5,8	6,3	7,4	6,8	6,5	6,3	6,1	6,2	6,5	6,6	6,5
Lüksemburg	5,5	5,9	6,4	6,7	7	7,3	7,2	6,7	6,2	6,5	7,3	7	6,1	6,6	5,7	5,6	5,5	5,5	5,5
Macaristan	6,9	6,8	6,8	7,1	8,1	7,8	8	7,8	7,2	7,1	7,2	7,5	7,5	7,5	7,3	7,1	7	7,1	6,9
Meksika	4,4	4,4	4,8	5,1	5,8	6	5,8	5,7	5,8	5,7	6,1	6	5,7	5,8	5,9	5,6	5,8	5,5	5,5
Norveç	8,4	7,7	8	9	9,2	8,8	8,3	7,9	8	8	9,1	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,5	10,4
Polonya	5,5	5,3	5,7	6,1	6	5,9	5,8	5,8	5,9	6,4	6,6	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,3	6,5	6,5
Portekiz	7,6	8,4	8,4	8,6	8,9	9,3	9,4	9,1	9,1	9,4	9,9	9,8	9,5	9,3	9,1	9	9	9	9
Slovak Cumhuriyeti	5,5	5,3	5,3	5,5	5,5	6,5	6,6	6,9	7,2	7	8	7,8	7,4	7,6	7,5	6,9	6,8	7	6,7
Slovenya		7,8	7,9	8	8,1	7,9	8	7,8	7,5	7,8	8,6	8,6	8,6	8,8	8,8	8,5	8,5	8,5	8,2
Şili		7	7,2	7,3	7,3	6,9	6,6	6	6,2	6,7	7,8	6,8	6,8	7	7,4	7,8	8,3	8,5	9
Türkiye	4,5	4,6	4,9	5,1	5,1	5	4,9	5,2	5,3	5,3	5,5	5,1	4,7	4,5	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2
Yeni Zelanda	7,4	7,5	7,6	7,9	7,7	7,9	8,3	8,6	8,3	9,1	9,6	9,6	9,5	9,7	9,4	9,4	9,3	9,3	9,1
Yunanistan	7,8	7,2	8	8,2	8,2	7,9	9	9	9,1	9,4	9,5	9,6	9,1	8,9	8,4	8	8,1	8,3	8
OECD Ortalaması	6,45	7,18	7,42	7,67	7,89	7,93	7,96	7,9	7,88	8,16	8,85	8,67	8,67	8,74	8,79	8,76	8,78	8,85	8,8

Kaynak: OECD, "Health spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (09.03.2020)

Şekil 3.6. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının ortalaması ve Türkiye (% , 1999-2017)



Kaynak: OECD, "Health spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (09.03.2020).

Türkiye’de yapılan toplam sağlık harcamalarının OECD ülkeleri içerisinde ne durumda olduğunu görmek için Türkiye ile OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamaları ortalamasının karşılaştırması önem arz etmektedir. Şekil 3.6’da görüldüğü üzere 1999 – 2017 yılları arasında Türkiye daimi olarak OECD toplam sağlık harcamaları ortalamasının altında bir seyir izlemiştir.

Tablo 3.6’da OECD Ülkelerinde kişi başına düşen toplam sağlık harcamasına Amerikan doları (\$) bazında yer verilmiştir. 1999 – 2017 yılları arasında 36 OECD ülkesi arasında kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke ABD iken en düşük olduğu ülke ise Türkiye’dir. Bu doğrultuda ABD’yi sırasıyla İsviçre ve Lüksemburg ülkeleri, Türkiye’yi ise sırasıyla Meksika ve Letonya ülkeleri takip etmektedir.

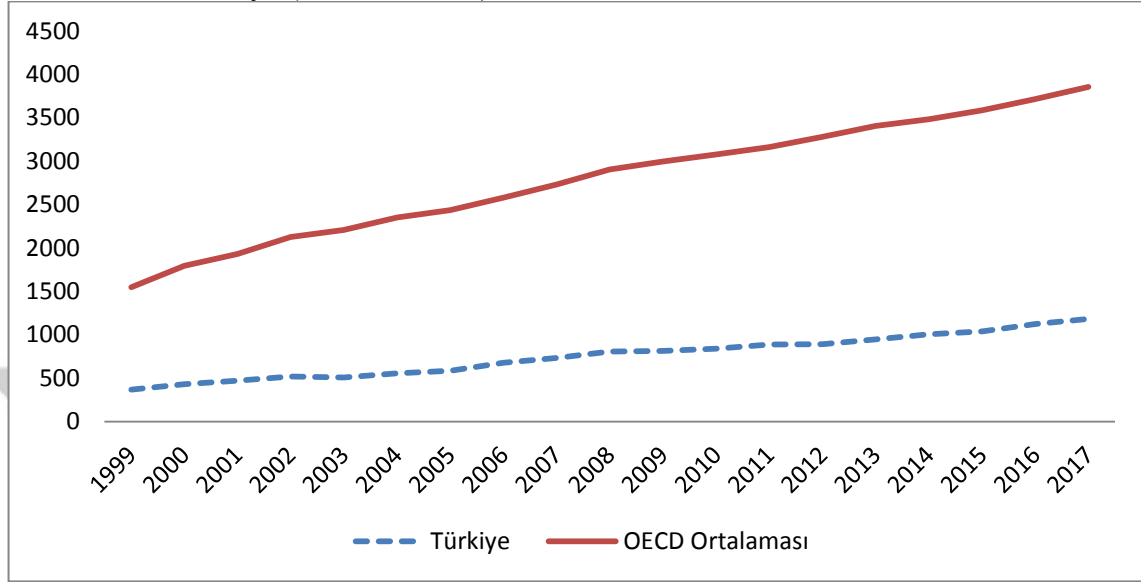
2017 yılında OECD ülkeleri arasında kişi başına düşen sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke 10.207 \$ ile ABD’dir. Bu doğrultuda ABD’yi takip eden diğer OECD ülkeleri ise sırasıyla; 7.147\$ ile İsviçre, 6.064\$ ile Norveç, 5.848\$ ile Almanya, 5.270\$ Avusturya, 5.264\$ ile İsveç, 5.155\$ ile Hollanda, 5.025\$ ile Danimarka, 4.941\$ ile Lüksemburg, 4.931\$ ile Fransa, 4.832\$ ile Belçika, 4.812\$ ile Kanada’dır. 2017 yılında OECD ülkeleri arasında kişi başına düşen sağlık harcamasının en düşük olduğu ülke ise 1.105\$ ile Meksika’dır. Bu doğrultuda Meksika’yi takip eden diğer OECD ülkeleri ise sırasıyla; 1.649\$ ile Letonya, 1.186\$ ile Türkiye, 1.996\$ ile Macaristan, 2.048\$ ile Polonya, 2.095\$ ile Şili, 2.120\$ ile Estonya, 2.182\$ ile Litvanya, 2.188\$ ile Slovak Cumhuriyeti, 2.207\$ Yunanistan’dır (Tablo 3.6’ya bkz.).

Tablo 3.6. OECD ülkelerinde kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$, 1999-2017)

Ülkeler	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ABD	4.290	4.557	4.909	5.326	5.736	6.094	6.443	6.807	7.161	7.403	7.682	7.939	8.154	8.423	8.629	9.042	9.505	9.904	10.207
Almanya	2.604	2.888	3.003	3.235	3.322	3.382	3.421	3.554	3.740	3.942	4.157	4.412	4.558	4.734	4.948	5.142	5.291	5.550	5.848
Avustralya	1.957	2.154	2.289	2.481	2.577	2.817	2.872	2.995	3.198	3.350	3.422	3.595	3.809	3.854	4.091	4.191	4.381	4.566	4.791
Avusturya	2.569	2.802	2.858	3.101	3.198	3.411	3.476	3.632	3.794	4.009	4.100	4.257	4.345	4.588	4.767	4.859	4.945	5.140	5.270
Belçika	2.012	2.297	2.403	2.644	2.899	3.039	3.045	3.131	3.249	3.472	3.678	3.840	3.998	4.161	4.349	4.478	4.527	4.666	4.832
Birleşik Krallık	1.356	1.561	1.744	1.939	2.076	2.284	2.318	2.480	2.582	2.687	2.789	2.871	2.910	2.968	3.574	3.668	3.703	3.833	3.943
Çek Cumhuriyeti	952	1.025	1.160	1.268	1.394	1.464	1.523	1.559	1.660	1.823	2.054	2.001	2.042	2.090	2.449	2.565	2.546	2.628	2.850
Danimarka	2.182	2.344	2.471	2.712	2.723	2.921	3.015	3.286	3.562	3.778	4.026	4.160	4.170	4.315	4.456	4.536	4.674	4.774	5.025
Estonya	510	543	545	625	700	814	889	945	1.137	1.292	1.311	1.363	1.404	1.515	1.636	1.752	1.868	2.013	2.120
Finlandiya	1.610	1.807	1.908	2.123	2.198	2.394	2.481	2.655	2.903	3.134	3.173	3.308	3.475	3.651	3.795	3.813	3.991	4.023	4.127
Fransa	2.431	2.686	2.874	3.152	3.056	3.171	3.265	3.446	3.594	3.734	3.895	4.048	4.168	4.306	4.557	4.642	4.676	4.844	4.931
Hollanda	2.372	2.646	2.882	3.297	3.309	3.495	3.583	3.826	4.075	4.378	4.444	4.473	4.567	4.782	4.924	4.935	4.928	5.018	5.155
İrlanda	1.498	1.829	2.133	2.419	2.579	2.805	3.093	3.202	3.383	3.643	3.865	4.049	4.207	4.373	4.302	4.251	4.302	4.471	4.631
İspanya	1.370	1.523	1.635	1.804	2.009	2.116	2.203	2.379	2.469	2.658	2.738	2.725	2.724	2.726	2.764	2.853	3.025	3.106	3.224
İsrail	1.369	1.550	1.651	1.691	1.634	1.708	1.756	1.747	1.854	1.845	1.916	1.975	2.082	2.223	2.238	2.237	2.309	2.551	2.666
İsveç	1.959	2.195	2.414	2.657	2.697	2.793	2.831	3.026	3.233	3.434	3.473	3.446	4.484	4.694	4.750	4.882	5.027	5.049	5.264
İsviçre	3.258	3.491	3.736	4.080	4.117	4.315	4.317	4.401	4.780	5.105	5.282	5.296	5.477	5.796	6.188	6.439	6.761	6.942	7.147
İtalya	1.802	2.029	2.151	2.293	2.289	2.451	2.504	2.660	2.695	2.932	2.945	3.103	3.098	3.111	3.089	3.075	3.129	3.264	3.376
İzlanda	2.576	2.666	2.760	3.077	3.182	3.313	3.346	3.449	3.654	3.683	3.529	3.313	3.318	3.398	3.498	3.599	3.735	3.916	4.154
Japonya	1.668	1.851	1.943	2.065	2.197	2.306	2.471	2.559	2.689	2.799	2.974	3.170	3.741	3.971	4.308	4.328	4.517	4.513	4.630
Kanada	2.278	2.451	2.623	2.758	2.913	3.121	3.292	3.497	3.718	3.862	3.964	4.167	4.227	4.286	4.366	4.464	4.551	4.698	4.812
Kore	663	726	865	892	980	1.039	1.142	1.286	1.443	1.565	1.697	1.890	1.977	2.080	2.135	2.236	2.488	2.678	2.870
Letonya		464	552	631	638	797	840	938	1.084	1.118	1.009	1.076	1.078	1.156	1.230	1.286	1.405	1.583	1.649
Litvanya		574	606	712	817	790	886	1.010	1.159	1.347	1.326	1.371	1.485	1.568	1.663	1.782	1.918	2.058	2.182
Lüksemburg	2.828	3.409	3.713	4.249	4.412	4.777	4.881	5.150	5.085	5.431	5.724	5.623	4.831	5.207	4.759	4.809	4.821	4.874	4.941
Macaristan	823	906	996	1.167	1.365	1.382	1.464	1.510	1.430	1.493	1.496	1.666	1.756	1.767	1.822	1.864	1.892	1.965	1.996
Meksika	466	506	556	589	676	755	761	812	862	893	907	927	940	1.004	1.028	1.004	1.075	1.066	1.105
Norveç	2.519	2.792	2.937	3.389	3.448	3.656	3.741	3.963	4.310	4.605	4.687	4.775	4.965	5.210	5.486	5.707	5.728	5.804	6.064
Polonya	572	604	668	774	782	838	835	903	1.051	1.223	1.316	1.423	1.497	1.579	1.671	1.687	1.803	1.915	2.048
Portekiz	1.320	1.599	1.665	1.792	1.876	2.035	2.135	2.186	2.253	2.386	2.457	2.529	2.408	2.346	2.417	2.451	2.540	2.668	2.759
Slovak Cumhuriyeti	658	690	759	869	877	1.101	1.191	1.341	1.584	1.687	1.814	2.010	1.975	2.097	2.154	2.010	2.060	2.187	2.188
Slovenya		1.463	1.553	1.737	1.786	1.858	1.900	1.985	2.065	2.298	2.271	2.318	2.377	2.431	2.495	2.499	2.574	2.683	2.801
Şili		589	619	654	708	768	812	960	1.062	1.130	1.311	1.254	1.355	1.485	1.656	1.752	1.838	1.898	2.095
Türkiye	369	432	473	520	510	559	588	678	733	807	817	843	888	895	948	1.007	1.040	1.127	1.186
Yeni Zelanda	1.565	1.659	1.798	1.921	1.916	2.077	2.194	2.438	2.539	2.830	2.951	3.045	3.132	3.240	3.388	3.496	3.513	3.662	3.742
Yunanistan	1.390	1.418	1.700	1.951	1.988	2.059	2.304	2.498	2.616	2.833	2.760	2.618	2.307	2.168	2.091	2.042	2.100	2.198	2.207
OECD Ortalaması	1.550	1.798	1.932	2.128	2.211	2.353	2.439	2.580	2.734	2.906	2.999	3.080	3.165	3.283	3.406	3.483	3.589	3.718	3.857

Kaynak: OECD, "Health spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (09.03.2020).

Şekil 3.7. OECD ülkelerinde toplam kişi başına düşen sağlık harcamalarının ortalaması ve Türkiye (% , 1999-2017)



Kaynak: OECD, "Health spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (09.03.2020).

Türkiye’de toplam kişi başına düşen sağlık harcamalarının OECD ülkeleri içerisinde ne durumda olduğunu görmek için Türkiye ile OECD ülkelerinin kişi başına düşen sağlık harcamaları ortalamasının karşılaştırması önem arz etmektedir. Şekil 3.7’de görüldüğü üzere 1999 – 2017 yılları arasında Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcaması oranları daimi olarak OECD ortalamasının altında bir seyir izlemiştir.



4. TÜRKİYE’DE 2001 VE 2008 YILI EKONOMİK KRİZLERİNİN SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Ulusal ve küresel sahada ortaya çıkabilen ekonomik krizler; eğitim, tarım, sağlık, ulaşım gibi çeşitli sektörler üzerinde etkili olabilmektedir. Türkiye’de 2000 yılı sonrası yaşanan Şubat 2001 ve 2008 küresel krizleri çeşitli sektör üzerine etkili olduğu gibi sağlık sektörü üzerinde de etkili olmuştur.

Literatürde birçok araştırmacı tarafından ekonomik krizin sağlık alanında etkilerini tespit etmeye yönelik farklı kapsamlarda çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Araştırmalar sonucu ekonomik krizin ruh sağlığı (Martin-Carrasco vd., 2016; Economou vd., 2013; Hodgkin ve Karpman, 2010), genel sağlık durumu (Vandoras vd., 2013), intihar vakaları (Barr vd., 2012; Lopez Bernal vd., 2013), bulaşıcı hastalıklar (Bonovas ve Nikolopoulos, 2012; Paraskevis vd., 2013), kanser (Maruthappu vd., 2014) ve ölüm oranları (Williams vd., 2016) üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu tespit edilmiştir. Ekonomik krizlerin sağlık üzerinde yaratmış olduğu bu olumsuzluklar ile birlikte bireylerin sağlık mal ve hizmetlerine olan taleplerinin artacağı düşünülmektedir. Sağlık mal ve hizmetlerine artan talep ise sağlık harcamaları konusunun gündemdeki sürekliliğini korumasına neden olacaktır.

Sağlık harcamaları, ekonomik kriz(ler)in birey ve toplum sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuzlukları minimize etmede önemli bir araçtır. Ekonomik kriz dönemlerinde hem kamu kesimi hem de özel kesim; zorunluluk veya aciliyet gerektiren harcamalar haricinde geriye kalan bütün harcamalarını kısma eğilimine gitmekte veya harcamalarından vazgeçmektedir. Ancak, sağlık harcamalarının vazgeçilemez, ertelenemez ve başka bir hizmet türü ile ikame edilemez özelliği nedeniyle ekonomik kriz dönemlerinde sağlık harcamalarının önemi güncelliğini korumaktadır.

Bu bölümde 2000 yılı sonrası Türkiye’de yaşanmış olan Şubat 2001 ve 2008 küresel ekonomik krizlerinin sağlık harcamaları üzerinde etkilerinin var olup olmadığı, var olması durumunda ne yönde etki oluşturduğu tespit edilecektir. Çalışmada ekonomik krizin temel göstergelerinden olan; işsizlik, enflasyon, kişi başına düşen GSYH,

kamu harcamaları/GSYH ve dış borç/GSYH oranlarından yararlanılarak ekonomik krizin sağlık harcamaları üzerindeki etkileri tespit edilmeye çalışılacaktır.

4.1. Ekonomik Kriz Dönemlerinde İşsizliğin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

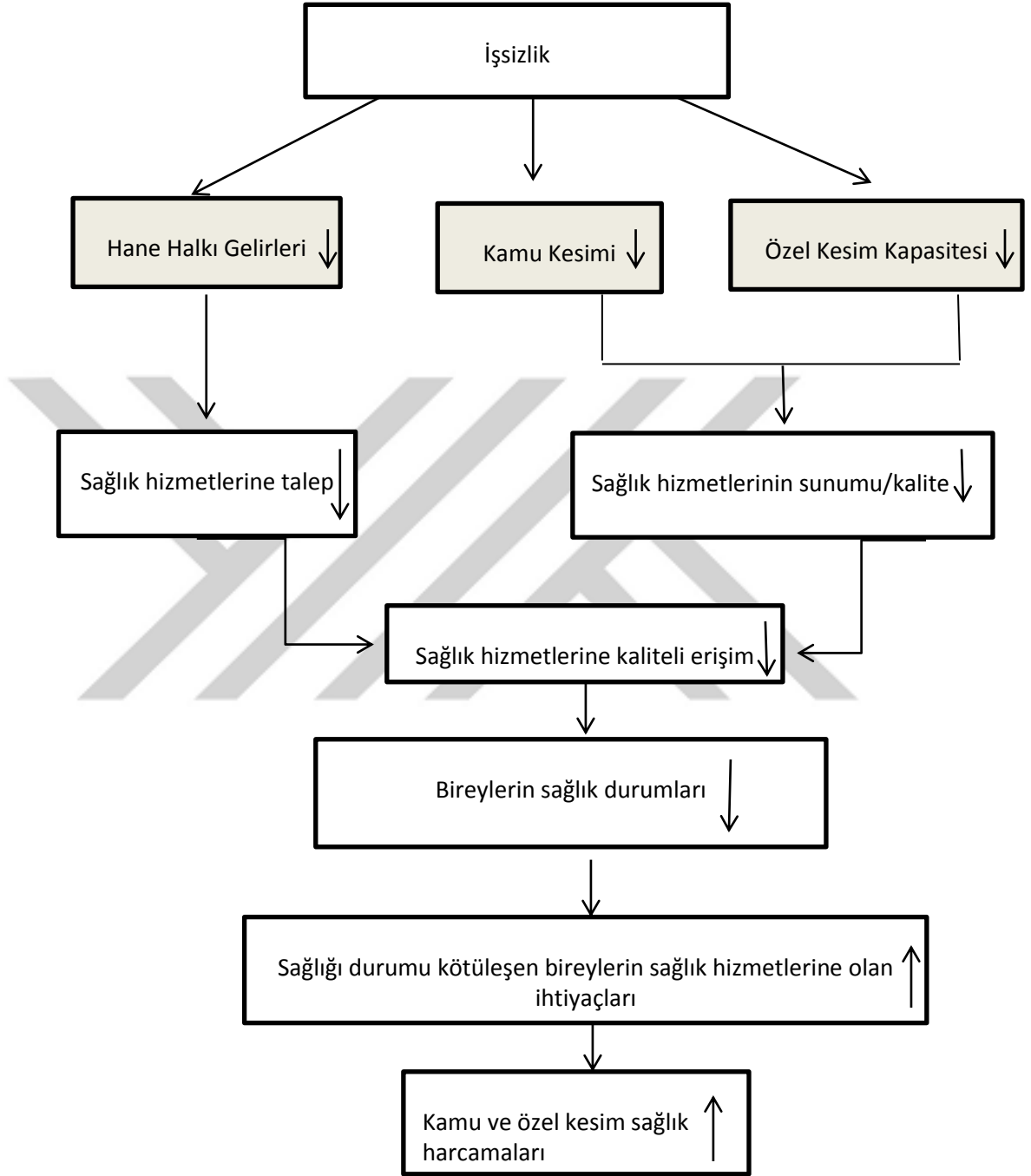
Ekonomik kriz dönemlerinde genellikle birçok işveren harcamalarını kısma eğilimine giderek çalışanlarını işten çıkarmakta ve/veya kepenk indirmektedir. Ekonomik kriz nedeniyle işten çıkarılan veya işyerini kapatmak zorunda kalan bireylerin ise reel gelirlerinin azalacağı düşünülmektedir. Gottret vd. (2009:24), bu durumun hane halkının; yoksullaşmasına, yetersiz beslenmesine, tüketimlerini ve gerekli sağlık hizmetlerini azaltmalarına veya daha düşük düzeyde tutmalarına sebep olabileceğini söylemiştir.

Drydakı, (2015:43), işsizlik ve sağlık durumu arasında ters bir nedensellik ilişkisi olduğunu söylemiştir. Şöyle ki, işsizlik ile birlikte ciddi bir maddi yoksulluk içerisinde olan bireylerin sağlıklı beslenememe, yetersiz beslenme gibi çeşitli faktörler nedeniyle sağlık durumları kötüleşebilir (Watkins, 1992:18; Wanberg, 2012:376; Vandro, 2013; Goodman, 2015:8; Fornell vd., 2018: 2101). Darvas (2018:15) ise bireylerin sağlık durumlarının kötüleşmesi ile birlikte birçok olumsuz faktörün ortaya çıkma olasılığının artabileceğini söylemiştir. Yazar, bu faktörleri şu şekilde açıklamıştır:

- (i) Daha az üretken olmalarını sağlayabilir,
- (ii) Çalışmalarına engel olabilir,
- (iii) İşsiz kalmalarına neden olabilir,
- (iv) Erken emekli olmaları için bir etken olabilir.

Sağlık durumu kötüleşen bireylerin ise sağlık hizmetlerine olan taleplerinin artacağı düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerine artan talebin ise kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının artmasını tetikleyeceği düşünülmektedir (Şekil 4.1).

Şekil 4.1. İşsizliğin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi²



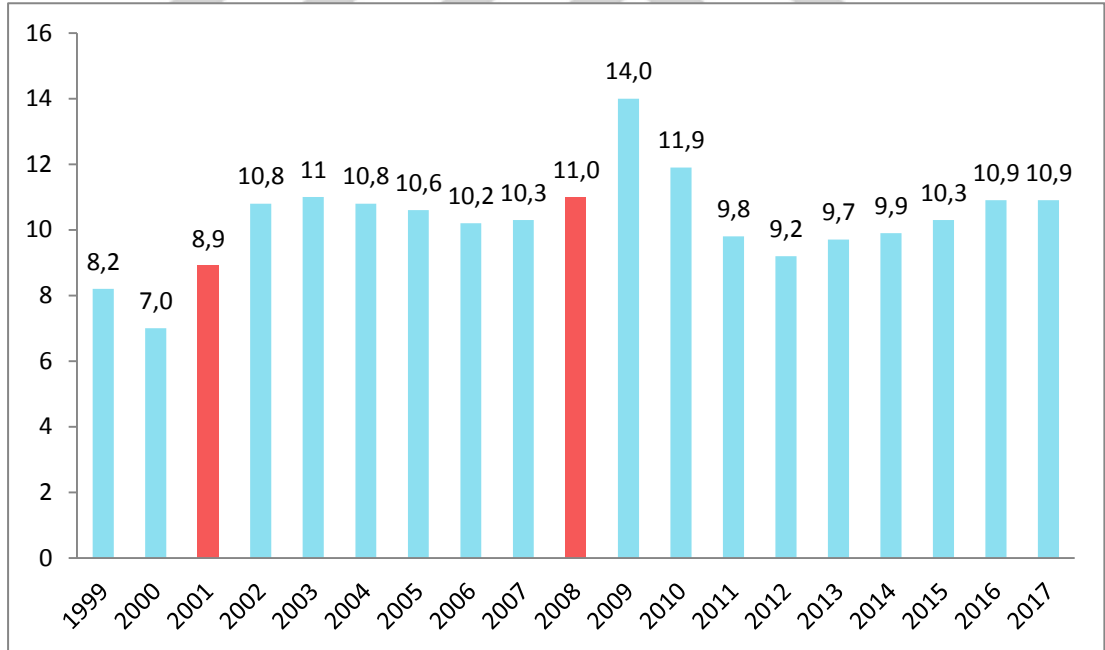
Kaynak: Gottret vd., 2009:27

² Bu şekil (Gottret vd., 2009:27)'den kısmen düzenlenerek aktarılmıştır.

4.1.1. İşsizlik Oranındaki Gelişmeler

İşsizlik oranı, ülke ekonomilerinin sağlıklı bir şekilde işleyip işlemediği konusunda bilgi veren önemli bir araçtır (Yaprak, 2009:44). Şekil 4.2’de 1999-2017 yılları arasında Türkiye’de 15 yaş üstü işsizlik oranındaki gelişmelere yer verilmiştir. 2000 yılında %7 oranında gerçekleşen işsizlik %1.9 oranında artarak 2001 yılında (ekonomik kriz yılında) %8,9 olarak gerçekleşmiştir. 2001 krizinin işsizlik oranı üzerindeki etkisinin krizin ortaya çıktığı yılda tesir ettiği görülmektedir. Bunun nedenin, Kasım 2000 krizinin bir sonucu olan istihdamdaki daralma eğiliminin 2001 yılında da devam etmiş olması ile birlikte 2001 yılında ticaret hacminde gerçekleşen ciddi daralmanın sonucunda işverenlerin hızlı bir şekilde tasarruf tedbirleri almaları ve bu kapsamda birçok işçiyi işten çıkarmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Şekil 4.2. İşsizlik oranlarındaki gelişmeler (%), Türkiye



Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. "İstihdam Göstergeleri", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (08.02.2020).

Şekil 4.2’de Şubat 2001 krizinin işsizlik oranı üzerindeki etkisinin 2003 yılının sonuna kadar devam ettiği görülmektedir. 2001 yılında %8,9 oranında gerçekleşen işsizlik oranının %2,1’lik artışla 2003 yılında %11 oranında gerçekleştiği görülmektedir. Şubat krizi sonrası işsizlik oranının en yüksek olduğu yıl %11 ile

2003 yılıdır. Bu tarihten sonra 2004 yılı itibari ile işsizlik oranı azalmaya başlamıştır. Bunun nedenin şu durumla ilgili olduğu düşünülmektedir: 2003 yılında

“İş ve İşçi Bulma Kurumu’nun ...Türkiye İş Kurumu’na (İŞKUR) dönüştürülmesi ile Türkiye’deki istihdam politikası önemli bir dönüşüm yaşamıştır. Bu dönüşüm ile birlikte kurum, işgücü piyasası politikası araçlarını etkin bir şekilde kullanan ve istihdam yaratma sürecinde aktif rol oynayan bir yapıya kavuşmuştur.”

(Bayraktar ve Yaşarlar, 2017:1).

2004 yılı itibari ile başlayan işsizlik oranındaki düşüşler 2006 yılının sonuna kadar devam etmiştir (Şekil 4.2’ye bkz.). Öz (2010:4), 2004-2006 yılları arasında GSYH’de yüksek büyüme rakamlarına ulaşılmasına rağmen işsizlik oranının kriz öncesi değerlere inmediğini söylemiştir. Yazar bu durumun nedenini şu şekilde açıklamaktadır:

- (i) Krizin işgücü piyasası üzerinde uzun süre etkili olması,
- (ii) Tarım kaynaklı işsiz kesiminin hizmet ve sanayi sektöründe çalışacak niteliklere sahip olmaması.

2006 yılında %10,2 oranında gerçekleşen işsizlik oranı %0,1 oranında artarak 2007 yılında %10,3 olarak gerçekleşmiştir. 2007 yılında %10,3 oranında gerçekleşen işsizlik oranının %0,7’lik artışla 2008 yılında (küresel ekonomik kriz yılında) %11’e ulaştığı görülmektedir. Küresel krizin işsizlik oranı üzerindeki etkisi 2009 yılında da devam etmiş ve 2009 yılı işsizlik oranı %14’e ulaşmıştır (Şekil 4.2’ye bkz.). Bu durum, 2008 küresel krizinin etkilerinin 2008 yılında kendini göstermeye başlamakla birlikte gerçekte 2009 yılında hissedildiğini göstermektedir. Sevim (2013:16), 2009 yılı ihracat oranındaki düşüşün işsizlik oranını arttırdığını söylemiştir. 2010 yılı itibari ile ise işsizlik oranlarının kademeli bir şekilde azaldığı görülmektedir. Ercan vd. (2010:96), 2010 yılı itibari ile azalan işsizliğin sebeplerini şu şekilde açıklamışlardır:

- (i) Üretim ile beraber artan ihracat üretiminin istihdamı artırması,
- (ii) Kentlerde işini kaybeden bireylerin köylerine geri dönmesi ile tarımsal istihdamın artması,
- (iii) İşsiz olan ve iş bulamayan birçok bireyin iş aramaktan vazgeçmesi.

1999 yılı itibari ile Türkiye’de yıllık işsizlik oranının en düşük olduğu yıl 2001 krizi öncesi %7 ile 2000 yılı iken en yüksek olduğu yıl ise 2008 krizi sonrası %14 ile 2009 yılıdır (Şekil 4.2’ye bkz.).

4.1.2. Ekonomik Kriz Dönemlerinde İşsizliğin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Çalışmanın bu bölümünde toplam sağlık harcamaları/GSYH, kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH oranları incelenerek işsizliğin sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

4.1.2.1. Toplam sağlık harcamaları/GSYH

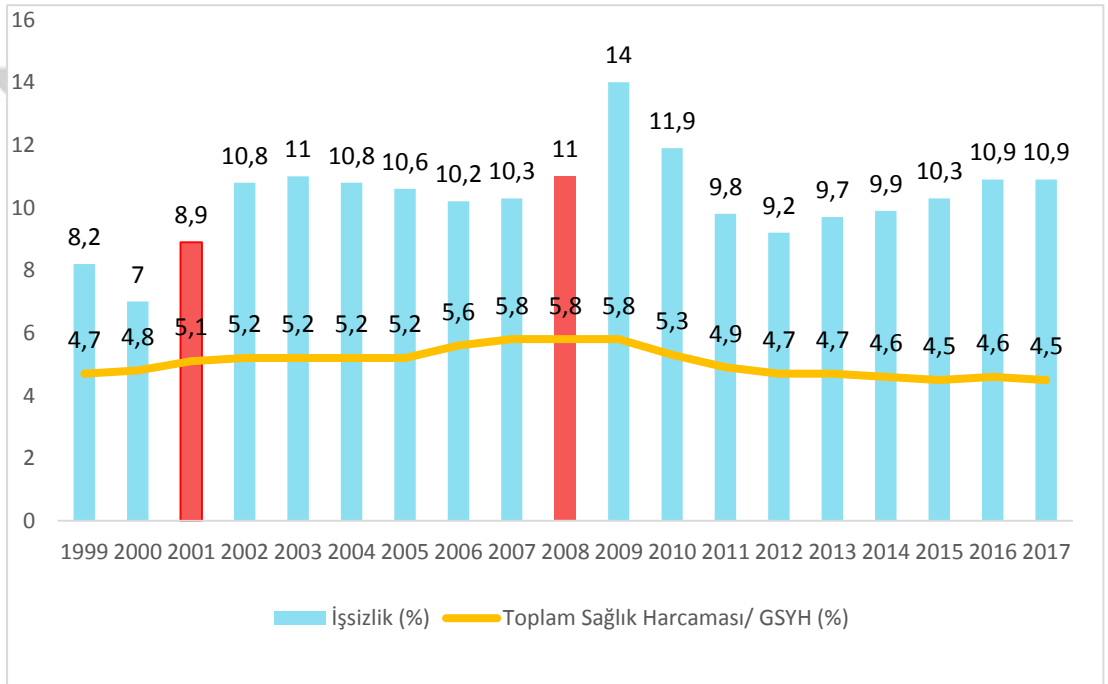
Çalışmanın bu bölümünde, işsizlik oranının toplam sağlık harcamaları/GSYH üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Şekil 4.3’de görüldüğü üzere, ekonomik krizlerin ortaya çıktığı 2001 ve 2008 yıllarında ve bir sonraki yıllarda (2002-2003, 2009) işsizlik oranları üzerinde belirgin artışlar ortaya çıkmıştır. Ancak işsizlik oranındaki artışların toplam sağlık harcamaları/GSYH’yi fazla etkilemediği görülmektedir. Bunun nedeninin, kriz ortamında işsiz kalan veya işsiz kalma korkusu olan bireylerin sağlığın ertelenemez ve ikame edilemez bir hizmet olduğunu bilmeleri ve sağlıklarına daha fazla dikkat etmeleriyle (sağlıklı beslenmeleri, spor yapmaları) ilgili olduğu düşünülmektedir.

2000 yılında %7 oranında gerçekleşen işsizlik %1,9 oranında artarak 2001 yılında %8,9 oranında gerçekleşmiştir. 2000-2001 yılları arasında işsizlik oranındaki %1,9’luk artışla birlikte toplam sağlık harcaması/GSYH oranı %0,3 oranında artmıştır. 2001 – 2003 yılları arasında işsizlik oranı sürekli artış eğilimindedir. 2001-2003 yılları arasında işsizlik %2,1 oranında artarken toplam sağlık harcaması/GSYH %0,1 oranında artmıştır (Şekil 4.3’e bkz.).

Sonuç olarak, 2001 ekonomik kriziyle birlikte işsizlik ve toplam sağlık harcaması/GSYH oranı artmıştır. Bunun nedeninin kriz dönemlerinde toplam sağlık harcaması/GSYH oranında önemli sayılabilecek bir artış gerçekleşmekle birlikte işsiz kalan bireylerin ve bu bireylerin bakmakla yükümlü oldukları kişilerin yaşam standartlarında da belirgin bir düşüş gerçekleşmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Şekil 4.3. İşsizlik oranı ve toplam sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye



Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "İstihdam Göstergeleri", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (08.02.2020).
T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).
TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

İşsizlik oranı 2007-2009 yılları arasında sürekli artış eğilimi göstermektedir. 2007 yılında %10,3 oranında gerçekleşen işsizlik %0,7 oranında artarak 2008 yılında %11 olarak gerçekleşmiştir. 2008 yılında %11 oranında gerçekleşen işsizlik %3 oranında artarak 2009 yılında %14 oranında gerçekleşmiştir. 2007-2009 yılları arasında işsizlik oranındaki %3,7'lik artış ile birlikte toplam sağlık harcaması/GSYH oranında herhangi bir değişiklik olmadığı görülmektedir (Şekil 4.3'e bkz.).

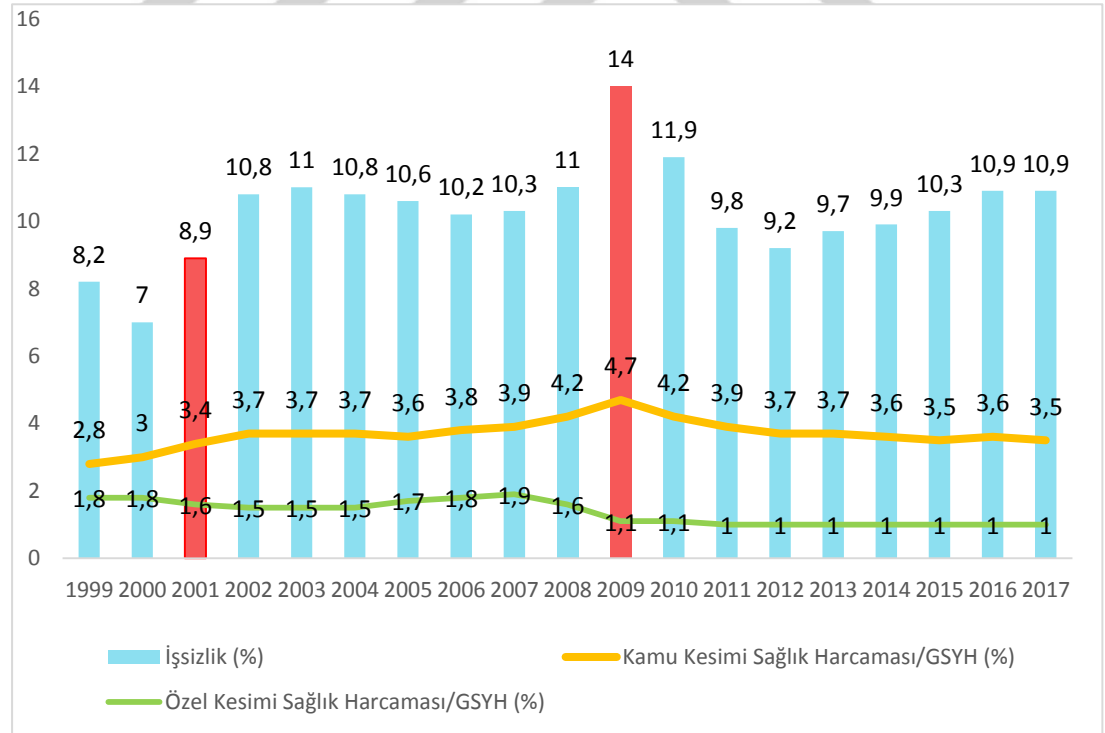
Sonuç olarak, bir önceki yıla kıyasla 2008 yılında işsizlik oranı artarken, toplam sağlık harcaması/GSYH oranında değişiklik olmamıştır. Bunun nedeninin bireylerin işsiz kaldıkları dönemlerde öncelikli olarak kullanmaları gerekli olan mal ve hizmetler arasında sağlığın olmamasıyla ilgisinin olduğu düşünülmektedir.

4.1.3.2.Kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH

Çalışmanın bu bölümünde, işsizlik oranının kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Şekil 4.4’de görüldüğü üzere işsizlik oranındaki artış ile birlikte kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının aynı hızda artmadığı görülmektedir.

Şekil 4.4. İşsizlik oranı ve kamu - özel kesim sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye



Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. "İstihdam Göstergeleri", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (08.02.2020). Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020). TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

2000-2001 yılları arasında işsizlik oranındaki %1,9'luk artışla birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,4 oranında artmış, özel sağlık harcaması/GSYH %0,2 oranında azalmıştır. 2001–2003 yılları arasında işsizlik oranı sürekli artış eğilimindedir. 2001-2003 yılları arasında işsizlik oranındaki %2,1'lik artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,3 oranında artarken, özel sağlık harcaması/GSYH %0,1 oranında azalmıştır (Şekil 4.4'e bkz.).

2007-2008 yılları arasında işsizlik oranındaki %0,7'lik artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,3 oranında artarken, özel sağlık harcaması/GSYH %0,3 oranında azalmıştır. 2008-2009 yılları arasında ise işsizlik oranındaki %3'lük artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,5 oranında artarken özel sağlık harcaması/GSYH %0,5 oranında azalmıştır (Şekil 4.4'e bkz.).

Sonuç olarak, 2001 ve 2008 ekonomik kriz dönemlerinde işsizlik oranındaki artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artarken, özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Bunun nedeni, ekonomik kriz dönemlerinde işsizlik oranlarındaki artışın sigorta kapsamının dışında kalan birey sayısını artması ile birlikte bu bireylerin acil olmayan sağlık mal ve hizmetlerine yönelik harcamalarını kısıtladıkları düşünülmektedir. Ekonomik kriz dönemlerinde devletin söz konusu bu bireylere yönelik sağlık mal ve hizmeti sunmasının ise kamu kesimi sağlık harcamalarını arttırdığı düşünülmektedir.

4.2. Ekonomik Kriz Dönemlerinde Enflasyonun Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Enflasyon alım gücündeki ve paranın değerindeki sürekli azalış ile birlikte fiyatlar genel düzeyindeki sürekli artıştır (Laidler ve Parkin, 1975:741; Yılmaz, 2005:82; Durmuş, 2019:21). Fiyatlar genel düzeyindeki artış ile birlikte diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründeki mal ve hizmetlerinde girdi maliyetleri artış gösterecektir. Böylelikle sağlık hizmeti sunucularının sağlık ürünleri (maske, dezenfektan, vb.) ve hizmetlerine (reçete, klinik ve laboratuvar testleri, tıbbi

personelin çalışma vardiyası, tıbbi malzeme ve cihaz, vb.) yönelik yaptığı masraflar da artış gösterecektir (Virts ve Wilson, 1984).

Zheng vd. (2020:1), piyasadaki fiyat dalgalanmalarına bağlı olarak sağlık mal ve hizmetlerinin fiyatı ile birlikte kalitesinin de değişebileceğini söylemiştir. Baumol (1988) ise sağlık mal ve hizmetlerindeki girdi maliyetlerindeki artışa bağlı olarak sağlık mal ve hizmeti sunucularının sunmuş oldukları ürün ve hizmetlerin miktarı ile birlikte kalitesini de düşürme eğilimine gidebileceklerini ifade etmiştir.

Piyasadaki fiyat dalgalanmaları hem sağlık mal ve hizmetini arz edenler hem de talep edenler üzerinde etkilidir (Zheng vd., 2020:1). Fiyatlar genel düzeyindeki artış ile birlikte bireylerin gelirleri artmaz ise bireylerin satın alma gücü düşecektir (Brunn vd., 2015:76; Öner, 2020). Böylelikle, sağlık sunucularının ürün ve hizmetleri bireyler için daha pahalı hale gelecektir (Virts ve Wilson, 1984). Bu durum da ise bireylerin sağlık mal ve hizmetlerine yönelik kullanımlarını kısma eğilimine gidecekleri düşünülmektedir (Baumol, 1988).

Ülke içerisinde artan enflasyon (yerli para birimindeki değer kaybı) yabancı ülkelere alınan ilaç fiyatlarının artmasına sebep olacaktır. Artan ilaç maliyetleri ise kamu ve özel kesim alıcıları üzerinde ek bir yük oluşturacaktır. İthal ilaç üzerine katma değer vergisi uygulanması ise ilaç maliyetlerinin daha fazla artmasına sebep olacaktır. Bu durum ise kamu ve özel kesim alıcıları üzerindeki ilaç maliyet sorunun daha da kötüleşmesine neden olacaktır (Docteur, 2009).

Bazı ülkeler ilaç maliyetlerini azaltmaya yönelik olarak çeşitli tasarruf önlemleri almıştır. Bunlar (Schneider, 2009);

- (i) Markalaşmış ithal ilaçlar yerine muadili (eşdeğer) ilaçların tedariki,
- (ii) İlaçların taban ve tavan fiyatlarının düzenlenmesi,
- (iii) Eczanelerde, hastanelerde, vb. yerlerde bulundurulması gerekli olan ilaçlar listesine maliyeti en düşük olanlarının tercih edilmesi,
- (iv) “İlaçların kamu ihalelerinde sürekli harcama kontrolü”
- (v) “Doktorların standart reçete protokollerine uymasını sağlamak” vb.dir.

Enflasyonla birlikte sağlık mal ve hizmetlerinin maliyetindeki yükselişi arttıran çeşitli sebepler bulunmaktadır. Bunlar genel çerçevede şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık mal ve hizmetleri pazarının rekabet gücünün düşük olması (Reichert ve Cebula, 1999:194),
- Genel ülke nüfusunun ve yaşlı nüfusun artması (Arnett vd., 1986; Newhouse, 1992; Dieleman vd., 2017),
- Sigortalı birey sayısının artması,
- Sosyal güvenlik açıklarının artması,
- Sağlıkta teknoloji kullanımının artması.

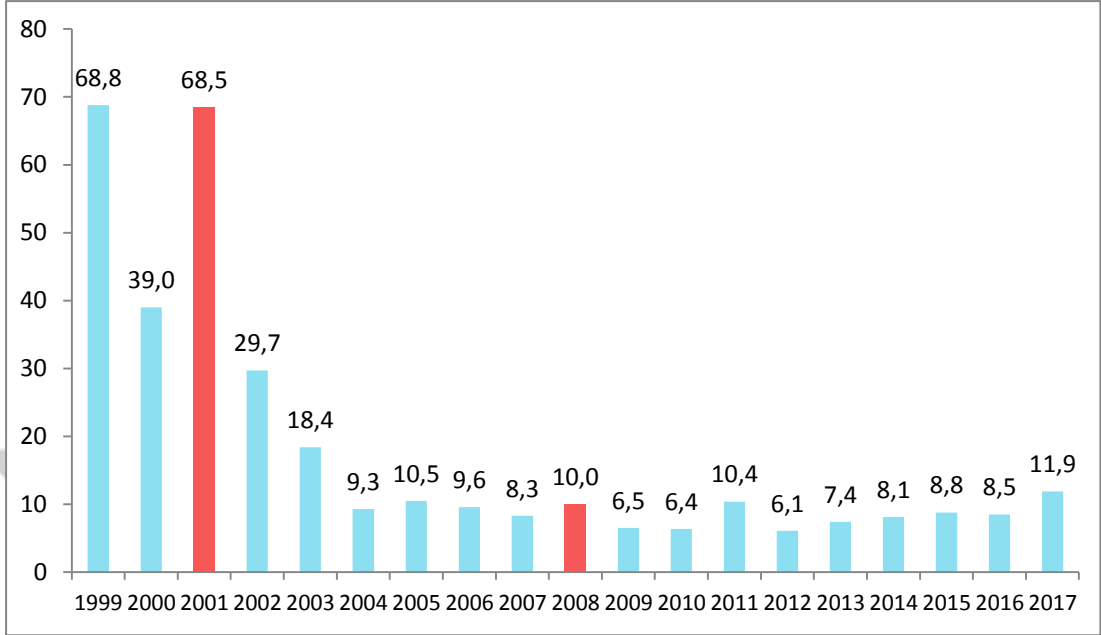
4.2.1.Enflasyon Oranındaki Gelişmeler

1999-2017 yılları arasında Türkiye’de enflasyon oranlarındaki gelişmelere Şekil 4.5’de yer verilmiştir. 1999 yılında %68,8 oranında gerçekleşen enflasyon oranının 2000 yılında %39 oranına düştüğü görülmektedir. Karapaşaoğlu (2001:423), enflasyon oranındaki söz konusu bu düşüşün kur çıpası sayesinde olduğunu söylemiştir.

19 Şubat 2001 tarihinde TL’ye yönelik spekülasyon saldırısı sonucunda döviz kurlarındaki artış, piyasa fiyatlarını ve beraberinde üretim maliyetlerini arttırmaya başlamıştır (Töre, 2001:1151). Böylelikle, 2000 yılında %39 oranında gerçekleşen enflasyon %29,5 oranında artarak 2001 yılında (ekonomik kriz yılında) %68,5 oranında gerçekleşmiştir.

Şekil 4.5’de, Şubat 2001 krizinin enflasyon oranı üzerindeki etkisinin krizin ortaya çıktığı 2001 yılı ile sınırlı kaldığı ve enflasyon oranının 2002 yılı itibari ile kademeli bir şekilde düştüğü görülmektedir. Söz konusu bu düşüşün sebebinin TCMB’nin 2002 yılında 'örtük enflasyon' rejimini uygulamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (TCMB, 2013:16).

Şekil 4.5.Enflasyon oranlarındaki gelişmeler (%), Türkiye



Kaynak: TÜİK, “Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE)”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1014 (10.01.2020).

2002 yılında enflasyon oranında başlayan düşüş 2004 yılının sonuna kadar devam etmiştir. Enflasyon oranı 2001 krizi sonrası ilk defa 2004 yılında tek haneli rakama düşmüştür. TCMB (2006:1), enflasyonun 2005 yılında küçük miktar artışına rağmen geride bırakılan dört yıla kıyasla enflasyonun gerçekte hâlen düşme eğiliminde olduğunu ifade etmiştir. “Tüketim talebindeki canlanma, tarım dışı iş gücü talebindeki hızlı artış eğiliminin sürmesi ve hizmet enflasyonundaki katılık 2005 yılında enflasyondaki düşüş sürecinin yavaşlamasına neden olan başlıca unsurlar olarak sıralanabilir” (TCMB, 2006:2). 2007 yılında %8,3 oranında gerçekleşen enflasyon oranının %1,7’lik artışla 2008 yılında (küresel ekonomik kriz yılında) %10’a ulaştığı görülmektedir (Şekil 4.5’e bkz.). Küresel krizin enflasyon oranı üzerindeki etkisi krizin ortaya çıktığı 2008 yılı ile sınırlı kalmıştır. 2009 yılı itibari ile enflasyon oranının düşmeye başladığı görülmektedir. TCMB bu durumun sebebinin şu şekilde açıklamıştır; “...talepteki sert daralma ve emtia fiyatlarında gözlenen keskin düşüş, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de enflasyon oranlarının hızla gerilemesine yol açmıştır” (TCMB, 2009:1). İlerleyen yıllarda ise enflasyon oranı inişli çıkışlı bir seyir izlemiştir (Şekil 4.5’e bkz.).

1999 – 2017 yılları arasında Türkiye’de yıllık enflasyon oranının en düşük olduğu yıl %6,1 ile 2012 yılı iken en yüksek olduğu yıl %68,8 ile 1999 kriz yılıdır. 2001 krizine

kıyasla 2008 krizinin enflasyon üzerindeki etkisi yok denecek kadar az olduğu gör÷lmektedir (Şekil 4.5'e bkz.).

4.2.2. Enflasyonun Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Çalışmanın bu bölümünde toplam sağlık harcamaları/GSYH, kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH oranları incelenerek enflasyonun sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

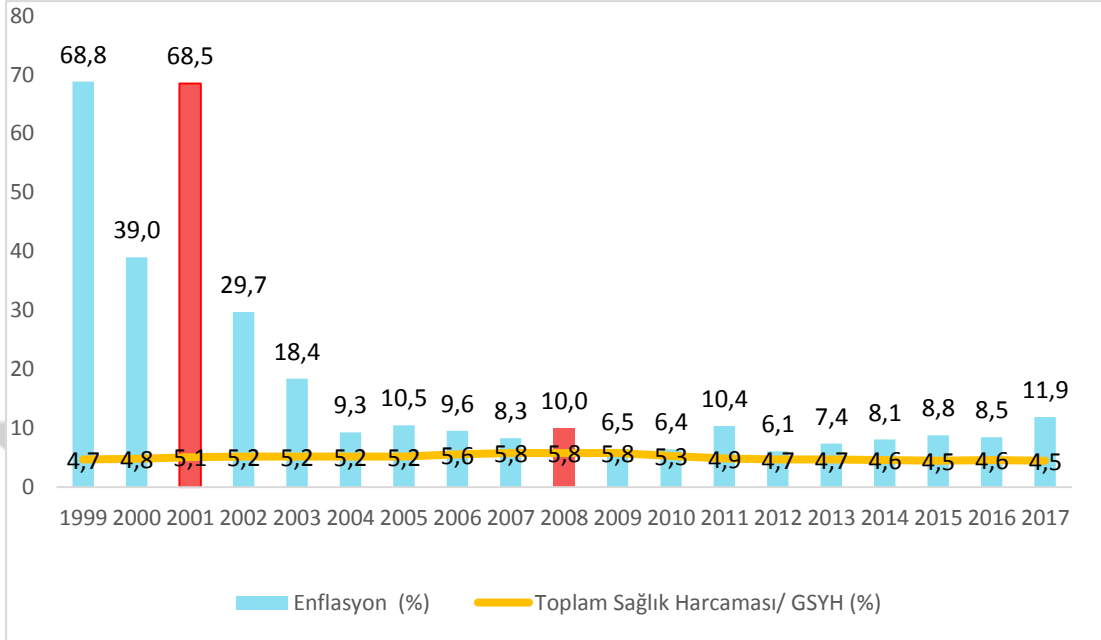
4.2.2.1. Toplam sağlık harcamaları/GSYH

Çalışmanın bu bölümünde, enflasyon oranının toplam sağlık harcamaları/GSYH üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Şekil 4.6'da gör÷ldüğü üzere, Şubat ekonomik krizinin ortaya çıktığı 2001 yılında enflasyon oranı belirgin bir şekilde artmıştır. 2000-2001 yılları arasında enflasyon oranındaki %29,5'lik artışla birlikte toplam sağlık harcaması/GSYH %0,3 oranında artmıştır.

Sonuç olarak, 2001 ekonomik kriziyle birlikte enflasyon ve toplam sağlık harcaması/GSYH oranı artmıştır. Bu durumun nedeninin kriz döneminde toplam sağlık harcaması/GSYH oranında önemli sayılabilecek bir artış gerçekleşmekle birlikte enflasyondaki artışın temel ihtiyaçların (temel gıda maddeleri, barınma ve giyinme) fiyatlarını arttırmış olmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle de hane halklarının mevcut geliri ile öncelikli olarak temel ihtiyaçlarını karşılayacağı, acil olmayan sağlık harcamalarını ikinci planda tutacakları düşünülmektedir.

Şekil 4.6. Enflasyon oranı ve toplam sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%)
Türkiye



Kaynak: TÜİK, “Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE)”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1014 (10.01.2020).
T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, “2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla”, <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).
TÜİK, “Sağlık Harcamaları İstatistikleri”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

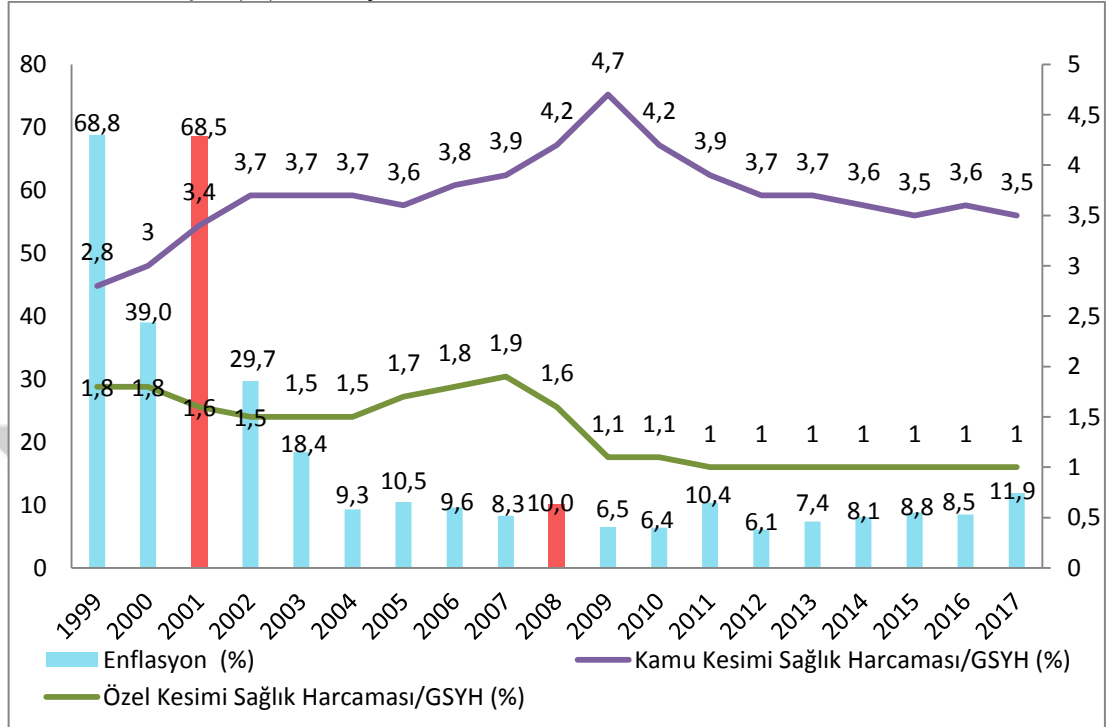
Küresel krizin ortaya çıktığı 2008 yılında ise enflasyon oranında önemli sayılabilecek bir artış gerçekleşmekle birlikte 2001 yılına kıyasla enflasyon oranında fazla artış olmadığı görülmektedir. 2007-2008 yılları arasında yılları arasında enflasyon oranındaki %1,7’lik artış ile birlikte toplam sağlık harcaması/GSYH oranının sabit kaldığı görülmektedir (Şekil 4.6’ya bkz.).

Sonuç olarak, 2008 ekonomik kriziyle birlikte bir önceki yıla kıyasla 2008 yılında enflasyon artarken, toplam sağlık harcaması/GSYH oranında değişiklik olmamıştır. Bunun nedeninin, sağlık harcamalarının insan ihtiyaçları ile orantılı olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

4.2.2.2. Kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH

Çalışmanın bu bölümünde, enflasyon oranının kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır

Şekil 4.7. Enflasyon oranı ve kamu - özel kesim sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye



Kaynak: TÜİK, "Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE)", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1014 (10.01.2020).
T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).
TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

Şekil 4.7'de görüldüğü üzere enflasyon oranındaki artış ile birlikte kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının aynı hızda artmadığı görülmektedir. 2000-2001 yılları arasında enflasyon oranındaki %29,5'lik artışla birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,4 oranında artarken, özel sağlık harcaması/GSYH %0,2 oranında azalmıştır. 2007-2008 yılları arasında enflasyon oranındaki %1,7'lik artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,3 oranında artarken özel sağlık harcaması/GSYH %0,3 oranında azalmıştır.

Sonuç olarak, 2001 ve 2008 ekonomik kriz dönemlerinde enflasyon oranındaki artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artarken, özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Bunun nedeninin fiyatlar genel düzeyindeki artış ile birlikte sağlık mal ve hizmetlerinin artan maliyetini kamu kesiminin üstlenmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Şöyle ki Baumol (1988:37)'un de dediği gibi sağlık hizmetlerinin artan maliyeti daha çok dar gelirlileri etkilemektedir. Toplum içerisinde sağlığın artan maliyetinden dolayı sağlık mal ve hizmetlerine erişemeyen

birey sayısındaki artış ise sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik meydana getirecektir. Kamu kesiminin sağlık harcamalarındaki artış ile birlikte özel kesimin sağlık harcamalarındaki azalış ise kamu kesiminin bireylerin sağlık mal ve hizmetlerine ulaşımındaki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik sosyal devlet anlayışı çerçevesi içerisinde hareket ettiğini göstermektedir.

4.3. Ekonomik Kriz Dönemlerinde Kişi Başı GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Sağlık bir hak olmakla birlikte (Zheng vd., 2020:1) ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişmişliklerinin de bir ölçütüdür (Zheng vd., 2020:1; Yalçın ve Çakmak, 2016; Erçelik, 2018:1). Devletler ekonomik ve sosyal gelişmişliğin bir ölçütü olan sağlık konusunda ilerlemeyi ve gelişmeyi ise sağlık sistemleri aracılığıyla sağlamaktadırlar (Yalçın ve Çakmak, 2016). Sağlık sistemleri genel olarak bireylerin çeşitli hastalıklara yakalanmalarını önlemek, hastalanan bireylerin iyileşmelerini sağlayıcı yönde kaliteli hizmet almalarını sağlamak ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmak üzerine kurgulanmaktadır.

Belirli bir dönemde belirli sınırlar içerisinde elde edilen GSYH'nin ülke nüfusuna bölünmesi ile”...*kişi başına düşen GSYH*...” bulunur (Yıldırım vd., 2014:18). Belirli bir dönemde GSYH'deki artış ise kişi başına düşen GSYH'yi arttıracaktır. Mutlu ve Işık, kişilerin artan gelir düzeyleri ile birlikte çeşitli mal ve hizmetlere olan taleplerinin de arttıracağını ileri sürmüştür (Mutlu ve Işık, 2012:83). Birçok araştırmacı ise gelir düzeyinde gerçekleşen artışın sağlık mal ve hizmetlerine olan talebi arttıracağını söylemiştir (Hitiris ve Posnett, 1992; Moore vd., 1992; Mutlu ve Işık, 2012:84; Çelik, 2019:122). Buradaki artıştan kasıt sağlık mal ve hizmetlerine olan talebin miktarındaki artıştır. Şöyle ki, gelir düzeyi artan bireyler durduk yere hastaneye gidip aşı yaptırmak veya diş çektirmek istemezler. Ancak bireylerin gelir düzeylerindeki artış belirli bir dönem içerisinde erteledikleri sağlık mal ve hizmetlerine yönelik taleplerini arttırabilir (Çelik, 2019:122). Preston (1975) ise bir önceki cümleyi destekler nitelikte; kişi başı GSYH'nin sağlık harcamaları üzerindeki

etkisinin doğrudan olmaksızın dolaylı olduğunu, kişi başı GSYH'deki artışın sağlık mal ve hizmetinin gerçek tüketimini arttırmasa da tüketimini kolaylaştıran bir faktör olduğunu söylemiştir.

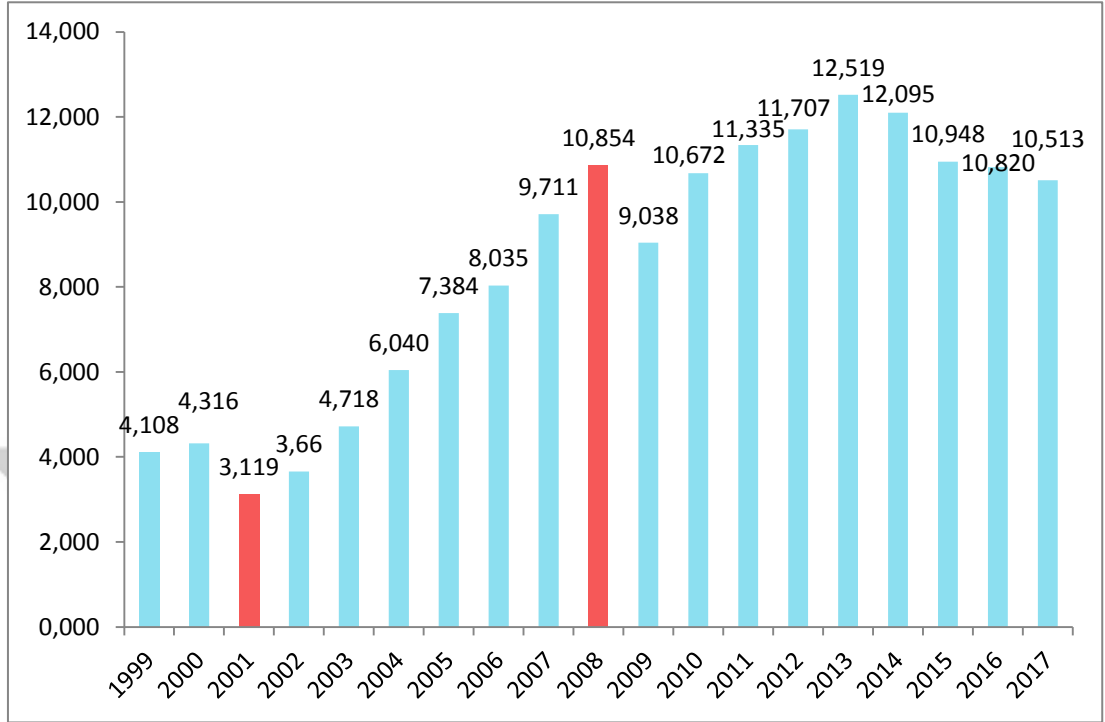
Kişi başına düşen GSYH'deki artış ile birlikte bireyler bir sonraki kuşaklara miras bırakmak veya ani gelişebilecek bir durumda kullanmak için gelirlerinin bir kısmı ile tasarrufa yönelebilmektedirler. Bu durumda ise bireyler sağlık durumu ile tasarruf yapma isteğini arasında değiş tokuş yaparak daha kötü bir sağlık durumunu tercih edebilirler ve bireylerin belirli bir süre ertelemiş oldukları sağlık durumları kötüleşebilir, bu durum onların tasarruflarını sağlıkları için harcamalarını gerektirebilir ve gelirleri azalabilir (Smith, 1999).

Ekonomik kriz dönemlerinde GSYH genel olarak azalış eğilimi göstermektedir (Memişoğlu ve Durgun, 2011). GSYH'deki azalış ile birlikte kişi başı GSYH da azalmaktadır. Böylelikle, bireylerin gelir düzeylerinin azalacağı düşünülmektedir. Gelir düzeyi düşen bireylerin ise temel mal ve hizmetlere (ekmek, su, kira ödemesi, vb.) yönelik ihtiyaçları karşılama isteğinin ağır basacağı düşünülürken, bireylerin sağlık mal ve hizmetlerine olan taleplerini erteleyecekleri düşünülmektedir. Bireylerin söz konusu bu taleplerini uzun süreli ertelemeleri ise sağlık durumlarının kötüleşmesi ile sonuçlanabilir. Sağlık durumu kötüleşen bireylerin ise mevcut gelirleri ile talep edecekleri temel mal ve hizmetlerin arasında sağlığın da yer alacağı düşünülmektedir.

4.3.1. Kişi Başı GSYH'deki Gelişmeler

1999-2017 yılları arasında Türkiye'de kişi başına düşen GSYH'deki gelişmelere Şekil 4.8'de yer verilmiştir. GSYH ile kişi başına düşen GSYH arasındaki ilişkinin doğru orantılı olduğu düşünülmektedir. Şöyle ki, Şubat 2001 krizi sonucu üretim hacminde başlayan daralma ile birlikte GSYH 2001 yılında %7,5 oranında küçülürken (DPT, 2003), kişi başına düşen GSYH 2001 yılında bir önceki yıla kıyasla %27,7 oranında azalarak 3 bin 119 dolara gerilemiştir.

Şekil 4.8. Kişi başına düşen GSYH'deki gelişmeler (\$), Türkiye



Kaynak: The World Bank. "GDP Per Capita (Current US\$)" .
<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=TR> (30.04.2020).

Şekil 4.8’de görüldüğü üzere 2001 ekonomik krizinin kişi başına düşen GSYH üzerindeki etkisi kriz yılı ile sınırlı iken, 2008 ekonomik krizinin kişi başına düşen GSYH üzerindeki etkisinin 2009 yılında belirginleştiği görülmektedir.

2008 küresel krizi öncesi ülke içerisindeki mevcut likidite fazlalığı nedeniyle (Acar, 2013:17), GSYH %0,7 oranında büyürken (DPT, 2010), kişi başına düşen GSYH 2008 yılında bir önceki yıla kıyasla %11,7 oranında artarak 10 bin 854 dolara yükselmiştir (Şekil 4.8’e bkz.).

2009 yılında GSYH’nin %4,7 oranında küçülmüştür (DPT, 2010). Bu doğrultuda, 2009 yılında kişi başına düşen GSYH ise bir önceki yıla kıyasla %16,7 oranında azalarak 9 bin 38 dolara gerilemiştir. 2002-2008 yılları arasında kişi başına düşen GSYH’nin sürekli artış içerisinde olduğu görülmektedir. 2010 yılı itibari ile artış eğilimi içerisinde olan kişi başına düşen GSYH 2013 yılının sonuna kadar artmış ve sonraki yıllarda ise kademeli bir şekilde azalmıştır (Şekil 4.8’e bkz.).

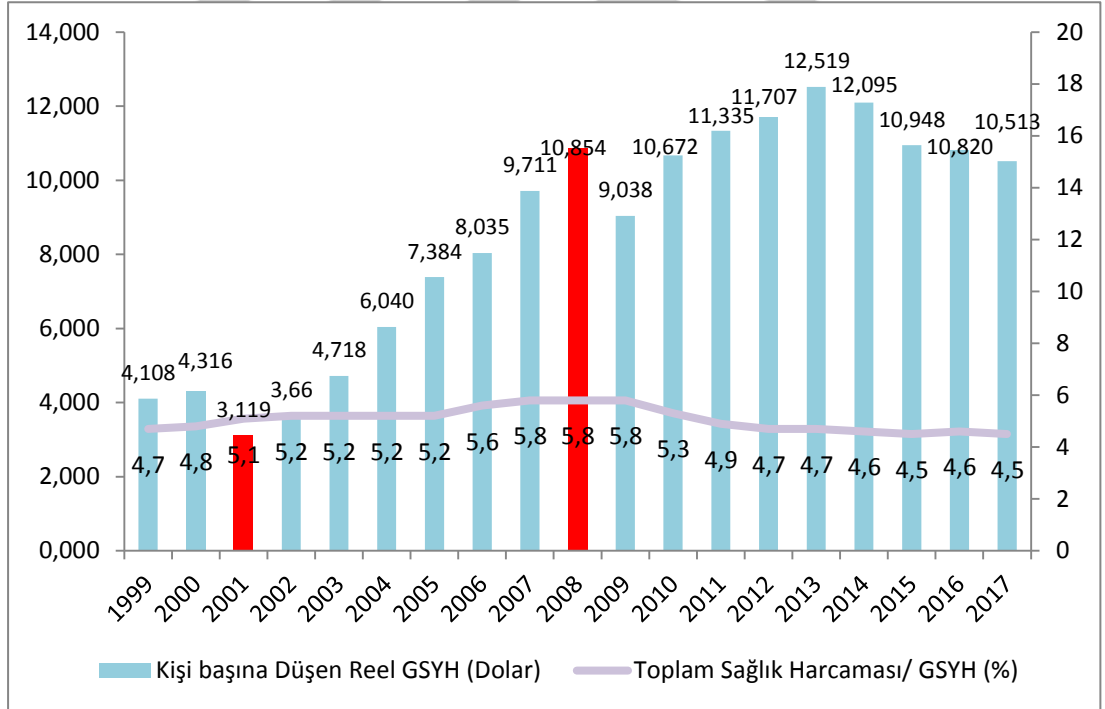
4.3.2. Kişi Başı GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Çalışmanın bu bölümünde toplam sağlık harcamaları/GSYH, kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH oranları incelenerek kişi başı GSYH'nin sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

4.3.2.1. Toplam sağlık harcamaları/GSYH

Çalışmanın bu bölümünde, kişi başı GSYH oranının toplam sağlık harcamaları/GSYH üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Şekil 4.9. Kişi başına düşen GSYH ve toplam sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki, Türkiye



Kaynak: The World Bank. "GDP Per Capita (Current US\$)" <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=TR> (30.04.2020).
T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).
TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

Şekil 4.9'da görüldüğü üzere, Şubat ekonomik krizinin ortaya çıktığı 2001 yılında kişi başına düşen GSYH oranı belirgin bir şekilde düşerken, küresel krizin ortaya

çıkıldığı 2008 yılında kişi başına düşen GSYH oranı belirgin bir şekilde artmaktadır. Küresel kriz sonrası 2009 yılında ise kişi başına düşen GSYH oranının belirgin bir şekilde düştüğü görülmektedir.

Kişi başına düşen GSYH 2001 yılında bir önceki yıla kıyasla %27,7 oranında gerileyerek 3 bin 119 dolara inerken, toplam sağlık harcaması/GSYH %0,3 oranında artmıştır (Şekil 4.9'a bkz.). Sonuç olarak, 2001 ekonomik krizi ile birlikte kişi başına düşen GSYH azalırken, toplam sağlık harcaması/GSYH artmıştır. Bunun nedenin, kişi başına düşen GSYH'de önemli bir düşüş gerçekleşmesiyle birlikte ülke içerisinde artan nüfusa bağlı olarak kamunun sağlık harcamalarını arttırması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

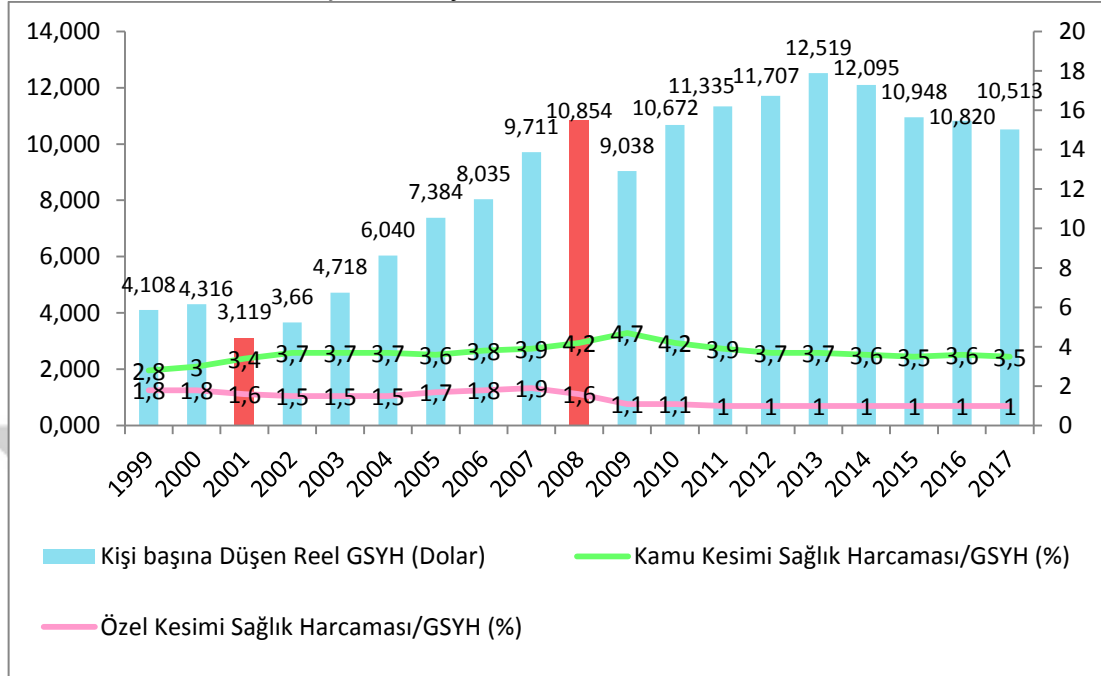
Kişi başına düşen GSYH 2009 yılında bir önceki yıla kıyasla %16,7 oranında gerileyerek 9 bin 38 dolara inerken, toplam sağlık harcaması/GSYH oranı sabit kalmıştır (Şekil 4.9'a bkz.). Sonuç olarak, 2008 ekonomik krizi ile birlikte 2009 yılında kişi başına düşen GSYH azalırken, toplam sağlık harcaması/GSYH değişiklik olmamıştır. Bunun nedenin, 2008 yılında kişi başına düşen GSYH'de önemli bir artış gerçekleşmesi ile birlikte bireylerin tasarrufa yönelmeleri ve söz konusu bu yönelmeyi 2009 yılında kişi başına düşen GSYH azalmasına rağmen devam ettirmeleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Tasarrufa yönelen bireylerin ise sağlık mal ve hizmetlerine olan taleplerini erteledikleri düşünülmektedir.

4.3.2.2. Kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH

Çalışmanın bu bölümünde, kişi başına düşen GSYH oranının kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır

Şekil 4.10'da görüldüğü üzere kişi başına düşen GSYH 2001 yılında bir önceki yıla kıyasla %27,7 oranında gerileyerek 3 bin 119 dolara inmesi ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,4 oranında artarken, özel sağlık harcaması/GSYH %0,2 oranında azalmıştır.

Şekil 4.10. Kişi başına düşen GSYH ve kamu - özel kesim sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki, Türkiye



Kaynak: The World Bank. "GDP Per Capita (Current US\$)" <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=TR> (30.04.2020).
T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).
TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

Kişi başına düşen GSYH 2009 yılında bir önceki yıla kıyasla %16,7 oranında gerileyerek 9 bin 38 dolara inmesi ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,5 oranında artarken özel sağlık harcaması/GSYH %0,5 oranında azalmıştır (Şekil 4.10'a bkz.).

Sonuç olarak, 2000-2001 ve 2008-2009 yılları arasında kişi başına düşen GSYH oranı azalırken, kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artmış ve özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Bunun nedeni, özel kesimin azalan geliri ve buna bağlı olarak azalan sağlık harcamaları ile birlikte devletin sosyal devlet olma çerçevesi içerisinde sağlık hizmetinden yararlanamayan bireyler için sağlık harcamalarını arttırdığı düşünülmektedir.

4.4. Ekonomik Kriz Dönemlerinde Kamu Harcamaları/GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Ekonomik kriz dönemlerinde ekonomik faaliyetlerin yavaşlaması, işsizlik oranlarının artması gibi çeşitli birçok faktörden dolayı hem kamu kesimi hem de özel kesimin iktisadi kaynak kapasitesi düşme eğilimindedir. Bu dönemde azalan kamu gelirleri ise kamu kesiminin kaliteli bir şekilde sağlık hizmeti sunmasını yavaşlatabilir veya bazı sağlık hizmetlerinin durmasına sebep olabilir. Örneğin bütçe kesintileri; kamu hastanelerine tıbbi personel (hemşire, hasta bakıcı, doktor, vb.) alımını durdurabilir (Gottret vd., 2009:28) veya tıbbi malzeme (şırınga, pamuk, gazlı bez, maske, vb.) ve cihaz (röntgen, hasta yatağı, vb.) alımını yavaşlatabilir. Söz konusu bu durum ise kamunun sağlık mal ve hizmetlerine yaptığı harcamaların bazı alanlarda yavaşlaması veya durması anlamına gelmektedir.

Ekonomik kriz esnasında birçok Avrupa ülkesi ise kamu sağlık harcamalarını önemli miktarda azaltmıştır. Söz konusu bu durum ise ülke içerisinde intihar oranları ile birlikte kaygı ve depresyon içerisinde olan birey sayısını arttırmış, bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşmasına neden olmuştur. Kriz döneminde kamu harcamalarının azaltılması ile beraber toplum sağlığının kötüleşmesi ise yapısal reformları tetiklemiş ve kamu politikalarında öncelik sırasının değiştirmesine sebep olmuştur (Quaglio vd., 2013:13).

“Özellikle kriz zamanlarında devletin ekonomiye müdahale etmesi olağan bir durum olarak karşılanmaktadır” (Ökde ve Bülbül, 2019:315). Ekonomik kriz dönemlerinde hükümetin kamu harcamalarını azaltması ile birlikte birey ve toplum sağlığının olumsuz yönde etkileneceği düşünülmektedir (Matsubayashi vd., 2020:7). Söz konusu bu durum ise ekonomik krizin daha çok korunmasız gruplar (kayıt dışı sektör çalışanları, kadınlar, yoksul kesim, vb.) üzerinde etkili olacağını göstermektedir (Gottret vd., 2009:24; Cutler, 2002:299; Wang, 2015:1). Docteur (2009), bu gruplar üzerinde krizin ortaya çıkardığı etkileri azaltmanın ise hükümetin uygulayacağı mali programlara bağlı olduğunu söylemiştir.

Kamu kesimi sağlık sunucuları; birey ve toplumun kullanımına yönelik olarak yeterli miktarda harcamayı yapmadığında sağlık mal ve hizmetlerine ulaşımda eşitsizlikler ortaya çıkabilmektedir. şöyle ki, maddi durumu iyi olan bireyler özel sektörden pahalı bir bakım talep edebilirken, maddi durumu kötü olan bireyler böyle bir talepte bulunamamaktadır. Bu nedenle devlet durumu iyi olmayan bireyleri ekonomik krizlerin olumsuz etkilerinden korumaya yönelik olarak kamu kesimi sağlık harcamalarını bir müdahale aracı olarak kullanabilmelidir.

Schneider (2009) “...ekonomik krizin kamu sektörü sağlık harcamaları üzerindeki etkisini...” azaltmaya yönelik üç yaklaşımdan bahsetmiştir. Bunlar;

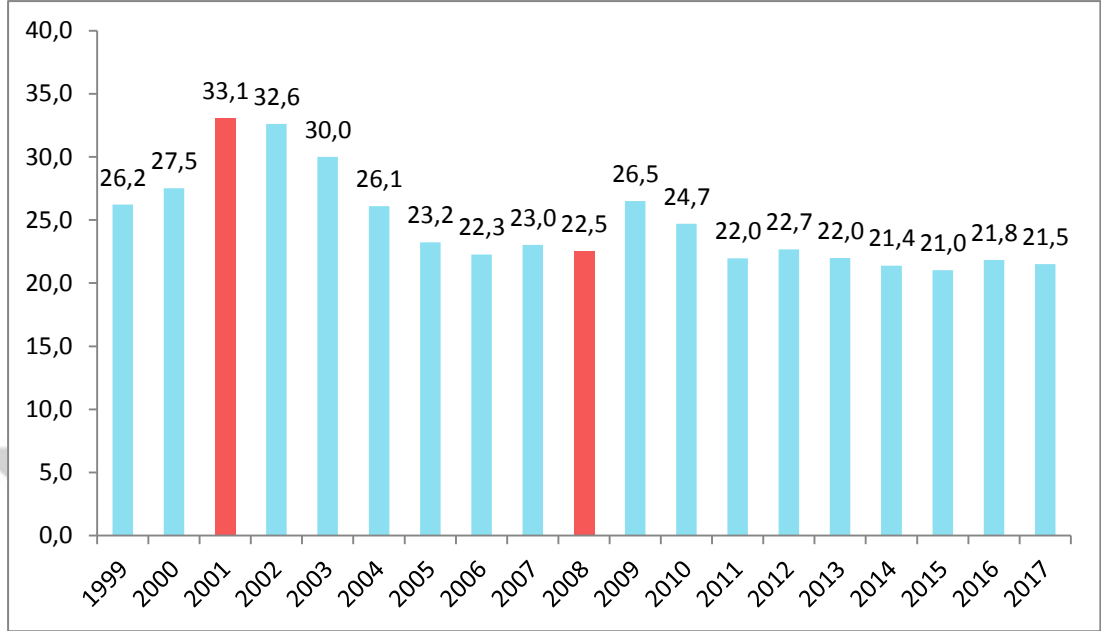
- “(i) Dolaylı vergileri artırmak,
- (ii) Düşük gelirli grupları hedefleyen hizmetler için ek bağışçı fonu kullanmak ve
- (iii) Daha zayıf faaliyet alanlarına mali transferler yapmak” dır.

4.4.1. Kamu Harcamaları/GSYH’deki Gelişmeler

1999-2017 yılları arasında kamu harcamaları/GSYH oranlarındaki gelişmelere şekil 4.11’de yer verilmiştir. şekilde görüldüğü üzere şubat 2001 ekonomik krizinin kamu harcamaları/GSYH oranları üzerindeki etkisi kriz yılı ile sınırlı kalmıştır. Bu etki 2008 ekonomik krizinde ise 2009 yılında belirginleşmiştir.

2000 yılında %27,5 oranında gerçekleşen kamu harcamaları/GSYH %5,6 oranında artarak 2001 yılında %33,1 olarak gerçekleşmiştir. 2008 yılında %22,5 oranında gerçekleşen kamu harcamaları/GSYH %4 oranında artarak 2009 yılında %26,5 olarak gerçekleştiğı görülmektedir (şekil 4.11’e bkz). Kamu harcamaları/GSYH’deki söz konusu artışların sebebi bu dönemlerde krizin etkilerini azaltmaya yönelik artan transfer harcamaları ve faiz ödemeleridir (Fırat ve Tuğlu, 2019:7).

Şekil 4.11.Kamu harcamaları/GSYH’deki gelişmeler (%), Türkiye



Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. "Konsolide Bütçe Dengesi (GSYH'ya oran)", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540022258789-43a5759e-f454> (11.04.2020).

Ekonomik kriz dönemlerinde artan enflasyon oranını düşürmek için genellikle kamu harcamaları azaltılmakta vergiler arttırılmaktadır. 2002-2008 yılları arasında kamu harcamalarındaki azalış, enflasyon oranının artan nabzını düşürmeye yönelik bir tedbir uygulaması olduğu düşünülmekle birlikte bu dönemler arasında kişi başına düşen GSYH'deki artış ile birlikte kamu harcamaları içerisinde transfer harcamalarının payının da azaldığı düşünülmektedir. 2010 yılı itibari ile küresel krizin etkileri kontrol altına alınmıştır. Böylelikle bu tarih itibari ile kamu harcamalarının GSYH içerisindeki oranının kademeli olarak azalmaya başladığı Şekil 4.11'de görülmektedir.

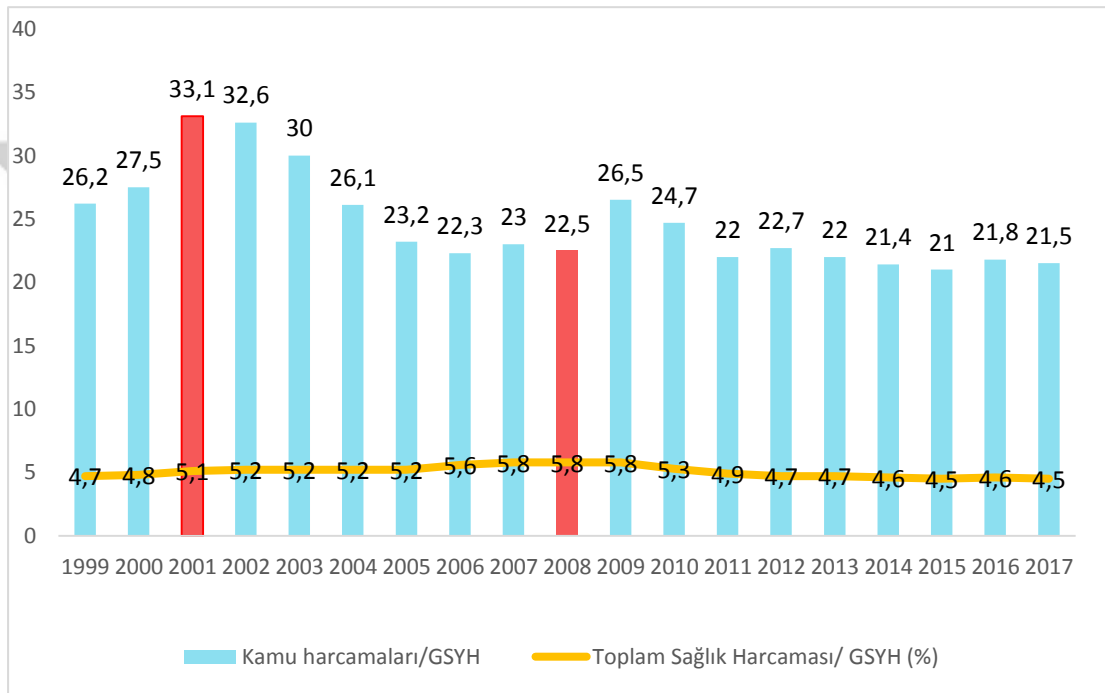
4.4.2. Kamu Harcamaları/GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Çalışmanın bu bölümünde toplam sağlık harcamaları/GSYH, kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH oranları incelenerek kamu harcamaları/GSYH'nin sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

4.4.2.1. Toplam sağlık harcamaları/GSYH

Çalışmanın bu bölümünde, kamu harcamaları/GSYH oranının toplam sağlık harcamaları/GSYH üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Şekil 4.12. Kamu harcamaları/GSYH ve toplam sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye



Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "Konsolide Bütçe Dengesi (GSYH'ya oran)", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540022258789-43a5759e-f454> (11.04.2020).
T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).
TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

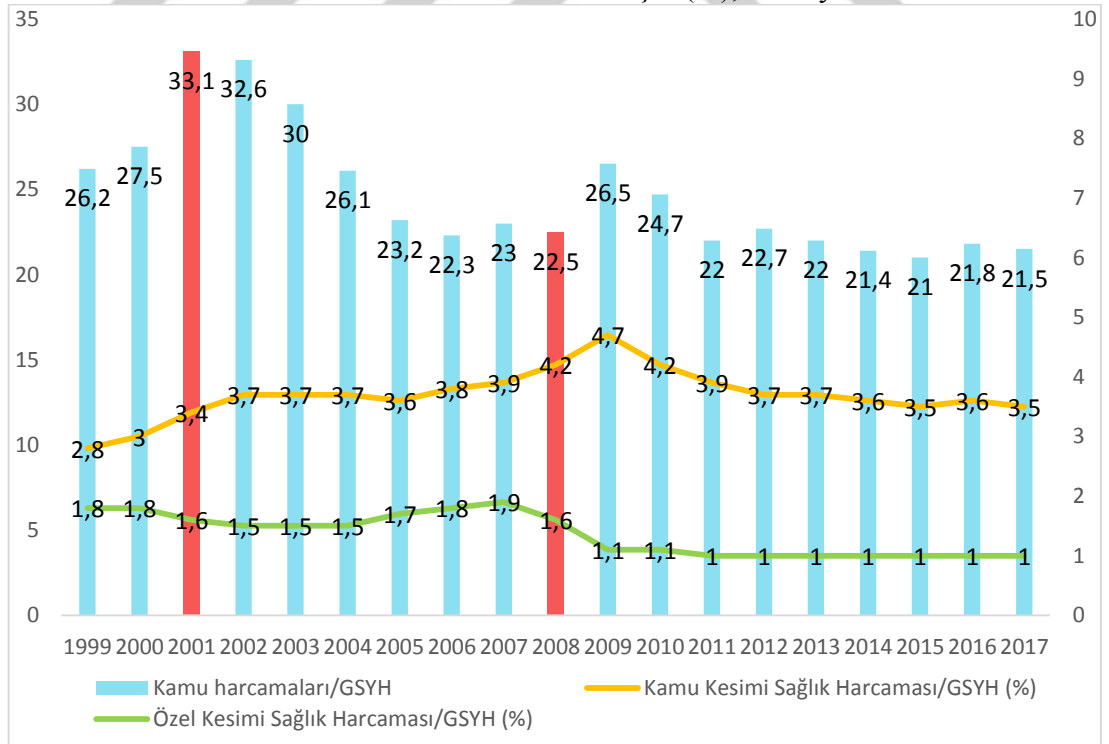
Şekil 4.12’de görüldüğü üzere 2000-2001 yılları arasında kamu harcamaları/GSYH’deki %5,6’lık artış ile birlikte toplam sağlık harcaması/GSYH %0,3 oranında artmıştır. Sonuç olarak, 2001 ekonomik krizleriyle birlikte kamu harcamaları/GSYH oranı ve toplam sağlık harcaması/GSYH oranı artmıştır. Bunun nedeninin; ekonomik kriz dönemlerinde devletin krizden olumsuz yönde etkilenen bireylere transfer harcaması yapması ve bu bireylerin devletten aldıkları nakdi yardımların büyük kısmını temel ihtiyaçlarını karşılamak için kullanmalarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

2008-2009 yılları arasında kamu harcamaları/ GSYH'deki %4'lük artış ile birlikte toplam sağlık harcaması/GSYH oranının sabit kaldığı görülmektedir. Sonuç olarak, 2008 küresel ekonomik krizleriyle birlikte kamu harcamaları/GSYH oranı artarken, toplam sağlık harcaması/GSYH oranında değişiklik olmamıştır. Bunun nedenin, bireylerin ekonomik kriz dönemlerinde acil nitelikli olmayan sağlık mal ve hizmetlerine yönelik taleplerini kısıtladıkları veya bir sonraki dönemlere ertelemiş oldukları ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

4.4.2.2. Kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH

Çalışmanın bu bölümünde, kamu harcamaları/GSYH oranının kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Şekil 4.13. Kamu harcamaları/GSYH ve kamu - özel kesim sağlık harcamaları/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye



Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. "Konsolide Bütçe Dengesi (GSYH'ya oran)", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540022258789-43a5759e-f454> (11.04.2020).
T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).
TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

Şekil 4.13’de görüldüğü üzere 2000-2001 yılları arasında kamu harcamaları/ GSYH %5,6’lık artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,4 oranında artmış, özel sağlık harcaması/GSYH %0,2 oranında azalmıştır. Ayrıca, 2008-2009 yılları arasında kamu harcamaları/GSYH’deki %4’lük artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,5 oranında artarken özel sağlık harcaması/GSYH %0,5 oranında azalmıştır.

Sonuç olarak, 2001 ve 2008 ekonomik krizleriyle birlikte artan kamu harcamaları/GSYH’deki artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artarken, özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Bunun nedenin, ekonomik kriz dönemlerinde işten çıkarılma, işyerini kapatma, vb. birçok sebepten geliri azalan bireyin tüketim harcamalarını azaltmaları ve devletin ekonomik kriz dönemlerinde özellikle dar gelir gruplarının yoksullaştığını bilmesi ve bu dönemde bu grupların kullanımına yönelik sağlık, eğitim, vb. çeşitli harcamaları arttırmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

4.5. Ekonomik Kriz Dönemlerinde Dış Borç/GSYH’nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Ülkelerin herhangi bir zaman aralığında çeşitli dış ülkelerden ve/veya uluslararası para fonlarından anapara ve/veya faiz ödeme şartıyla aldıkları gelir kaynağına dış borç denilmektedir (Şahin Erdil, 2012:46; European Central Bank). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler genellikle dış borçlanmaya gitmelerinin altına birçok sebep bulunmaktadır. Bunlar genel çerçevede şu şekilde sıralanabilir (Adıyaman, 2006:22-23; Şahin Erdil, 2012:46; Atabey Ertürk, 2013:275; Bölükbaş Tarhan, 2017:32; Gür, 2018:310):

- Kamu gelirlerinin kamu giderlerini karşılayamaması,
- İç tasarruf eksikliği,
- Sermaye birikimi yetersizliği,
- Dış ticaret açığı,
- Daha önce alınmış ve ödenmemiş anapara ve faiz ödemeleri,

- Yatırımlar için kaynak yetersizliği.

Ekonomik krizler ülke içerisindeki sermaye yetersizliğinden kaynaklanabilmektedir. Kriz sonrası dönemlerde ise krizin yıkıcı etkilerinden kurtularak ekonomik olarak büyümek ve beraberinde verimli yatırımlar elde etmek için sermayeye ihtiyaç duyulmaktadır. Ekonomik kriz dönemlerinde hükümetlerin kamu harcamalarını kısma ve kamu gelirlerini artırma eğilimine gitmeleri ile birlikte ülke içerisinde oluşan finansman yetersizliği dış ülkelere ve/veya kurumlardan borç alınmasını gündeme getirmektedir.

Ekonomik kriz dönemlerinde dış ülkelere ve/veya kurumlardan alınan dış borç, sağlık sektörü gibi ekonominin çeşitli alanları üzerinde dolaylı bir etki oluşturmaktadır.

Ülkelerin dış kaynaklardan almış oldukları borçlar ülke içerisinde belirli bir miktar sermaye oluşmasını sağlayacaktır. Söz konusu bu sermaye etkin yatırımlarda kullanılırsa ülkeye döviz girişi sağlanacaktır. Böylelikle de ülke içerisinde artan dövizler ile alınan dış borcu kapatmak kolaylaşacak ve ülke içerisinde sermaye birikimi artacaktır (Ulusoy ve Küçükkale, 1996:15). Ancak dış borçlar geri ödeme safhasında borçlu ülkeden borcun alındığı dış ülkeye doğru bir kaynak çıkışı gerçekleşecektir (Dura,2013). Böylelikle borçlu ülkenin maddi zenginliği azalırken borcun alındığı ülke maddi olarak rahatlayacaktır. Borç alan ülke dış kaynaklardan borçlanarak elde ettiği sermayeyi verimli yatırımlarda kullanmadıysa ciddi ölçüde refah kaybı yaşayacaktır (Şeker, 2006:86). “*Bu sefer millî gelir ve büyüme olumsuz etkilenecek, toplam kaynak çıkışı, büyüme oranından fazla ise, ülkede fakirleşme olacaktır*” (Dura, 2013). Ekonomik büyümenin azalması kişi başına düşene milli gelir düzeyinin de azalması ile sonuçlanacaktır. Gelir düzeyi azalan bireyler ise genel olarak harcamalarını kısma eğilimine gideceklerdir. Bireylerin harcama düzeylerini kısımları tükettikleri veya tüketmeleri gerekli olan mallar arasında tercih sürecini başlatacaktır. Örneğin, birey gelir düzeyinin azalması ile birlikte doktorun giymesini önerdiği ortopedik terlik yerine daha uygun fiyatlı bir terliği satın almayı tercih edecektir.

Dış kaynaklardan alınan borçlar karlı yatırımlara dönüştürülmediğinde borcun ödenme aşamasında iki farklı sorunla karşılaşılabilir. Bunlar; iç ve/veya dış kaynağa borçlanılarak eski borç(lar)ın kapatılması ve/veya ödemeyen dış borcun vergiler aracılığıyla bireylere yansıtılmasıdır. Borç faiz ödemeleri ile birlikte ödenemeyen borcun vergi oranlarına yansıtılması ile bireylerin mevcut geliri azalacak böylelikle de bireylerin tüketime yönelik talepleri düşecektir (Adıyaman, 2006:37). Bireylerin taleplerindeki düşüş ise onların sağlık mal ve hizmetlerine olan taleplerini gelirlerinin arttığı bir döneme ertelemelerine neden olacaktır. Örneğin, gelir düzeyi düşen birey diyetisyene gitmekten vazgeçecektir.

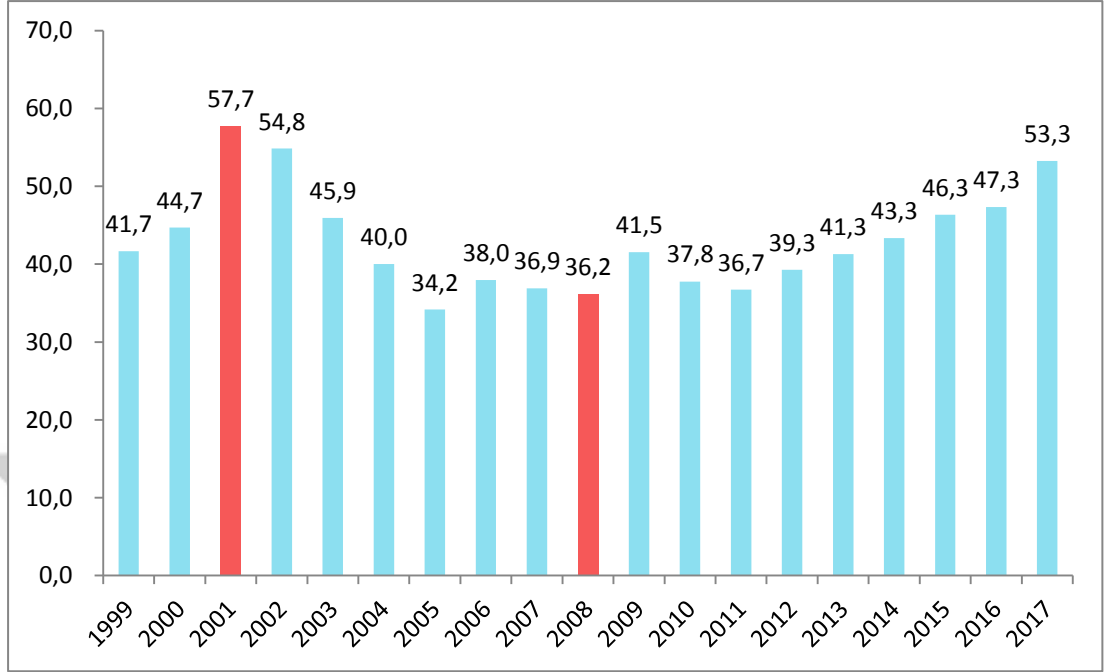
Dış borç ile elde edilen sermaye tüketim için kullanıldığında (Şeker, 2006:84; Gür, 2018:311), dış borç anapara ve/veya faiz ödemelerinde ekonomi içerisinde enflasyon ile karşılaşılacaktır (Ulusoy ve Küçükkale, 1996:15; Gür, 2018:311). Ekonomi içerisinde mevcut enflasyon ise birçok sektör gibi sağlık sektöründeki mal ve hizmetlerinde girdi maliyetlerini arttıracaktır (Virts ve Wilson, 1984).

4.5.1. Dış Borç/GSYH'deki Gelişmeler

Kasım 2000 krizi ve ardından Şubat 2001 krizi ile birlikte ülke içerisindeki sermaye çıkışlarının ekonomi üzerinde yaratmış olduğu tahribatı onarmak ve ekonomiyi istikrara kavuşturmak için; IMF'den 2000 yılının Kasım ayında 2,9 milyar dolar, 2001 yılının Şubat ayında 10,2 milyar dolar kaynak sağlanmıştır (Adıyaman, 2006:29).

Şekilde 4.14'de görüldüğü üzere 2000 yılında %44,7 olarak gerçekleşen dış borç/GSYH %13 oranında artarak 2001 yılında %57,7 oranında gerçekleşmiştir. Bu tarihten sonra ise dış borç/GSYH'nin kademeli bir şekilde düştüğü görülmekle birlikte dış borçlanmanın devam ettiği de görülmektedir. 2002 – 2008 yılları arasında GSYH büyümesine rağmen cari işlemler açığındaki artışlar ile birlikte ülke dış borçlanmaya devam etmiştir.

Şekil 4.14.Dış borç/GSYH'deki gelişmeler (%), Türkiye



Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. "Dış Borç Göstergeleri", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021488947-36394c03-3282> (11.04.2020).

IMF ile imzalanan 19. stand-by anlaşması 2008 yılında sona ermiştir. 2008 yılının ortalarında başlayan küresel kriz döneminde Türkiye IMF ile yeni bir stand-by anlaşması imzalamamaya karar vermiştir (Karagöl, 2010:10-11). 2008 yılında uygulanan iktisadi tedbirler ve bankacılık sektöründeki gelişmeler sayesinde Türkiye ekonomisi diğer ülke ekonomilerine kıyasla küresel krizden daha az etkilenmiştir (Karagöl, 2010:12). Ancak, “kriz sonrası Türk ekonomisi küçülmüş, dış borç kalemlerinde artışlar yaşanmış, dış ticaret daralmıştır” (Şanlı, 2019:128). Şekil 4.14’de görüldüğü üzere dış borç/GSYH, 2009 yılında bir önceki yıla kıyasla %5,3 oranında artarak %41,5 oranında gerçekleşmiştir. 2010 yılı itibari az miktarda düşen dış borç/GSYH’nin 2012 yılı itibari ile sürekli artış eğilimi içerisinde olduğu görülmektedir.

4.5.2. Dış Borç/GSYH'nin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

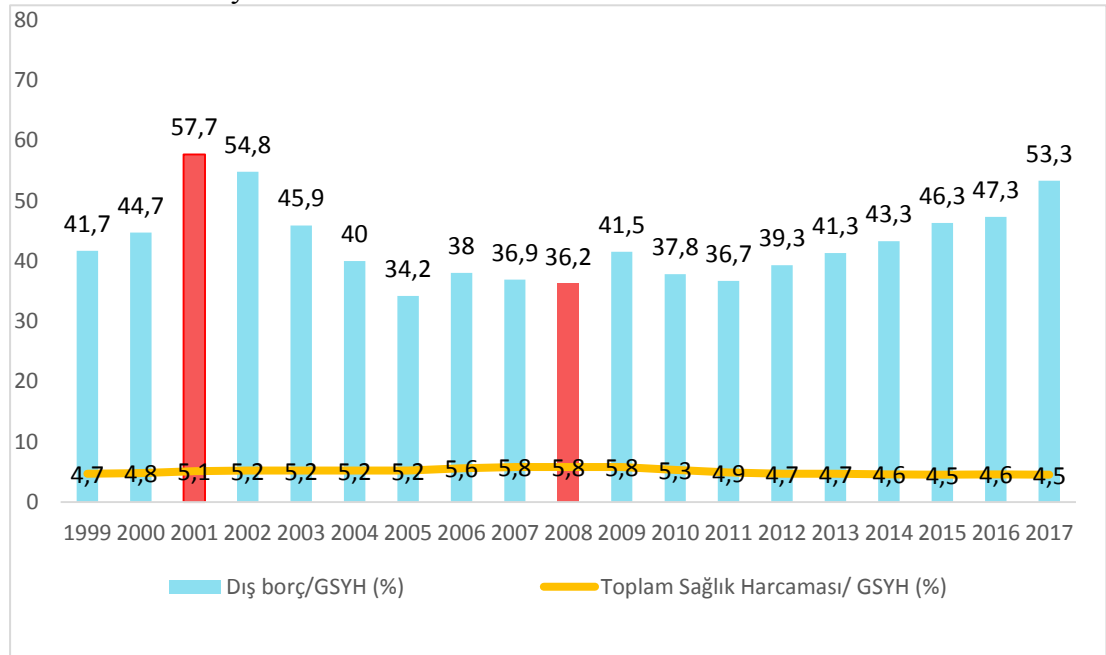
Çalışmanın bu bölümünde toplam sağlık harcamaları/GSYH, kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH oranları incelenerek dış borç/GSYH'nin sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

4.5.2.1. Toplam sağlık harcamaları/GSYH

Çalışmanın bu bölümünde, dış borç/GSYH oranının toplam sağlık harcamaları/GSYH üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Şekil 4.15'de görüldüğü üzere Şubat 2001 krizinin ortaya çıktığı 2001 yılında ve küresel krizin ortaya çıktığı 2008 yılından sonraki 2009 yılında dış borç/GSYH belirgin bir şekilde artış göstermiştir.

Şekil 4.15. Dış borç/GSYH ve toplam sağlık harcaması/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye



Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "Dış Borç Göstergeleri", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021488947-36394c03-3282> (11.04.2020).
T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).
TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

2000-2001 yılları arasında dış borç/GSYH oranındaki %13'lük artış ile birlikte toplam sağlık harcaması/GSYH %0,3 oranında artmıştır (Şekil 4.15'e bkz.). Sonuç olarak, 2001 ekonomik krizleriyle birlikte 2000-2001 yılları arasında dış borç/GSYH ve toplam sağlık harcaması/GSYH artmıştır. Bunun nedenin, dış borç ve faiz ödemelerinin vergi oranlarına yansımaları ile gelir düzeyi azalarak harcamalarını kısma eğilimine giden bireylerin ihtiyacı olan sağlık mal ve hizmetinin kamu kesimi tarafından finanse edilmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

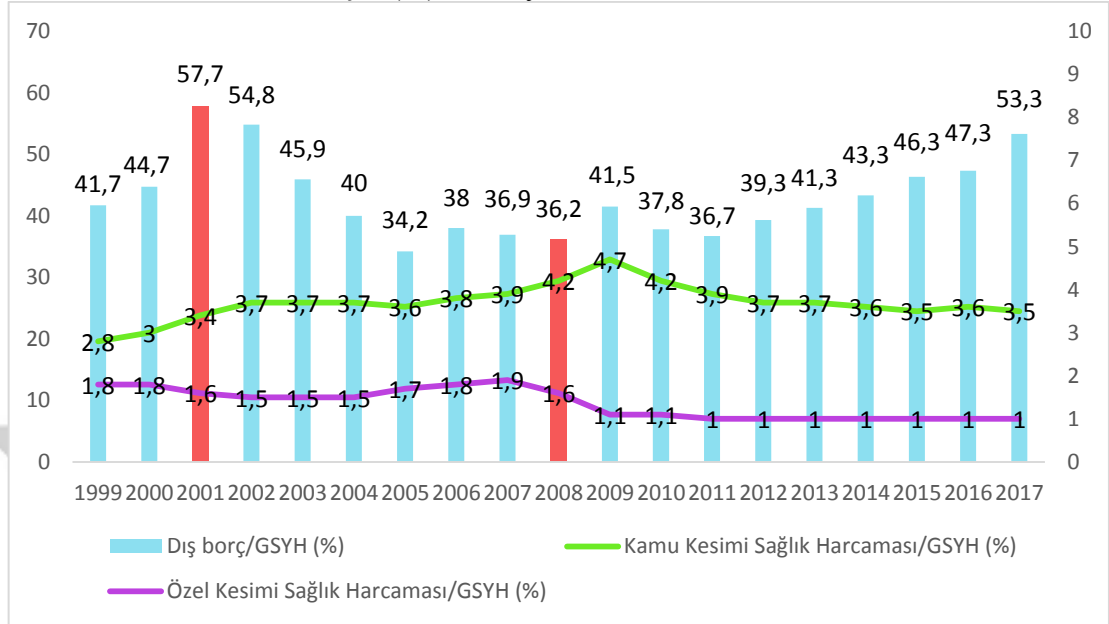
2008-2009 yılları arasında dış borç/GSYH oranındaki %5,3 oranındaki artış ile birlikte toplam sağlık harcaması/GSYH oranının sabit kaldığı görülmektedir. Sonuç olarak, 2008 ekonomik krizleriyle birlikte 2008-2009 yılları arasında dış borç/GSYH oranı artarken, toplam sağlık harcaması/GSYH oranında değişiklik olmamıştır. Bunun nedeninin, ekonomik kriz döneminde geliri azalarak geçim sıkıntısı çeken bireylerin sağlık mal ve hizmetlerinin ikame edilemez ve vazgeçilemez özelliğe sahip olduklarını bilmeleri ve sağlık mal ve hizmetlerine ihtiyaç duymamak için daha sağlıklı yaşamaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

4.5.2.2. Kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH

Çalışmanın bu bölümünde, dış borç/GSYH oranının kamu ve özel kesim sağlık harcamaları/GSYH üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Şekil 4.16'de görüldüğü üzere 2000-2001 yılları arasında dış borç/GSYH oranındaki %13'lük artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,4 oranında artarken, özel sağlık harcaması/GSYH %0,2 oranında azalmıştır. 2008-2009 yılları arasında ise dış borç/GSYH oranındaki %5,3 oranındaki artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH %0,5 oranında artarken, özel sağlık harcaması/GSYH %0,5 oranında azalmıştır. Sonuç olarak, 2001 ve 2008 ekonomik kriz dönemlerinde dış borç/GSYH'deki artış ile birlikte kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artarken, özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır.

Şekil 4.16. Dış borç/GSYH ve özel kesim - kamu kesimi sağlık harcaması/GSYH arasındaki ilişki (%), Türkiye



Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "Dış Borç Göstergeleri", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021488947-36394c03-3282> (11.04.2020).
T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (16.02.2020).
TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (08.03.2020).

Ekonomik kriz dönemlerinde bireyler, sağlığın maliyetinin daha düşük olduğu gerekçesiyle özel sağlık kuruluşlarından kamu sağlık kuruluşlarına yönelmektedirler (Notara, vd., 2013). Bu durum ise kamu üzerinde ağır bir yük oluşturmaktadır (Horton, 2009:355). Ekonomik kriz dönemlerinde kamunun sağlık harcamalarını azaltmasından ise en çok etkilenen kesim dar gelirli bireyler ve bu bireylerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler olacaktır (Memişoğlu ve Durgun, 2011:90). Şöyle ki, dar gelirli bireyler ücretsiz sağlığın finansmanını devlet karşılamaktadır. Ekonomik kriz döneminde devletin sağlık sektöründeki kaynaklarını azaltması ise dar gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmasını kısıtlayıcı bir durum olacaktır.



SONUÇ

Literatürde kriz kavramının evrensel bir tanımı bulunmamakla birlikte birçok araştırmacı tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Genel anlamda ekonomik kriz; iktisadi, siyasi veya sosyal gelişmeler ile ekonomi içerisinde hiç umulmadık bir anda ve aniden ortaya çıkan, kamu ve özel kesimin harcamalarını azaltmasına sebep olan, ekonominin mevcut durumunu ve ilerideki konumunu olumlu ve/veya olumsuz etkileyebilen, kısa veya uzun vadede etkili olabilen bir olgudur.

Ekonomide özellikle kriz dönemlerinde, kıt olan mevcut kaynakları bireyin ve toplumun faydasını maksimize edecek şekilde kullanarak optimal kaynak dağılımının sağlanması önemli bir husustur. Sağlık harcamalarının, önemi ise özellikle ekonomik kriz dönemlerinde ortaya çıkmaktadır.

Sağlık harcamaları, ekonomik kriz(ler)in birey ve toplum sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuzlukları azaltmada önemli bir araçtır. Ekonomik kriz dönemlerinde hem kamu kesimi hem de özel kesim; zorunluluk veya aciliyet gerektiren harcamalar haricinde geriye kalan bütün harcamalarını kısma eğilimine gitmekte veya harcamalarından vazgeçmektedir. Ancak, sağlık harcamalarının vazgeçilemez, ertelenemez ve başka bir hizmet türü ile ikame edilemez özelliği nedeniyle ekonomik kriz dönemlerinde sağlık harcamalarının önemi güncelliğini korumaktadır.

Bu çalışmanın temel amacı doğrultusunda, ekonomik krizin temel göstergelerinden olan işsizlik, enflasyon, kişi başına düşen GSYH, kamu harcamaları/GSYH ve dış borç/GSYH oranlarından yararlanılarak, 1999-2017 yılları arasında Türkiye’de yaşanmış Şubat 2001 ve 2008 küresel ekonomik krizlerinin sağlık harcamaları üzerinde etkileri incelenmiştir.

2001 Şubat krizi Türkiye’de ortaya çıkmış ulusal kaynaklı bir ekonomik kriz iken 2008 krizi ABD’de de başlayıp Türkiye ve diğer birçok ülkeyi etkisi altına almış küresel ekonomik bir krizdir.

1997’de Güneydoğu Asya krizi, 1998’de Rusya krizi, 1999’da Marmara depremleri ve 2000 Kasım krizi gibi birçok olumsuz gelişmenin arka arkaya yaşanması ile

birlikte Şubat 2001 krizi ekonomi içerisinde ortaya çıkmıştır vermiştir. Şubat 2001 krizi öncesi uygulanan IMF destekli istikrar politikaları ve hükümet programları ile alınan tedbirler sayesinde ekonomi üzerinde kısmi ve kısa süreli iyileşmeler sağlansa da 2001 krizinin ortaya çıkmasına mani olunamamıştır. 2007 yılının ortalarında ABD’de ortaya çıkan kriz başlangıçta mortgage kaynaklı olsa da daha sonra Türkiye gibi birçok ülke ekonomisini etkisi altına alarak küresel boyutlu bir krize dönüşmüştür.

Türkiye’de 2000 yılı sonrası yaşanan Şubat 2001 ve 2008 küresel krizleri; eğitim, tarım, enerji, ulaşım gibi çeşitli sektörler üzerine etkili olduğu gibi sağlık sektörü üzerinde de etkili olmuştur. Çalışma sonucunda, söz konusu bu krizlerin çalışma konusu olan sağlık harcamaları üzerinde doğrudan bir etkisi olmamakla birlikte, enflasyon, işsizlik, kamu harcamaları/GSYH ve dış borç/GSYH oranlarının artması ve kişi başına düşen GSYH oranının azalması nedeniyle ekonomik kriz dönemlerinde sağlık harcamalarının dolaylı olarak olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir.

İşsizlik oranı, ülke ekonomileri hakkında bilgi veren önemli bir göstergedir. 2001 ekonomik kriziyle birlikte işsizlik oranı 2001-2003 yılları arasında artmış ve bu doğrultuda toplam sağlık harcaması/GSYH ve kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artarken, özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Ayrıca, 2008 ekonomik kriziyle birlikte işsizlik oranı 2008 ile 2009 yıllarında artmış ve bu doğrultuda toplam sağlık harcaması/GSYH’de herhangi bir değişiklik olmazken, kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artmış ve özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Bunun nedeni olarak, ekonomik kriz dönemlerinde artan işsizlik ile birlikte sigorta kapsamının dışında kalan birey sayısının arttığı ve bu bireylerin sağlık mal ve hizmetlerine yönelik harcamalarını kısıtladıkları kantine varılmıştır. Ekonomik kriz dönemlerinde devletin söz konusu bu bireylere yönelik sağlık mal ve hizmeti sunması ise kamu kesiminin sağlık harcamalarını arttırmıştır.

Enflasyon, fiyatlar genel düzeyindeki sürekli artıştır. 2001 ekonomik kriziyle birlikte enflasyon oranı kriz yılında artmış ve bu doğrultuda toplam sağlık harcaması/GSYH ve kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artarken, özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Ayrıca, 2008 ekonomik kriziyle birlikte enflasyon oranı kriz yılında

artmış ve bu doğrultuda toplam sağlık harcaması/GSYH’de herhangi bir değişiklik olmazken, kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artmış ve özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Bunun nedeninin, fiyatlar genel düzeyindeki artış ile birlikte sağlık mal ve hizmetlerinin artan maliyetini kamu kesiminin üstlenmesi ile ilgili olduğu kanaatine ulaşılmıştır.

Kişi başına düşen GSYH, bireylerin gelir seviyesini dolayısıyla da refah seviyesini ifade eden bir kavramdır. 2001 ekonomik kriziyle birlikte kişi başına düşen GSYH oranı 2001 yılında azalmış ve bu doğrultuda toplam sağlık harcaması/GSYH ve kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artarken, özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Ayrıca, 2008 ekonomik kriziyle birlikte kişi başına düşen GSYH 2009 yılında azalmış ve bu doğrultuda toplam sağlık harcaması/GSYH’de herhangi bir değişiklik olmazken, kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artmış ve özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Bunun nedeni olarak, özel kesimin azalan geliri ve buna bağlı olarak azalan sağlık harcamaları ile birlikte devletin benimsediği sağlık hizmetlerinde evrensen kapsama çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanamayan/erişemeyen bireyler için sağlık harcamalarını arttırdığı kanaatine ulaşılmıştır.

Kamu harcaması, devlet giderlerini kapsayan bir kavramdır. 2001 ekonomik krizleriyle birlikte kamu harcamaları/GSYH kriz yılında artmış ve bu doğrultuda toplam sağlık harcaması/GSYH ve kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artarken, özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Ayrıca, 2008 ekonomik kriziyle birlikte kamu harcamaları/GSYH oranı 2009 yılında artmış ve bu doğrultuda toplam sağlık harcaması/GSYH’de herhangi bir değişiklik olmazken, kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artmış ve özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Bunun nedeni, ekonomik kriz dönemlerinde işten çıkarılma, işyerini kapatma, vb. birçok sebepten geliri azalan bireylerin tüketim harcamalarını azaltmaları ve devletin ekonomik kriz dönemlerinde özellikle dar gelir gruplarının yoksullaştığını bilmesi ve bu dönemde bu grupların kullanımına yönelik sağlık, eğitim, vb. çeşitli harcamaları arttırmasıyla ilgili olduğu kanaatine ulaşılmıştır.

Dış borç, devlet için bir sermaye elde etme aracıdır. 2001 ekonomik krizleriyle birlikte dış borç/GSYH oranı kriz yılında artmış ve bu doğrultuda kamu toplam

sağlık harcaması/GSYH ve kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artarken, özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Ayrıca, 2008 ekonomik kriziyle birlikte, dış borç/GSYH oranı 2009 yılında artmış ve bu doğrultuda toplam sağlık harcaması/GSYH’de herhangi bir değişiklik olmazken, kamu sağlık harcaması/GSYH oranı artmış ve özel sağlık harcaması/GSYH oranı azalmıştır. Bunun nedenin, kanımızca dış borç ve faiz ödemelerinin vergi oranlarına yansımaları ile gelir düzeyi azalarak harcamalarını kısma eğilimine giden bireylerin ihtiyacı olan sağlık mal ve hizmetinin kamu kesimi tarafından finanse edilmesi ile ilgili olduğudur.



KAYNAKÇA

Acar, F. (2013). Türkiye Ekonomisine Genel Bakış (2001 - 2013). *ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi*, 1(2), 15-32. <http://www.calismadunyasi.gov.tr/pdf/sayi2/02.pdf> adresinden alınmıştır.

Adıyaman, A. T. (2006). Dış Borçlarımız Ve Ekonomik Etkileri. *Sayıştay Dergisi*, (62), 21-45. <https://dergi.sayistay.gov.tr/?page=arsiv> adresinden alınmıştır.

Afşar, B. ve Erkoç, Y. (2018). 2008 Küresel Krizinin Türkiye Ekonomisine Etkileri “Konya Organize Sanayi Bölgesi Örneği”. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 31-48. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sinopusd/issue/41474/482145> adresinden alınmıştır.

Agénor, P.-R. (2008). Health and Infrastructure in a Model of Endogenous Growth. *Journal of Macroeconomics*, 30(4), 1407–1422. doi:10.1016/j.jmacro.2008.04.003

Ak, B. (2010). Tıp Bilişiminde Mobilite Uygulamaları. *Akademik Bilişim 10 - XII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri*, 10-12 Şubat, Muğla Üniversitesi, 1-7. https://ab.org.tr/ab10/kitap/ak_AB10.pdf adresinden alınmıştır.

Akalın, G. (2001). Güçlü Ekonomiye Geçiş Programına Genel Bir Bakış [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 602-609.

Akarsu, Ü. ve Aydın, M. (2015). Ekonomik Krizlerde Kayıt Dışı Ekonomi: Seçilmiş Bazı Ülkeler İle Türkiye Değerlendirmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 13(3), 289-315. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yead/issue/21804/234329> adresinden alınmıştır.

Akdağ, Y. (2012). *Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi: Denizli Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez no:322410).

Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*, Ankara. http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslamasi.pdf adresinden 24.05.2019 tarihinde alınmıştır.

Akgeyik, T. (2019). 2000’li Yıllarda Türkiye’de Sosyal Politikanın Dönüşümü: Değişim ve Reform Eğilimleri. *Emek ve Toplum*, 8(21), 23-51. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hakisderg/article/570762> adresinden alınmıştır.

Akkaya, M. ve Kantar, L. (2018). Finansal Krizlerin Tahmininde Öncü Göstergelerin Logit-Probit Model ile Analizi: Türkiye Uygulaması. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 14(3), 575-590. <file:///C:/Users/user/Downloads/1570-7527-1-PB.pdf> adresinden alınmıştır.

Aktan, C. A. (2011). Devlet Mi, Piyasa Mı? Mal Ve Hizmetler Hangi Sektör Tarafından Ve Hangi Yöntemlerle Sunulmalı?. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 3(1), 96-109. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sobiadsbd/issue/11351/333132> adresinden alınmıştır.

Aktan, C. C. ve Şen, H. (2001). Ekonomik Kriz: Nedenleri ve Çözüm Önerileri [Ekonomik Kriz Özel Sayısı II]. *Yeni Türkiye*, 2(42), 1225-1230.

Altınok, S. ve Çetinkaya, M. (2001). 1994 Nisan, 2000 Kasım ve 2001 Şubat Krizlerinin Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 149-174. <https://dergipark.org.tr/en/pub/selcuksbmyd/issue/11291/134948> adresinden alınmıştır.

Arabacı, H. (2018). Türkiye’de Bankacılık Sektörünün Gelişimi (2000-2016). *Meriç Uluslararası Sosyal ve Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 2(3), 25-42. <https://dergipark.org.tr/en/pub/meric/issue/36930/422041> adresinden alınmıştır.

Arnett, R. H., McKusick, D. R., Sonnefeld, S. T. ve Cowell, C. S. (1986). Projections of Health Care Spending to 1990. *Health Care Financing Review*, 7(3), 1–36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4191522/> adresinden alınmıştır.

Atabey Ertürk, S. ve Meriç, M. (2016). Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi. *Sosyoekonomi*, 24(29), 113-131. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sosyoekonomi/issue/24710/261342> adresinden alınmıştır.

Atabey Ertürk, S. (2013). Türkiye’de 1980 Sonrası Dış Borçların İncelenmesi Ve “Mali Sosyoloji” Açısından Bir Değerlendirme. *Emek ve Toplum*, 2(3), 171-184. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/84783> adresinden alınmıştır.

Atabey Ertürk, S. (2016). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. (2. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.

Atabey Ertürk, S. (2018). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. (3. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.

Atabey Ertürk, S. (2020). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. (4. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.

Ataş, B. (2013). *Küresel Ekonomik Krizler ve Ülkelerin Küresel Krizlerden Sonraki Toparlanma Performanslarına Yönelik Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden alınmıştır.

Atlı, Y. ve Yücel, N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 45-64. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/fuuiibfdergi/issue/41388/500248> adresinden alınmıştır.

Avcı, M. A. ve Sulak, H. (2015). Kriz Dönemlerinde Ekonomik Büyüme ile Seçilmiş Ekonomik Göstergeler Arasındaki İlişkilerin Regresyon Ağaçları ve EKK Yöntemi ile İncelenmesi: Türkiye 1990-2009. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 52(604), 29-42. http://www.ekonomikyorumlar.com.tr/files/articles/152820006164_3.pdf adresinden alınmıştır.

Avdar, R. (2017). 1999-2011 Arası Dönemde Türkiye’de Meydana Gelen Depremlerin Ekonomik Etkileri, *Econder Uluslararası Akademik Dergi*, 1(1), 53-63. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/econder/issue/32844/367064> adresinden alınmıştır.

Aydın, M. K. ve Aksoy, Ö. (2012). Finansal Krizler Üzerine Bir Değerlendirme. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*, (1), 135-152. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bilgisosyal/issue/29134/311629> adresinden alınmıştır.

Ayla, D., Karış, Ç. ve Kızıltan, A. (2019). Ekonomik Krizlerin Sosyal Etkileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama (1980-2016). *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 33(2), 415-434. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/atauniiibd/issue/44281/440640> adresinden alınmıştır.

Bahçeci, A. S. (1997). *Ortodoks ve Heterodoks İstikrar Programları: Seçilmiş Ülke Örnekleri ve 1994 Türkiye Deneyimi* (Yayın No.2477). Uzmanlık Tezi, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/AyseSemaBAHCEC%C4%B0.pdf> adresinden alınmıştır.

Bakare, A. S. ve Olubokun, S. (2011). Health Care Expenditure and Economic Growth in Nigeria: An Empirical Study. *Journal of Emerging Trends in Economics and Management Sciences*, 2(2), 83-87. <http://www.firstlight.cn/upload/plusfile/20116/1/201161155823.pdf> adresinden alınmıştır.

Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M. ve Stuckler, D. (2012). Suicides Associated with the 2008-10 Economic Recession in England: Time Trend Analysis. *BMJ*, 345, 1-7. doi:10.1136/bmj.e5142

Bastı, E. (2006). *Kriz Teorileri Çerçevesinde 2001 Türkiye Finansal Krizi*. Yayın No: 191. Ankara: Sermaye Piyasası Kurulu.

Baumol, W. J. (1988). Containing Medical Costs: Why Price Controls Won’t Work. *The Public Interest*, (43), 37-53. https://www.nationalaffairs.com/public_interest/detail/containing-medical-costs-why-price-controls-wont-work adresinden alınmıştır.

Bayraktar, Y. ve Yaşarlar, Y. (2017). Pasif İşgücü Piyasası Politikalarının İşsizliğe Etkileri: Küresel Kriz Sonrası Türkiye Deneyimi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 18(2), 1-17. <http://journal.dogus.edu.tr/index.php/duj/article/view/1002> adresinden alınmıştır.

Belek, İ. (1997). Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme. *Ekonomik Yaklaşım*, 8(24-25), 147-156. <http://www.ekonomikyaklasim.org/index.php?iid=1997-8-24.000&&jid=94&lng=> adresinden alınmıştır.

Bloom, D. E. ve Canning, D. (2000). The Health and Wealth of Nations. *Science*, 287(5456), 1207–1209. doi:10.1126/science.287.5456.1207

Bodur, S. (1991). *Aile Sağlığı*. Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları.

Bonovas, S. ve Nikolopoulos, G. (2012). High-Burden Epidemics in Greece in the Era of Economic Crisis. Early Signs of a Public Health Tragedy. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 53(3), 169-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23362624> adresinden alınmıştır.

Boz, C. ve Aslan, Ö. (2018). Türkiye’de 1980-2014 Yılları Arasında Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları ile Kişi Başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sosyal Güvence*, (14), 1-27. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sosyalguvence/issue/42316/509145> adresinden alınmıştır.

Bölükbaş Tarhan, M. (2017). *Türkiye’de Kamu Harcamaları ve Dış Borçlanma İlişkisi: Ekonometrik Bir Analiz*. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden alınmıştır.

Brewton, C. (1987). Managing a Crisis: A Model for the Lodging Industry. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 28(3), 10–15. doi:10.1177/001088048702800307

Brunn, M., Brigham, K. B., Chevreul, K. ve Hernández-Quevedo, C. (2015). The Impact of the Crisis on the Health System and Health in France. Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E., Cylus, J., Evetovits, T., Jowett, M., Figueras, J. ve Kluge, H. (Ed.). *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe Country Experience* (75-101) içinde. Kopenhag: World Health Organization. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1 adresinden alınmıştır.

Bustelo, P. (2000). Novelties of Financial Crises in the 1990s and the Search for New Indicators. *Emerging Markets Review*, 1(3), 229-251. doi: 10.1016/s1566-0141(00)00012-1

Bülbül, D. (2018). *Devlet Maliyesi*. Ankara: Gazi Kitapevi.

Caprio, G. (1998). Banking on Crises : Expensive Lessons from Recent Financial Crises. *Policy Research Working Paper*, Report no. WPS 1979. Washington: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/361321468776375400/Banking-on-crises-expensive-lessons-from-recent-financial-crises> adresinden alınmıştır.

Cicioğlu, Ş ve Yıldız, A. (2018). Kriz Dönemlerinde Reel Ekonomik Göstergelerinin Sinyal Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi: 1999-2017 Türkiye Örneği. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*, (1), 38-73. https://dergipark.org.tr/tr/pub/bilgisosyal/issue/37657/422940#article_cite adresinden alınmıştır.

Cinel, M. O. ve Karademir, D. (2014). Enflasyon Hedeflemesinin Krizlerle Mücadelede Esnekliği. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(35), 696-701. http://www.sosyalarastirmalar.com/sosyalarastirmalar_english/archives6_iktisat.htm adresinden alınmıştır.

Cutler, D. M., Knaul, F., Lozano, R., Méndez, O. ve Zurita, B. (2002). Financial Crisis, Health Outcomes and Ageing: Mexico in the 1980s and 1990s. *Journal of Public Economics*, 84(2), 279–303. doi:10.1016/s0047-2727(01)00127-x

Çakmak, U. (2007). Kriz Modelleri Çerçevesinde Türkiye 2001 Finansal Krizinin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 81-101. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gaziuiibfd/issue/28333/301112> adresinden alınmıştır.

Çalışkan, Ö. V. (2003). Uluslararası Finansal Krizler, *Ekonomik Yaklaşım*, 14(49), 225-240. doi: 10.5455/ey.10403

Çarıkcı, E. (2001). 2000-2001 Yılı Ekonomik Krizlerin Sebepleri ve Sonuçları [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 475-490.

Çaşkurlu, E. ve Ünsal, H. (2006). Global Kamu Malı Perspektifinden Fin Ansal İstikrarın Sağlanması Ve IMF'nin Rolü. *21. Türkiye Maliye Sempozyumu: Kamu Maliyesinde Güncel Gelişmeler*, Antalya, 10-14 Mayıs, 274-299. http://www.maliyemsempozyumu.org/wp-content/uploads/2016/11/Maliye-Sempozyumu_21.pdf adresinden alınmıştır.

Çelik, Y. (2019). *Sağlık Ekonomisi*. (4. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Darvas, Z., Moës, N., Myachenkova, Y. ve Pichler, D. (2018). The Macroeconomic Implications of Healthcare. *Policy Contribution*, (11), 1-22.

https://www.bruegel.org/wp-content/uploads/2018/08/PC-11_2018_cover.pdf adresinden alınmıştır.

Demir, M. ve Eken, M. H. (2015). 2008 Küresel Krizinin Türk Bankacılık Sektörüne Etkileri ve Anket Çalışması ile Analizi. *Maliye ve Finans Yazıları*, 1(104), 53-81. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mfy/issue/16277/170737> adresinden alınmıştır.

Demirgüç-Kunt, A., ve Detragiache, E. (1998). The Determinants of Banking Crises in Developing and Developed Countries. *Staff Papers (International Monetary Fund)*, 45(1), 81-109. doi:10.2307/3867330

Devlin, E. S. (2007). *Crisis Management Planning and Execution*. New York: Auerbach Publications. <http://proxy.hacibayram.edu.tr:2190/ehost/ebookviewer/ebook?sid=91af75c7-75f5-4998-82e1-dfe9dd74b2a3%40sessionmgr103&vid=0&format=EB> adresinden alınmıştır.

Devrim, F. (2001). Küreselleşen Krizler ve Türkiye [Ekonomik Kriz Özel Sayısı II]. *Yeni Türkiye*, 2(42), 939-945.

Dieleman, J. L., Squires, E., Bui, A. L., Campbell, M., Chapin, A., Hamavid, H., Horst, C., Li, Z., Matyas, T., Reynolds, A., Sadat, N., Schneider, M. T. ve Murray, C. J. L. (2017). Factors Associated With Increases in US Health Care Spending, 1996-2013. *JAMA*, 318(17), 1668-1678. doi:10.1001/jama.2017.15927

Docteur, E. (2009). *Mitigating the Impact of the Global Economic Crisis on Household Health Spending (English)*. Europe and Central Asia Knowledge Brief ; 7, Washington, DC: World Bank. <http://documents.banquemondiale.org/curated/en/213481468256511939/Mitigating-the-impact-of-the-global-economic-crisis-on-household-health-spending> adresinden alınmıştır.

Drydakakis, N. (2015). The Effect of Unemployment on Self-Reported Health and Mental Health in Greece from 2008 to 2013: A Longitudinal Study Before and during the Financial Crisis. *Social Science & Medicine*, 128, 43–51. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.12.025.

Dura, C. (2013). “Dış Borçlanmanın Olumsuz Etkileri”. <http://www.cihandura.com/tr/makale/di-borclanmanin-olumsuz-etkiler> adresinden alınmıştır.

Durmuş, A. (2019). High Inflation Risk and Growth Rate. *International Journal of Social Science Research*, 8(1), 20-28. <http://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/748643> adresinden alınmıştır.

Dursun, G. D. ve Birdal, İ. (2011). Krizlerin Tahmin Edilebilirliği: 2008 Krizi Örneği. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim*

Dergisi, 22(70), 63-73. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iuiieyd/issue/9200/115523> adresinden alınmıştır.

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A. ve Stefanis, C. N. (2013). Major Depression in the Era of Economic Crisis: A Replication of a Cross-Sectional Study Across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308–314. doi:10.1016/j.jad.2012.08.008

Edison, H. J. (2003). Do Indicators of Financial Crises Work? An Evaluation of an Early Warning System. *International Journal of Finance and Economics*, 8(1), 11–53. doi:10.1002/ijfe.197

Egeli, H. A. (2001). Dış Ticaret Açısından Sanayileşme Stratejileri ve Türkiye Açısından Değerlendirmesi. *Kırgızistan Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(2), 149-161. <http://journals.manas.edu.kg/mjsr/index.php?page=oldarchive> adresinden alınmıştır.

Eker, A. ve Bülbül, D. (2013). *Kamu Maliyesi*. Ankara: Özbaran Ofset Matbaacılık.

Emin, D. (2017). Türkiye'nin Finansal Krizleri ve Göstergeleri. *Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 9(17), 115-128. doi: 10.14784/marufacd.346191

Emsen, S. (2003). Türkiye’de 1994-2001 Döneminde Uygulanan İstikrar Politikaları. *Kırgızistan Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(5), 86-108. <http://journals.manas.edu.kg/mjsr/index.php?page=oldarchive> adresinden alınmıştır.

Engin, C. ve Göllüce, E. (2016). 2008 Küresel Finans Krizi ve Türkiye Üzerine Yansımaları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(1), 27-40. <http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/tr/issue/24642/260685> adresinden alınmıştır.

Erarslan, C. (2016). Küresel Finansal Krizi Anlamak. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(1), 79-99. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kluifeas/issue/26888/283286> adresinden alınmıştır.

Ercan, H., Taymaz, E. ve Yeldan, E. (2010). *Crisis and Turkey: Impact Analysis of Crisis Response Measures*. ILO: Ankara. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568611.pdf adresinden alınmıştır.

Erçel, G. (2000). “Türk Ekonomisinin Makroekonomik Özellikleri ve Beklentiler”, <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/07b02dbc-5a63-462c-9b4e-b419500ef0a2/04MAKROEKONOMIK.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-07b02dbc-5a63-462c-9b4e-b419500ef0a2-m3fBeN2> adresinden 09.01.2020 tarihinde alınmıştır.

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. <http://static.dergipark.org.tr:8080/article-download/3efd/4b24/acee/5abe47c112247.pdf?> adresinden alınmıştır.

Erdem, V. (2001). Ekonomik Krizin Tarihçesi [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 11-19.

Erdoğan, N. (2002). *Dünya ve Türkiye’de Finansal Krizler*. Ankara: Yaklaşım Yayınları.

Ertüzün, T. (1976). İthal İkamesi ve Sınırları. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 36(1-4), 153-181. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iuifm/issue/850/9424> adresinden alınmıştır.

European Central Bank, “External Debt Statistics (EDS)”. https://www.ecb.europa.eu/stats/balance_of_payments_and_external/external_debt/html/index.en.html adresinden 02.05.2020 tarihinde alınmıştır.

Federal Reserve Bank, “S&P/Case-Shiller U.S. National Home Price Index”. <https://fred.stlouisfed.org/series/CSUSHPINSA> adresinden 14.02.2020 tarihinde alınmıştır.

Feldstein, M. (2002). Economic and Financial Crises in Emerging Market Economies: Overview of Prevention and Management. *NBER Working Paper Series*, Report no. 883). Cambridge: National Bureau of Economic Research. doi:10.3386/w8837

Fırat, E. ve Tuğlu, D. (2019). Finansal Kriz Dönemlerinde Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: 1998-2018 Türkiye Örneği. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(3), 1-10. <https://atif.sobiad.com/index.jsp?modul=makale-goruntule&id=AW4tVa-EyZgeuuwfeDE1> adresinden alınmıştır.

Fornell, B., Correa, M., López del Amo, M. P. ve Martín, J. J. (2018). Influence of Changes in the Spanish Labor Market During the Economic Crisis (2007–2011) on Perceived Health. *Quality of Life Research*, 27(8), 2095–2105. doi:10.1007/s11136-018-1824-5

Frankel, J. A. ve Rose, A. K. (1996). Currency Crashes in Emerging Markets: An Empirical Treatment. *Journal of International Economics*, 41(3-4), 351–366. doi:10.1016/s0022-1996(96)01441-9

Giray, F. ve Çimen, G. (2018). Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye ve OECD Ülkeleri Analiz. *Sayıştay Dergisi*, (111), 143-171. <file:///C:/Users/user/Desktop/gamze%20%C3%A7imen.pdf> adresinden alınmıştır.

Goodacre, S., Collins, C. ve Slattery, C. (2010). *Cambridge Vce Health and Human Development Units 3 & 4*, Cambridge University Press. http://healthandhumandevelopmentcsc.weebly.com/uploads/1/0/1/9/10191971/chapter_1_cambridge.pdf adresinden alınmıştır.

Goodman, N. (2015). The Impact of Employment on the Health Status and Health Care Costs of Working-age People with Disabilities. *LEAD Center*, 1-9. http://www.leadcenter.org/system/files/resource/downloadable_version/impact_of_employment_health_status_health_care_costs_0.pdf adresinden alınmıştır.

Gottret, P., Gupta, V., Sparkes, S., Tandon, A., Moran, V. ve Berman, P. (2009). Protecting Pro-Poor Health Services During Financial Crises: Lessons from Experience. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 21, 23-53. doi:10.1108/s0731-2199(2009)0000021005

Gökçen, A.(2001). İstikrar Tedbirleri ve Ekonomik Kriz. [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 587-601.

Göker, Z. (2009). Küresel Kamusal Bir Mal: Finansal İstikrar. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(17), 7-22. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/auibfd/issue/32319/359143> adresinden alınmıştır.

Güloğlu, B. (2001). Ekonomik Krizin Tarihçesi [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 524-530.

Gülşen, M. A. (2018). Türkiye’de Maliye Politikası Aracı Olarak Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. Koç, Ö. E. (Ed.). *Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Özel Kesim Uygulamaları* (99-119). Bursa: Ekin Yayınevi.

Gümüş, S. (2017). *Hizmet Pazarlaması (Sağlıkta Güncel Konular, İnceleme ve Deneyimler)*. İstanbul: Hiperyayın. https://books.google.com.tr/books?id=EVxaDwAAQBAJ&pg=PA271&lpg=PA271&dq=sa%C4%9Fl%C4%B1k+hizmetlerinin+s%C4%B1n%C4%B1fland%C4%B1r%C4%B1lmas%C4%B1&source=bl&ots=pYg0ZLO10s&sig=ACfU3U1NnGWjXhYe4VroVt77ncx_C0Pp0Q&hl=tr&sa=X&ved=2ahUKEwjU2tj8uIPoAhXUNcAKHSOMDzM4HhDoATAdegQIChAB#v=onepage&q=sa%C4%9Fl%C4%B1k%20hizmetlerinin%20s%C4%B1n%C4%B1fland%C4%B1r%C4%B1lmas%C4%B1&f=false adresinden alınmıştır.

Günel, M. (2001). Krizler IMF’nin Rolü ve Türkiye [Ekonomik Kriz Özel Sayısı II]. *Yeni Türkiye*, 2(42), 1029-1038.

Gür, E. (2018). Kamu Harcamalarının Finansmanında Dış Borçların Etkisi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(27), 298-314. https://www.researchgate.net/publication/333758986_KAMU_HARCAMALARINI_N_FINANSMANINDA_DIS_BORCLARIN_ETKISI adresinden alınmıştır.

Haçerlioğlu, O. (1986). *Ekonomi Szlėė*. (6. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi Yayınları.

Hatıpler, M. (2011). Türkiye Ekonomisine Etkileriyle Küresel Finansal Kriz. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 191-214. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/trakyasobed/issue/30220/326262> adresinden alınmıştır.

Hitiris, T. ve Posnett, J. (1992). The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries. *Journal of Health Economics*, 11(2), 173–181. doi:10.1016/0167-6296(92)90033-w

Hodgkin, D. ve Karpman, H. E. (2010). Economic Crises and Public Spending on Mental Health Care. *International Journal of Mental Health*, 39(2), 91–106. doi:10.2753/imh0020-7411390205

Horton, R. (2009). The Global Financial Crisis: An Acute Threat to Health. *The Lancet*, 373(9661), 355–356. doi:10.1016/s0140-6736(09)60116-1

Işık, A. K. (2005). *Sağlık Ekonomisi Terimleri Szlėė*. (2. Basım). Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.

Işık, S., Duman, K. ve Korkmaz, A. (2004). Türkiye Ekonomisinde Finansal Krizler: Bir Faktör Analizi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 45-69. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuiibfd/issue/22756/242898> adresinden alınmıştır.

Jones, K. (2010). Crisis, What Crisis?. *Journal of Education Policy*, 25(6), 793-798. doi: 10.1080/02680939.2010.513743

Kaminsky, G. L. ve Reinhart, C. M. (1999). The Twin Crises: The Causes of Banking and Balance-of-Payments Problems. *The American Economic Review*, 89(3), 473-500. <https://proxy.hacibayram.edu.tr:2090/stable/117029> adresinden alınmıştır.

Kaminsky, G., Lizondo, S. ve Reinhart, C. (1998). Leading Indicators of Currency Crises. *Staff Papers (International Monetary Fund)*, 45(1), 1-48. doi:10.2307/3867328

Karagöl, E. T. (2010). “Gemişten Günümüze Türkiye’de Dış Borlar.” <http://file.setav.org/Files/Pdf/gecmisten-gunumuze-turkiyede-dis-borclar.pdf> adresinden 03.05.2020 tarihinde alınmıştır.

Karagöz, S. (2015). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden alınmıştır.

Karapaşaoğlu, M. A. (2001). *Ekonomik Duruma Toplu Bakış* [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41),416-423.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2018). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. (5. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, G. (2019). *Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi ve Bilecik İli Özelinde Türkiye’de Sağlık Harcamaları*. Yüksek Lisans Tezi. Bilecik Şeyh Edabali Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilecik. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden alınmıştır.

Kazgan, G. (2012). *Türkiye Ekonomisinde Krizler (1929-2009) “Ekonomik Politik” Açısından Bir İrdeleme*. (3. Baskı). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Kesebir, M. (2018). 2008 Küresel Finansal Kriz ve Bu Krizin Türkiye’deki Ekonomik Göstergelere Etkisi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(4), 531-538. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/anemon/issue/36490/378086> adresinden alınmıştır.

Kibritçioğlu, A. (2001). Türkiye’de Ekonomik Krizler ve Hükümetler, 1969-2001 [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 174-182.

Koç, Ö. K. (2018). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Nedensellik Analizi. Koç, Ö. E. (Ed.). *Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Özel Kesim Uygulamaları* (143-163). Bursa: Ekin Yayınevi.

Kol, E. N. ve Karaçor, Z. (2012). 2001 Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı ve İstihdam Üzerine Etkileri. *Maliye Dergisi*, (162), 379-395. <file:///C:/Users/user/Desktop/2001%20krizi/19.pdf> adresinden alınmıştır.

Koselleck, R. ve Richter, M. (2006). Crisis. *Journal of the History of Ideas*, 67(2), 357-400. doi:10.1353/jhi.2006.0013

Köse, S. (2000). *24 Ocak 1980 ve 5 Nisan 1994 İstikrar Programları Çerçevesinde Yapılan Hukuki ve Kurumsal Düzenlemelerin Mukayeseli Analizi* (Yayın No. 2508). Uzmanlık Tezi, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/SalihKOSE.pdf> adresinden alınmıştır.

Kruger, M., Osakwe, P. ve Page, J. (1998). Fundamentals, Contagion and Currency Crises: An Empirical Analysis. *Staff Working Paper*, 98-10, Bank of Canada. <https://www.bankofcanada.ca/1998/07/working-paper-1998-10/> adresinden alınmıştır.

Laidler, D. ve Parkin, M. (1975). Inflation: A Survey. *The Economic Journal*, 85(340), 741. doi:10.2307/2230624

Lange, S. ve Vollmer, S. (2017). The effect of Economic Development on Population Health: A review of the Empirical Evidence. *British Medical Bulletin*, 121(1), 47–60. doi:10.1093/bmb/ldw052

Lopez Bernal, J. A., Gasparrini, A., Artundo, C. M. ve McKee, M. (2013). The Effect of the Late 2000s Financial Crisis on Suicides in Spain: An Interrupted Time-Series Analysis. *European Journal of Public Health*, 23(5), 732–736. doi:10.1093/eurpub/ckt083

Martin-Carrasco, M., Evans-Lacko, S., Dom, G., Christodoulou, N. G., Samochowiec, J., González-Fraile, E., Bienkowski, P., Gómez-Beneyto, M., Dos Santos, M. J. H. ve Wasserman, D. (2016). EPA Guidance on Mental Health and Economic Crises in Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(2), 89–124. doi:10.1007/s00406-016-0681-x

Maruthappu, M., Watkins, J. A., Waqar, M., Williams, C., Ali, R., Atun, R., Faiz, O. ve Zeltner, T. (2014). Unemployment, Public-Sector Health-Care Spending and Breast Cancer Mortality in the European Union: 1990–2009. *European Journal of Public Health*, 25(2), 330–335. doi:10.1093/eurpub/cku167

Matsubayashi, T., Sekijima, K. ve Ueda, M. (2020). Government Spending, Recession, and Suicide: Evidence from Japan. *BMC Public Health*, 20(243), 1–8. doi:10.1186/s12889-020-8264-

Memişoğlu, D. ve Durgun, A. (2011). 2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (13), 81–100. <http://dergipark.org.tr/tr/pub/sbe/issue/23189/247677> adresinden alınmıştır.

Merriam-Webster (2019). “Dictionary”, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/crisis>, adresinden 29.09.2019 tarihinde alınmıştır.

Mexican Commission on Macroeconomics and Health. (2004). *Investing in Health For Economic Development*, Mexico. <https://www.who.int/macrohealth/action/sintesis15novingles.pdf>

Mishkin, F. S. (2001). Financial Policies and the Prevention of Financial Crises in Emerging Market economies. *Policy Research Working Paper*, Report No.WPS 2683. Washington: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/19532#?> adresinden alınmıştır.

Moore, W. J., Newman, R. J. ve Fheili, M. (1992). Measuring the Relationship between Income and NHEs. *Health Care Financ Review*, 14(1), 133–139. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193321/#> adresinden alınmıştır.

Mutlu, A. ve Işık A. K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. (3. Basım). Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.

Müller, W. ve Rohr-Zanker, R. (1989). The Fiscal Crisis and the Local State: Examination of the Structuralist Concept. *Environment and Planning A*, 21(12), 1619-1638. doi: 10.1068/a211619

Nathan, M. (2000). The Paradoxical Nature of Crisis. *Review of Business*, 21(3/4), 12-16.

<http://proxy.hacibayram.edu.tr:2084/login.aspx?direct=true&db=edsbl&AN=RN092889853&lang=tr&site=eds-live> adresinden alınmıştır.

Newhouse, J. P. (1992). Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?. *Journal of Economic Perspectiv*, 6(3), 3-21.

<https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/jep.6.3.3> adresinden alınmıştır.

Notara, V., Koulouridis, K., Violatzis, A. ve Vagka, E. (2013). Economic Crisis and Health. the Role of Health Care Professionals. *Health Science Journal*, 7(2). <https://www.hsj.gr/archive/iphsj-volume-7-issue-2-year-2013.html> adresinden alınmıştır.

OECD (2015). Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD. <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2015.pdf> adresinden alınmıştır.

OECD, "Health spending", <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> adresinden 09.03.2020 tarihinde alınmıştır.

OECD, (2001). "OECD Economic Surveys 2000-2001 – Turkey", <http://www.oecd.org/turkey/1886247.pdf> adresinden alınmıştır.

Oktar, S. ve Yüksel, S. (2015). 1998 Yılında Rusya’da Yaşanan Bankacılık Krizi ve Öncü Göstergeleri, *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 37(2), 327-340. doi: 10.14780/iibd.51360

Olsson, E.-K. (2010). Defining Crisis News Events. *Nordicom Review*, 31(1), 87-101. doi: 10.1515/nor-2017-0122

Orhan, A. (2013). *Kara Perşembe’den Mortgage Krizine*. (1. Baskı). Kocaeli: Umuttepe Yayınları.

Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gaziticaretturizm/issue/49897/639575> adresinden alınmıştır.

Ortaç, R. (2001). 2000 ve 2001 Yılı Krizi Çerçevesinde 2002 Yılı Bütçesinin Maliye Politikası Hedefleri ve Analizi [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 832-838.

Oxford Dictionary (2019). “Oxford Learner’s Dictionaries”, https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/crisis_1?q=crisis, adresinden 05.10.2019_tarihinde alınmıştır.

Ökde, B. ve Bülbül, D. (2019). Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: G7 Ülkeleri İçin Panel Veri Analizi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(69), 308-317. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/esosder/issue/40918/441015>

Öner, C. (2020). “Inflation: Prices on the Rise”. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/basics/inflat.htm> adresinden 24.04.2020 tarihinde alınmıştır.

Öz, S. (2010). Kriz Ve İşsizlik: Başarı Örnekleri Ve Çözüm Önerileri. *TÜSİAD-Koç University Economic Research Forum Working Paper Series*, Working Paper 1024, İstanbul. <https://core.ac.uk/download/pdf/6504371.pdf> adresinden alınmıştır.

Özatay, F. (2010). *Finansal Krizler ve Türkiye*. (2.Baskı). İstanbul: Doğan Kitap.

Özgüven, A. (2001). İktisadi Krizler [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 56-63.

Özkök, İ. ve Yıldırım, M. (2017). Mali Kriz Dönemlerinde Kamu Borç Göstergeleri Üzerinden Mali Sürdürülebilirliğin Görünümü: Gelişen Ülke Ekonomilerde Kamu Borçlanmasının Değerlendirilmesi (2000-2015). *Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 81-97. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/792840> adresinden alınmıştır.

Öztekin, Z. (2004). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*. Ankara: Palme Yayıncılık.

Öztürk, S. ve Saygın, S. (2017). 1973 Petrol Krizinin Ekonomiye Etkileri ve Stagflasyon Olgusu. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(12), 1-12. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bsbd/issue/30965/321847> adresinden alınmıştır.

Öztürk, S. ve Uçan, O. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış – Büyüme İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(1), 139-152. <http://iibfdergi.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/352/files/yil-2017-cilt-22-sayi-1-yazi12-31012017.pdf> adresinden alınmıştır.

Palamut, M. E. ve Giray, F. (2001). Cumhuriyetten Günümüze Yaşanan Mali Krizler ve Uygulanan Politikalar [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 20-34.

Parasız, İ. (1998). *Türkiye Ekonomisi: 1923’den Günümüze Türkiye’de İktisat ve İstikrar Politikaları Uygulamaları*. (1. Baskı). Bursa: Ezgi Kitabevi.

Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Fotiou, A., Tsiara, C., Paraskeva, D., Sypsa, V., Lazanas, M., Gargalianos, P., Psychogiou, M., Skoutelis, A., Wiessing, L., Friedman, SR., Jarlais, DC., Terzidou, M., Kremastinou, J., Malliori, M. ve Hatzakis, A. (2013). Economic Recession and Emergence of an HIV-1 Outbreak among Drug Injectors in Athens Metropolitan Area: A Longitudinal Study. *PLoS ONE*, 8(11), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0078941

Pehlivan, O. (2013). *Kamu Maliyesi*. (4. Baskı). Trabzon: Murathan Yayınevi.

Portes, R. (1999). An Analysis of Financial Crisis: Lessons for the International Financial System. *London Business School and Centre for Economic Policy Research*, 471-478. https://proxy.hacibayram.edu.tr:2073/chapter/10.1007/978-1-4615-5155-3_43 adresinden alınmıştır.

Preston, S. H. (1975). The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. *Population Studies*, 29(2), 231-248. doi:10.2307/2173509

Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E. ve McDaid, D. (2013). Austerity and Health in Europe. *Health Policy*, 113(1-2), 13-19. doi:10.1016/j.healthpol.2013.09.005

Ramesh, M. (2009). Economic Crisis and Its Social Impacts: Lessons from The 1997 Asian Economic Crisis. *Global Social Policy*, 9(suppl.), 79-99. doi:10.1177/1468018109106886

Reichert, U. N. ve Cebula, R. J. (1999). A Note on Health Care Inflation. *Journal of Economics and Finance*, 23(3), 193-198. doi:10.1007/bf02757704

Resmi Gazete. (1961). 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. R.G Sayısı: 10705, R.G. Tarihi: 12.01.1961. <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.4.224&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=4&No=224> adresinden alınmıştır.

Rosier, B. (1991). *İktisadi Kriz Kuramları*. Nurhan Yentürk (Çev.). İstanbul: İletişim Yayınları.

Sabancı, S. (2001). Ekonomik Kriz ve Sonrası [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 524-530.

Sachs, J. D. (1996). Alternative Approaches to Financial Crises in Emerging Markets. *Revista de Economia Política*, 16(62), 40-52. http://www.rep.org.br/issue_detail.asp?cod=675 adresinden alınmıştır.

Sargutan, A. E. (2005a). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/7558/99351> adresinden alınmıştır.

Sargutan, A. E. (2005b). _Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 430-457. <https://dergipark.org.tr/pub/hacettepesid/issue/7558/99352> adresinden alınmıştır.

Sau, R. (1982). Economic Crisis and Economic Theory. *Economic and Political Weekly*, 17(14/16), 573-588. <http://proxy.hacibayram.edu.tr:2103/stable/4370833> adresinden alınmıştır.

Sayım, F. (2017). Türkiye’de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(15), 13-30. doi: 10.17828/yalovasosbil.372747

Schneider, P. (2009). *Mitigating the Impact of the Economic Crisis on Public Sector Health Spending (English)*. Europe and Central Asia Knowledge Brief, 8, Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/249931468256159757/Mitigating-the-impact-of-the-economic-crisis-on-public-sector-health-spending> adresinden alınmıştır.

Sevim, İ. (2013). Global Financial Crisis and Its Effects on Turkey. Post-Graduate Project https://www.researchgate.net/publication/332370281_GLOBAL_FINANCIAL_CRISIS_AND_ITS_EFFECTS_ON_TURKEY adresinden alınmıştır.

Smith, J. P. (1999). Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation Between Health and Economic Status. *Journal of Economic Perspectives*, 13(2), 145-166. <https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/jep.13.2.145> adresinden alınmıştır.

Somyürek, H. İ. (2003). *Sağlığı Koruma Bilgisi*. Ankara: Palme Yayıncılık.

Şahin Erdil, B. (2012). Türkiye’de Dış Borç Sorunu ve Avrupa Borç Krizi’nin Etkileri. *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 45-54. <http://static.dergipark.org.tr/article-download/imported/5000145217/5000132556.pdf?> adresinden alınmıştır.

Şahin, H. (2000). *Türkiye Ekonomisi*. (6.Baskı). Bursa: Ezgi Kitabevi.

Şanlı, O. (2019). Seçilmiş Ekonomik Göstergelerin Dış Borç Stoku Üzerine Etkileri: Türkiye Üzerine Bir Nedensellik Analizi. *III Uluslararası EUREFE Kongresi*, 1-3 Kasım 2019, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, 122-141. https://www.researchgate.net/publication/339312961_SECILMIS_EKONOMIK_GOSTERGELERIN_DIS_BORC_STOKU_UZERINE_ETKILERI_TURKIYE_UZERINE_BIR_NEDENSELLIK_ANALIZI Impacts of Selected economic Indicators on External Debt Stock A Granger Causality Analysis on T adresinden alınmıştır.

Şeker, M. (2006). Dış Borçlanmaya Teorik Bir Bakış ve Dış Borçların Ekonomik Etkileri. *Sosyoekonomi*, 3(3), 73-92. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sosyoekonomi/issue/21063> adresinden alınmıştır.

Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 25-30. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/484.pdf> adresinden alınmıştır.

T.C. Anayasası (1982). R.G Sayısı: 17863 (Mükerrer), R.G. Tarihi: 09.11.1982. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf> adresinden alınmıştır.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, DPT (1999). *Deprem Ekonomik ve Sosyal Etkileri Muhtemel Finansman İhtiyacı Kısa-Orta ve Uzun Vadede Alınabilecek Tedbirler*. Ankara: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. http://www.spo.org.tr/resimler/ekler/aa1883c6411f787_ek.pdf?tipi=58&turu=X&sube=0 adresinden alınmıştır.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, DPT (2003) "*Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2003*", <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/GenelEkonomikHedeflerveYatirimlar2003.pdf> adresinden 09.02.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, DPT (2005) "*Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2006*", <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/GenelEkonomikHedeflerveYatirimlar2006.pdf> adresinden 09.02.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, DPT (2004) "*Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2005*", <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/GenelEkonomikHedeflerveYatirimlar2005.pdf> adresinden 09.02.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, DPT (2010) "*Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2011*", <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/GenelEkonomikHedeflerveYatirimlar2011.pdf> adresinden 29.02.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. "*Dış Borç Göstergeleri*", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021488947-36394c03-3282> adresinden 11.04.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. "*İstihdam Göstergeleri*", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> adresinden 08.02.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. "Konsolide Bütçe Dengesi (GSYH'ya oran)", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540022258789-43a5759e-f454> adresinden 11.04.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı. (1999). "IMF-Niyet Mektubu-Türkiye" <https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2018/11/IMF-ile-yap%C4%B1lan-Stand-By-D%C3%BCzenlemesine-%C4%B0li%C5%9Fkin-09.12.1999-Tarihli-Niyet-Mektubu.pdf> adresinden alınmıştır.

T.C. Merkez Bankası, TCMB (2006). "Enflasyon Raporu 2006-I". <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/1b44b411-d10a-466c-b202-16b148645fb0/enf-ocak2006.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-1b44b411-d10a-466c-b202-16b148645fb0-m3fBaIY> adresinden 29.04.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Merkez Bankası, TCMB (2009). "Enflasyon Raporu 2009-IV". <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/19df4e3a-5eed-4a9e-a4e1-26d5dd85ef53/enf-ekim2009.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-19df4e3a-5eed-4a9e-a4e1-26d5dd85ef53-m3fBaLy> adresinden 29.04.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Merkez Bankası, TCMB (2013). "Enflasyon ve Fiyat İstikrarı". https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/06084069-3751-44a3-ba98-fc5a65b908ba/Enflasyon_FiyatIstikrari.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-06084069-3751-44a3-ba98-fc5a65b908ba-m5lk8Dx adresinden 29.04.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Merkez Bankası, TCMB "Kurlar", <https://evds2.tcmb.gov.tr/> adresinden 11.01.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Merkez Bankası, TCMB "TCMB Rezervi", <https://evds2.tcmb.gov.tr/>, adresinden 18.01.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2019/10 Genelge, sayı: 54567092/045/, tarih: 31/05/2019. <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,55587/201910-saglik-hizmeti-sunucularinin-basamaklandirilmesi-hakkinda-genelge.html> adresinden 20.06.2020 tarihinde alınmıştır.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> tarihinde 16.02.2020 tarihinde alınmıştır.

Takım, A. (2011). Küresel Krizin Türkiye'de Finansal Kesim Üzerindeki Etkileri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(35), 337-352. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/esosder/issue/6149/82583> adresinden alınmıştır.

The World Bank. “GDP Per Capita (Current US\$)” . <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=TR> adresinden 30.04.2020 tarihinde alınmıştır.

Togan, S. (2001). Kasım ve Şubat Krizleri Üzerine [Ekonomik Kriz Özel Sayısı I]. *Yeni Türkiye*, 1(41), 511-517.

Tong, H. ve Wei, S. (2008). Real Effects of the Subprime Mortgage Crisis: Is It a Demand or a Finance Shock?, *IMF Working Paper*, Report no. 08/186. International Monetary Fund. <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2016/12/31/Real-Effects-of-the-Subprime-Mortgage-Crisis-Is-it-a-Demand-or-a-Finance-Shock-22130> adresinden alınmıştır.

Toraman, A. (2018). Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinin Kalite Açısından Değerlendirilmesi. Koç, Ö. E. (Ed.). *Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Özel Kesim Uygulamaları* (299-320). Bursa: Ekin Yayınevi.

Töre, A. (2001). Krizler ve Türk Çalışma Hayatı [Ekonomik Kriz Özel Sayısı II]. *Yeni Türkiye*, 2(42), 1148-1162.

Tunalı, H. (2008). Mortgage Sistemi: Temelleri, Gelişimi ve Krizi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 58(1), 99-124. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iuifm/issue/800/8718> adresinden alınmıştır.

Turan, N. (2004). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*. (No. 182). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları.

Turan, Z. (2005). Türkiye Ekonomisinde Kasım 2000 – Şubat 2001 Krizleri. *TÜHİS*, 19(5), 1-18. <https://www.tuhis.org.tr/index.php?go=sayfa&pageId=dergidetay&id=544> adresinden alınmıştır.

TÜİK, “Sağlık Harcamaları İstatistikleri”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 adresinden 08.03.2020 tarihinde alınmıştır.

TÜİK, “Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE)”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1014 adresinden 10.01.2020 tarihinde alınmıştır.

Türk Dil Kurumu, TDK (2019), <http://tdk.gov.tr/>, adresinden 21.09.2019 tarihinde alınmıştır.

Türk Dil Kurumu, TDK (2020), <http://tdk.gov.tr/>, adresinden 14.01.2020 tarihinde alınmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "Kamu Kesimi Genel Dengesi (1990-2019)" <http://www.sbb.gov.tr/kamu-kesimi-genel-dengesi/> (29.02.2020)

Uçuk, O. (2019). *Asimetrik Enformasyon Altında Piyasa Davranışları: Etik Hatırlatıcılar Üzerine DeneySEL Bir Çalışma*. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden alınmıştır.

Ulusoy, A. ve Küçükkale, Y. (1996). Türkiye’de Dış borçların İktisadi Büyüme ve Enflasyon Üzerine Etkisi: Granger Nedensellik Testi. *Ekonomik Yaklaşım*, 7(21), 13-25. <http://www.ekonomikyaklasim.org/index.php?iid=1996-7-21.000&&jid=94&lng=> adresinden alınmıştır.

Urhan, C. (2018). “Teknoloji Şirketlerinin Yeni Gözdesi Sağlık Hizmetleri”. <http://www.tskb.com.tr/web/333-3479-1-1/tskb-site-tr/tr-blog/tr-blog-yazilar/teknoloji-sirketlerinin-yeni-gozdesi-saglik-hizmetleri> adresinden alınmıştır.

Uygur, E. (2001). *Krizden Krize Türkiye: 2000 Kasım ve 2001 Şubat Krizleri*. Ankara: Türkiye Ekonomi Kurumu Tartışma Metni, <http://www.tek.org.tr/dosyalar/KRIZ-2000-20013.pdf> adresinden alınmıştır.

Ünsal, H. ve Atabey Ertürk, S. (2016). Türkiye’de Acil Durum ve Doğal Afetlerde Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(4), 1397-1414. <http://iibfdergi.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/352/files/yil-2016-cilt-21-sayi-4-yazi15-03012017.pdf> adresinden alınmıştır.

Ünsal, H. ve Durucan, A. (2017). Kriz Ortamında Büyümenin Sağlanmasına İlişkin Yeni Bir Politika Önerisi: Mali Alan Uygulamaları ve Değerlendirilmesi. 28. *Türkiye Maliye Sempozyumu*, Antalya, 22-26 Mayıs, 62-83. <http://www.maliyesempozyumu.org/28-maliye-sempozyumu/> adresinden alınmıştır.

Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T. ve Avendano, M. (2013). Have Health Trends Worsened in Greece as a Result of the Financial Crisis? A Quasi-Experimental Approach. *European Journal of Public Health*, 23(5), 727–731. doi:10.1093/eurpub/ckt020

Virts, J. R. ve Wilson, G. W. (1984). Inflation and Health Care Prices. *Health Affairs*, 3(1), 88-100. doi:10.1377/hlthaff.3.1.88

Wanberg, C. R. (2012). The Individual Experience of Unemployment. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 369–396. doi:10.1146/annurev-psych-120710-100500

Wang, F. (2015). More Health Expenditure, Better Economic Performance? Empirical Evidence From OECD Countries. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 1-5. doi:10.1177/0046958015602666

Watkins, S. J. (1992). Unemployment and Health. *World Health*, 18-19. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/49390/WH_11-12_1992_p18-19_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden alınmıştır.

Williams, C., Gilbert, B. J., Zeltner, T., Watkins, J., Atun, R. ve Maruthappu, M. (2016). Effects of Economic Crises on Population Health Outcomes in Latin America, 1981–2010: an Ecological Study. *BMJ Open*, 6(1), e007546. doi:10.1136/bmjopen-2014-007546

Witter, S. (2002). *Health financing in developing and transitional countries*. United Kingdom: Centre for Health Economics University of York. <https://www.semanticscholar.org/paper/Health-financing-in-developing-and-transitional-Witter/6449660f8290d595762774295b9f3a365b8480d2> adresinden alınmıştır.

World Health Organization, WHO (2014). *Basic Documents* (48. Baskı). Italy: World Health Organization. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7> adresinden alınmıştır.

Yalçın, A. Z. ve Çakmak, F. (2016). Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(4), 705-723. <http://static.dergipark.org.tr:8080/article-download/9e65/5693/2d58/imp-322121-0.pdf?> adresinden alınmıştır.

Yamaç Özata, S. (2016). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden alınmıştır.

Yaprak, Ş. (2009). Ekonomik Krizlerin İstihdama Yansıması. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 1(2), 41-54. <http://static.dergipark.org.tr:8080/article-download/imported/5000145099/5000132440.pdf?> adresinden alınmıştır.

Yıldırım, K., Karaman, D. ve Taşdemir, M. (2014). *Makro Ekonomi*. (14. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldırım, O. (2003). *Kura Dayalı İstikrar Politikası: Teori ve Ülke Uygulamaları*. Ankara: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı.

Yıldız, Z. ve Durgun, A. (2010). 2008 Küresel Ekonomik Krizi ve Turizm Sektörü Üzerine Etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2(1), 1-15. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/vizyoner/issue/23023/246173> adresinden alınmıştır.

Yılmaz, B. E. (2005). Enflasyon Hedeflemesi ve Türkiye'de Enflasyon Hedeflemesine Geçiş Bağlamında Kamu Dinamikleri Baskısı. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, (32), 81-109. <http://dergipark.org.tr/tr/pub/iusiyasal/issue/604/6088> adresinden alınmıştır.

Yılmaz, D. (2008). *Küresel Mali Kriz ve Türkiye Ekonomisine Etkileri: Nasıl Başladı, Hangi Aşamadayız?*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası, https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/54b9c0b1-2ebf-493c-9280-fee0fcd6fbcb/TEK_27Aralik2008.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-54b9c0b1-2ebf-493c-9280-fee0fcd6fbcb-m3fC4Ge adresinden alınmıştır.

Yılmaz, H. H., Çoban, K., Çoban, H. M. ve Peker, M. U. (2018). Effects of the 2008 Global Crisis on the Older Population in Turkey. *Proceedings of MAC 2018 in Prague*, Czech Technical University, Mayıs 25-27, Prague, 34-43. https://rke.abertay.ac.uk/ws/portalfiles/portal/15089829/ProceedingsOfMAC2018InPrague_Published_2018.pdf adresinden alınmıştır.

Yücel, F. ve Kalyoncu, H. (2010). Finansal Krizlerin Öncü Göstergeleri ve Ülke Ekonomilerini Etkileme Kanalları: Türkiye Örneği. *Maliye Dergisi*, (159), 53-69.

Yükseler, Z. (2000). 2000-2002 Yıllarında Türkiye Ekonomisi: Sorunlar, Makroekonomik Politikalar ve Beklentiler. *İktisat İşletme ve Finans Dergisi*, 15(166), 10-16. doi: 10.3848/iif.2000.166.0784

Zabcı, F. C. (2003). Sosyal Riski Azaltma Projesi: Yoksulluğu Azaltmak mı, Zengini Yoksuldan Korumak mı?. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 58(1), 215-239. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ausbf/issue/3097/42869> adresinden alınmıştır.

Zheng, Y., Huang, Z. ve Jiang, T. (2020). Will the Economic Recession Inhibit the Out-of-Pocket Payment Willingness for Health Care?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1-16. doi:10.3390/ijerph17030713

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : BÜLBÜL, Fatma
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri :
Medeni hali :
Telefon :
e-mail :

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi / Lisansüstü Eğitim Enstitüsü / Maliye	Devam ediyor
Lisans	Gaziosmanpaşa Üniversitesi / İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Maliye	2017
Lise	Kılıçaslan Lisesi	2013

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2019 – devam ediyor	Avrasya Üniversitesi	Akademisyen (Arş. Gör.)

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Bülbül, F. (2019). Türkiye’de Gelir Dağılımının Toplumsal Cinsiyet Bağlamında İncelenmesi. *Legal Mali Hukuk Dergisi*, 15(174), 1289–1310.

Bülbül, F. (2019). Türkiye’de Transfer Harcamalarının Analizi 1980 2018. *Legal Mali Hukuk Dergisi*, 15(174), 1273–1288.





le.ahbv.edu.tr