

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**SAĞLIK HARCAMALARI İLE MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERİN
TOPSİS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ TÜRKİYE VE
SEÇİLMİŞ ÜLKELER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilber KUZUGÜDEN

**İşletme Ana Bilim Dalı
İşletme Yönetimi Programı**

ŞUBAT, 2022

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**SAĞLIK HARCAMALARI İLE MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERİN
TOPSİS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ TÜRKİYE VE
SEÇİLMİŞ ÜLKELER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilber KUZUGÜDEN

(Y1912.040003)

**İşletme Ana Bilim Dalı
İşletme Yönetimi Programı**

Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Özge DEMİRKALE

ŞUBAT, 2022

ONAYFORMU



ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Harcamaları İle Makroekonomik Göstergelerin TOPSIS Yöntemi İle Değerlendirilmesi: Türkiye ve Seçilmiş Ülkeler” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’ da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (.../.../20..)

Dilber KUZUGÜDEN

ÖNSÖZ

Tez sürecimde ilgisini esirgemeyen, her konuda fazlasıyla yardımcı olan, bilgi ve tecrübesiyle çalışmamı şekillendiren ve yönlendiren sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Özge Demirkale'ye tüm içtenliğimle teşekkürü bir borç bilirim. Benimle her an ilgilenen, tez sürecimde manevi desteğini esirgemeyen, emeklerini ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen çok değerli arkadaşım Merve YOSUNKAYA'ya yanımda olduğu için teşekkür ederim. Her daim yanımda olan en büyük destekçilerim canım aileme minnetlerimim ve teşekkürlerimi sunuyor ve bu tezi onlara ithaf ediyorum.

Şubat, 2022

Dilber KUZUGÜDEN

SAĞLIK HARCAMALARI İLE MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERİN TOPSİS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE VE SEÇİLMİŞ ÜLKELER

ÖZET

Sağlığı etkileyen en temel unsurlar sağlık sistemleri ve özellikleri olarak bilinmektedir. Sağlık durumlarının ve sağlık sistemleri performanslarının ölçülebilmesi için bunun yanında ülkeler arası sağlık durumu ve sağlık performansı kıyaslaması yapılabilmesi için sağlık göstergeleri kullanılmaktadır. Çalışmanın amacı kırılğan beşli gurundaki ülkelerin sağlık göstergeleri verileri kullanarak en iyi performanstan en kötü performansa göre sıralanmasıdır ve bu sıralamada Türkiye'nin yerini bulmaktır. Buna göre de bahsi geçen ülkelerin durumuna göre karar vericilere yol göstermektir. Bu çalışma, kırılğan beşli grubunda yer alan ülkelerin, 2015-2019 yılları arasında sağlık göstergelerinden yararlanılarak yapılan sıralamayı kapsamakta olup TOPSIS yani Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution yöntemi ile oluşturulmuştur. Problemin incelenmesi sırasında yararlanılacak sağlık göstergeleri, değerlendirme ölçütleri olarak kabul edilmiş ve karar sorununu olumlu şekilde temsil edebilecek düzeyde ve bu ülkeler içerisinde göstergeleri meydana çıkarabilecek kapsamdaki verilerden üretilmiştir. Kişi başı düşen sağlık harcaması (ABD doları), doğurganlık oranı, bebek ölüm hızı (Ölümler/1000 canlı doğum), bin kişiye düşen yatak sayısı, bin kişiye düşen hemşire sayısı, bin kişiye düşen doktor sayısı, doğuşta beklenen yaşam süresi ve 65 yaşında yaşam beklentisi gibi değişkenler bu çalışmada sağlık göstergeleri olarak ele alınmış ve incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda değerlendirilen sağlık göstergeleri kapsamında kırılğan beşli gurubunda yer alan ülkelerin sıralanması şu şekilde olmuştur: Brezilya, Türkiye, Güney Afrika, Hindistan ve Endonezya'dır. Yapılan çalışmanın belirtilen ülkelerin sağlık politikaları ve stratejilerinin planlanıp hayata geçirilebilmesi açısından sürece olumlu anlamda katkı sağlaması ön görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Göstergeleri, Sağlık Harcamaları, TOPSIS

EVALUATION OF HEALTH EXPENDITURES AND MACROECONOMIC INDICATORS BY TOPSIS METHOD: TURKEY AND SELECTED COUNTRIES

ABSTRACT

The most fundamental factors affecting health are known as health systems and features. Health indicators are used to measure health conditions and health systems performance, as well as to compare health and health performance between countries. The purpose of the study is to use data to sort health indicators from countries of the fragile five groups from best performance to worst performance and to find Turkey's place in this order. In this respect, it is to guide decision makers based on the situation of the countries mentioned. This study covers the ranking of countries in the brittle five group, taking advantage of health indicators between 2015-2019 and was created by the TOPSIS, Technique for order Preference by Similarity to ideal solution method. The health indicators to be used during the investigation of the problem are considered assessment criteria and are manufactured from data that can positively represent the decision issue and can generate indicators within these countries. Variables such as health expenditure per person (USD), fertility rate, infant mortality rate (deaths/1000 live births), number of beds per thousand, number of nurses per thousand, number of doctors per thousand, expected life expectancy in the birth and life expectancy at the age of 65 were considered and examined as health indicators in this study. As a result of this study, the list of countries in the fragile five groups as part of the health indicators was as follows: Brazil, Turkey, South Africa, India and Indonesia. The work is intended to contribute positively to the process in order to plan and implement the health policies and strategies of the specified countries.

Keywords: Health, Health Indicators, Health Spending, TOPSIS

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
I. GİRİŞ.....	1
II. SAĞLIK SEKTÖRÜNE KAVRAMSAL BAKIŞ.....	3
A. Sağlık Kavramı	3
B. Sağlık Hizmetleri Kavramı	4
C. Sağlık Hizmetlerinin sınıflandırılması.....	6
1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	9
4. Geliştirici Sağlık Hizmetleri	10
D. Finansman Açısından Sınıflandırma	11
1. Gönüllü Sigorta Sistemi.....	11
2. Sosyal Sağlık Sistemi.....	11
3. Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi	12

E. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	12
F. Sağlık Ekonomisi.....	20
1. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Ekonomisinin Gelişimi.....	23
2. Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ekonomik Analiz Yöntemleri.....	26
3. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep Analizi.....	28
a. Sağlık Ekonomisinde Talep Analizi.....	30
b. Sağlık Ekonomisinde Arz Analizi	31
G. Sağlık Hizmetlerinde Devletin Rolü.....	32
1. Sağlık ve Devlet.....	32
2. Sağlık Alanına Devletin Müdahale Nedenleri	34
III. SAĞLIK HARCAMALARI VE GÖSTERGELERİ	38
A. Cari Sağlık Harcamaları	40
B. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	42
1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi.....	43
2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi	44
3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi.....	44
4. Teknolojik Gelişmeler	45
5. Şehirleşme.....	45
6. Yaşam Süresinin Uzaması	46
7. Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler	46
C. Türkiye ve Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Uygulanan Sağlık Sistemleri ...	47
1. Türkiye’de Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış	47
a. 1920-1937 Dönemi	47
b. 1938-1960 Dönemi	47
c. 1960 - 1980 Dönemi	48

d. 1980’li Yıllardan Günümüze	48
2. OECD’ ye Üye Ülkelerin Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış	49
D. Sağlık Düzeyi Ölçümünde Kullanılan Sağlık Göstergeleri	51
1. Kişi Başı Düşen Sağlık Harcaması	51
2. Bebek Ölüm Hızı (Ölümler/1000 canlı doğum)	52
3. Anne Ölüm Hızı (100.000 canlı doğum başına)	53
4. Bin (1000) Kişiye Düşen Yatak Sayısı	53
5. Bin (1000) Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	54
6. Bin (1000) Kişiye Düşen Doktor Sayısı	56
7. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	57
8. 65 Yaşında Yaşam Beklentisi	58
IV. SAĞLIK HARCAMALARI İLE MAKROEKONOMİK FAKTÖRLERİN TOPSIS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE VE SEÇİLMİŞ ÜLKELER	60
A. Amaç ve Önem	60
B. Çalışmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları.....	60
C. Literatür	61
D. Veri ve Yöntem.....	68
1. Veri	68
2. Yöntem.....	69
E. Bulgular	76
V. SONUÇ	79
VI. KAYNAKÇA	82
ÖZGEÇMİŞ.....	94

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
AHS	: Analitik Hiyerarşı Süreci
ÇKKV	: Çok Kriterli Karar Verme
GYSİH	: Gayrisafı Yurt İçi Hasıla
İMF	: Uluslararası Para Fonu
OECD	: İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TOPSIS	: İdeal Çözüme Benzerlik Bakımından Sıralama Performansı Tekniği
VZA	: Veri Zarflama Analizi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	7
Çizelge 2. Kişi Başına Sağlık Harcamaları (2019, USD).....	51
Çizelge 3. Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki Payı (2018, %)	52
Çizelge 4. Her 1.000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Oranları (2019)	52
Çizelge 5. Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (2019).....	57
Çizelge 6. 2017 yılı 65 yaş nüfus dağılımı	59
Çizelge 7. Karar Matrisi (2015).....	70
Çizelge 8. Normalleştirilmiş Karar Matrisi (2015)	71
Çizelge 9. Ağırlıklı Normalleştirilmiş Karar Matrisi (2015).....	72
Çizelge 10. Pozitif İdeal Çözüm S_i^+ (2015)	73
Çizelge 11. Negatif İdeal Çözüm S_i^- (2015).....	73
Çizelge 12. Pozitif İdeal ve Olumsuz İdeal Çözümlerden ve İdeal Çözüme Göreceli Yakınlıktan Uzaklıklar (2015)	74
Çizelge 13. Sıralama Sonuçları (2015-2019)	77

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.	Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%).....	40
Şekil 2.	1000 Kişi Başına Düşen Hasta Yatağı Sayısı.....	54
Şekil 3.	1000 Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı.....	55
Şekil 4.	1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı	56
Şekil 5.	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	58
Şekil 6.	2015 Sıralama Sonuçları	74
Şekil 7.	2016 Sıralama Sonuçları	74
Şekil 8.	2017 Sıralama Sonuçları	75
Şekil 9.	2018 Sıralama Sonuçları	75
Şekil 10.	2019 Sıralama Sonuçları	76
Şekil 11.	Ülkelerin Sağlık Göstergeleri Açısından Sıralaması (2015-2019).....	78

I. GİRİŞ

Toplumların sağlığı içinde bulundukları ÷lkelerin sağlık sistemlerinin durumu ile doğru orantılıdır. Sağlık sisteminin gelişimine büyük ölçüde katkı sağlayan sağlık göstergelerini saptamak bu sebeple oldukça önem arz etmektedir. Devletlerin kalkınma ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde ve sağlık politikalarının oluşturulması sürecinde kullanılan en önemli veriler sağlık göstergeleridir. Sağlık göstergeleri ÷lkelerin sağlık alanındaki başarısını veya başarısızlığını ortaya koyan temel kriterlerdir. ÷lkeler sağlık sistemlerini karşılaştırırken sağlık göstergelerini dayanak alırlar. Bu karşılaştırmalar sonucunda yapılan incelemeler ve yorumlamalar, ÷lkelerin sağlık alanıyla ilgili politika belirleyicilerine ve karar alıcılara ön ayak olmaktadır. Sağlık göstergeleri OECD'ye göre 5 ana sınıfa ayrılmaktadır. Bunlar, sağlık kaynakları, sağlık durumları, sağlık hizmeti kullanımı, sağlık ekipmanları ve sağlık riskleridir. (OECD, 2019). Bu değişkenlerin tümü ya da bir kısmı ile yapılan çalışmalar sonucunda hem şehir hem bölge ve hem de ÷lke düzeyinde sağlık durumu ve sağlık performansı ile ilgili bilgi sahibi olunması mümkündür.

Karar verme, var olan alternatifler arasında en iyi alternatifi belirleme aşamasıdır. Çok kriterli karar verme, karar vermenin bilinen en iyi yöntemidir. Ortada birden fazla karar ölçütünün bulunduğu zamanlarda karar sorunlarını göz önünde bulundurmaktadır. Çok kriterli karar verme yöntemlerinden en çok kullanılanı ve literatürde de sıklıkla bulunanı TOPSIS yöntemidir. Bu yöntemde pozitif-ideal çözümünden en yakın mesafe ve negatif-ideal çözümünden en uzak mesafe hesaplanarak sonuç bulunmaktadır. TOPSIS yönteminde öklid uzaklık yaklaşımı, ideal çözüm alternatiflerinin görelisi olarak yakınlığını incelemek ve değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bunun sonucunda alternatiflerin tercih sırası, bu görelisi mesafeler kıyaslanarak elde edilmektedir (Triantaphyllou, 1998, s. 175-186).

Bu çalışmada TOPSIS yöntemi kullanılarak seçilmiş içinde Türkiye'nin de bulunduğu kırılğan beşli grubunda yer alan ÷lkelerin sağlık göstergeleri

kapsamında sıralamaları ortaya çıkarılmıştır. DSÖ tarafından temel sağlık göstergeleri olarak görülen kişi başi düşen sağlık harcaması (ABD doları), doğurganlık oranı, bebek ölüm hızı (lmler/1000 canlı doğum), bin kişiye düşen yatak sayısı, bin kişiye düşen hemşire sayısı, bin kişiye düşen doktor sayısı, doğuşta beklenen yaşam süresi ve 65 yaşında yaşam beklentisi gibi veriler çalışmanın değişkenleri olarak TOPSIS yönteminde değerlendirme kriterleri olarak kullanılmıştır. 2015-2019 yılları arası kırılğan beşli grubunda yer alan ülkelerin sağlık göstergeleri çalışmanın analizine dahil edilmiştir.

Çalışmada ilk olarak benzer konularla ilgili geçmişte yapılmış ve yararlanılan literatür çalışmalarına yer verilmiştir. Literatür taraması sonrası ise analizin yöntemi anlatılıp çıktılar değerlendirilerek çalışma sonlandırılmıştır.

II. SAĞLIK SEKTÖRÜNE KAVRAMSAL BAKIŞ

A. Sağlık Kavramı

Kişinin sağlık durumu öncelikle doğumu ile başlayıp hayatı sonlanana kadar geçen sürede farklı birçok faktörlerden etkilenir. Bu etkenlerden en önde gelenler kişinin kendi fiziksel özellikleri, psikolojik durumu ve kişinin çevresidir. Bireyin doğumu ile birlikte başlayan ergenlik sürecini de geçirdikten sonra fiziksel gelişimi en üst seviyeye ulaşır. Bu süreçten sonra kişinin yaşı daha da ilerlediğinde fiziksel gelişimi gerilemeye başlar ve buna istinaden aynı doğrultuda zihinsel gelişimi de gerileme sürecine girer. Kişi ne kadar sağlıklı olursa gerileme süreci o kadar yavaş olur. Yani sağlıklı bir bedensel yapı akabinde zihinsel gerilemeyi de paralel olarak yavaşlatmaktadır (Kavuncubaşı Ş. , 2000, s. 19-21).

Toplumlar, ortaya çıktığı andan itibaren hayatta kalabilmek için sürekli savaş halinde olmuşlardır. Bu savaşların tümünün ortak amacı hayatta kalabilmektir ve bunu başarabilen toplumların diğer amacı ise sağlıklı bir şekilde hayatlarını devam ettirebilmektir. Günlük yaşamımızın temel kaynağı sağlıktır. “Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuz diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur” (Witter , 2002, s. 1:4). Bu nedendir ki sağlık hayatımızın tartışılmaz bir kavramıdır. Sağlık herkes için vazgeçilemeyecek bir servettir. (WHO, 1981, s. 19)

Sağlık aynı zamandan tanımlanması güç bir kavramdır. İnsanlara ve hekimlere göre farklı tanımlansa da aslında ortak bir noktaya vurgu yapılır. Kişiler için sağlık hasta olmama hali iken hekimler için basit bir yakınma, ufak bir normalden sapma halini hastalık olarak kabul etmektedirler. (Öztek, 2001, s. 1:17). İki tarafta sağlık kavramını hasta olmama durumu olarak ele almaktadır. Yani çıkarılan sonuç hasta olmayan bireylerin sağlıklı olduğudur. Biraz daha geniş açıdan bakılırsa sadece hasta olup olmama durumundan ziyade kişinin hastalıklardan kendisini koruması, hastalık halinin giderilmesi, hastayken bile

konforlu bir şekilde hastalığı geçirmek gibi durumları sağlığın temel basamakları olarak görebiliriz. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında yapmış olduğu tanım şu şekildedir, “sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması hali değil, aynı zamanda beden, ruh ve sosyal yönden de tam bir iyilik durumudur”. (WHO, 1981, s. 19)

Sağlık, insanların sosyal ve ekonomik refahları açısından da çok önemlidir. Toplumı oluşturan bireyler ne kadar sağlıklı olursa beşeri sermaye ve verimlilikte paralel şekilde artar. Aynı zamanda toplumun sağlıklı olması ülkenin olumlu yönde kalkınmasında da büyük rol oynar. Yani sağlıklı olmak kişinin mutluluğu için en önemli etkidir denilebilir.

Son yıllarda sağlıklı olmak kadar, var olan sağlığımızı da sürdürebilmek ve geliştirebilmek çokça önem kazanmıştır. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesinin tek aktörü sağlık sektörü değildir. Çünkü bir toplumun sağlık durumu sosyal ve ekonomik çevrelerle olan ilişkisine de bağlıdır. Burada sosyolojik çevrelerin görevi kişilerin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek biyolojik ve fiziksel çevre risk etkenlerinin ortadan kaldırılmasını sağlamak iken ekonomik çevrelerin edinmesi gereken görev ise sağlık hizmetlerinin sunumunun sağlanabilmesi için finansman kaynaklarını yaratmaktır. (S., 1994, s. 10). Bir toplumda kişilerin sağlığı her durumdan önce gelmeli ve bunun sağlanması içinde sosyolojik ve ekonomik çevre tüm olanakları ile kullanılmalıdır. Sağlıklı olmayan bir insanın önce kendine sonra da topluma yararlı olması çok olanaksızdır.

B. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Toplumların gelişim seviyelerine bağlı olmadan düşünülmesi gereken dünyadaki tüm insanları zaman geçtikçe daha da artarak ilgilendiren durumların en ciddileri sağlık ve sağlık hizmetleridir. Önceleri sadece hekim ve hemşire özelinde hizmet verilen ve sunulan sağlık hizmetleri zaman geçtikçe farklılıklarla beraber alanlar ve meslekler arası bir ivme olmuştur. Küçük bir kısmın tersine sağlık hizmetleri, halkın tümüne hitap etmektedir (Tıraş, 2018, s. 35).

Sağlık Hizmeti; Sağlık hizmetini üretebilmek için bu sektörde çalışan personellerin kullandığı farklı teçhizatlar ve hastaneler; malzeme, ilaç, temizlik

hizmetleri vb. sağlık hizmetlerinin üretim aşamasında kullanılmakta olan ve ara girdilerce imal edilen hizmetler şeklinde tanımlamak mümkündür.

Türkiye’de sağlık hizmetleri devlet tarafından, koruyucu hekimlik olarak, tanı ve tedavi kapsamı içinde çeşitli basamaklarda bulunan kurum ve kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini geçmiş dönemlerde anne ve çocuk sağlığı kurumları ve birinci basamakta yer alan sağlık ocakları tarafından sunulmaktayken 2010 yılı itibari ile aile hekimlerince hizmet vermeye başlanmıştır. İkinci basamak sağlık hizmetlerini veren sağlık kurumları kamu hastaneleri iken üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren sağlık kurumları üniversite hastaneleridir. Sağlık hizmetleri yönergesinde evde verilen ya da ayakta verilen sağlık hizmetleri birinci basamak olarak nitelendirilebilir. Bu tür hizmetler yatağı bulunmayan sağlık kurumlarında bulunmaktadır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte verilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri kişilerin birden çok yatağı bulunan sağlık kuruluşlarda yani hastanelerde yatışlı olarak aldıkları hizmetleri içermektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise farklı alanlarda, hastalık çeşitlerinde o konuda farklı ve geniş olanaklara sahip yataklı tedavi kurum ve kuruluşları tarafından sunulmakta olan sağlık hizmetleridir. (SGK., 2013).

Sağlık sisteminin hem işlev olarak hem de duygusal anlamda hedefleri 5D olarak adlandırılmaktadır. 5D’nin kapsamı şöyledir; ölüm (death), hastalık (disease), sakatlık (disability), rahatsızlık (discomfort), ve doyumсузluk yani memnuniyetsizlik (dissatisfaction) olarak sıralandırılabilir. Yönetici sisteminin zamanla göstermiş olduğu değişim ve gelişimi ile birlikte hastaların kaydı bakımı ve hastaların kişisel bakımından çok daha fazla rekabet durumuna ortam sunmaktadır. Hastaların bilinçlenmesi ise bu konunun tam tersine hasta ciddiyetini ortaya koymaktadır. Ancak eski usullere göre işleyen sağlık sistemleri hastaların memnuniyetine fazla önem vermeyip göz ardı etmektedir. Bu durumda hastanın memnuniyeti ve sağlık kalitesi incelenerek ve literatür taranarak konuşma alanı oluşmaktadır. Tüm olumsuzluklara çözüm olabilecek yöntemler şöyle sıralanabilir; koruma (önlem), tanı, izlem, rehabilitasyon, izlem (gözlem), toplumun sağlık sektöründeki eğitimin biçimindedir (Sargutan, 2005, s. 401-408).

C. Sağlık Hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, sunumu ve süreçlerinin nitelikleri açısından farklılıklar taşıması sebebiyle sınıflandırma yapılmaktadır. Sağlık hizmetleri sınıflandırılırken en çok kabul gören üç sınıflandırma mevcuttur. Bunlar koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Sonraları geliştirici sağlık hizmetleri de bu sınıflandırmada dördüncü olarak yerini almıştır. Dört hizmet sınıfı aşağıda ayrı ayrı incelenecektir.

Türkiye’de sağlık alanında yapılan reformlar sonucunda yukarıdaki sağlık kurumlarının bazılarında değişiklikler geçekleşmiştir. 2013 yılında sağlık ocakları yerine aile hekimlikleri getirilmiş olup bir veya birden fazla hekimin ve aile sağlığı personellerinin hizmet verdiği aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri oluşturulmuştur. (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği., 2013)

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumun ve toplumun içinde bulunan tüm bireylerin sağlığını korumaya yönelik alınmış ve alınabilecek tüm tedbirler koruyucu sağlık hizmetleri olarak tanımlanabilir. Koruyucu sağlık hizmetleri oldukça kapsamlı ve geniş bir hizmet türüdür. (Bulutoğlu, 2001, s. 270)

Bazı hastalıkların kişiye ulaşmadan önleminin alınması kişinin ve toplumun sağlığının korunması, daha vahim sonuçların oluşmaması adına koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi çok yüksektir.

Hastalıkların önüne geçebilmek ve oluşan hastalıkların tedavisi için sunulan sağlık hizmetleri, eğitilmiş ve donanımlı sağlık personelleri tarafından verilmektedir. Verilen bu sağlık hizmetleri arasında sağlıklı olma eğitimi, dengeli ve yeterli beslenmenin sağlanması, aile planlaması yapılması, salgın hastalıklarla ilgili kontrollerin yapılması, geç kalınmadan zamanında yapılan muayeneler, ileri yaş (yaşlı) bakımları, hastalıkların erken teşhisi ve tanınması, iyileştirme çalışmaları vs. vardır. (Akdur, 2016, s. 13)

Bulaşıcı bir hastalık söz konusu olduğunda hastalığın yayılmaması ve sonuçlarının daha ağır olmaması adına öncelikli olarak hastalığın önlenmesi, bunun içinde bireylerin bağışıklık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik

alışmalar yapılarak insan vücudunun bu tip hastalıklara karşın gl ve dirençli olmasını sağlamak önemlidir. Toplumun tümünü ilgilendiren ve riske sokan bu durumun önlenmesi koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde olmaktadır. (elikay & Gümüş, 2010, s. 8)

Ortak yaşanılan bir alanda veya çevrede salgın hastalığın kısa dönemde önüne geçilmesi hem yayılma riskini azaltmış olur hem de kişiler daha güvenle ve hastalıklardan korunaklı bir ortamı paylaşırlar. Yani aslında koruyucu sağlık hizmetleri sadece bireye sağlık hizmeti vermekle kalmayıp dolaylı olarak toplumun tümüne sağlık hizmeti vermiş olur.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin çevreye yönelik olması, dağıtmış olduğu negatif dışsallık ile birlikte fiziksel, kimyasal ve biyolojik açıdan sağlıklı bir hayatın sürekli liğine tehdit oluşturulabilecek faktörlerin etkinliğini yok etmek suretiyle çevreye daha uyumlu bir hale getirilmesine yönelik hizmetleri kapsamaktadır. (Akdur, 2016, s. 18)

Çevreye zarar oluşturabilecek ve paralel olarak kişilere olumsuz etkiler bırakacak faktörlerin önüne geçilebilmesi amacıyla kirleticilerin denetlenmesi ve incelenmesi, atıkların zararlı ve olumsuz etkilerinin giderilmesi, gıdaların gerekli kontrollere sokulması, var olan kaynakların olabilecek en verimli ölçüde kullanılmasını gerçekleştirmek için toplumu bilinçlendirme uğraşları çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin amaç ve hedeflerine örnek olarak gösterilebilir (Sargutan, 2005, s. 401).

Çizelge 1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri	Yeteri kadar ve temiz su sağlanması
	Sıvı ve katı atıkların zararsız hale getirilmesi
	Konut ve endüstri sağlığı
	Vektörlerle (haşerelerle) savaşılması
	Hava kirliliği ile savaşılması
	Radyasyonla ve gürültü ile savaşılması
	Erken tanı, teşhis ve tedavi
İnsana Yönelik Sağlık Hizmetleri	Aşılama
	İlaçla koruma
	Beslenmenin iyileştirilmesi
	Sağlık eğitimi
	Aile planlaması

Kaynak: Albayrak'ın 2019 yılındaki verilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlık alanının tersine başka sektörleri daha yakından ilgilendirir. Sağlık hizmetlerinin asıl yetki ve yükümlülüğü diğer alanlara öncü olup, yol göstermektir. Kişilere yönelik sağlık hizmetleri ise hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli dâhilinde yürütülen hizmetlerdir. (Albayrak, 2019, s. 10)

2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hasta olmuş kişilerin eski sağlıklı hallerine dönebilmeleri amacıyla evlerinde, aile ve toplum sağlığı merkezlerinde veya hastanelerde uzman sağlık personelleri tarafından verilen tedavi edici hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir sonraki basamağı olarak görülür ve ona göre daha fazla yarar sağlaya bir hizmet çeşididir. Hastalıkların iyileşmesi bu aşamada gerçekleştiğinden bu hizmetler sosyal fayda da sağlamaktadır. Çünkü hastalıkların iyileşmesi demek sosyal ve ekonomik verimliliğin artması demektir. Kişinin hasta olması veya belirtilerinin ortaya çıkması ile birlikte o hastalığın tanı, teşhis ve tedavi edilmesi aşamalarını kapsamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri insanların ortalama yaşam sürecini uzatmakla birlikte verimliliğine de katkı sağlar. Tedavi edici sağlık hizmetleri iki alt gruba ayrılır. Bunlar; ayakta verilen sağlık hizmetleri ve yataklı verilen sağlık hizmetleridir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri genel olarak hastalanma ve sakatlanma durumlarının ortaya çıkmasından sonra zararların azaltılması veya yok edilmesi sürecinde verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerin temel amacı insanların sosyal hayatında ve çalışma yaşamında ortaya çıkan geçici veya daimi kayıplardan doğabilecek maddi ve manevi kaybıyla sonuçlanan durumların kişiye tekrar sosyal ve çalışma yetisinin verilmeye çalışılması sürecidir. (Yazgan, 1977, s. 150)

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha maliyetli olduğu söylenebilir. Ayrıca tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel yarar daha ağır basmaktadır. Bu sağlık hizmetlerinden yararlanan kişiler doğrudan ve şahsi yarar elde etmiş olmaktadır. Ayrıca hizmetlerin dışsal faydası olarak tedavi edici sağlık hizmetleri sonucunda toplumdaki diğer kişilere hastalık bulaştırma oranının minimum düzeye düşürülmesi veya tedavi olunarak yine

toplumun diğer bireylerine verilebilecek zararın en aza indirgenmesi sağlanmaktadır (Bulutoğlu K. , 1981, s. 255)

3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon kelimesi latince bir kelime olup temel anlamı bilinmeyen bir şeyin öğrenilmesidir. Rehabilitasyon; doğumdan veya sonrasında gelişen hastalık, kaza ya da yaralanma gibi zihinsel veya fiziksel yetilerine erişimini bir şekilde kaybetmiş kişiyi tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönlerden olabilecek en üst düzeye getirerek kişinin kendisine, ailesine, yaşadığı topluma daha yararlı olmasını sağlamayı amaç edinmiş hizmetlerdir. Kişinin üzerinde oluşan sakatlık durumunun neticelerini en alt noktaya indirmek adına geliştirilmiş kişiyi tedavi etmeye yönelik bir oluşumdur (Akdemir & Birol, 2003, s. 71).

Rehabilitate edici hizmetler tıbbi rehabilitasyon ve sosyal yani mesleki rehabilitasyon şeklinde, ruhça veya fiziken sakat kalmış olan bireylerin kimseye bağımlı kalmadan işlerini kendilerinin yapabilmesi ve kendilerine yeterli olabilme durumudur (Öztek, 2001, s. 294)

Dünya Sağlık Örgütü, 1994 yılında rehabilitasyon hizmetlerine yönelik yayınladığı raporda şu üç konuya dikkat çekmiştir.

- Sakatlık ve engelli olma durumunun yaratmış olduğu tahribatı, sakat ve engelli kişilerin çevreyle olan koordinasyonsuzluğunu en aza indirmeyi hedefleyen bütün teknikler,
- Kişilerin salt çevreye uyum sağlayabilmelerini sakatlık ve engellileri geliştirmek ve iyileştirmek değil aynı zamanda engellileri topluma kazandırmak için kişinin bulunduğu toplum ve çevre ile alakalı uygulamalar, iyileştirmeler,
- Sakat ve engellilerin beraber yaşadığı aileleri ve içinde bulundukları toplum ile beraber rehabilitate edici hizmetlerin planlanıp, devreye sokulması biçiminde nitelendirilmiştir.

Rehabilitate edici sağlık hizmetlerinin son olarak amaçları ve yararlarından bahsetmek gerekirse, rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili organizasyonlarda veya programlarda, danışmanlık, eğitim, tedavi ve bakım gibi uygulamaları gibi hizmetlerle sağlanmaktadır. Bu hizmetler kişinin asıl çevresi yani ailesi ve içinde

bulunduğu toplumla yeniden uyum sağlaması adına, fonksiyonlarını en uygun düzeyde sürdürmesine imkan oluşturur. Bunların tamamının yanında rehabilite edici sağlık hizmetlerinin farklı hedef ve faydaları bulunmaktadır (WHO, 1994).

- İkincil sorunların (spasite, kontraktür, basıyla oluşan yaralar vb.) ve bedensel deformasyonların engellenmesi,
- Sakat kişilerin koltuk değneği, baston, tekerlekli iskemle, yürüteç, ortez, protez gibi gündelik hayat fonksiyonlarını kolaylaştırmak adına yardım amaçlı cihazlar kullanarak kendi hayatlarını bağımlı olmadan devam ettirebilmek,
- Hastalıktan ve sakatlıkta etkilenmiş organların ve sistemlerin fonksiyonel olarak kapasitesinin genişletilmesi,
- Hastalıktan ve sakatlıktan etkilenmemiş organlar ve sistemler için güç ve kapasite artırımı,
- Kronik rahatsızlığı olan kişilerin bulunan işlevlerinin ve kendilerine bakım yetisinin genişletilmesi,
- Sağlık kuruluşlarında kalma zamanının kısaltılması,
- Sosyal ve çalışma ortamını uyumlu noktaya ulaştırarak ve psikolojik anlamda yardım sağlayarak kişilerin hayat kalitesinin artırılması gibi farklı hedef ve faydaları bulunmaktadır.

4. Geliştirici Sağlık Hizmetleri

Geliştirici sağlık hizmetleri kavramından ilk kez ünlü tıpçı Henry E. Sigerist'in sağlıkla ilgili dört ana sorumluluğunu açıklaması esnasında ortaya çıkmıştır. Bu sorumlulukları şunlardır;

- Sağlığın geliştirilmesi
- Hastalıkların önlenmesi
- Hastanın iyileştirilmesi
- Rehabilitasyondur

Sigerist iyi ve uygun iş koşulları, dinlenme, eğitim-öğretim ve eğlence manasına gelen bedensel kültürün oluşturulduğu olması gereken hayat kalitesi

aracılığıyla sağlığın geliştirilebileceğini ortaya koymaktadır (Tengilimoğlu, 2009, s. 49)

Geliştirici sağlık hizmetleri, sağlık eğitiminden farklı hizmetlerdir. Sağlık eğitimi, toplumun sağlık açısından bilgilendirme ve bilinçlendirilmesine yönelikken, geliştirici sağlık hizmetleri, sağlık eğitimini de kapsayan daha geniş ve kapsamlı hizmetler anlamına gelmektedir. Sağlık eğitimi, kişinin hastalık ve sağlık, insan vücudunun işleyişi, hastalıklardan korunma, sağlık sistemleri ve fonksiyonları, sağlık sistemini aktif kullanabilme ve sağlığı etkileyen sosyal, çevresel ve politik etkenler hakkında bilgilendirilmesini içermektedir. Geliştirici sağlık hizmetleri ise kişinin ve toplumun sağlık statüsünü artırmaya yönelik tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Kavuncubaşı Ş. , 2000, s. 46)

D. Finansman Açısından Sınıflandırma

Finansman sistemi açısından en çok kullanılmakta olan sağlık sistemi, finansmanını alt gruplara ayıran finansmandır. Bu sınıflandırma şu şekildedir; gönüllü sigorta sistemi, sosyal sağlık sigorta sistemi ve milli sağlık hizmeti sistemi olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.

1. Gönüllü Sigorta Sistemi

Genellikle gelişmiş olan batı ülkelerinde karşılaşılan bir sistemdir. Sigortaların sistemlerinde farklılıklar ve çeşitlilikler vardır. Sigorta hizmetleri hem devlet hem de özel sektör aracılığı ile verilmekle beraber özel sağlık sigortaları son zamanlarda ağır basmaktadır. Sağlık sisteminde oluşan ya da oluşabilecek problemler ulusal bir ajans ya da bölüm tarafından gözlemlenmektedir.

2. Sosyal Sağlık Sistemi

Genellikle gelişimine devam eden ülkelerde görülmekte olan bir biçimdir. Bu sistemlerde hastaneler ve diğer sağlık kurum ve kuruluşları kamu aracılığı ile oluşturulur ve yönetilir. Sağlık ile ilgili tüm mali giderleri devlet hazinesi karşılar. Maddi durumu iyi olmayan kişiler için kamu sistemi finansmanı kurulur. Ancak zaten nüfusun büyük çoğunluğu yoksul olduğundan bu oran çokça yüksektir. Bu sağlık sistemi ve oluşumları çoğunlukla düşük maliyetli, kalabalık

ve yetersiz olan çalışanlarla yürütölür. Doktor ücretleri az olduğundan, doktorlar farklı görevler edinir ya da özel muayenehane açarak gelirlerini yükseltmeye çalışırlar. Bu gerekçeyle devlete açık sistemdeki doktorların tüm zamanlı çalışma sistemleri genellikle yarı zamanlı devam etmektedir.

3. Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi

Genellikle sosyal sistemlerde olan günümüz şartlarında çok az ülkede yürütölen bir sistem biçimidir. Devlet destek sistemlerine ve diğler sigorta sistemlerinin tersine, ulusal sağlık sistemi nüfusun tamamını içine almaktadır. Finansmanının tümü vergilerle yürütölmektedir (Terris, 1976, s. 1126)

E. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişim süreci cumhuriyet öncesi cumhuriyet dönemi olarak incelenebilir. Osmanlı döneminde sağlık faaliyetleri genellikle başkentte (İstanbul’da) ve çevre illerde yoğunlaşmıştır. O dönemde sağlık hizmetlerinin herkese ulaşamaması temel bir sorundur. Savaşların en çok olduğü dönemde, koruyucu hekimlik çalışmalarının eksiliğinden ötürü doğal olarak salgın hastalıklar hızlı bir şekilde yayılmış ve toplum hayatı üzerinde tehdit edici boyutlara ulaşmıştır. Osmanlı devletinde tedavi edici hizmetler asıl olarak gönüllü kurumlar dışında, yerel yönetimler tarafından yerine getirilmekteydi. Ayrıca devletin ülkenin her yanına tedavi edici hizmet götürebilmesi altyapısal ve parasal olarak olanaksızdı (Dağlı, 2006, s. 52).

Kurtuluş savaşının hüküm sürdöğü yıllarda, dönemin en büyük sorunu olan bulaşıcı salgın hastalıkların önüne geçebilmek için büyük çabalar sarf edilmiştir. Bu dönemde genel olarak koruyucu sağlık hizmetleri ön plandadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise genellikle yerel yönetimlerce yerine getirilmekteydi. Merkezi idare daha çok savaş ve yapılanma sorunlarına öncelik verdiğinden sağlık hizmetleri ikinci plana kalmıştır. Yoksul hastaların muayene ve tedavileri ücretsiz bir şekilde hükümet tabiplikleri tarafından yapılmaya çalışılırdı (Dağlı, 2006, s. 53).

Sınırlı ekonomik durumlara rağmen 1923-1950 yılları arasında, hem tedavi edici hem de koruyucu hekimlik alanlarında hiçte küçömsenmeyecek işler başarılmıştır. Ülkenin birçok şehir ve ilçe merkezlerinde numune hastaneleri,

doğum ve çocuk bakım evleri ve dispanserler açılmıştır. Kuduz, sıtma, lepra, verem, frengi, çiçek vb. bulaşıcı hastalıklarla dönemin şartlarına rağmen iyi mücadele edilmiştir. 1923-1925 yılları arasında Anadolu'nun bazı bölgelerinde %70'lere varan sıtma hastalığı 1940'larda %10-11'lere kadar geriletilmiştir. Büyük rakamlarda çocuk ölümlerine neden olan çiçek hastalığı, etkili aşı kampanyalarıyla büyük oranda kontrol altına alınmıştır (Karabulut, 1998, s. 11).

Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık bakanlığı görevine getirilen Refik Saydam 1937 yılına kadar süren bakanlık görevi süresince, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşu ve gelişiminde büyük rol oynamıştır (Akdağ, 2008, s. 13).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı) 1961 yılında kabul edilmiştir. Bu kanunla birlikte Türkiye'de ulusal sağlık hizmetlerinin kuruluşuna zemin oluşturulmuştur. Bu kanunda, sağlık hizmetlerinin tarafsız bir şekilde, sürekli ve toplumun ihtiyaçları paralelinde sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Bu durum daha sonra, Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi'nin oluşturulmasına öncü olmuştur. Bu kanunla beraber tüm vatandaşlara ücretsiz ya da kısmi ücretsiz sağlık hizmetinin sunulması hedeflenmiştir. Finansman, sağlık hizmetleri için yapılmış olan sigorta ödemelerinden ve devlet bütçesinden yapılan ödemelerle gerçekleştirilmiştir. Buradaki amaç, koruyucu ve çevre sağlığı hizmetleri ile ülkenin hemen hemen her yerinde sağlık eğitimini de içine alarak sağlık hizmetlerini genişletebilecek bir altyapının geliştirilmesini üstlenmek ve aynı zamanda herkesçe bu altyapıya ulaşımında kolaylık sağlamaktır. Sağlık ocakları önceki dönemlerde kurulmuş olan köy, kasaba düzeyindeki sağlık ocakları ile beraber bölge hastanelerini de içine alacak şekilde daha da genişletilmiştir. Fakat bu şekilde bir genişlemenin gerektirdiği yüksek miktardaki sermaye yatırımları yapılmamıştır. Kaynakların büyük çoğunluğu personel giderlerine verilmiş ve sağlık hizmeti verebilmek için gerekli olan altyapı, tıbbi ekipman ve diğer ihtiyaçlar ikinci planda kalmıştır. 1963 yılında beş yıllık kalkınma planında ilk ke sağlığa yer verilmiştir. Sağlık sektörüne yönelik ilk beş yıllık kalkınma planı şu şekildeydi (OECD, 2012, s. 32-33)

- Koruyucu sağlık hizmetlerine diğer hizmetlere oranla daha öncelik verilmesi,
- Sağlık Bakanlığı tarafından halk sağlığı hizmetleri verilmesi,
- Sağlık çalışanının ülke düzeyinde eşit şekilde dağıtılması,
- Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi,
- Özel hastanelerin kurulması konusunda destek,
- Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- Kamu hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması,

Gelecek yıllarda çok tartışmaya sebep olan Genel Sağlık Sigortasından ilk kez bu yıllarda bahsedilmiştir. 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanununa ait bir tasarı hazırlanmış fakat dönemin hükümetine sunulmamıştır. 1969 yılındaki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortası yine öngörölmüş olup 1971’de ise, bir Genel Sağlık sigortası tasarısı parlamentoya sunulmuş fakat reddedilmiştir. 1974 yılında parlamentoya tekrar sevk edilmiş fakat görüşölmemiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2012, s. 32-33).

Zaman içinde değişen ekonomik politikalara bağlı olarak, devletlerin sağlık hizmetlerinde almış olduğu rol ve sorumluluklarında gün geçtikçe değiştiği görölmektedir. Sosyalist devlet anlayışının var olduğu ölkelerde, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanı çoğunlukla devletin sorumluluğunda bulunmaktayken, kapitalist devlet anlayışının hüküm sürdüğu ölkelerde ise devletin sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki görevler dönemsel olarak farklılıklar göstermektedir. Kapitalist sistemdeki ölkelerde özellikle de II. Dünya Savaşı’ndan sonra “refah devleti” döneminde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devletlerin artık ağırlıklı olarak görev almaya başladıkları görölmektedir. Çeşitli dönemlerde ortaya çıkan ekonomik bunalımlar ve buhranlar, liberalizme karşı bir güvensizliğin doğmasına neden olmuş ve bu güvensizlik sonucunda meydana çıkan yeni arayışlar refah devletini doğurmuştur. Keynes’in kendisi kapitalist olup fakat sosyal reformizmin öncüleri arasında sayılmıştır. Keynes, önermiş olduğu politikalarla kapitalizmin sosyal reformunu sağlamış ve refah devletinin kuruluşuna öncölük etmiştir. 1945’li yıllar ve

sonrasından itibaren dünyada görülmeye başlanılan Keynesyen Politikaları ile birlikte, başta da gelişmiş ülkeler olmakla birlikte hemen hemen tüm ülkelerde sosyal güvenlik ve sağlık harcamaları sürekli halde artış göstermiştir (Sevim, 2006, s. 1).

Sağlıkta ulusal reform hareketinin temel taşlarına geçmeden önce reform kavramının tanımının yapılması gerekmektedir. Reform, en genel anlamıyla, sağlık sisteminin performansını geliştirmek için yapılmış olan hem anlamlı hem de amaç barındıran değişiklikler olarak tanımlanabilir. Bir ülkenin sağlık kuruluşlarını ve politikalarını değiştirmek amaçlı yapılan tüm faaliyetler sağlıkta reforma girer. Sağlık reformu; önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve bu politikaların uygulanacağı kurum ve kuruluşlarda reform yapılmasını kapsar. Reformun en temel özellikleri ise belirli bir amaç barındırması, sürdürülebilir olması ve temel değişiklikleri kapsamasıdır. Sürdürülebilir özelliği, bir kez ve geçici politikaları kapsamamasını, amaç taşımamasını, planlı, rasyonel ve kanıta dayalı bir durumdan geçmesini; temel değişiklikleri kapsamaması ise sağlık sisteminin önemli ve stratejik boyutlarını kapsamamasını gerektirmektedir. Sağlık sisteminde reform arayışını gerektiren durumlar şu şekilde sıralanabilir (Tatar, 2007, s. 156-158).

- **Artan maliyetler:** Dünyanın her tarafında sağlık hizmeti sunumunun maliyeti hızla artmaktadır. Bunun sebebi olarak; nüfusun hızlı bir şekilde yaşlanması, kronik hastalıkların artış göstermesi, hayat tarzı olumsuzlukları ve hızla gelişen teknolojinin olumsuz etkileri gibi etkenler sayılabilir.
- **Artan Beklentiler:** sağlık sektöründe teknolojinin çok hızlı bir şekilde gelişmesi, daha yeni ve ileri teknoloji gerektiren maliyet açısından pahalı olan hizmetleri kullanma eğilimi hemen hemen her ülkenin deneyimleri arasında yer almıştır. Gün geçtikçe gelişen haberleşme kaynakları, yeni ve pahalı olan bu teknolojilerin tüm dünyaya hızla yayılmasını sağlamıştır. Demokrasinin her ülkede farklı derecede değişiklik gösterse de birçok ülkede gelişmesi, daha aktif, talep halinde olan ve zorlayan halkı da harekete geçirmiş ve bu da teknolojinin dünyanın her yerinde çok kısa zamanda kabulünü ve kullanımını zorunlu kılmıştır.

- **Politik Baskılar:** gelişmekte olan ülkelerde oluşan ekonomik krizler sağlık harcamalarında sınırlandırmaya gidilmesine sebep olmuştur. IMF ve WB, aşağıda daha ayrıntılı ele alınmış olduğu üzere, sağlık politikaları üzerinde önemli görev almaya başlamıştır. Sovyetler Birliği'nin dağılması ile birlikte, bu dönemde ortaya çıkan yeni devletlerin sağlık sektörlerini ulusal reform hareketi ile uyumlu hale getirme çabaları ve devletin ekonomi içindeki görevini sorgulayan ideolojik değişim politik baskıların temelini oluşturmuştur.

Özet olarak; sağlık harcamalarının her ülkede hızlı bir şekilde artması teknoloji ve bilginin gelişmesi ile beraber bir takım yeniliklere neden olmuştur. Sağlık alanından yükselen beklentiler, WB'nin öne çıkan gelişimine devam eden ülkelerde giderek artış gösteren rolü ve dünyanın her tarafında yaşanan düşünce farklılığı değişimi kapsamında özel alanın sağlık sektöründeki görevinin tekrardan tanıtılması, sağlık alanıyla ilgili oluşturulan düzenlemelerin altında kalan asıl nedeni oluşturmuştur. Her ülkenin sağlık sisteminin öne çıkan işlevlerine göre detaylarda farklı olsa da değişimlerin ana amaçları şöyledir; (Tatar, 2007, s. 156-185).

- Sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanının birbirinden ayrılması,
- Özel sektörün sağlıkta etkinliğinin artırılması,
- Sağlık sigortasının içeriğinin genişletilmesi,
- Politika önceliklerinin belirlenip, kaynak tahsisi sürecinde maliyet etkililik analizinin kullanımı,
- Desantralizasyon,
- Sağlık sektöründe rekabet imkânlarının genişletilmesidir.

1990'lı yıllarda olan bu yenilik ve değişimlerin başlama noktası veya bu değişimlere yol gösteren en ciddi olay, WB'nin 1993 senesinde yayınlamış olduğu Dünya Kalkınma Raporu'dur. World Bank özellikle raporunda gelişimine devam eden ülkeler için sağlık sistemlerinde gelişme ve iyileştirmeler başarabilmeleri açısından şu üç yaklaşımı özümstediklerini öne sürmüştür.

1. Yoksulları amaç edinen sektör politikaları özümseyerek ve maliyetin etkili olduğu sağlık harcamalarına doğru dönerek sağlığı geliştirip ve ilerletecek bir çevre üretmek,
2. Kaynak tahsisi konusunda hem verimliliği hem de teknik anlamda verimliliği ilerleterek kamunun sağlık harcamalarını iyi noktaya getirmek,
3. Verimliliğin artması için sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devletin etkinliğini en aza indirgeyip piyasanın mekanizmasına ve yürütülüşüne daha çok dayanıklılık göstermek ve rekabeti kızıştırmak.

World Bank, IMF ile beraber 1990'lı senelerin başında özellikle de gelişmekte olan ülkelerde, sağlıkla ilgili değişimlerin gün yüzüne çıkmasında baş etmen olarak görülmüştür. Bunun asıl sebebi, o dönemde gelişmekte olan ülkelerin devletleri artan ve artmaya devam eden borçlarının kontrolünü sağlayabilmek için IMF'nin öne sürdüğü yapısal uyum programlarının uygulamaya konmasıdır. Yapısal uyum programlarının ana konusu kamu harcamalarının kısılması olmuş ve bu da dikkatlerin bu tür harcamaların en fazla olduğu sosyal sektörlerle dönmesine sebep olmuştur. Sağlıkta reform hareketi yalnızca gelişmekte olan ülkelerle sınırlı kalmamış benzer şekildeki konularla gelişmiş ülkelerde de gerçekleşmiştir. Avrupa'daki birçok ülke hasta tercihini artırmaya yönelik, rekabet ve özel hizmet sunucularını geliştirmeye ve iyileştirmeye yönelik piyasa etkinlikli reformları kendi sağlık sistemleri içinde geliştirmeye başlamışlardır. Fakat 90'ların ortalarına gelindiğinde sağlıkta piyasa mekanizmasının işleyişinde karşılaşılan problemler İngiltere, İsviçre ve Hollanda ülkelerde reformların tekrar gözden geçirilmesi ve yeni kontrol mekanizmalarının uyarlanması ile sonuç bulmuştur (Tatar, 2007, s. 156) .

Beşeri sermaye, bir ülkedeki kaynakların etkin bir biçimde kullanılması ve dolayısıyla ekonomisinin de sürdürülebilir bir büyüme ve genişleme içinde olması, kalkınması için zorunludur. Beşeri sermayenin asıl unsurlarından biri sağlıktır. Her insanın kanunlarla teminat altına alınan temel hakkı olması ile birlikte verimli işgücünün üretimi ile ekonomik büyümeye katkı sağlayan "sağlık" , gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin gündemlerinde en ön sıradadır. Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de sağlığın korunması ve iyileştirilmesini amaçlayan sağlık harcamaları ve bu sağlık harcamalarının nasıl ilerleyeceğine ve

gerçekleşeceğine yönelik sağlık politikaları büyük bir öneme sahiptir. 2002 yılında ilan edilmiş olan Acil Eylem Planı'nda "Herkese Sağlık" başlığı ile sağlık sektöründe yıllardır hazırlığı yapılmış olunan ancak uygulamaya konulamayan temel amaçları belirlenmiş ve bir takvime bağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2003 yılında SDP'yi uygulamaya koymuştur (Sülkü, 2011, s. 3).

2003 yılı öncesinde Türkiye'deki sağlık problemleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Diğer Avrupa ülkelerine göre özellikle bebek ve çocuklar için sağlık göstergeleri oldukça düşük seviyelerdedir.
- Ülkenin kendi içindeki bölgeleri içerisinde sağlık bakımından ciddi düzeyde adaletsizlikler olduğu görülmektedir.
- Nüfusun neredeyse tümünün sosyal güvenlik bakımından dışarda kalmış olması ve dışında kalan bu kişilerin ayrıca sosyo-ekonomik seviyelerinin ve sağlık düzeylerinin az olması ciddi bir sorundur.
- Hizmet sunumu ve finansmanının parçalara ayrılmış bir yapıda olması verimsizliğe ve gereksiz olan tekrarlara sebep olmaktadır.
- Hem makro hem de mikro aşamada yönetim düzeyindeki aksaklıklar, Sağlık Bakanlığı ve sağlık kuruluşlarındaki görülen yönetsel etkisizlikler, hastane yönetimi, sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı gibi mecralarda yetişmiş çalışan kapasitesinin artırılmasını gerekli hale getirmiştir.
- Kamu ve özel sektör arasındaki hastaların ve kaynakların düzensiz bir şekilde akışı, kamunun kaynaklarının özel sektörün amaçları doğrultusunda harcanmasına sebep olmaktadır. Bununla beraber toplumun yoksul kesimlerine sağlık hizmetlerine erişim için ciddi düzeyde informal ödeme yapılmaktadır.
- Sağlık hizmetlerine ulaşım ile ilgili ciddi seviyede sorunlar vardır, nüfusun büyük bir kısmı sağlık güvencesi olamadan yaşamaktadır. Fakat daha da önemli olan sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili sorunlar, sağlık güvencesi olan nüfus için bile sağlık hizmetlerinde tam bir kapsama

sağlayamamaktadır ve bu da eksik sigorta olgusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

- Kamunun sağlık sistemi içerisinde sevk sisteminin kötü işlemesi özellikle hastane hizmetlerinin gereksiz kullanımına sebep olmakta hastanelerin polikliniklerine, üniversite hastaneleri gibi kurumlara çok basit düzeydeki rahatsızlıklar için başvurulduğundan bu kurumlar birinci basamak sağlık hizmeti düzeyinde hizmet vermektedir.
- Sağlık kaynaklarının bölgeler içerisinde dengesiz bir şekilde dağılışı, özellikle doktorların şehirlere yoğunlaşması kırsal alandaki nüfusun sağlık hizmetleri erişimini zora sokmaktadır (Tatar, 2007, s. 156).

2002 yılında yapılan genel seçimler sonrası iş başına geçen 58. Hükümet 3 Ocak 2003 yılında “Acil Eylem Planı” başlığında öncelikli yapılacakları açıkladı. Üzerinden kısa bir süre geçtikten sonra kurulmuş olan ve aynı zamanda 58. Hükümet’in devamı niteliğinde olan 59. Hükümet Programı’nda bu acil eylem planına sadık kalınmış olup Kamu Yönetimi Reformu kapsamında “Herkesin Sağlık” adı altında sağlık bünyesinde yürütülmesi öngörülen temel ve ana hedefler içerisinde aşağıdaki ana başlıklardan bahsedilmiştir (Bostan, 2009, s. 25)

- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve işlevsel açıdan tekrardan yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların Genel Sağlık sigortası kapsamı içine alınması,
- Sağlık kurumlarının tek çatı altında bir araya toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan bağımsız bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçişin sağlanması,
- Anne ve çocuk sağlığına daha ayrı ve özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık sektörüne yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kurumlarında alt kademelere yetki verilmesi,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık çalışanı eksikliğinin giderilmesi,
- **Sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerine de bakılırsa;**

- Planlama ve denetleme yapan bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altına toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, ulaşılabilir sağlık hizmeti,
- Güçlendirilmiş ve yapılandırılmış temel sağlık hizmetleri,
- Etkili, kademeli, düzenli sevk zinciri,
- İdari ve mali bağımsızlığa sahip “sağlık kuruluşları”,
- Motivasyonu fazla sağlık çalışanı,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kuruluşları,
- Kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme kullanımı,
- Sağlık bilgi sistemi (Gümüşel, 2012).

2012 yılında dokuz yıllık zaman dilimine bakılırsa, birçok sorun çözüme kavuşmuştur fakat hala devam etmekte olan sorunlarla birlikte sürecin henüz bitmediği söylenebilir.

F. Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi, ulusların tümünü ve ulusları içerisinde kişilerin sağlıklarını güvence altına almak, sağlık ortamlarının aksamaması veya olumsuz düzeyde devam etmesi halinde tedavilerini yapmak, geçirmiş oldukları hastalıklardan tamamen kurtulmayıp sakat kalan kişilerin başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını devam ettirebilmek ve toplumların sağlık düzeylerini artırmak için yapılan planlı çalışmalar da ekonomi biliminden yararlanılmasıdır (Bekir, 2003, s. 1).

Ekonominin temel kavramları, sağlık ekonomisi içinde çok sık kullanılmakta ve sağlık alanında yapılan analizlerde önemli düzeyde yer almaktadır. Sağlık sistemlerinin temel amacı, sunulan hizmetler yoluyla toplumu oluşturan fertlerin sağlık düzeyini iyi hale getirmek, korumak ve gelişmesini sağlamaktır. Sağlığı geliştirmek için planlanmış olan bir organizasyonun uygulanmaya değer olup olmadığının kararı alınırken, bu organizasyon sonrası

elde edilecek sağlık getirisine ulaşmak için harcanacak kaynaklarla başka bir alternatif faaliyetin gerçekleştirilmesi sonucunda sağlanacak yararlar arasında kıyas yapılması gerekir. Eğer ulaşılan yarar fazla ise ilk planlanan organizasyon yapılmaya değerdir. Bu noktada fırsat maliyeti kavramı karşımıza çıkmaktadır (Tokalaş, 2006, s. 13).

Fırsat maliyeti kavramı, kısıtlı kaynakların olduğu durumlarda elde edilmiş olunan bir ürün ya da hizmetin miktarını, bu tercih neticesinde sağlanamayan diğer bir ürün ve hizmetlerin türünden hesaplamayı önerir (N., 2001, s. 1592).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık üreten birimlerin ve sağlık çalışanının temel amacı hastalıkların engellenmesi var olan sağlık düzeyinin korunup geliştirilmesi, ekonomi bilimcilerinin amacı hlihazırdaki kaynakların en iyi şekilde kullanılması ve toplumsal yararın maksimize edilmesidir (Williams, 1987, s. 9).

Sağlık ekonomisinin kapsamı il kez Williams tarafından 1986 senesinde tanımlanmıştır. Sonrasında Culyer ve Newhouse tarafından bu içeriğe eklemeler yapılmış ve tekrar yayınlanmıştır (Culyer & Newhouse, 2000).

Ekonominin alt bilim dalı olan sağlık ekonomisi 1960'lı yıllarda dikkatleri çekmeyi başlamış olup 1970'lerde büyük ilgi görmeye başlamıştır. Birleşmiş Milletler tarafından 7 Nisan 1948'da kurulan Dünya Sağlık rgt 1977 yılındaki genel kurul toplantısında 2000 yılına kadar dünyadaki herkesin sağlık hizmetine kavuşması gerekmektedir şeklindeki amacı sağlık ekonomisinin önemini iyice artırmıştır.

Ekonomi bilimcilerinin sağlık ekonomisi alanına odaklanmalarının  sebebi vardır.

- Sağlık hizmetleri finansmanın nemi,
- Sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde artması ve sağlık sektörünün ekonomi alanında en çok kaynak kullanan sektör haline gelmesi,
- Sağlık sektörünün Gayri Safı Milli Hasıla içindeki payının artması,

Beşeri sermayenin etkinliği ve verimliliği için gerekli olan temel unsur sağlıktır. Bu da sağlık harcamalarının türü ve kişilere dağıtımı konusunda farklı farklı analizler yapmayı gerektirir. Çünkü sunulan tıbbi hizmetler, kısıtlı

kaynaklar ve sonu olmayan istekler sebebiyle sunumu güç hale gelmiştir. Bu sebeple sağlık hizmeti için kaynak israfı önlenmeli ve gerekli sağlık organizasyonuna tahsis edilmelidir (Dürrü, 2012, s. 7-8).

Ekonomi temel anlamda kısıt olan kaynakların varlığını dile getirir, var olan kaynakların en iyi şekilde kullanımı ve seçim yapma durumunun zorunluluğuna işaret eder. Bu sebeple de mal ve hizmetlerin üretim ve dağılım belirlenerek önceliklendirme kararları ortaya çıkarılır bu kararların oluşabilecek neticeleri politika belirleyicilerine sunulur. Sağlık ekonomisi, sağlık alanında politika belirleyenlere ve sağlık yöneticilerine kanıta dayalı karar verme konusunda bünyesinde birçok teknik ve yöntem bulundurur. Tatar, geniş bir çalışma alanına sahip olan sağlık ekonomisini şu başlıklar altında özetlemiştir:

- Sağlık maksadı ile kullanılan kaynakların verimliliği: sağlık sektöründe harcanan kaynakların toplam yararı maksimize edecek biçimde tahsisini sağlayan karar ve politikaları içeren bilgileri, yöneticilere ulaştıracak veri ve yöntemleri sağlar.
- Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin kişiler ve toplum üzerindeki etkinliği: Sağlığın gelişimi ile ilgili bulgular sağlık ekonomisinin çalışma alanını oluşturur.
- Sağlık hizmetlerinin arz-talep analizi: olması gereken hizmetin yerine alternatif hizmet sunumu, finansman seçenekleri, arz-talep tepkisi ve sağlık sonuçları örgüsü sağlık ekonomisini oluşturan önemli bir alandır.
- Sağlık hizmetlerinin verilmesi ve eşitlik adalet açısından değerlendirilmesi: Bir takım nüfus gruplarının sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri ve sahip oldukları sağlık göstergeleri arasındaki etkileşim sorgulanır.
- Ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımı: Var olan teknolojilerle ilgili yarar/maliyet analizi yapılarak; kısıt olan kaynaklar fayda maksimizasyonunun olduğu alanlara tahsis edilmiştir.
- Sağlığın ölçülmesi: Sağlık hizmet sunumlarının hem bireysel hem de toplumsal yararları ölçülmeye çalışılmıştır (Sur & Palteki, 2013, s. 337-338).

Sağlık kurum ve kuruluşlarına verilen sağlık hizmetleri sunumunun kaliteli olması için sağlık ekonomisine önem verilmesi gerekmiştir. Fakat sağlık ekonomisinin yönetimlerce ele alınmış olması ilk olarak sağlık kuruluşlarının hizmet türüne göre ayrılmasını gerektirmiştir. Karasioğlu ve Çam yaptıkları araştırmada sağlık kuruluşlarını sunmuş oldukları hizmetlere göre şu şekilde sınıflandırmışlardır:

Koruyucu sağlık hizmetleri bireyin sağlığını korumaya yönelik hizmetler sağlarken, tedavi edici sağlık hizmetleri hasta olan kişilerin normal sağlık seviyesine ulaştırmaya ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ise kişilerde hastalık veya kaza sonucu oluşan olumsuz durumları silmeye çabalar. Bu sebeple sağlık kurumlarının yapıları, kaynak durumları ve maliyetleri birbirinden oldukça farklıdır. Örnek olarak, sağlık kuruluşları incelendiğinde hastaneler yataklı hizmet verebilirken sağlık ocakları ayakta tedavi sunabilmektedir. Devlet hastanelerine yapılan bağışlar yönetimlerce kaynak olarak kullanıldığında sağlık ekonomisinin işletmelerde yönetimi zorlaşmaktadır. Kaynak ve maliyet faktörleri ekonomiye temel oluşturduğundan, sağlık ekonomisini dengeli bir şekilde tutabilmenin güçlüğü hissedilerek gereken önem verilmelidir (Karasioğlu & ÇAM, 2008, s. 16).

Sağlık ekonomisi, düşük maliyet yüksek yarar prensibi ile sunulan sağlık hizmetlerinin optimum verimlilik elde edilebilecek kaynaklar ile sağlanmasına ve bu doğrultuda sağlıktaki dağıtım, etkin olma durumu ve eşitlik problemlerine çözüm niteliğinde politikalar öngörmeyi amaçlamıştır. Sağlı ekonomisi, sunulan sağlık hizmetlerinin yarar ve maliyetlerinin toplumdaki kişilere dağılımı ve eldeki kıt olan kaynakların doğru kullanımı gibi temelde yatan konuları inceleyen, ekonominin uygulamalı alt bir dalıdır (Çoban, 2009, s. 3-4).

1. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

Sağlık ekonomisinin gelişim sürecini değerlendirirken ve incelerken ilk olarak sebeplerine bakmak gerekmektedir. Ekonominin asıl amacıyla uyum sağlayan, sınırsız insan ihtiyacının sınırlı kaynaklar ile karşılanmaya çalışılması amacı yer almaktadır. Kıt kaynakların dağıtımının nasıl olması tartışmalarında önemli iki yaklaşımın biliniyor olunmasında yarar vardır. Çünkü sağlık personellerinin kendilerine verilen kaynakların kullanımları sırasında nasıl

davrandıklarını ve hangi sebeple bu şekilde davrandıklarının anlaşılması adına bu yaklaşımları biliyor olmak çok önemlidir. Bu yaklaşımlar romantik ve monoteknik yaklaşımlardır. Romantik yaklaşım, sınırsız insan ihtiyaçlarını karşılarken kaynakların kıt oluşu gereceğini dikkate almaz. Bu yaklaşım genel olarak yönetim ya da ekonomik sistemi (komünizm, kapitalizm vb.), reklamı, sendikaları ya da politikacıları günah keçisi olarak görme yönünde eğilimde olurlar. Karşılanamayan insan ihtiyaçlarının nedeni ve sorumlusu olarak genelde bunları görürler. Olduğundan daha çok üretim veya daha çok bireylerin ihtiyacının karşılanmasında ortaya çıkan bazı engeller birey veya sistem faktöründen oluşan ve çözülmesi mümkün engeller olduğundan, bu yaklaşım biçimi kaçınılması zor olan “sınırlı kaynak” gerçeğini anlamak istemez. Bazı zamanlar, bu yaklaşımı doğru bulup benimseyen, destekleyen ve eğilimli olan sistemler kişinin ihtiyacının ne olduğu veya olması gerektiği hususunda otoriter bir yönetim biçimini benimseyebilirler. Bu yaklaşım biçimini savunanlar kaynakların kıt olduğu gerçeğinin üzerini örtebilmek için bazı ihtiyaçları gereksiz veya uygun olarak tanımlarlar (Çelik, 2011, s. 49).

Bir diğer yaklaşım ise monoteknik yaklaşımdır. Bu yaklaşım belirli bir teknolojiyi hayata geçirme konusunda eğitim almış mühendis, doktor ve buna benzer meslek grupları arasında yaygın olarak görülür. Monoteknik yaklaşımın dar düşünce yapısı ise insan ihtiyaçlarının çok dinamik ve çok yönlü oluşu ile birlikte kişisel tercihlerin farklılık gösterebileceği gerçeğinin göz ardı edilmesidir. Bir doktorun var olan hastaneler içerisinde en iyi donanımı olanında veya bir mühendisin en iyi bina inşaatı yapmak istemesi anlaşılabilir bir durumdur. Ancak bu yaklaşım birbirleri ile rekabet içinde olan ihtiyaçların olduğu ya da ilk önceliğin kişiden kişiye farklılık gösterebileceği gerçeğini göz önünde pek bulundurmaz. Bu nedenle monoteknik yaklaşım yerinde ve iyi sosyal politikaların geliştirilmesi için çok uygun değildir (Çelik, 2011, s. 50).

Milton Friedman 1929-1936 yılları arasında sağlık sektöründe faaliyet içinde olan farklı ve çeşitli mesleklerin gelir eşitsizliklerini incelemiştir. Fakat asıl sağlık ekonomisinin gelişim göstermeye başlaması Selma Mushkin’in 1958 senesinde kaleme aldığı ve sağlık ekonomisi kavramını tanımlamaya ve açıklamaya çalıştığı makale ile başlamıştır. Mushkin yazmış olduğu bu makalede hızlı bir şekilde gelişen teknolojiye ve bunun getirdiği maliyet hususuna özellikle

dikkat çekmiştir. Ayrıca sağlık sektöründe piyasa, fiyat gibi konulara ayak basarak sağlık ekonomisi kavramını ilk kez sistematik olarak ele almıştır. Mushkin, 1962’de yazmış olduğu bir diğer makalede ise sağlığı yatırım olarak gören görüşleri ilk kez ortaya koymuş ve bu makale daha sonra sağlık ekonomisi alanında en önemli yapıtlardan sayılan ve kabul gören Grossman’ın 1972’de yayınlamış olduğu çalışmasına temel teşkil etmiştir. Fakat sağlık ekonomisi açısından dönüm noktası denebilecek çalışma, Kenneth Arrow tarafından 1963 senesinde kaleme alınan makale sayılmaktadır. Arrow yazmış olduğu bu makalede, sağlık alanının en önemli özelliklerinden biri olan belirsizlik durumu üzerinde durmuş ve incelemeler yapmıştır. Yine sağlık sektöründe serbest piyasa ekonomisinin işleyemeyiş sebeplerini tartışmıştır (Tatar M. , 2012).

İngiliz iktisatçı Dennis Lees ve arkadaşları tarafından 1960’lı yıllarda sağlık ekonomisi kavramı Avrupa’da gündeme gelmiştir. 1970’li yıllarda üzerinde pek durulmamış ve belirtilen tarihlerde ortaya çıkan çalışmaların özellikle ABD’de yoğunlaştığı ekonomi biliminin alt dalıdır. Fakat bir yandan kaynakların sınırlılığı sebebiyle ileri teknoloji ile birlikte sağlık hizmetlerinin daha etkin bir duruma getirilmesi gerekliliği, bir yandan da sağlık hizmetlerinin daha büyük alanlara ve kitlelere ulaştırılması zorunluluğu sağlık ekonomisini hızlı bir şekilde gelişen disiplin haline getirmiştir (Kurtulmuş, 1998, s. 31).

Türkiye’nin sağlık ekonomisi kavramı ile ilk kez karşılaşması 1989 yılında Price Waterhouse tarafından Devlet Planlama Teşkilatı için hazırlanmış olan Master Plan Etüdü ile olmuştur. Bu plan ile ilk kez Türkiye’de sağlık hizmetlerinde verimliliğin, kalitenin, hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması ve dâhili piyasa gibi kavramlar ortaya çıkmıştır. Bundan sonra sağlık hizmetlerinde reform, değişen ağırlıkta ve yoğunlukta olmak üzere hep Türkiye’nin gündeminde yer almıştır. İlk önce 1993’de Türkiye’de en geniş içerikli sağlık politikası dokümanı yayınlanmış, tüm nüfus GSS ile teminat altına alınmış bir reform paketi ayrıntılı olarak ele alınmıştır. 1996-1998 yılları arasında geniş kapsamlı ilk kez sağlık harcamaları ile ilgili araştırmalar yapılmış ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların fazlalığı ve bu kaynakların geldikleri yere ve fonksiyonlara göre nasıl dağılım gösterdiği ortaya konulmuştur (Tatar M. , 2012).

Bu çalışmalar, sağlık harcamalarının Türkiye’de ilk kez ayrıntılı ele alınmasını sağlamış ve önemli ölçüde ön ayak olmuştur. 2000’li yıllarda yöntem

ve sonuç açısından OECD ile karşılaştırılabilir çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca 2003 yılında uluslararası düzeyde Türkiye’de sağlık ekonomisinin gelişimi açısından çok faydalı iki önemli çalışma yapılmıştır. Bunlardan biri OECD Sağlık Hesapları Sistemi ile uyumlu Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, diğer ise Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik çalışmasıdır. İki çalışmanın sonuçları açısından bakıldığında sağlık ekonomisinin ve sağlıkta reform hareketinin önem kazandığı bir dönemde sağlık politikası belirleyicilerine önemli bilgiler sağlamıştır. Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Türkiye açısından bakıldığında sağlık sektörü için ayırmış olduğu kaynakların, gelişmişlik seviyesi ile karşılaştırıldığında bilinenden daha yüksek seviyelerde olduğuna, bu sebeple var olan kaynakların daha etkin ve verimli kullanımının önem verilmesi gereken öncelikli politika olması gerektiğine işaret etmiştir (Tatar M. , 2012).

2. Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ekonomik Analiz Yöntemleri

Kişilerin sağlık düzeyini hem korumayı hem de artırmayı amaçlayan sağlık sistemi; içinde barındırmakta olduğu tedavi etkinliklerinin öncelik gerektiren bölümünü iyi bir şekilde belirlemek durumundadır. Bu sebeple eldeki sağlık sonuçları ve sistemin içine eklenerek işlenmekte olan girdiler beraber değerlendirilmiştir (Çalışkan, 2009, s. 331-332).

Ekonomik değerlendirme yöntemleri sunulması gereken hizmet türü, seviyesi ve zamanlamasıyla ilgili sorulardan yola çıkarak, sağlık yöneticilerine karar noktasında alternatif oluşturabilecek farklı yolları maliyet ve fayda penceresinden sunmuştur. Ekonomik değerlendirme genel olarak, sağlık ile ilgili karar alıcılara sağlık faaliyetlerinin değeri hakkında bilgi verir (Sur & Palteki, 2013, s. 348-349).

Ortak nokta maliyet kavramı, ekonomik değerlendirme de bu noktayı ortaya çıkaran kavramlardan biridir. Sağlık kuruluşlarında finansman giderleri yönetimi, hizmet verilmesi ve programların devam ediyor oluşu, karar verme zamanının etkililiği ve verilen kararların etkili olması için sağlık sistemi içinde güçlü bir şekilde idare edilmelidir. Maliyet yönetiminin ana felsefesi devamlı halde iyileştirmedir. Devamlı iyileştirme; sıfır hata, optimum hizmet karışımı, maliyet faktörlerinde israfın engellenmesi, değer göstergesi olmayan hizmetlerin elimin

edilmesi ve katma değer üreten hizmet sunumlarının fazlalaştırılması ile gerçekleştirilmiştir (Sur & Palteki, 2013, s. 415).

Sağlık hizmetlerinde farklı kaynaklar içerisinde doğru karar verilmesini gerektiren ekonomik yorulama teknikleri, sağlık ekonomisinin sürecine yardım eden önemli noktalardan biridir. Ekonomik yorumlama yolları girdi ve çıktı arasındaki durumu irdelerken; maliyet kavramı her daim girdi olarak kullanılmaktadır ve ekonomik yorumlamayı çeşitlerine göre ayıran durumsa sonuçlar olarak ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda ekonomik yorumlama yapmış olan yazarlar; sağlık sektöründe kaynakların etkili ve verimli kullanımı ve tahsisine yardımcı olan ekonomik yöntemleri dörde ayırırlar: (Yiğit, 2013, s. 14)

- Maliyet Etkililik Analizi,
- Maliyet Fayda Analizi,
- Maliyet Minimizasyon Analizi,
- Maliyet Değer Analizi

Maliyet etkililik, planlanmış olan amaçlara en az maliyet ve en çok çıktıyı elde edebilecek en etkili yolu seçerek bütçe oluşturulmasıdır. Bu yöntemle ortak çıktı, doğal birimlerle (hastalıklardan kendini koruyan kişi sayısı, engellenen komplikasyonlar, kurtarılmış olan yaşam, ağrısız geçen gün sayısı vs.) açıklanmıştır (Balçık & şahin, 2013, s. 124). Maliyet etkililik analizi beş adımda açıklanabilir:

1. Programın hedeflerinin belirlenmesi: problem tespiti yaparak maliyet etkililik analizi yapma amacı net ve kantitatif bir biçimde açıklanmıştır.
2. Bu hedefleri gerçekleştirebilmenin farklı alternatif yollarının tanımlanması: Yapmış olduğumuz çalışmanın hedefini gerçekleştirecek yöntemler tespit edilmiştir.
3. Her alternatifin maliyetini tanımlanması ve hesaplanması: Belirlenen her bir yöntem için maliyetler belirlenir. rnek olarak; belirlenen tedavi yolu ve onun yan etkilerinin oluşturduğu maliyetler belirlenmiştir.
4. Her yöntemin etkililiğinin belirlenmesi ve ölçümü: farklı bir seçenek oluşturabilecek yöntemin etkililiği çıkan neticelere göre saptanmıştır.

5. Her alternatifin maliyet etkililiğinin hesaplanması ve çıktılarının yorumlanması: Maliyet etkililiği, herhangi bir alternatifin maliyetinin seçilen etkisine oranlanarak bulunur ve ortaya çıkan çeşitli sonuçların sebepleri değerlendirilerek analiz yapılmıştır (Ağırbaş, 1999, s. 15-16).

Maliyet fayda analizi; sunulmuş olan sağlık hizmetlerinin hem fayda hem de maddi anlamda değeri belirlenir ve diğer seçenek oluşturabilecek faaliyetlerden net faydası yüksek olan uygulama seçilir (Çalışkan, 2008, s. 37). Bu çalışmada yararların ölçülmesi ve hangi yararın analiz edileceği çok büyük önem taşımaktadır. Sonrasında yararların tespit edilme sorunundan ötürü, yarar çeşitlerinin değerlerinin nasıl belirlenmesi gerektiği üzerine yoğunlaşılmalıdır (Şataf, 2014, s. 110).

Maliyet Minimizasyon analizi; aynı çıktı seviyesinin ortaya çıktığı durumlarda sağlık hizmeti süreçlerinden maliyeti az olanın tercih edilmesidir. Fakat sağlık hizmetinin istenme sürecinin belirsizliği, hasta – hekim arasındaki bilgi asimetrisinden kaynaklı sağlık hizmeti sunum biçimine hekimin karar vermesi ve ortaya çıkan sonuç hakkındaki bilgisizlik kişilerin maliyet minimizasyonu yapabilmesine engel durumlardır (Çalışkan, 2008, s. 178-179).

Maliyet değer analizinde ise, ortaya çıkan neticeden sonra elde edilecek yaşam süresi artışı ve hayat standardındaki iyileştirmeler fikir yürütülür ve aynı çalışmada değerlendirilir. “Hayat kalitesi” ve “hayat süresi” ifadeleri ile ilgili datalar ile hazırlanan anketler kişilere uygulanır. Sonuç olarak sağlık hizmeti alımında kişide oluşan etki salt tıbbi bir iyiye gitme olarak görülmemeli, hayat standardındaki iyileşmeler de dikkate alınarak farklı ekonomik açıdan tekniklerin yoksunluğu ortadan kaldırılmış olur (Loş, 2016, s. 37).

3. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep Analizi

Ekonomi kavramı ile ilgili ilk akla gelen, bulunması zor olan kaynaklarla sınırsız olan ihtiyaçların giderilmesi ve süreç içerisinde mal ve hizmet üretimi yapan ve aynı zamanda tüketim yapanları denetleyerek ortaya çıkan dataları sonuçları, “piyasadaki öncelik verme ile ilgili kararlarda yöntem bulmayı ve bu kararların sonucunda olabilecek neticeleri politika belirleyenlere sunmayı hedeflemektedir” (Tatar, 2017).

Sağlık ekonomisinin farklı bir dal kabul edilip incelenmesi ise, çeşitli alanlarda bahsedilen arz-talep dengesi durumunun piyasa maliyetini oluşturma noktasının varlığı ve sağlık alanı için denge noktasının oluşumuna müdahale ihtiyacının olmasıdır. “ Risk ve belirsizlik durumu, dışsal faktörler, kamu malı olma özelliği, pazara girmek için gereken kurallar ve ölçek ekonomisi gibi belli özelliklere sahip olan sağlık alanını diğer sektörlerden farklı kılan en önemli özellik; arzın talep yaratabilme özelliğidir”. Sağlık hizmetini veren (hekim), hizmeti alan (hasta) arasındaki bilgi asimetrisi; sağlık ile ilgili alınan tüm kararların iletilmesini arz edenlere vermiştir. Ayrıca yoğun kaynak kullanımı sonucunda sağlık sektöründe kaynak harcanmasının önceliklendirilmesi ve etkililiğini zorunlu kılan tedbirlere yöneltmekte ve bu doğrultuda sağlık ekonomisinin aşağıdaki gibi temel alanların varlığını bizlere göstermiştir (Tatar, 2017).

- **Sağlık hizmetlerinin sunumu için kullanılan kaynak miktarı:** Sağlık harcamalarının artışı ve kaynakların sınırlı oluşu; kaynak kullanım miktarını ve kaynakların dağılımının bütün boyutları ile değerlendirilmesi gerektiği bir alan olarak ortaya çıkmıştır.
- **Kaynakların verimli kullanılması:** kaynak temininde verimlilik esaslarına dikkat edilmesi toplumsal yararı maksimize edilmiştir.
- **Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin kişiler üzerindeki etkisi:** sağlık için kaynak kullanımının kişisel ve toplumsal etkilerinin izlendiği alandır.
- **Sağlık hizmetleri arz ve talebinin analizi:** farklı bir seçenek ile hizmet verimi, finansmanı, arz talep durumu ve bunun sağlığa olası etkileri sağlık ekonomisi adına oldukça önem arz eden bir alandır.
- **Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının eşitlik ve adalet yönünden değerlendirilmesi:** sağlık hizmetlerine kişilerin ulaşımı ve bununla ilgili göstergeler incelenir.
- **Ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımı:** Kullanılmış olan sağlık teknolojilerinin fayda ve maliyet analizi yapılarak az olan kaynaklar toplumsal faydaya hizmet verecek şekilde sevk edilmiştir.

- **Sağlığın Ölçülmesi:** Ekonomik değerlendirme yöntemleri kullanılarak, sağlık hizmetlerinin ürettiği bireysel ve toplumsal fayda belirlenmeye çalışılır.

a. Sağlık Ekonomisinde Talep Analizi

Sağlık hizmetlerini etkileyen durumlar; bir malın fiyatı, diğer malların fiyatları(rakip veya tamamlayıcı malların etkisi), tüketicilerin ortalama gelir durumu, tüketicinin zevkleri ve tercih ettikleri ile yaşama bakış açıları, gelecekte beklenenleri ve eğitim seviyeleri, sağlık sektöründe otorite görülen ve önde gelen kurum ve kuruluşlar ya da uzman görüşleri, yapılan kampanyalar ve basındaki sağlık köşeleri ve satıcıların uzmanlık alanları sayılabilir (Çoşkun & Akın, 2009, s. 270).

Loş yaptığı başka kaynak arayışlarında edindiği bilgilerle sağlık sektörünün taleple ilgili konularını şöyle maddelemiştir: (Loş, 2016, s. 14-15).

- Sağlık hizmetleri talebi önceden tahmin edilemez. Bunun sebebi insanların ne zaman, nasıl şekilde hasta olacaklarını bilememesidir ve böylece sağlık hizmeti talebinin ön görülebilmesidir.
- Sağlık hizmetleri piyasasında talep kuralı geçerli olmamaktadır. Sağlık taleplerinde fiyat esnekliği zayıf olduğundan ötürü kişi herhangi bir ilacı fiyatı düşük diye alamaz ya da fiyatı yüksek olan bir ilacın talebinden vazgeçemez.
- Farklı piyasalara göre muadil etkisi zayıftır. Gelir düzeyi sağlık talebinde daha çok etkilidir. Ayrıca sağlık sektöründe talebi etkileyen; demografik, yaş, yaşam biçimi, eğitim ve genetik durumlar gibi birçok sebep bulunmuştur.
- Sağlıklı bir yaşam sürme talebinin artması, toplam nüfusun artması ve toplam nüfustaki çocuk ve yaşlı oranının artışı sağlık hizmetleri talebini artırmaktadır.
- Sağlık hizmeti alan kişiler asimetrik bilgiye sahip olduklarından bu durum ahlaki tehlike oluşturmuştur. Sağlık hizmetini veren hekim, hasta ile yeterli bilgi paylaşmadığından gereksiz hizmet talebine ve bununla

beraber hastanın tedavisinden dolayı ortaya çıkan maliyete yine duyarsız hizmet talebi neden olmaktadır.

b. Sağlık Ekonomisinde Arz Analizi

Sağlık hizmetleri arzını etkileyen etmenler ise; üretilmesi beklenen mal ve hizmetlerin fiyatı, üretim unsurlarının fiyatları ve piyasada bulunabilirliği (piyasadaki finansman seçenekleri, diğer sektörlerdeki karlılık oranı vs.), teknolojik gelişmeler, devletin teşvikleri ve vergilerdeki politika unsurları, geleceğe dair beklentiler, piyasanın özellikleri, devletin yapmış olduğu kısıtlama durumları ve politikalarındaki değişikliklerdir. Farklı bir unsur olarak ise ulusal ve uluslararası sağlık kuralları sayılabilir (Çoşkun & Akın, 2009, s. 276).

Sağlık hizmetlerinin ikamesi olmamasından dolayı, rekabette eksiklik ve tekelleşmeye yöneliklik gibi faktörlere sahip olmakla beraber toplumun tüm kesimlerine arzı gerektiren bir sektördür. Sağlık hizmetleri arzı niteliklerine bakıldığında ise; hekim ve hasta ilişkisindeki bilgi asimetrisinden ötürü, hekimlerin davranış biçimlerinde güven beklentisi, tehlike ve riski üzerine alan bir yaklaşım sergilemesi ve piyasanın diğer satıcılarından farklı olarak mesleki gereği ahlaki davranması beklenir. Bir diğer konu ise sağlık ekonomisinde arz durumlarında lisans zorunluluğu geldikten sonra bazı olumlu ve olumsuz neticeler ortaya çıkmıştır. Sağlık sektöründe lisans zorunluluğu, hastalara zara verilmesinin önüne geçilmesinde ve kalitenin devamlılığı açısından olumlu yönde etki yapmıştır. Fakat sektöre giriş engeline neden olan lisans gerekliliği, rekabeti engellemekte, maliyetlerin artmasına ve sektördeki arz yetkisi bulunanlara monopol karı sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin talebinde kişiler ikame yapamamakta ve dolayısıyla arz fiyatını belirleyemez. Bu sebeple piyasa fiyat dengeleme yetkisi üstlenememektedir. Sektörde gelişen arzın fazla oluşu marjinal fiyatların yüksek oluşundan dolayı fiyat artışı tarafında eğilim gösterebilmektedir. Ayrıca bununla birlikte fiyatlama konusunda sağlık ekonomisi yapısı gereği girişimi fazla içinde bulundurmayan, teknoloji ve çok fazla bilgi gereği duyulan ve arzı da bütünsel bir yapı gerektiren bir piyasadır. Tüm değişikliklerin dışında son olarak arzın fiyat esnekliği azdır. Sağlık hizmetlerinin arz durumundan ötürü bilgi çok fazladır ve arzın miktarını artışa geçirmek uzun ve maliyetli bir zamanı ortaya çıkarır.

Sağlık hizmetleri sunumundaki bütün bu özellikler sağlık ekonomisinde sunumun belirsizlik durumunu ortaya koyar (Çoban, 2009, s. 44-52).

G. Sağlık Hizmetlerinde Devletin Rolü

Sağlık sektöründe tamamen özel sektör tarafından verilen bazı hizmetlerin standartlarının saptanması, bu saptanan kurallara uyulup uyulmadığının kontrol edilmesi ve ücret düzenleme ve belirleme aşamalarında devletin müdahaleleri gerekmektedir. Yani bu sektöre hizmet vermek için giren bir satıcıya hangi hizmetleri vereceğini ve nasıl satacağını devlet yönlendirir.

1. Sağlık ve Devlet

Sağlık sisteminde devlet, yasal düzenlemeleri yaparken aynı zamanda kontrol mekanizması olarak da sistemin içinde dinamik bir rol oynar. Devletin kontrol mekanizması olması, sağlık sistemi için çok önemlidir. Çünkü devlet, denetleyiciliği ile sağlık sisteminin dinamik ve etkin bir şekilde işlemlerini sağlar. Sağlık sistemlerinde devletin belirleyici rolü, ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Örneğin; sağlık sisteminin neredeyse tamamı özel sektörün elinde olan ABD'nin devlet olarak sağlık sistemine müdahalesi çok dardır. Fakat ulusal sağlık sisteminin geçerli olduğu ve devletçi anlayış ile yönetilen sağlık sisteminin var olduğu İngiltere'nin sağlık sisteminde önemli bir belirleyiciliği vardır. Türkiye ise bu iki uç noktada olan ülkelerin arasında yer almakta olup sosyal yönelimli olarak hem sağlık kurum ve kuruluşları açıp, işletip ve sağlık çalışanı istihdamı yapıp hem de özel sektör tarafından sağlanan ve verilen sağlık hizmetleri üzerinde kontrol sağlamaktadır. Bununla birlikte özellikle sağlık sisteminin büyük çoğunluğunu özel sektörün eline bırakan ülkelerde bile koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından veriliyor olması tümüyle devlet müdahaleleri dışında olan sağlık sistemlerine sahip ülkelerin aslında çok fazla yaygın olmadığını da göstermektedir (Dağlı, 2006, s. 16).

İyi ve kaliteli bir düzeyde sağlık hizmeti vermek ve ulaştırma devletin yegâne görevlerinden biridir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin kişilere sürekli ve uygun fiyatlar karşılığında verilmesi gereklidir. Sağlık hizmetlerinin verilmesi sadece ücreti karşılığında alabilecek kişilere değil toplumun yoksul kesiminin sağlık hizmetlerine ulaşabilecek ücreti veremeyecek kişilere de ulaştırılması

gerekmektedir. Bu sebeple, yoksul ve ihtiyaç sahibi kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanması düşüncesi sağlık alanında uyguladıkları sistemleri ne olursa olsun fark etmeksizin neredeyse tüm ülkeler tarafından benimsenmekte ve bu açıdan farklı farklı sağlık sistemi organizasyonları oluşturulmaktadır. Birçok ülkede yoksulların sağlık hizmetlerinden faydalandırılması toplumsal gelişme ve barışın göstergesi olarak en önemli sosyal politikalardan biri olarak görülmektedir. Bu sosyal politikalar ister kamu görevi olarak nitelendirip hükümet kurumları tarafından, ister yarı kamu hizmeti veren organizasyonlarla, isterse de kar amacı gütmeyen dernek, vakıf, dini ve sosyal kurumlar vs. gibi kuruluşlar tarafından yapılsın ülkelerin gelişmişlik düzeyleri açısından yoksullara sağlık hizmeti ulaştırıyor olabilmek çok önemlidir (Kurtulmuş, 1998, s. 135).

Devletin sağlık sektörü piyasaları ile ilgili geleneksel görevleri aşağıdaki gibidir (Saran & Aktan, 2007, s. 6):

- Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri gibi tam kamusal ve tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri gibi yarı kamusal mallar üretmek,
- Sağlık hizmetlerinden faydalanmakta zorlanan kişilerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmek için gönüllü aşılama ve sosyal hizmetler, temiz su tedariki, temiz çevre ortamı, sağlık mal ve hizmetlerinin ücretleme sürecine üst ve alt fiyatların saptanması yolu ile müdahalede bulunulması vb. gibi üretim ve düzenlemeler yapmak,
- Sağlık hizmetlerinin üretim aşamasında kullanılan kaynakların verimli bir şekilde kullanılması,
- Ortalama yaşam süresi, doğumda beklenene ölüm oranları vb. gibi sağlık göstergeleri incelenip gözlemlemek ve buradan yola çıkarak içinde bulunulan toplumun ekonomik, sosyal ve sağlık göstergeleri seviyelerini saptamak, incelemek, geliştirmek ve korumak,
- Piyasa başarısızlıklarının önüne geçebilmek adına kontrol mekanizması işlevini yerine getirmek,
- Sağlık hizmeti verenler ile sağlık hizmeti alanlar arasındaki bilgi asimetrisini ortadan kaldırmaya yardımcı olmak,

- Sağlık hizmetlerinin kişi, bölgeler ve gruplar fark etmeksizin verimli ve eşitlik sınırları içerisinde sunulmasını sağlamak,
- Sağlık mal ve hizmetleri içerisinde yer alan ve rol oynayan kişiler ve gruplar ile ilgili programların düzenlenmesi yolu ile sektördeki beşeri sermaye ve kalitenin yükseltilmesini sağlamak,
- Sahip olunan kıt kaynakların öncelikli olarak toplumun en temel ihtiyacı olduğu alanlarda kullanmak, buna örnek olarak sağlık çalışanı ve sağlık kuruluşlarının bölgeler arası eşit olmayan dağılımını yasal yollarla bir yerde toplanmasının önüne geçilmesi olarak gösterilebilir.
- Sağlık harcamalarının kısmen ya da bütünün tamamının finansmanını sağlamak,

Anlaşılabacağı gibi sağlık mal ve hizmetleri pazarında kamu; sağlık hizmetleri üretip, alarak, sağlık değişkenlerini inceleyerek ve denetleyerek, sağlık sektöründe Ar-ge çalışmalarıyla, sağlık alanındaki teknolojik gelişmeleri takip ederek, sağlık pazarlarını düzene sokarak, sağlık hizmetleriyle ilgili tüm bilgilendirmeyi yaparak, sağlık iş gücünü değişim ve gelişime sokarak, herkesin ulaşabileceği seviye ve düzeyde hizmeti sağlayarak önemli görev ve sorumluluklar sahiplenmektedir.

2. Sağlık Alanına Devletin Müdahale Nedenleri

Sağlık hizmetleri üretiminde devletin birinci dereceden rol oynamasının sebepleri şöyle sıralanabilir (Orhaner, 2006, s. 3)

- Sağlık hizmetlerinin üretimi sadece bireyler için değil toplumun tamamı içinde önemlidir,
- Sağlık hizmetlerinin talebinin saptanması; bilgi asimetrisi, gelir dağılımındaki adaletsizlik, sağlık hizmetleri kalitesi vb. sebeplerden ötürü oldukça güçtür. Devlet elindeki bilgiler çerçevesinde sağlık hizmetleri talebini daha iyi tahmin edebilir,
- Sağlık hizmetlerinde özel kesimin yapmış olduğu girişimler olumlu olsa da, talebin karşılanmasına yetmemektedir,

- Özel sağlık sekt6r6nde şirketler kar amacı g6tt6klerinden sağlık yatırımları genelde hep aynı b6lge de tutmaktadırlar,
- Sağlık hizmetlerinde b6l6nmezlik s6z konusudur. Hastalıkların çoğu için 6lke genelinde uğraş gerekmektedir,
- Piyasanın b6y6kl6đ6; hastane, poliklinik, dispanser, laboratuvar gibi sağlık mal ve hizmeti 6reten birimlerin ekonomik açıdan kuruluşunu ve işletilmesini engellemektedir,

Devlet 6lkelerin geleceği açısından sağlıklı nesillere ihtiyaç duymaktadır ve duyacaktır da, bu sebeple 6lkelerin ekonomik olarak kalkınmaları açısından ve bu kalkınmaların devamlılığı açısından sağlık hizmetlerinin gelişme ve iyileştirme s6recinin hep var olması ve devam etmesi gerekmektedir. Tabi teknolojinin de gelişmesiyle sağlık hizmetleri modernleşmektedir ve devamlılık s6reci de sağlık harcamalarında s6rekli artış olması demektir. Devlet, sağlık hizmetleri finansmanını vergilerle karşılamaya çalışmaktadır fakat bu bir noktada yeterli olmamaktadır. Buradan yola çıkılarak konu 6zerinde are aranmış ve 6z6m olarak çeşitli sağlık politikaları 6retilmiştir. Bunlardan bazıları vatandaşın sağlık hizmetleri sırasında ve ilaç alımı karşılığı 6demiş olduğu katkı paylarını artırmak ve 6zel sağlık sigortalarını cazip hale getirmeye çalışmaktır. T6m bunlara rağmen devlet sağlık hizmetleri harcamalarına yetersiz kalmaya devam ettiğinden Sağlıkta D6n6ř6m Programı başlatılmıştır.

Devletlerin sağlık sigortası ve benzer y6ntemlerle sağlık harcamalarının 6stlenme gibi nedenlere dair literat6rde çeşitli kavramlar gelişmiştir (Sayım, 2011, s. 32).

- Yetersiz Bilgi
- Olumsuz Seçim ve Ahlaki Tehlike
- Dışsalılıklar
- Paternalizm

Tıp alanında bilgi eksikliği iki taraflıdır. Bazı hastalıklarda hekimde yeterli bilgiye sahip olmazken hasta açısından da bilgi eksikliğinden s6z etmek m6mk6nd6r. Hasta sağlık talebi ile bir hekime başvurduğunda alacağı hizmet, kendisine uygulanacak tedavi hususunda seçim yapabilme bilgi, deneyim ve

yetiye sahip değildir. Bu duruma tamamen hekim karar verir ve hastanın hekimin uygun gördüğü tedavi konusunda bilgi birikimi yoktur.

Özel sağlık sigortalarının çeşitli risklere sahip kişiler arasında ayırım yapmadan riski az olanlardan elde ettiği finansı riski fazla olanların finansmanında kullandığı bir durum vardır. Bu durumdan ötürü riski az olan başka bir ifade ile iyi risklerin fazla prim ödemelerinden dolayı sigortaya yanaşmaması söz konusu olabilmektedir. İyi risklerin sigorta satın almamaları demek primlerin artması demektir. Yani sadece kötü risklerin sigorta satın almış olduğu bu sürece de, olumsuz seçim denilmektedir (Sayım, 2011, s. 34).

Birey ya da firmaların yapmış olduğu organizasyonlarla ilgili tüm maliyetleri üstlenmediği (negatif dışsallık) veya tüm yararları içine almadığı (pozitif dışsallık) durumlarda meydana çıkan bir fenomen olarak nitelendirilebilir. Sağlıklı kişilerin kendi yaşam kalitelerinin yanı sıra toplumun sağlığını da fiziksel ve mental açıdan da olumlu etkilemeleri, sağlık hizmetlerinden doğan pozitif dışsallığa örnek olarak gösterilebilir. Toplumun ve kişilerin sağlıklarının korunabildiği durumlarda işgücü ve ekonomik aktivitelerin biz bozukluğa uğramaması, örnek gösterilebilecek başka bir dışsal faydadır (Sayım, 2011, s. 34).

Paternalist toplumlarda ast ve üst ilişkileri en basit şekilde ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkiye benzemektedir çünkü üstün sorumluluğu ve görevi astını korumak, yönlendirmek, yol gösterici olmak ve onun iyiliği için alınması gereken kararları onun adına almaktır. Tüm bunların karşılığı olarak ise asttan üstüne karşı koşulsuz bağlılık ve güven beklenmektedir. Paternalist toplumlar sayılan bu özellikleri itibarı ile genellikle feodal ve patriarkal yapıya sahip olan aile ve devlet düzenlerinde görülmektedir. Devlet kendini, babacan ve pederşahi olarak isimlendirir ve vatandaşlarını himayesi altına alıp onlara baklamlı yükümlüdürler (Köksal, 2011, s. 160).

Kısaca konuyu özetlemek gerekirse devlet halktan sınırsız güven ve sadakat beklerken karşılığında halkını onlardan çok düşünür. Paternalist düşüncenin tam aksine birçok iktisatçı ve sosyal felsefeci, devlet tarafından tüketicilerin tercihlerine saygı duyulması gerektiği düşünülmektedir (Sayım, 2011, s. 34).

Sonuç olarak, sağlık sektörü devletin en müdahil ve baskın olduğu sektörlerden biridir. Devlet kontrol ve dzenleyiciliğinin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve özel sektörde hizmet veren sağlık kurumlarının fiyatlandırma politikalarının saptanmasında büyük rol oynar. İngiltere rneği verilir ise sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu tümüyle devlet sorumluluğundadır. Son yıllarda sağlık harcamalarındaki artış ve bireylerin Őikyetleri çoğalınca devletler yeni arayışlara yönelmişlerdir. Sağlık harcamalarını optimum düzeyde tutup hasta memnuniyetini artırmak esas amaç olmuştur.



III.SAĞLIK HARCAMALARI VE GÖSTERGELERİ

Son yıllarda sağlık ve ekonomi kavramları fazlaca bir arada kullanılmaya başlanmıştır. Herhangi bir ülkenin, ekonomik anlamda güçlü olmasının ve büyümesinin sağlanıp devamlılığının olabilmesi için sağlık bir topluma ihtiyaç vardır. Sağlıklı toplumu ise sağlıklı bireyler oluşturur, Sağlıklı toplum bir anlamda nitelikli insan kaynağıdır ve kalkınma için çok önemlidir (Karagöz & Tetik, 2009, s. 2).

Sağlıklı bir toplumdan söz edilmek için toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde sağlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir. Bu hizmetlerin karşılanıp sunulabilir olması için yapılan tüm harcamalara sağlık harcamaları denir. Sağlık harcamaları sadece bozulan sağlığı yerine getirmek için yapılan harcamalar değil aynı zamanda aşılama ve cinsel yollarla bulaşan hastalıkları önlemek gibi sağlığı korumayı amaçlayan tüm koruyucu sağlık hizmetleri ve beslenme gibi geliştirme amaçlı harcamalarda sağlık harcamaları kapsamına girmektedir (Ünal, 2017, s. 11).

Sağlık ekonomisinin en zorlandığı problemlerden biri hangi harcamaların sağlık harcamaları olarak nitelendirilebileceğidir. Bir taraftan tıbbi bakım diğer yandan kozmetik uygulamaları (saç ektirme, estetik operasyonları, yağ aldırma vb.) ile rekreasyon aktiviteleri (kaplıca, fitness vb.) hatta gıda, içecek, barınma gibi harcamalarına ne şekilde dahil olduğunu belirleyecek bir çizgiyi saptamak güçtür (Tıraş, 2018, s. 52).

Sağlık bakanlığı tarafından 2006 yılında yapılan tanımlamaya göre sağlık alanında yapılan araştırma geliştirme, sağlık eğitimi, çevre sağlığı hizmetleri, gıda, hijyen, içme suyu harcamaları da sağlık harcamalarına dahil edilmektedir. Fakat bu harcamalar uluslararası karşılaştırmalarda kullanılmamaktadır.

Bir ülkenin sağlık harcamalarındaki artış o ülkenin ekonomik gelişmesini doğrudan etkilemektedir. Sağlık sektörünün, eğitim sektörü ile beraber önceliği olan sektörler olarak kabul edilmesi gereklidir. Çünkü sağlık harcamaları

sıradan, kolay ve geçici harcamalar değildir. Aynı zamanda sağlığın emeklerin verimliliğini artırdığından sağlık harcamaları, yatırım harcamaları olarak da görülebilir (Gülcan, 2008, s. 24).

Sağlık harcamaları bir ülkenin ekonomik kalkınması için çok büyük öneme sahipken bu durum günümüzde önemini iyice artırarak ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermekte (Akar, 2014, s. 311).

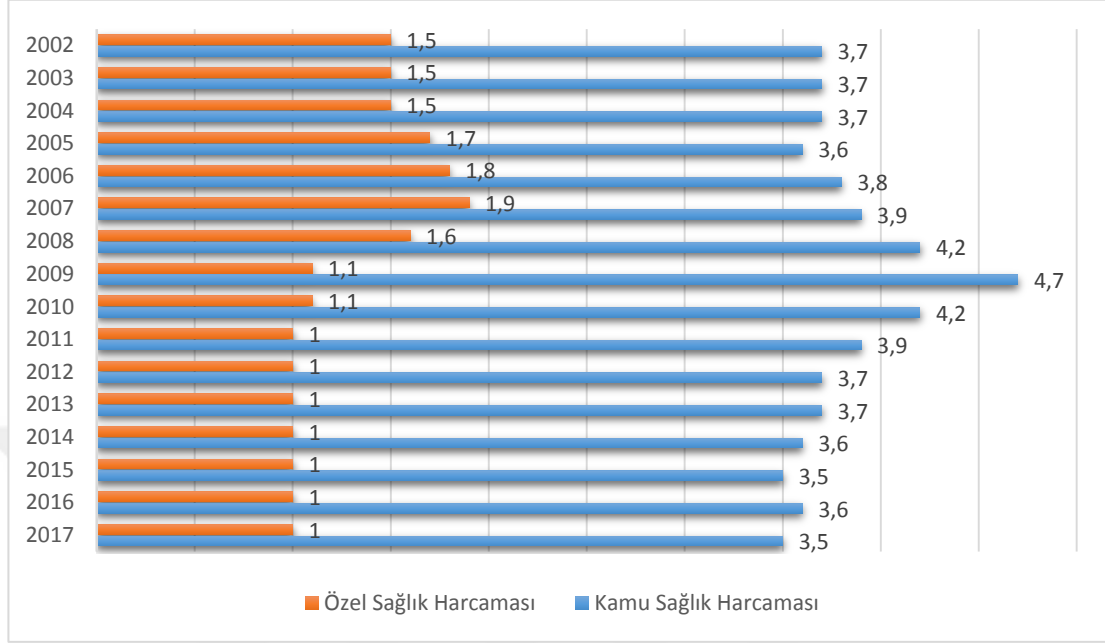
Sağlık sektörüne aktarılan finans kaynaklarının kıt olması ile son zamanlarda ülkeler bu sektöre daha fazla kaynak ayırması konusunda etken olmuştur. Aynı zamanda bu durum ülkelerin ellerinde var olan kaynakların verimli ve etkin kullanımının yanı sıra ek olarak alternatif seçeneklerin de göz önünde bulundurulmasını gerektirmektedir. Ayrıca sağlığa yapılan harcamaların farklı farklı türlerde olması da bu durumu etkilemektedir (Mutlu & Işık, 2012, s. 208).

Sağlık harcamalarının oranı ülkeden ülkeye gelişmişlik düzeyine göre değişkenlik gösterse de neredeyse tüm ülkelerin harcama yaptığı ve ayırdığı bir alandır. Tabi teknolojik açıdan gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan bütçe ile gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelere ya da gelişmekte olan ülkelere kıyasla daha fazla olduğu gözlemlenmektedir (Akar, 2014, s. 311).

Sağlık harcamalarının devlet bütçelerinde ve toplam bütçelerde sürekli artış gösteren hacmi sağlık sektörüne olan ilgiyi oldukça arttırmıştır. Aynı zamanda sağlık harcamaları ülkelerin gayri safi yurtiçi hâsıla (GYSİH) oranında da önemli bir yer bulundurduğundan ve ayrıca sağlık harcamalarının eşit dağılımı ve etkinliği de piyasa araştırmacılarının ilgisini çekmiştir (Yazıcı, 1994, s. 13-14).

Sağlık harcamaları ülkeler tarafından milli düzeyde kıyaslanırken dünya neredeyse tamamında belirlenmiş standart tanımlamalar oluşturulmuştur. Bunlardan en fazlaları kişi başına düşen ilaç ve sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasılaya oranları ve ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki kısmıdır. Buradan yola çıkarak belirli zaman aralıklarında harcamalarda ortaya çıkan farklılıklar ve eğilimler farklı ülkelerin harcama oranları ile karşılaştırılabilir (Smith, 1998, s. 35).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'na göre ülkelerin gelişebilmesi için ya da gelişimine devam edebilmesi için önlerine hedef olarak her yıl sağlık harcamalarının GSMH'nin %5'ini oluşturması gerekmektedir (Akın, 2007, s. 29).



Şekil 1. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği Yıllığı 2017, 2018

Şekilde de görüleceği üzere sağlık harcamalarının yıllara göre GSYİH'de ki oranı farklılık göstermektedir. Hem kamu hem de özel sektör tarafından sağlık harcamaları karşılanmaktadır. Türkiye için 2017 yılında oran %3,5 olduğundan henüz gelişmekte olan bir ülke olduğu söylenebilir.

Sağlık harcamaları, ülkelerin neredeyse tamamında hızlı bir şekilde artış göstermektedir. Bir ülkenin kamu harcamalarının önemli ölçüdeki bir kısmını sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Bununla birlikte sağlık harcamalarının temelindeki nedenlerin belirlenmesi oldukça büyük bir öneme sahiptir (Karagöz S. , 2015, s. 23).

A. Cari Sağlık Harcamaları

Cari ve yatırım harcamalarının tamamı toplam harcamaları oluşturmaktadır. Hastaneler, evde hemşirelik hizmetleri, ayakta bakım hizmeti verenler, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme hizmeti verenler, halk sağlığı faaliyetlerinin sunum

ve yönetimi, genel sağlık yönetimi ve sigorta sınıflandırılmamış olan gider olarak yer almaktadır.

Cari sağlık harcamaları çoğunluğu süreklilik arz eden, etkileri gelir geçer olan ve bir kez kullanılıp bitirilen mal ve hizmetler için yapılan sağlık harcamalarıdır. Cari sağlık harcamaları hasta kişinin tüm tedavisini, rehabilitasyon hizmetlerini, koyucu ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetlerini, yardımcı tıbbi hizmetlerle ve tüm bu hizmetlerin yönetim aşaması ve halka sunulması için gerekli olan ilaç, tıbbi malzeme, personel, yönetim, hizmet alımı ve tıbbi tetkikler için yapılan harcamalarını içermektedir. İlaç harcamaları ve personel giderleri cari sağlık harcamaları içerisindeki en büyük orana sahip olan harcamalardır. Bu harcamalar kendi içerisinde genel devlet ve özel sağlık harcamaları olarak ikiye ayrılır. Cari sağlık harcamalarının ikiye ayrılması aynı zamanda finansmanda kullanılan fonların kaynağını da göstermektedir (Tıraş, 2018, s. 121).

Cari sağlık harcamaları aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir (Atasever, 2014, s. 20-21).

- **Personel Giderleri:** Sağlık sektöründe görev yapan personeller için ödenen maaş, ek ödeme, nöbet tutan personel ücretleri, sosyal güvenlik giderleri ve yol ücretlerinden oluşmaktadır.
- **Hizmet Alım Giderleri:** hizmet alım yöntemi ile sağlık sektöründe çalışan personellerin kullandığı araç-gereç ve malzemelerin (temizlik malzemeleri, yemek malzemeleri vb.) oluşturduğu harcamalardır. Görüntüleme ve laboratuvar giderleri bu harcamalara dâhil değildir.
- **İlaç Giderleri:** : Perakende ilaç harcamaları ile sağlık hizmet sunucularında hizmet alan kişiler için kullanılmakta olan ilaç ve Sağlık Bakanlığınca temin edilen aşı giderlerinden oluşmaktadır.
- **Tıbbî Malzeme Giderleri:** İyileştirmeyi ve kişideki hasarı gidermede tek başına yeterli olmayan, teşhis, tedavi ve bakım amaçlı işlemlerin yapılması sırasında tek sefer veya sınırlı bir sayıda kullanılmaya özel tıbbî malzemeler ile ortez ve protezler için kullanılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

- **Tıbbî Tetkik (Laboratuvar ve Görüntüleme) Giderleri:** Sağlık alanındaki laboratuvar ve görüntüleme çerçevesinde yapılmakta olunan hizmet alım giderleri dâhil tüm laboratuvar ve görüntüleme harcamalarından oluşmaktadır.
- **Yönetim Giderleri:** Sağlık hizmeti veren kamu-özel sağlık kuruluşlarında (merkezi yönetim bölümleri ve birinci basamak dâhil) yönetim, planlama, örgütleme, koordinasyon ve kontrol işlevlerini gerçekleştirmek için yapılan sağlık harcamalarını içerir.
- **Kanuni Yükümlülükler:** 2013 yılından beri Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna dayalı döner sermayeli kurumların kazançlarından Sağlık Bakanlığı tarafından alınan %5 kısım (üniversitelerle ortak kullanılan hastaneler için %2,5), Sağlık Bakanlığına ve ona bağlı kuruluşların altındaki döner sermayeli kurumların kazançlarından hazineye ödeme yapılan %1 kısım, Sağlık Bakanlığı ve bağlı işletmelerin döner sermayeli kuruluşlarının gayri safi hasıladan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına ödeme yaptıkları %1 kısım, damga vergisi, zorunlu mesleki sigorta vb. harcamaları ile üniversite sağlık kurumlarının döner sermaye kazançlarından hazineye ödeme yaptıkları %1 kısım, üniversite sağlık kuruluşlarının döner sermaye kazançlarından üniversite araştırma fonuna ödeme yaptıkları %5 kısım (Sağlık Bakanlığı ile ortak kullanımda olan hastaneler için %2,5) ve zorunlu mesleki sigorta ile özel işletmelerin ödemekte olduğu vergiler ve zorunlu mesleki sigorta giderlerinden oluşmaktadır.
- **Diğer Cari Giderler:** Sağlık hizmeti vericilerinin yakacak, kırtasiye, elektrik, akaryakıt, su, tekstil malzemesi, ulaştırma, haberleşme, kira vb. giderlerinden oluşan harcamalardır.
- **Sınıflandırılmayan Cari Giderler:** Tüm sayılan giderler dışında kalan cari sağlık harcamalarını oluşmaktadır.

B. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Ülkeler günümüzde kalkınma tasarımlarında sınırlı olan kaynaklardan etkili ve verimli yararlanılabilmesi açısından kullanılan tüm harcamaları ekonomik

anlamda incelemekte ve harcamaların hedefe erişip erişmediğini sorgulamaktadır (Akın, 2007, s. 31).

Sağlık harcamalarının özellikle son zamanlarda gelişmiş ülkelerin başta olmasıyla birlikte birçok ülkede GSMH'deki payı artarak devam etmektedir. Gelişmiş uluslardaki sağlık harcamalarının artışıdaki hız, gelişmemiş ve gelişmekteki ülkelere göre fazla görülmektedir (Boz & Sur, 2015, s. 25).

Gelişimi devam eden, gelişmiş ya da az gelişmiş ülkelerin tamamında sağlık harcamalarındaki artışın nedenleri genel itibari ile birbirlerine yakındır. Bu sebepler ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel unsurlar biçiminde sıralanabilir (Hansen & King, 1996, s. 127).

Ülkelerin birçoğu sağlık harcamalarının yükselişi gerçeği ile yüz yüzedir. Bu açıdan çoğu ülkede devlete ait giderlerin oldukça önemli bir kısmını sağlık harcamaları oluşturmaktadır ve bu fazlalığın sebeplerini belirlemek de önem taşımaktadır. Sağlık harcamalarını yükselten veya etkileyen unsurlar ayrı ayrı başlıklar halinde inceleyebilir.

1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Ülkelerin gelirleri ve üretimleri arttıkça kişiler hayatlarını daha kolay ve rahat devam ettirebilecek hizmetler talep etmektedirler. Kamu ya da diğer kuruluşların asıl hizmetleri teminat altına alması ile kişilerin temel ihtiyaçları dışında kalan mal ve hizmetlere taleplerini yükseltmektedir. Bireylerin gelirlerinde yükseliş oldukça hayat standartlarının kaliteli bir biçimde olması için sağlık hizmetlerine olan talepleri de yükselmektedir (Karagöz S. , 2015, s. 24).

Bir ülkede kişi başına düşen gelirin az olduğu durumlarda hastalıkların yaygın bir şekilde görülmesi beklenen bir neticedir. Gelirin az olması sebebiyle temel sağlık hizmetleri giderlerinin karşılanması güç hale gelir ve gelişen hastalıklar kronik hale gelerek tedavinin uzamasına ve maliyetin yükselmesine sebep olur. Geliri az insanlar sadece devletin vermiş olduğu sağlık hizmetlerden yararlanırken geliri yüksek olan insanlar hem devlet hem de özel alanın sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Bu ise kişilerin hizmetten en yüksek durumda faydalanması ve sağlık harcamalarında yükselişe sebep olabilmektedir. Bireysel gelirdeki bir birimlik yükseliş gerçekleştiğinde talep

edilen kamu hizmetlerinde bu daha fazla yükseliş olarak yansımaktadır (Mutlu & Işık, 2012, s. 218).

Milli gelirdeki yükseliş ile bireysel gelirde yükselmekte bununla birlikte hem kamu hem de özel sektörde verilen sağlık hizmetlerine olan talebin ve sağlık harcamaların yükselmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda milli gelirin yükselmesi devletlerin sunulacak sağlık hizmetleri için gerekli olan kaynaklara daha kolay sahip olmalarına sebep olmaktadır, bu da devletlerin sağlık hizmetleri için kullanacakları harcamaların artmasına neden olmaktadır (Mutlu & Işık, 2012, s. 218).

2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Toplumun oluşumundaki bireylerin eğitim düzeylerinin yükselmesi ve buna bağlı olarak sağlık bilinç düzeyinin iyileşmesi ve gelişmesi, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına sebep olmaktadır. Kişilerin eğitim düzeylerinde oluşan artışla birlikte kişiler sağlık alanında türeyen gelişmelerden daha fazla haberdar olup kaliteli sağlık hizmeti talep etmeye yönelmektedir. Yapılan araştırmalarda toplumu oluşturan kişilerin sağlık düzeyleri ile hayat standartları arasında bir bağlantının var olduğu belirlenmekte ve kişilerin yaşam biçimlerinin sağlık seviyelerini etkilediği görülmektedir. Artış gösteren tıbbi kaynaklar ve eğitim düzeyinin artması kişi sağlığını tıbbi hizmetlerin harcanması yönünden yükselmesi yolu ile etkilemektedir. Sağlıklı bir hayat için eğitilmiş olan kişiler her türlü besinsel ve fiziksel programda bulunmaktadır. Aynı zamanda tıptaki gelişmelerin yanında hastalıklarla savaş tekniklerinin fazlalığının artması ile farkındalığı olan kesimlerin yeni ve farklı hizmetlere olan taleplerini artırmaktadır. Eğitimin artış göstermesi ile beraber sağlık bilinci seviyesi artmaktadır ve günümüzde sağlık endüstrisi büyümekle birlikte en karlı alan haline gelmektedir (Mutlu & Işık, 2012, s. 220).

3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Tüm kesimler tarafından kabul edilmiş genel sosyal değer yargıları küreselleşen dünyada hızla bir şekilde değişime uğramaktadır. Geçmiş zamanlarda genel kabul edilmiş değerler yerini ihtiyaçların oluşturduğu doğrultuda yeni ve farklı bakış açılarına vermektedir. Sağlık harcamaları hususundaki bakış açıları da zamanla değişime uğramaktadır. Geçmiş

toplumlarda lüks olarak bilinen bazı mal ve hizmetler çağımızda vazgeçilemez bir hale gelmiş olması ile birlikte önceleri lüks olarak kabul edilen sağlıkta teşhis yöntemleri de artık vazgeçilemez bir hale gelmiştir. Olağan sağlık sorunları irdelenirken dahi söz konusu olan kişi sağlığı olduğundan mali değeri yüksek teşhis yöntemleri kullanılabilir. Toplumun sağlık hususunda yaşamakta olduğu kaygılar bu harcamaların ötesindeki sebeplerdendir. Aynı zamanda eğitim düzeyinin artması ile birlikte her şeyden haberdar olmayı sağlamış negatif çıktı olarak ise yaşam kaygısını ortaya çıkarmıştır (Akın, 2007, s. 33).

4. Teknolojik Gelişmeler

Teknolojideki ilerleme ve gelişmeler tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörü açısından da takip edilmektedir. Sağlık hizmetleri sunulurken gereksinim duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipman ve teçhizatların temin edilmesi oldukça çok maliyet gerektirir (Tokalaş S. , 2006, s. 29).

Sağlık sorunlarının giderilmesi açısından gereksinim duyulan teknolojik gelişmelerin devam eden ve uzun süren çalışma ve araştırmalara dayanması maliyetleri, bu doğrultuda da harcamaları artıran bir sebeptir. Bu iki sebebe bakıldığında sağlık alanında teknolojik gelişmeler önem taşımakta ve bununla ilgili giderlerinde de artmasına sebep olduğu dile getirilmektedir. Aynı zamanda teknolojik gelişmeler neticesinde oluşan ürün ve makinelerin kullanımı, bunları kullanacak kalifiye ve kaliteli personelin yetiştirilmesi ve bunların bakım giderleri de teknolojik gelişmelerin sebep olduğu artışlardandır (Mutlu & Işık, 2002, s. 149).

5. Şehirleşme

Ekonominin gelişim göstermesi ile birlikte sanayileşme düzeyindeki artışın doğurmuş olduğu önemli neticelerden biri şehirleşme durumudur. İnsanların üretimde daha etkili olmaları sonucunda beraber yaşama zorunluluğu meydana gelmiştir. Beraber yaşamlarını sürdüren kişi sayısında ki yükseliş ile birlikte sunulan sağlık hizmetlerinin de yükselişini gerektirmektedir. Şehirleşmenin olduğu her yerde sağlık kuruluşlarının yeteri miktarda bulunması, gerekli sağlık çalışanının, ilacın ve teknolojinin bulunması ve altyapı çalışmalarının olması gereklidir. Bu durumun aksi halinde herhangi bir salgın hastalığın meydana çıkması çok sayıda kişiyi etkiler ve çok fazla nüfus kayıplarına sebep olabilir.

Beraberinde bu da sağlık harcamalarının yükselmesine sebep olmaktadır (Mutlu & Işık, 2005, s. 216).

6. Yaşam Süresinin Uzaması

Yaşlı nüfusun zaman ilerledikçe artması sağlık harcamalarında yükseliş sebepe olmaktadır. Neredeyse dünyanın tamamında gelişmiş ülkelerin nüfusunun gün geçtikçe yaşlılığın arttığını ve bunun sağlık sektöründeki gelişmelerin etkisiyle devam edeceği anlaşılmaktadır (Tıraş, 2018, s. 58).

Kişilerin hayat sürelerinin uzunluğu, ülkenin sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi, kalifiyesi ve bu hizmetlerden yararlanabilme olanaklarına bağlıdır (Karagöl, 2002, s. 69).

Gelişmiş ülkelerde yaşam düzeylerine bağlı olarak ortalama yaşam süresinin artması ve yaşlı nüfusun yükselmesi sağlık bakım hizmetlerine olan talepte artış göstermekte, bu da gerek hizmet miktarını gerekse de sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Ortalama yaşam süresinin uzaması sağlık harcamalarını artırmakla birlikte sağlık hizmetlerinin ve sağlık harcamalarının yükselmesi de ortalama hayat süresini artırmaktadır (Tıraş, 2018, s. 58).

7. Toplumsal Düzendey Meydana Gelen Değişimler

Hemen hemen her ülkede demokratik düzenlerde gerçekleşen değişimler ve teknolojideki ilerlemelerle birlikte dünya hızlı bir küreselleşme sürecine girmiştir. Bu gelişmelere doğru orantıdaki ülkelerden ziyade kişilerin hür oluşları daha da ön plana çıkmıştır. Demokratik düzenlerin yaygınlık göstermesi ile birlikte geniş kesimler isteklerini daha rahat açıklama imkânına sahip olmuş ve bununla birlikte de siyasal yapıyı etkileme olanağı bulmuşlardır. Bu doğrultuda kişilerin hürlükleri ve hakları yükselmiş, aynı zamanda da toplumun devletten beklentisi artarak daha fazla hizmet istemiştir (Işık, 1998, s. 80). Ayrıca demokratik düzenlerin artış göstermesi özellikle de orta sınıf seçmeni kamu harcamalarında oluşan yükselmenin asıl belirleyicisi haline getirmiştir.

C. Türkiye ve Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Uygulanan Sağlık Sistemleri

1. Türkiye’de Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış

Türkiye’nin sağlık sistemi oldukça karmaşık yapısı olan bir sistemdir. Vatandaşların bir kesimine sağlık sigortası mecburi tutulurken başka bir kesim için sosyal güvenlik biçimi uygulanmıştır. Türkiye sınırları çerçevesinde yaşam sürdüren tüm kişiler sağlık hizmetleri için devlet kurumlarından ya da kar hedefi olan ve serbest piyasa sistemi kapsamında olan özel sağlık işletmelerinden yararlanabilirler (Yanar, 2011, s. 30).

Türkiye’nin sağlık sistemi hizmet arzı ve hizmet talebi açısından değişiklikler gösteren sistemdir. Türkiye’de sağlık hizmetleri özel sektör için kamu ve serbest piyasa kapsamında olup yirmi üç farklı kuruluş tarafından sunumu yapılmaktadır. Sağlık hizmetinin alımı aşamasında sağlık poliçesi teminatı kapsamında olanlar veya olmayanlar şeklinde ikiye ayrılmaktadır (Akın, 2007, s. 38).

Türkiye’de sağlık politikaları dört dönemde yorumlanabilir. Bunun sebebi Sağlık Bakanlığı’nın kuruluşundan bugüne değin sağlık hizmetleri sunumunda ve kurallarında olan değişikliklerdir.

a. 1920-1937 Dönemi

Ülkemizde Cumhuriyet tarihinin ilk dönemlerinden, ülkenin tümüne yayılmış salgın hastalıklar, bahsi geçen zamanlarda hizmet verecek kurumların azlığı ve hasta olmayan insan yetisinin olmaması bu hizmetleri kamunun vermesine neden olmuştur. Bununla birlikte, mücadelelerden, muharebelerden dolayı sosyal ve ekonomik krizler sağlık problemlerinin azalmasını zor hale getirmiştir ve geciktirmiştir. O zamanlar, hayata geçirilen sağlık alanında ve sosyal yardım amaçlı kanunlar ve mevzuatlar oluşturulup, işlenebilir hale getirilmiştir (Çirpici, 2010, s. 39-40).

b. 1938-1960 Dönemi

Türkiye’de Cumhuriyet çağının ilk sağlık planı olarak da kabul görülen ve oldukça önemli bir çalışması olan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946’da Yüksek Sağlık şurası tarafından onay verilmiştir. Bu planla birlikte ikinci bir seviye olarak 1954 yılında Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan

“Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” faaliyetleri hayata sokularak Türkiye’nin sağlık planlaması ve programının yürütülmesi sürecinde önemi büyük yer bulmuştur. Aynı zamanda tedavi hizmetlerinin ve hastanelerin öneminin yükselmesi ile birinci basamak hizmet sunan personellerin hastaneye yönelmesi, asıl hizmet olan koruyucu sağlık hizmetlerinin geriye düşmesine neden olmuştur (Erdoğan, 2014, s. 84-85).

c. 1960 - 1980 Dönemi

1961 senesinde, milli sağlık hizmetlerinin oluşmasına ortam sağlayan 224 sayılı, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" konusundaki hüküm yürürlüğe sokulmuştur. Bu hükme istinaden, sağlık hizmetlerinin tarafsız şekilde, sürekli ve toplumun talepleri yönünde gerçekleşmesini üzerine durulmuş, şehirde bağlantılı bir düzen mantığıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve şehir hastaneleri biçiminde yapıya gidilmiştir. Bu tüzük sayesinde vatandaşların ücret ödmeden ya da az ödeme yaparak sağlık hizmetinden yararlanması amaçlanmıştır (Koca, 2015, s. 19-20).

d. 1980’li Yıllardan Günümüze

1980 yılı başlangıcında ortaya çıkan liberal politikalar bu yılların devamında da süregelmiştir. Devletin sosyal olması gerektiği algısı benimsenmesi ve piyasanın serbest nitelikli dışa açık olacak şekilde genişlemesi amaç haline gelmiştir. Bugün bakıldığında tedavi edici sağlık hizmetlerine devlet tarafından yapılan harcamaların sosyal harcamaları da artırdığı saptanmaktadır. Sağlık harcamalarının büyük bir kısmını ilaç ve tıp teknolojisi oluşturmaktadır. Bunun sonucu olarak devlet bu harcamalar sırasında maliyetleri azaltmak ve aynı zamanda sağlık sistemi adına önemli değişiklikler ve düzenlemeler yapmalıdır. Bununla beraber kişilerin sağlık hizmetlerinden eşit ve adaletli bir biçimde yararlanabileceği, kalitenin artacağı ve hasta memnuniyetinin iyi bir noktaya geleceği ön görülmektedir (Çirpici, 2010, s. 44-45).

Sağlıkta Dönüşüm Organizasyonu, 2003 senesinde sağlık sisteminin tamamını kapsayacak biçimde oluşturulmuştur. Bu yıldan 2008 yılına kadar olan süreç sağlık sektörü için ciddi farklılıkların gerçekleştiği zaman dilimi olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın asıl amaçları şöyledir (Koca, 2015, s. 21).

1-Denetleyen ve Planlaan bir Sağlık Bakanlığı,

2- vatandaşların tamamını aynı çatı altında birleştiren genel bir sağlık sigortası,

3- Kolay ulaşılabilen ve yaygın sağlık hizmeti sistemi,

4- Bilgi ve yetenek ile donatılmış, motivasyonu iyi çalışan sağlık beşeri gücü,

5- Sisteme destek verecek eğitim ve bilim kurumları,

6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,

7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,

8- Karar aşamasında etkin bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi”

Türkiye’nin sağlık sisteminde gerek devlet gerek özel gerekse de gönüllü örgütler yer edinmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmekle yetinmeyip koruyucu sağlık hizmetlerini de vermesi gerekmektedir. Sağlık ocakları, sağlık evleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması birimlerinin yanında verem savaş dispanserleri ve sıtma birimleri gibi kuruluşlar birincil sağlık hizmetleri olarak yer almaktadır. İkinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı ile beraber başka devlet kurumları, dernek, vakıf ve özel bireyler aracılığı ile verilmektedir (Erençin & Yolcu, 2008, s. 121).

2. OECD’ ye Üye Ülkelerin Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış

(OECD), 34 demokrat yapıdaki devletin; küreselleşmenin de etkisi ile meydana gelen ekonomik, sosyal ve çevresel etkileri araştırmak üzere çalışmalar yürüttüğü benzeri bulunmayan bir platformdur. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü, halkın refah düzeyinin oluşturulması için ve fakirlikle savaş adına ulusların ticaret, yenilik, yatırım ekonomik büyüme, girişimcilik, teknoloji, gibi konularda ekonomik büyüme, mali istikrar, ticaret ve yatırım, yenilik, girişimcilik, teknoloji ve kalkınma gibi hususlarda işbirliği yapılmasına imkân sağlamaktadır. Bunula birlikte sosyal ve ekonomik değişim ve gelişme ile çevrenin arasındaki dengenin oluşturulması, bütün kişiler için istihdam sağlanması ve sosyal adaletle sağlıklı bir yönetimin hedeflenmesi amaç edinilmiştir (Yılmaz, 2012, s. 93).

Ülkelerin bütçelerinde sağlık giderlerinin artış göstermesi ekonominin genişleme hızlarının üzerinde olduğu ve özellikle devlet sağlık giderlerindeki artışın başta OECD' ye üye uluslar olmak üzere diğer bütün ülkeler açısından devlet bütçeleri üzerindeki baskıyı yükselttiğine yönelik öngörüler yapılmaktadır. Devlet sağlık giderlerindeki düzenli yükselişler, birçok ülke açısından harcamaların etkililiği ve verimliliğini değişip, geliştirmeye yönelik planlara gidilmesine neden olmaktadır (Cura, 2012, s. 109).

Ülkelerin çoğunda benzer şekilde görüldüğü gibi OECD' ye üye uluslarda sağlık sistemleri zaman zaman tartışılmakta ve eleştirilmektedir. Bu sağlık sistemleri, kesin sonuçlarının halkın ve kişilerin sağlığındaki değişimler söz konusu olduğunda ulaşılabilir, adaletli, kalifiye, etkili, randımanlı ve devamlı bir sağlık hizmetleri sisteminin gerçekleştirilmesi ciddi önem arz etmektedir. Bu nedenle OECD' de bu amaçlara erişebilmek için sağlık sistemlerini tekrar düzenleyen değişim çalışmalarının fazlalaştırıldığı görülmektedir. Son on yıl içinde OECD' ye üye uluslara göz önünde bulundurulduğunda sağlık sistemlerinin gelişim göstermesine dayalı sağlık harcamalarının ortalama %4,4 yükseliş olduğu görülmektedir. Bu harcamalarının seviyesini ve standardını gösteren sağlık hizmetlerinin çıktıları değerlendirildiğinde Türkiye'nin yerinin gelişimini tamamlamış ve gelişimine devam eden ülkeler arasında geride kaldığı tespit edilmiştir. (Çalışkan, 2009, s. 118).

Gelişimini tamamlamış ve gelişimi devam eden ülkelerin birey başına denk gelen gelir bakımından değişiklikler olduğu saptanmıştır. OECD' ye bağlı ülkelerin bir bölümünde, yeni doğanların yarısı beşinci yaşına girmeden ölmekteyken farklı uluslarda çocukların ölüm oranı az olmaktadır. Farklı ülkelerde on bin veya yirmi bin bireye bir hekim denk geldiği gibi farklı ülkelereyse birkaç yüz kişiye bir hekimin denk geldiği saptanmıştır. Sağlık hizmetlerinin giderlerinin hızla artış göstermesine istinaden yaşanan asıl neden, artan giderlerin kıt kaynaklarla hangi biçimde karşılanmasıdır. Bu kapsamda, ülkeler sağlık hizmetlerine bölecekleri fonları önceden bölmeli ve bu belirlemede Dünya Sağlık Örgütü ve OECD gibi kurumların standartlarını dikkate almaları gerekmektedir. DSÖ 'ne göre, gelişimi devam eden ülkeler asıl sağlık hizmetlerini ülke vatandaşlarına alt seviyede vermeli ve GSYH' nin minimum % 5'lik kısmını sağlık hizmetlerine ayırmalıdır. 1950'li senelere bakıldığında sağlık

için yapılan harcamalar GYSİH'nin sadece yüzde dördü olduğu görülmekteyken, 1980'li senelere gelindiğinde bu oran yüzde on dolaylarında yükseliş olduğu görülmektedir. Neticeye bakıldığında 1950 ile 1980 arası gelişimine devam eden ülkelerde kamu harcamaları tüm sektörleri için hızlı bir biçimde yükselmiştir. Ancak 1980 yılı itibari ile düşük ekonomi alanında büyüme oranının düşmesi ve bütçe açıkları devlet harcamalarında düşüşe geçilmesine sebep olmuştur. (Yılmaz, 2012, s. 93-94).

D. Sağlık Düzeyi Ölçümünde Kullanılan Sağlık Göstergeleri

1. Kişi Başı Düşen Sağlık Harcaması

Kamu harcamalarının günümüzde iyice arttığı gerçeği yadsınamaz. Genellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler alt yapı harcamaları ve büyüme amaçlı harcamalara yoğunluk vermektedirler. Gelişmiş ülkelerde ise harcamalar teknoloji ve hizmetler sektörüne yöneliktir. Sağlık harcamalarının artışı artık dünya geneli için bir gerçektir. Bu sebeple dünya genelinde olan bu artış kamu harcamalarının büyük bir kısmını oluştururken altında yatan gerekçelerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (Akın, 2007, s. 31-36). Kişi başına düşen sağlık harcamaları çerçevesinde en fazla ve en az paylara sahip ülkeler Tablo 2 'de verilmektedir.

Çizelge 2. Kişi Başına Sağlık Harcamaları (2019, USD)

Sıra	Ülke	Harcama	Sıra	Ülke	Harcama
1	İsviçre	7.138	28	İtalya	3.653,4
2	Norveç	6.744,6	65	Rusya Federasyonu	1.850,3
3	ABD	10.948,5	93	Türkiye	1.266,9
4	Monako	8.148,8	122	İran	502,7
5	Lüksemburg	5.414,5	231	Burundi	21,5
11	Almanya	6.518	232	Myanmar	27,2
15	Fransa	5.274,3	233	Kongo, Dem C.	47,52
23	Birleşik Krallık	4.500,1	234	Orta Afrika C.	20,4
25	Japonya	4.691,5	235	Madagaskar	18,5

Kaynak: Dünya Bankası

Yukarıdaki tabloya göre en yüksek kişi başına düşen sağlık harcaması sıralamasında İsviçre, Norveç, Amerika Birleşik Devletleri, Monako ve Almanya'dır. En yüksek sağlık harcamasının sahip ülkelerin hem gelirleri yüksektir hem de beşeri sermaye açısından güçlü ülkelerdir. Sağlık

harcamalarının en düşük olduğu ülkelerin sıralaması ise şöyledir; Burundi, Myanmar, Kongo, Orta Afrika Cumhuriyeti ve Madagaskar'dır.

GYSİH içindeki sağlık harcamalarının payı için en fazla ve en az paylara sahip ülkeler ise Tablo 3'te verilmiştir.

Çizelge 3. Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki Payı (2018, %)

Ülke	Oran	Ülke	Oran
ABD	8,50	İtalya	8.67
Marşal Adaları	17.55	İngiltere	9.11
Tuvalu	19.05	İran	8,66
Mikronezya	12.59	Çin	5.35
İsveç	11,92	Güney Sudan	4.51
Fransa	11.26	Pakistan	3,20
Almanya	11.29	Katar	2,49
Kanada	10.79	Türkmenistan	6.61
Japonya	10.95	Timor-Leste	4.33

Kaynak: Dünya Bankası (world bank.org)

Yukarıdaki tabloya göre, sağlık harcamalarının GYSİH'da ki en yüksek skoru Tuvalu'ya aittir. Bu skor az gelişmiş ülkelerde önemli derecede düşüktür.

2. Bebek Ölüm Hızı (Ölümler/1000 canlı doğum)

Toplumların sağlık seviyelerinin ölçüm aşamasında kullanılan en önemli göstergelerden biri çocuk ve bebek ölüm oranlarıdır. Yeni doğan ölümleri, doğum esnasında ve doğumdan sonra 1 yıl içerisinde gerçekleşen vefatlar olarak tanımlanmaktadır. Bu ölümlerin en yüksek ve en düşük olduğu ülkeler Tablo 4'de gösterilmiştir.

Çizelge 4. Her 1.000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Oranları (2019)

Ülke	Oran	Ülke	Oran
Angola	50	Kanada	4
Orta Afrika C.	81	Birleşik Krallık	4
Sierra Leone	81	Fransa	4
Somali	74	Almanya	3
Çad	69	İtalya	3
İran	12	Andorra	3
Türkiye	9	Japonya	2
Çin	7	Finlandiya	2
Rusya Federasyonu	5	İzlanda	2
ABD	6	Lüksemburg	2

Kaynak: Dünya Bankası (world bank.org)

Tablodaki verilerden yola çıkarak en fazla bebek ölüm oranının olduğu ülkeler: Angola, Orta Afrika Cumhuriyeti, Serra Leone, Somali, Çad gibi düşük gelir düzeyinde yer alan ülkelerdir. Bebek ölüm oranlarının en az olduğu ülkeler ise Andorra, Japonya, Finlandiya, İzlanda ve Lüksemburg'tur.

3. Anne Ölüm Hızı (100.000 canlı doğum başına)

Anne ölümü; hamilelik veya doğum sırasındaki gelişen komplikasyonlar nedeniyle gerçekleşen ölümleri ifade eder. Bir kadının gebelik döneminde, doğum anında veya gebeliğin bitmesinden sonra 42 gün içinde, gebeliğin zamanına ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik dönemine bağlı ya da tüm bunların şiddetini artırdığı fakat tesadüfi olmayan sebeplerden kaynaklanan anne ölümü olarak tanımlanmaktadır.

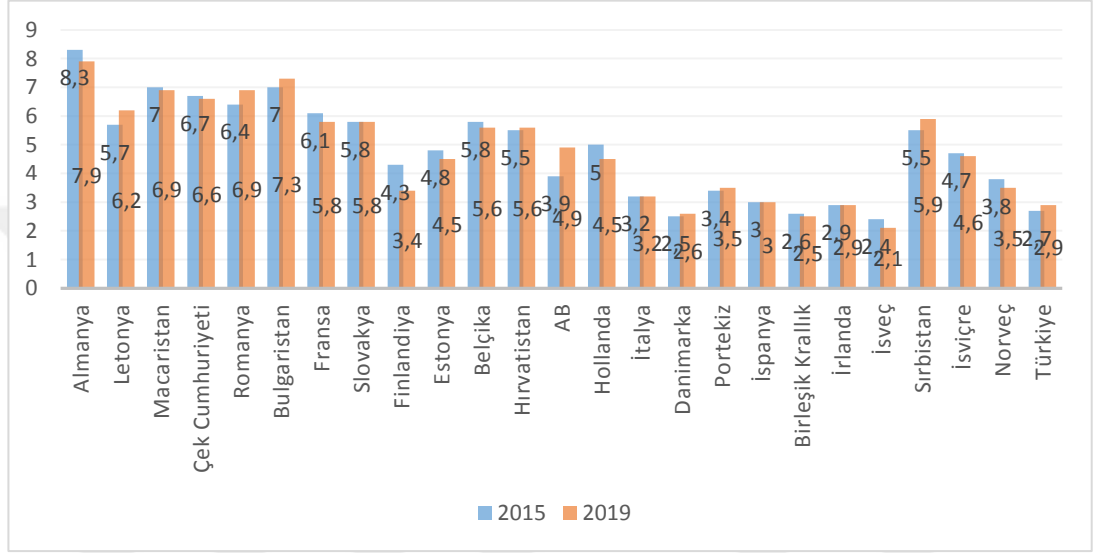
Bir ülke için sağlık seviyesini ortaya koyan oldukça önemli göstergelerden birisi anne ölüm hızıdır. Anne ölüm hızı, gebelik döneminde, doğum anında ve doğumun sonrasında annelere verilen hizmetlerin göstergesidir. Bu hız ise bir yıl kapsamındaki anne ölüm sayısının aynı yıl kapsamında canlı doğum sayısına oranlanmasıyla bulunur. Ana ölümleri az sayıda olduğundan sabit kat sayı 10.000 ya da 100.000 olarak alınır (Bilir, 2019).

4. Bin (1000) Kişiye Düşen Yatak Sayısı

Sağlık hizmetlerinde arza ulaşabilmek için kullanılan yöntemlerden biri kişi başına düşen hastane yatak sayısıdır. Sağlık kaynaklarının neredeyse tamamını harcayan konumunda olan hastaneler pek çok Avrupa ülkesi tarafından reform çabalarının merkezini oluşturmaktadır. Bu ülkeler bir yandan verilen hizmetlerin niteliğini ve kalitesini yükseltmeye çalışırken bir yandan da eldeki kaynakları en iyi şekilde kullanmaya çalışarak var olan sağlık sorunlarını çözümlemeye dayalı hizmetlere ağırlık vermektedir. Ancak genel ortalamaya bakıldığında özellikle ilk olarak Doğu Avrupa ülkelerince 1000 kişiye düşen yatak sayılarında giderek azalma yaşanmaktadır (Yılmaz, 2012, s. 69).

HY, bir yıl içinde incelenen yerleşim birimleri sınırları içerisinde bulunan sağlık kurumlarının toplam hasta yatağı sayısının birim nüfusa oranlanması ile elde edilir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008/65 Sayılı Genelge).

2013 yılı göstergelerine bakıldığında hastanelerde 200.000’den fazla yatak sayısı bulunmaktadır. Yine 2013 yılında özel hastanelerdeki yatak sayıları 37.983 iken bu sayı tüm yatak sayılarının %17’sini oluşturmaktadır. Özel hastanelerdeki yatak sayıları her geçen yıla göre artış göstermektedir. Sağlık bakanlığı 121.269 yatak ile en yüksek yatak sayısına sahip olan kurumdur. OECD ülkelerinde kişi başına düşen yatak sayısı %4.2 iken Türkiye’de kişi başına düşen yatak sayısı %2.4’tür (Karagöz S. , 2015, s. 59).



Şekil 2. 1000 Kişi Başına Düşen Hasta Yatağı Sayısı

Kaynak: OECD, 2020

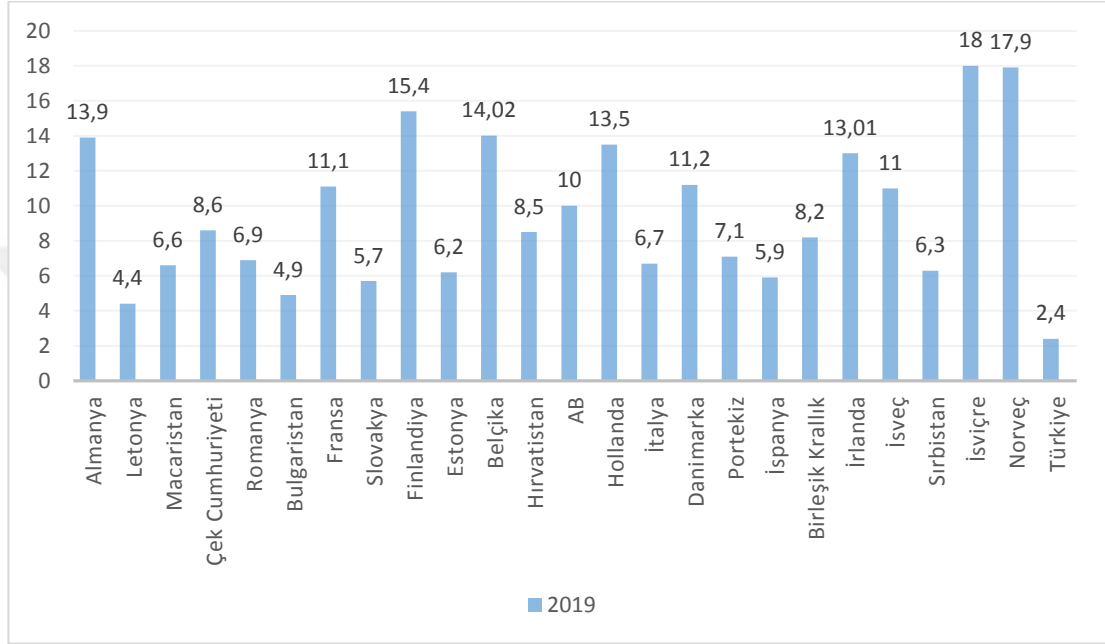
Tabloda AB ülkelerinin 2015 ve 2019 yılları hastane yatak sayıları mevcuttur. 2015 yılından itibaren hastane yatak sayıları düşüş göstermiştir. 2015 yılında her 1000 kişi için hastane yatak sayısı 3.1 iken 2019 yılında 1000 kişi başına düşen hastane yatak sayısı 3.8 düzeyine gerilemiştir. Hastane yatağı sayısındaki düşüş Letonya, Slovakya, Estonya ve Finlandiya’da bariz şekilde görülmektedir. Türkiye’de ise tüm AB ve Avrupa Kıtası ülkelerinin tam tersine, 2015 yılından 2019 yılına kadar olan süreçte 1000 kişi başına düşen hastane yatak sayısında %1’lik bir artış gözlemlenmektedir. Fakat bu oran hala AB ülkelerinin oranlarının çok gerisindedir.

5. Bin (1000) Kişiye Düşen Hemşire Sayısı

Hemşireler hastalara doğrudan sağlık hizmeti veren kimselerdir. Sağlık istatistik verilerinde 1000 kişilik nüfusa düşen hemşire sayısı olarak yer almakla

birlikte çalışan başına düşen nüfus olarak da bu veriler sağlık insan gücü verileridir (T.C. Dışişleri Bakanlığı, 2019).

Avrupa Birliği ülkelerinin birçoğunda hemşire yetersizliğinden kaynaklanan endişeler mevcuttur. Özellikle yaşlı nüfusun zamanla iyice artış göstermesi ve temel bakım hizmetlerine olan ihtiyacında giderek artması sebebiyle gelecek dönemlerde hemşire ihtiyacı ciddi bir sorun haline gelecektir.



Şekil 3. 1000 Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı

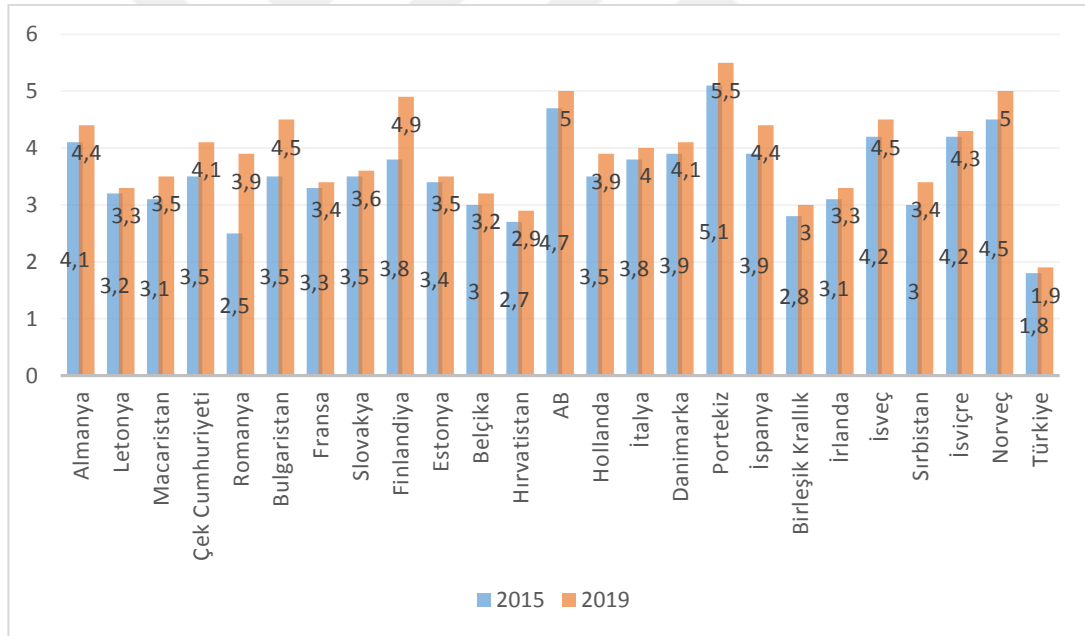
Kaynak: OECD, 2020

Şekilde 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı verilmiştir. OECD verilerine istinaden 2019 yılında AB ülkelerinde 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı 9,5'dir. Bu sayının en fazla olduğu ülkeler; İsviçre, Norveç, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, ve Hollanda'dır. AB ülkeleri arasında 1000 kişi başına düşen hemşire sayısının en az olduğu AB ülkesi Letonya olmakla birlikte onu Bulgaristan ve Slovakya takip etmektedir. İsveç, Norveç ve İzlanda gibi ülkelerin AB'ye üye olmayıp fakat 1000 kişi başına düşen hemşire sayısında AB ülkelerinden daha ileride oldukları görülmektedir. Türkiye ise 1000 kişi başına düşen hemşire sayısında şekildeki hem AB ülkelerinin hem de AB'ye üye olmayan ülkelerin gerisinde kalmıştır.

6. Bin (1000) Kişiyeye Düşen Doktor Sayısı

Toplumun oluşturmuş olduğı sağık sisteminin ilk elementlerinden biri olan doktorlar bu yönleri ile bir ülke için oldukça büyük önem taşımaktadırlar. Doktorların eğitim süreci diğere sağık çalışanlarının eğitim sürecinden on kat daha fazla maliyetli olmasına karşın gelişimine devam eden ülkelerin birçoğı halen doktor eğitimine önem vermektedir. Aynı zamanda hekim adedi herhangi ülkenin sağık hizmeti sunumu için ciddi bir ölçütüdür.

Bir ülkenin hekim sayısının az olması sağık hizmetlerine ulaşım noktasında karmaşıklığa neden olarak, kaliteli ve ciddi gelişimi engellemiş olmasına istinaden etkisiz bir sağık hizmeti planlamasına da sebep oluşturmaktadır. Buradan yola çıkarak yapılmış olan birçok programda, hekim sayısı değışkenin sağık seviyesini olumlu yönde etkilediğı neticesine varılmıştır (Çetin, 2011, s. 6).



Şekil 4. 1000 Kişiyeye Başına Düşen Hekim Sayısı

Kaynak: OECD, 2020

Yukarıdaki şekilde de görüleceğı gibi 1000 kişiyeye başına düşen hekim sayısı, AB ülkeleri arasında farklılık göstermektedir. Avrupa Birliğı ortalaması 3.9'dur. Norveç ve Portekiz'de de 1000 kişiyeye başına düşen hekim sayısı göreceli olsa da yüksek seyretmektedir. 1000 kişiyeye başına düşen hekim sayısı en düşü olan ülkeler ise Romanya ve Hırvatistan'dır.

Fransa 2015 yılından beri bu oranı korurken pek bir fark olmamıştır. Fakat diğer Avrupa Birliği ülkeleri 2015 yılından 2019 yılına 1000 kişi başına düşen hekim sayısında artış göstermişlerdir. Avrupa Birliği ülkelerinin 2015 yılında 1000 kişi başına düşen hekim sayısı 3.5 iken bu rakam 2019 yılında 3.9'a yükselmiştir. Bu ülkeler arasında İngiltere 2015 yılında en az hekim sayısında 3. sıradayken 2019 yılında güçlü bir büyüme yaşamıştır bu nedenle Avrupa Birliği ülkeleri arasındaki fark azalmıştır. Türkiye ise şekilde de görüleceği üzere 1000 kişi başına düşen hekim sayısında diğer AB ülkelerinin gerisinde kalan bir ortalamaya sahiptir.

7. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

Doğuşta yaşam beklentisi, kişinin içinde bulunduğu toplumda gelecekte oluşabilecek belirli hastalıklar ve yine içinde bulunduğu toplumun standart ve koşulları açısından doğum yapıldıktan sonra beklenen yaşam yılı sayısını ortaya koymaktadır. Bu zaman dilimi bir halkın içindeki bireylerin yaşamlarını etkileyen bütün etmenleri vekalet etmektedir. Hayat uzunluğunun bir ülkede üst düzeyde olması demek o toplumda sağlığın, ekonominin, güvenliğin ve kalkınma politikalarının daha iyi noktada olduğunu ortaya koymaktadır.

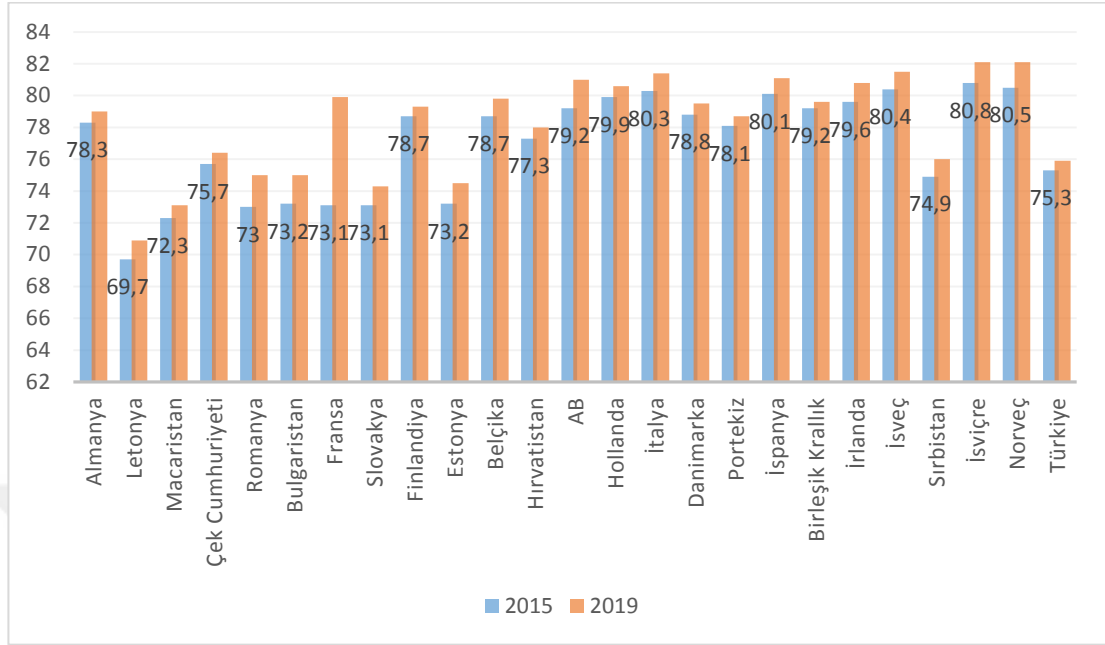
Çizelge 5. Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (2019)

Ülke	Süre	Ülke	Süre
Hong Kong	85	Çin	77
Japonya	84	İran	77
İspanya	83	Türkiye	78
İsviçre	84	Rusya Federasyonu	73
İtalya	83	Çad	54
Fransa	83	Sierra Leone	55
Birleşik Krallık	81	Orta Afrika C.	53
Almanya	79	Lesotho	54
ABD	78.9	Svaziland	49

Yukarıdaki tabloya göre, doğuşta yaşam beklentisinin en fazla olduğu ülkeler; Hong Kong, Japonya, İspanya, Norveç, İtalya gibi gelişmiş ülkelerdir. Doğuşta yaşam beklentisinin en az olduğu ülkeler ise Çad, Sierra Leone, Orta Afrika Cumhuriyeti, Lesotho ve Svaziland'dır.

Avrupa Birliği ülkelerinde ise hayat süresi her yaşta ölüm oranlarını iyice düşmesi ile beraber artış göstermektedir. Yaşam süresinin uzaması, birçok etmen ile ilişkilendirilebilir; bu etmenler arasında Avrupa'da hayat kalitesi niteliğinin

artması ve eğitim kalitesinin artması ve nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşım sayılabilir.



Şekil 5. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)

Kaynak: OECD, 2019

Bu tabloda ise Avrupa Birliği ülkelerinin doğuştan yaşam beklentisi oranları verilmiştir. Tabloya göre 2015 yılından 2019 yılına doğuştan yaşam beklentisi süresi tüm Avrupa Birliği ülkeleri için %1 artış oranı ile 78.22'lik yıllık bir ortalama erişmiştir. İspanya, İtalya ve Hollanda Avrupa Birliği nüfusunun üçte ikilik kısmına sahiptir ve bu üç ülkede doğuştan yaşam beklentisi süresi ortalama 80 yıldır. Bununla birlikte doğuştan beklenen yaşam süresi, orta ve doğu Avrupa ülkeleri ve Baltık ülkelerinde hala 80 yılın altındadır.

Türkiye ise 75.3 yıl ile doğuştan beklenen yaşam süresinde Avrupa Birliği ortalamasının gerisinde kalmıştır.

8. 65 Yaşında Yaşam Beklentisi

Dünya Sağlık Örgütü kronolojik olarak 65 yaş ve üzerini “yaşlı” olarak tanımlarken Birleşmiş Milletler verilerinde bu 60 yaş ve üzeridir. Kişinin bulunduğu toplumun olanaklarına bağlı olarak yaşın tarihte hiç olmadığı düzeyde uzamış olması dikkate alındığında hem 60 yaş hem de 65 yaş gelişmiş ülkeler için genç yaş olarak nitelendirilmektedir. Gelişmekte olan ülkeler içinde

yaşam süreleri bu yaşlara ulaşmış ve hatta geçmiş durumdadır. Yaşlı nüfuslu toplumlarda yaşlıların genel nüfusa oranı yüzde 10'un üzerindedir.

Çizelge 6. 2017 yılı 65 yaş nüfus dağılımı

Bölgeler	Nüfus (Milyon) (2017)	65+ yaş Nüfus Dağılımı (2017)
Dünya	7,536	9
Çok Gelişmiş Ülkeler	1,263	18
Daha az Gelişmiş ülkeler	6,273	7
Asya	4,494	8
Afrika	1,250	3
Amerika	1,005	10
Kuzey Amerika	362	15
L. Amerika,Karayip	643	8
Avrupa	745	18
Okyanusya	42	12

Kaynak: Population Reference Bureau, 2017

2017 yılında dünya nüfusunun %9 'u 65 yaş ve üzeri iken günümüzde bu oran %9'un üzerine çıkmıştır. Tahminlere göre gelecekte, 2017 yılında 962 milyon olan yaşlı nüfusun 2050 yılında 2.1 milyara erişerek ikiye katına çıkacağı yönündedir. Dünyada yaşlı kişilerin üçte ikisi gelişimine devam eden ülkelerde yaşamaktadır. Beklentiler 2050 yılında dünyadaki her 10 yaşlıdan 8'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı yönündedir.

Dünyadaki hemen hemen her ülkede olduğu gibi Türkiye'de de nüfus dağılımında yaşanan değişim neticesinde toplam nüfus kapsamında yaşlı nüfusun payı oransal ve rakamsal olarak artış göstermiş ve yaşlılık ile ilgili konular ülke gündeminde yer edinmeye başlamıştır. Türkiye'nin yaş durumunda ortaya çıkan değişim özellikle 21. yüzyılın başından beri dikkate değer olmaya başlamıştır. Doğurganlık seviyesindeki belirgin azalışların olması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin uzama göstermesi, Türkiye'deki yaşlı nüfus artışının asıl nedenini oluşturmaktadır. Türkiye'de 65 ve üzeri yaşlardaki nüfusun toplam nüfus içindeki oranı yüzde 8,5 olup, ülkenin ortalama yaşı 31,7'dir.

IV. SAĞLIK HARCAMALARI İLE MAKROEKONOMİK FAKTÖRLERİN TOPSIS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE VE SEÇİLMİŞ ÜLKELER

A. Amaç ve Önem

Bu çalışmada, Türkiye ve OECD'ye üye ülkelerin sağlık değişkenlerinde yararlanarak ülkelerin ÇKKV yöntemi ile değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Türkiye ve OECD ülkelerinin 2015-2019 yılları arası sağlık göstergelerindeki değişimler incelenip, TOPSIS yöntemine göre ülke sıralamaları elde edilerek karşılaştırılmıştır. Bu doğrultuda Türkiye ve diğer OECD ülkelerinin arasındaki benzerlik ve farklılıklarının belirlenip, değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu değerlendirmeler neticesinde Türkiye ve diğer ülkeler açısından referans birimler belirlenerek örnek oluşturabilecek ülkeler de belirlenmiş olacak ve buna göre de yeni stratejiler oluşturulabilecektir. Retrospektif bir çalışma olmasıyla birlikte yakın geçmişi de kapsadığı için aynı zamanda ileriye yönelik tahminler yapılabilecektir. Bunun yanında, yayımlanan en son dönemlere ait nicel veriler kullanıldığından yapılan en güncel çalışmalardan biri niteliğindedir. Bütün bu açılardan yapılan bu çalışma, bugünün sağlık ekonomisi literatürüne katkıda bulunmayı, sağlık yönetimi alanında politika belirleyiciler için makro veri sağlanması ve bu alanda yapılacak yeni araştırmalar için kaynak olması amaçlanmaktadır.

B. Çalışmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Çalışmanın kapsamı 5 OECD ülkesini kapsamaktadır. OECD üyesi olan Türkiye, Brezilya, Hindistan, Endonezya ve Güney Afrika'nın sahip olduğu değişkenler 2015-2019 yılları aralığında sınırlandırılarak analiz edilmiştir. Analizde yer alan sağlık göstergeleri değişkenleri; kişi başı düşen sağlık harcaması, doğurganlık oranı, bebek ölüm hızı, bin kişiye düşen yatak sayısı, bin kişiye düşen hemşire sayısı, bin kişiye düşen doktor sayısı, doğuşta beklenen

yaşam süresi ve 65 yaşında yaşam beklentisi olarak 8 gösterge değişkenini içermektedir. İlgili değişkenler için elde edilebilen en güncel veri setleri analiz edilmiştir. Sağlık göstergelerine ilişkin veriler <https://data.oecd.org/> ve <https://www.worldbank.org/en/home> veri tabanlarından elde edilmiştir.

Paylaşılan veri yetersizliklerinden dolayı analizlerde 2015-2019 yılları arası sınırlı tutulmuş olup son iki yıl çalışmaya dahil edilememiştir.

C. Literatür

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda ekonomik büyümeyle insan sermayesi arasındaki ilişkiyi inceleyen ampirik çalışmalar artış göstermektedir. İnsan sermayesi teorisine dayalı gelişmeler, eğitim ile sağlık alanları açısından ayrıntılı çalışmaların yapılmasına imkan sağlamış ve literatürde oldukça önemli yer tutmuştur. Sağlık sektörüne yapılan harcamaların belirleyicilerin analiz uygulaması, hem ekonometriciler hem de sağlık ekonomistleri tarafından ilgi çekici olmuştur. Bununla beraber analiz için farklı yöntemlerin ve verilerin seçildiği görülmektedir

Sağlık sektörünün ekonomik anlamda ilk kez tanımlandığı, incelendiği ve değerlendirildiği geçmişteki en önemli çalışma Selma J. Mushkin tarafından yazılan ve 1958 yılında yayınlanmış olan makaledir. Mushkin bu makalesinde sağlığı piyasa mekanizması üzerinden ele alıp şu konulara incelemiştir: Sağlık arzı, sağlık talebi, ekonomik değişkenler ve sağlık piyasasındaki dışsallıklar. Mushkin 1962 yılında yaptığı farklı bir çalışmada da sağlık harcamalarının bir çeşit yatırım harcaması olarak ele alınması gerektiğini ve bunu da yine ilk kez beşeri sermayenin koruma altına alınması ve geliştirilmesi hususunda sağlığın önemine dikkat çekerek yapmıştır.

Bhargava, Jamison, Lau ve Murray (2001) birlikte yapmış oldukları çalışmalarında panel veri analizini kullanarak sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki bağlantının üzerinde durmuşlardır. Bu çalışmada yetişkin hayatta kalma verileri sağlık değişkeni olarak kullanılmıştır. Bu çalışmanın neticesinde yetişkin kişilerin yaşam süresindeki artışlar İsviçre, ABD, Fransa gibi gelişmiş ülkeler olumsuz yönde etkilerken gelişimini devam ettiren ülkelerin ekonomisini pozitif yönde etkilemektedir.

Heshmati (2001) çalışmasında bazı OECD ülkeleri için 1970-1992 yılları arasında GYSİH ile kişi başına düşen sağlık harcamalarının ilişkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada genişletilmiş Solow yöntemi kapsamında sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisindeki nedensellik üzerine durulmuştur. Sonuç olarak sağlığın, ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkisinin olduğu kanısına varılmıştır.

Hussey ve Anderson (2001) OECD ülkelerini ele alıp GYSİH verileri ile bu ülkelerin gelir düzeyleri ile sağlık düzeyleri arasındaki durumu incelemişlerdir. Çalışmanın neticesinde ele alınan ülkelerin gelir seviyesi ile o ülkede yaşayan kişilerin sağlık durumları arasında bağlantı olduğu sonucuna varılmıştır. Yani u ülkelerin gelir seviyeleri ile sağlık seviyeleri arasında doğru orantı olduğu görülmüştür.

Huber ve Orosz (2003), çalışmalarında sağlık hizmetlerinin karşılanması konusunun OECD ülkeleri için geniş bir sektör haline gelmesinden ötürü, OECD ülkelerinden 29 tanesinin güncel eğilim durumlarını ve sağlık harcama durumlarını ele almışlardır. Çalışmanın sonucunda ülkeler arası sağlığın finanse edilme biçiminde oldukça önemli farklılıklar görüldüğünü, kamu fonlamalarının merkezi, yerel ve bölge yönetimlerce ya da sosyal güvenlik planları tarafından giderilebildiğini ortaya çıkarmışlardır. Bu doğrultuda 1997 yılı için bakıldığında sağlık harcama oranlarında kamunun etkisinin en fazla olduğu ülkeler öncelikle İskandinavya ülkeleri olmakla birlikte Birleşik Krallık, İrlanda ve Yeni Zelanda'dır. Kamunun fonlamasında en az etkiye sahip ülkeler ise Yunanistan, Meksika, Portekiz, Abde ve Kore gibi ülkelerin olduğu görülmüştür. Çalışmanın önemli sonuçları biri de şöyledir; ele alınan ülkelerin sağlık harcamalarının GYSİH'e oranı ve kişi başına düşen sağlık harcaması vb. göstergelerde zaman geçtikçe dikkat çeken eğilimlerin olduğu ve özel fonlama için daha kıyaslanabilir bilginin göz önünde bulundurulması gerektiği olmuştur. Ayrıca, 1970-1997 yılları arasının tümünde Türkiye için sağlık harcamalarındaki kamunun oranında her geçen yıl artış olduğu, bununla yanında gerek sağlık harcamaları gerekse de GYSİH oranlarında en düşük paya sahip ülke de Türkiye'dir.

Dreger ve Remers (2005), çalışmalarında OECD ülkelerinden 21 tanesinin sağlık harcamalarının ve o ülkelerin ekonomi büyüklüğünün uzun süreçli bir bağlantısının olup olmadığını incelemişlerdir. Yeni panel kointegrasyon yöntemi ile 1975-2001 yılları arası ele alınmış olup sağlık harcamaları ile ekonomik

anlamda büyüme arasında pozitif yönde kointegrasyon olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Spinks ve Hollingsworth (2005), çalışmalarında 1997 yılına ait verileri ve doğumda beklenen yaşam süresi göstergesini kullanarak Veri Zarflama Analizi (VZA) yöntemi ile OECD'ye üye ülkelerin sağlık sistemlerinin etkililiğini ölçmüşlerdir. Çalışma da ayrıca kişi başına düşen sağlık harcaması, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi gibi girdi değişkenleri kullanılmıştır. Analiz sonucunda Türkiye, Meksika, Polonya, Güney Kore, Çek Cumhuriyeti, Portekiz, İspanya, Yunanistan, İtalya, Japonya ve Fransa etkin bulmuştur.

Koying ve Young-Hsiang (2006), Mankiw vd, (1992), çalışmalarında regresyon analizini kullanarak 15 adet OECD ülkesini sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme açısından uzun süreli bağlantısı olup olmadığını ele almışlardır. Sonuç olarak iki değişken arasında hem pozitif hem de istatistiki anlamlo bir bağlantı olduğu ortaya koyulmuştur.

Afonso ve Aubyn (2007), faktör analizi ve VZA yöntemlerini ve dört girdi ve üç çıktı kullanarak bazı OECD ülkelerinin sağlık sistemlerini etkin bir şekilde kullanıldığını tespit etmişlerdir. Etkin kullanan ülkeler Japonya, İspanya, ABD, Finlandiya ve İsveç'tir.

Baltagi ve Moscone (2010), çalışmalarında 1971-2004 dönemi için OECD ülkelerinin gayrisafi yurt içi hasıla ve kişi başı sağlık harcaması oranlarını ele alarak panel veri analizi ile göstergeler arasındaki uzun süreli ilişkiye eğilmişlerdir. Netice olarak uzun süreli ilişki olduğuna ve durağan olmadıkları kanısına varılmıştır.

Pradhan (2011), 1961-2007 döneminde bazı OECD ülkelerinin sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ile aralarında uzun süreli bağlantının var olup olmadığı üzerinde durularak nedensellik ilişkisini irdelemişlerdir. Çalışmanın analizi sonucunda, göstergelerin birbirleri ile kısa ve uzun süreli bağlantılarının olduğu yönündedir.

Tchouaket vd. (2012), 27 tane geliri durumu iyi olan OECD ülkesinin sağlık sistemlerinin performansları ele alınarak değerlendirilmiş ve sağlık sistemlerinin performans düzeylerinin homojenlik durumuna istinaden ülkelerin görüntüsünü incelemeye çalışmıştır. Çalışmada çoklu küme analizi kullanılmıştır. Performans

düzeylerinin homojenlik durumuna istinaden ülkeler dört gruba (tatmin edici, gelecek vaat eden, zayıf kutuplu ve sınırlı) ayrılmıştır. Tüm durumlarda en uygun performans gösteren bir ülke bulunamamıştır. Finlandiya, İsveç ve Norveç'in sağlanan hizmetlerin tüm değişkenleri ve sağlık sonuçları ile değişkenler arasındaki ilişkiler üzerinde oldukça iyi performans sergiledikleri kanısına varılmıştır. Lüksemburg, İsviçre ve ABD gibi gelir durumu oldukça iyi olan ülkelerin ise en kötü performansa sahip ülkeler olduğu ortaya çıkmıştır.

Hernandez ve Benito (2014), bu çalışmada da yine 29 OECD ülkesindeki sağlık sisteminin verimliliği ve etkinliğini tespit edebilmek için detaylı bir inceleme yapılmıştır. Bu ülkeler içinde İsviçre, Güney Kore, Avusturya ve Japonya diğer ülkelere oranla daha verimli ve etkin ülkeler olarak saptanmakla birlikte genel anlamda ülkeler arasında farklılıklarında çok olduğu tespit edilmiştir.

Kalhor vd. (2016), çalışmasında Doğu Akdeniz bölgesinde buluna 21 ülkeyi sağlık değişkenleri kapsamında sıralamak için analitik hiyerarşi süreci (AHS) ve TOPSIS yöntemlerini kullanmışlardır. Analitik hiyerarşi süreci ile ortaya çıkarılan değerlere istinaden ülkelerin sağlık performanslarını yorumlamada oldukça önemli olan etken bebek ölüm oranları olduğu ortaya konmuştur. TOPSIS yöntemi ile yapılan sıralamada ise Bahreyn ilk sırada yer alırken Somali sonuncu olmuştur.

Braithwaite vd. (2017) çalışmasında, sağlık kurumları ve yerel sağlık sistemlerinin performansını ölçmek, bu performansların raporlara geçilmesi için OECD ülkelerinde uygulanan modelleri ve seçilen performans değişkenlerini açıklamışlar ve karşılaştırma yapmışlardır. Bu çalışmada incelenen ülkeler Kanada, ABD, İngiltere, Hollanda, Avustralya, Yeni Zelanda, Danimarka, İskoçya'dır. Bunun yanında çalışmada kıyaslanabilir uluslararası göstergelerin ve ulusal modellerin analizleri de görülmektedir. Bu kıyaslamalı bilgiler sağlık performansı modelleri ve gösterge setleri biçimlenirken araştırmacıları ve politikacıları haberdar etmektedir.

(Zhang ve Zhang, 2005), çalışmada 76 ülke ve 1960 – 1989 yılları arasını kapsamaktadır. Ülkelerin bazı verilerinin kullanıldığı bu çalışmada, yaşam beklentisinin ekonomik büyüme ve işlevlerini nasıl etkilediğini incelemişlerdir.

Çıkan neticelere istinaden yaşam beklentisi, okullarda orta öğretime gitme oranı ve büyüme üzerinde olumlu, doğum oranı üzerinde ise olumsuz bir etki görülmüştür. Çalışmada, yaşam beklentisinin bahsedilen etkilerinin yaşam beklentisinin fazla olduğu ülkelerde daha zayıf olduğu öne çıkarılmıştır. Bunun yanında, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, yaşam beklentisinin zayıf olduğu ve yani yaşam beklentisini yükseltme gayretlerinin iktisadi büyümeyi pozitif yönde, doğum oranını ise olumsuz yönde etkileyeceği dile getirilmiştir. Zhang ve Zhang'ın Lee ile beraber yaptıkları başka bir çalışmada da, yaşam beklentisindeki yükselişin gelişmemiş ülkelerde iktisadi büyüme oranını yükselttiğini, bunun yanında birçok sanayi devletinde, büyüme oranını düşürdüğünü söylemişlerdir.

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığı zaman kişi başına düşen sağlık harcamasının ve GSMH'nin sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisinin veya sağlık göstergeleri ile sağlık harcamalarının incelendiği görülmektedir.

Çalışkan (2008), çalışmasında sağlık ekonomisi üzerine yapmış olduğu incelemelerde pozitif veya normatif yaklaşım gösterme üzerinde durmuştur. Piyasa mekanizması bakımından sağlık piyasası başka pazarlar ile benzerlikler gösterdiğinden pozitif ekonomik yaklaşım ile ele değerlendirilmektedir. Sağlığın, beşeri sermayenin gelişimi için bir yatırım olarak değerlendirilmesi ve devletlerin politikalarıyla olan yakın ilişkisi yani normatif yaklaşımı ortaya koymaktadır.

Çetin ve Ecevit (2010), 1990-2006 döneminde panel analiz tekniğinin ile 15 adet OECD ülkesinin sağlık harcamaları ve iktisadi büyüme arasındaki uzun vadeli bağlantıyı analiz etmiştir. Çalışma neticesinde sağlık harcamaları ile iktisadi büyüme içinde düşük bağlantı olduğu görülmüştür. Ancak netice istatistiksel açıdan anlamsızdır.

Ersöz (2008), OECD ülkeleri için sağlık harcamalarını ve sağlık seviyelerini çok boyutlu ölçekleme analizi ile araştırarak OECD ülkelerinin birbirlerine benzer olanlar ortaya çıkarılmıştır. Toplam sağlık harcamasının yıllık büyüme oranı, toplam sağlık harcaması kapsamındaki devlet harcamasının payı, toplam sağlık harcaması kapsamındaki ilaç harcaması payı, binkişiye düşen yatak sayısı gibi on dört sağlık değişkeni ele alınmış ve bilgiler 30 ülke için toplanmıştır. Analizin sonucunda Türkiye'nin; Güney Kore Cumhuriyeti,

Meksika, Polonya ve Slovakya ile 14 sağlık değişkeninin denklikler gösterdiğine Türkiye'nin ise Norveç, Almanya ve Avusturya'nın 4'n üzerindeki puanlarla uzak olduğu görülmüştür.

Barlin (2010), alışmasında 30 OECD'ye ye ülkeyi k-ortalamalar kümeleme yöntemi ile analiz etmiş ve Türkiye'nin bu ülkelere kıyasla yerini saptamaya çalışmıştır. 2006 yılı verileri dikkate alınarak sağlık göstergeleri açısından yaptığı analiz sonucu ABD'nin de tek bir kümede olduğu 5 küme elde etmiştir. Türkiye; Kore, Meksika, Macaristan, Polonya, Slovakya ve ek Cumhuriyeti ile aynı kümede yer almıştır. Türkiye'nin göstergeler bakımından diğer ülkelere göre yetersiz olduğu sonucuna varmıştır.

Kocaman ve arkadaşları (2012) 2011 yılı verileri ile sağlık sistemleri verimliliklerini karşılaştırmak için bazı OECD lkeleri için girdi yönelimli CCR VZA yöntemi ile çalışma yapmışlardır. Girdi göstergeleri için bin kişiye düşen yatak ve hekim sayısı ve kişi başına düşen sağlık harcaması kullanılmıştır. Beş yaş altı ölüm rakamları ve DBYS ise çıktı göstergeleri olarak ele alınmıştır. Çalışma neticesinde Meksika, Slovenya, Avustralya, Türkiye, Estonya, şili, İsveç, Portekiz, Japonya, Estonya ve Lüksemburg'un verimli ülkeler olduğu görülmüştür.

Lorcu vd. (2012), çalışmasında Türkiye ve Avrupa Birliği lkelerinin sağlık göstergeleri bakımından gelişmişlik seviyelerini belirledikleri çalışmada, sağlık göstergelerini Binyıl Milenyum Kalkınma Hedeflerini dikkate alarak tespit etmişlerdir. Milenyum Kalkınma Hedeflerinden tespit edilen 7 sağlık değişkeni ile incelenen 28 ülke, kümeleme analizi yöntemi ile 5 kümede değerlendirilmiştir. Analiz neticesi birinci kümede 20, ikinci kümede 5 ve üçüncü, dördüncü ve beşinci kümelerde ise Litvanya, Romanya, Türkiye tek ve ayrı birer ülke olarak yer bulmuştur. Birinci kümedeki düşük aşılama rakamlarına rağmen Binyıl Kalkınma Hedeflerine ulaşmada en iyi ülkeler kümesi olarak gruplandırılmıştır. Litvanya, hastalıklarla savaşmada başarısız olması sebebiyle en iyi belirlenen birinci küme ülkeleri içinde yer edinmesini engellediği belirtilmiştir. Türkiye'nin, anne ve ocuk sağlığı oranları bakımından diğer kümelere göre en başarısız konumda, sağlık harcamalarında sondan ikinci sıradayken aşılama alanında ise en başarılı konumda olduğu açıklanmıştır.

Kurşun ile Rakıcı (2014), sağlık harcamaları ve gelişmişlik seviyesi arasındaki ilişkiyi ampirik sonuçlar ile kıyaslamalı olarak incelemişlerdir. Sosyal refah devletleri arasında yapılan bu çalışmada ülkelerin sağlık harcamaları dikkate alınmış ve sağlık düzeyleri analiz edilmiştir. Sağlık harcamalarının iyi organize edilmesi ve iyi kontrol edilmesinin ülkelerin gelişmişlik seviyeleri üzerindeki etkilerini öne çıkarmışlardır.

Daştan ve Çetinkaya (2015), çeşitli sağlık sistemleri yöntemlerini sınıflandırarak OECD ülkelerinin, özellikle de Amerika Birleşik Devletlerinin ve Türkiye'nin 1980-2012 yılları arasındaki sağlık harcamalarında görülen değişikliklere, yapılan harcamaların gayrisafi yurt içi hâsıla kapsamındaki oranlarına ve harcamaların finanse edilme şekline bakarak analiz etmişlerdir. Bu çalışmanın neticesinde sağlık sistemlerinde ayrılık olan ülkelerin sağlık harcamaları da farklılık göstermiş olsa da bu farklı harcamaların sağlık değişkenlerine ve sağlık sistemlerine istinaden başarıların ve verimliliklerinin birebir bir bağlantı kapsamında olmadığı kanısına varmışlardır.

Boz vd. (2016), çalışmasında 2013 yılına ait on bir sağlık göstergesi açısından OECD'ye üye ülkelerin benzerlik ve farklılıklarının belirlenmesi hedeflenmiştir. Ülkeleri sağlık değişkenlerine göre alt gruplara bölme, farklılıklara ve benzerliklerine sebep olan göstergeleri açığa çıkarma çalışmanın ikinci amacını ortaya koymaktadır. Analizi oluşturmak amacıyla ilk olarak sağlık göstergelerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler hesaplanmış sonrasında çok boyutlu ölçekleme analizi kullanılmıştır. Analiz neticesinde, Türkiye, Kore Cumhuriyeti, Meksika ve Şili ile sağlık değişkenleri kapsamında benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Türkiye'ye göre en farklı ve benzerlik göstermeyen ülkeler, ABD, İsviçre, Portekiz, Yunanistan, Avustralya, İspanya, Japonya ve Portekiz gibi ülkeler olarak belirlenmiştir. Sağlık harcamalarında yıl bazında büyüme rakamları ve bebek ölüm oranı Türkiye'nin diğer ülkelerden farklılık göstermesinde en kritik sağlık göstergeleri olarak saptanmıştır.

Akyürek ve Mut (2017) çalışmalarında kümeleme analizini kullanarak gruplandırma yapmışlardır. Gruplandırma OECD ülkelerinin sağlık göstergelerine göre olmuştur. Türkiye, Meksika ve Şili ile benzerlik göstererek aynı grupta olmuştur. Bu grup doğumda yaşam beklentisi ortalaması en düşük, bebek ölüm hızı ortalaması ise en yüksek olan sınıftır.

Türkoğlu (2018), çalışmasında 26 Avrupa ülkesini sağlık değişkenlerine istinaden 2010-2014 yılları arası verilerini ele alarak TOPSIS yöntemi ile sıralama yapmıştır. Bu sıralamada Lüksemburg, Norveç, Almanya, Avusturya ve İsveç sıralamalarda en başlara yerleşmişlerdir.

Değirmenci ve Yakıcı-Ayan (2020) çalışmalarında sağlık göstergeleri bakımından OECD ülkelerine kıyasla Türkiye'nin durumunu incelemeyi hedeflemişlerdir. Çalışmaları kapsamında, OECD ülkelerini bulanık cortalamalar kümeleme analizi yöntemini kullanarak gruplamanın yanında TOPSİS yöntemi ile de sıralamalarını belirlemeyi hedeflemişlerdir. 2015 yılı verileri ile beş sağlık göstergesi derlenmiştir. Bulanık kümeleme analizi yöntemine göre 4 küme oluşmuş ve Türkiye, Kore, Meksika ve Polonya aynı grupta yer bulmuştur. TOPSİS yöntemine göre sıralamada Türkiye sondan ikinci ülke olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda; yatak sayısı dışındaki diğer sağlık göstergeleri bakımından Türkiye'nin, OECD ülkelerine kıyasla yetersiz olduğu belirlenmiştir.

Çetintürk ve Gençtürk (2020), 36 OECD ülkesinin sağlık göstergeleri ile ilgili istatistiki verilerinden sağlık harcamaları karşılaştırılarak Türkiye'nin durumunu incelemeyi hedeflemişlerdir. Kümeleme analizi yöntemiyle yapılmış olan çalışmada Ward analizi kullanılmıştır. OECD ülkelerinin 2003-2017 dönemi sağlık sektöründe inceledikleri 14 sağlık harcaması değişkeni göz önüne alınmış ve 5 sınıf meydana getirilmiştir. Türkiye; Meksika, Letonya, Çek Cumhuriyeti, Avustralya, Belçika Lüksemburg, Belçika ve Estonya ile aynı sınıfta bulunmuştur. ABD'nin sağlık harcamalarında tek sınıfta bulunmasının yanında ikili kıyaslamalarda Türkiye'nin en fazla Estonya ile aynı olduğu görülmüştür ve sağlık harcamalarının az olduğu neticesine varılmıştır.

D. Veri ve Yöntem

1. Veri

Bu çalışmanın temel amacı seçilmiş bazı ülkelerin sağlık göstergeleri açısından sıralamasının yapılmasıdır. Yapılan analizde kişi başına düşen sağlık harcaması (ABD doları), doğurganlık oranı, bebek ölüm hızı (ölümler/1000 canlı doğum), bin kişiye düşen yatak sayısı, bin kişiye düşen hemşire sayısı, bin kişiye düşen doktor sayısı, doğuşta beklenen yaşam süresi ve 65 yaşında yaşam

beklentisi olmak üzere sekiz değişken kullanılmıştır. Kullanılmış olan bu göstergeler Dünya Sağlık rgt'nün temel sağlık göstergeleridir. Analiz 2015-2019 arasını kapsamaktadır. Çalışma kapsamında 5 seçilmiş ülke incelenmiştir. Bu ülkelere ait veriler <https://data.oecd.org/> ve <https://www.worldbank.org/en/home> veri tabanlarından elde edilmiştir.

2. Yöntem

Bu çalışmada ele alınan kırılğan beşli grubunda yer alan ülkelerin sağlık göstergeleri TOPSIS yöntemi ile analize tabi tutulmuştur. TOPSIS yöntemi ile analizi yapılan ülkelerin sağlık göstergeleri kapsamında sıralaması yapılmıştır. TOPSIS, istatistiksel yöntemler gibi katı varsayımlara dayanmayan problemlerin zm için uygun bulunan matematiksel çok kriterli bir karar verme yöntemidir. Analiz yapılırken birden fazla değişkeni göz önünde bulundurularak, iyiden kötüye doğru sıralama yapar. Basit olmakla birlikte rasyonel, kıyas yapılabilir bir analiz yöntemidir. Bunun yanında, hesap yapma etkinliği ve her bir birim için grel performansını ortaya çıkarma yetisine sahiptir. TOPSIS, Hwang ve Yoon tarafından 1981'de geliştirilmiş olup performans ölçülmesi, tedarikçi seçimi, kuruluş yerinin belirlenmesi, bakım planlaması vb. alanlarda kullanılmaktadır (Değirmenci & Yakıcı-Ayan, 2020, s. 229-241).

TOPSIS yöntemi pozitif-ideal zmden en yakın mesafedeki ve negatif ideal zmden en uzak mesafedeki alternatiflerin seçimi durumundan gelmektedir. Pozitif-ideal zmde yarar kriteri maksimize maliyet kriteri minimize edilmektedir. Negatif-ideal zmde ise tam aksi durum olmaktadır. Bir başka deyişle pozitif-ideal zm ölçütlerin erişebileceği en iyi değerlerden oluşurken, negatif-ideal zm en kötü değerlerden ortaya çıkmaktadır. En iyi alternatif pozitif-ideal zme en yakın mesafeyi, negatif ideal zme en uzak mesafeyi belirtir (Mehdi, Javadian, & Kazemi, 2012, s. 92).

• TOPSIS Yöntemi

Bu başlık altında makalenin amacı doğrultusunda seçilmiş bazı ülkelerin sağlık göstergeleri baz alınarak TOPSIS yöntemi ile en iyi performanstan en kötü performansa göre değerlendirilmesi yapılacaktır.

TOPSIS yöntemi karar matrisinin oluşturulmasından başlayarak 6 Adımdan oluşur. Yöntemin çözüm sürecinin aşamaları şunlardır (Jahanshahloo, Lotfi, & Izadikhah, 2006, s. 1375).

1.Adım: Karar matrisinin oluşturulması

Yöntemin uygulamaya geçilmesi esnasında ilk önce karar matrisi (A) oluşturulur. Oluşturulan matriste satırlar alternatifleri, sütunlar ise sıralama esas oluşturan kriterleri göstermektedir. Bu çalışmada satırlar ülkeleri sütunlar ise çalışmaya esas oluşturan kriterleri göstermektedir. İlk adımda oluşturulan karar matrisi aşağıdaki gibi gösterilir:

$$A_{ij} = \begin{bmatrix} a_{11} & \dots & a_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ a_{m1} & \dots & a_{mn} \end{bmatrix}$$

Sıralanacak alternatifler karar matrisinin satırlarında listelenmiş ve karar verme için kullanılacak değerlendirme kriterleri karar matrisinin sütunlarına yerleştirilmiştir. Tablo 1’de 2015 yılı için araştırmanın karar matrisini göstermektedir.

Çizelge 7. Karar Matrisi (2015)

ÜLKE	Kişi Başı Düşen Sağlık Harcaması (ABD doları)	Doğurganlık Oranı	Bebek Ölüm Hızı (Ölümler/1000 canlı doğum)	Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	Bin Kişiye Düşen Doktor Sayısı	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	65 Yaşında Yaşam Beklentisi
TÜRKİYE	1040,1	2,1	10662	2,68	1,9	1,8	76,2	19,4
ENDONEZYA	314,3	2,4	22580	0,98	1,2	0,3	70,5	17,5
GÜNEY AFRİKA	1063,8	2,5	30661	0,35	1,3	0,8	62	17,3
BREZİLYA	1360,8	1,8	14682	2,15	9,1	1,7	74,8	19,8
HİNDİSTAN	216,1	2,3	36249	0,58	1,4	0,7	68,3	18,02

Dereceye girecek ülkeler matris satırlarında listelenmiş haline getirilmiş ve karar vermede kullanılacak değerlendirme kriterleri matris sütunlarına yerleştirilmiştir.

2. Adım: Normalize karar matrisinin oluşturulması.

Çalışmada m satırı ülkelerin temsil ettiği için 5, n ise 8 olarak ele alınmıştır. Normalize karar matrisi A matrisindeki elemanlar kullanılarak aşağıdaki eşitlik yardımıyla belirlenir.

$$r_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sqrt{\sum_{k=1}^m a_{kj}^2}} \quad i=1,2,\dots,m; j=1,2,\dots,n$$

Normalize karar matrisinin oluşturulması için yapılan hesaplamalar sonucunda R matrisi aşağıdaki gibi elde edilir.

$$R_{ij} = \begin{bmatrix} r_{11} & \dots & r_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ r_{m1} & \dots & r_{mn} \end{bmatrix}$$

Bu adımda, normalleştirilmiş değerler her indici tor ağırlığı ile çarpılır. Daha sonra, ağırlıklı kriter matrisi 2015 yılı için Tablo 2’de gösterildiği gibi oluşturulur.

Çizelge 8. Normalleştirilmiş Karar Matrisi (2015)

ÜLKE	Kişi Başı Düşen Sağlık Harcaması (ABD doları)	Doğurganlık Oranı	Bebek Ölüm Hızı (Ölümler/1000 canlı doğum)	Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	Bin Kişiyeye Düşen Hemşire Sayısı	Bin Kişiyeye Düşen Doktor Sayısı	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	65 Yaşında Yaşam Beklentisi
TÜRKİYE	0.5069	0.4204	0.1917	0.7370	0.1986	0.6639	0.4831	0.4707
ENDONEZYA	0.1532	0.4805	0.4060	0.2695	0.1254	0.1107	0.4469	0.4246
GÜNEY AFRİKA	0.5184	0.5005	0.5513	0.0962	0.1359	0.2951	0.3931	0.4198
BREZİLYA	0.6632	0.3604	0.2640	0.5912	0.9513	0.6271	0.4742	0.4804
HİNDİSTAN	0.1053	0.4605	0.6518	0.1595	0.1464	0.2582	0.4330	0.4372

3. Adım: Ağırlıklı normalize edilmiş karar matrisinin oluşturulması (V).

Ağırlıklı normalize edilmiş karar matrisinin oluşturulması için öncelikle kriterlerin ağırlıkları karar verici tarafından belirlenir. Daha sonra her bir kriter için belirlenen ağırlık değerleri çarpılarak ağırlıklandırılmış normalize matris elde edilmektedir.

$$\sum_{i=1}^n w_i = 1$$

$$V_{ij} \begin{bmatrix} w_1 r_{11} & \cdots & w_n r_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ w_1 r_{m1} & \cdots & w_n r_{mn} \end{bmatrix}$$

Çizelge 9. Ağırlıklı Normalleştirilmiş Karar Matrisi (2015)

ÜLKE	Kişi Başı Düşen Sağlık Harcaması (ABD doları)	Doğurganlık Oranı	Bebek Ölüm Hızı (Ölümler/1000 canlı doğum)	Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	Bin Kişiye Düşen Doktor Sayısı	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	65 Yaşında Yaşam Beklentisi
TÜRKİYE	0.0461	0.0382	0.0174	0.0670	0.0181	0.0604	0.0439	0.0428
ENDONEZYA	0.0139	0.0437	0.0369	0.0245	0.0114	0.0101	0.0406	0.0386
GÜNEY AFRİKA	0.0471	0.0455	0.0501	0.0087	0.0124	0.0268	0.0357	0.0382
BREZİLYA	0.0603	0.0328	0.0240	0.0537	0.0865	0.0570	0.0431	0.0437
HİNDİSTAN	0.0096	0.0419	0.0593	0.0145	0.0133	0.0235	0.0394	0.0397

4.Adım: Pozitif ve negatif ideal çözümlerin elde edilmesi.

Pozitif ve negatif ideal çözüm değerlerinin elde edilmesi aşağıdaki formül ile gösterilebilir:

Pozitif ideal çözüm değerleri:

$$A^+ = \{\max v_{ij} | j=1,2, \dots, p; i= 1,2, \dots, m\} = \{v_1^+, v_2^+, \dots, v_n^+\}$$

$$A^- = \{\min v_{ij} \text{ olmak üzere } \} = \{v_1^-, v_2^-, \dots, v_n^-\}$$

5.Adım: Her bir alternatifin pozitif ve negatif ideal çözüm noktalarının uzaklıklarının hesaplanması.

$$S_i^+ = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^+)^2} \quad i = 1,2, \dots, m_{\text{ve}}$$

$$S_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^-)^2}$$

$$i = 1,2, \dots, m$$

Çizelge 10. Pozitif İdeal Çözüm S_i^+ (2015)

ÜLKE	Kişi Başı Düşen Sağlık Harcaması (ABD doları)	Doğurganlık Oranı	Bebek Ölüm Hızı (Ölümler/1000 canlı doğum)	Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	Bin Kişiye Düşen Doktor Sayısı	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	65 Yaşında Yaşam Beklentisi	S_i^+
TÜRKİYE	0.000	0.000	0.000	0.000	0.004	0.000	0.000	0.000	0.070
	2	1	0	0	7	0	0	0	3
ENDONEZYA	0.002	0.000	0.000	0.001	0.005	0.002	0.000	0.000	0.112
	1	0	5	8	6	5	0	0	4
GÜNEY AFRİKA	0.000	0.000	0.000	0.003	0.005	0.001	0.000	0.000	0.101
	2	0	1	4	5	1	1	0	7
BREZİLYA	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.040
	0	2	2	2	0	0	0	0	3
HİNDİSTAN	0.002	0.000	0.000	0.002	0.005	0.001	0.000	0.000	0.109
	6	0	0	8	4	4	0	0	9

Çizelge 11. Negatif İdeal Çözüm S_i^- (2015)

ÜLKE	Kişi Başı Düşen Sağlık Harcaması (ABD doları)	Doğurganlık Oranı	Bebek Ölüm Hızı (Ölümler/1000 canlı doğum)	Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	Bin Kişiye Düşen Doktor Sayısı	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	65 Yaşında Yaşam Beklentisi	S_i^-
TÜRKİYE	0.001	0.000	0.001	0.003	0.000	0.002	0.000	0.000	0.095
	3	0	7	4	0	5	1	0	7
ENDONEZYA	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.028
	0	1	4	2	0	0	0	0	6
GÜNEY AFRİKA	0.001	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.054
	4	2	1	0	0	3	0	0	3
BREZİLYA	0.002	0.000	0.000	0.002	0.005	0.002	0.000	0.000	0.112
	6	0	0	0	6	2	1	0	0
HİNDİSTAN	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.045
	0	1	7	0	0	2	0	0	6

6.Adım: İdeal çözüme göreli yakınlığın hesaplanması.

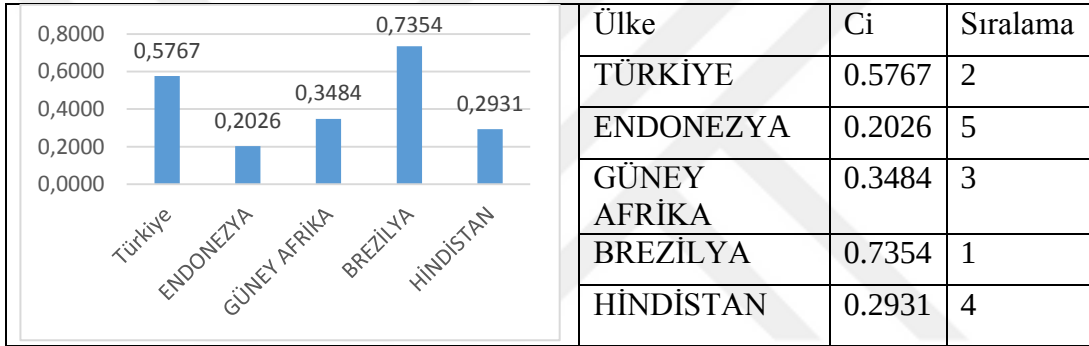
$$C_i^* = \frac{s_i^-}{s_i^- + s_i^+} \quad i = 1, 2, \dots, m$$

7.Adım: Her bir alternatifin göreli sıralanmasının bulunması.

Çizelge 12. Pozitif İdeal ve Olumsuz İdeal Çözümlerden ve İdeal Çözüme Göreceli Yakınlıktan Uzaklıklar (2015)

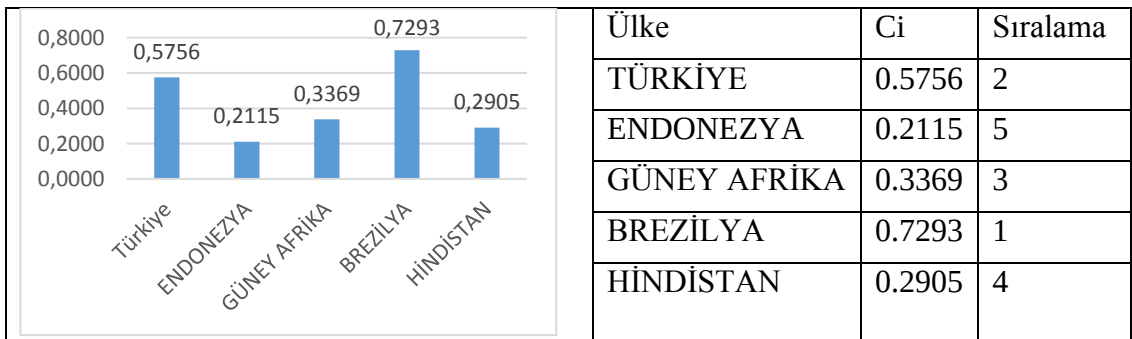
ÜLKE	S+	S-	Ci
TÜRKİYE	0.0703	0.0957	0.5767
ENDONEZYA	0.1124	0.0286	0.2026
GÜNEY AFRIKA	0.1017	0.0543	0.3484
BREZİLYA	0.0403	0.1120	0.7354
HİNDİSTAN	0.1099	0.0456	0.2931

Ci değerinin en yüksek olduğu değer, belirlenmiş olan 8 kriter açısından en iyi olduğu alteratifi (ülkeyi) gösterir. Bu değer en düşük değer olması durumunda ise söz konusu kriterler açısından en kötü olduğu alternatifi (ülkeyi) gösterir.



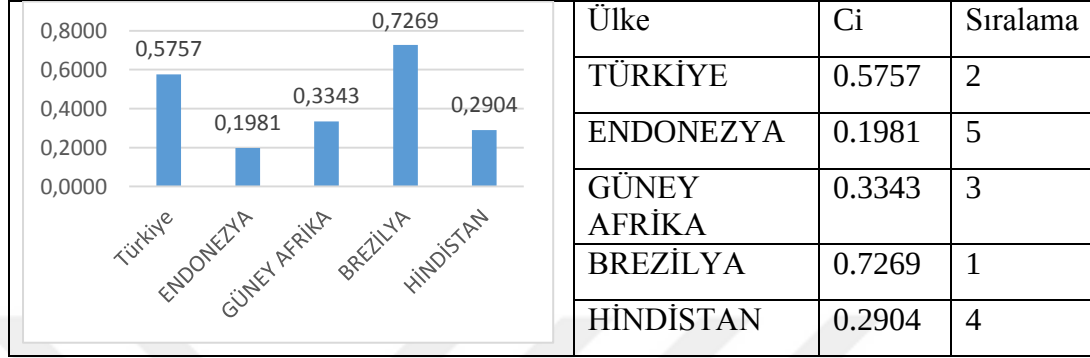
Şekil 6. 2015 Sıralama Sonuçları

TOPSIS yöntemi ile yapılan sıralamada 2015 yılında seçili sağlık göstergeleri açısından en iyi performansa sahip ülkenin Brezilya olduğu görülmektedir. Ülke sıralamasında ikinci ve üçüncü sırada sırasıyla Türkiye ve Güney Afrika yer almaktadır. Endonezya ise beşinci sırada yer alarak kırılğan beşli ülkelerin arasında en kötü performansa sahip ülke olduğu görülmektedir.



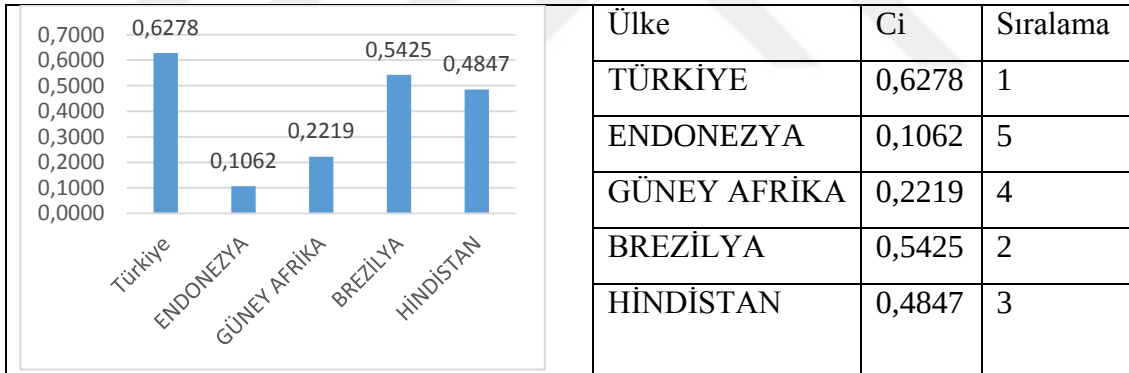
Şekil 7. 2016 Sıralama Sonuçları

TOPSIS yöntemi ile yapılan sıralamada 2016 yılında seçili sağlık göstergeleri açısından en iyi performans Brezilya'ya aittir. Brezilya'yı ikinci olarak Türkiye takip etmektedir. Sıralamada üçüncü ve dördüncü olarak Güney Afrika ve Hindistan yer almaktadır. Bu ülkelerin arasında en geride kalan ülke ise Endonezya olmuştur.



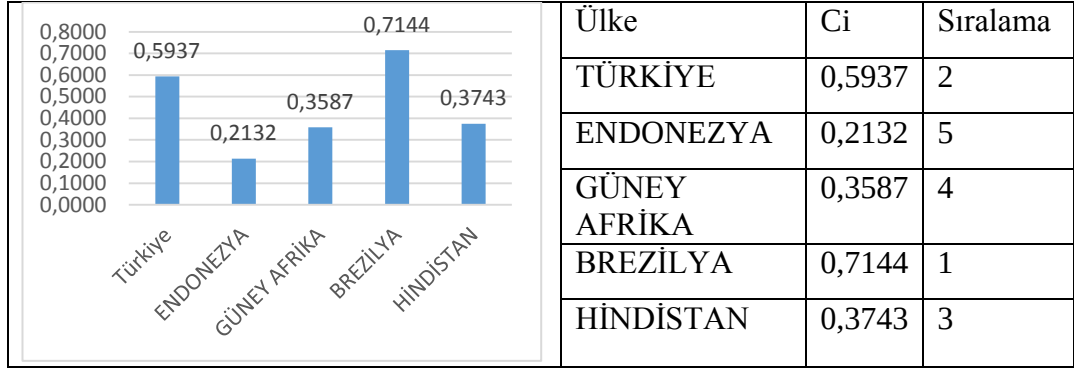
Şekil 8. 2017 Sıralama Sonuçları

2017 yılında yine birinci sırada Brezilya yer almaktadır. Brezilya'yı ikinci ve üçüncü olarak Türkiye ve Güney Afrika takip etmektedir. Hindistan ve Endonezya sırası ile dördüncü ve beşinci sıradadır.



Şekil 9. 2018 Sıralama Sonuçları

2018 yılına bakıldığında TOPSIS yöntemi ile yapılan sıralamada en iyi performansa sahip ülke Türkiye olmuştur. Bu yılda Brezilya Türkiye ile yer değiştirerek ikinci sıraya gerilemiştir. Brezilya'yı takip eden en iyi üçüncü ülke ise Hindistan olmuştur. Dördüncü sırada Güney Afrika yer alırken son sırada Endonezya yer almaktadır. 2018 yılında Türkiye için kişi başına düşen sağlık harcaması oranı yükselmiş olup aynı zamanda bebek ölüm oranları da düşüş göstermiştir. Bu değişkenlerdeki farklılıklar diğer ülkelere nazaran daha fazla olduğundan Türkiye bu yıl için birinci sıraya yükselmiştir.



Şekil 10.2019 Sıralama Sonuçları

TOPSIS yöntemi ile yapılan sıralamalarda 2019 yılında en iyi performans sıralamasında ilk sırada Brezilya gelmektedir. 2018 yılında Türkiye'nin gerisinde kalarak ikinci olan Brezilya'nın bu yıl ki verilerine bakıldığında kişi başı düşen sağlık harcamaları ve bebek ölüm oranlarında olumlu yönde belirgin değişiklikler olmuştur. Türkiye, sağlık göstergesi verilerinde geçen yıldan bu yana stabilite söz konusu olduğundan ikinci sıraya gerilemiştir. Hindistan 2018 yılına göre düşüş yaşasa da üçüncü sıradaki yerini korumuştur. Dördüncü ve sonuncu gelen ülkeler sırasıyla Güney Afrika ve Endonezya olmuştur. İncelenen beş dönem boyunca Endonezya son sırada yer alarak kırılğan beşli gurubunda yer alan ülkeler içinde en kötü performansa sahip ülke olmuştur.

E. Bulgular

Bu bölümde yapılan analizin sonuçları değerlendirildi. Seçilmiş ülkelerin sağlık göstergeleri olarak 2015-2019 dönemine göre kişi başı düşen sağlık harcaması (ABD doları), doğurganlık oranı, bebek ölüm hızı (ölümler/1000 canlı doğum), bin kişiye düşen yatak sayısı, bin kişiye düşen hemşire sayısı, bin kişiye düşen doktor sayısı, doğuşta beklenen yaşam süresi ve 65 yaşında yaşam beklentisi gibi değişkenler kullanılmıştır. Tablo 9'da TOPSIS yöntemi ile en iyi performans değerlerinden oluşan pozitif ideal çözümlerden ve en kötü performans değerlerinden oluşan negatif ideal çözümlerden elde edilen yakınlık değeri (Ci) ve ülkelerin sıralaması verilmiştir. Ci'nin en yüksek değeri, belirlenen 8 değişken kapsamında en iyi alteratifi (ülkeyi) gösterir. Bu değer en düşük değer ise, söz konusu ölçüt bakımından performansın en kötü olduğu alternatifi (ülkeyi) gösterir.

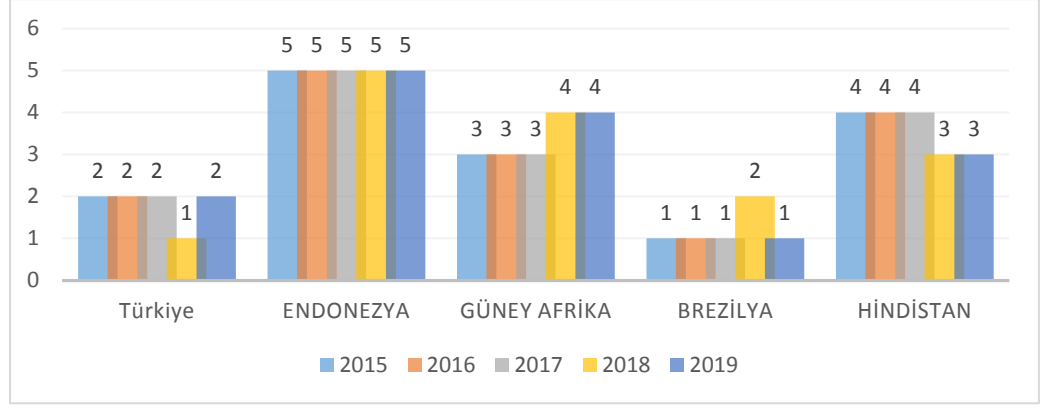
Çizelge 13. Sıralama Sonuçları (2015-2019)

	2015 C_i		2016 C_i		2017 C_i		2018 C_i		2019 C_i	
		Sıralama		Sıralama		Sıralama		Sıralama		Sıralama
Türkiye	0.5767	2	0.5756	2	0.5757	2	0.6278	1	0.5937	2
ENDONEZYA	0.2026	5	0.2115	5	0.1981	5	0.1062	5	0.2132	5
GÜNEY AFRIKA	0.3484	3	0.3369	3	0.3343	3	0.2219	4	0.3587	4
BREZİLYA	0.7354	1	0.7293	1	0.7269	1	0.5425	2	0.7144	1
HİNDİSTAN	0.2931	4	0.2905	4	0.2904	4	0.4847	3	0.3743	3

Tablo 9’da de görüldüğü üzere TOPSIS yöntemiyle yapılan sıralamada 2015 ve 2019 yılları arası kırılğan beşli gurubunda yer alan ülkeler sıralamasında 2015, 2016 ve 2017 yılları için sıralama değışiklik göstermemiş olup 2018 yılında Türkiye birinci sıraya yükselirken Hindistan’da üçüncü sıraya yükselmiştir. 2019 döneminde Brezilya tekrar birinci sıraya yükselmiştir. Güney Afrika beş dönem içinde ortalama bir performans göstermiştir ve ilk üç yıl üçüncü son iki yıl ise sıralamayı dördüncü tamamlamıştır. Son sırada tüm yıllarda değışmeyen sıralama ile performansı en kötü olan Endonezya yer almıştır.

Çalışmaya bakıldığında ülkelerin tamamının puan bazında her yıl için birbirine çok yakın performans göstermesi dikkat çekmektedir. Bu bir bakıma ülkelerin sağlık alanında iyi varlık gösteremeyip, atılım sergileyemediklerini ortaya koymaktadır. Bazı yıllarda az da olsa puan düşüşleri görülmüş bu da belirtilen ülkeler için istikrarsızlık olarak da nitelendirilebilir.

Belirtilen ülkeler ve belirlenen sağlık göstergeleri kapsamında Brezilya’nın diğer ülkelere göre sağlık alanındaki başarılarının daha iyi olduğu görülmektedir. Türkiye ise 2018 yılında diğer ülkelere oranla iyi bir performans sergilese de son dönemde bu istikrarı devam ettirememiştir. Ülkelerin sıralamalarında var olan değışkenlere ait verilerde belirleyici iki değışken kişi başına düşen sağlık harcaması ve bebek ölüm oranları olmuştur.



Şekil 11. Ülkelerin Sağlık Göstergeleri Açısından Sıralaması (2015-2019)

V.SONUÇ

Sağlık, dünyanın bütün ülkelerinde önemli çalışmaların yapıldığı alandır. Özellikle bu çalışmalara 1960'lı yıllardan sonra ağırlık verilmiş ve üzerinde durulmuştur. Sağlık sektörünün iyileştirilmesi ve sürekli olarak geliştirilmesi için dünyanın büyük bir kısmında teknoloji ile birlikte yeni uygulamalar ve değişiklikler yapıldığı izlenmektedir. Günümüz şartlarında ülkelerin kalkınma düzeylerini gösteren en temel etmenler sağlık göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Kalkınma düzeyi için bu kadar önemli olan sağlık hizmetlerinin ülkeler tarafından hatta dünya genelinde incelenmesi, geliştirilmesi ve üzerinde durulup yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Bir ülkenin kalkınma seviyesi, ekonomik ve sosyal refah bakımından ne durumda olduğu gibi unsurları ortaya çıkaran asıl etmenler sağlık hizmetleridir. Ekonomik ve sosyal açıdan kalkınma olabilmesi, o ülkede yetişen kuşakların kendi geleceklerini organize etmede uzman kişiler olabilmesi ve bunun yanında sağlık hizmetlerinin iyileştirilerek, geliştirilerek ve yaygınlaştırılarak vatandaşların kolay ulaşabilmesini sağlamak devletlerin en temel asli görevlerindendir. Her yeni doğan bebek için ergonomik yaşam standartları, vatandaşlarına uzun, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sunabilmek bütün dünya ülkelerinin en önemli amaçlarındanıdır. Tüm bu bireysel ve toplumsal arzuların yerine getirilmesi için gerekli olan unsurlar içerisinde sağlık sistemleri ve bunun yanında sağlık sistemlerinin işlerliğini sağlayan sağlık hizmetleri kavramı bulunmaktadır.

Sağlık sistemleri ve sağlık hizmetleri için en önemli göstergelerden biriside sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun vadeli ve çok yönlü bir ilişki vardır. Geniş çerçeveden bakıldığında sağlık hizmetleri kişilere yapılan yatırımlar olarak görülmelidir. Bu doğrultuda sağlık hizmetleri için yapılacak olan harcamalar, ileride gelişebilecek hastalıkları azaltıp, iş gücünü koruyacaktır. Ayrıca tasarruf edilerek, ekonomik anlamda gelişime oldukça katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada, kırılğan beşli grubunda yer alan ülkelerin 2015 ile 2019 yılları arasındaki sağlık göstergesi verilerine göre sıralanması ve değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu hedef kapsamında, karar sorununun analizinde kullanılacak değerlendirme unsurları, karar problemini iyi biçimde temsil edebilecek düzeyde ve bu kırılğan beşli grubunda yer alan ülkeler arasındaki değişkenleri sergileyebilecek kapsamdaki verilerden oluşturulmuştur. Bu çalışmada kullanılan kriterler doğrultusunda ülkelerin sıralamasına bakılarak en iyi performansın ve en kötü performansın seçilebilmesi için TOPSIS yöntemi tercih edilmiştir.

Ülkelerin verilerine göre ve çalışmada kullanılmış olan TOPSIS yöntemine göre analiz sonucunda Türkiye'nin sağlık göstergelerine istinaden bu kırılğan beşli ülke arasında dört dönem ikinci bir dönem için birinci olduğu görülmüştür.

TOPSIS yönteminden elde edilen diğer sonuçlara göre Brezilya birinci sırada, Türkiye ikinci sırada, Güney Afrika üçüncü sırada, Hindistan dördüncü sırada ve Endonezya beşinci sırada yer almıştır.

Analiz sonuçları incelendiğinde, bu çalışmada kırılğan beşli grubunda yer alan ülkelerin sıralamalarının en iyi performanstan en kötü performansa göre belirlenmesi için kullanılan çok amaçlı karar verme yöntemleri arasında yer alan TOPSIS yönteminin kullanılmasının uygun bir yöntem olduğu görülmektedir. Çünkü TOPSIS yöntemine asıl zemini oluşturan pozitif-ideal çözümden en yakın mesafedeki ve negatif ideal çözümden en uzak mesafedeki alternatiflerin seçimi durumundan gelmesidir. Bu açıdan bakıldığında risk almaktan kaçan karar verici organlar tarafından daha uygun görülen bir yöntemdir. TOPSIS yönteminde vektörel normalizasyon kullanılmaktadır.

Geliştirilen yöntem, karar alıcıları ve politika belirleyicileri ortak noktada buluşturmak ve karar almak adına daha güçlü hale getirmesi açısından, kriter ağırlıklarının bulunduğu diğer çalışmalar içinde örnek oluşturabilir.

Bu doğrultuda Türkiye'de sağlık sistemini geliştirmek ve iyileştirmeye yönelik devlet hem daha iyi hem de farklı politikalar ve stratejiler oluşturmalıdır. İnsanların sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştıracak finansal engeller yok edilmelidir. Sektörler arasındaki iş birliği geliştirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilebilmesi için sektörler arası yardımlar desteklenmelidir. Kişilerin sağlık

hizmetleri konusunda bilgilendirilip, bilinçlendirilmeleri ve bilgi asimetrisinin ortadan kalkması konusunda organizasyonlar yapılmalıdır. Sağlık alanında yapılan gerek yatırımlar gerek yenilikler çeşitlendirilmeli ve fazlaştırılmalıdır. Sağlık personellerinin iyi eğitimlerden geçmesi önemli bir noktadır. Devlet, sağlık sisteminin problemlerinin çözümlenmesi adına daha çok finansal kaynak bulundurmaktadır. Sağlık sisteminin geliştirilebilmesi için iletişim kanalları açık olmalı ve kuvvetlendirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği artırılmalıdır.

Eğitim ve sağlık alanında yapılan yatırımlar sonuç alınması bakımından uzun süreli ve ölçülebilmesi güç yatırımlardır. Bu da politika belirleyicileri ve karar mercilerini kısa vadeli, daha hızlı geri dönüş alınabilecek ve daha gözle görülür yatırımlara yönlendirmektedir. Bu doğrultuda Türkiye'nin uzun dönemli, stratejik ve sürdürülebilir sosyoekonomik planlara ve politikalara yönelmesi gerekir.

Ayrıca kırılan beşli grubunda yer alan diğer ülkelerinde sağlık sistemlerinin incelenerek ve sağlık hizmetleri bakımından iyi düzeyde olan diğer ülkelerden örnek alınabilecek faydalı modeller geliştirerek kendi ülkelerine uyarlamaları gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamaları için GYSİH'dan alınan pay genellikle bu ülkelere göre daha yüksektir.

Analiz sonuçları değerlendirildiğinde, kırılan beşli grubunda yer alan ülkelerin sağlık göstergelerinin analizinde TOPSIS yönteminin anlamlı neticeler verebildiği görülmüştür. Ülkelerin sağlık göstergelerinin değerlendirilmesinde bu çalışmanın karar verici organlara ve sağlık alanında politika belirleyicilere yol gösterme niteliğinde olması ön görülmektedir.

Gelecekte yapılması planlanan veya yapılacak çalışmalar için farklı yöntem ve analizler uygulanabilir. Farklı sektörler ayrıca farklı ülkeler seçilebilir. Bununla birlikte incelenen dönem ve değerlendirme değişkenleri çeşitlendirilebilir. Bu çalışma yapılacak çalışmalar için araştırmacılara fikir ve katkı anlamında yardımcı olabilir.

VI. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

AKDEMİR, N. ve BİROL, L. (2003). **İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı**. Vehbi Koç Yayınları, SANERC.

BULUTOĞLU, K. (1981). **Kamu Ekonomisine Giriş**, İstanbul: Filiz Kitapevi.

BULUTOĞLU, K. (2001). **Kamu Ekonomisine Giriş**, İstanbul. : Yapı Kredi Yayınları, .

CULYER, A. ve NEWHOUSE, J. (2000). **Introduction: The State and Scope of Health Economics**, Amsterdam: The Netherlands: In Handbook of Health Economics Elsevier.

ÇELİK, Y. (2011). **Sağlık Ekonomisi**, Ankara: Siyasal Kitabevi.

ÇOŞKUN, A. ve AKIN, A. (2009). **Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi**, Ankara: Seçkin Yayınları.

KAVUNCUBAŞI, Ş. (2010). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara: Siyasal Kitabevi. 2.Baskı.

KAVUNCUBAŞI, Ş. (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara: Şahin Kitapevi.

KURTULMUŞ, S. (1998). **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

MUTLU, A. ve IŞIK, A. (2005). **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Bursa: Ekin Kitabevi.

MUTLU, A. ve IŞIK, A. (2012). **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Bursa: Ekin Kitabevi.

SARAN, U. ve AKTAN, C. (2007). **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, İstanbul: Aura Yayınları.

SAYIM, F. (2011). **Sağlık Piyasası ve Etik**, İstanbul: MKM Yayıncılık.

- SMITH, A. (1998). **Ulusların Zenginliği 1**, Çev.:Metin Saltoğlu. Ankara: Palme Yayıncılık.
- SUR, H. ve PALTEKİ, T. (2013). **Hastane Yönetimi - Sağlık Ekonomisi (Prof. Dr Mehtap Tatar)**, Nobel Tıp Kitabevleri.
- TENGİLİMOĞLU, D. (2009). **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Ankara: Nobel Yayınevi.
- YAZGAN, T. (1977). **Sosyal Sigorta**, İstanbul.

MAKALELER

- AKAR, S. (2014). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Manisa: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi**, 1: 311.
- ANDERSON, G. ve PETER S., P. (2001). “Comparing Health System Performance in OECD Countries”, **Health Affairs**, 20: 219-232.
- BALÇIK, P. ve ŞAHİN, B. (2013). “Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** , Cilt:16 Sayı:2 s. 124.
- BALTAGİ, B. ve MOSCANE, F. (2010). “Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data”, **Economic Modelling Elsiver**, 27: 804-811.
- BHARGAVA, A. ve JAMİSON, D. ve LAU, L. ve MURRAY, C. (2001). “Modeling The Effects Of Health On Economic Growth”, **J Health Econ**, 20:423-440.
- BOZ, C. ve SUR, H. (2015). “Avrupa Birliği Üyesi ve Aday ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılıklarının Analizi”, **Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği Sosyal Güvence Dergisi**, 9: 23-46.
- BRAİTHWAİTE, J. (2017). “Health System Frameworks and Performance Indicators in Eight Countries: A Comparative International Analysis”, **SAGE Open Medicine**, 5: 1-10.

- ÇALIŞKAN, Z. (2008). “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, **H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 26, Sayı 2, s.29-50.
- ÇALIŞKAN, Z. (2009). “Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet- Etkililik Analizi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi**, Cilt 14, S.2 s.311-332.
- ÇELİKAY, F. ve GÜMÜŞ, E. (2010). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, **Eskişehir: Eskişehir Osmangazi University Journal of Social Sciences**, 11(1), 177-216.
- ÇETİN, M. ve ECEVİT, E. (2010). “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi”, **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, 11: 166-182.
- ÇETİNTÜRK, İ. ve GENÇTÜRK, M. (2020), “OECD Ülkelerinin Sağlık Harcama Göstergelerinin Kümeleme Analizi ile Sınıflandırılması”, **Vizyoner Dergisi**, 11(26), 228-244.
- DAŞTAN, İ. ve ÇETİNKAYA, V. (2015). “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 5:104-134.
- DEĞİRMENCİ, N. ve YAKICI-AYAN, T. (2020). “OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri Açısından Bulanık Kümeleme Analizi ve TOPSIS Yöntemine Göre Değerlendirilmesi”, **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 38(2), 229-241.
- DREGER, C. ve REIMERS, H. E. (2005). “Health care expenditures in OECD countries: a panel unit root and cointegration analysis”, **IZA Discussion Paper**, 1469, 1-20.
- DÜRRÜ, Z. (2012). “OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması”, **Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı**, s. 7-8.
- ERENÇİN, A. ve YOLCU, V. (2008). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi”, **Memleket Siyasal Yönetim Dergisi**, 3(6): 118-136.

- ERSÖZ, F. (2008). “Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, **İstatistikçiler Dergisi**, 2: 95-104.
- HANSEN, M. ve KING, P. (1996). “The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach”, **Journal of Health Economics**, 1:127-137.
- HERNANDEZ DE COS, P. ve BENİTO, M. (2014). “Determinants of Health-System Efficiency: Evidence from OECD Countries”, **International Journal of Health Care Finance Economics**, 14(1), 69-93.
- HESHMATİ , A. (2001). "On the causality between GDP and health care expenditure in augmented solow growth model", **SSE/EFI Working Paper Series in Economics and Finance**, 423, 1-19.
- HUBER, M. ve OROSZ, E. (2003). “Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001”, **Health Care Financing Review**, 25: 1-22.
- JAHANSHALOO, G. ve LOTFİ, F. ve IZADİKHAH, M. (2006). “An Algorithmic Method to Extend TOPSIS for Decision-Making Problems with Interval Data”, **Applied Mathematics and Computation**, s. 175 (2). 1375-1384.
- KALHOR, R. ve ASEFZADEH, S. ve GHAMARİ, F. (2016). “Ranking Eastern Mediterranean Region Countries (EMRO) Based on the Health Impact Indicators Using Multi-criteria Decision Approach”, **Journal of Biology and Today's World**, 5(12), 213-217.
- KARAGÜL, M. (2002). “Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu”, **Ankara: Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını**.
- KARASİOĞLU, F. ve ÇAM, A. (2008). “Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması”, **Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt:1,s. 16.
- KOCAMAN, M. ve MUTLU, E. ve BAYRAKTAR, D. ve ARAZ, Ö. (2012). “OECD ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Etkinlik Analizi”, **Endüstri Mühendisliği Dergisi**, 23 (4); 14-31.

- KOYİNG , C. ve YOUNG-HSIANG, Y. (2006). “Economic growth, human capital investment, and health expenditure : a study of OECD countries”, **Hitotsubashi Journal of Economics**, 47(1),1-16.
- KÖKSAL, O. (2011). “Paternalizm İle Algılanan Örgütsel Adalet Arasındaki İlişkinin Tespitine Yönelik Bir Araştırma”, **C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, C.12, S.2, ss.159-170.
- LORCU, F. ve BOLAT, B. ve ATAKİŞİ, A. (2012). “Examining Turkey and Member States of European Union in Terms of Health Perspectives of Millennium Development Goals”, **Qual Quant**, 46, 959-978.
- MANKİW, N. ve ROMER, D. ve WEİL, D. (1992). “A contribution to the empirics of economic growth”, **Quarterly Journal of Economics**, 107(2), 407-437.
- MEHDİ, A.-A. ve JAVADİAN, N. ve KAZEMİ, M. (2012). “A New Fuzzy Positive and Negative Ideal Solution for Fuzzy TOPSIS”, **WSEAS Transactions on Circuits and Systems**, 11(3): 92-103.
- MUSHKİN, J. (1958). “Toward a Definition of Health Economics”, **Public Health Reports**, 73: 785-794.
- MUSHKİN, J. (1962). “Health as an Investment.”, **Journal of Political Economy**, 70: 129-157.
- MUT, S., & AKYÜREK, E. (2017). “OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergelerine Göre Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması”, **International Journal of Academic Value Studies**, 3(12411-422).
- N., Ç. (2001). “Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi”, **Yeni Türkiye**, Sayı 40, s.1592.
- ORHANER, E. (2006). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, S.1, ss.1-22.
- ÖZTEK, Z. (2001). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı 1,Yıl 7, Sayı 39.

- PRADHAN , J. (2011). “Emerging Multinationals: A Comparison of Chinese and Indian Outward Foreign Direct Investment”, **Institutions and Economies (formerly known as International Journal of Institutions and Economies)**, 3:113-148.
- SARGUTAN, E. (2005). “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8, Sayı:3,, s.401-428.
- SPINKS, J. ve HOLLINGSWORTH, B. (2005). “Cross-Country Comparisons of Technical Efficiency of Health Production: A Demonstration of Pitfalls”. **Journal of Applied Economics**, 41(4),417-427.
- ŞATAF, C. (2014). “Fayda Maliyet Analizinde Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler: Fayda ve Maliyetin Belirlenebilme Sorunu”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi**, Y.2014, C.19, S.1; s.110.
- TATAR, M. (2007). “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Hasta Açısından Yeni Sistemin Getirdikleri”, **Ankara Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi**. S.1, s.156-158.
- TCHOUAKET, E. ve LAMARCHE, P. ve GOULET, L. ve CONTANDRIOPOULOS, A. (2012). “Health Care System Performance of 27 OECD Countries”, **The International Journal Of Health Planning And Management**, 27(2), 104-29.
- TERRİS, M. (1976). “The epidemiologic revolution, national health insurance and the role of health departments”, **AmJ Public Health**, 1155-1164.
- TÜRKOĞLU, S. (2018). “Avrupa Ülkelerinin Sağlık Göstergelerinin TOPSIS Yöntemi İle Değerlendirilmesi”, **AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 18(1), 65-78.
- WILLIAMS, A. (1987). “Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science? Health and Economics”, **London: MacMillan Press LTD**, 1-11.
- WITTER , S. (2002). “Briefing Paper For Oxfam GB, Health Financing In Developing And Transtional Countries ”, **Centre For Health Economics University Of York**, 1:4.

- ZHANG, J. ve ZHANG, J. (2005). “The Effect of Life Expectancy on Fertility, Saving, Schooling and Economic Growth: Theory and Evidence”. **Scandinavian Journal of Economics**, 107, (1), 45-66.
- ZHANG, J. ve ZHANG, J. ve LEE, R. (2003). “Rising Longevity Education Savings and Growth”, **Journal of Development Economics**, 70, 83-10.

TEZLER

- AĞIRBAŞ, İ. (1999). “Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Teknikleri ve TCDD Ankara Hastanesinde Prostat Vakalarının İncelenmesi Yoluyla Maliyet Etkililik Analizi Uygulaması”, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.
- AKIN, C. S. (2007). “Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları”, Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- ALBAYRAK, S. (2019). “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Araştırma”, Yüksek Lisans Tezi . Mersin: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Ana Bilim Dalı.
- BARLİN, F. (2010). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Kalkınma Üzerine Etkileri”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir : Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- BOSTAN, S. (2009). “Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi”, Trabzon: Yayınlanmamış Doktora Tezi
- CURA, S. (2012). “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
- ÇETİN, S. (2011). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Etkinlik Sağlanması Açısından Sağlık Dönüşüm Programının Analizi ve

OECD Ülkeleriyle Kıyaslanması”, Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

ÇİRPİCİ, E. (2010). “Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1980 Sonrası Uygulanan Neo Liberal Ekonomi Politikalarının Sağlık Personeli İstihdamı Üzerindeki Etkileri: Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamının Eleştirel Bir Değerlendirmesi”, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

ÇOBAN, H. (2009). “Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi.

ERDOĞAN, H. (2014). “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010)”, İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

GÜLCAN, M. C. (2008). “Kamu Harcamaları İçinde Eğitim Ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri Ve Türkiye Uygulaması”, Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,.

IŞIK, A. (1998). “Sağlık Ekonomisi, Finansmanı Ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi”, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.

KARABULUT, K. (1998). “Türkiye’de Sağlık Sektörü: Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama”, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.

KARAGÖZ, S. (2015). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Harcamaları”, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

KOCA, R. (2015). “Türkiye’de Son Dönem Sağlık Harcamalarının Dağılımı ve Temel Sağlık Göstergeleri İle İlişkisi”, İstanbul: İstanbul Medipol

Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

LOŞ, N. (2016). “Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği”, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı.

SEVİM, İ. (2006). “1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi”, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

TIRAŞ, H. (2018). “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi”, Doktora Tezi, T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı.

TOKALAŞ, S. (2006). Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

ÜNAL, Ö. E. (2017). “Türkiye’de Seçilmiş Temel Sağlık Göstergeleri İle Kişibaşı GSYİH Ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

YANAR, Y. (2011). “Gaziantep İlinde Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamaları”, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

YAZICI, G. (1994). “Türkiye’deki Sağlık Harcamalarının Analizi (1980-1993).”, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

YİĞİT, V. (2013). “Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme: Türkiye’de Diyaliz ve Böbrek Transplantasyonu Tedavi Yöntemlerinin Maliyet Etkililik Analizi”, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi.

YILMAZ, S. (2012). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması”, Isparta: Süleyman Demirel

RAPORLAR

- AKDAĞ, R. (2008). “İlerleme Raporu”, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı., (s. 13). Ankara.
- AMİRİ-AREF, M. ve JAVADIAN, N. ve KAZEMİ, M. (2012). “A New Fuzzy Positive and Negative Ideal Solution for Fuzzy TOPSIS”, WSEAS Transactions on Circuits and Systems, 11(3): 92-103.
- ATASEVER, M. (2014). “Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi”, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- BEKİR, M. (2003). “Türkiye’nin Sağlık Sorunları”, Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları. Ankara.
- BİLİR, Ö. (2019). “Gebede Mortalite Nedenleri”, Aydın: Ulusal Acil Tıp Kongresi.
- KARAGÖZ, K. ve TETİK, N. (2009). “Kamu Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler: Ekonometrik Bir Değerlendirme”, Econ Anadolu 2009, 17-19 Haziran 2009. Eskişehir: Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi.
- KURŞUN, A. ve RAKICI, C. (2014). “Türkiye ve Sosyal Refah Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Analizi”, İnsan Hakları Yıllığı, 32: 78.
- MUTLU, A. ve IŞIK, A. (2002). “Sağlık Ekonomisi ve Politikaları”, İstanbul: Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, 14: 149.
- SGK. (2013). “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”, Resmî Gazete Tarihi: 24.03.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28597.
- SÜLKÜ, S. N. (2011). “Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunum, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları”, Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No:2011/414.

T., T. (1998). “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi”, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.

İNTERNET KAYNAKLARI

AFONSO, A. ve AUBYN, M. (2007). “Assessing Health Efficiency Accross Countries with Two-Step and Bootstrap Analysis”, <https://pdfs.semanticscholar.org>, E.T: 17.06.2019 adresinden alındı

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ. (2013). Sağlık Bakanlığı,: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden alındı

AKDUR, R. (2016). “Piyasacı Sağlık Politikası Uygulayan Ülkelerde Sağlık Harcamaları Neden Daha Yüksektir”, [www.Utopya_Saglik_Harcamaları_Ra Pdf](http://www.Utopya_Saglik_Harcamaları_Ra_Pdf), Erisim: 20.02.2016. adresinden alındı

GÜMÜŞEL, B. (2012, 02 08). “Türkiye’de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Gumusel%20sunum.01.pdf>. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi.

OECD. (2012, 01). “OECD Sağlık Sistemi İncelemeler, Türkiye. OECD ve Dünya Bankası”, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf> . adresinden alındı

OECD VE DÜNYA BANKASI. (2012, 01 15). “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye”, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>. adresinden alındı

S., Y. (1994). “Sağlık hizmetlerinde harcama ve maliyet analizi”. Uzmanlık Tezi, DPT Yayını. <https://www.sbb.gov.tr>: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Saglik_Hizmetlerinde_Harcama_ve_Maliyet_Analizi adresinden alındı

T.C. DIŐIŐLERİ BAKANLIĞI. (2019, 02 09). <http://www.oecd.dt.mfa.gov.tr> adresinden alındı

(tarih yok). T.C. Sağlık Bakanlığı 2008/65 Sayılı Genelge.

TATAR, M. (2012, 01 07). “Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel bir Değerlendirme”. <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59> adresinden alındı

TATAR, M. (2017, 12 16). “Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel bir Değerlendirme”. Hacettepe Üniversitesi iktisadi ve idari Bilimler Fakóltesi Sağlık İdaresi Bölümü. E.T: : <http://www.saglikekonomisi.omegacro.com/teorik-cercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-tuerkiyeye-likii..>; adresinden alındı

WHO.(1981).https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf adresinden alındı

WHO. (1994). “Community-based rehabilitation and the health care referral services”, A guide for programme managers. Rehabilitation World Health Organization.: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_RHB_94.1.pdf. Accessed:02.07.2005. adresinden alındı

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Dilber KUZUGÜDEN

ÖĞRENİM DURUMU

Yüksek Lisans : 2019 - 2022, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Enstitüsü,
İşletme Yönetimi Programı

Lisans : 2014 - 2018, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık bilimleri Fakültesi, Sağlık
Yönetimi

MESLEKİ DENEYİM

2016 yılında öğrenciyken başlamış olduğum Acıbadem Sağlık Grubu'nda iş
hayatıma Anlaşmalı Kurumlar Uzmanı olarak devam etmekteyim.