

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI



İSTANBUL KENT
ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK
HARCAMALARI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALİ FURKAN TAHTA

İSTANBUL – 2024

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI

TÜRKİYE’DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK
HARCAMALARI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALİ FURKAN TAHTA

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi İLKNUR SAYAN

İSTANBUL – 2024

KABUL VE ONAY

ALİ FURKAN TAHTA tarafından hazırlanan “Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamaları İlişkisinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması savunması 05.01.2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi İlknur SAYAN

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hatice MUTLU

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Reyhan BAŞARAN

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun Tarih ve Sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Doç. Dr. Bülent DEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

ALİ FURKAN TAHTA

05.01.2024



ÖN SÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek önemle yardımcı olan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi İLKNUR SAYAN'a değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Dr. Öğr. Üyesi İLKNUR SAYAN tüm bu süreç boyunca her anlamda yanımda olmuş, desteğini ve katkılarını her daim hissettirmiştir. Savunma sınavı sırasında jüri üyeleri çalışmamın son haline gelmesine değerli katkılar yapmışlardır. Bu çalışma aracılığıyla tüm hocalarıma ve tezimin her aşamasında yardımcı olan aileme teşekkürlerimi borç bilirim. Son olarak bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim Annem Emine YUMAK'a, Eşim Esra Nur ÇÖREKÇİ TAHTA'ya ve Kardeşim Nursena TAHTA'ya şükranlarımı sunarım.

ALİ FURKAN TAHTA

05.01.2024

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	i
TABLO LİSTESİ.....	ii
ŞEKİL LİSTESİ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1: SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HAKKI, SAĞLIK EKONOMİSİ ve HARCAMALARI.....	3
1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.1.1. Sağlık Hakkının Yasal Çerçevesi.....	4
1.1.2. Uluslararası Bildirgelerle Sağlık Hakkı.....	7
1.2. Sağlık Ekonomisi.....	11
1.2.1. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı.....	13
1.2.2. Sağlık Hizmetinin Tanımı.....	17
1.3. Sağlık Harcamaları ve Kamu Harcamaları İlişkisi.....	18
BÖLÜM 2: SAĞLIK SİSTEMLERİ,POLİTİKASI VE FİNANSMAN KAYNAKLARI	22
2.1. Sağlık Sistemleri ve Politikaları.....	22
2.1.1. Sağlık Sistemlerinin Gruplandırılması.....	26
2.1.1.1. Özel Teşebbüs/Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri...28	
2.1.1.2. Refah Yönelimli Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri.....28	
2.1.1.3.Kapsayıcı/Bütüncül/Tekcil Hizmet Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri.....	29
2.1.1.4.Sosyalist/Merkezi Planlama Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri.....	29
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	31
2.2.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Kavramı , Amaçları ve İşlevleri.....	32
2.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	33
2.2.2.1. Özel Finansman Yöntemleri.....	33
2.2.2.1.1. Cepten ödemeler.....	33
2.2.2.1.2. Özel Sağlık Sigortaları.....	34
2.2.2.1.3. Tıbbi Tasarruf Hesapları.....	35

2.2.2.2. Kamusal Nitelikli Finansman Kaynakları.....	35
2.2.2.2.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı.....	35
2.2.2.2.2. Vergilerle Finansman.....	35
2.2.2.2.3. Fonların Havuzlanması ve Hizmet Sunucularına Ödeme Yapma.....	37
2.3. Sağlık Finansmanı Değerlendirme Ölçütleri.....	38
2.3.1. Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik.....	38
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Adalet.....	38
2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Verimlilik.....	38
2.3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sürdürülebilirlik.....	38
BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK POLİTİKALARI, SAĞLIK SİSTEMİ VE FİNANSMANI.....	40
3.1. Türkiye’de Sağlık Politikaları.....	40
3.1.1. 1920-1938 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları.....	40
3.1.2. 1939-1960 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları.....	41
3.1.3. 1961-1980 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları.....	42
3.1.4. 1981-2000 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları.....	43
3.1.5. 2000 Yılından Günümüze Sağlık Politikaları.....	44
3.1.5.1. Sağlıkta Reform Gerekçeleri.....	45
3.1.5.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	46
3.2. Türkiye’de Sağlık Sistemi.....	48
3.2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Örgütlenme Yapısı.....	49
3.2.2. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Belirleyicileri.....	53
3.3. Türkiye’de Sağlık Finansmanı.....	59
3.3.1. Türkiye’de Sağlık Harcamaları.....	63
BÖLÜM 4: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ÖLÇÜM DÜZEYLERİ.....	64
4.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı.....	64
4.1.1. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Kavramsal Modeller.....	67
4.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	70
4.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Ölçüm Şekilleri.....	72
4.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	73

4.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Araçları.....	73
4.3.2.1. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA).....	74
4.3.2.2. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Kısa Test (S-TOFHLA).....	74
4.3.2.3. Tıpta Yetişkin Okur yazarlığının Hızlı Ölçümü (REALM).....	74
4.3.2.4. Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (NVS).....	74
4.3.2.5. Geniş Kapsamlı Başarı Testi (WRAT-R).....	74
4.3.2.6. Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL).....	75
4.3.2.7. Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi (MART).....	75
4.3.2.8. Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması (SILS).....	75
4.3.2.9. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği.....	75
4.3.2.10. Anne-Baba Sağlık Okuryazarlığı Aktivite Testi Kısa Formu.....	76
4.3.2.11. Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği (HLS-EU).....	76
4.4. Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler.....	76
4.5. Sağlık Okuryazarlığı'nda Piyasa ve Toplum Unsurları.....	77
BÖLÜM 5 :TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ,SAĞLIK OKURYAZARLIĞIN SAĞLIK HARCAMALARI İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	80
5.1. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı.....	80
5.2. Sağlıkta Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri.....	85
5.2.1. Maliyet Minimizasyon (Cost Minimization) Analizi.....	86
5.2.2. Maliyet-Fayda (Cost-Benefit) Analizi.....	87
5.2.3. Maliyet Değer (Cost-Utility) Analizi.....	87
5.2.4. Maliyet Etkililik (Cost-Effectiveness) Analizi.....	88
5.3. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Maliyetler.....	90
5.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Ekonomik Değerleme Yöntemleri.....	91
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
KAYNAKÇA.....	97
ÖZ GEÇMİŞ.....	109

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECOSOC	: Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYH	: Gayri Safi Yıllık Hasıla
IOM	: Uluslararası Göç Örgütü
İBBS-1	: Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması 1
İMEÖ	: İlave Maliyet Etkililik Oranı
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüsleri
NAAL	: Ulusal Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
QALY	: Yaşam Kalitesine Ayarlanmış Yıllar
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SSCB	: Sovyetler Birliği
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TL	: Türk Lirası
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: 4 Farklı Sağlık Sistemi ve Özellikleri Ve Özellikleri.....	27
Tablo 2: Farklı Sağlık Sistemlerine Göre Ülkelerin Sınıflandırması	30
Tablo 3: Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında ve Devamında Yapılan Gelişmeler.....	47
Tablo 4: Yataklı-Yataksız Sağlık Kurumları ve Hastane Yatak-Yüz bin Kişi Başına Hastane Yatak Sayısı.....	52
Tablo 5: Türkiye Yıllara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması.....	59
Tablo 6: GSS Kapsam ve Katkı Oranları.....	61
Tablo 7: Sağlık Bakanlığı, Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmek ve Yaygınlaştırmak.....	82
Tablo 8: Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Plan Maliyeti(TL).....	84
Tablo 9: Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı Maliyeti(TL).....	84
Tablo10: Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Özeti.....	89
Tablo11: Sağlık Okuryazarlığı Kaynaklı Maliyetler.....	90

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: İşleyişine Göre Ekonomi	12
Şekil 2: Sağlık Ekonomisinin Kapsamı.....	14
Şekil 3: Sağlık sektörü ve diğer ekonomik faaliyetler arasındaki bağlantılar.....	15
Şekil 4: Sağlık Sektörü ve Ekonominin Diğer Kısmı Arasındaki İlişki.....	16
Şekil 5: Kamu Ekonomisi Kapsamı.....	18
Şekil 6: Dünya Bankası Sağlık Harcamalarına Ayrılan Pay (%).....	20
Şekil 7: Politikanın Sağlık Alanındaki Tekrarlayan İşleyişi	23
Şekil 8: Fransız Sağlık Sektörü Örgütlenmesi.....	24
Şekil 9: Sistemin Hedefleri Doğrultusunda Fonksiyonları	25
Şekil10: Sağlık Ekonomilerinin Finansmanı, Özel Sağlık Sigortası.....	34
Şekil11: Zorunlu Sosyal Sigortası ile Finansman.....	36
Şekil12: Vergilerle Finansman.....	37
Şekil13: Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurumların İşlevlerine Göre Kategorize Edilmesi.....	50
Şekil14: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Görev Dağılımları.....	51
Şekil15: OECD Sağlık Durumu Yaşam Beklentisi.....	54
Şekil16: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Beklentisi Bölgesel Tablo.....	55
Şekil17: Beş Yaş Altı Ölüm Oranı.....	56
Şekil18: Bebek ve beş yaş altı ölüm hızı, 2009-2021.....	56
Şekil19: OECD Ülkeleri Anne Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda).....	57
Şekil20: Dünya Sağlık Örgütü Beş Yaş Altı Ölüm Oranı Global-Avrupa.....	58
Şekil21: Sosyal Güvenlik Kapsamı 2008-2022 Kişi Sayısı.....	60
Şekil22: Türkiye Sağlık Hizmetleri Mali Hareket Şablonu	62
Şekil23: Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler.....	63
Şekil24: Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri.....	66
Şekil25: Sağlık Okuryazarlığı ve Halk Sağlığı.....	68
Şekil26: Sağlık Okuryazarlığının Sağlığın Alanlarına Uygulanan Boyutları.....	68
Şekil27: Sağlık Okuryazarlığının Tablosu.....	69
Şekil28: Sağlıkla İlişkili Okuryazarlık Çeşitleri Ve Sonuçları	70
Şekil29: Sağlık Okuryazarlığı ve Hissedarları.....	72
Şekil30: Değerlendirme Skorları.....	75
Şekil31: Sağlık Okuryazarlığına Potansiyel Müdahale Alanları.....	77

Şekil32: Sağlıklı Karar Verebilme Süreci.....	78
Şekil33: Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmek ve Yaygınlaştırmak Projesinin Detayları.....	83
Şekil34: Ekonomik Değerlendirmenin Temel Bileşenleri.....	86
Şekil35: Müdahale Sonrası Kazanç Grafiği (QALY).....	87
Şekil36: İlave Maliyet ve İlave Etkililik Düzlemleri.....	88
Şekil37: Düşük Sağlık Okuryazarlığına Sahip Bireylerde Bulunan Sağlık Sonuçları....	90



ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamaları İlişkisinin
Değerlendirilmesi
Ali Furkan TAHTA
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı / Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi İlknur SAYAN

Ocak, 2024 – viii (ön kısım) +109 (tez)

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını etkileyen bir faktördür. Sağlık harcamaları ise, sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını etkileyen bir faktördür. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireyler, sağlık hizmetlerine daha fazla erişim sağlarlar ve sağlık hizmetlerini daha etkin bir şekilde kullanırlar. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler ise, sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşayabilirler ve sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde kullanamayabilirler. Sağlık okuryazarlığı, bir hastaya tıbbi bir bilgi vermek istendiğinde, bireyin bu bilgiyi anlayıp, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesidir. Türkiye’de yapılan bazı araştırmalarda, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine daha az başvurdukları ve sağlık harcamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir . Bu durum, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin kısıtlanmasına ve sağlık sorunlarının daha ileri aşamalarda teşhis edilmesine neden olabilir. Türkiye’de yapılan bir diğer araştırmada ise, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin, sağlık hizmetlerine daha az başvurmalarına rağmen, sağlık hizmetleri için daha fazla harcama yaptıkları tespit edilmiştir . Bu durum, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin, sağlık hizmetlerine başvurmadan önce, sağlık sorunlarının daha ileri aşamalara gelmesine neden olabilecek yanlış tedavilere başvurduklarını göstermektedir. Literatürde bu ve benzeri çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde, sağlık okur yazarlığı yeterli düzeye ulaşmadığında, ülkemizde ve dünyada sağlık harcamalarının artış göstereceği, artan sağlık harcamalarıyla beraber kamu ekonomisinin yükünün artacağı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmanın amacı “Sağlık Okur yazarlığı ve Sağlık Harcamalarının İlişkisinin”

değerlendirilmesidir. Ülkelerin kamu harcamalarının göstergelerine bakıldığında sağlık alanındaki harcamaların artış göstermesi bir gösterge olup, sosyal güvenlik kurumlarının bütçelerinde açıklar vermesi bu alanda gerekli tedbirlerin alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı gerekli tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğinin düşmesine neden olmaktadır. Ayrıca, normalin üstünde sağlık harcamaları ile ülke ve global ekonomiye ve ayrıca kişisel sağlık problemlerine yol açmaktadır. Bu çalışmada sağlık sistemleri, sağlık politikaları ve sağlık okuryazarlığı ölçme değerlendirme testleri ışığında sağlık harcamaları ile olan ilişkisi incelenmiştir. Bu incelemeler sonucunda yetersiz sağlık okur yazarlığının ülkelerin ekonomisi için olumsuz sonuçlar doğurduğu, dolaylı veya direkt olarak maliyetlere neden olduğu değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde ve sağlık ekonomisinde etkinliğin artması için. sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması için öneriler ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, Sağlık ekonomisi, Politika, Sağlık harcamaları, Ekonomi

ABSTRACT

Istanbul Kent University Postgraduate Education Institute

**Evaluation Of The Relationship Of Health Literacy And Health Expenditures In
Turkey**

Ali Furkan TAHTA

Master Thesis

Healthcare Management Division / Healthcare Management Discipline

Supervisor: Asst. Prof. Dr. İlknur SAYAN

January, 2024 – viii (pre text) + 109 (main body)

Health literacy is a factor that affects individuals' access to and use of health services. Health expenditures, on the other hand, play an important role in the financing of health services. Therefore, the relationship between health literacy and health expenditures is important for the sustainability of health services. Health literacy is a factor that affects individuals' access to and use of health services. Individuals with a high level of health literacy have more access to health services and use health services more effectively. Individuals with a low level of health literacy may experience difficulties in accessing health services and may not be able to use health services effectively. Health literacy is the ability of the individual to understand, interpret and act accordingly when a patient is asked to give medical information. In some studies conducted in Turkey, it has been determined that individuals with a low level of health literacy apply to health services less and their health expenditures are lower. This situation may lead to the restriction of access to health services by individuals with low health literacy levels and the diagnosis of health problems at more advanced stages. In another study conducted in Turkey, it was determined that individuals with a low level of health literacy spend more on health services, although they apply to health services less. This situation shows that individuals with a low level of health literacy resort to wrong treatments that may cause their health problems to reach more advanced stages before applying to health services. When the results of these and similar studies are evaluated in the literature, it is thought that when health literacy does not reach a sufficient level, health expenditures will increase in our country and in the world, and the burden of the public economy will increase with increasing health expenditures. Therefore, the aim of the study is to evaluate the "Relationship between Health Literacy and Health Expenditures". When we look at the indicators of public expenditures of the countries, the increase in expenditures in the field of health is an indicator, and the deficits of social security institutions in their budgets reveal the necessity of taking the necessary measures in this area.

Inadequate health literacy leads to a decrease in the effectiveness of necessary treatment and preventive health services. In addition, it causes above-normal health expenditures to the national and global economy, as well as personal health problems. In this study, the relationship between health systems, health policies and health literacy assessment and evaluation tests was examined in the light of health expenditures. As a result of these examinations, it is considered that insufficient health literacy has negative consequences for the economy of countries and causes indirect or direct costs. For increased efficiency in health care and health economics. Suggestions have been put forward to increase the level of health literacy.

Keywords: Health literacy, Health economics, Policy, Health Expenses, Economy



GİRİŞ

Toplumların sağlık politikaları ve sağlığa yönelimleri dışında bireylerin tercihleri, bireysel farkındalıkları ve sorgulanması da oldukça önemli belirleyicilerdir. İnsanlar genel olarak sağlık haklarını bilmemekte, sağlığa yönelik tercihlerinde bilinçli davranmamakta ve kendi davranışlarının bulundukları sağlık sistemlerini nasıl yönlendirdiklerini fark edememektedirler.

Dünya genelinde sağlık gelişimi ve sağlığın bilinci oluşması amacıyla bireysel temelli yapılanmalar oluşmuş ve sağlık okuryazarlığı terimi ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı bireylere sağlıklarını doğru yönetme ve yönlendirme yetisi kazandırması dışında, tıbbi olanaklara kolay erişme, doğru okuma ve yorumlama, sağlığıyla alakalı uygun kararları alma yetisi kazandırmıştır. Sağlık okuryazarlığı bireyi ilgilendirdiğı kadar toplumu da ilgilendiren bir sağlık bilincinin geliştirilmesi düşüncesidir.

Örneğın kaçımız aldığımız ilaçların prospektüslerini tamamiyla okuyoruz? Yüzde kaçımız tansiyon, diyabet, kolesterol ölçümlerimizi zamanında kontrol ediyoruz? Sağlıkla ilgili memnuniyetimizi ne kadar dile getiriyoruz? Kaçımız hazır gıdaların içeriklerine dikkat ediyor ve anlıyoruz? Kaçımız hekim ve sağlık personellerinin bize anlattıklarını tam anlamıyla anlayabiliyoruz? Kaç kişi verilen ilaç ve doz ayarını tam anlamıyla doğru uyguluyor? Kaçımız verilen ilaç tedavisini iyileştirm diye düşünüp yarıda kesmiyor? Sağlık haklarımızdan yüzde kaçımız haberdar? Tüm bunların kazandırılması birey ve sağlık sistemi dolayısıyla ülkelerimizin kalkındırılması için sağlık okuryazarlığı bilinçliliğı günümüzde ciddi önem arz etmektedir. Bireylerin yaşadıkları bölge, yaşları, beslenme alışkanlıkları, ekonomik faktörleri, hastalıklarla mücadele biçimleri gibi faktörler sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşüklüğü ile ilişkilendirilebilmektedir. Bu bulgular sağlık harcamalarının aşırı ya da gereksiz kullanımından ortaya çıkmaktadır. Bu sonuç kamu üzerindeki sağlık harcamaları yükünün azaltılması ve daha verimli kullanılması açısından sağlık okuryazarlığı bilincinin aşılması önerilmektedir. Bu nedenle çalışma, sağlık okuryazarlığının sağlık ekonomimiz içindeki yerini belirlenmesi açısından önemlidir. Çalışmanın sorumsalı ise sağlık okuryazarlığı ile sağlık harcamalarımızı düzenleyerek bu giderin daha gerekli ve elzem yerlere aktararak sağlık sisteminin kalkınması yönünde öneriler sunmaktır.

Çalışmada, inceleyeceğimiz beş bölüm bulunmaktadır. Bu çalışmanın birinci bölümünde; Sağlık kavramının tanımı nasıl olmalıdır? Sağlık okuryazarlığı bir hak mıdır? Konu ile ilgili devlet politikaları, dünya çapındaki bildiriler ve yasal sorumluluklar literatür

ışığında değerdendirilecektir. Birinci bölümde inceleyeceğimiz diğder konulardan biri ise sağıık ekonomisi ve farklı sektörler arasındaki ilişkileridir. Çalışmanın ikinci bölümün de sağıık politikaları ve ilgili kavramlar, sağıık sistemlerinin sınıflandırılması, sağıık hizmetlerinin finansmanı literatür kapsamında değerdendirilerek ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde ise Türkiye’de geçmişten günümüze sağıık politikaları değerdendirilmiştir. Dördüncü bölümde, Sağıık okuryazarlığı kavramı nedir ve nasıl ortaya çıkmıştır.? Sağıık okuryazarlığı ile ilgili ne gibi düzenlemeler vardır? Sağıık okuryazarlığı neden önemlidir? Sağıık okuryazarlığının düzeyi ve ölçümleri nasıl yapılmaktadır? değerdendirilecektir.

Beşinci ve son bölümümüzde ise Türkiye’de sağıık okuryazarlığı durumu, sağıık okuryazarlığı analiz yöntemleri, sağııkla ilgili maliyetler ve sağıık okuryazarlığının sağıık harcamaları ile olan ilişkisine yer verilecektir.

BÖLÜM 1:SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HAKKI, SAĞLIK EKONOMİSİ VE HARCAMALARI

Sağlık kavramı, sağlığın fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlık hakkı ise, herkesin sağlıklı bir yaşama hakkı olduğunu ifade eder. Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin üretimi, dağıtımı ve tüketimi ile ilgilenen bir iktisat dalıdır. Sağlık harcamaları ise, sağlık hizmetlerinin üretimi ve tüketimi için yapılan harcamalardır. Sağlık harcamaları, bir ülkenin ekonomik yapısı içerisinde etkin bir rol oynar ve turizm, istihdam, büyüme, toplumsal ve sosyal yapı üzerinde de etkili olabilir. Sağlık ekonomisi neden önemlidir? Hangi faktörler sağlığı etkiler? Nasıl daha iyi bir sağlık hizmeti sunulabilir? Bu bölümde bu konular literatür çerçevesinde değerlendirilecektir.

1.1. Sağlık Kavramı

İnsan yaşamının devamı için en önemli gereksinim olan sağlık birden fazla şekilde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık ; *“Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu”* şeklinde açıklanmıştır(WHO,2009).

Sağlık kavramının açıklanmasına yönelik birden fazla model bulunmaktadır. Larson 'un bu konudaki çalışmaları ışığında evrensel olmamakla beraber aşağıda adı geçen modeller bulunmaktadır:

- 1.Tıbbi Model
- 2.İyilik Modeli
- 3.Holistik Model
- 4.Çevre Modeli

Tıbbi bakımdan sağlık tanımı sağlık personelleri iletişimde en bilindik haliyle kullanılan tanım durumundadır. Bu modele göre sağlıklı olma hali, hastalığın olmadığı veya hastalığın yokluğu halidir. Tıbbi model sağlığın tanımını yaparken hastalık (disease) ve ölüm gibi kavramları kullanmaktadır (Larson,1991).

İyilik modeline göre sağlık, DSÖ'nün tanımında yer alan refah hali durumunun daha geniş bir açıklamasını bulundurmaktadır. Bu modele göre sağlık, profesyonel sağlık personelleri harici kişilerin duygu ve düşüncelerine göre fiziksel iyi olma hali, rahatlık, fiziksel faaliyetlerini yerine getirebilme durumu olarak açıklanmaktadır (Larson,1991).

Holistik model, sağlığı insanın bir bütün olarak sağlıklı olma hali yani fiziksel sağlığın yanında ruhsal olarak da sağlıklı olması şeklinde tanımlamaktadır. Bu model DSÖ'nün tanımında da geçen sosyal ve refah durumu ifadelerini desteklemektedir (Larson,1991).Aynı

zamanda holistik modelin daha çok pozitif tarafı iyi olma hali ile ilgilidir. Pozitif yönü ile sağlıklı olma, iyilik durumu, aktif çalma arzusu, etkili olma durumları söylenebilir (Bulut,2021).

Çevre modeline göre ise sağlık, insanı çevresine göre uyum sağlayabilmek için gösterdiği çaba, adaptasyon, uyum durumu olarak tanımlamaktadır. Bir başka çevre modeli tanımlamasında, yaşama karşı mutlu olma çabası ve hayatın getirdiği zorlukları mutlulukla ve anlayışlı olarak karşılama şeklindedir(Larson, 1991).

Devletler vatandaşlarının sağlık haklarının ve sağlık düzeylerinin geliştirilmesinde büyük paya sahiptir. Sağlık düzeyi kötü olan, sağlıklı ve sağlık sorunlarına çözüm getirilmeyen toplumların diğer insani haklarının da gerekli şekilde yerine getirilip getirilmediğini sorgulamak gerekmektedir (Şahbaz, 2009). Buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin devletler tarafından sunulması için devletlerin bu alanda politikalar geliştirmesi gerekmektedir. Bu politikaların etkinliği sosyal refah devleti anlayışının geliştirildiğinin göstergesidir (Orhaner,2014). Devletler vatandaşlarını bu haklar çerçevesinde korumak durumundadır. Sağıksız bir millet fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan yetersizliğini çevresine yansıtarak bulunduğu toplumu olumsuz yönde etkileyebilir. Koruyucu sağık hizmetlerinde başlayarak tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin kapsamlı bir şekilde uygulanması ve insanların bunlardan memnun olma durumunda sağıklı birey bunu çevresine ve topluma etkin ve bilinçli bir birey olarak pozitif yönde yansıtacaktır.

1.1.1. Sağık Hakkının Yasal Çerçevesi

İnsan hakları temel başlığı sonrasında hak ve hürriyetler ifade edilmektedir. İnsan hakları genel olarak soyut özellikli olmakla beraber bu hakların kişiler nezdinde kazançlı haklara evrilebilir olması ve istenebilir durumunda olması gerekliliktir (Erdoğan,2011). Bu haklar üçe ayrılmıştır. Statü hakları bu haklardan biridir ve pozitif, negatif ve aktif haklar şeklinde ifade edilmektedirler. Negatif statü hakları, kişilerin yönetim tarafından karşılanmayan ve aşılması söz konusu olmayan haklarıdır. Pozitif statü hakları, kişilerin yararlarına olacak ve devlet tarafından karşılanan haklarıdır. Aktif statü hakları, politik haklar olarak ifade edilir. Sağık hakkı, bu üç kategori arasından pozitif haklar kategorisinde yer almaktadır. Ulusal ve uluslararası bildirgelerde ise sağık hakkı sosyoekonomik haklar kategorisine girmektedir.1982 anayasasına göre ise sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler bölümünde ifade edilmektedir (Tahmazoğlu, 2012:7-8).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 25.Maddesinde insan haklarının temelini oluşturan haklardan biri olarak sağık hakkı kabul edilmiştir. Bu maddeye göre “*gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, barınma, giyim, tıbbi bakım ve sosyal hizmetler de dahil olmak üzere*

sağlık ve refah durumunu sağlayacak uygun hayat düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, yaşlılık veya geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksun bırakacak başka durumlarda’ vatandaşların sahip olması gerekli bir hak olarak ifade edilmiştir (Er, 2008:31). Sağlık hakkı ile alakalı uluslararası insan hakları belgelerinde hakkın temelinde “herkes” ifadesi geçmektedir. Bildirgede, herkesin ayırım olmaksızın sağlık hakları devletleri tarafından güvence altına alınması gereği vurgulanmıştır (Temiz, 2014:172).

1982 Anayasamızın 17.maddesinde geçen “herkes yaşama hakkına sahiptir” ifadesi ile vatandaşların temel sağlık hakları güvence altına alınmıştır. Anayasamızın temel hak ve ödevler kısmının sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler bölümü 56. maddesinde geçen “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir (TC Anayasası 1982:56)*” hükmü temel yaşam hakkı açısından açıkça ifade edilmektedir. 1982 Anayasasına göre devlet, özel ve kamu kuruluşları ile bu görevlerini gerçekleştirecektir (Er, 2008:32).

Sağlık hakkının hem sosyal hem de pozitif statüde bir hak olduğu belirtilmiştir. Sağlık hakkı kişilerin hayat hakları içinde, bütün olarak maddi ve manevi haklarına dahildir (Yılmaz, 2011:40). Sağlık hakkının Anayasada en temel hali, yaşama hakkı ve kişilerin bütünlüğünün korunması hakkıdır. Kişilerin bütünlüğünden ifade edilmek istenen maddi ve manevi bütünlüğün sağlanması ve geliştirilmesidir. Anayasa Mahkemesi’ne göre; “*Sağlık hakkı insanların sağlıklı olması, sağlıklarının koruma altında olması, hastalandıklarında iyileşebilmeleri, tıbbi bakım ve tedavilerini sağlayabilmeleri amacıyla devletin sağladığı bütün imkanlardan faydalanma haklarıdır* (Kanadaoğlu, 2015:12).”

Sağlık hakkının anayasadaki ifade edilen maddelerine göre devletlere getirdiği yükümlülükler; koruma, saygı duyma ve yerine getirme olarak ifade edilmektedir. Devletlerin saygı duyma sorumluluğu altında sağlık hakkını yerine getirmesi yer almaktadır. Koruma yükümlülüğünde, başkaları tarafından sağlık haklarının bozma girişimlerinin önlemesi yer almaktadır. Yerine getirme yükümlülüğünde de devletin sağlık haklarından vatandaşlarının yararlanmasını sağlamak için gerekli çalışma ve düzenlemeleri yapması anlamına gelmektedir (Aksoy,2013:839-840).

Türkiye 2000 yılında “*Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesini*” imzalamıştır. Bu anlaşma ile “sağlık hakkını tanıma ve kapsamıyla ilişkili devletler arası gücü ve hakkı” bir sözleşme nezdinde kabul görmüştür. Bu sözleşme sonucunda sağlığın bir hak olarak görülmesi oldukça önemlidir (TOSAGEM,2000:9). Sözleşmenin 12.maddesinde sağlık hakkının korunması açısından alınması gereken tedbirler ifade edilmiş ve hastalık durumunda tedavi ve bakımının sağlanması gerekliliği sözleşmeyi imzalayan devletler ile güvence altına alınmıştır. İlgili maddenin içeriği şu şekildedir;

Madde 12

1.Bu sözleşmeye taraf devletler, vatandaşlarının ulaşılabilir en iyi fiziksel ve manevi sağlık haklarından faydalanma hakkını tanır.

2.İlgili sözleşmeye dahil devletlerce hakkın tam anlamıyla uygulanabilmesi için yapılacaktır;

A-Doğumda ölüm oranı ve çocukların ölüm sayılarının düşürülmesi ve küçük yaş gruplarının sağlıklı gelişimleri için uygun önlemlerin hazırlanması:

B-Çevre ve endüstri sağlık düzenlemelerinin rehabilite edilmesi,

C-Bulaşıcı hastalık, meslek hastalığı ve farklı hastalıkların önlenmesi, bakım ve denetimi;

D-Hastalanma durumlarında herkese gerekli tedavi, bakımların ve hizmetin yapılması; için önlemleri içerir (ECOSOC,2009).

Avrupa Konseyi tarafında sosyal haklarla alakalı temel belge “Avrupa Sosyal Şartı”dır. Günümüzde Avrupa Sosyal Şartı iki ayrı şart olarak kabul görmektedir. Bunlardan biri 1961 tarihli “*Avrupa Sosyal Şartı*” (*Ulusal İnsan Hakları Hukuku Belgeleri.2010:297-323*) bir diğeri ise 1996 tarihli “*Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı*”dır. İki belgenin de günümüzde varlıklarını devam ettirme nedeni, Avrupa Konseyi üyesi Devletlerin 11i Avrupa Sosyal Şartına katılmış olup Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartına bağlı değildirler. Taraf olmayan devletler Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartına katıldıklarında Avrupa Sosyal Şartı yerini Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartına bırakacaktır (Ertan, 2014:26-27).

Uluslararası kuruluş, antlaşmalar ve örgütlerce halkların sağlığının korunmasına yönelik yapılan çalışmalarla bu yükümlülüklerin altına giren devletlerde bu hakların korunduğuna ve bu sözleşmelere uyulduklarına dair maddeleri kendi anayasalarında belirtmişlerdir. Örneğin; Fransız anayasası 1946 tarihinde oluşturulmuş olup devletin herkesi özellikle yaşlı, çocuk ve kadınların korunmasını güvence altına almıştır. Bu ifadeler anayasanın başlangıç hükümlerinde bulunmaktadır (Esen, 1948).

Küba Anayasası'na göre “*Sağlık bakımı maddi bir getiri amacı gütmeyen, basit bir insan hakkıdır. Sağlık sunumu ücretsiz ve eşittir. Toplum yararına sağlık hizmeti sunma görevi devletindir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri toplumsal kalkınma ile paraleldir. Vatandaşlar, sağlık sisteminin gelişmesinde devlete yardımcı olmalıdır.*” maddesi ile sağlık hizmeti devletin görevi olarak ifade edilmiştir.

1.1.2. Uluslararası Bildirgelerle Sağlık Hakkı

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization -WHO) 1970li yıllarda dünyadaki sağlıklı olma düzeyleri ile ilgili değerlendirmeler yapmış ve bu değerlendirmeler sonucunda; dünyada sağlık düzeyinin beklenen düzeye gelemeyişi, gelişmiş ülkeler ve diğer ülkeler arasındaki sağlık düzeyinde büyük farklılıklar olduğu, belirlenen ülkelerin kendi ülke içi bölgelerinde eşit sağlık hizmeti sağlamadığı gözlemlenmiştir. Dünya genelinde toplumlar aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyet duymamaktadırlar (Öztek, 2018:1).

Sorunlara çözüm olarak DSÖ birçok karar almıştır. Bu kararların başında 1977 yılında kabul edilen “*2000 Yılında Herkese Sağlık*” hedefi gelmektedir. DSÖ’nün 30. Genel Kurulu’nda kabul edilen bu hedef 1977-2000 yılları arasında herkesin ekonomik ve sosyal yaşantılarını yaşanılabilir bir hale getirme ve bundan dolayı olarak sağlık düzeylerini üretken açıdan sürdürülebilir hale getirmeyi amaçlamaktadır. Kararın kabulünden bir sene sonra 1978 yılında Kazakistan’ın Alma-Ata kentinde Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı (TSH) toplanmıştır. Bu toplantıda bütün ülkeler ve dahil olan uluslararası konferanslar hazır bulunmuşlardır. Bu konferansta global düzeyde sağlık hizmetlerini iyileştirme ve geliştirme çalışmaları görüşülmüş ve bir dizi politikalar belirlenmiştir. Ayrıca “*2000 Yılında Herkese Sağlık*” politikasının gerçekleştirilmesi adına izlenecek yollar belirlenmiştir. Toplantı da yayınlanan bildiri TSH Bildirisi veya Alma-Ata Bildirisi olarak adlandırılır. Konferansta Türkiye’yi Dr. Mete Tan (o zamanki sağlık bakanı) temsil etmiştir. Bugünkü sağlık hizmetlerimizdeki hizmet anlayışımız ve çalışma prensiplerimiz bu toplantıda tartışılmış ve temelleri atılmıştır. Bu konferans akabinde DSÖ 32.Genel Kurulu’nda “*2000 Yılında Herkese Sağlık*” hedefi hakkında yol haritasını belirlemiştir. Alma Ata bildirgesinden sonra yayınlanmış olan TSH’nın tanımı şu şekilde yapılmıştır;

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) (Primary Health Care), toplumlardaki genel tarafından kabul edilecek şekilde, toplumun tümünün katılımı ile ülke ve yaşayan topluluk tarafından karşılanabilir bir harcama ile yapılan sağlık hizmetidir. TSH ülkelerin temel sağlık hizmetidir ve toplumların ekonomik ve sosyal kalkınmasının vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH insanların yaşantılarına olabildiğince yakın olan, vazgeçilmez ve birinci sağlık hizmetidir (Öztek, 2018:1-2).

Alma-Ata Bildirgesi sonrasında 1981 tarihinde 34.Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Lizbon bildirgesi yayınlamıştır. Bu bildirmede hasta hakları açısından şu ifade ve maddeler geçmektedir;

Hekimler uygulama yaparken hukuki ve ahlaki zorluklar olacağını göze alarak her zaman hem vicdanına hem de hasta yararına olacak şekilde davranmalıdır. Aşağıdaki bildirme tıp mesleğinin hastaların için sağlamaya çalıştığı temel hakları içermektedir. Kanunlar ya da hükümet politikaları hastaların haklarını göz ardı ediyorsa hekimler bu hakların kazanılması için çalışmalıdırlar.

- a) Hastanın hekimi özgür iradesiyle seçme hakkı bulunur.
- b) Hasta dış bir müdahale olmadan tıbbi ve ahlaki yargılara özgürce varabilen hekimler aracılığıyla tedavi edilme hakkına sahiptir.
- c) Hastanın, ehliyetli bilgileri kendisine verilmesi sonrası tedaviyi kabul etme veya tedavi ret hakkı bulunmaktadır.
- d) Hasta tedavisi süresince kendisiyle ilgili bilgilerin gizliliğini hekim tarafından talep etme hakkı vardır.
- e) Kişilerin, onurlu bir şekilde vefat etme hakkı mevcuttur.
- f) Kişinin, kendi inancına göre din adamı talep etme, teselli isteme veya yadsımaya hakkı vardır (Sayek, 2009:32).

Sağlık hakları açısından önemli olan bir diğer bildirme olan Amsterdam Bildirgesi, Lizbon Bildirgesinde tamamlanmamış eksik kalan hakları tamamlamak için 1994 yılından yayınlamıştır. Bir diğer adı Avrupa'da Hasta Haklarını Geliştirme Bildirgesidir. Bu bildirmede, hastaların tanı, tedavi, karşılayabilecekleri riskler, tedavinin geri dönüşü, hastalığın gidişatı, hastalığın seyri gibi tüm tıbbi konularda uygun bir dille hastanın bilgilendirilmesi yapılacak olan tıbbi müdahale öncesinde bir gereklilik olduğu belirtilmiştir. Bilincinin kapalı olması durumunda acil bir müdahale gerektirmeye durumlarda hastanın daha önceden onamına bakılır ve hastanın daha önceden bir ret durumu varsa müdahalenin bekletilmesi gerekmektedir. Acil müdahalenin gerektiği durumlarda hekim açısından açıkça ve olumlu bir etkinin olduğu düşünülüyorsa geçerli nedenlerde dolayı aydınlatılmış onam hakkının ihlali gerçekleşmeden uygulamalar gerçekleştirilebileceği ifade edilmiştir (Tümer vd., 2011:2).

Hasta haklarına saygı gösterilmesi ve hastaların sağlık hizmetlerinden olabildiğince iyi yararlanmasına katkı veren çalışmaların yükseltilmesi, hekim ve diğer sağlık personellerinin sağlık okuryazarlığına önem vermesi ve bu amaçla adımlar atması için evrensel bildirilerin kişilerce benimsenmesi gerekliliği ifade edilmektedir. Başka bir bildirme de 1994 tarihinde

DSÖ tarafından yayınlanan ‘‘Kopenhag Bildirgesi’’ dir. Katılımcı üye devletler çalışmalarını en çok ihtiyaç duyulan bölgelere ve insanlara yönlendireceklerine dair söz vermişlerdir. Konferansta, sağlık statüsünü geliştirme amaçlı sağlık hizmetlerinin daha iyi yönetilmesi ve bu konudaki gelişmelere dikkat çekilerek bu konulara ilişkin eylem planları belirlenmiştir (Aktan vd., 2006:145-146).

Sağlığın geliştirilmesi ve buna teşviki hedeflenen uluslararası konferanslara göz atacak olursak ilk olarak ‘‘Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Yeni Bir Halk Sağlığına Doğru’’ konferansında ‘‘Sağlığın teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi’’ imzalanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Ottawa Sözleşmesi ‘‘2000 yılına kadar herkes için sağlık’’ politikası amacını gerçekleştirmek üzere toplanan ilk uluslararası konferanstır. Bu toplantı ile günümüzdeki sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temelleri atılmaya başlandı. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu durumun sonucunda herkese sorumluluklar yüklenmiş ve kişisel ve sağlığın gelişimi açısından eğitimler verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu gelişmelerden yola çıkarak sağlık okuryazarlığının önemi artmaya başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü üye ülkeleri tarafından kabul gören ‘‘Herkes için Sağlık’’ kavramı için temel ilkelerinden olan birey ve toplum beraber sağlık hizmetinin planlanmasına katılım hak ve görev kategorisinde birlikte kabul görmüştür (DSÖ, 2000). Direkt olarak ifade edilmemekle beraber sağlık okuryazarlığı bu ilke ile hak ve görev kategorisine girmektedir. Ayrıca ülkeleri halk sağlığından sorumlu tutmaktadır. Jakarta Bildirgesi sosyal büyüklüğü fazlalaştırmayı hedeflemektedir. Özel sektörü sağlığın teşviki ve gelişmesi için organizasyonun içine dahil etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2000 yılında ‘‘Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi: Hakkaniyet Boşluğunun Kapatılması’’ konferansı yapılmıştır. ‘Fikirden Eyleme’’ adlı bildirge yayımlanmış ve bu bildirge ile hükümetlere sağlığın teşvik edilmesi görevleri yüklenmiştir.2005 yılında gerçekleşen bir başka konferans sonunda ‘‘Bangkok Şartı’’ imzalanmış ve yine hükümetlere kötü sağlık şartlarını ve sağlıkta eşitsizlikleri çözmeleri gerektiğini, buna acilen önlem almaları vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). 2008 yılında sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi amacıyla DSÖ Avrupa Sağlık Sistemleri Bakanlar Konferansı toplanmış ve ‘‘Talin Şartı: Sağlık ve Refah için Sağlık Sistemleri’’ kabul edilmiştir. Bu kabul sonucundan herkese özellikle ihtiyaç sahibi gruplara sağlık hizmetlerinin ulaştırılması, sunumu ve kalitesinde insana yakışır bir yaklaşım ile hareket edilmesi yönünde çalışmalar yapılmasına dikkat edilmiştir(DSÖ, 2008).Talin Şartı Avrupa bölgesindeki insanların sağlık refahını yükseltmeye ve bu bölgede çalışma yapmak üzere düzenlenmiştir(The Talinn Charter ‘Health System for Health and Wealth’, 2008).Bu konferansla alakalı olarak , kişilerin sağlık

durumlarına yönelik çalışmalarını önemsemesi gerektiğine dolaylı olarak sağlık okuryazarlığına eğilim göstermeleri gerektiği ilişkilendirilebilir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amacıyla bir diğer konferans 2007 yılında yapılmıştır. Kenya’da gerçekleştirilen konferansta sağlık okuryazarlığının önemi üzerinde durulmuştur. Sağlık okuryazarlığı ile alakalı dört konuya dikkat çekilmiştir. Bu konular; Sektörler arası işbirliği ve sağlık okuryazarlığı düzeyindeki iyileşmeleri test etmek, raporlamak için alternatif ve uygun yollar aramak, bireyleri destekleyerek sağlık bilgilerinin kullanımda ve bu kullanımı arttırmak, gelişen teknolojiye ayak uydurarak bilgi teknolojilerini kullanarak sağlık bilgilerinin kullanımını arttırmak şeklinde sıralanmaktadır (Oflaz, 2018:16).

2013 yılında Finlandiya’da “Küresel Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Konferansı” gerçekleştirilmiştir. Bu konferansta halkların sağlığını ve eşitliğini sağlama görevi hükümetlerin sorumluluğu olarak belirtilmiştir. Politikaların tümünde sağlığın geliştirilmesinden söz edilen konferansta yedi eylem gündeme gelmiştir. Eylemlerden bazıları sivil toplumun sağlık okuryazarlığını geliştirme ve sağlığı geliştirme değerlendirmek, uygulama ve tüm bu süreçlerin içerisinde bulundurma ve sağlanmasıdır (WHO, 2014).

9. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı ise 2016 yılında Şangay’da gerçekleştirilmiştir. Toplumun tümünün yararına olacağı düşünülerek “Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi Sağlığın Geliştirilmesi Şangay Bildirgesi” yayınlanmıştır. Yapılan çağrıda hükümetlerin küçük veya büyük çaplı çabalarının yeterli sonuç vermediği ve iş adamları ile çalışmalar yapması gerektiği vurgulanmıştır (WHO, 2016). Yayınlanan bu bildirge ile sağlık okuryazarlığı, insanların daha da güçlü olmaları ve insanlar arası eşitliğin sürdürülebilir olmasına fayda sağlayıcı bir neden olarak görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ana teması olmamasına rağmen sağlık okuryazarlığı, sürdürülebilir hedefler ile bağlı olduğu ön görülmüştür. Bu hedefler şu şekilde sıralanmıştır; yoksul olmayı ortadan kaldırma, açlığı bitirme, insan yaşayışına ve onuruna yakışır bir iş ve ekonomik büyüme, barış, adalet, temiz su, temiz koşullar, nitelikli eğitim hayatı, azaltılmış eşitsizlikler, giderilmiş alt yapı sorunları olarak sıralanmaktadır (WHO, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü Sağlığı Geliştirme Birimi ve Küresel Sağlık Merkezi ortaklığında “Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Ulaşmak İçin Sağlık Okuryazarlığı ve Toplumsal Seferberlik” adı ile konferans düzenlenmiştir. Düzenlenen bu konferansta Şangay’da yayınlanan “Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi Sağlığın Geliştirilmesi Şangay Bildirgesi’nin hedeflerini belirtmek, mesajları daha çok kitlelere ulaştırma, sağlıklı toplumlar oluşturmak için sağlık okuryazarlığını teşvik etmek, sosyal yardımlaşmanın önemi

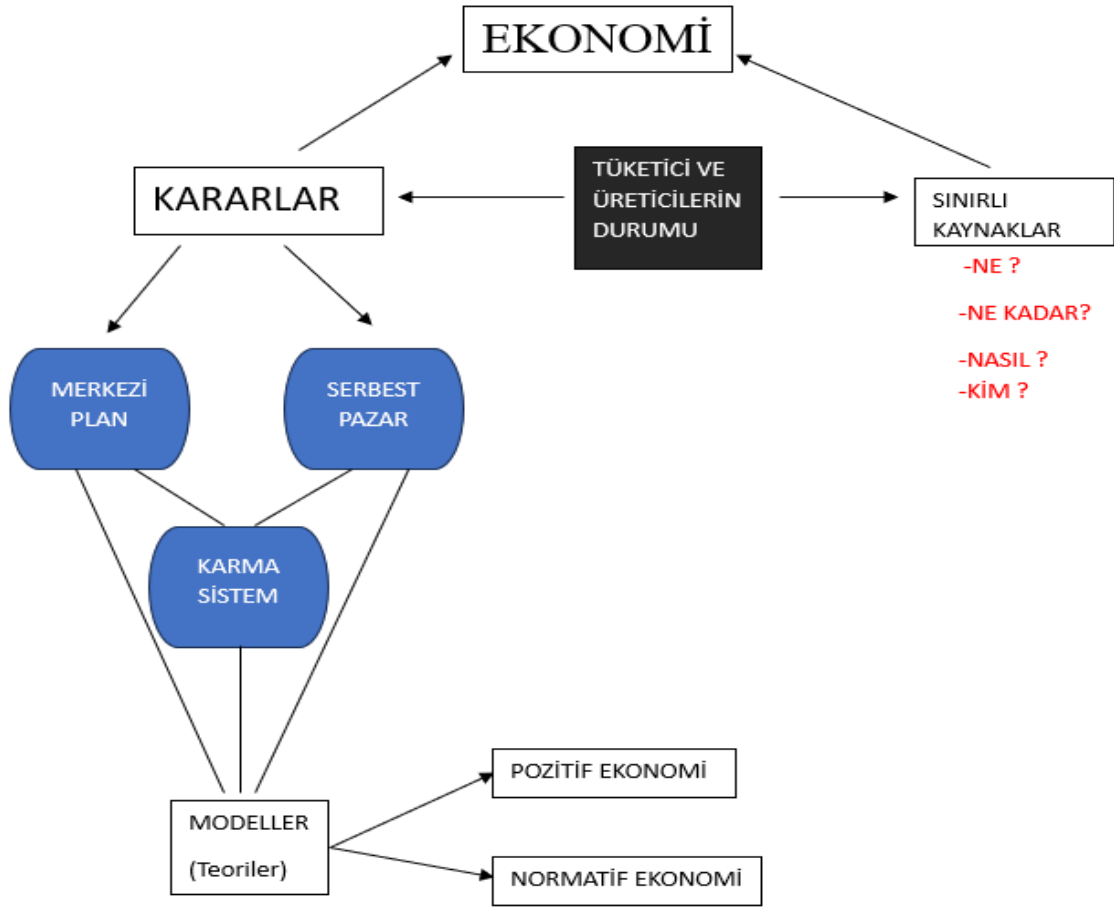
hususunda farklılıklar ortaya koymak, kanun koyucu ve sivil toplumlar arasındaki görüş alışverişlerini kolaylaştırmak konuları yer almaktadır (WHO, 2017).

Sağlık hakkını korumak için bir yükümlülükten bahsediyorken aslında devletin sağlık hizmetlerine ulaşmada düzenlemeler yapması ve bunları eşit paydada sağlaması gerekmektedir. Ayrıca bunlara ilişkin tedbirler alması kaçınılmazdır (Atabay, 2022:110). Bu bağlamda uluslararası konferansların devletlerin görev tanımları bakış açısı; sağlık hakkına ilişkin yasal düzenlemeler yapmak, sürdürmek, gerekli tedbirleri almak ve eşit bir şekilde vatandaşlarına hizmet etmesidir. Ayrıca yerel ya da küresel iş birlikleri yaparak sağlığın sürdürülebilir olmasını sağlamalıdır. Birey temelli politikalar izlenmesi geleneksel yargılarla ortaya yeni iklimler çıkartmış ve bunların sonucunda sağlık okuryazarlığı terimi doğmuştur. Sağlık okuryazarlığı, nasıl bir haktır tartışmasını gündemimize taşımıştır. Günümüzde kanuni olarak düzenlemelerle dâhil edilmemiş olsa bile sağlık bakanlıklarının bu konulardaki çalışmalarını ve maddi giderlerini tablolara yansıtıyor olmaları sonucunda sağlık okuryazarlığı da bir hak ve devletler tarafından uygulanması gereken pozitif yönlü çalışmalardan olduğunu söyleyebilmekteyiz. Özellikle ülkemizde Sağlık Bakanlığı Organizasyon Rehberinde sağlık okuryazarlığı hakkında tanımlamalar ve birçok konuya dâhil edildiğini görebilmekteyiz (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Aynı rehberde görüntülenen bir başka tabloda ise sağlık okuryazarlığı sürecinden ve iş adım sayılarından bahsedilmektedir. Sağlığın Teşviki Ana süreci başlığının altında geçen sağlık okuryazarlığı süreci ‘Sağlık Okuryazarlığı Kapsamında Toplum Tabanlı Araştırma Yapılması Alt Süreci’nde iş adım sayısı 5 ve ‘Ulusal Sürveyansalar Yürütülmesi (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ve Türkiye Sağlığın Geliştirilmesi Araştırmaları) Alt Süreci iş adım sayısı 3 olarak hazırlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021) .

1.2. Sağlık Ekonomisi

İktisat biliminin temel anlayışı, insanların sınırsız olan ihtiyaçlarına karşılık kaynakların kıt ve sınırlı olmasıdır. Bu sınırsız olmayan kaynaklarla sınırsız olan insan ihtiyaçlarının karşılanmasını yönetmek İktisat biliminin önemli özelliklerindendir.

Şekil 1
İşleyişine Göre Ekonomi



Kaynak: Martinez-Giral, X. (2010). *Health Economics*. Center for the study of Organizations and Decisions in Economics, 1.

Modern tıbbın olmadığı dönemlerde hastalara yapılan tedaviler bir çeşit hayır işi niteliği taşımaktaydı. Tıbbın günden güne ilerlemesi ve sağlık hizmetlerinin çeşitlenmesi sağlık hizmetlerine verilen önemi arttırmıştır. Zaman ilerledikçe sağlığa ve sağlık hizmetlerine verilen önem artmış ve bu konudaki çalışmalar için kaynak arayışına girilmiştir. Kaynak arayışına girildiği zaman ise yeni bir düşünce olan sağlığın sosyal yönü kadar ekonomik yönünün de oldukça önemli olduğu ortaya çıkmıştır(Akın, 2007:11-12).Sağlık hizmetlerinde kaynakların sınırlı olması hastane hizmetleri , özel sağlık hizmetleri, hastalıklar, verilen tedavi masrafları, genel maliyetler gibi durumların ekonomik yönünün incelenmesini önemli hale getirmiştir(Tokalaş, 2006).Bu gibi etmenler dolayısıyla sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki bir alt başlık olan sağlık ekonomisi haline bürünmüştür.

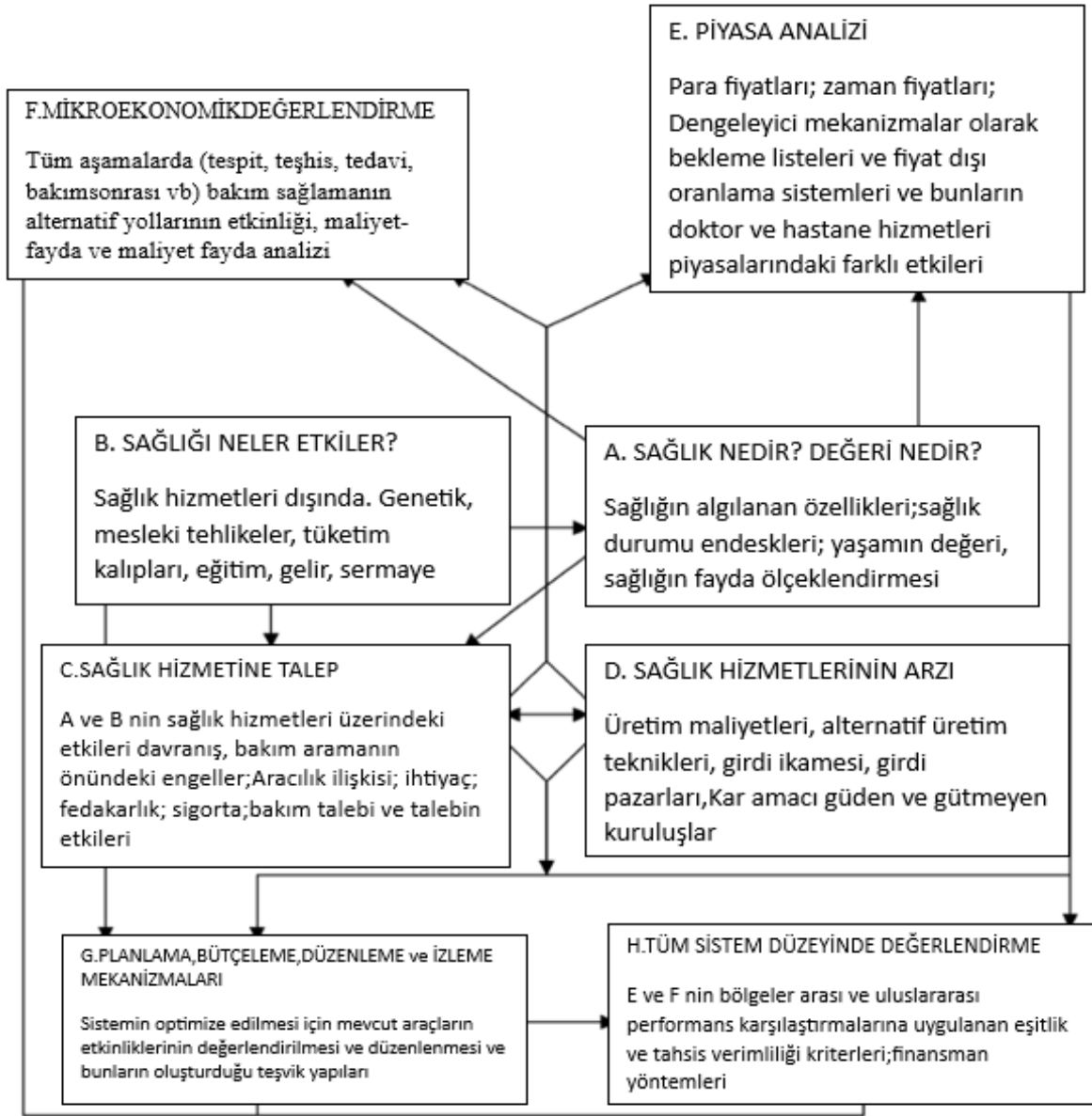
Sağlık ekonomisinin ana konusu sağlık ekonomisinin analizi, yani sağlık ekonomisi hizmetlerinin sektörel analizi şeklindedir(Şenatalar, 2003).Sağlık ekonomisi kıt kaynaklarla

uğraşan ve bu kıt kaynaklardan en büyük çıktı elde etmeye çalışan bir ekonomidir(Sur, 2011:6-10).İktisadi olarak , sağlık ekonomisine ayrılan payın sosyal gruplar ve insanlar arasında paylaştırılarak en iyi şekilde kullanılmasıdır(Deloitte, 2008).Tanımlamalardan görüldüğü üzere sağlık ekonomisi genel ekonominin disiplinlerinin uygulandığı bir alt ekonomi dalı olarak ortaya çıkmıştır. Sağlık ekonomisini ayrıca inceleme sebepleri ise sağlığın baskısının ülkeler üzerinde gittikçe artması, dünya ülkelerinin sağlık politikaları üzerinde çalışma yapmak zorunda olma durumlarıdır. Sağlık harcamalarındaki hızlı ve giderek büyüyen harcamaların vatandaşları zor durumda bıraktığı ve bunun önemli bir sorun haline geldiği bu sebeple sağlık ekonomisinin öneminin arttığı görülmektedir. Bu nedenlerden dolayı kaynakların kullanımının öneminin artması ve önceliklerinin belirlenmesi ve analizlerinin yapılması önem arz etmektedir (Tatar, 2009).Bu incelemeler sonucunda sağlık sektörü ekonomistler için geniş bir uygulama sahası haline gelmiştir.

1.2.1. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin de kapitalizmin etkisiyle işlemesi sağlık hizmetlerinin iktisadi özelliklerinin ayrıca sektör olarak yer almasını sağlamıştır (Belek, 2009:23). Sağlık ekonomisinin sistematik işleyişini anlatmak üzere Şekil-2 de yer alan yapı Culyer ve Nelson tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir.

Şekil 2
Sağlık Ekonomisinin Kapsamı



Kaynak: Hurley, J. (2000). *An Overview of the Normative Economics of The Health Sector*.

Handbook Of Health Economics, 4.

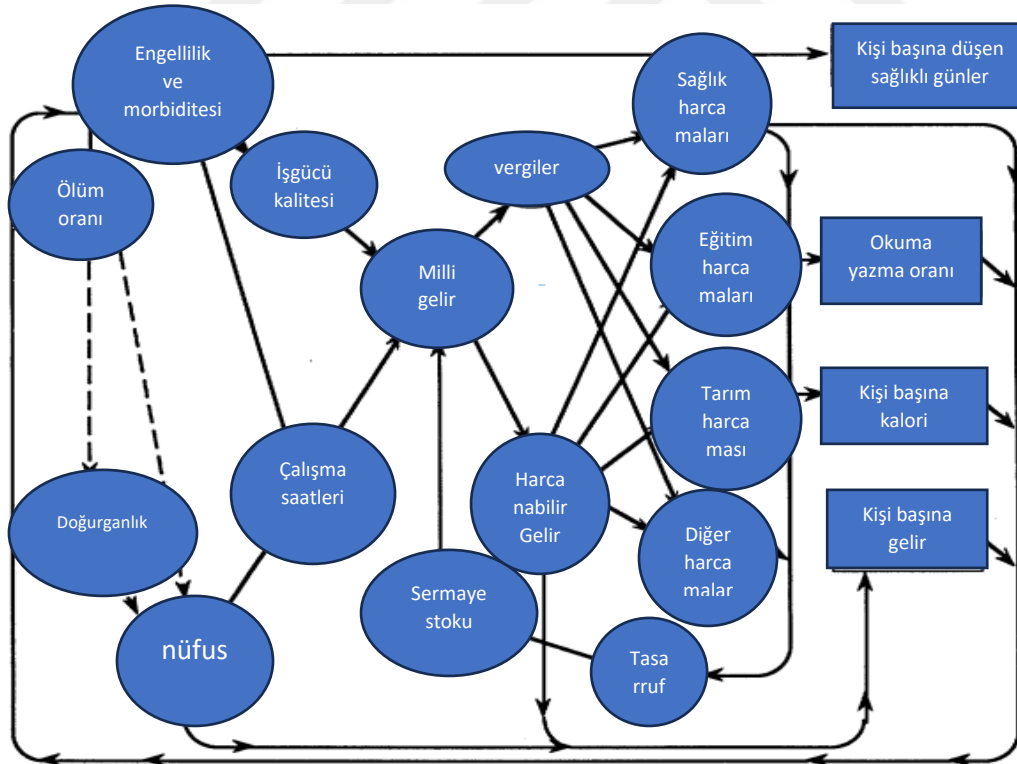
Şekil 2'ye bakıldığında sistem oluşturucular A, B, C, D kutularını merkezde ve sistemin yani sağlık ekonomisinin makine daireleri olarak nitelendirmişlerdir. E, F, G, H kategorilerinde ise sağlık ekonomisinin düzenli çalışması adına yardımcı elemanlar nitelendirilmişlerdir (Culyer ve Newhouse, 2000:4). Sağlık nedir? Sağlığın değeri nedir? başlıklarıyla başlanan sistemde Sağlık hizmetleri dışında sağlığı etkileyen faktörler, Sağlık hizmetlerinin Talebi, Sağlık hizmetlerinin arzı başlıkları ile ana makine dairelerini açıklamıştır. Makine dairelerini ise Mikro ekonomik yaklaşımlar, Piyasa Analizi, Ön çalışma, Mali hazırlıklar, Tertip işlemleri

ve takip etme mekanizmaları, bütün olarak sağlık ekonomisi kapsamının değerlendirilmesi başlıkları ile desteklemiştir.

Sağlık ekonomisi ekonominin sağlığa özgü kurallara, kavramlara, sağlık sahasına uyarlanmış şeklidir. Kapsamı içine aldığı konular; kaynakların getirisi, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, hizmet sağlayıcıların finans kaynakları, kurumların örgüt yapılarından meydana gelmektedir. Bu kaynaklar ve ekonominin bir alt dalı olan sağlık ekonomisi beraberinde bazı soruları ortaya çıkarmaktadır. Hekim mi hekim dışı mı? Sağlık mı diğer kazançlar mı? Şimdi mi? Sonra mı? Şeklinde birden fazla soru ve sorun meydana gelmektedir (Tatar, 2015:37-38). Sağlık ekonomisi sadece ekonomi ile ilgilenmez. Fuchs (1999) bunu “Sağlık Ekonomisinin İki Şapkası” şeklinde ifade etmiştir. Sağlık ekonomisi davranış bilimlerinin kapsamına girdiği gibi politikalar, sağlık hizmetleri ve uygulamaları içinde kazançlar elde etmektedir (Fuchs, 1999:2).

Şekil 3

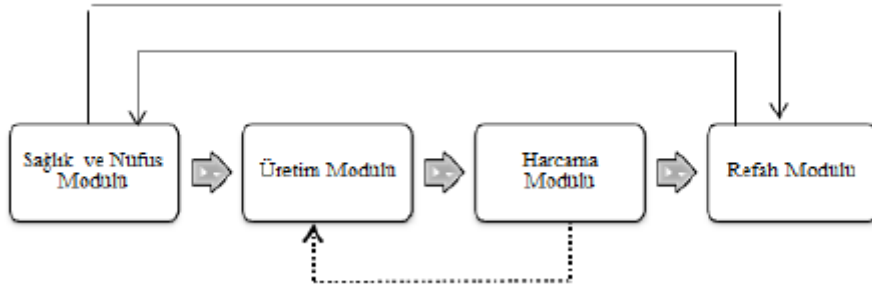
Sağlık Hizmetleri ve Diğer Ekonomik Faaliyetler Arasındaki Bağlantılar



Kaynak: Over, M. (1991). *Economics for Health Sector Analysis*. Economic Development Institute of The World Bank, 7.

Şekil 4

Sağlık Sektörü ve Ekonominin Diğer Kısım Arasındaki İlişki



Kaynak: Oflaz, N. (2018). *Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamalarına Etkisi* [Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi,38.

Şekle bakıldığında düz ve kesik çizgilerle oluşturulan bir yapı görülmektedir. Düz çizgiler direkt bir ilişkiyi tanımlarken, kesik çizgiler ise uzun dönemli etkileri ifade etmektedir. Şekil 4 ü incelendiğinde sağlık ve nüfusun üretim, harcama ve refah ile direkt bir ilişki içerisinde olduğu gözlemlenmektedir. Refah ve sağlık arasında karşılıklı bir ilişki olmaktadır. Buradan yola çıkılarak refahı arttırarak sağlık ve sağlıklı nüfusu arttırmak mümkün olabilir. Aynı zamanda Üretim artışı yaşanması refahı arttıracak gibi bu da sağlığın kazanılmasında etkili olacaktır. Üretim ve harcamalar arasında ise uzun dönemli bir ilişki olduğu söylenmektedir(Over, 1991:6).

Refah modeli günlük kalori tüketimi, ölüm yaşının artması, gayri safi milli hasıla gibi konuları kapsamaktadır. Harcama Modülü, vergiler, kazanç ve gelirin harcanabilir kısmından oluşur. Bu harcamaları ise eğitim, sağlık, konaklama gibi konular kapsar. Üretim Modülü, yaşanan ülkenin üretim kapasitesi, arz miktarı, iş gücü miktarı sermaye stoku oluşturur. Teknoloji ile çıktılar paralel ilerleme gösterir. Sağlık ve nüfus modülü, toplumların doğum, ölüm, doğumda beklenen ölüm oranı gibi konuları kapsamaktadır. Aynı zamanda toplumlardaki hastalık oranını ve düzeyini ölçmektedir(Over, 1991:6).

Bu çalışmada sağlık düzeyinin arttıkça sağlık okuryazarlığının da artacağı savunulmaktadır. Yukarıdaki tüm modellerle sağlık okuryazarlığı ilişkilidir. Sağlıklı bir nüfus ülkenin çalışma gücü ve veriminde iyi olma haline işarettir. Bu çalışma gücü artışı aynı zamanda gayri safi milli hasılanın artışı demektir. Ekonomiye verilen her katkı ile bu döngüdeki tüm birimlerde iyileşme sağlanacaktır. Sağlık okuryazarlığının gelişmesi de bu iyileşmelere katkı sağlayacağından bu modellerin gelişmesi için sağlık okuryazarlığının arttırılması gerektiği görülmektedir.

1.2.2. Sağlık Hizmetinin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre;

“Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi, hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi, bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturulmasına yönelik tıbbi bakım çalışmalarının tümüdür (Atabey Ertürk, 2012:11)

Cümlesi ile açıklanmaktadır. Prof. Dr. Metin Ateş ise *“Sağlığın korunması ve hastalıkların korunması için yapılan tedavilerin bütünü”* tanımlamasını yapmaktadır (Ateş, 2016:2).

Hizmetlerin temel özelliklerinin açıklaması şu şekilde yapılmıştır: Sağlık hizmeti tüm topluma ait bir özelliktir ve tüm nüfustan ayırtılamaz (Aktan ve Işık, 2007:18).

Sağlık sektöründe çıktı olan mal ve hizmetlerin diğer ekonomik faaliyetlerden birtakım farklılıkları sağlık çıktısının farklılığından oluşmaktadır. Örneğin, işitme cihazı, tansiyon cihazı, akülü sandalye gibi insan sağlığı ile direkt ilişkili ürünlerin, ekonomik olarak diğer kategoride yer alan mallarla – örneğin bilgisayar, koltuk, masa gibi- aynı kategoride düşünülmesi mantıklı değildir. Herhangi bir ameliyat, ağrısı oluşmuş bir dişin çekilmesi , bir göz operasyonu gibi sağlık ihtiyaçları sağlık alanı dışındaki ihtiyaçlarla bir tutulamaz . Örneğin; USB satın alma, karavan ile gezme, yaz tatili yapma gibi tüketim talepleri , neredeyse tümüyle sağlık hizmetleri ile farklılıklar göstermektedir(Saltık, 1995:38).

Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri kişilerin yaşadıkları ciddi hastalıklar, kaza, afetler gibi beklemedikleri olayların sonrasında fiziksel yada ruhen olan sakatlıklarının fiziksel ve sosyal yönden iyileştirilmeye çalışarak, tekrar sosyal ve ekonomik bakımdan kalkınmalarını ve moral depolamalarını amaçlayan bir hizmet çeşididir(Özkara, 2006:78). Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri iki alt başlıkta incelenmektedir. Bunlar tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyondur. Tıbbi rehabilitasyon ile kişilerin fiziken kayıplarını protez, işitme cihazı gibi ekipmanlarla gidermek amaçlanmaktadır. Sosyal rehabilitasyon ise sakatlık geçirmiş ve kalıcı kayıp olan kişilerin sosyal ortamlarda daha aktif hale getirilmesi, yeni işler öğrenme çabası içine sokularak sosyal ve ekonomik hayatın içine katılması amaçlanmakta ve bu süreçte kişinin en hızlı şekilde rehabilite edilmesini amaçlamaktadır(Akdur, 2006:20).

“Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarına ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir.” Ottawa sözleşmesinde bu şekilde tanımlanmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı bir politika sürecini kapsamaktadır, bu süreçte yalnızca bireyin kişisel özelliklerini arttırmak değil bu becerilerin arttırılmasının topluma ve kişiye olan pozitif etkisinin arttırılarak sağlık üzerindeki olumsuz

etkilerin azaltılması amaçlanmıştır. Sağlığın teşviki ve gelişimi için kişilerin katılımı oldukça büyük önem arz etmektedir. Ottawa sözleşmesinde üç temel strateji ve beş öncelikli eylem planı belirlenmiştir.

Stratejiler şu şekilde ifade edilmektedir; uygun sağlık durumlarının sağlanması amacıyla sağlığa dayanak olmak, kişilerin sağlık imkanlarının erişiminin sağlanması, hizmet arayışında olan toplum içindeki aynı olmayan istekler arasındaki uzlaştırma işlemlerinin uygun şekilde gerçekleştirilmesi.

Öncelikli eylem planları şu şekilde ifade edilmektedir; Sağlıklı halk politikası oluşturma, sağlığı destekleyici çevre oluşturulması, kişisel becerilerin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi, sağlık için toplum hareketinin güçlendirilmesi.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konulu Jakarta bildirgesi Temmuz 1997 tarihinde yayınlanmış ve tüm bu strateji ve eylem planlarının ülkelere uygunluğu onaylanmıştır.

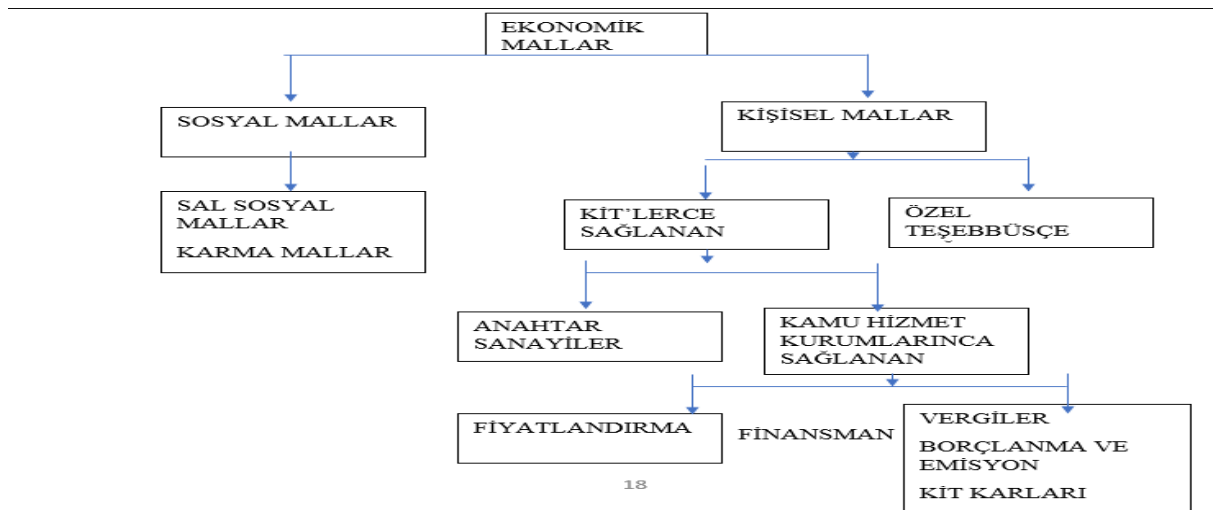
1.3. Sağlık Harcamaları ve Kamu Harcamaları İlişkisi

Bu çalışma sağlık okuryazarlığı ve ekonomisi ile alakalı olduğundan dolayı bu bölümde devletin mali harcamaları ve sağlık harcamaları ile alakalı bilgi ve analizlere yer verilecektir. Kamu ekonomisi terimi geleneksel Kamu Maliyesi 'ne dahil olan vergiler, kamu harcamaları, sosyal seçim ve KİT'leri konu alan bir dal olmaktadır. Kamu ekonomisi Kamu maliyesine göre daha geniş bir kapsam olarak önümüze çıkmaktadır (Akalin, 1981:5).

Kamu ekonomisi kapsam olarak şu şekilde özetlenebilir:

Şekil 5

Kamu Ekonomisi Kapsamı



Kaynak: Akalin, G. (1981). *Kamu Ekonomisi* (2 Baskı). Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, 6.

Yukarıdaki tablo ekonomik büyüklük bakımından şu şekilde açıklanabilir:

Kamu sektörünün hacmi = Konsolide bütçe + Mahalli idareler bütçeleri + KİT bütçeleri + Sosyal sigorta kurumları bütçeleri

Tüm bu bütçelerin büyüklüğü kamu sektörünün mutlak hacmini vermektedir. Bu hacmi GSMH 'ya oranlarsak kamu ekonomisinin devlet ekonomisi içindeki oranını göz önüne serebiliriz.

Kamu Ekonomisinin Payı = Kamu sektörünün hacmi / GSMH şeklinde hesaplanmaktadır(Akalin, 1981:6).

Maliye politikasının genel parçalarından biri de sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamaları; bir toplumun sağlığını müdafaa etmeye, iyileştirmeye, güncellemeye ve kişiler için adil bir sağlık hizmeti sunmak amacıyla gerçekleştirilen harcamaların tümüdür. Sağlık bakanlığının 2006 yılında yayımladığı Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Harcamaları raporunda sağlığa yönelik harcamalar şu şekilde açıklanmıştır : “Genel itibariyle, sağlığı korumak ve geliştirmek amaçlı yapılan savunma, geliştirme, esinlenmesini sağlama, yapılan bakım ve ilk müdahaleler sebebiyle gerçekleştirilen harcamalardır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).”

Sağlık hizmetleri kamu ve özel sektörler tarafından üretildiği için ekonomik ve politik olarak önemli bir yerde bulunmaktadır. Bunun en belirgin nedenlerinden biri merkezi bütçeden sağlık harcamaları sınırlarının belirleniyor olmasıdır(Oflaz, 2018:60).

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin gittikçe artması ve devlet bütçelerinin bu artış gerisinde kalması sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından tehlikeli bir hal almaktadır. Finansal açıdan sürdürülebilir olma, artan maliyetlerin kontrolü ve sınırlı olan kaynaklar arasında dengeyi iyi kurmak gerekmektedir. Sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi ise en az girdi ile en uzun süre hizmet sağlamaktan geçmektedir (Özer vd., 2015:19-29). Bütçe açıklarından kaynaklanan sorunları sağlık sistemine yansıtmamak sağlık hizmetleri için finansal sürdürülebilirliği sağlama bakımından hükümetlerin önemli bir görevidir. Bu açıda mali alan yaratarak sağlık hizmetlerinin devamlılığı sağlanmalıdır. Mali alan, ek bütçeler sağlanarak kamu kaynaklarının belirli bir yöne eğilim göstermesi olarak ifade edilmektedir (Uysal Şahin ve Akar, 2014:300).

Ülkeler açısından sağlık harcamalarının bütçeler açısından analizi önem arz etmektedir. Bu amaçla ekonomik bazı göstergeler kullanılmaktadır. Bu göstergeler; kişi başına düşen sağlık harcaması (ABD\$), devlet bazlı sağlık harcamalarının GSYH 'ya oranı (%), tüm sağlık harcamalarının GSYH 'ya oranı (%), bir kişiye düşen toplam sağlık harcaması (ABD\$), bir kişiye düşen kamu sağlık ödemesi (SGP ABD\$), bir kişiye düşen toplam sağlık ödemesi (SGP

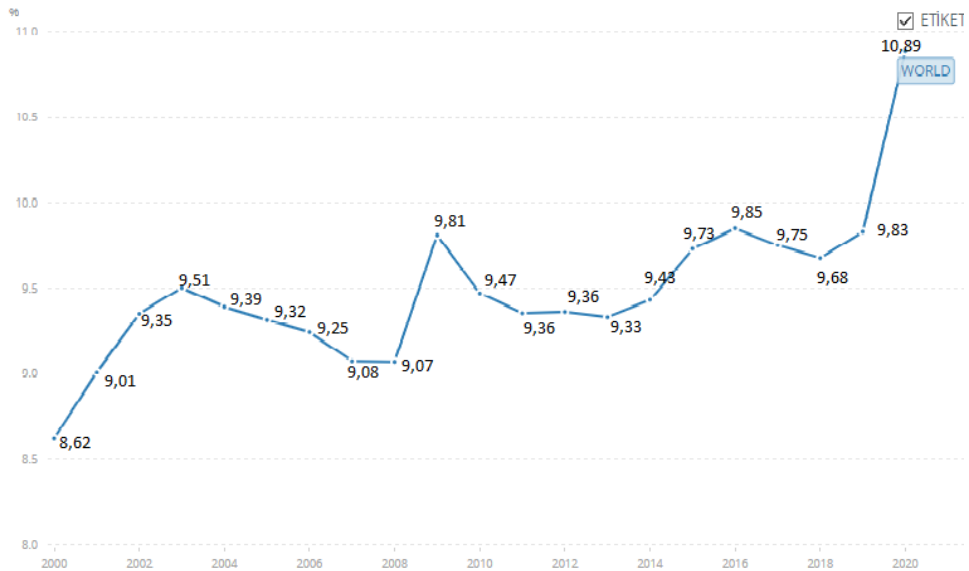
ABD\$) şeklindeki göstergelerdir. Bunlara ilaveten sağlık harcamalarının genel ekonomiye etkisi olan diğer göstergeler; GSYH, bakanlığa ayrılan kamu kaynakları, kamu yararına sağlık masrafları, özel ve devletin sağlık harcamaları, vergiler, nema harici kamu eliyle yapılan harcamalar şeklinde ifade edilebilir (Atasever, 2014:227).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı çalışmalar sonucunda, ev halklarının meydana getirdiği ekstra harcamaların, haneye giren gıda gibi tüketimi zorunlu harcamalardan kısılarak, mevduat hesaplarının kullanılarak ya da gayrimenkullerinin satılarak veya borçlanarak karşılanması durumuna yol açabilir. WHO bu durumu, harcamaların meydana getirdiği katastrofik etki olarak ifade etmektedir (Atasever vd., 2018:11). WHO, harcanabilir olan gelirin %40'ı geçtiği durumları katastrofik harcama niteliğinde ifade edilmesini teklif etmiştir. Fakat ülkeler kendi içlerindeki sosyal ve ekonomik durumlardan dolayı yüzdelerini farklı belirleyebileceği için bu konuda genel bir uzlaşma durumu söz konusu değildir (Uçar, 2020:6).

Dünya Bankası'nın en son yayımladığı raporlara göre 2020 yılında sağlığa ayrılan cari sağlık harcamalarının payı %10,89 dur. 2000-2021 yılları arasındaki cari sağlık harcamaları (GSYH'nin yüzdesi) dağılımını Şekil-6 da görüntülenmektedir..

Şekil 6

Dünya Bankası Sağlık Harcamalarına Ayrılan Pay (%)



Kaynak: Dünya Bankası. (2023). *Sağlık İstatistikleri*.

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2021&start=2000&type=points&view=chart&year=2000>. Erişim Tarihi (28.08.2023).

Kişilerin sağlıklarının yükselmesi için yapılan tüm bu ödemeleri etkileyen farklı bileşenler bulunmaktadır. Tüm bu faktörler ifade edilmesi gerekirse; Kişi başı gelirin artması: İnsanların gelirinin artması ve hayat standartlarının artması ile birlikte sağlık harcamalarına olan eğilim artmakta ve bu da sağlığa ayrılan payı arttırmaktadır.

Eğitim seviyelerinin yükselmesi ve sağlık okuryazarlığı bilinci kazanmaları: Kişilerin eğitim seviyesinin yükselmesi ile sağlığa dair şuur kazanması ve sağlığa verilen önemin artarak sağlık harcamalarının yükselmesine yol açmaktadır. Sosyal değer yargılarının değişmesi: Sağlık harcamaları için genel kabul görmüş düşüncelerin değişerek artık sağlığın maliyetinin lüks olarak değil de ihtiyaç olarak gözükmesi sonucu sağlığa olan talebin artması durumu söz konusu olmaktadır.

Teknolojik gelişmeler: Teknolojinin, ARGE alanındaki çalışmaların sağlığa yönelmesi ve gelişmeler hastalıkların teşhis, tedavilerinde yeni tıbbi teknolojiler ortaya sunmaktadır. Bu hizmetlerin kullanımı yüksek maliyetleri beraberinde getirmektedir.

Şehirleşme: İnsanların beraber yaşamasıyla beraber sunulan sağlık hizmetlerinin artışı gerektirmektedir.

Yaşam süresinin uzaması: Dünya geneline bakıldığında daha çok gelişmiş ülkelerin nüfusunun giderek yaşlanması ve bu durumun bu şekilde devam edeceği düşünülüp, yaşlı nüfusunun artması sağlık harcamalarının artmasının nedenlerinden biri olarak ifade edilmektedir(Demir ve Tanyıldızı, 2017:89-119).

Araştırmalardan yola çıkarsak ülkelerin sağlığa ayıracakları payların netlik kazanmasının mümkün olamayacağı görülmektedir. Her ülkenin her topluluğun sağlığa ayırması gereken ve ayırabileceği pay ayrı ayrı belirlenmek zorunda olup daha önceki yıllarda ayırdıkları paylar gözlemlenerek ve sağlık durumları göz önüne alınarak gerekli politikaların gerçekleştirilmesi ve optimal düzeyde insan sağlığına uygun bir şekilde hayat sürmeleri için değerlendirmeler yapılması uygun bir metot olarak değerlendirilebilir.

BÖLÜM 2: SAĞLIK SİSTEMLERİ,POLİTİKASI VE FİNANSMAN KAYNAKLARI

Bir toplumun sağlığının gelişmesinde ekonominin etkisi kadar topluluğun üzerinde uygulanan politikalar da oldukça önem arz etmektedir. Bu nedenle ikinci bölümümüzde sağlık politikası, sağlık sistemlerinin çeşitleri, ne gibi sağlık sistemleri politika grupları olduğu, sağlık hizmetlerinin finansman modelleri ve finansman kaynakları konularına yer verilecektir.

2.1. Sağlık Sistemleri ve Politikaları

Genel tabiriyle; bir grup politik kişilerin birden fazla konu içeren durumlara yönelik amaçlar belirlemesi ve bu amaçlar doğrultusunda kullanılacak olan araçların nasıl, ne kadar, ne şekilde kullanılacağına yönelik vermiş oldukları kararlara politika denir. Bir çok dilde politika ve siyaset policy ile ifade edilir. Buna neden olarak yapma, izleme ve eyleme geçme döngülerinin politikanın süreçleri olmasından kaynaklanmasıdır. Bundan dolayı siyaset ve politika ayrı ayrı düşünülemez (Er, 2011:44).

Politikalar, devletlerin yaptıklarından ziyade ne yapıp ne yapmayacaklarıyla da ilgilidir. Genel faaliyetlerinde ortak amaç toplumun yararına işler yapmaktır. Uygulanacak olan politikalar ve uygulamalar sonucunda toplumun geneli nezdinde ortak yarar yönlü bir sonuç çıkmalıdır(Atabey, 2012:112).

Toplumsal gereklilikler politikayı farklı alanlarla ilişkilendirmiştir. Bundan dolayı politika yapıcıları toplum yararını göz etmeyerek sağlık, konut, eğitim, sosyal, adalet, iç işleri , dış ilişkiler ve dış ticaret gibi oldukça geniş bir skalada tercihlerde bulanabiliyorlar(Yıldız ve Sobacı, 2013:17).

Sağlık hakkı, “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”nin 25. Maddesine göre , kişilerin temel haklarındanıdır. Belgeye göre “ İnsanın ister şahsı isterse aile bireyleri için gıda, elbise, barınma, tıbbi bakım ve sosyal hizmetler de dahil olmak üzere, sağlıklı ve refah olma durumunu sağlamak üzere yaşanılabilir bir yaşam standartına ve kendi iradesi dışında gelişebilecek olumsuz durumlara karşı” tüm insanların elinde bulunması gereken sosyal ve sağlık güvenilirliği için temel unsur olarak ifade edilmiştir.(İleri, 2016:12).

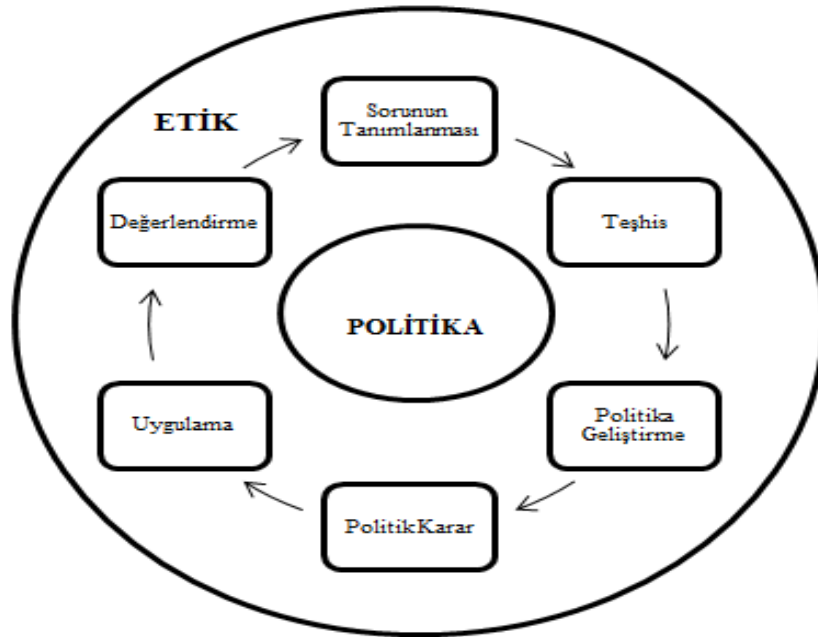
Üretilen mal veya hizmetin devlet kuruluşlarınca mı yoksa özel sektöreliliyle mi arz edileceği de politik bir problemdir. Bir çok OECD ülkesi 1950li yıllarda, sağlık sistemlerinin politika tasarımları, planlanması, geliştirilmesi gibi konularda doğrudan sorumluluk almışlardır. Sebep

olarak sağlık politikası sağlık hizmet sağlayıcılığı dışında toplumun sosyo-ekonomik dengesi bakımından oldukça büyük önem arz etmesi durumudur. Bu geniş kapsayıcılıktan dolayı devletin sorumluluk yaklaşımı benimsenmiş ve oluşturulan politikalarla sağlık sistemleri yürütölmeye başlamıştır(İleri vd., 2016:2-3).

Sağlık politikası bilinen en yaygın tanımı itibariyle; sağlık sistemlerinin oluşturulması, işleme si ve mali düzenlemelerini kapsayan bütün uygulamaları içerir. Bununla beraber sağlık politikası, tıp alanındaki hizmetlerinden ziyade sağlık hizmeti veren tüm devlet birimleri, şahsi kuruluşlar ve gönüllü kuruluşları da içermektedir. Diğer manada sağlık politikaları; tüm bu hizmetlerin sunumu ve devamlılığı konularında tüm planlama yada kararları birbirleri ile bağlantılı hale getiren bir hizmet ağıdır. Ayrıca sağlık hizmetleri politikaları, bu sürecin en doğru sonuca ulaşması amacıyla , kullanılmakta olan sağlık hizmetlerini ve sağlık üzerinde etkili olan tüm sosyo ekonomik ve toplumsal olayların iyileştirilmesi amacıyla çalışmalar yapmayı da gerektirir(Atabey, 2012:22).Sağlık politikaların döngüsü Şekil-7 deki aşamalardan oluşmaktadır.

Şekil 7

Politikanın Sağlık Alanındaki Tekrarlayan İşleyişi



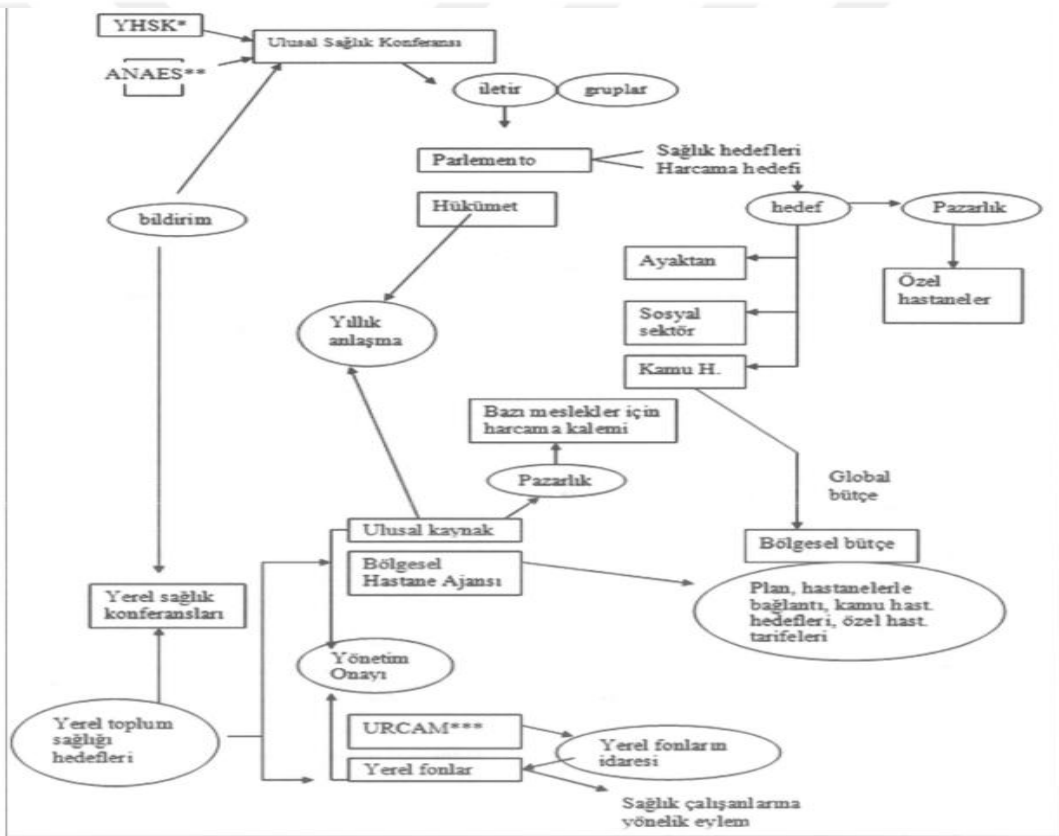
Kaynak: Marc, J. R., William, H., Peter B., Michael R. R. (2009). *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması; Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 22.

Şekil-7'deki sürece başlarken öncelikli olarak sorunun belirlenmesi ve tanımlanması gerekmektedir. Sorunun ne olduğu tanımlandıktan sonra teşhisini yaparak sorunun kaynağı ve çözüm yolu ile alakalı doneler toplanır. Süreç ile ilgili çözümler için politikalar geliştirilir. Politik kararlar süreci yasama ve yürütme ile alakalı olduğu için daha zorlu ve uzun bir süreç olabilmektedir. Politik kararları karşıt görüşlü çıkar grupları beğenmeme veya tasdik etmeme

durumuna girdikleri için mevcut süreç uzayabilmektedir. Kararlar alındıktan sonraki süreç uygulama sürecidir. Bu aşamada politik kararlar sürekli olarak uygulanmalı, izlenmeli ve sorunlar tespit edilerek sorunların giderilmesi amaçlı çalışmalar yürütülmelidir. Değerlendirme aşaması ise şu anki politikalar ve geçmişte uygulanan politikaların çıktıları açısından bir değerlendirme yaparak politik süreçlerin ne yönlü değişime uyguladığının sonucudur. Etik değerler bu döngünün tamamında var olan ve döngünün ayrılmaz bir parçasıdır(Roberts vd., 2009:23-36).Şekil-8 de örnek vermek amaçlı Fransız sağlık sisteminin örgütlenmesini görülmektedir.

Şekil 8

Fransız Sağlık Sektörü Örgütlenmesi



*Yüksek Halk Sağlığı Komitesi

**Ulusal Sağlık Akreditasyon ve Değerlendirme Ajansı

***Bölgesel Hastalık Kasaları Birlikleri

Kaynak:Türk, M. (2007). Fransız Sağlık Sistemi Örgütlenmesi. *Toplum ve Hekim dergisi*, 3, 165.

Politika yapıcılarını sağlık politikalarını geliştirirken bu hizmetlerin kim tarafından sunulacağı, finansmanının nasıl sağlanacağı ve nasıl sunulacağı gibi soruların cevaplarını hazır tutmak zorundadır. Politika yapıcılarını bu cevapları verirken;

1-Bulundukları toplumdaki sağlık hizmeti neye ihtiyaç duymaktadır?

2-Sağlık sisteminin etkinliğini sağlamak için ne yapılabilir?

3-Sağlık sistemi finansmanı nasıl sağlanabilir?

4-Kaynak kullanımında ne derece kamu ne derece özel kaynaklar kullanılmalı? Gibi soruların cevaplarını tespit etmelidir (Atabey, 2012:25).

Sağlık sisteminin, ekonomik, sosyal ve politik pek çok farklı faktör ile etkileşim içinde olduğunu söyleyebiliriz. Politika yapıcılarda bu özellikleri göz önünde bulundurarak toplumların epidemiyolojik, demografik ve sosyal yapılarından yola çıkarak sağlık politikalarının niteliklerini oluştururlar. Sistemin Fonksiyonları kendi içinde farklı kategorize olmuştur. Hizmetlerin sistemsel ölçütleri; kullanıcıların sağlık durumları ve nüfus yapıları ile ifade edilirken, finansal ölçütler; toplam bütçe, finansman biçimi, kişi başına düşen sağlık harcaması gibi bir çok ölçütten oluşmaktadır(Sargutan, 2006:46).

Sağlık sisteminin fonksiyonları ve hedefleri Joseph Kutzin tarafından Şekil-9'daki gibi açıklanmıştır.



Kaynak: Kutzin J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>

Fonksiyonlarının amaçları Şekil-10'dan da görüleceği üzere eşit bir şekilde herkese sağlık ulaşımı , duyarlılıklarına, maddi olarak zorlanmamaları amaçlarını taşımak üzere liderlik, kaynak yaratma, kişisel ve nüfusa dayalı hizmet sunumu , satın alma fonksiyonlarından oluşmaktadır.

Sağlık sektörünün 3 temel sorunundan bahsedilmektedir. Bunlar 1) Kaynak azlığı, 2) Kamuya verimliliği yetersiz kamu programları, 3) Faydadaki eşit olmayan dağılım sorunu yaşayan sağlık sunumu, bazı ürünlerden yada tedavi yöntemlerinden çok daha küçük grupların faydalanıp büyük kısmın erişememesi sorunu gibi unsurlar eşitsizlik yaratılmasına neden olmaktadır(Akin vd., 1999:4).

2.1.1. Sağlık Sistemleri'nin Gruplandırılması

Milton I Roemer'in sağlık sistemlerini sınıflandırması en yaygın bilinen çalışmalardan biri olarak kabul görmektedir. Roemer, “Dünya Ulusal Sağlık Sistemleri” adlı çalışmasıyla sağlık sistemlerini başlıklar halinde ifade etmiştir. Bu başlıklar;

1-Özel Teşebbüs ve Serbest Pazar Tipi sağlık sistemi politikaları grubu

2-Refah yönelimli tip sağlık sistemi politikaları grubu

3-Tekçil ve Kapsayıcı sağlık sistemi politikaları grubu

4-Sosyalist ve Merkezi Planlanma tipi sağlık sistemi Grubu'dur. Grupları ayrıca mali olarak dört alt gruba kategorize etmiştir.

A. Erdal SARGUTAN, Roemer'in sınıflandırmasını da göz önünde bulundurarak yeni ve güncelleştirilmiş bir tablo ile sağlık sistemlerinin özelliklerini Tablo'1 de tanımlamıştır. Bu sınıflandırmada kıstas olma durumu, devletlerin sağlık sistemlerinde arz - talep olarak devlet eliyle ve özel sektör ağırlıklı olma durumlarını, yerlerini ve özelliklerini merkezde tutan dört ana tip ve devletlerin gelişmişlik düzeyleri ve gelirlerini merkezde tutan dört ana tip kategoriye ayrılmıştır.

Kimi ülkelerde bu dört tip özelliklerden biri veya birçoğu yer alabileceği gibi, kendilerine has özelliklere de rastlanabilir. Ülkede bu dört ana tip sağlık sisteminden biri daha fazla baskın durumda bulunuyorsa ve halk bu sistemden ağırlıklı olarak istifade ediyorsa , ülke o grup sistem içinde değerlendirilir(Sargutan, 2005:412).

Tablo 1**4 Farklı Sağlık Sistemi ve Özellikleri**

Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet Tipi	Sosyalist / Merkezi Planlama Tipi
1- Kişisel Ödeme veya özel sigortalar ile karşılanabilir 2- Devlet sağlık sektörünün sunumunda yer alsa bile temel unsur olarak kabul edilmez. 3- Özel sektör sağlık sisteminin merkezi olarak kabul edilir.	1- Herkese yönelik zorunlu devlet eliyle zorunlu sağlık sistemine dahil edilir. 2-Kamu sektörü sağlık hizmetinin talebinde daha büyük olan taraftır. 3-Özel sektör hizmet arzında bulunur, talep bakımından farklı olanaklara sahip olabilir.	1-Herkese yönelik tam teşebbüslü sağlık hizmeti veren , zorunlu , ücretsiz arz asıllıdır. 2-Kamu sektörü arz ve talepte temel unsurdur. 3-Özel sektör arzda varlık gösterebilir, talep tarafında farklı imkanlar sunabilir.	1-Herkese hitap eden zorunlu, ortak sağlık sigorta güvencesiyle talep ve ücretsiz arzı içerir. 2-Arz ve talepte merkez kamu sektörüdür. 3-Özel sektör istisnai durumlar dışında yer almaz.

Kaynak: Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), 413.

80 ülke ile yapılan bu araştırmada bu Tablo-1 dahilinde olmayan sağlık sistemine bulunamamıştır. Kendine has özellikleri olan sağlık sistemleri olsa bile bunlar ender rastlandığı ve grup oluşturabilecek kadar yaygın olmadığı için önem arz etmemektedir(Sargutan, 2005:413).

Çalışmanın amacına uygun olan sağlık sistemlerini tanıtmak ve bu sistemlerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine ne gibi katkıları olduğu , nasıl finanse edildiği gibi bilgilerin konunun bütünlüğüne katkısı olduğunu ifade edilmektedir. Milton Roemer'in sınıflandırması finansman temelli bir sınıflandırma olduğu için bu bağlamda detaylı olarak açıklanmıştır. Sargutan'ın 2005 yılı itibarıyla yaptığı tablo bu konudaki araştırmaları açıkça ve özet şekliyle ifade etmektedir.

2.1.1.1. Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Aynı zamanda ‘Girişimci ve serbest sağlık sistemi ‘ olarak da geçen özel teşebbüs sağlık sisteminde özel sektör, sağlık sektörünün iyileştirilmesinde olumlu yönde yükseliş gösteren bir arz kaynağı olarak görülmektedir(WHO, 2000:83). Sağlık hizmeti arzının harcamalarını büyük miktarda özel sektör harcar ve hastane yataklarının büyük kısmı özel sektörün elindedir. Özel teşebbüs sistemini kullanan sistemlerin en belirgin özelliği , kişilerin tıbbi ihtiyaçlarını talep etmeleri amaçlı , kişilerin direkt veya prim yoluyla harcama yapmaları ayrıca buna karşılık devletin kişilerin bütçelerini buraya ayırmaları sonucu devletin belirsiz daha az katılımlarıyla kamu kaynaklarının kullanımının daha az olmasıdır(Sargutan, 2005:415-417).

Bu sağlık sisteminin özelliği, serbest piyasa pazarında gerçekleştiği ve yetersiz gözüken kamu sektörünün yanına merkezi olarak özel sektörün arzının ayrıca şahısların taleplerin çoğunluk olduğu ortamlar olmasıdır. Arz ve talebin birbirini dengelemesi anlayışı ve serbest piyasa koşullarında ihtiyaca uygun ve dengeli bir sonuç aldığı söylemek mümkün olmamıştır. Sağlık sektöründe arz ve talep dengesinin sağlık pazarında dengelenememesinin ve sağlık hizmetlerinin pazarın şartlarına uyumsuz olmasının sonuçları sistemden beklenen olumluluğu negatif yönde etkilediği görülmektedir (Sargutan, 2005:415-417).Kategoriye dahil olan ülkelerden bazıları Amerika Birleşik Devletleri , Brezilya ve Çin’dir(Ateş, 2016:54).

2.1.1.2. Refah Yönelimli Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Sağlıksız olma durumlarını kapsayan, işçi ve patron taraflı ücret ödemeli hasta olma sağlık güvencesi temelli sağlık hizmeti talep edilmesi şablonunu kapsayan sağlık sistemidir. Çalışan ve işverenin prim ödemesine devlet ilke olarak ek destekler sağlamaktadır. Bu sağlık sisteminde sağlık hizmetini talep etmek için yarı veya doğrudan prim ödemeye katılım zorunlu ve esastır. Zaman zaman hastalık sigortası yerine , kapsam olarak geniş ve prim ödenerek katılım sağlanan sağlık sigortaları görülebilmektedir.

Bu özellikte olan sistemlerin ana özelliği hastalık durumunda kullanılacak sağlık hizmeti için , kişilerin prim olarak doğrudan veya yarı katılımlı katılım payları yapmaları ve bunların sürekli olması gerekmektedir. Bu bağlamda kişilerin katılımları ile devletin vergi veya diğer gelir kalemlerinden bu sağlık sistemlerine ayıracağı pay azalacaktır. Bu da kamu kaynakları kullanımının başka ihtiyaçlara ayrılabilmesi gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Sigortalı olan kişinin ödemesi gereken primlere ek olarak devlet ve işveren prim veya katkıları birer doğrudan veya yarı doğrudan sağlık harcaması olarak geçmektedir. Prim ve ya katkılar aslında birer sağlık vergisi olarak adlandırılabilir.

‘Refah Yönelimli Sağlık Sistemi’ isimlendirme olarak, ülkelerin sosyal yaşantı ve refahı arttırma projesi olarak gördüğü sağlık sistemini, devletin yerine, faydasına, niteliğinde ayarlanmış prim ödenerek ayrıca zorunlu bir şekilde sağlık sigortası yaptırarak vatandaşlarına hizmet etmeyi kabul ettiği sağlık sistemini ifade etmektedir.(Sargutan, 2005:418). Almanya , Fransa, Japonya, Belçika ve Kanada ülkeleri, sağlık sistemi bu kategoride olduğu ifade edilmektedir(H.Yıldırım ve T.Yıldırım, 2015:222).

2.1.1.3. Kapsayıcı / Bütüncül / Tekcil Hizmet Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Genel tabiriyle , sağlıklı olmama hali itibariyle bütün şahsi sağlık hizmetleri kapsamında zorunlu, devlet bütçelerinden karşılanan sağlık güvenliği temelli sağlık hizmetleri ihtiyacının karşılanması olarak ifade edilmektedir.

Kapsayıcı hizmet tipi sağlık sistemlerinde , sağlık hizmetlerinin arz ve talepleri mümkün olabildiğince kamu bütçesinden karşılanarak, tüm hizmet alıcıların zorunlu bir şekilde devletin sağlık hizmetleri kategorisine alınması ve bütün ihtiyaçlarının ücret ödemeksizin bir şekilde hizmet sunulmasını ilke edinmiştir. Kapsayıcı tip sağlık sistemlerinde dikkat çeken nokta tüm sağlık hizmetlerinin karşılanması amacıyla kişilerden direkt olarak para alınmaması, verdikleri vergilerle belirsiz bir oranda bu giderlere katılımları ile kamu kaynaklarının kullanılmasıdır. Vatandaşlar hiçbir şekilde sağlık vergisi adı altında vergi vermek durumunda değildirler. Sistem Beveridge modeli olarak da adlandırılabilir. Beveridge 1941 yılında İngiltere’de kurulmuş ve amacı temel ihtiyaçları gidermek amaçlı sosyal politikaların ana esaslarını belirleyerek vatandaşlarını güvence altına almak olmuştur(Sargutan, 2005:419-424).

2.1.1.4. Sosyalist / Merkezi Planlama Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

En önemli özelliği, genel olarak ve şahsi bütün sağlık sunumlarının tümüyle sektörün dışında ve toplumsal hizmet kategorisinde maddi bir ödeme olmaksızın, arz ve talebinin karşılanması şeklinde açıklanabilir. Bu sağlık sisteminde, sağlık hizmetinin arz ve talebinde toplumun ortak sahip oldukları kollektif kaynaklar kullanılarak , insanların ortak kullandığı masrafları devlet tarafından karşılanan sağlık kurumlarınca, sağlık hizmetinin karşılanması esastır. Merkezi planlama yada Sosyalist ilk olarak 1917 Rusya ihtilali akabinde Sovyetler Birliği’nde kurulmuştur (Sargutan, 2005:424).

Tablo 2
Farklı Sağlık Sistemlerine Göre Ülkelerin Sınıflandırması

ARZ VE TALEP ODAKLI KATEGORİZE ETME				FİNANS
Serbest Piyasa Odaklı Sosyal Sağlık Sigortası	Refah Yönelimli Sosyal Sağlık Sigortası	Kapsayıcı yada Tekcil Odaklı Sosyal Sağlık Sigortası	Sosyalist Odaklı Sosyal Sağlık Sigortası	Gelişmişlik Ve Kişi Başına GSYİH (ABD\$) Seviyeleri
ABD	Almanya Avusturya Belçika Fransa Hollanda İsviçre Japonya Kanada Lüksemburg	Avustralya Büyük Britanya Birleşik Arap Emirlikleri Danimarka Finlandiya İrlanda İspanya İsveç, İtalya İzlanda, Norveç	Eski Sovyetler Birliği	Çok Gelişmiş/ Sanayileşmiş Ve Zengin (20.001 ve üstü) Ülkeler
Güney Afrika	Arjantin Çek Estonya Güney Kore İsraile, Portekiz Yunanistan	Kuveyt Slovakya Slovenya Suudi Arabistan Yeni Zelanda	Eski Doğu Avrupa Ülkeleri	Gelişmiş Ve Yüksek Gelirli (10.001-20.000) Ülkeler
Brezilya Cezayir Çin Kazakistan Peru Tayland Türkmenistan	Bosna-Hersek Bulgaristan Hırvatistan Letonya, Litvanya Malezya, Meksika Rusya Federasyonu Sırbistan Karadağ Şili, Tunus Türkiye	Beyaz Rusya İran KKTC Libya Makedonya Polonya Romanya Ukrayna	Küba Kuzey Kore Eski SSCB'nin Asya Cumhuriyetleri	Gelişmekte Olan Ve Orta Gelirli (4.001-10.000) Ülkeler

Azerbaycan Bangladeş Endonezya, Fas Filipinler, Gana Hindistan Kenya Kırgızistan, Mısır Nepal, Özbekistan Pakistan, Sudan Suriye, Ürdün	Arnavutluk Gürcistan Macaristan	Ermenistan Moldova Nikaragua Sri Lanka	Vietnam Kamboçya	Gelişmemiş Ve Yoksul (4.000 ve altı) Ülkeler
---	---------------------------------------	---	---------------------	---

Kaynak: Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), 427.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sosyal güvenlik ve sağlık hizmetleri finansmanını üç ayrı bölümde incelemek mümkündür. Üç bölüm şunlardan oluşmaktadır: İlk çağ dönemi, Ortaçağ-Sanayi devrimi arası geçen dönem, Sanayi devrimi sonrası dönem .

İlk çağ döneminde sağlık hizmetlerinin kaynakları ve sosyal güvenlik konuları daha çok yöneticiler tarafından ele alınmıştır. Yunanistan’da hastalara yardımlar eden dernekler, esnaf loncaları , yardımlaşma teşkilatları gibi kuruluşların olduğu bilinmektedir. Eski Mısır coğrafyasında devlet eliyle mal varlığı iyi olan insanlar, dul ve yetim gibi ihtiyaç sahiplerine yardım etme zorunluluğunda bulunurlardı. Eski Roma’da ise ölüm sandığı ve hastalık sandığı adı altında iki sandık ile bu ihtiyaçlar karşılanmıştır(Vercoutter, 2008:11).

Orta çağdan Sanayi Devrimi’ne kadar olan zamanda batı ülkelerinde mesleki kuruluşlar harici yardımlaşma birimlerini şu şekilde sıralanmaktadır ; Manastırlar, Hastane kardeşlik birlikleri, Şövalye teşkilatları. Mesleki kuruluşlar açısından ise ; Maden işçileri yardımlaşmaları, Maden işçileri dışındaki meslek gruplarının yardımlaşma kurumları şeklinde görülmekteydi(Pierre, 2007:4-20). Doğu ülkelerinde ise ahilik ve lonca teşkilatı gibi farklı mesleki kuruluşları ve vakıf kuruluşları şeklinde yardımlaşma kuruluşları görülmekteydi(Çağatay, 1981:37-40).

Sanayi devrimi sonrası döneme bakıldığında ise 17. Yüzyılın sonlarına doğru Almanya’da devlet durumu elverişsiz, muhtaç kimseler için beslenme ve bakımları yapılmak için loncalar ve belediyeler ile hizmet sağlamak zorundaydı. Yapılacak bu yardımların miktarları ve finansmanları belirlenmemiştir(Dilik, 1976:59-60).

Sosyal güvenlik 1870li yıllarda Bismarck tarafından Almanya’da ortaya atılmış ve kamuoyunda tartışılan bir konu haline gelmiştir.1925 tarihine bakıldığında meslek hastalıkları risklerine karşın ilk kanun çıkarılmıştır. Almanya’daki bu gelişmeler diğer Avrupa ülkeleri tarafından ilk başlarda garipsense de sonraki zamanlarda onlarda bu gelişmelere ayak uydurmuşlardır. İngiltere +70 yaş kişilere yaşlılık ödemesi kazanılması hakkını 1908 yılında yürürlüğe koymuştur. Bu kanuna göre prim ödeme zorunluluğu bulunmamaktadır(Börsch-Supan A,Schnabel R., 1998:8-173).

2.2.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Kavramı , Amaçları ve İşlevleri

Sağlık hakkı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 25.maddesinde şu şekilde ifade edilmektedir; bireylerin şahsının ve aile bireylerinin sağlık ve refahı için gıda, giyinme, barınma ve tıbbi bakım hakkı vardır. Dünya Sağlık örgütü sonraları, 1978 Alma-Ata bildirgesi ve 1998 Dünya Sağlık bildirgesinde bu hakları tekrarlamıştır(Alma-Ata Deklarasyonu, 1978).

Türkiye’de sağlık hakları 1961 ve 1982 Anayasalarında belirtilmiştir. Tüm bu haklar 1982 Anayasası 17.madde’de şu şekilde ifade edilmektedir; Tüm insanlar yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir(T.C. Anayasası, 1982).

Sağlık sistemleri, insanların hastalanma durumlarına karşın finansal ödeyiciler geliştirmişlerdir. Bu ödeyiciler özel ve kamu şeklinde ifade edilmektedir. Ödeyiciler kişileri hastalık durumlarında güvence altına alabilmenin karşısında direkt veya dolaylı yollardan ücret toplamaktadırlar. Elde edilen geliri ya direkt hastalara tekrar ödeme amaçlı veya hizmet sağlayıcılar sundukları hizmetin bedelini ödemek için kullanırlar(Mossialos ve Dixon, 2002:1-31).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı bireylerin tümünün sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi için bu hizmetin finansal bakımdan sürdürülebilir ve ulaşılabilir olmasını sağlamaktır. Herkese sağlık hizmeti ulaştırırken adaletli olmak, kaynakları tüketmemek ve verimli kullanmak gibi ilkeleri göz önünde bulundurmaktır(Güleç vd., 2010:89).

Sağlık hizmetleri finansmanlarının merkezinde üç farklı işlevleri vardır: Gelir elde etme, havuzlama ve sağlık hizmeti sunanlara geri ödeme.

Sağlık hizmetlerinde gelir elde etme bir fon oluşturma sürecidir. Bu süreç hizmet satın alacak olan çalışan ve işverenlerden nasıl bir yöntemle ve ne kadar ücret alınacağı, yapılacak ödemenin kimi ve hangi işlemlerin dahil olacağı ayrıca ödemeyi finanse edecek kurumun kim olacağını gösterir (Mossialos ve Dixon, 2002:1-31).

Gelir toplama yöntemleri şu şekildedir: Vergiler, bireysel ödemeler, kamu sağlık sigortalarının primleri, şahsi sağlık sigorta primleri, cepten harcamalar, borçlar ve hediyeler. Ücret toplama

yöntemleri başka bir tabirle finansman metotları olarak da ifade edilmektedir (Cutler ve Reber, 1998:113).

Kişisel bazda olan bir çok risk faktörü bireysel olarak hesaplanamasa bile çok sayıda katılımcı ile bu riskler öngörülebilmektedir. Sistemin amacı risklerin paylaştırılmasıdır. Ek olarak fon havuzlama sistemini sürdürerek fonların devamlılığını sağlamaktır. Bu sayede hem fon akışı devam etmekte hem de ortaya çıkabilecek riskler bölüştürülerek belirsizliği azaltmaktadır. Toplanan gelirlerin hizmet sağlayıcılara ödeme yapılması , sağlık hizmeti karşılığında fon aktarımı şeklinde ifade edilebilir. Hizmet sunucusuna kimini adına ödeme yapılacağı belirlidir(İstanbulluoğlu vd., 2010:90).

Pasif ödeme ve stratejik ödeme adı altında ödeme sistemleri bulunmaktadır. İlk ödeme çeşidi olan pasif ödeme kesilen fatura nezdinde yapılan ödemedir. İkinci olarak stratejik ödeme ise hareketli bir şekilde ücret ödemesini yapmayı ifade eder. Gelirlerin toplanması , fonların havuzlama biçimleri gibi hizmet sunanlara ödeme yapma şekilleri de farklılıklar göstermektedir. Bu ödeme yöntemlerinden bazıları; vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, gün başına ödeme, hizmet başına ödeme şeklinde oluşmaktadır. Bu ödeme şekillerinin kendi içinde avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır (Kutzin, 2001:71-204).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Dört ayrı gruptan oluşmuştur. Bunlar; cepten ödemeler, özel sigortalar, devlet eliyle yani kamusal sigorta sistemi ve yine devlet imkanlarını kullanma sonucu alınan vergi karşılığı finansmandır. Farklı ülkelerdeki yerel yöntemler genel olarak bu dört sistemin karışımı veya kendi içlerindeki ufak düzenlemeler sonucu ortaya çıkmıştır(Yalçın, 2001).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerini temelde özel ve kamu şeklinde iki ayrı kategoride incelenecektir.

2.2.2.1. Özel Finansman Yöntemleri

Üç ana başlıkta incelenen bu bölümde özel finansman ile elde edilen sağlık hizmetlerini ele alınmıştır.

2.2.2.1.1. Cepten ödemeler

Cepten ödemeler kişilerin tıbbi harcamaları için direkt olarak kendi bütçelerinden karşıladıkları ödemeleri kapsamaktadır. Hasta olma olasılığına karşı maddi bir güvence sağlanmamaktadır. Cepten ödemeler kendi içinde üç ana başlıkta incelenmektedir. Bunlar; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon, 2002:1-31).

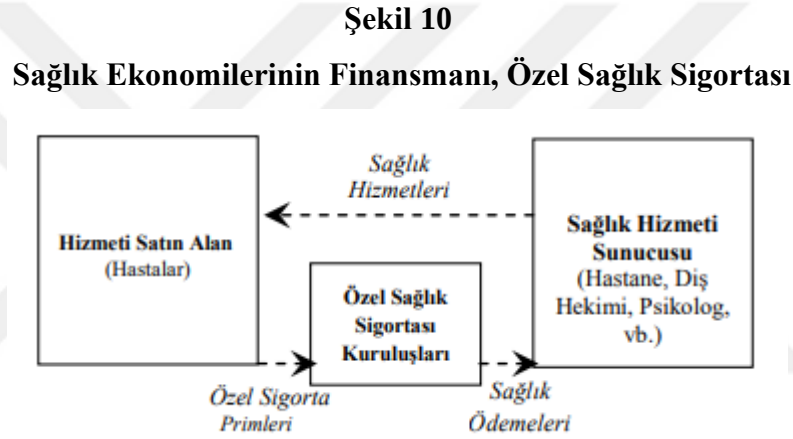
Doğrudan ödemeler: Uzun bekleme süresi imkanı olmayan kişiler veyahut sosyal güvencelerin kapsamadığı alanlarda alınmak istenen sağlık hizmetleri için direkt olarak yapılan ödemelerdir. Genel olarak diş hastaneleri ve tahlil birimlerinde yapılan ödemelerdir.

Kullanıcı Katkıları: Alma-Ata konferansında sağlık hizmetlerinin herkese ulaştırılması yaklaşımı kişilere en etkin-maliyet stratejisi olarak kabul görmüştür. Fakat finansman eksikliği göz önüne alındığında kişilerin katkı paylarının toplanması ve eldeki maddi imkanların daha iyi değerlendirilmesi ayrıca kamu dışına açılma görüşü ifade edilmiştir.(Lee ve Goodman, 2002:9-11).

Resmi olmayan ödemeler: Kayıtlara geçmeyen ve birçok ülkede kanun dışı olan ödemelerdir. Genellikle teşekkür etmek için hediye veya tedavi öncesi hediye olarak hekimlere sunulan paralar olarak öne çıkmaktadır. Buradaki amaç hizmet verenleri etkileyerek daha etkin bir hizmet alma çabasıdır(İstanbuluoğlu vd., 2010:91).

2.2.2.1.2. Özel Sağlık Sigortaları

En yaygın olarak ABD ve İsviçre gibi devletlerde kullanılmaktadır.



Kaynak:Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 190.

Özel sağlık sigortaları çok fazla değişken içermekte ve kişinin içerdiği değişkenlere göre ücret şekli hesaplanmaktadır. Sigortanın işlevine, alınacak primlerin miktarı belirlenmesi şekline, yardım miktarlarının belirlenmesine ve sigorta şirketinin saygınlığına göre farklılık göstermektedirler. Özel Sağlık sigortası, zorunlu olan sağlık sigortası yerine bir sigorta şekli olsa da aynı zamanda tamamlayıcı sağlık sigortası ile de hizmet vermektedir. Sigorta şirketleri de kendi içlerinde statüleri açısından kâr amacı güden ve kar amacı olmayan şeklinde ayrılmaktadırlar. Primlerin risklere göre belirlenmesi genel olarak kullanılan prim belirleme yöntemidir. İşveren tarafından ödenen primlerde genel olarak işyerinin ortalaması göz önüne alınır(Mossialos, 2002:1-31).

Özel sağlık sigortalarının en önemli kazanımı genel devlet hizmetlerinin daha çok geliri iyi olmayan, pahalı hizmete erişemeyecek kimseler için harcanmasına imkan sağlamasıdır. Görece daha iyi gelire sahip olan kimseler özel sağlık sigortası ile hem hızlı hem de tüketicinin isteği

doğrultusunda hizmet almasını sağlayarak aynı zamanda iki sisteminde birbirini desteklemesine ve devamlılığına yol açmaktadır. Gerekli düzenlemeler yapılmaması her sistemde olduğu gibi özel sağlık sigortalarında da bazı sorunların yaşanmasına yol açabilir. Bunlar: Prim miktarlarının doğru belirlenememe durumu, kişilerin var olan hastalıklarını sigorta şirketlerinden gizleyerek o hastalıkların karşılığı olan primleri ödememe çabaları, özel sağlık sigortalarının yüksek riskli hastalığı bulunan kişileri sigortalatmaktan kaçınmaları, bireylerin sigortalandıktan sonra tedbirsizlikleri, şirketlerin sigortalarını tekelleştirme çabaları gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir(İstanbulluoğlu vd., 2010:91-92).

2.2.2.1.3. Tıbbi Tasarruf Hesapları

Bireyler, aileler, firmalar yada farklı toplulukların daha sonra karşılaşabilecekleri sağlık sorunlarına karşın bankalarında para biriktirmeleri ve bunu yalnızca sağlık problemleri için harcama durumlarına verilen isim olarak ele alınmaktadır. Genel itibariyle tartışmalı bir konu olarak günümüzde varlığını sürdürmektedir(Deber vd., 2004:49-66).

2.2.2.2. Kamusal Nitelikli Finansman Kaynakları

Kamusal nitelikli sağlık finansmanlarının başlangıcına bakıldığında 19. Yüzyılın sonları gözükmemektedir. 19. Yüzyılın sonlarına doğru sosyal sigortacılıkla başlayan bu yöntem 20.yüzyılın başlarında ortaya çıkan vergilerle finanse edilmiştir.

2.2.2.2.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı

İlk olarak Bismarck önderliğinde Almanya’da kanuni açıdan zorunlu bir şekilde uygulamaya geçmiştir. Bu uygulamada zorunlu bir şekilde işçi ve işveren katkılar ile uygulamaya dahil edilmiştir(Ron vd., 1990:21-33).1883 yılında zorunlu tutulan Bismarck’ın yönteminden bir yıl sonra ortaya çıkan iş kazası sigortası ve 1889 yılında ortaya çıkan sakatlık ve yaşlılık hali sigortaları ile zaman içinde gelişme göstererek bir çok ülke tarafından kullanılır hale gelmiştir(Fişek vd., 1998:24-25).

Devletlerin sağlık alanındaki sorunları gidermedeki pozitif yanları ve vatandaşların kendi güvenceleri için olumlu olmasından dolayı sigortanın kabul edilebilirliği hızlanmıştır. 1910 İngiltere ve 1921 yılında Fransa bu sağlık sigortası yöntemine giriş yapmışlardır. Kısa sürede tam manada sosyal sağlık güvencesi sağlayan ülkelerden, İsviçre 1996, Belçika 1998 ve Fransa 2000 yılında ülke bazında sosyal sağlık sigortasını uygulamışlardır(Saltman, 2004:4-5).

Sosyal sağlık sigortasının özelliklerinden bazıları şu şekildedir:

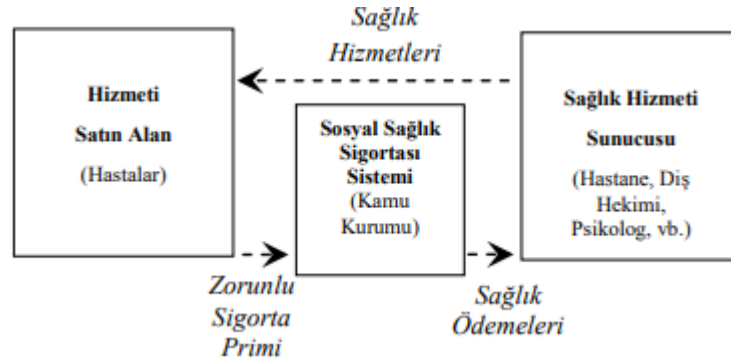
- 1-Üye olma zorunluluğu bulunmaktadır.
- 2- Uygulanacak primler genel olarak işçi ve işveren arasında bölüştürülür.
- 3-Uygulama başlarda işçi ve işveren katkısı ile başlasa da zaman içerisinde devletin katkısı da dahil olmuştur.

4-Ülkeler genelinde toplanan genel vergilerin, sigortaya finansmanında önemli rol oynamaktadır.

5-Sigorta kuruluşlarının ülkeden ülkeye kar amacı güden veya kar amacı taşımayan özellikleri bulunmaktadır(İstanbuluoğlu vd., 2010:92).

Şekil 11

Zorunlu Sosyal Sigortası ile Finansman



Kaynak: Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 194.

2.2.2.2. Vergilerle Finansman

1920li yıllarda başlayan bu yöntemi Sovyetler Birliği 1938 yılına kadar tüm ülkeye yaymış 1948 yılında İngiltere uygulamaya başlayan ilk batı Avrupa ülkesi olmuştur. Japonya, Kanada bu ülkeleri takip eden ülkeler olmuştur (Broadbent vd., 2003:16).

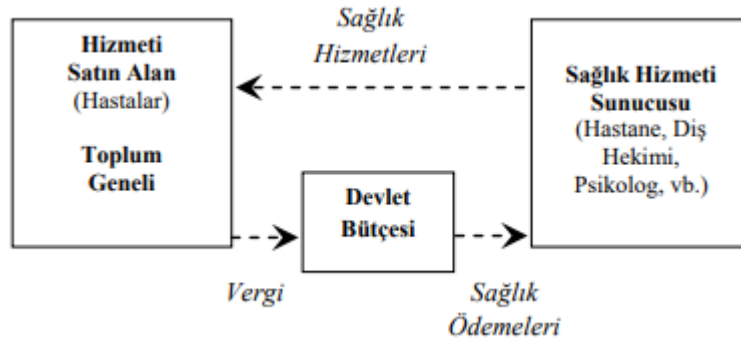
2010 yılında güncellenen verilere göre 29 OECD üye ülkenin 13’ü genel itibariyle vergilerle finanse ediliyorlar. Dünya genelinde kullanılan bu yöntem ile vergilerle sağlık sistemleri finanse edilmektedir (Wagstaff, 2009:30).

Ülke genelinde bir vergilendirme yaptığınız zaman kaynakları sağlık sektörüne mi yoksa diğer sektörler mi kullanacağınıza dair bir tercih yapmak zorunluluğu barındırmaktadır. Vergileri ülke genelinde toplamının bir avantajı ölçek ekonomisi kullanma kolaylığı sağlamaktadır. Yerel vergilendirme daha çok İskandinav ülkeleri tarafından kullanılan bir yöntemdir (Preker vd., 2002).

Toplanan vergiler genel ve özel amaçlı olarak iki kategoride ayrılmaktadır. Genel amaçlı vergiler geniş bir kitleye hitap etmesi ve kamu ve kamu dışı kullanım imkanı sunması avantajlarını taşımaktadır. Özel amaçlı vergiler ise sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir(Gümüş vd.,2010:196).

Şekil 12

Vergilerle Finansman



Kaynak: Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 196.

2.2.2.2.3. Fonların Havuzlanması ve Hizmet Sunucularına Ödeme Yapma

Sağlık finansmanında toplanan havuzun tek olması hem riski azaltmaktadır ayrıca toplanan gelirin üyeler arasındaki pozitif şekilde yapmaktadır. Fonların yüksek miktarlarda olması ile dayanışma üst düzeye çıkmakta ve ölçek ekonomisinin avantajlarından faydalanılmaktadır(Neelam ve Savedoff, 2004:3).

Fon havuzlamanın temel amacı belirsiz olan sağlık ihtiyaçlarının risklerinin paylaştırılarak optimal hale getirilmesidir. Düşük gelirli bireylerin sistem içinde ihtiyaçlarının karşılanması için çeşitli yöntemler ve teknik düzenlemeler yapılmıştır(İstanbuluoğlu vd., 2010:93).

Hizmet sunucularına ödeme konusunda birden çok ödeme çeşidi bulunmaktadır. Bunlar; hizmet başına ödeme, vaka başına ödeme, gün başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödeme şeklinde ifade edilmektedir.

Hizmet başına ödeme; Hastanın aldığı hizmet karşılığında yaptığı ödemelerdir. Avantajı hastanın ihtiyacı olan her hizmeti alması ve bu hizmetlerde kalite artırma çabası içine girilmesi. Dezavantajı ise hastanın ihtiyacı olmayan hizmetlere dahil edilerek ödemelerin sağlık kuruluşu adına cazip hale getirilmesi çabasıdır.

Gün başına ödeme; Hastanın sağlık kuruluşunda geçirdiği gün karşılığında yaptığı ödeme yöntemidir. Bu sistemin dezavantajı hastanın kalması gereken süreden daha uzun süre kuruluştaki tutularak ödemenin fazlaştırılma çabasıdır(Gottret ve Schieber, 2006:6-61).

Vaka başına ödeme; Hastanın teşhisine göre yapılacak ödemedir. Bu yöntemde sağlık kuruluşları daha ağır hastaları tercih etmekte ve hastalığı daha hafif ve ücret bakımından ucuz olan hastaları başka kuruluşlara yönlendirip daha fazla kar amacı gütmeye yoluna gitmeyi tercih edebilmektedir. Bu da sistemin olumsuz yönde ilerlemesini sağlamaktadır(Dror ve Preker, 2002:89).

Kişi başına ödeme; Kullanımı basit bir sistem olmakla beraber gerekmediği takdirde fazladan sağlık hizmeti sağlamamaktadır.. Maliyetlerin kolay yönetimi sistemin bir avantajı olarak ifade edilebilir.

Maaş ödemesi; Çalışan motivasyonunu olumlu yada olumsuz olarak etkilemede önemli rol oynamaktadır. Maliyetleri kolay kontrol altına alma özelliği mevcuttur.

2.3. Sağlık finansmanını Değerlendirme Ölçütleri

Sağlık hizmetlerine ulaşma kolaylığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda adaletli olmak sağlık hizmetlerinin sunumundaki verimlilik ve sağlık hizmetlerinin sunumunda sürdürülebilirlik konularını sağlık finansmanı değerlendirme bakımından ölçüt olarak ele alınacaktır.

2.3.1. Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik

Toplum yararına uygun sağlık hizmeti, ulaşılabilir bir fiyatla, tüm nüfusun hizmetine sunmak şeklinde ifade edilir. İki anlam ifade etmektedir, yeterli bir sağlık hizmeti sunmak ve bu hizmetleri toplumun ödeyebileceği bir fiyat politikası ile sunmak. Nüfusun tamamına yeterli ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunmanın en önemli özelliği, toplumun tüm paydaşlarının bu sağlık hizmetlerinin finansmanında rol oynamasıdır(Carrin ve James, 2005:58,).

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Adalet

İki tür adalet sisteminden bahsedebiliriz. Bunlar dikine ve enine adalet adlarıyla adlandırılmaktadır. Dikey adalet, ödeme güçleri aynı olmayan kişilerin değişken oranlarda, enine adalet ise benzer ödeme gücü olan kişilerin benzer miktarlarda ücret ödemesini öngören sistemlerdir (Wagstaff vd.,1992).

2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Verimlilik

Sağlık hizmetlerinin en düşük maliyetle, tüm vatandaşlara verimli bir şekilde ulaşması ve finansman kaynaklarının çok çeşitli ihtiyaçlara uygun bir şekilde dağıtılması gibi kavramları inceleyen sağlık hizmetleri değerlendirme ölçütüdür(Gottret vd., 2008).

2.3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sürdürülebilirlik

Sağlık sistemlerinde finansmanı oluştururken bu süreçte hali hazırdaki finansman durumunun sürdürülebilir olması ve toplanan ücretlerin arttırılmasına neden olan çokça etken bulunmaktadır. Politikalar, ülkenin ekonomik yapısı, siyasi kurumlar en önemli değişkenlerdir (Mossialos ve Dixon, 2002).

Sağlık okuryazarlığının gelişmemiş olması veya yetersiz bulunduğu durumlarda da ülkelerin mali yükünü arttıracığından sağlık hizmetlerinin finansmanını etkilemesi kaçınılmaz bir durumdur. Bu sebeple bu kısımda sağlık okuryazarlığı ve sağlık finansmanı, sağlık sistemi ve sağlık politikaları arasından bağ kurabilmek amaçlı bu kavramlar ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir.



BÖLÜM 3 :TÜRKİYE’DE GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK POLİTİKALARI, SAĞLIK SİSTEMİ VE FİNANSMANI

Türkiye’de geçmişten günümüze var olan politikaların yer verileceği üçüncü kısımda sağlık okuryazarlığına direkt olarak giriş yapılmamıştır fakat görülecektir ki ilk dönem politikalarından bu yana sağlığın gelişimi açısından sürekli bir politika ve çalışmalar yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığının asıl gündeme gelmesi ve gelişmeye başlama dönemi Sağlıkta Dönüşüm programı ile birlikte olmaktadır. Bu bölümde sağlık politikalarını, sağlık sistemlerini ve finansman yapılarına yer verilecektir.

3.1. Türkiye’de Sağlık Politikaları

Bir ülkede sağlık tanımı yapılmak istendiğinde üç bileşenin ağır bastığı söylenebilir. Bunlar sağlık politikası, toplumun sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin düzeyidir. Bu bileşenlerden ilki olan sağlık politikasının asıl görevi düzenleme ve yapılandırma olduğu belirtilmiştir. Sağlık politikasının üç temel aracı, insan gücü, finans ve örgütlenme yapısıdır. Sağlık hizmetlerinin düzeyine bakıldığında ise sağlığa ayrılan bütçe , ayrılan kaynakların niceliği ve niteliği, sağlık hizmetlerinin fiziki alt yapısı gibi etkenleri dikkat çekmektedir. Toplumun sağlık hizmetlerinin düzeyinin çıktısını ise anne bebek ölüm oranı, doğumda beklenen yaşam oranı, beş yaş altı ölüm hızı gibi etkenlerin belirleyici olduğu belirtilmektedir(Akdur, 1999:47-48). Bu tanımlamalara ve belirlenen ilkelere uygun bir şekilde , 1920 den günümüze de uygulanan sağlık politikaları ve sağlık düzeyleri verilerek ülkemizin geçmişten bugüne kadar olan sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyini bu metinde inceleyeceğiz.

3.1.1. 1920-1938 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları

02.05.1920 tarihli 3 sayılı kanunla Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuştur(Tengilimoğlu vd., 2012). Bu kuruluştan sonra sağlık hizmetleri ülkenin ana görevlerinden biri olmuştur. Bakanlığın kurulmasının akabinde ilk sağlık bakanı olarak Adnan Adıvar görev yapmaya başlamıştır. Türkiye’nin sağlık alanında kurumsallaşma adımları bu dönemde atılmaya başlanmıştır. Adıvar’ın bakanlığında temel sağlık hizmetlerinin temellerini atıldığı ve sağlık birimlerinin teşkilatlanması çalışmalarının olduğu görülmektedir(Altındağ ve Yıldız, 2020:161).

Dr. Refik Saydam Cumhuriyetin ilanından sonraki ilk bakan olarak görevine başlamış ve 1937 yılına kadar görevini sürdürmüştür. Saydam Cumhuriyet sonrası sağlık hizmetlerinin büyümesi için çeşitli çabalar harcamıştır. Bu dönemde sağlık teşkilatına bakıldığında hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6437 adet hasta yatağı, 554 doktor, 69

eczacı, 4hemşire, 560 sağlık personeli ve 136 adet ebe ile görev yapıldığı kaynaklara geçmiştir(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

İkinci sağlık bakanı olan Refik Saydam 1925 yılında Cumhuriyetin sağlık sorunlarına yönelik ilk çalışma programını düzenlemiş ve bu programda üç temel hedef belirlemiştir. Bu hedefler mevzuat oluşturma, kurumsallaşma ve sağlık personeli yetiştirme ve temini şeklinde olmuştur.1930 yılında “1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılmış ve bu kanun o dönemde uluslararası düzeyde en ileri sağlık yasalarından biri olarak kabul görmüştür. Aynı dönemde Sovyetler birliği harici Avrupa ülkeleri ve komşu ülkelerimizde bu gibi düzenlemeler görülmemektedir. Yasanın içeriğinde yer alan 18 maddeden 15i koruyucu sağlık hizmetlerini ele almaktadır(Metindaş ve Elçioğlu, 2007:162-170).

Refik Saydamın görev süresi boyunca birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerine fazlasıyla dikkat edilmiş ayrıca illerde sağlık müdürlükleri, ilçelerde hükümet tabiplikleri kurulma çabaları devam etmiştir. Bu hizmetler doğrudan hükümet tarafından ve genel bütçe ile karşılanmaya çalışılmıştır. Yataklı sağlık hizmetlerinde kamu eliyle fakat yerel yönetimlerin destekleri alınarak karşılanma çabası gösterilmiştir. Bu alanda büyük şehirlerde ismen yakın tarihe kadar devam eden Numune Hastaneleri faaliyet göstermişlerdir(Akdur, 1999). İstanbul ilini örnek vermek gerekirse Haydarpaşa Numune Hastanesi günümüzde faaliyetini devam ettiren hastaneler içinde örnek verilebilir.

3.1.2. 1939-1960 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları

“Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanmıştır. Yazılı olarak yayınlanan bu plan daha önce benzeri olmaması bakımından önem taşımaktadır. Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan bu plan , Behçet Uz’un görevden ayrılmasından sonra hükümet değişikliği gerçekleşmesi sebebiyle kanunlaşamamıştır. Millî Sağlık Planı kanunlaşmasa bile o dönem için sağlık politikalarını ve sağlık yapılanmasını etkilemiştir(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Cumhuriyet tarihinde sağlık alanındaki en önemli atılan adımların başında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Emekli Sandığının kurulması gelmektedir. Bu kurumlarla beraber işçi ve işverenlerin devlet eliyle sağlık hizmeti alması garanti altına alınmıştır. Akabinde İş Güvenliği Yasası’nın çıkmasıyla beraber tüm çalışanların sağlık ve sosyal haklarının güvenceleri için bir adım daha atılmıştır(Kasapoğlu, 2016:131-174).

Bu dönemde yataklı tedavi birimleri merkezden yönetilmeye başlanmış , daha ufak yerleşim yerlerinde yaşayan vatandaşların ihtiyaçları doğrultusunda Sağlık Merkezleri kurulmuştur. 1945 tarihinde 8 ile sınırlı kalmış, 1960 yılında 283’e çıkmıştır. 1. 10 senelik Milli Sağlık Planından sonra ‘Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler’ çalışması ülkemiz

adına sağlık hizmetleri ve politikalarında temel bir yapı taşı oluşturmuştur.1954 tarihinde belediyeler, vakıflar ve il özel idarelerine bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı bünyesi altına geçirilmiştir. Bu bağlamda kamuya ait hastaneleri tek bir elden yönetmek mümkün olacaktır. Tüm bu çalışmalardan sonra büyük şehirlerde var olan sağlık hizmetleri diğer şehirlere ve ilçelere yayılmaya başlanmış ve bu süreci hızlandırmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Tüm bu çalışmalar akabinde 1938-1960 yılları arasına bakıldığında sağlık alanında ciddi gelişmeler meydana gelmiş ve özellikle bulaşıcı hastalıklardan kaynaklı ölümlerin azalması ve anne bebek ölüm oranında ciddi düşüş gözlemlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yaygınlaştırılmaya çabası dışında özelleştirilme çabaları sağlık hizmetlerinde karmaşaya neden olmuştur. Halkın önlenemez hizmet artışı isteği karşısında bakanlıklar ve kamu anlaşmalı kurumlar kendilerine ait hastaneler açmışlardır (Akdur, 2008). Bu döneme bakıldığında çok farklı yapılar türemiş ve tek elden yönetme çabalarının tümüyle ortadan kalktığı görülmektedir. Bu da eskiye oranla daha dağınık ve bağımsız yapıların meydana gelmesi ile sonuçlanmıştır.

3.1.3. 1961-1980 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları

1960 yılındaki askeri darbeye kadar olan özgürlükçü yaklaşım askeri darbe sonrasında sağlıkta sosyalleştirme dönemi politikasına evrimleşmiştir. Bu dönemde daha çok özelleştirme çabalarının önüne geçilme ve sağlıkta ilk dönemde olduğu gibi kamu eliyle sağlık hizmeti sağlanması çabalanmıştır(Altındağ ve Yıldız, 2020:165).

Döneme bakıldığında 1961 yasasına uygun bir şekilde ilk kez oluşturulan 1.5 yıllık Kalkınma Planı ile sağlık hizmetlerinde yenileşme çabası içine girilmiş ve Dr. Nusret Fişek tarafından oluşturulan “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’u” 05.01.1960 tarihinde onaylanmıştır. Bu kanun sonrasında Türkiye’de sağlık politikası bakımından sosyalleştirme dönemi başlamıştır. Bu dönemin başlamasıyla beraber kalkınma planları ile paralel olarak yürüyen planlı bir sağlık hizmeti dönemi başlamıştır(Akdur, 1999).

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile beraber aşamalı bir şekilde sosyalizasyon hedeflenmiş ve sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılması hedeflenmiştir. Bu dönemin en yaygın uygulaması sağlık ocaklarının çoğaltılarak ülkenin her yerine yayılması hedeflenmiştir. Ve sağlık sisteminin temel taşıyıcı unsuru olması hedeflenmiştir. Bu sistemin devamı açısından 2. beş yıllık planda uygulanması düşünölen GSS hayata geçememiştir (Kasapoğlu, 2016:131-174).

Beklenen yaygınlaşma çabaları sonuç vermemiş ve bunun üzerine 1978 Yılında “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu” sunulmuştur. Oluşturulan kanun nezdinde Türkiye on altı farklı kısma bölünmüş ve eksik kalınmış bölgelere özel ödenek ve haklar

verilerek personelin o bölgelere eğilim göstermesi amaçlanmıştır. Bu uygulama da 1980 yılında yürürlükten kaldırılarak etkisini yitirmiştir(Tengilimoğlu vd. 2012). 1978 yılında doktorların özel muayene açmaları yasaklanmış ve devlet nezdindeki işlerinde tam gün hizmet vermeleri amaçlanmıştır. Bu dönem darbeler dolayısıyla çalkantılı geçmiş ve ilerleme açısından sorunlu bir zaman dilimi olmuştur. 1980 darbesi sonrası çıkartılan 1982 Anayasası ile hak ve özgürlükler ciddi bir biçimde kısıtlamaya uğramış ve sağlıkta olmak üzere tüm politika ve hizmetleri olumsuz biçimde etkilemiştir(Kasapoğlu, 2016:131-174).

Dönemin önem arz eden kanunlarından biri 554 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun olmuştur. Bu kanun ile nüfusun arttırılması amaçlayan politikadan nüfusun sınırlandırılmasına geçilmiş ve geniş bölgede tek yönlü hizmet anlayışından dar bölgede çok yönlü hizmet politikasına geçiş yapılmıştır(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

1970’li yılların furyası olan neoliberal gelişmeler Türkiye’yi de etkilemiştir. Sosyal devlet anlayışından uzaklaşmış ve genel olarak kısıtlayıcı politikalar çerçevesinde olumlu anlamda gelişmeler sağlanamamıştır. Sürekli olarak darbe ve dış politikayla uğraşmak zorunda olan Türkiye sağlık alanında çok fazla çalışma yapamamıştır. Buradaki genel sorun yönetime gelen bir hükümet veya grup ondan önceki hükümetin yaptıklarını silmeye çalışmış ve halk nezdinde yararlı yararsız ayrımına bakılmamıştır. Tüm bunların sonucu olarak sağlık personeline yetersizlik oluşmuş . 2162 sayılı yasa ile kamu ve kırsalda yaşayan sağlık personeli sayısını yükseltmeye çalışılsa da 1980 darbesi ile bu çabalar son bulmuştur(Altındağ ve Yıldız, 2020:165-167).

3.1.4. 1981-2000 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları

Serbesti görüşün yaygın olmaya başladığı 1950’li yıllarda sağlık sektöründe özelleştirme çalışmalarının hızlandığı görülmektedir.1982 Anayasası ile bu görüş artık bir devlet politikası haline gelmiştir(Tengilimoğlu vd., 2012).

1980 askeri darbesi sonrası birçok alanda devlet zoruyla düzenlemeye gidilirken sağlık alanı da bu düzenlemelerden payını almıştır. Sağlık alanındaki değişimleri şu şekilde özetleyebiliriz:

- Kamu kurumlarında ihtiyaç olan bölgelere ekstra özellikler verilerek personeli yönlendirici politikalar yerine zorunlu hizmet ve rotasyon gibi sistemler getirilmesi,

- Sağlık personellerinin görevde yükselme ve atama işlemlerindeki şeffaflık kaldırılmıştır,

- Sağlık personeli sayısı arttırılmış fakat ücretlerde kısıtlamaya gidilmiş ve kent yaşamlarında sistematik zorlama sayesinde kırsal alanlarda çalışmaları mecburiyetine gidilmiştir.

Bu maddeleri amaçlayan sistematik düzenlemeler için 2514 sayılı kanun kabul edilmiş ve kanunun kabulünden sonra nitelik yönünden eksik çok sayıda tıp fakültesi, sağlık meslek lisesi gibi kurumlar açılmış ve personel sayısının hızlıca arttırılması hedeflenmiştir(Akdur, 2008).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 1987 tarihinde bu dönem çıkartılmıştır. Demografik stratejiler, yeşil kart uygulaması ve sigorta uygulaması hakkında bir çok çalışma bu dönemde yapılmıştır.1990 ‘‘Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması’’ , 1992 Birinci Ulusal Sağlık Kongresi, 1993 İkinci Ulusal Sağlık Kongresi bu dönemde yapılan çalışmalardır(İleri vd., 2016:176-186).

1989 yılına gelindiğinde ‘‘Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’’ adını Sağlık Bakanlığı olarak değiştirmiştir. Akabinde Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri sunan kurum haline gelmiştir(Kasapoğlu, 2016:131-174).

1990’lı yıllarda Sağlık reformları şu maddeler çevresinde oluşmuştur:

- Sosyal güvenlik kurumları birleştirilerek Genel Sağlık Sigortası kurulmuştur,
- Hastaneler özerk sağlık işletmeleri haline getirilmiştir
- Birinci basamak sağlık kurumları aile sağlık hizmetleri haline getirilmiştir,
- Öncelik olarak koruyucu sağlık hizmetleri anlayışına geçilerek hastalık öncesi korunma

ve tedavi edici hastalık yoğunluğu ve maliyetlerinin azaltılması amaçlanmıştır.

Yine bu dönem ‘‘2828 Sayılı sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu kanunu’’ 3289 sayılı kanun, 179 ve 189 nolu KHK’lar ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Sağlık bakanlığından ayrılarak Başbakanlığa bağlanmıştır(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Altıncı beş yıllık kalkınma planlamasının sonucu olarak 1992 yılında yeşil kart adı ile ‘‘Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun’’ çıkartılmıştır. 1990-1998 yılları arasında 1. Sağlık projesi uygulanmıştır. 1994-2004 Yılları arasında 2. Sağlık projesi uygulanmıştır. 3. Sağlık projesi 1997 yılında uygulanmaya başlanmış olup tamamlanmamıştır.

5. Yıllık Kalkınma Planı 1997 yılında uygulamaya koyulmuş olup , kamuda sağlık çalışanlarının fazlalığına dikkat çekmiştir. Bu bağlamda özelleştirme çabalarının olması konusu konuşulmuştur. Özelleştirmenin istenilen düzeyde olmaması yetersiz gelişme olarak ifade edilmiştir(Altındağ ve Yıldız, 2020:170).

3.1.5. 2000 Yılından Günümüze Sağlık Politikaları

İnsanların topluluk olarak yaşamaları devlet ihtiyacını ve bu ihtiyacın sosyal, ekonomik, siyasal ve tarih boyunca diğer gerekliliklerini beraberinde getirmiştir. Başlarda koruyucu olan devletin zaman içerisinde iktisadi olarak gösterdiği değişimde, devletin kendi içindeki değişimleri tetiklemiştir (Altundağ ve Yıldız, 2020).

3.1.5.1. Sağlıkta Reform Gerekçeleri

Düzenleme gerekçelerinin başında gelen en belirgin özellik eşitsizliktir. Sağlık alanında bu eşitsizlikler maddi gücün artmasıyla beraber kendini fazlasıyla belli etmektedir. Sağlık hizmetlerinde küresel hastalık ve kişisel harcamalar doğru orantılı olarak paylaşılmamaktadır. 2000 yılında WHO'nun paylaştığı raporlara göre dünya nüfusunun %84 ü global sağlık ödemelerinin %11'ini karşılamakta fakat dünya geneli hastalıkların sorunlarını %93'ü görmektedir. 1990'lı yıllara bakıldığında OECD zirvesindeki 29 ülke dünyadaki sağlık harcamalarının % 90'ını karşılamaktaydı. Buna karşı geriye kalan dünya ülkeleri sadece %10luk bir sağlık harcaması yapmaktadırlar (Lister, 2008).

Reform nedenlerinden bir diğeri ise vergiye dayalı sistemde kayıt dışı ve normal mesai dışında insanların çalıştırılma çabalarıydı. Bu kayıt dışı çalıştırılma diğer vergi ödeyen kişilerin yüklerini arttırmakta ve sistem içinde sıkıntılara neden olmaktaydı. Avrupa'da bu duruma ilave olarak hızlıca yaşlanan nüfus sistem için tehlike arz etmekteydi. Tüm bu gelişmeler ışığında yeni bir tartışma konusu olan refah devletlerin devamlılığı, sistemin sürdürülemez olması gibi sorular sorulmaya başlanmıştır. Bu tartışmalar ve soru işaretleri sağlık harcamalarını da direkt olarak etkilemiştir. Aynı zamanda sağlık harcamalarında da IMF' nin vermiş olduğu krediler önemli rol oynamaktaydılar (Ağartan, 2011). Ekonomik sıkıntılarda bütçeden kesintiler yapıldığı gibi sağlık sistemi de bu kesintilerden payını almaktaydı. Bu sorunlar karşısında prim odaklı Bismarck sistemi, vergi odaklı Beveridge sistemi ve özel sigorta sistemleri üzerinde çalışılmış, tek bir sistem üzerinde odaklanma çabaları gösterilmiştir. Doğrudan harcamaları azaltma çabaları içerisinde sistemler özerkleştirilmeye çalışılarak sosyal sigorta gibi sistemlere geçiş yapılmaya çalışılmıştır. Türkiye'de 80'li yıllarda tüm dünyada olduğu gibi sağlıkta reform düşünceleri içerisine girmiş ve bu reformların alt yapıları hazırlanmaya başlanmıştır. O yıllarda yaşanan darbeler bu reformları geciktirmiş olsa da sağlık politikalarının yöneticileri bu reform düşüncelerinden hiçbir zaman uzaklaşmamışlardır. 1970'den sonra yapılan değişiklikler beraberinde ciddi sorunları getirmiştir. Birçok farklı sigorta kolu oluşması ve bu sigortaların kendilerine has hastaneleri, kurumları ve sadece sigortasının hastalarına bakma gibi kısıtlı ve sürdürülemez bir yapı içerisine girilmesi sağlık sisteminde sorunları beraberinde getirmiştir. Bu sorunların temelde kaldırılması amacıyla reform düşünceleri kanun koyucular için kaçınılmaz görülmüştür.

Sağlıkta reform çalışmalarının en önemli iki maddesi harcamaların azaltılması ve verimliliğin artırılmasıdır. Türkiye'de yapılan reform çalışmalarına bakıldığında harcamaların azaltılması ana etken olmakla beraber , sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk çeken vatandaşlara sağlık hizmeti verilmesi de adalet ve eşitlik ilkesi nezdinde çalışmalar olduğu gözlemlenmektedir.

DSÖ'ne göre her ülke toplumundaki herkese verimli bir sağlık hizmeti sunmak zorunda olduğu bir sistemin içine girmelidir düşüncesi taşımaktadır. Bu sağlık hizmet hem maddi yönden ülkenin olanaklarına uygun olmalı hem de vatandaşları tarafından kabul görmelidir. Ülkeler tüm bu maddeler nezdinde vatandaşlarına uygun bir sağlık sistemi oluşturmak zorundadırlar(Altındağ ve Yıldız, 2020:171-173).

3.1.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık sektöründe insanların isteklerinin çoğalması, hizmet verme maliyetinin artması, sağlık hizmetleri yönetim anlayışının sorgulanması sağlıkta dönüşüm programının ana etkenleri olarak ifade edilmiştir. (SDP)Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedefinin “sağlık hizmetlerinin verimli, tesirli, amacına uyumlu bir halde uygun maliyetlerle düzenli bir şekilde elde edilmesi ve sunulması” olarak ifade edilmiştir. Programın ilkeleri şu şekildedir; insan merkezli olmak, katılımcı olmak, sürdürülebilir bir sistem, uzlaşmacılık, sürekli olarak kalite geliştirme, gönüllülük esasına dayalı, desantralizasyon, güçler ayrılığı ve hizmette rekabet içinde olmak olarak belirtilmiştir. SDP' nin temel bileşenleri şu şekilde ifade edilmiştir;

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Genel Sağlık Sigortası,
3. Erişimi kolay, pozitif sağlık hizmetleri
 - 3.1. Güçlü temel sağlık hizmetleri,
 - 3.2. Etkili bir sevk zinciri oluşturma,
 - 3.3. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgili, motive olmuş bir sağlık personeli
5. Sistem yararına eğitim kurumları,
6. Kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
 - 7.1. Ulusal İlaç Kurumu,
 - 7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi(Akdağ, 2012)

SDP çift aşamalı olarak planlanmıştır. Birinci aşamada Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilmesi gereken projeler yer almaktadır. Bu aşama 2003-2009 yıllarını kapsamaktadır. İkinci aşama ise Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi içeriğinde olan konuları içermektedir ve 2009-2014 yılları arasını kapsamaktadır. SDP kapsamında yapılan sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi , finansman durumu ve sunumu sağlık hizmetlerinde önemli bir rol oynamıştır(Bostan ve Çiftçi, 2016:1-8). SDP 2007 yılında üç yeni başlık ilave olarak içeriğini daha da genişletmiştir. Bu başlıklar şu şekilde açıklanmıştır;

1-Bugünden daha iyi bir gelecek için sađlđđn dñzenlenmesi ve geliştirilmesi, sağlıklı hayat programları

2-Farklı dallarla ortak işler yaparak , tarafların harekete geçirilmesi için sağlık sorumlulukları

3-Kñresel çapta devletin gücññ arttıracak ÷lke dışı sağlık sunumu

Sağlıkta Dññřñm alanında yıllar ilerledikçe farklı değişiklikler ve yenilikler yapılmıştır. Bu dñzenlemeler **Tablo-3** 'de gör÷lmektedir.

Tablo 3

Sağlıkta Dññřñm Kapsamında ve Devamında Yapılan Gelişmeler

Yıl	Dñzenlemeler
2003	· Hastanelerde performans ile uygun maaş uygulaması denenmeye başlanmıştır
2004	· Performans sistemi tüm hastanelerde aktif hale gelmiştir · Hastaların Hekimlerini seşebilmesi sağlanmıştır.
2005	· Kamu Hastaneleri tek çatı altında toplandı. · Aile hekimliği pilot uygulaması başladı. · Kamu özel ortaklığının temeli atılmaya başlandı. · Hasta Hakları Birimleri kuruldu.
2006	· SSK-Emekli Sandığı-BAĞ-KUR SGK kapsamında tek çatı altında birleşti.
2007	· “Sağlık Uygulama Tebliği” yayınlandı. · Zorunlu sevk zinciri kaldırıldı. · Sağlıkta İnsan gücü 2023 Vizyonuna yönelik çalışma başlatıldı.
2009	· E-reçete ile ilgili dñzenlemelere başlanmıştır
2010	· Sağlık Turizm Birimi kuruldu. · Evde Sağlık Hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. · “Tam gün yasaı” olarak bilinen Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun yayımlandı. · Aile Hekimliği bütün illerde uygulanmaya başlanmıştır..
2011	· 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlanması yeniden yapılandırıldı. Sağlık Turizm Birimi, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüđñ bünyesine Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı olarak yapılandırıldı.

	· Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulaması hizmet vermeye başladı.
2012	· Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kuruldu. · Daha önce düzenlenen E-reçete uygulaması pilot olarak kullanılmaya başlatıldı. · MHRS İstanbul ilinin de dâhil edilmesiyle birlikte tüm Türkiye kapsamında hizmet vermeye başladı. · İllerde “Kamu Hastane Birlikleri” kuruldu. · E-reçete uygulaması fiilen uygulanmaya başlandı.
2013	· E-reçete uygulaması tüm illerde uygulanmaya başlandı
2015	· Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu-SATURK” oluşturuldu
2017	· Türkiye'nin ilk şehir hastanesi Yozgat'ta hizmete açıldı

Kaynak: Altındağ, Ö. ve Yıldız, A. (2020). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (1), 174-175.

2003-2017 yılları arasındaki tüm bu gelişmelere bakılarak ülkemizdeki sağlık hizmetleri açısından çeşitli çalışmalar olduğunu görülmektedir. Tek yönlü bir çalışmanın olmadığı gerek sağlık turizmi gerekse reçete sistemleri gibi farklı alanlarda da gelişime açık olduğumuz ve bu şekilde politikalar üretildiğini görülmektedir.

3.2. Türkiye’de Sağlık Sistemi

Sağlık sistemleri finansman ödeme şekillerine göre üç farklı başlık altında toplanmaktadır. Bu başlıklar şu şekilde açıklanmıştır; kamu yardım sistemi, ulusal sağlık sistemi ve sağlık sigortası sistemleridir. Kamu yardım sisteminde amaç ihtiyaç sahibi vatandaşların ödeme yapmaksızın sağlık hizmetlerinden faydalanmalarıdır. Buna karşı gelir seviyeleri yüksek olan vatandaşlar belirli ödemeler karşısında sağlık hizmetini kullanabilmektedirler. Sağlık sigortası sisteminde işleyiş sigorta yaptıran bireylere riski bölüştürerek sürmektedir. Katılımcılar, sigorta primlerini ödeyerek sisteme katılım sağlarlar. Ulusal sağlık sisteminde bütün sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanmaktadır. Ulusal sağlık sisteminde hizmet üretim kontrolü kamu eliyle yapılmaktadır. Sistemin finansmanını genel vergiler sağlamaktadır(Yıldırım, 1994:14-17).

Yapılan bu tanımlamalar neticesinde Türkiye her üç sistemin karma bir yapılanmasını kullanmaktadır. Türkiye’deki sistem bu üç sistemden herhangi birini kullanmak yerine bir bileşke bir yapıya sahiptir. İşçi ve işveren için zorunlu sigorta sistemi uygulanırken, kamu ve devlet memurları için yardımlı sigorta modeli uygulanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine

bakıldığında ise sosyal bir yapının hakim olduğu görülmektedir. Bunlarla yeterli kalmak istemeyen bireyler dışarıdan özel sağlık sigortalarına başvurarak hizmet satın alabilmektedirler. Özel sağlık sigortalarından sağlık hizmeti satın almak isteyenlerin sorunları hizmetlerin kötülüğünden ziyade uzun bekleme kuyruklarının da oluşabilmesinden kaynaklanmıştır(Yıldırım, 1994:17).

Ülkemizde sağlık sektöründe bir çok kuruluş faaliyet göstermektedir. Bunlar; kamu, yarı kamu, özel ve hayırsever kuruluşlar olabilmektedir. Kamu tarafında Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı ve üniversiteler örnek gösterilebilir.2005 öncesi SSK ve farklı kamu hastaneleri de bu kuruluşların içerisindeydi. 2005 yılında yapılan sigorta ve emekli sandığı gibi farklı kurumların SGK çatısı altında birleştirilmesi ile Sağlık Bakanlığı çatısı altında tek bir sigorta kurumu sistemine geçilmiştir. Bu ve tüm sağlık politikalarının uygulanması ve oluşturulması Sağlık Bakanlığı yetkisi altında bulunmaktadır(Okursoy, 2010:70-71).

Sağlık sistemleri ve hizmetleri ile alakalı tüm bu dönüşümler ve gelişmeler ışığında bu bölümde sağlık örgütlenmesini inceleyeceğiz. Türkiye’deki sağlık sistemi örgüt şemaları, finansmanı, hizmet sunumunu inceleyerek örgüt yapısı ifade edilecektir.

3.2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Örgütlenme Yapısı

Ülkemizde farklı sektörlerde faaliyet gösteren ama sağlık sektörü ile ilişkili bir çok kurum bulunmaktadır. Bu işlevler şu şekilde kategorize edilmiştir; politik kararları oluşturma, idarelerin karar alması, finansman ve hizmet sunumu. Tüm bu işlevler ve ilgili kurumları Şekil-13’te görüntülenmektedir.

Ülkemizde sağlık politikası oluşturma konusunda etkili kurumlar şu şekildedir;

Türkiye Büyük Millet Meclisi, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu ve Anayasa Mahkemesi. Anayasa Mahkemesi ve TBMM, aynı zamanda sağlık politikalarının kanun ve yönetmelik açısından incelenmesi ve onaylanması rolleri ile de sağlık hizmetlerinin yönetim kısmında bulunmaktadırlar(OECD, 2008).

Şekil 13

Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurumların İşlevlerine Göre Kategorize Edilmesi

Politika Oluşturma	İdari Karar Alma	Finansman	Hizmet Sunumu	Sivil Toplum Kuruluşları
• TBMM • DPT • Sağlık Bakanlığı • Yüksek Öğretim Kurulu • Anayasa Mahkemesi	• Sağlık Bakanlığı • İl Sağlık Müdürlükleri	• Maliye Bakanlığı • SGK • Özel Sigorta Şirketleri • Kendi Kendini Finanse Eden Kurumlar • Uluslararası Ajanslar	• Kamu • Sağlık Bakanlığı • Üniversite Hastaneleri • Savunma Bakanlığı • Özel Hastaneler • Vakıf Hastaneleri • Azınlık Hastaneleri • Özel Çalışan Pratisyen/uzman Hekimler • Ayakta Tedavi Klinikleri • Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri • Eczaneler • Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları	• Kızılay • Vakıflar, Dernekler

Kaynak: Oflaz, N. (2018). *Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamalarına Etkisi* [Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi., 134.

Şekil-14’de Sağlık Bakanlığının Merkez Teşkilatı’nı görüntülenmektedir. Sağlık Bakanlığının teşkilat yapılanması 663 sayılı “*Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*” nezdinde karara varılmış. Sonrasında 25 Ağustos 2017’de yayınlanan 664 sayılı kanun hükmünde kararname ile beraber bakanlık şemasında değişikliğe uğramıştır. Değişiklik sonrasında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı kurumu genel müdürlük olmuşlardır(Resmi Gazete, 2017:38).

Bakanlığa bağlı taşra teşkilatı ise vilayet ve kaza müdürlüklerinden meydana gelmektedirler. İl sağlık müdürlükleri Sağlık bakanlığının il nezdindeki temsilcileridirler. Bu görevin yanında valinin sağlık müşaviri görevini de yerine getirmektedirler. İlçelerde sağlık müdürlüğü olmadığında ise sağlık grup başkanlıkları kurulmuşlardır(KHK, 2011:4).

Şekil 14

Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Görev Dağılımları



Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2023). Teşkilat Şeması.

<https://www.saglik.gov.tr/TR-11444/teskilat-semasi.html> . (Erişim Tarihi: 10.09.2023).

Ülkemizde sağlık hizmetleri mali işlerinde etkin olan kuruluşlar Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenli Kurumu ve Özel sigortalar olarak açıklanabilir. Türkiye’de merkezi hükümet bütçesi hükümet, DPT ve Yüksek Planlama Komisyonu tarafından hazırlanmaktadır. Maliye bakanlığı bu bütçeyi yürütmekten sorumlu kurum olup, ülke geneli kamu kuruluşları ve üniversitelerce sağlık finansmanını sağlamakla yükümlüdür. Sosyal Güvenlik Kurumu ülkemizin sağlık hizmetleri finansmanında en büyük rolü oynamaktadır(Savaş, 2001:104-105).

Sağlıkta dönüşüm programı öncesinde ülkemizde kamu hizmet sağlayıcıları açısından Sağlık bakanlığı, SSK ve üniversiteler yer almaktaydılar. Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı bünyesi altına alınmış ve Sağlık bakanlığı kuruluşları ile beraber özel hastaneler ve üniversite hastaneleri hizmet vermektedirler(Yıldırım, 2013:25).

Ülkemizdeki sağlık hizmetleri yapısı basamaklandırılmış bir yapıda bulunmaktadır. Bu yapı karmaşık ve düzeyseel farklılıklar içerse de sağlık hizmetlerinin sunumunda kolaylaştırılma amacı taşımaktadır. İnsanların sağlık hizmet ihtiyaçları büyüdükçe sıralamanın da yükseldiği bir yapı içermektedir(Pekcan ve Uğurluoğlu, 2001:846).

Üç basamak şeklinde sınıflandırılan sağlık hizmetleri sıralaması Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) göre sıralanmıştır. Bu belgeye göre bazı hizmetler sınıflandırmaya tabii tutulmamıştır. Bu hizmetler; optisyenlik , kaplıcalar ve tıbbi cihaz temin eden kurumlardır.1. basamak sağlık hizmetleri ayaktan tedavi , 2. basamak sağlık hizmetleri yatarak tedavi, 3. basamak sağlık hizmetleri ise üst düzey uzmanlık isteyen sağlık merkezleri olarak sınıflandırılmıştır (Akdur, 1999:6).

Hastaneler, dispanserler, aile sağlık merkezleri işletmelerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'dır. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden ise üniversiteler büyüklük ve kapsamlarından dolayı ana sağlık sunucusudur. Aynı zamanda üniversiteler tüm basamak hizmetlerini bünyelerinde bulundururlar. Bu durumda sevk sistemi bulunmadığından sağlık hizmetlerinin israfına ve meşguliyetine sebebiyet vermektedir(Yıldırım, 2013:25).

Tüm bunlar ışığında ülkemizdeki sağlık kurumu ve yatak sayılarına göz atılması gerekmektedir.

Tablo 4

Yataklı-Yataksız Sağlık Kurumları ve Hastane Yatak-Yüz bin kişi Başına Hastane Yatak Sayısı

Yıllar	Yataklı Sağlık Kurumları	Yataksız Sağlık Kurumları	Hastane Yatak Sayısı	Toplam Yatak Sayısı/ 100.000 Kişi
2010	1439	25554	200239	272
2011	1453	26544	194054	260
2012	1483	28477	200072	265
2013	1517	28599	202031	264
2014	1528	28648	206836	266
2015	1533	28916	209648	266
2016	1510	31471	217771	273

2017	1518	32069	225863	279
2018	1534	33025	231913	283
2019	1538	33057	237504	286
2020	1534	33087	251182	300
2021	1547	33394	254497	301

Kaynak: TÜİK. (2023). Sağlık İstatistikleri. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=149&locale=tr>.

(Erişim Tarihi :18.09.2023)

TÜİK verilerine göre en son kayıtlara geçen 2021 yılında 1547 adet yataklı sağlık kurumu bulunmakla beraber, 33394 adet yataksız sağlık kurumu bulunmaktadır. 254497 adet yatak kapasitesine sağlık olan ülkemizde yüz bin kişi başına 301 adet yatak düşmektedir.

3.2.2. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Belirleyicileri

Sağlık sistemlerinin belirleyicileri hakkında ekonomik , kültürel ve politik belirleyiciler olarak 3 grup saymak mümkündür.

Ekonomik Belirleyiciler: Fert başına gayrisafi milli hasıla, toplam ülke kaynaklarından sağlık sektörüne ayrılan kısım, ülke gelirinin ülkenin bireylerine dağılım şekli.

Politik Belirleyiciler: Ekonomik belirleyicilerden daha fazla etken bir kısım olduğu söylenebilir. Çünkü ekonomik belirleyicileri etkileyecek olan politik belirleyiciler olacaktır. Politik belirleyiciler tanımı o anki hükümet veya siyasi partilerden daha büyük bir anlam içermektedir. Toplum dinamiklerini içeren tarihsel bir dönemdir. Amerika birleşik devletleri, Fransa ve Rus devrimleri, sanayi devrimi, kolonileşme dönemleri, endüstrileşme çabaları, uluslararası temaslar, savaş, krizler, ekonomik buhranlar gibi bir çok etken politik belirleyicileri etkileyen unsurlardır.

Kültürel Belirleyiciler: Sağlık sistemleri üzerindeki toplumun etkisini gösteren belirleyicilerdir. Bunlardan bazıları teknolojik gelişmeler, dini inançlar ,dil, insan yapısı, kültürel kimlik ve aile yapısı gibi etkenlerdir(Sargutan, 2005:81-111).

İnsanların yaşamlarına ciddi şekilde etkiler bırakan bu belirleyicilerin Türk sağlık sistemine etkisi bu bölümde ele alınmıştır. Daha çok etkisini gördüğümüz doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, cepten yapılan sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı gibi konulara değinilecektir.

Şekil 15
OECD Sağlık Durumu Yaşam Beklentisi

Değişiklikler Ölçümles	Doğumda toplam nüfus								
	Year	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ülkeler									
Australia		82.4	82.4	82.5	82.7	82.5	83.2	83.3	-
Austria		81.3	81.8	81.7	81.8	82	81.3	81.3	-
Belgium		81.1	81.5	81.5	81.7	82.1	80.5	81.9	-
Canada		81.5	82	81.5	81.5	82.3	81.7	-	-
Chile		79.8	80	80.2	80.4	80.5	80.5 ^(P)	81 ^(P)	81.2
Colombia		75.4	75.7	75.5	76.5	76.5	76.7	76.8	76.5
Costa Rica		79.5	80	80.2	80.3	80.5	80.5	80.8	80.5
Czech Republic		78.7	79.1	79.1	79.1	79.3	78.3	77.2	-
Denmark		80.2	80.5	81.1	81	81.5	81.5	81.5	-
Estonia		78	78	78.4	78.5	79	78.5	77.2	-
Finland		81.6	81.5	81.7	81.8	82.1	82	81.9	-
France		82.4	82.7	82.7	82.8	83	82.3	82.4	-
Germany		80.7	81	81.1	81	81.3	81.1	80.8	-
Greece		81.1	81.5	81.4	81.5	81.7	81.4	80.2	-
Hungary		75.7	76.2	76	76.2	76.5	75.7	74.3	-
Iceland		82.5	82.2	82.3	82.5	83.2	83.1	83.2	-
Ireland		81.5	81.7	82.2	82.2	82.3	82.3	82.4	-
Israel		82.2	82.5	82.7	82.5	82.5	82.7	82.5 ^(E)	82.5
Italy		82.7	83.4	83.1	83.4	83.3	82.3	82.7	-
Japan	(E)	83.5 ^(E)	84.1 ^(E)	84.5 ^(E)	84.5 ^(E)	84.4 ^(E)	84.5 ^(E)	84.5	-
Korea		82.1	82.4	82.7	82.7	83.3	83.5	83.6	-
Latvia		74.8	74.5	74.5	75.1	75.7	75.5	73.1	-
Lithuania		74.6	74.5	75.3	76	76.5	75.1	74.2	-
Luxembourg		82.4	82.7	82.1	82.3	82.7	82.3	82.7	-
Mexico		74.7	74.8	74.5	75	75.1	75.2	75.4	-
Netherlands		81.6	81.7	81.5	81.5	82.2	81.4	81.4	-
New Zealand	(E)	81.7 ^(E)	81.7 ^(E)	81.5	81.7	82.1	82.3	82.3	-
Norway		82.4	82.5	82.7	82.8	83	83.3	83.2	-
Poland		77.5	78	77.5	77.7	78	76.5	75.5	-
Portugal		81.3	81.3	81.5	81.5	81.5	81.1	81.5	-
Slovak Republic		76.7	77.3	77.3	77.4	77.3	77	74.6	-
Slovenia		80.5	81.2	81.2	81.5	81.3	80.5	80.7	-
Spain		83	83.5	83.4	83.5	84	82.4	83.3	-
Sweden		82.2	82.4	82.5	82.6	83.2	82.4	83.1	-
Switzerland		83	83.7	83.7	83.8	84	83.1	83.9	-
Türkiye		78	78	78.1	78.3	78.3	-	-	-
United Kingdom	(E)	81 ^(E)	81.5 ^(E)	81.5 ^(E)	81.5 ^(E)	81.5 ^(E)	81	-	-
United States		78.7	78.7	78.5	78.7	78.5	77	76.4	-
OECD Ekonomik Ülkeleri									
Argentina		76.8	76.8	76.5	76.8	77	77.3	75.9	75.4
Brazil		74.3	74.3	74.4	74.8	75.1	75.3	74	72.5
Bulgaria		74.7	74.5	74.5	75	75.1	73.5	71.4	-
China (People's Republic of)		76.7	77	77.2	77.2	77.7	76	78.1	78.2
Croatia		77.5	78.2	78	78.2	78.3	77.3	76.7	-
India		69.1	69.6	70.1	70.5	70.7	70.5	70.2	67.2
Indonesia		69.5	69.7	69.5	69.5	70.3	70.5	68.8	67.5
Peru		75.3	75.6	75.3	75.5	76	76.2	73.7	72.4
Romania		74.5	75.2	75.2	75.3	75.5	74.2	72.8	-
Russia		71.3	71.8	72.5	72.8	73.2	-	-	-
South Africa		63.4	64	64.7	65.4	65.7	66.2	65.3	62.3

Kısaltmalar:

P: Geçici Değer
E: Tahmini Değer

Kaynak: OECD. (2023). Yaşam Beklentisi. <https://stats.oecd.org/#>. (Erişim Tarihi:18.09.2023)

Şekil-15’de görüldüğü üzere yaşam beklentisi OECD ülkeleri arasında en düşük 8. ülke konumunda Türkiye bulunmaktadır. En uzun yaşam beklentisine sahip Japonya 2019 verilerine göre 84, iken en düşük yaşam beklentisine sahip Meksika 2019 verilerinde 75.1 olarak

belirlenmiştir. Ülkemiz adına tabloda en son istatistikler 2019 senesinde girildiği için diğer ülkelerle kıyaslanması o yıl üzerinden yapılmalıdır. OECD ülkeleri arasında sayılmayan ülkelere ise yaşam beklentisinin daha düşük düzeyde kaldığı gözlemlenmektedir. Özellikle Güney Afrika, Endonezya ve Hindistan gibi ülkelere 70li yaşların altında bir yaşam beklentisinin tabloya yansımaları görülmektedir.

Şekil 16

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Beklentisi Bölgesel Tablo

DSÖ Bölgeleri	Year	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	
		Her iki cinsiyette	
Afrika	2019		64.5
	2015		62.6
	2010		59.5
Amerika	2019		77.2
	2015		76.8
	2010		75.4
Güney-Doğu Asya	2019		71.4
	2015		70.2
	2010		68.1
Avrupa	2019		78.2
	2015		77.1
	2010		75.7
Orta Doğu	2019		69.7
	2015		68.4
	2010		67.6

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü. (2020). DSÖ Yaşam Beklentisi.

<https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>.(Erişim

Tarihi:18.09.2023)

Dünya Sağlık Örgütü verilerine bakıldığında beklenen yaşam sürelerinin 2019 tarihi itibarıyla Avrupa bölgesinde 78.2 ile en yüksek Afrika kıtasında ise 64.5 ile en düşük olduğu görülmektedir. Ülkemiz OECD verilerinde 2019 yılında 78.6 ile bu tablodaki Avrupa kıtasına uyumlu olduğunu göstermektedir. Yine Amerika kıtasının Avrupa'nın ardından en uzun yaşam beklentisi olan 2. Kıta olduğu görülmektedir.

Şekil 17

Beş Yaş Altı Ölüm Oranı

Yıl ↓	Tahmin etmek	Alt sınır	Üst sınır
2021.5	38,09	36,13	42,24
2020.5	38,73	36,93	42,37
2019.5	39,29	37,66	42,46
2018.5	40	38,5	42,74
2017.5	40,62	39,23	43,03
2016.5	41,89	40,58	44
2015.5	43,2	41,98	45,09
2014.5	44,44	43,31	46,13
2013.5	46,02	44,94	47,51
2012.5	47,59	46,56	48,94
2011.5	49,53	48,54	50,81
2010.5	51,42	50,47	52,65
2009.5	53,31	52,39	54,49

Kaynak: WHO. (2023) Beş Yaş Altı Ölüm Oranı, <https://childmortality.org/data/World> (Erişim Tarihi 20.09.2023)

Uluslararası sağlık belirleyicilerinden bir diğeri olan beş yaş altı bebek ölüm oranları yıllar boyunca aşağı yönlü eğilim göstermiştir. Bu da dünya genelinde sağlık göstergelerinin pozitif yönde ilerliyor olduğunu işaret etmektedir. 2009 yılında 1000 bebekte 53,31 ortalama ile ölüm oranı beklenirken 2021 yılı verilerinde 38,09 olduğu görülmektedir.

Şekil 18

Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızı, 2009-2021



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızı <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2022-49674> (Erişim Tarihi:18.09.2023) .

TÜİK verilerine göre ülkemizde yeni doğan ölüm hızı ve beş yaş altındaki çocukların ölüm hızları, 2009 yılı itibarıyla 1000 bebekte 17.7 iken 2021 yılı itibarıyla 9.2 seviyelerine inmiştir

Şekil 19

OECD Ülkeleri Anne Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda).

		Değişkenler									
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Ölüm	Ülkeler	Bebek ölümleri, doğum aşırılığı için aşırı gebelik süresi eşliği yok									
1000 kişi başına ölüm	South Africa	29,4	28,9	28,3	27,8	27,3	26,9	26,4	26,4	...	...
	India	35	33,2	31,5	29,8	28,3	26,8	25,5	25,5	...	...
	Indonesia	23,2	22,4	21,6	20,8	20,1	19,5	18,9	18,9	...	...
	Colombia	19,2	18,7	18,2	17,3	17	16,8	16,5	16,5	...	...
	Mexico	13,6	13,4	13,5	12,9	13,1	12,3	12,7	12,7	...	...
	Peru	12,8	12,5	12,2	11,9	11,6	11,3	11	11	...	...
	Türkiye	10	9,7	9	9,2	9	8,5	9,1	9,1	...	...
	Costa Rica	7,7	7,9	7,9	8,4	8,2	7,9	8,7	9,6	...	...
	Argentina	10,3	9,8	9,1	8,4	7,6	6,8	6,1	6,1	...	...
	Chile	6,9	7	7,1	6,6	6,5	5,6	5,8	5,9	...	...
	Bulgaria	6,6	6,5	6,4	5,8	5,6	5,1	5,6	5,6	...	...
	Romania	7,5	6,8	6,5	6	5,8	5,6	5,2	5,2	...	...
	China (People's Republic of)	8,2	7,6	7	6,4	5,9	5,5	5,1	5,1	...	...
	Slovak Republic	5,1	5,4	4,5	5	5,1	5,1	4,9	4,9	...	...
	United Kingdom	3,9	3,8	3,9	3,9	4	3,8	4	4	...	...
	Poland	4	4	4	3,8	3,8	3,6	3,9	3,9	...	...
	Croatia	4,1	4,3	4	4,2	4	4	3,8	3,8	...	...
	France	3,7	3,7	3,9	3,8	3,8	3,6	3,7	3,7	...	...
	Greece	4	4,2	3,5	3,5	3,7	3,2	3,5	3,5	...	...
	Australia	3,2	3,1	3,3	3,1	3,3	3,2	3,3	3,3	...	...
	Hungary	4,2	3,9	3,5	3,3	3,6	3,4	3,3	3,3	...	...
	Iceland	2,2	0,7	2,7	1,7	1,1	2,9	3,3	3,3	...	...
	Netherlands	3,3	3,5	3,6	3,5	3,6	3,8	3,3	3,3	...	...
	Ireland	3,4	3	3	2,9	2,8	3	3,2	3,2	...	...
	Lithuania	4,2	4,5	3	3,4	3,3	2,8	3,1	3,1	...	...
	Luxembourg	2,8	3,8	3,2	4,3	4,7	4,5	3,1	3,1	...	...
	Switzerland	3,9	3,6	3,5	3,3	3,3	3,6	3,1	3,8	...	...
	Germany	3,3	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3	3	...	...
	Belgium	3,3	3,2	3,6	3,8	3,7	3,3	2,9	2,9	...	...
	Israel	3,1	3,1	3,1	3	3	2,4	2,8	2,8	...	...
	Austria	3,1	3,1	2,9	2,7	2,9	3,1	2,7	2,7	...	...
	Latvia	4,1	3,7	4,1	3,2	3,4	3,5	2,7	2,7	...	...
	Spain	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,5	...	...
	Denmark	3,2	2,8	3,1	3	2,1	2,4	2,4	2,4	...	...
	Korea	2,7	2,8	2,8	2,8	2,7	2,5	2,4	2,4	...	...
	Portugal	2,9	3,2	2,7	3,3	2,8	2,4	2,4	2,6	...	...
	Italy	2,9	2,8	2,7	2,8	2,4	2,4	2,3	2,3	...	...
	Czech Republic	2,5	2,8	2,7	2,6	2,6	2,3	2,2	2,2	...	...
	Estonia	2,5	2,3	2,3	1,6	1,6	1,4	2,2	2,2	...	...
	Finland	1,7	1,9	2	2,1	2,1	1,8	1,8	1,8	...	...
Slovenia	1,6	2	2,1	1,7	2,1	2,2	1,8	1,8	...	...	
Sweden	2,5	2,5	2,4	2	2,1	2,4	1,8	1,8	...	...	
Japan	1,9	2	1,9	1,9	1,9	1,8	1,7	1,7	...	...	
Norway	2,2	2,2	2,2	2,3	2	1,6	1,7	1,9	...	...	
Brazil	13,3	14	13,4	13,1	13,3	12,2	...	...	...	...	
Russia	6,5	6	5,6	5,1	4,9	...	...	...	...	...	
United States	5,9	5,9	5,8	5,7	5,6	5,4	...	...	...	...	
Canada	4,5	4,5	4,5	4,7	4,4	4,5	...	...	...	...	
New Zealand	4,3	4,2	4,7	4,3	...	...	...	...	...	...	

Kaynak: OECD. (2023). Anne Bebek Ölüm Hızı. <https://stats.oecd.org/#> . (Erişim

Tarihi:15.09.2023).

OECD istatistiklerine göre Şekil-19'da gösterildiği üzere beklenen yaşam süresi gibi anne bebek ölüm oranlarında da Güney Afrika , Hindistan ve Endonezya en yüksek oranları paylaşıyorlar. Ülkemiz OECD ülkeleri arasında en yüksek orana sahip olan 7. Ülke konumunda yer almaktadır. Norveç , Japonya ve İsveç ise 1,7 ve 1,8 ile en düşük anne bebek ölüm hızına sahip ülkeler konumunda yer almaktadırlar.

Şekil 20
Dünya Sağlık Örgütü Beş Yaş Altı Ölüm Oranı Global-Avrupa

		<i>i</i>
		Beş yaş altı ölüm oranı (1000 canlı doğumda) (SKH 3.2.1)
DSÖ bölgesi	Yıl	Her iki cinsiyette
Küresel	2021	38.09 [36.13-42.24]
	2020	38.73 [36.93-42.37]
	2019	39.29 [37.66-42.46]
	2018	40 [38.5-42.74]
	2017	40.62 [39.23-43.03]
	2016	41.89 [40.58-44]
	2015	43.2 [41.98-45.09]
Avrupa	2021	7.53 [7.1-8.28]
	2020	7.82 [7.41-8.48]
	2019	8.08 [7.69-8.67]
	2018	8.34 [7.98-8.84]
	2017	8.62 [8.29-9.04]
	2016	9. [8.69-9.37]
	2015	9.45 [9.16-9.79]

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü. (2023). DSÖ Beş Yaş Altı Ölüm Oranı Karşılaştırması.

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.CHILDMORTUNDER5?lang=en> .(Erişim Tarihi: 15.09.2023).

Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerine bakıldığında ise küresel bazda 2015 ve 2021 yılı arasında 5 puanlık bir düşüş olmasına rağmen hala Avrupa ülkelerine göre küresel olarak çok yüksek oranda bir beş yaş altı ölüm oranı olduğu görülmektedir.

Ülkedeki total sağlık harcamalarının içinde vatandaşların cepten yaptıkları harcamalar ülkedeki sağlık sistemlerinin bireyleri ne derece sigortaladığının göstergesidir. Vatandaşlar ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk çektiklerinde , kamu eliyle ya da yardımıyla sağlanmadığında, sigortaları kapsamına girmediğinde ceplerinden harcama yapmak zorunda kalırlar. Sosyal devlet anlayışıyla yönetilen ülkelerde bu cepten harcamaların minimal düzeyde olması gerekliliği vardır(Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Tablo 5**Türkiye Yıllara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması**

Yıllara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması, (%), Türkiye															
Yıl	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Geçim Sıkıntısı Çeken Hane Oranı	4,07	4,51	4,16	3,60	3,26	2,72	2,77	2,62	1,78	1,01	1,29	1,20	1,18	1,33	0,96
Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı	0,81	0,75	0,84	0,64	0,59	0,68	0,36	0,48	0,37	0,17	0,14	0,22	0,31	0,30	0,29
Sağlık Harcaması Nedeniyle Maddi Sıkıntı Yaşayan Haneler	0,43	0,25	0,28	0,23	0,34	0,19	0,17	0,22	0,15	0,15	0,07	0,15	0,12	0,13	0,10

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Yıllara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması.

<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/19003/0/katastrofik-saglik-harcamasi-istxlsx.xlsx>.

Erişim Tarihi (15.09.2023).

Tablo-5 e bakıldığında (Katastrofik sağlık harcamaları) Yoksul Hane oranındaki düşüş sağlık sisteminin cepten harcamalarının ciddi manada azaldığına işaret olmuştur. Yüzde 3 lük bir düşüş 2002 yılında yapılan harcamaların %75'ine tekabül edip sosyal güvenlik alanındaki düzenlemelerin vatandaşların cepten ödemelerindeki payı azaltmıştır.

Sağlık belirleyicilerini incelediğimiz bu bölümde geçmiş yıllara oranla iyileşmelerin olduğu gözlemlenmektedir. Fakat bu iyileşme sonsuz ve yukarı yönelimli olmalıdır. Mümkün olan en iyi şartlarda yaşama hakkı dünya genelinde insanların beklentilerinin karşılanması ve insanların temel haklarından olan sağlık hakkı üst sınırı neredeyse olmayacak ve insanlık tarihi boyunca gelişime açık olacak bir hizmet sektörü halindedir. Uluslararası verilerden elde ettiğimiz bu tablolar göstermektedir ki gelişmiş ülkeler ve geri kalmış ülkeler arasındaki sağlık konforu ciddi manada farklılık göstermektedir.

3.3. Türkiye’de Sağlık Finansmanı

Dünya nüfusunun artmasıyla beraber, sağlık ihtiyacının artması ve hastane sayılarında artışlar yaşanması ,teknolojik gelişmeler , hasta sayısı ve hasta beklentisinin artması gibi bir çok etken sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur(Bektemür vd., 2018:101-108).

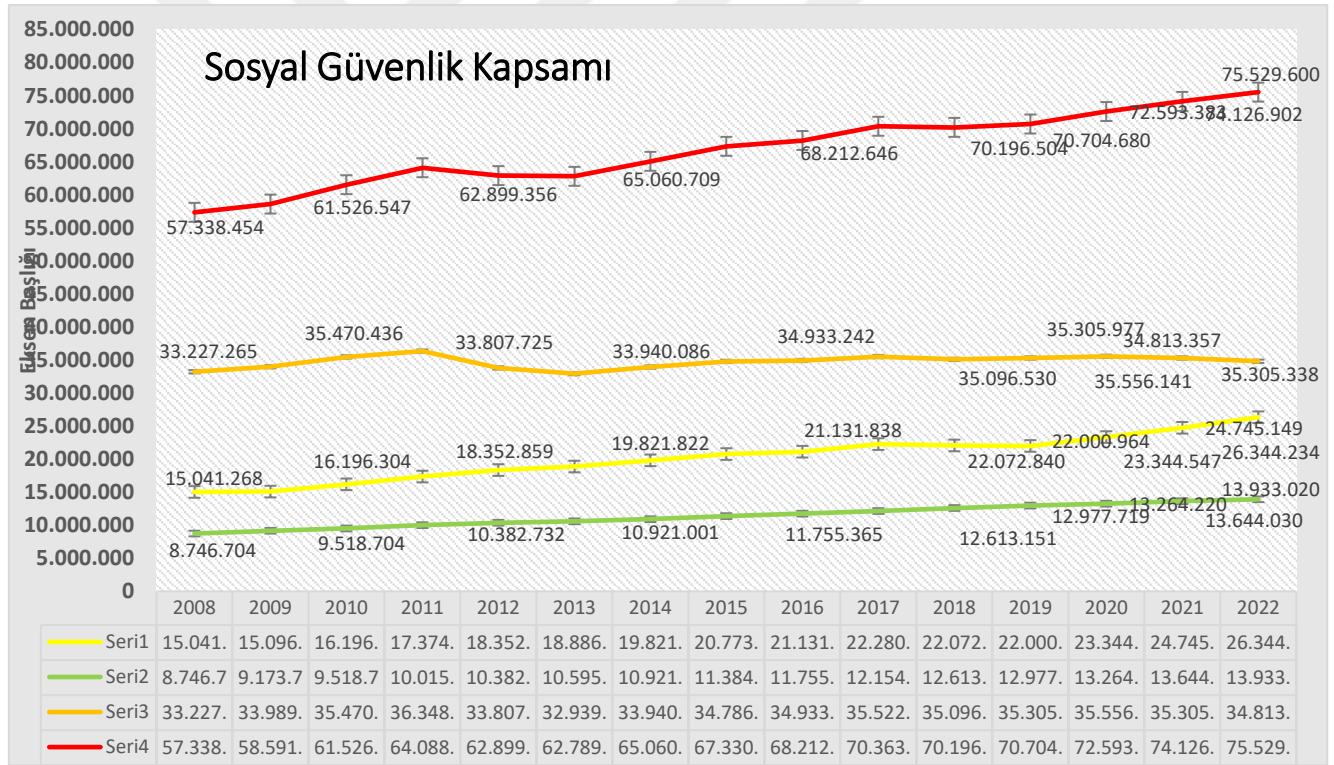
Sağlık harcamalarının yükselmesi ile beraber sağlık sektörü açısından finansman daha da önemli bir hal almıştır. Bu nedenle finansmanı sağlayacak politikaların da önemi artmaya

başlamıştır. Türkiye sağlık finansmanı bakımından tek bir yapıya değil karışık bir yapı ile yönetilmektedir. Zorunlu sigorta, özel sigorta, cepten ödemeler, vergiler gibi bir çok etken bulunmaktadır. Bu karma yapının sağlık sunucuları özel ve kamu sektörü iç içe bulunmaktadır. Türkiye’de arz ve talep açısından finansman çok çeşitliliğe sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektörler arzı oluştururken, talebi sağlık sigortası kapsamında olanlar ve kapsam dışı olanlar oluşturmaktadır. Bu finansman farklılıklarının sağlık ödemelerini farklı kurumlar sağlamaktadır. Bu açıdan ülke geneli ortak bir yapı oluşmamıştır(Yurdaoğ, 2007:592).

Ülkemizde 2012 tarihi itibariyle Genel Sağlık Sigortası’na geçilmiştir. Vatandaşların sağlık hizmetleri SGK tarafından finanse edilecektir.Şekil-21 de 2008-2022 yılları arasındaki SGK kapsamındaki kişi sayısını görüntülenmektedir(SGK, 2023).

Şekil 21
Sosyal Güvenlik Kapsamı 2008-2022 Kişi Sayısı



Kaynak: SGK. (2022). Sgk Kapsamı 2008-2022 Kişi Sayısı

<https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4>. Erişim Tarihi (18.09.2023).

Tabloya bakıldığında sarı grafik aktif çalışanları, yeşil grafik pasif , turuncu grafik bağımlı ve kırmızı grafik SGK kapsamında olan tüm kişileri ifade etmektedir.2008 yılı itibariyle 57milyon kişi kapsamında olan SGK 2022 yılına gelindiğinde artan nüfusun etkisiyle 75 milyon seviyelerine çıktığını görülmektedir. Genel sağlık sigortasının getirdiği bir tanım olan

“Evrensel Kapsayıcılık” terimi ile tüm nüfusun sigortalanması hedeflenmektedir. Evrensel kapsayıcılık şu ilkeler doğrultusunda işlemektedir; tüm nüfusun sigortalı olması ve bu sağlık hizmetlerinin kamu kaynakları ile sağlanması ayrıca sağlık imkanlarının artırılması hedeflenmiştir(Kılıç, 2013:10).

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamı dışında bulunanlar kanun ve yönetmeliklerle şu şekilde belirtilmiştir:

- 1-Askerliğini asker veya rütbeli olarak devam ettirmekte kişiler ve yedek subaylar,
- 2-Yabancı ülkede sigortalı olup Türkiye’ye bir iş için gönderilenler veya Türkiye’de kendi hesabına çalışıp yabancı ülkeye gidenler
- 3-Kamu görevini ifa etmek üzere dış ülkede bulunan Türk uyruklu personeller
- 4-Ceza infaz kurumlarında bulunan kişiler,
- 5-Oturum izni almış olan Türk vatandaşı olmayan kişilerin kendi ülkelerinde sigortalı olmayanlardan , Türkiye’de bir yıldan kısa süredir bulunanlar(Pekten, 2008:123-124).

Tablo 6
GSS Kapsam ve Katkı Oranları

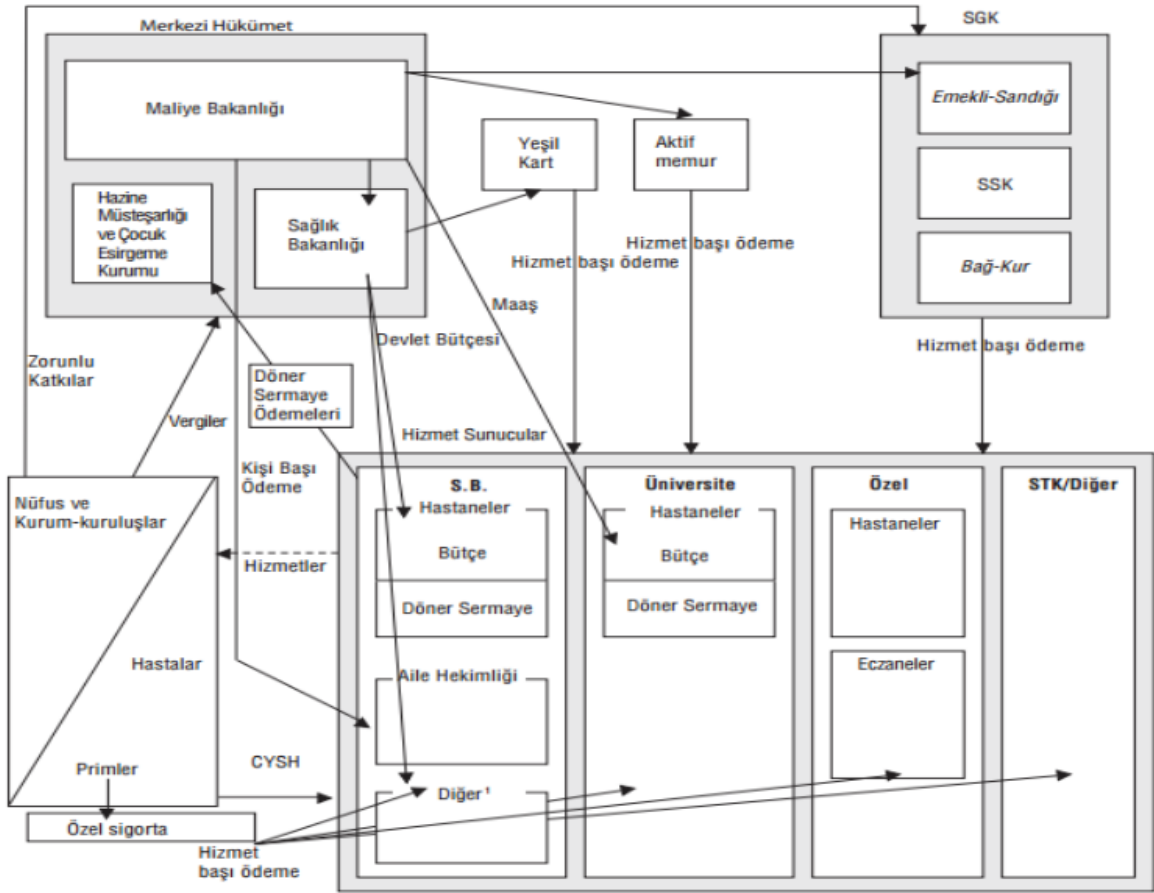
Nüfus Kümesi	Kapsam Mekanizması	Katkı Kaynağı ve Oranı	Üyelik Tipi	Bağımlılar İçin Kapsam
Özel Sektör Çalışanları	GSS	%12,5 (%7,5 işveren ve %5 Çalışan Katkısı)	Zorunlu	Evet
Kamu Çalışanları	GSS	%12,5 (%7,5 işveren ve %5 Çalışan Katkısı)	Zorunlu	Evet
Serbest Meslek, Esnaf ve Tüccarlar	GSS	Prim İçin Temel Olarak Belirlenen Gelirin %12'si	Asgari Ücretten Daha Fazla Geliri Olanlar İçin Zorunlu	Evet
Tarım İşçileri	GSS	Prim İçin Temel Olarak Belirlenen Gelirin %12'si	Asgari Ücretten Daha Fazla Geliri Olanlar İçin Zorunlu	Evet
Aktif Memurlar	GSS	Genel Bütçe Maaşın %12'si	Zorunlu	Evet
Emekli Memurlar	GSS	Emekliler Aktif Memurken Katkı Yaptığı İçin Prim Ödememektedir	Zorunlu	Evet
Aylık Geliri Asgari Ücretin 1/3 ünden Daha Az Olan Vatandaşlar	GSS	Genel Bütçe	Uygunluk Testi Söz Konusu	Hayır
İşsizlik Sigortası Kapsamında Olan İşsizler	GSS	Genel Bütçe	Uygun Olduğunda	Hayır
Ülkede İkamet Eden Yabancılar	GSS	Prim İçin Temel Olarak Belirlenen Gelirin %12'si	Gönüllü	Hayır

Kaynak: Oflaz, N. (2018). *Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamalarına Etkisi* [Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi, 150.

Tablo-6’da görüldüğü üzere çeşitli popülasyon grupları GSS mekanizmasında bulunuyor olup hepsi için katkı oranları farklılıkları bulunmaktadır. Zorunlu, asgari ücretin üstü zorunlu, uygunluk testi söz konusu olan ve gönüllü gibi üyelik çeşitleri bulunan bu sistemde kimisinde bağımlı kişiler için kapsam altına alınırken kimisinde kapsam dahilinde sayılmamaktadır.

Şekil-22 ‘de Türk Sağlık Sistemi’ndeki temel mali akışları görüntülenmektedir.

Şekil 22
Türkiye Sağlık Hizmetleri Mali Hareket Şablonu



Kaynak: Gürçan, G. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Mali Hareket Şablonu. *Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü XV. Hemşirelik Haftası Etkinlikleri*, 17.

Şekil-22’de SGK çatısı altında tek elden tüm hizmet sunuculara ödeme yapıldığı görüntülenmektedir. Hastaneler ve Sağlık Bakanlığına bağlı diğer kuruluşlar SB bütçesinden finansmanlarını sağlarken Aile Hekimliği direkt olarak Maliyet bakanlığından finanse edildiği belirtilmiştir. Aynı şekilde üniversite bütçeleri de direkt olarak Maliye bakanlığı bütçesi tarafından sağlanmaktadır.

3.3.1. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Bu bölümde maliyet politikalarından biri olan sağlık harcamalarını paylaşılan veriler ışığında değerlendirilecektir.

Şekil 23
Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler

Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 1999-2021
Indicators on health expenditures, 1999-2021

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL) Total health expenditure (Million TRY)	4 985	8 248	12 396	18 774	24 279	30 021	35 359	44 069	50 904	57 740	57 911	61 678	68 607	74 189	84 390	94 750	104 568	119 756	140 647	165 234	201 031	249 932	353 941
Kişi başına sağlık harcaması (TL) Health expenditure per capita (TRY)	79	128	190	284	363	444	517	636	726	813	804	843	924	987	1 108	1 228	1 337	1 511	1 751	2 030	2 434	2 997	4 206
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%) Ratio of total health expenditure to gross domestic product (%)	4,6	4,8	5,0	5,2	5,1	5,2	5,2	5,5	5,7	5,8	5,8	5,3	4,9	4,7	4,6	4,6	4,4	4,6	4,5	4,4	4,7	5,0	4,9
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%) Ratio of general government health expenditure to total health expenditure (%)	61,1	62,9	68,1	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	81,0	78,6	79,6	79,2	78,5	77,4	78,5	78,5	78,0	77,5	78,0	79,2	79,2
Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%) Ratio of private sector health expenditure to total health expenditure (%)	38,9	37,1	31,9	29,3	28,1	28,8	32,2	31,7	32,2	27,0	19,0	21,4	20,4	20,8	21,5	22,6	21,5	21,5	22,0	22,5	22,0	20,8	20,8

TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri
TurkStat, Health Expenditure Statistics

Kaynak: TÜİK İstatistik veri portalı. (2022). Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler

<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>.

(Erişim Tarihi:10.09.2023)

TÜİK verilerine bakıldığı zaman Türkiye’de 1999-2001 yılları arasındaki Toplam sağlık harcaması 4995 Milyon TL’den 353 Milyon TL seviyelerine yükselmiştir. Benzer olarak kişi başına sağlık ödemesi ise 79TL’den 4206TL seviyelerine çıktığını görülmektedir. Bu verilere karşın Bütün sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı 4,6 ve 5,8 seviyeleri arasında gidip gelmiştir. Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 1999 yılında 61,1 iken 2021 yılında % 79,2 görülmektedir. Total sağlık/Özel sağlık harcaması oranında düşüş görülmektedir. 1999 yılında 38,9 olan bu oran 2021 yılında 20,8 seviyelerine inmiştir.

BÖLÜM 4:SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ÖLÇÜM DÜZEYLERİ

İnsanlığın var oluşundan bugüne sağlık alanında sürekli olarak gelişmeler yaşanmıştır. Çok çeşitli hastalıkların tedavileri bulunmuş, hastalıkların ilerlemelerine engel olunmuş, ya da ilerlemeleri yavaşlatılmıştır. İnsanların sağlıklı bir şekilde hayatlarına devam edebilmeleri için hastalık durumlarında sağlık bilgilerine uygun bir şekilde ulaşabilmeleri, bu bilgileri anlayabilmeleri ve bu bilgiler ışığında uyumlu bir tedavi yada önlem almaları önemlidir. Bu konu hakkında yapılan çalışmalar ışığında Sağlık Okuryazarlığı (SOY) kavramı doğmuştur(Nutbeam, 1998:349-364).

Dünya Sağlık Örgütü, yayınladığı bir çok raporda veya araştırmada ortaya koyduğu hedef ve sonuçlar ile üye olan ülkelere sağlık alanında yol göstermektedir. Örgüt, son yıllarda sağlıkta meydana gelen eşitsizlik durumlarının azaltılması amacı ile sağlık okuryazarlığına önem vermektedir. DSÖ, Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu tarafından ifade edilen raporunda, gelişmiş veya gelişmemiş tüm ülkelerde sağlığın eşitsizlikteki en önemli belirleyicisinin sağlık okuryazarlığı olduğunu belirtmiştir. Okuryazarlık ve sağlık alanında paralel bir ilişkinin var olduğu ve karşılıklı etkileşim içinde ele alındığı ifade edilmektedir. Sağlık alanında okuryazarlık kapsama alanında sağlığın geliştirilmesi, sağlık halinin devamı için gerekli bilgilere ulaşabilme, bilgiyi anlamak ve kullanmak yer almaktadır. Tüm bu becerilerin gelişimi kişilerin sağlıkları için oldukça önemlidir(Akbulut, 2015:7).

Sağlık okuryazarlığı günümüzde dikkate alınan bir politik kavram halini almaktadır. Küresel Sağlık Geliştirme Konferansında 'da bu konuyu oldukça önem verilmiş ve global sağlığın gelişmesi açısından sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesiyle beraber toplumun güçlenmesi , sağlık sistemleri , sağlıkta adalet, sağlığın gelişmesi açısından kapasite konularına yer verilmiştir. Sağlık okuryazarlığının sağlığın tüm faktörleriyle ilişkisinin olması nedeniyle toplumu ilgilendiren bir konu olduğu ifade edilmektedir. Toplumu ilgilendirmesi ile ilgili altı madde şu şekilde açıklanmıştır; Toplumun büyük bir kısmını etkilemesi, sağlık maliyetleri, kronik hastalıklarda artış, sağlık sonuçlarının kötü olması, sağlık bilgisine olan ihtiyaç ve sağlıkta hakkaniyet (Akbulut, 2015:7-8).Bu bölümde sağlık okuryazarlığı ile ilgili kavramsal ifadelere, nasıl ortaya çıktığına , global bazda yürütülen çalışmalara ve piyasa ile alakalı olan ilişkisine ait bilgilere yer verilecektir.

4.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlığın geliştirilmesi amacıyla ilk konferans 1986 yılında Ottawa şehrinde yapılan “Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı”dır. Bu konferansta sağlık alanındaki tüm etkileşimlerin anlaşılır ifade edilmesi bakımından, düzenleme yapılması ve herkesin bu

düzenlemelere uyumlu bir şekilde anlayış geliştirmesi için çabalaması ifade edilmiştir. Bu amaç doğrultusunda tek çaba gösterenin sağlık sektörü olmaması , diğer sektörlerinde işbirliği yaparak birlikte bir çalışma yürütülmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu hedefler doğrultusunda Sağlık Okuryazarlığı terimi önem kazanmıştır(Çopurlar ve Kartal, 2016:43).

Sağlık okuryazarlığı konusunun ifade edilmeye başlandığı dönemler “sağlığı geliştirme amaçlı kişilerin kabiliyetleri” ifadesi kullanılırken, Nutbeam ve Wise tarafından 1993 tarihinde “*Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış göstermesi*” ifadeleri kullanılmış ve günümüzde kullanılan tanımlamalara temel olmuştur. Bu ilerlemeler sonrasında , Nutbeam 1998 yılında daha geniş ve açıklayıcı bir tanımı DSÖ adına hazırladığı sözlükte şu şekilde ifade etmiştir; “*Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması, ve sağlığın geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler*”. Türkçe ’de tanım olarak“Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde ; “*Bireylerin iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder*” şeklinde yapılmıştır (Nutbeam, 1998:349-364).

Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı için neden önemli olduğuna dair altı tema şeklinde açıklanmıştır.

1-Çok sayıda kişiyi etkilemesi: Ülkeler arasında yetişkin okuryazar oranları değişkenlik göstermektedir. Dünya genelinde yaklaşık %16 oranında okuryazar olmayan insan bulunmaktadır. Bahsedilen nüfusun üçte ikisi kadınlar tarafından oluşmaktadır. Farklı ülkelerde yapılan araştırmalar neticesinde insanların sağlık bilgilerini okuma, anlama ve uygun davranma konularında yetersiz oldukları gözlemlenmiştir.

2-Negatif sağlık sonuçları: Araştırmalar sonucunda yetersiz sağlık okuryazarlığı sonucunda rahatsızlanma ve tedavilerin aksamaması ve buna bağlı olarak insanların sağlıklarının olumsuz yönde ilerlemiş olduğu görülmektedir.

3-Kronik hastalık oranlarının artması: DSÖ dünya geneli ölümlerin birçoğunun dolaşım hastalıkları veya kanser gibi kronik hastalıklar neticesinde olduğunu belirtmektedir. Sağlık okuryazarlığı oranının artırılması insanların kronik hastalıkları karşısında kendilerini yönetmesinde önemli olacaktır.

4-Sağlık hizmetleri maliyetleri: Sağlık okuryazarlığı ve doğrudan maliyetleri bağdaştırmak sağlık okuryazarlığı ölçmek ve sağlık okuryazarlığının dolaylı bir maliyet etkeni olmasından dolayı zordur. Fakat dolaylı yoldan maliyetlerin yükseldiğine dair çalışmalar bulunmaktadır.

5-Sağlık bilgisi talepleri:21. Yüzyılda sağlık onam formları ve prospektüs gibi sağlıkla alakalı bilgileri içeren formlar hakkında 800'ün üzerinde çalışma yapıldığı ifade edilmektedir. Bu çalışmalar sonucunda insanların okuma becerileri ve materyaller arasında uyumsuzluk olduğu görülmüştür.

6-Eşitlik: Yetersiz sağlık okuryazarlığı neticesinde kaynaklanan bir sağlık problemi aynı zamanda bir etik sorun olarak değerlendirilmektedir. Sağlık problemi daha yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlıklarının geliştirilmesi eşitsizliklerin azaltılması açısından önem arz etmektedir (Kobayashi vd., 2014:5-100).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, 1974 yılında Scott Simonds, “*Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi*” adlı çalışmada sağlık eğitimi olarak ifade edilmiştir. Simonds makalesinde tıp eğitimcilerinin görevlerini gerekli olan bilgileri karşıya iletmek ve hastanın sorunlarının mümkün olduğunca anlaşılması olarak ifade etmiştir (Batterham vd., 2017:428).

Sağlık okuryazarlığı, eğitimin bir kategorisi olarak görülmektedir. Getiri ve riziko yaklaşımı ile ele alınan sağlık okur yazarlığı için Nutbeam 2008 yılında iki kökeni olduğunu ifade etmektedir. Bu iki köken, halk sağlığı ve klinik bakımdır. Sağlık okuryazarlığı kişisel bir kazanımdır aynı zamanda ise klinik bir risk içermektedir. Nutbeam’a göre risk veya kazanç modeli fark etmeksizin okuryazarlık ve aritmetik temeller benzerlik taşımaktadır. Aralarındaki ayrımı şu şekilde ifade etmiştir: Risk modelinde sağlık okuryazarlığı sağlık eğitiminden önceki statüdür. Kazanç modelinde sağlık eğitimi hedef odaklı ve bireylerin sağlıklarını etkileyen faktörler üzerinde durmalıdır(Nutbeam, 2008:2073-2074).

Şekil 24

Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri



Kaynak: Oflaz, N. (2018). *Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamalarına Etkisi* [Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi, 163.

Sağlık Okuryazarlığı Geçici Komisyonu’na göre Sağlık okuryazarlığının iki bileşeni vardır. Şekil-24 ‘de ifade edilen bu bileşenler şu şekilde ifade edilmiştir:

1-Bireysel Sağlık Okuryazarlığı: Bireyin sağlık ve sağlık okuryazarlığı hakkında kararlarını alabilmesi, önlem alma amaçlı bilgilere ulaşabilmesi, anlayabilmesi, değerlendirebilmesi ve sahip olduğu becerilerin kapasitesidir.

2-Sağlık okuryazarlığı çevresi: Sağlık sistemi içerisinde olan ve bireylerin sağlık bilgi ve hizmetlerine ulaşma, anlama, uygulama gibi bireysel becerileri üzerinde etkisi olan politika, süreç, malzemeler, kişiler ve tüm bu sistemin içinde olan etmenleri ifade eder (IOM, 2013:15).

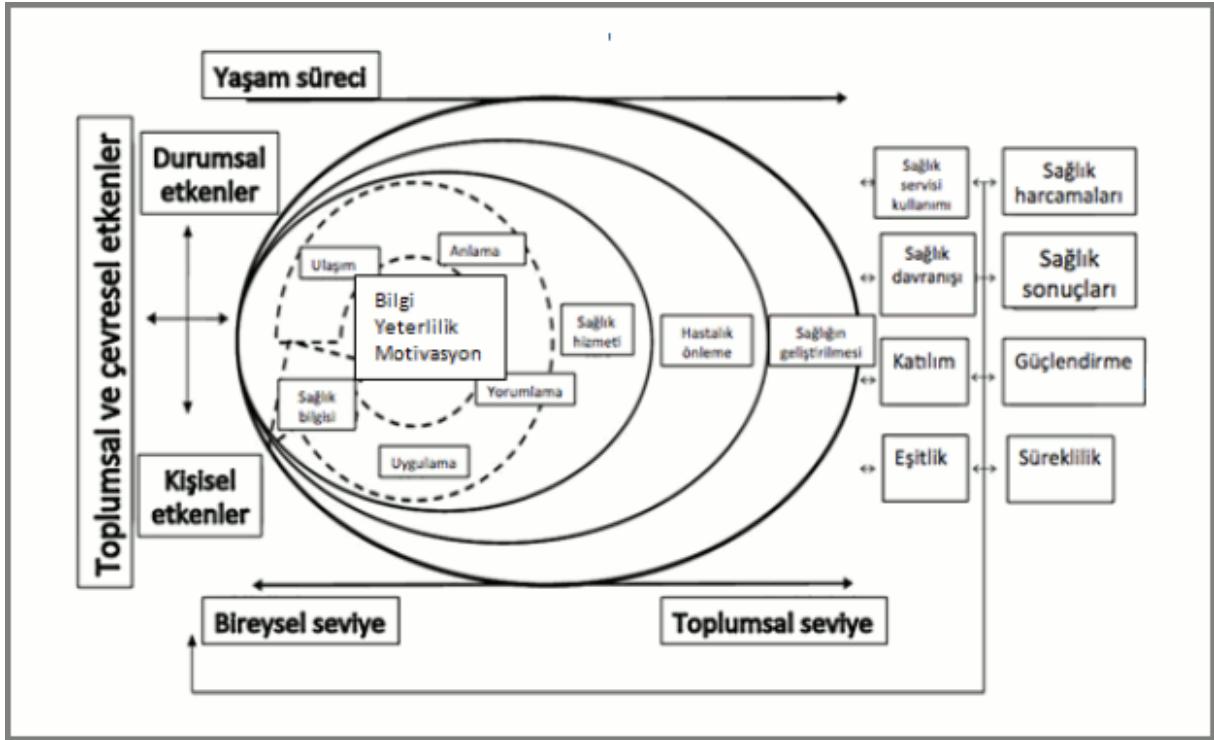
4.1.1. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Kavramsal Modeller

Bu alanda birden fazla model oluşturulmuş ve zamanla güncelleştirilmiştir. Oluşturulan modeller arasından en çok kullanılan Sorensen ve diğerleri tarafından geliştirilen, Avrupa'nın büyük bir kısmında ve ülkemizde de kullanılan sağlık okuryazarlığının bütünleşik modelidir. Sorensen 2012 yılında sağlık okuryazarlığının 17 değişik tanımını ve 12 soyut modelini incelemiştir. Sağlık hizmetleri, hastalıkların önüne geçme, sağlıklı olmayı teşvik etme ve sağlık sisteminin geliştirilmesi amacıyla, sağlıkla alakalı bilgilere ulaşma, anlamlandırabilme, değerlendirebilme ve uygulamaya geçirme, motive olma, sağlık bilgisine erişme, yeterlilik sahibi olma konularını içeren on iki boyut içeren tümleştirici bir model geliştirmişlerdir (Sorensen vd., 2012:1).

Yararlanılan on yedi tanımdan bazıları şunlardır: DSÖ tanımı, Nutbeam'ın işlevsel tanımı, eleştirel sağlık okuryazarlığı tanımı, Amerikan Tıp Derneği tanımı, sivil okuryazarlık tanımı, halk sağlığı tanımı, Tıp Enstitüsünün tanımı.

Toplumsal çevre etkileyicileri ve sağlık okuryazarlığı karşılıklı bir ilişki içerisinde bulunmaktadır. Kişisel özellikler olarak nitelenen bireyin doğumdan itibaren geçirdiği süre, kadın veya erkek olması ,sosyal ve fiziksel özellikleri, eğitim durumu, kültürel özellikleri, okuma, anlama becerisi ile sağlık okuryazarlığı faktörleri karşılıklı etkileşim içerisinde (Şimşek, 2012:114).Şekil-25'te bu etkileşimleri ve sağlık okuryazarlığına ilişkin kavramsal modeli görülmektedir.

Şekil 25
Sağlık Okuryazarlığı ve Halk Sağlığı



Kaynak: Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Gerardine, D., Pelikan, J., Zofia. S., Helmut, B. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 . <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Şekil-25 te gösterilen model bilgilere ulaşım, anlama, yorumlama ve uygulama olarak dört madde ile ifade edilmiştir. Bu dört madde sağlık hizmetleri, hastalık önleme ve sağlığın geliştirilmesi çerçevesinde 12’li bir yapıya dönüştürülmüştür.

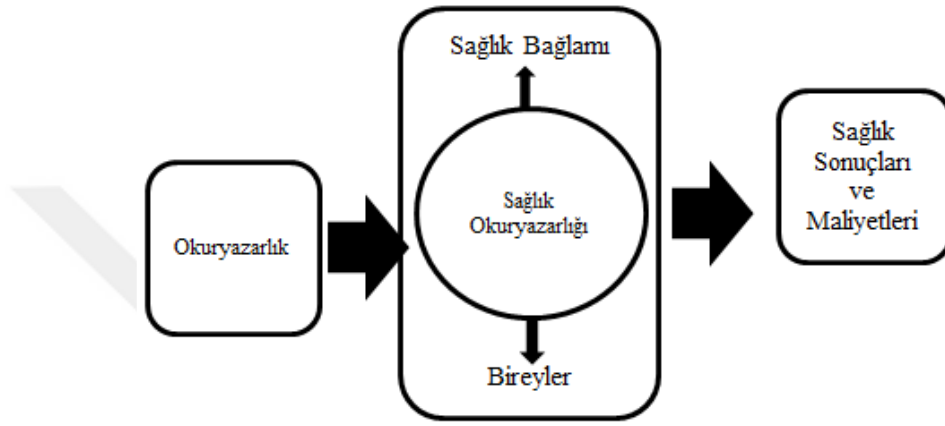
Şekil 26
Sağlık Okuryazarlığının Sağlığın Alanlarına Uygulanan Boyutları

	Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişme/Elde Etmek	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlamak	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirmek	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Uygulamak
Sağlık Hizmetleri	Tıbbi veya klinik konularda bilgilere erişme	Tıbbi bilgiyi anlama ve anlam kazanma becerisi	Tıbbi bilgiyi yorumlayabilme ve değerlendirebilme	Tıbbi konular hakkında bilinçli kararlar alma becerisi
Hastahkların Önlenmesi	Sağlığı riske eden faktörlerle ilgili bilgilere erişim	Risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olma ve anlam çıkarma	Sağlık ile ilgili risk faktörlerini yorumlayıp değerlendirebilme	Sağlık ile ilgili risk faktörleri konusunda bilinçli kararlar verebilme
Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlığın Toplumsal ve Çevresel Belirleyicileri ile İlgili Kendini Sürekli Yenilemek	Sağlığın Toplumsal ve Çevresel Belirleyicilerine ilişkin bilgilere anlam kazandırma	Sağlığın Toplumsal ve Çevresel Belirleyicilerine ilişkin bilgileri değerlendirmek	Sağlığın Toplumsal ve Çevresel Belirleyicilerine ilişkin bilinçli karar verme

Kaynak: Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Gerardine, D., Pelikan, J., Zofia. S., Helmut, B. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 10 . <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Şekil-25'te Okuryazarlığa etki eden toplumsal ve kişisel belirleyicileri göstermektedir. Sağlık okuryazarlığına etki eden toplumsal çevre faktörleri (örn. Dil, din, siyasi olaylar) ve kişisel faktörler(yaş, cinsiyet, ırk, eğitim, gelir) ile durumsal faktörler (aile etkisi, fiziksel çevre, sosyal medya kullanımı) dahil olmakla beraber tüm bu faktörler arasında bir ayrım söz konusudur(Sorensen vd., 2012:10-12).

Şekil 27
Sağlık Okuryazarlığının Tablosu

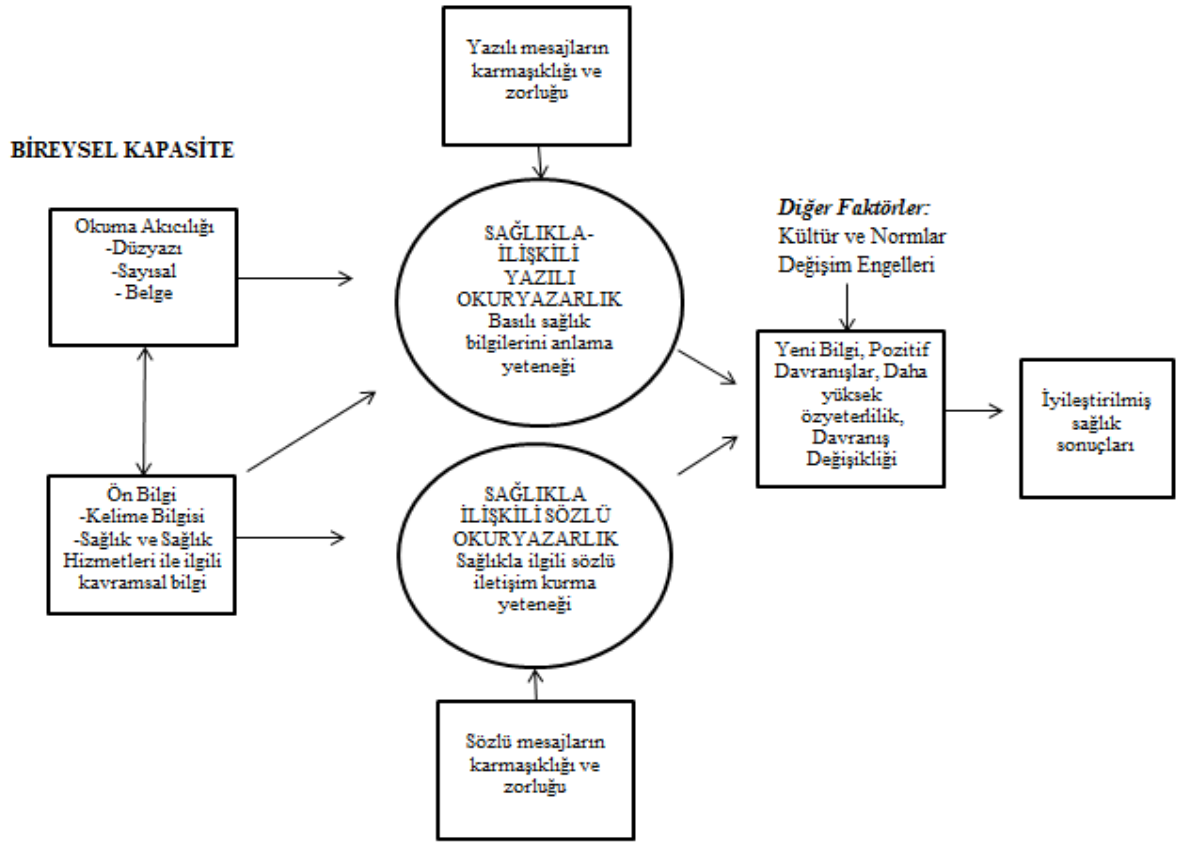


Kaynak: Bohlman, L., Alison, M. P., David, A. K. (2004) *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. The National Academies Press, 33.

Şekil-27, sağlık okuryazarlığını bireysel durumla ilişkilendiren bu çerçeve 2004 yılında Institute Of Medicine tarafından oluşturulmuştur. Bu modele göre okuryazarlık temeline dayanan sağlık okuryazarlığı, bireyler ve sağlık bağlamı arasında etkileşim durumuna sahiptir. Kişiler sağlık bağlamına kişisel yeteneklerini, sosyal durumlarını, duygusal durumlarını, görsel ve işitsel yeteneklerini iletirler. Model sonucunda ise sağlık okuryazarlığının yetersiz olması sağlık sonuçlarına ve maliyetlerine etki etmektedir. IOM sonuçlarına göre 2004 yılında yapılan araştırmada , sağlık hizmetlerini kullanmada yükselme, koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanma , sağlık hizmetlerini kullanmadan doğan maliyet artışı şeklinde ifade edilmiştir(IOM, 2004). Kavramsal modeli ise Baker'in 2006 yılında geliştirdiği modeldir. Model, sağlık okuryazarlığına kişinin bireysel geliştirdiği kapasitesinin çıktısı olarak bakmakta ve bireysel kapasite ve sağlık okuryazarlığı şeklinde iki kaynaktan beslenmektedir. Model geliştirici , kişinin kapasitesini sağlık sektörü ve sağlık çalışanı ile ilgilenilmesi olarak ele almakta ve bu kapasiteyi geliştirmedeki iki faktörü okumadaki akıcılık ve geçmişten bugüne elde edilen bilgi birikimi olarak ifade etmektedir. Modeldeki diğer önemli faktör ise sağlık okuryazarlığının kendisidir(Baker, 2006:878-883).

Şekil 28

Sağlıkla İlişkili Okuryazarlık Çeşitleri Ve Sonuçları



Kaynak: Baker D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 879. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>

Şekil-28’de bireysel kapasitenin sağlık okuryazarlığına yazılı ve sözlü katılımını görülmektedir. Bu iki faktörün diğer faktörlerle birleşince iyileştirilmiş sağlık sonuçları çıktısını verdiğini şekil ifade etmiştir. Sağlık okuryazarlığına bireysel olan faktörler (okuma akıcılığı, düzyazı, sayısal yada belge , kelime bilgisi, sağlık alanında temel bilgiler) kadar diğer faktörlerin de (yeni bilgiler, pozitif davranışlar, daha yüksek özyeterlilik, davranış değişikliği) etkili olduğunu tablo da Baker ifade etmiştir.

Çalışmanın bu bölümünde sağlık okuryazarlığı ile ilgili teorik bilgiler ve modellere yer verdik. Bu modellerin ve çalışmaların neden yapılması gerektiği konusuna sıradaki konu olan sağlık okuryazarlığının önemi konusunda değinilmiştir.

4.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı tanımından nasıl önem arz ettiğine bakarsak kişinin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için sağlık bilgilerini anlama ve yorumlama yeteneğinin olması önemlidir. Yetersiz olan sağlık okuryazarlığı düzeyi bireylerinde, daha iyi derecede sağlık okuryazarlığı olan bireylere göre daha yüksek sağlık masrafları yaptığı , hastanede kalma zamanlarının arttığı,

hastalıklarının tekrarladığı, sebepsiz yere istem yaptırma ve istek oranlarının arttığı bilinmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı bulunan bireylerin acil servisleri fazlasıyla meşgul etmesinden kaynaklı oluşan yoğunluk ise genel olarak acil servisin iş akışının azalmasına sebep olmaktadır. Tüm bu nedenler ışığında sağlık maliyetlerinin de arttığı ifade edilmektedir(Baker vd., 1998:791-798).

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler, yeterli olan bireylere göre daha az koruyucu sağlık hizmetlerini kullandığı görülmüştür. Aynı zamanda kronik hastalıkların hastalık yöntemlerinin daha kötü olduğu görülmektedir(Sadeghi vd., 2013:8-72). Kronik hastalıklar ve sağlık okuryazarlık ilişkisine bakıldığı zaman Tip 2 Diyabet, diyalize gitmek zorunda olan böbrek hastalıkları, KOAH ve ruhsal hastalıklar sebebiyle görülen bireylerde, yetersiz sağlık okuryazarlık sebebiyle kendilerine bazı aşılmaz duvarlar oluşturdukları ve bunların aşılması gerektiği ifade edilmektedir(Dageforde, 2013:9).

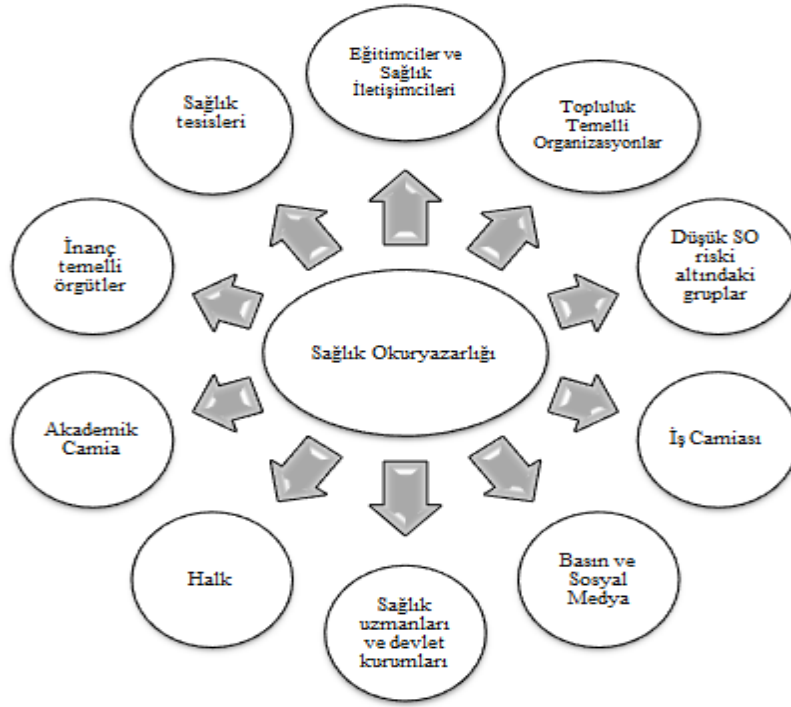
Düşük sağlık okuryazarlığı aynı zamanda koruyucu hizmetlerde tarama testlerinin uygulanması açısından sorun oluşturmaktadır. İngiltere’de uygulanan sistemde kolon kanseri tarama tedavileri için kişilerin evlerine belgeler gönderilerek bilgilendirilmeye çalışılmakta fakat buna rağmen bazı kişiler tarama testlerine katılım sağlamamaktadır. Katılım oranının düşmesinin en büyük nedeni düşük sağlık okuryazarlık düzeyi olduğu söylenmektedir(Kobayashi vd., 2014). Aynı zamanda meme kanseri teşhisinde kullanılan tarama testleri, usg ,mamografi gibi sağlık hizmetlerinden kaçınarak kendi kendine muayene yapma gibi olayların da düşük sağlık okuryazarlığı sebebi olduğu bilinmektedir(Shoou-yih vd., 2013).

Yapılacak olan çalışmalarda toplumun sağlık okuryazarlık düzeyi araştırılarak buna uygun hazırlık yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyi kişilerin yazılı materyalleri okuyup, anlama ve yorumlama da eksik kaldığını ve buna uygun davranmalarını zorlaştırdığını göstermiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin bireylerin yaş , eğitim durumu, cinsiyet gibi özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir(Çopurlar ve Kartal, 2016:45).

Sağlık hizmeti talep eden bireyler kadar uzun dönemde istifade edecek olan eğitimciler ve sağlık girişimcileri, topluluk temelli organizasyonlar, iş camiası , basın ve sosyal medya, sağlık uzmanları ve devlet kurumları, halk, akademik camia, inanç temelli örgütler, sağlık tesisleri gibi diğer paydaşlardır(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011:159). Şekil-29 ‘da bu paydaşların 2012 yılında Wayne Mitic ve Rootman tarafından gösterimi görüntülenmektedir.

Şekil 29

Sağlık Okuryazarlığı ve Hissedarları



Kaynak: Rootman, I. Mitic, W. (2012). An Inter-sectoral approach to improve health literacy for Canadians: a discussion report. *Public Health Association of BC, Public Health Agency of Canada*, 18.

Tüm bu sistem açısından önemli argümanlara bakıldığında sağlık okuryazarlığı nasıl gelişmelidir? Gelişmesinde rol oynaması gereken kişi yada kurumlar kimlerdir? Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ile ilişkisi nedir ? gibi soruların cevaplarını alınmıştır. Sağlık okuryazarlığı toplumumuzun anlayacağı bir şekilde düzeylerine uygun şekilde politikalar üretilerek gelişebilir. Gelişmesinde toplum olarak sağlık politika yapımcıları ve halk birlikte rol oynamalıdır. Sağlık harcamaları ile olan direkt ilişkisine ise bir çok bölümde yer verildi ve ciddi sağlık harcaması artışına neden olduğu bir çok akademik yazı ve raporla kanıtlanmıştır. Sıradaki bölümde sağlık okuryazarlığının nasıl ölçüldüğü ve düzeylerine değinilecektir.

4.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Ölçüm Şekilleri

Kişilerin sağlık okuryazarlıklarını değerlendirmek amacıyla ilk zamanlar direkt olarak okuyup anladıklarını sormak ile ölçüm yapılırsa da zaman içerisinde farklı ölçüm çeşitleri türemiştir. Her ülkenin ulusal sağlık sistemi farklıdır. Bundan kaynaklı kendi ulusal sağlık sistemlerine özgü ölçüm sistemleri geliştirme çabaları içerisinde bulunduklarıdır. Bölümümüzün ilk kısmında sağlık okuryazarlığı düzeylerine akabinde ölçüm şekillerine değinilecektir.

4.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Global çapta bu konuda araştırma ve çalışma yapan bir çok kurum ve kuruluş bulunmaktadır. Bu kuruluşlar , sağlık okuryazarlığı konusunda şahsi yetenekleri geliştirme konusunda kazanımlar amaçlamışlardır(Richtering vd., 2017:1-9). En çok kullanılan ve bilinen tanımlamaya göre Sağlık okuryazarlığı üç tanımda ifade edilmektedir(Ishikawa ve Kiuchi,2010;4:18).Bu tanımlamalar şu şekildedir:

1-İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı(Functional Literarcy): Kişilerin günlük kullanacağı sağlıkla ilgili bilgileri anlamasına yardımcı olan basit okuma yazma becerisinin kazandırılmasıdır. Bireylere sağlıkla ilgili temel bilgileri verir ve sağlık sistemini nasıl kullanacaklarını ifade eder(Marques ve Lemos, 2017).

2-Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı (Interactive Health Literarcy):Bilimsel kazanım oluşturma ve sosyal beceri konularını içerir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmesine örnek olarak okullardaki sağlık bilgisi veya farklı grup toplumlardaki iletişimin sağlanması gösterilebilir(OSBORNE, 2013).

3-Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı (Critical Health Literarcy):Kişinin sağlık uygulamalarında aktif ve bilişsel olarak rol almasıdır. Kişiler sağlıklarıyla alakalı aktif rol alabilirler ve sağlık personelleriyle iletişim halinde olabilirler(Ilgaz ve Gözüm, 2016). Bireyler için sağlıkla alakalı bilgileri anlamak, yorumlamak, istifade etmek ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak birer kişisel haktır(Kobayashi vd., 2014:100-105).Sağlık okuryazarlığını geliştirmedeki en önemli kriter sağlık okuryazarlığının temel eğitimin bir ögesi olarak görülmesi gerekliliğidir.2014 yılında Westra ve arkadaşları sağlık okuryazarlığını geliştirmede iki önemli yol olduğunu ifade etmiştir. İlk olarak kişileri doğru bilgi kaynakları ile buluşturma ve ihtiyaç halinde o kaynaklar nezdinde düşünmesini amaçlamaktadır. İkinci olarak kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine paralel bir kaynak oluşturmak sonrasında oluşturulan kaynağı kendilerine sunmaktır(Westra vd., 2014:446-455).

4.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Araçları

Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ölçümü yapılmaya başlanan dönemlerde‘ ‘Sağlık materyali elde ettiğinizde anlayabiliyor musunuz?’’, ‘‘Sağlık materyallerini okumada desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz?’’ gibi çeşitli sorularla , hastaların cevaplarına göre bu alandaki okuryazarlıkları ölçülmeye çalışılıyordu (Çopurlar ve Kartal, 2016:43). Sağlık okuryazarlığı konusu giderek önem kazanır bir hale gelmiş ve ölçek geliştirme çalışmaları başlamıştır. Çalışmamızın ölçüm araçları kısmında, bir çok test biçiminden bahsedilmiştir.

4.3.2.1. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA)

Paker vd. tarafından 1995 yılında oluşturulmuştur. İngilizce, İspanyolca ayrıca Türkçe versiyonları bulunmaktadır. Türkçe versiyonunun güvenilirlik testi Üçpunar ve Piyal tarafından 2014 yılında yapılmıştır(Sarıyar ve Kılıç, 2019:129).Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kişilere bilgiler verilip bu bilgiler doğrultusunda sorular sorulmuş, ikinci bölümde ise sağlıkla alakalı paragraflar verilip paragraflara uygun kelimeler seçmeleri istenmiştir. Ölçek 22-26 dk arasında uygulanmaktadır. TOFHLA ölçeğinin ölçme bakımından pozitif yönü bireylerin sayısal verileri anlama ve sağlıkla alakalı metinleri okuyup anlamasının ölçülmesidir. Negatif yönü ise okuma yeteneğine dayanması ve ölçek uygulama süresinin uzun olmasıdır(Çopurlar ve Kartal, 2016:44).

4.3.2.2. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okur yazarlılık Kısa Test (S-TOFHLA)

Parker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilen TOFHLA ölçeğinin kısa versiyonudur. İngilizce ve İspanyolca versiyonları bulunmaktadır.

TOFHLA uzun süreli bir ölçme aracı olduğundan dolayı ölçekteki sayısal veriler çıkartılmış ve sadece okuma ve anlama becerileri üzerine bir test kalmıştır(Westra vd., 2014:445-455).

4.3.2.3. Tıpta Yetişkin Okur yazarlılığının Hızlı Ölçümü (REALM)

1992 yılında Davis vd. işbirliğiyle geliştirilmiştir. İngilizce ve Türkçe versiyonları bulunmaktadır. 2010 yılında Türkçe versiyonu için, Özdemir ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik testi yapılmıştır. Ölçekte sırayla artan zorlukta bulunan 66 kelimenin tanınması ve okunuşlarının değerlendirilmesi çalışması yapılmıştır.3-6 dakikada uygulanabilirliği araştırmaların hızlı bir şekilde yapılmasını sağlamıştır. Negatif yönü ise REALM ölçeği anlama ve sayısal yetenek bakımından becerileri ölçmemektedir(Özdemir vd., 2010:464-477).

4.3.2.4. Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (NVS)

2005 yılında Weiss vd. işbirliğiyle oluşturulmuştur. İngilizce, İspanyolca ve Türkçe versiyonları bulunmaktadır. 2010 yılında Türkçe versiyonu için, Özdemir ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik testi yapılmıştır. Altı sorudan oluşan bu ölçek okuma ve anlama konularını ölçmektedir. Gıda etiketlerinde uygulanan bu testin dört sorusu matematiksel yetenek ölçme amaçlı, son iki sorusu etikette olması gereken bilgiyi bulmaya yönelik yapılmaktadır. Doğru cevaplar için bir puan verilmektedir(Sarıyar ve Kılıç, 2019:129).

4.3.2.5. Geniş Kapsamlı Başarı Testi (WRAT-R)

2004 yılında Dewalt ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Yalnızca İngilizce versiyonu bulunmaktadır. Kelimeleri okumak ve konuşmak ile ilgili olan bu testin anlamak ile ilgili bir ölçme kısmı bulunmamaktadır.5 ve 75 yaş aralığında uygulanan bu test her yaş grubunun kendi

içinde kıyaslaması sonucu puanlama yapılarak karşılaştırma yapma imkanı sunar(Sezgin, 2013:73-91).

4.3.2.6. Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL)

2003 yılında Amerika’da geliştirilmiştir. Amerika’nın en gelişmiş yetişkin okuryazarlık ölçütü olarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme yalnızca yetişkinlerin okuryazarlıklarını ölçmekten ziyade politikacılara, araştırmacılara ve halka bilgi vermektedir. Üç kıstasta (düz yazı, belge ve niceliksel yazı) ve dört kategoride (yetersiz, temel, orta düzey, yetkin) değerlendirme yapılmaktadır(Kutner vd., 2006:2-5).Düzeyle uygun değerlendirme skorları Şekil-30’da belirtilmiştir.

Şekil 30
Değerlendirme Skorları

Yetersiz (Below Basic)	Temel (Basic)	Orta Düzey (Intermediate)	Yetkin (Proficient)
Düz Yazı: 0–209	Düz Yazı: 210-264	Düz Yazı:265-339	Düz Yazı:340-500
Belge (Doküman):0–204	Belge (Doküman): 205-249	Belge (Doküman): 250-334	Belge (Doküman): 335-500
Niceliksel: 0–234	Niceliksel :235-289	Niceliksel :290-349	Niceliksel :350-500

Kaynak: Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America’s adults: Results from the 2003. National Assessment of Adult Literacy*, 5.

4.3.2.7. Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi (MART)

1997 yılında Hanson ve Divers tarafından geliştirilmiştir. Yalnızca İngilizce versiyonu bulunmaktadır. Sesli bir şekilde okuma yapılması istenen bir testtir. Başka testlerden farkı kişilere testi neden okuyamadıkları sorulur. Bireylerin sebeplerini açıklamalarına imkan tanınır(Sarıyar ve Kılıç, 2019:129).

4.3.2.8. Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması (SILS)

2006 yılında Morris ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Yalnızca İngilizce versiyonu bulunmaktadır. Kişilerin basılı olan sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmeye yönelik bir çalışmadır. Tek bir sorudan oluşmaktadır. Şu şekildedir; Hekiminizden veya eczacınızdan aldığınız sağlık direktiflerini, kağıtları veya yazı ile ifade edilen herhangi bir materyali okumak için ne aralıkla yardıma ihtiyaç duyarsınız?. Bu test beceriden ziyade ihtiyaca yöneliktir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014:4).

4.3.2.9. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği

2004 yılında Rudd ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Yalnızca İngilizce versiyonu bulunmaktadır. Sözel, matematiksel veriler ve paragraflar içeren bölümler ile ilgili maddeler içermektedir. Sağlığa teşvik, korunma yöntemleri, hastalıkları önleme, sağlık sistemlerini içermektedir (Baker, 2006:878-883).

4.3.2.10. Anne-Baba Sağlık Okuryazarlığı Aktivite Testi Kısa Formu

Kumar vd 2010 yılında oluşturmuşlardır. İngilizce, İspanyolca ve Türkçe versiyonları bulunmaktadır. 2016 yılında Topuz tarafından Türkçe versiyonu için geçerlilik ve güvenilirlik testi yapılmıştır. 0-1 yaş döneminde bebekleri bulunan ebeveynler için sayısal becerileri ve sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçmek amaçlı tasarlanmıştır. Test, bir yaş öncesi bebeklerin rutin kontrolleri ve hekimlerin, ebeveynlere verdiği direktifler çerçevesinde oluşturulmuştur (Kumar vd.,2010; Topuz,2016).

4.3.2.11. Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği (HLS-EU)

2015 yılında Sorensen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. İngilizce ve Türkçe versiyonları bulunmaktadır. 2015 yılında Çimen ve Bayık Temel tarafından Türkçe versiyonu için güvenilirlik ve geçerlilik uygulaması yapılmıştır. Bu test birden fazla sağlık dönemini (koruyucu hizmetler, tedavi dönemi ve rehabilite dönemi) ayrıca dört adet bilgileri değerlendirme aşamasını (erişme, değer biçme, anlama ve uygulama) içerir (Çimen ve Bayık, 2015:105-125; Sorensen vd., 2012:80).

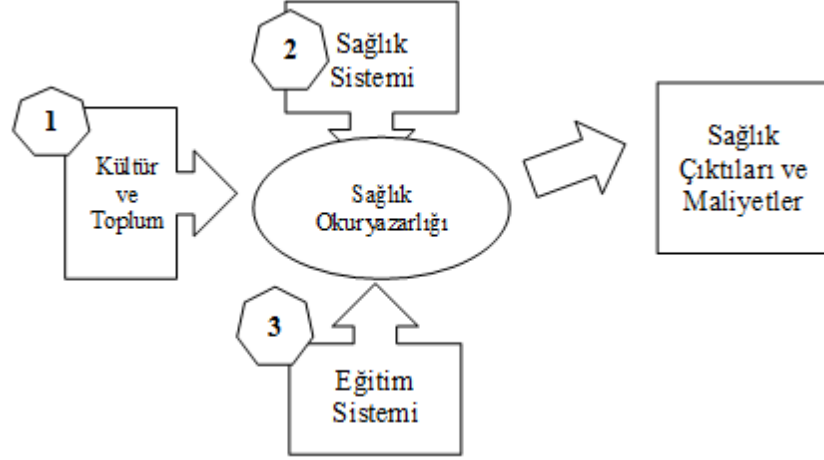
4.4. Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler

Kişilerin SOY düzeyleri sağlık sistemine, eğitim düzeylerine, kültürlerine ilişkin beceri ve iletişimlerinin bir sonucudur (IOM, 2014). Kişiler, sağlık okuryazarlığını bulundukları sosyal ortama bağlı edinirler. Kullanılan sağlık sistemi, bulundukları ortam, iletişim becerileri ve kültür kişilerin sağlık okuryazarlıklarını belirler (WHO, 2013).

Uluslararası Göç Örgütü, sağlık okuryazarlığı sebebiyle ortaya çıkan olumsuz sonuçları ölçmek üzere değişik dallardan bilirkişileri bir araya getirerek Sağlık Okuryazarlığı Komitesi'ni toplamıştır. Toplanan bu komite sağlık okuryazarlığı alanında müdahale alanı gerektiren bir tablo geliştirmiştir. Bu tabloya göre bireylerin sağlık okuryazarlıkları eğitim sistemi, kültür ve toplum, sağlık sistemi ile etkileşim halindedir ve tüm bunlar, sağlık çıktıları ve maliyetleri etkilemektedir(IOM, 2004:5).

Şekil 31

Sağlık Okuryazarlığına Potansiyel Müdahale Alanları



Kaynak: Bohlman, L., Alison, M. P., David, A. K. (2004) Health Literacy: A Prescription to End Confusion. The National Academies Press.

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler bireysel ve sistemsel olarak ikiye ayrılmaktadır.

Faktörler sağlık okuryazarlığı sağlık sonuçlarına etki etmektedir.

Bireysel Faktörler; Kişilerin yaşı, kadın veya erkek olmaları, becerileri, ruhsal sağlıkları, sağlıklarını kontrolleri, kişisel koşulları, sosyoekonomik durumları, inançları, sosyal destek alma durumları.

Sistemsel Faktörler; Personelin diğer kişilerle diyalog kurabilme durumu, sağlık alanında anlatılanların sadeliği, hastalardan beklentiler, kısa zamanda iyileşme stresidir. (Gözlü, 2020:140).

4.5. Sağlık Okuryazarlığında Piyasa ve Toplum Unsurları

Piyasaların korunması düşüncesi zaman içerisinde sağlığın korunması düşüncesinden daha fazla önemli bir hale gelmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili şeffaflık konusunda bir sorun ve çekişme hali almaktadır. Bu çekişme, yediği besinin üretim yeri ve içeriğini, sağlık kuruluşlarındaki enfeksiyon oranlarını, nerelerde çocuk yaştaki kişilere alkol ve sigara satıldığını ve kolayca anlaşılır bir şekilde çevre kirliliği hakkında vatandaşların bilgilenmek istemeleri ile alakalıdır.

Sağlık okuryazarlığındaki en önemli faktör toplumlardır. Kişiler, evlerinde veya yaşadıkları ortamda sağlıklarıyla alakalı günlük karar alırlar. Sağlıkla ilgili bilgilerin ilk alındığı yerler insanların kendi çevreleri aileleri, okul veya iş arkadaşlarıdır. Tüm bu kaynaklar sağlığın gelişmesini engelleyici davranışlar yapmakla beraber, kendi kendine tedavi, ilk acil yardım veya alternatif tedavilerle alakalı doğru veya yanlış bilgiler iletebilirler. Toplumumuz için sağlık okuryazarlığı artırılması durumunda temelde olan bu kaynakların bilinçlenmesi

sonucunda iletilen bilgilerin doğruluğu artacak ve toplumun kendine veya bir başkasına zarar verme olasılığı düşecektir.

Tüketici olan toplumlar için günlük karar verme süreci olumsuz olabilmektedir. Kişiler günlük yaşantılarında sağlık okuryazarlık oranlarının düşük olmasından kaynaklı, hangi ürünün sağlıklı veya ne gibi hareketlerin sağlıklı olması konusunda çelişkilere düşmektedirler. Çoğu insan sağlıklı seçimler yerine daha basit ve anlaşılır seçimlere yönelmektedir. İnsanların çoğu bir çok pazarlama stratejisini teşkil eden duygusal yada o anki durumla alakalı hissettikleriyle hareket etmektedirler(İlona vd., 2015:41).

Şekil 32 Sağlıklı Karar Verebilme Süreci



Kaynak: Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F. ve Tsouros, A. D. (2013). Sağlam Kanıtlar Sağlık Okuryazarlığı. (Çev. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği), 42.

Topluma yönelik destekleyici ortamlar oluşturarak sağlık okuryazarlığı ile beraber sağlık düzeyi artırılabilir. İnsanlar hangi gıdaların sağlığa yararlı olduğunu anlamalıdır. Fakat gıda sektöründe yiyecek ve içecekler açısından destekleyici önlemlerin ihtiyacı gün geçtikçe artmaktadır. Örnek uygulamalar açısından; yemeklerin kalori miktarlarının belirtilme zorunluluğu, trafik ışığı sistemi örneğinde olduğu gibi sağlıklı ve sağlıksız gıda seçimlerinin belirtilmesi, sağlıklı gıdaların ilgi duyulabilecek ambalajlamaya sahip olması ve kolay temin edilebilir olması ve tüketicinin gıda hakkındaki bilgileri öğrenme hakkının kanun ile sabit tutulması(İlona, 2015:42).

Sağlık okuryazarlığı, mal ve hizmet olarak sıradan bir ürün olarak görülmemelidir. Birçok faktörü piyasayı ve toplumu etkileyen çok yönlü bir sistem ağıdır. Piyasa ile bu kadar direkt olarak etkisi sadece sağlık ekonomisini değil ülke ekonomisini de yakından ilgilendirmektedir. Sağlık okuryazarlığı, sadece sağlık sistemlerini değil gıda, alışveriş, teknoloji ve tekstil gibi bir çok sektörün hizmet anlayışına etki etmekte ve sektörlerin gelişmesine katkı sağlamakta olduğunu ifade edilmektedir.



BÖLÜM 5 :TÜRKİYEDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ, SAĞLIK OKURYAZARLIĞIN SAĞLIK HARCAMALARI İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık okuryazarlığı konusu global çapta önem kazanmakta ve ülkemizde de yapılan ölçek çalışmaları ve farkındalığın artması ile beraber konunun politika ve sağlık sistemleri açısından önem arz ettiği söylenebilir. Bu bölümde ülkemizdeki sağlık okuryazarlığı gelişimi, nasıl değerlendirilme yöntemlerinin olduğu ve harcamalar ile ne gibi bir bağının olduğu işlenmiştir.

5.1. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Hasta hakları yönetmeliği 1998 yılında 23420 sayılı resmi gazete de yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre hasta, adil ve hakkaniyetli bir şekilde sağlıklı yaşama teşvik içeren faaliyetler ayrıca koruyucu hizmetler temin edilerek , sağlık hizmetlerinden ihtiyacına uyumlu bir şekilde faydalanma hakkı bulunmaktadır. Aynı zamanda hastanın bahsedilen hakkı doğrultusunda sağlık personelleri adil ve hakkaniyetli bir şekilde hizmet vermekle yükümlüdür ifadelerini içermektedir. Hastaların bilgi talep etme, hastanesini seçme ve değiştirme, sağlık personeli belirleme ve değişimi , belirli durumlarda öncelik talep etme gibi hakları da bulunmaktadır (Resmi Gazete, 1998).

Sağlıkta dönüşüm programı(SDP) ile beraber kişilerin sağlık ihtiyaçlarının taleplerinde güçlendirmeler yapılmıştır. Bu güçlendirmeler sağlıkta dönüşüm programının insan merkezlilik ve katılımcı olma ilkeleri ile paralel bir şekilde yapılmışlardır(Yıldırım, 2015:1).

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi durumu, direkt olarak ifade edilmese de 663 sayılı ‘‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’si hükmüyle görevine başlayan Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü(SGGM)’nün görevleri arasında yer almıştır(Yıldırım, 2015:4).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası(Sağlık-sen)’in 2014 senesinde yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ülkemizde geniş çaplı bir sağlık okuryazarlığı çalışması olmuştur.

Çalışmaya 4924 kişi katılmıştır. Katılımcıları seçerken Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması 1 (İBBS-1) kullanılmıştır. Bölgelerin kendi içlerinde sağlık okuryazarlık düzeylerinin benzer oldukları düşünülmüştür.12 bölgeye ayrılan ülkemizde rastgele iller seçilerek 23 il çalışmaya dahil edilmiştir. Rastgele örneklemeler belirlenerek mahalleler, işyerleri, haneler belirlenmiştir.3 aylık bir veri toplama süreci sonunda bilgilerden istifade edilmiştir. Çalışmalar sonucunda, toplumun 1/3’ünün iyi düzeyde sağlık okuryazarlığı

düzeyinde olduğu görülmüştür. Sayısal verilerle 4,1 milyon kişi mükemmel, 15 milyon kişi yeterli, 21,6 milyon kişi sorunlu ve 13,2 milyon kişi yetersiz olarak ifade edilmiştir(Sağlık-sen, 2014).

Ülkemizdeki sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının nedenleri çeşitli olmakla birlikte bazıları şu şekildedir; bireylerin sağlık sistemlerini yeterli şekilde tanımlıyor oluşu ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda yetersiz bilgi sahibi olmaları. Sağlık-Sen'in yürüttüğü çalışmaya bakıldığında sağlık alanında politik çalışmalar açısından da toplum olarak bilgi birikimimizin yetersiz olduğu söylenebilir. Sağlık alanında yapılan kampanyalar ve bu kampanyalar hakkında farkındalığımızda yeterli düzeyde değildir (Tanrıöver vd., 2014:54-60). Ülkemizde sağlık okuryazarlığı alanında yapılan çalışmalardan bazısını bu bölümümüzde inceleyeceğiz.

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, sağlık okur yazarlığı ile alakalı 2012 yılında bir çalıştay düzenlemiştir (Çopurlar ve Kartal, 2016:42-47). Obezite ile mücadele, diyabet ile mücadele, tütün ile mücadele gibi sağlıklı yaşam kültürünü geliştirecek konular işlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı 2015 faaliyet raporuna göre kırım Kongo kanamalı hastalığı konusunda sağlık okuryazarlığını durumunu tespit etme çalışması icra edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015:83).

2013-2017 Stratejik planında “Kişilerin şahsi sağlık sorumluluklarını arttırmak hedefiyle sağlık okuryazarlığını arttırmak” amacı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı hedef doğrultusunda toplum sağlık okuryazarlığını belirleme ve artırma, halkta sağlık okuryazarlığını artırma amaçlı haberleşme konularını güçlendirme konu başlıklı uygulamaları faal hale getirmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2011 yılında “Sağlık okuryazarlığı” adı ile resimler içeren bir kitap yayımlamıştır (Çetin, 2012).Sağlık sen 2014 yılında 4924 kişi ile 23 ilde anket yaparak sağlık okuryazarlığı haritası çıkartılması amaçlanmıştır(Sağlık-sen, 2014).Ankara Üniversitesi tarafından uzaktan eğitim programları ile “Sağlık okuryazarlığı e-öğrenme sertifikası programı” düzenlenmiştir(Ankara Üniversitesi, 2014).

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 stratejik planında Sağlıklı yaşamı özendirmek ve yaygın duruma getirme amaçlı sağlık okuryazarlığı başarımlı göstergeli plan yapmıştır. Bu planı Tablo-7’de görüntülenmektedir.

Tablo 7**Sağlık Bakanlığı, Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmek ve Yaygınlaştırmak**

Amaç	Sağlıklı Yaşamı Özendirmek ve Yaygınlaştırmak				
Hedef	Şahsi sağlıklarına önem vererek ve sağlık sistemini aktif olarak kullanan, sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler oluşturma amacıyla.				
Performans Göstergeleri	Hedef Etkisi Yüzdelik	2017 değerleri	2023	İzleme Sıklığı	Raporlama Sıklığı
Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Yüksek (Yeterli ve Mükemmel) Olanların Oranı (%)	25	31,1 (2017)	40	5 Yıl	5 Yıl
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Yüksek (Yeterli ve Mükemmel) Olanların Oranı (%)	25	28,4(2017)	40	5 Yıl	5 Yıl
Tedavi ve Hizmetlere Yönelik Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Yüksek (Yeterli ve Mükemmel) Olanların Oranı (%)	25	41,6 (2017)	40	5 Yıl	5 Yıl
Sağlık Bilgisini Değerlendirme Konusunda Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Yüksek (Yeterli ve Mükemmel) Olanların Oranı (%)	25	30,5 (2017)	40	5 Yıl	5 Yıl

Kaynak: T.C. Sağlık bakanlığı. (2018). Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmek Amaç Tablosu

<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-plani-guncellenmis-versiyonupdf.pdf>, . (Erişim tarihi:09.09.23)

‘Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmek ve Yaygınlaştırmak’ amacı için nasıl bir yol haritası izleyeceğini, risklerin nasıl olduğu, maliyet tahminini, tespitlerini ve ihtiyaçlarını yine 2019-2023 Stratejik planı içinde, Şekil-33’de görüldüğü üzere yayınlamıştır.

Şekil 33

Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmek ve Yaygınlaştırmak Projesinin Detayları

Sorumlu Birim	Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
İş Birliği Yapılacak Birimler	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
Riskler	- Sağlık okuryazarlığı araştırmalarının ölçümünün nüfus hareketlerinden etkilenmesi - Kurumlar arası koordinasyonda zorluk yaşanması
Stratejiler	1.8.1 Yeni nesillerin sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla, MEB ile iş birliği yapılarak ilköğretimde ve ortaöğretimde sağlık eğitiminin etkinliği artırılacaktır 1.8.2 Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik sağlık çalışanlarının farkındalığı ve yetkinliği artırılacaktır 1.8.3 Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik özellikle kadınların farkındalığı ve yetkinliği artırılacaktır 1.8.4 Toplumun sağlık konusunda doğru bilgi almasını sağlayacak dijital platform ile uygulamalar geliştirilecek ve süreçler tasarlanacaktır 1.8.5 Sağlık Savunuculuğu Sistemi hayata geçirilecektir
Maliyet Tahmini (TL)	28.068.000
Tespitler	- Sağlık konusunda bilgi kirliliğinin olması - Sağlık Savunuculuğu Sistemi'nin olmaması - Ortaöğretimde sağlık eğitimi etkinliğinin istenen düzeyde olmaması - Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması hususunda sağlık çalışanlarının farkındalık ve yetkinliğinin istenen düzeyde olmaması - Toplumun, özellikle kadınların sağlık okuryazarlığının farkındalık ve yetkinliğinin istenen düzeyde olmaması - Sağlık çalışanları ile toplum arasında sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik iletişim düzeyinin yetersiz olması
İhtiyaçlar	- Toplumun sağlık konusunda doğru bilgi almasını sağlayan dijital platformun ve uygulamaların geliştirilmesi - Sağlık Savunuculuğu Sistemi'nin hayata geçirilmesi - MEB ile iş birliği çerçevesinde ilköğretim ve ortaöğretimde sağlık eğitiminin etkinliğinin artırılması - Sağlık okuryazarlığına yönelik sağlık çalışanlarının farkındalık ve yetkinliğinin artırılması - Sağlık okuryazarlığına yönelik özellikle kadınların farkındalıklarının ve yetkinliklerinin artırılması - Sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik sağlık çalışanları ile toplum arasında iletişim süreçlerinin tasarlanması

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı. (2018). 2019-2023 Stratejik Planı.

<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-plani-guncellenmis-versiyonupdf.pdf> . (Erişim tarihi:09.09.2023)

Kişilerin sağlık durumlarını düzeltmelerini ve bu bilince ulaşmalarını hedefleyen bütçe bilgilerine Tablo-8'de yer verilmiştir.

Tablo 8**Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Plan Maliyeti (TL)**

Hedef	2013	2014	2015	2016	2017
Sağlık okuryazarlığını geliştirerek kişilerin sağlıkları üzerindeki sorumlulukların arttırılması.	11.05Milyon	11.62Milyon	12.82Milyon	14.20Milyon	15.74Milyon

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). **Stratejik Plan 2013-2017**.

<http://www.sp.gov.tr/upload/xSPStratejikPlan/files/MND8q+SaglikBakanligiSP1317.pdf>

(Erişim Tarihi: 10.09.2023).

2019-2023 Stratejik Planı’nda ise “Kendi sağlığının öneminin farkında olan ve sağlık sistemini etkin olarak kullanan ve sağlık okuryazarlığı yüksek bir toplum oluşturmak” amaçlı tahmini maliyet tablosu oluşturmuştur. Bu tabloya Tablo-9’da değinilmiştir.

Tablo 9**Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı Maliyeti (TL)**

Amaç/ Hedef	2019	2020	2021	2022	2023
Kendi sağlığının öneminin farkında olan ve sağlık sistemini etkin olarak kullanan ve sağlık okuryazarlığı yüksek bir toplum oluşturmak	4.619.000	5.322.000	5.759.000	6.036.000	6.322.000

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). 2019-2023 Stratejik Planı.

<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-plan-guncellenmis-versiyonupdf.pdf> . (Erişim Tarihi:10.09.2023)

Bakanlık 2016 yılında sürveyans sistemini oluşturmak hedefiyle ölçek çalışmalarına başlamıştır. SGGM ile Adnan Menderes Üniversitesi iş birliği halinde “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması” yapmışlardır. HLS-EU temel alınarak bir likert, bir senaryo temelli iki ölçek geliştirilmesine karar verilmiştir(T.C.Sağlık Bakanlığı, 2016:19).

Onuncu Kalkınma Planına göre artan sağlık harcamalarının birçok ülkede sigorta sistemi üzerinde baskı yaratmakta ve devlet bütçesine etki eden faktörler arasında görülmektedir. Bu

sebeple sağlık okuryazarlığı ve yarattığı ekstra maliyetlerin devlet bütçeleri açısından olumsuz etki yaratmaması adına yeni politikalar üretilmesi gerekliliği ifade edilmiştir (Oflaz, 2015:23).Özel ihtisas komisyonu raporunda direkt olarak sağlık okuryazarlığını ifade etmemekle beraber sağlık okuryazarlığının pozitif maliyet bakımından araç olarak kullanılması gerektiğini ifade etmiştir(Yıldırım, 2015:4).

5.2. Sağlıkta Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri

Kaynakların kıt ve sınırlı olması, ÷lke gelirlerinin ne kadarının sağlık harcamaları için ayrılması gerektiği konusu ve ayrılan bu kaynağın nasıl bir geri dönüşünün olduğunu inceleme gerekliliği sağlıkta ekonomik değerlendirme yöntemlerinin sebeplerindendir.

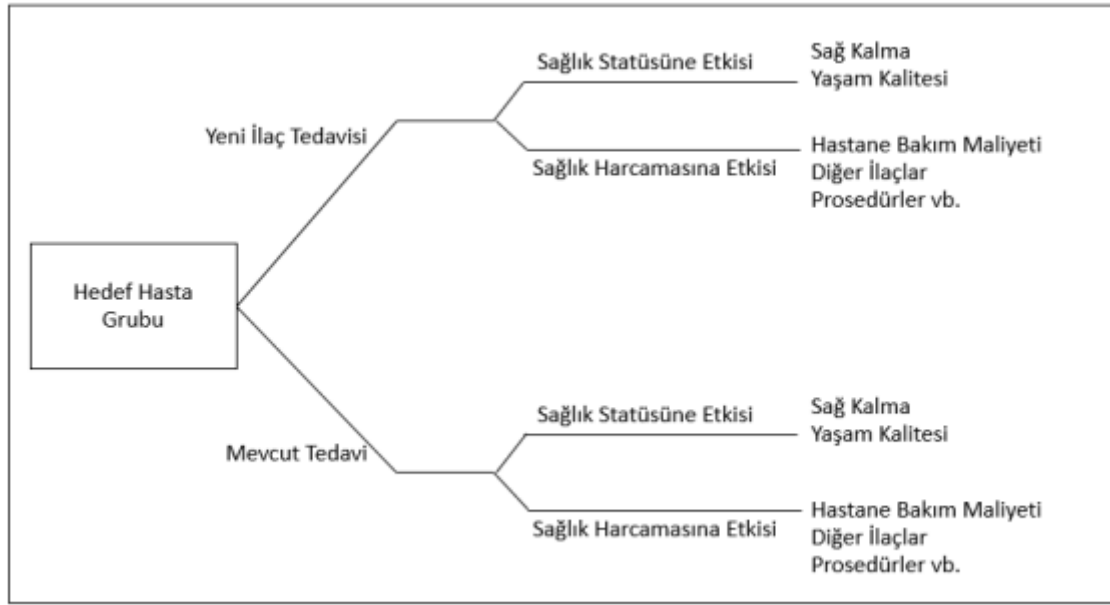
Kıt kaynaklardan dolayı eldeki kaynaklar ile en iyi çıktıyı elde edebilme ihtiyacı iktisattaki temel konulardan biridir. Sağlık hizmetlerinde de farklı kaynaklar ile maliyet veya etkililik incelemesi yapılması önem göstermektedir (Ağırbaş, 2007:526).Maliyet terimi bazen ekonomik olabileceği gibi bazen fırsat maliyeti anlamında da kullanılmaktadır. Ekonomik değerlendirmenin birden çok adımı bulunmaktadır. Bunlar;

- Ekonomik sorunun belirlenmesi
- Kullanılabilecek alternatiflerin saptanması
- Çalışma tablosunun belirlenmesi
- Giderlerin belirlenmesi, ölçüm ile değerlendirmelerinin yapılması
- Yararların belirlenmesi, ölçüm ile değerlendirmelerinin yapılması
- Gider ve gelirlerin dönemsel hesaplanması
- Tasarruflu gider ile fayda ölçümü
- Masraf ile fayda birleşimi
- Çıktıların hassasiyetinin testi

-Çıktıların talep edenlere sunulması gibi basamaklardan oluşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011:150-158).

Sağlık hizmeti ya da politikası belirlenirken öncelikli olarak fayda ve maliyet hesaplaması düşün÷lür. Bu sağlık hizmetinin kullanımından doğacak faydalar nelerdir ve bu faydalar karşısında yüklenilecek maliyet nedir gibi sorular neticesinde sağlık hizmeti ya da politikası oluşturulur. Sağlıkta fayda ve maliyetlerin ölç÷lmesi hususunda dört analiz yönteminden bahsedilecektir. Bu metotlar şu şekildedir; Cost minimization, cost-benefit, cost-utility, cost-effectiveness analizi şeklindedir.

Şekil 34: Ekonomik Değerlendirmenin Temel Bileşenleri



Kaynak: Doğan, İ., Ünal, A., Çankaya, M. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri. *Fiscaoeconomia*, 3(3), 154.

5.2.1. Maliyet Minimizasyon (Cost Minimization) Analizi

İki müdahale arasındaki maliyetin karşılaştırmasını yapmaya maliyet minimizasyon analizi denir. Maliyet minimizasyon analizi, iki müdahale arasındaki sonuçların aynı kabul edildiği durumlarda geçerlidir. Buradaki hedef maliyet bakımından az olanı tespit etmektir. Sonuçların şeffaf olması önemlidir (Walter ve Zehetmayr, 2006; Rudmik ve Drummond, 2006). Maliyet minimizasyon analizinin sağlık sektöründe kullanılma olasılığı düşüktür çünkü farklılıktan doğan durumlarda çıktıların aynı olma ihtimali azdır (Ağırbaş, 1999). Uygulamada, apandis operasyonu geçirmiş iki hastanın evde bakımı ve serviste yatması gösterilebilir (Çelik, 2013). Birçok uzmana göre maliyet minimizasyon analizinin, ekonomik değerlendirme kategorisinde değerlendirilmemesi düşünülmektedir (Rudmik ve Drummond, 2013).

5.2.2. Maliyet-Fayda (Cost-Benefit) Analizi

Bu analizde, maddi alanda ekonomik ölçme yöntemlerinden kabul edilen analizlerden biridir (Ağırbaş, 2014). Maliyet fayda analizi, en kapsamlı analiz yöntemlerinden biri olarak kabul edilir (Rudmik ve Drummond, 2013). Bu analizde öne çıkan etken bireysel yararadır. Yöntemde maliyetler ve faydalar ekonomik olarak ölçülmektedir. Her seçenek faydalarına göre ölçülmekte ve maksimum fayda sonucu veren seçenek seçilmektedir (Çalışkan, 2008). Uygulama ekonomik olarak pozitif düşünce içerse de sağlık sektörü düşünüldüğü zaman tüm çıktıları ekonomik olarak ifade etmek mümkün değildir bundan dolayı yöntemin uygulanabilirliğini düşürmektedir (Ağırbaş, 2014). Beşeri sermaye yaklaşımı ve ödemeye

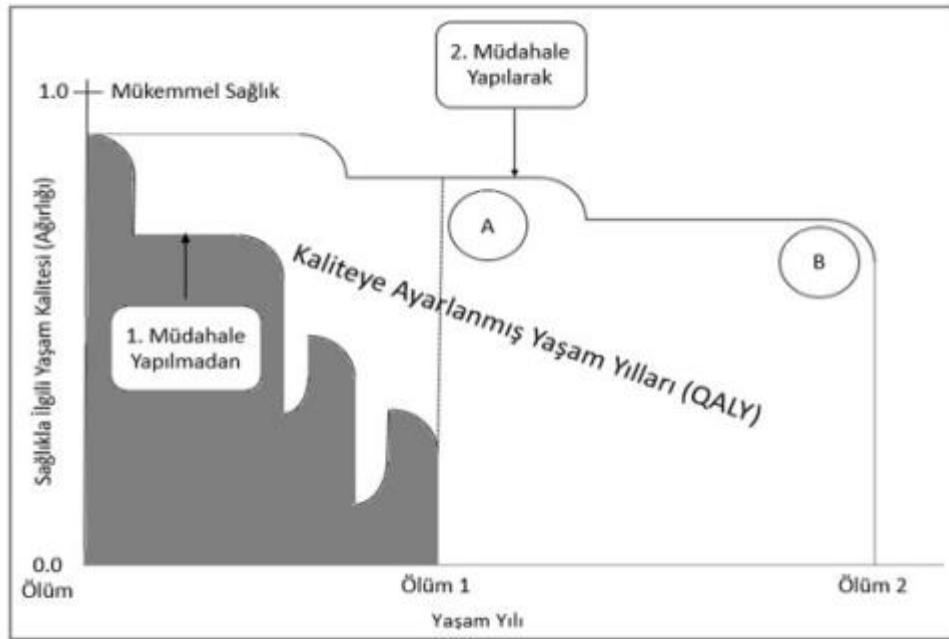
isteklilik yaklaşımı olarak iki yaklaşım içermektedir. Beşerî sermaye yaklaşımı sağlık sektörüne bir nebze uzak kaldığı için ödemeye isteklilik yaklaşımı geliştirilmiştir. İstekli olma durumu kişilerin bir ürün veya hizmeti satın almak yada bir kayba uğramamak adına ödemeye razı olduğu minimum parasal değeri ifade etmektedir (Culyer, 2014; Çalışkan, 2008:29-50)

5.2.3. Maliyet Değer (Cost-Utility) Analizi

Analizi, aynı zamanda maliyet yararlanım analizi adlandırması ile kullanıldığını görüntülenmektedir. Giderek artan tıp iyileştirmesi artık yaşamın süresini değil kalitesini de önemsemektedir. Yaşam kalitesini düşürüp yaşam süresini uzatan tedavi yöntemleri bulunmaktadır (Öksüz ve Malhan, 2005). Maliyet Değer Analizi, maliyet etkililik analizinden farklılıklar göstermektedir. Farklılığı hastanın yaşam kalitesine göz ardı etmeden analiz yapmasından kaynaklanmaktadır. Maliyet değer analizinde maliyetler hastaya yapılan müdahale sonrasındaki yaşam kalitesinin artması ile ölçülmektedir. Hastanın yaşam kalitesinin iyileşmesi QALY tabiriyle ifade edilmekte ve ölçülmektedir (Drummond vd., 1987). QALY (quality adjusted life years, yaşam kalitesine ayarlanmış yıllar) hastanın yaşaması düşünülen yıl ve yaşam kalitesi olarak ifade edilir (Rudmik ve Drummond, 2013).

Şekil 35

Müdahale Sonrası Kazanç Grafiği (QALY)



Kaynak: Doğan, İ., Ünal, A., Çankaya, M. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri. *Fiscaoeconomia*, 3(3), 157.

Şekil-35'te görüleceği üzere QALY değeri 0 ve 1 arasındadır. 0 ölümü ifade ederken, 1 mükemmel sağlığı tanımlar. Müdahale edilmeden ölüm1 anına yaklaşan hastaya A noktasında

yapılan müdahale sonucunda B noktasına kadar geçen süredeki kazancına QALY kazancı denmektedir.

5.2.4. Maliyet Etkililik (Cost-Effectiveness) Analizi

Sağlık sektöründeki en yaygın kullanıma sahip olan analiz Maliyet etkililik analizi 'dir. Maliyet etkililik analizi sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve faydaları arasındaki ilişkileri analiz eder. Sağlık hizmetlerinin minimum maliyet ile maksimum fayda alınmasını sağlayan analiz yöntemidir. Maliyet etkililik analizinde maliyetler maddi, faydalar ise kazanılan yaşam süresi, yaşam kalitesi gibi birimler ile ifade edilmektedir. Maliyet etkililik analizinin olumsuz yönü hastalıklar arası karşılaştırma yapamaması olarak ifade edilmiştir (Ağırbaş, 2014; Balçık, 2013; Dewar, 2010)

Maliyet etkililik analizinde kıyaslamalar İMEO (ilave maliyet etkililik oranı) ile yapılmaktadır. İMEO maliyet ve etkililik kıyasından sonra düştüğü düzleme göre karşılaştırma yapılmasını sağlamaktadır. Şekil-36'da görüleceği üzere her düzlemin kendine göre maliyet ve etkililik yorumlaması bulunmaktadır.

Şekil 36
İlave Maliyet ve İlave Etkililik Düzlemleri



Kaynak: Doğan, İ., Ünal, A., Çankaya, M. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri. *Fiscaoeconomia*, 3(3),158.

Tablo 10**Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Özeti**

Yöntem Çeşitleri	Maliyet Şekillerinin Değerlendirilmesi	Kazanç Değerlendirmesi	Çıktı Ölçümü	Sonuçların Kullanımı
Maliyet minimizasyon Analizi (Cost Minimization)	Ekonomik	Aynı Sonuçlar	-	Düşük Maliyetli aynı sonuçlu tedavi seçimi
Maliyet-Fayda Analizi (Cost Benefit)	Ekonomik	Maddi Sonuçlar	Maddi Fayda	Maliyet/Fayda Oranı
Maliyet-Yararlanım Analizi (Cost Utility)	Ekonomik	Değersel	Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı	Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı başına maliyet
Maliyet-Etkililik Analizi (Cost Effectiveness)	Ekonomik	Etkililik Ölçümü	Doğal Birimler	Tüm maliyetler-Hastalığın ilerlemesini engelleyen maliyetler / Kazanılan ilave Yıllar

Kaynak: Doğan, İ., Ünal, A., Çankaya, M. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri. *Fiscaeconomia*, 3(3), 159.

5.3. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Maliyetler

Sağlık okuryazarlığı kişilerin kendi sağlıklarının yanında sağlık sektörü ve devlet ekonomisi açısından da etkileri vardır. Koruyucu olan hizmetler, tedavi edicilere göre daha uygun maliyetli hizmetlerdir. İnsanların hastalığa yakalanmamaları kendileri ve çevresindekilerin bilgileri ile yakından ilgilidir. Bu iki etken bir arada değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması sağlık hizmetlerinin ödemelerini artırıcı bir etken olmakta ve devlet bütçesinden sağlık hizmetleri için ayrılan payın büyümesinde rol oynayacaktır (Gözlü, 2020). Tablo-11’de sağlık okuryazarlığının sebep olduğu dolaylı ve doğrudan maliyetlere yer verilmiştir.

Tablo 11**Sağlık Okuryazarlığı Kaynaklı Maliyetler**

Doğrudan Maliyetler	Dolaylı Maliyetler
Ekstra Acil Servis Başvuruları	Verimlilik düşüşü
Hastaneye Yatış oranında artış	Gelir kaybı
Hastanede Yatış süresinde uzama	Ağrı ve acıda artış
Ekstra Hekim Ziyaretleri	Ulaşım maliyetleri
Ekstra Test Masrafları	Beklenmeyen ve istenmeyen gebelik
Ekstra Reçete	
İlave Reçete	
Ekstra evde bakım maliyetleri	
Erken yaşta huzurevi kullanımı	

Kaynak: Friedland, R., O'Neill, G. (1998). *Understanding Health Literacy: New Estimates of the Costs of Inadequate Health Literacy*, National Academy On Aging Society, Washington D.C. , 72.

Dolaylı maliyetlere kısa zamanda etkisi olmayan fakat uzun vadede etkili olan sigara kullanımı, alkol kullanımı, hareketsiz yaşam, fazlaca tuz tüketimi gibi sağlıksız olduğu kanıtlanmış ve yaşam süresinde azalmalara ya da yaşam kalitesinin düşmesine sebep olabilecek maddeler ekleyebiliriz.

Şekil 37**Düşük Sağlık Okuryazarlığına Sahip Bireylerde Bulunan Sağlık Sonuçları**

Sağlık Sonucu	Araştırmacı(lar) ve Araştırma Tarihi
Genel sağlık durumunun daha kötü olması	Institute of Medicine of the National Academies 2004; Adams vd 2009; Agency for Healthcare Research and Quality 2010; Berkman vd 2011; World Health Organization 2013
Daha yüksek oranda hastaneye yatma ve ölüm, daha uzun süre hastanede kalma	Baker vd 1996; Berkman vd 2011
Taburcu edildikten sonraki 30 gün içinde daha yüksek oranda hastaneye geri kabul edilme	Mitchell vd 2012
Kronik hastalığı yönetme kapasitesinde yetersizlik	Gazmararian 2003
Klinik bir vizitten sonra bilgileri daha az hatırlama	Kessels 2003
İlaçla ilgili hata yapma olasılığının daha yüksek olması	Berkman vd 2011; Lenahan vd 2013
Daha fazla hasta olma	Institute of Medicine of the National Academies 2004; Agency for Healthcare Research and Quality 2010; Berkman vd 2011
Hastalık yönetimi hakkında daha az bilgi sahibi olma	Williams vd 1998; Schillinger vd 2002
Koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanma ve hasta maliyetlerini artırma	Baker vd. 2004; Institute of Medicine of the National Academies 2004; Howard vd. 2005

Kaynak: Gözlü K.. (2020). Sağlıkın Sosyal Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 142.

Şekil-37’de görüleceği üzere düşük sağlık okuryazarlığı ile ilgili birçok araştırma yapılmış ve sağlık sonuçlarına etkileri analiz edilmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığının genel sağlık durumunun daha kötü olması, daha yüksek oranda hastaneye yatış, taburculuk sonrası hastaneye dönüş, kronik rahatsızlıklarda yönetme yetersizliği, daha fazla hasta olma gibi bir çok sonucu gözlemlenmiş ve bu sonuçların hepsi ülke ve kişilerin ekonomileri açısından birer olumsuzluk taşımaktadır.

5.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Ekonomik Değerleme Yöntemleri

Sağlık okuryazarlığının maddi incelemelerine bakıldığında iki çeşit çalışma türü olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki istatistiksel olarak yapılan anket çalışmalarıdır. Anketler ile sağlık okuryazarlıkları tespit edilmiş ve buna bağlı sağlık maliyetleri elde edilmeye çalışılmıştır. İkincisi ise Değer Maliyet tahmini yöntemi olup bu yöntemin verileri çok kısıtlı olmaktadır. Genel itibariyle Amerika odaklı çalışmalar diğer ülkelere referans niteliğinde olmuşlardır (Oflaz, 2015:235). Bu çalışmada birçok konuda değinilen sağlık okuryazarlığının düşük olmasının sağlık maliyetlerini arttırdığı konusu daha önceki araştırmalar nezdinde sonuç olarak vermiştir.

SOY hakkında yapılan direkt olarak parasal amaçlı araştırma ve çalışmalar, sağlık okuryazarlığı yaygınlığı ve yeterliliğini ölçen çalışmalara göre daha seyrek ve yeni çalışmalardır. Okuryazarlığın ekonomik pencereden nasıl ve hangi donelerle hazırlanacağı karmaşası bu konudaki çalışmaların azlığının bir diğer sebebidir. Yapılan tüm bu çalışmalarda görülmektedir ki yetersiz sağlık okuryazarlığı kaynakların aşırı kullanımına neden olmakta ve bu da ülkelerin ekonomilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık maliyetlerine etkisinin dolaylı ya da direkt olarak olduğu deneysel çalışmalarla kanıtlanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığı, bir hastaya tıbbi bir bilgi vermek istendiğinde, bireyin bu bilgiyi anlayıp, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesidir . Türkiye’de yapılan ilk büyük çaplı araştırma, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından 2014 yılında yapılmıştır . Zorkun ve Bülbül (2022) çalışmasında sağlık harcamalarının, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte bu harcamaların büyük çoğunluğu kamu kesimi tarafından yapıldığı ancak özel kesimin payının da azımsanmayacak ölçüde olduğu vurgulanmıştır . Bu çalışmada, Türkiye’de sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler OECD ülkeleri ile karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının OECD ülkeleri ortalamasının çok altında kaldığı tespiti yapılmıştır.

Özdemir ve Hatice, (2021) çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla başvurduğu ve sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanımı anlamına da geldiği değerlendirilmiştir. Şantaş, G. (2021). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı lisansüstü tezlere yönelik içerik analiz çalışmasında; doktor-hasta ilişkisinde bireyin tedavi sürecinde doktorun sözlü veya yazılı söylediklerini anlayıp uygulayabilmesi için bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin önemini vurgulamıştır. Temel sağlık bilgisine sahip kişilerin daha iyi kararlar verdiği, sağlıklarını olumlu yönde etkileyen sağlıklı geliştirici davranışlarda bulunduğu ve ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerine ve tedavilerine daha kolay erişebildikleri belirtilmiştir. Ayrıca, düşük sağlık okuryazarlığı yalnızca sağlık sorunları olan hastalar için tehlikeli olmadığı hasta ve hasta yakınları da dahil olmak üzere potansiyel sağlık hizmeti tüketicileri için bir risk oluşturduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle toplumdaki her bireyin sağlık okuryazarlığının artırılması ve sağlığının iyileştirilmesi bir bütün olarak toplumun sağlığına katkı sağlayabilir. 2020 yılında SGGM’nin yayınladığı yeni bir bildiri ile ülkenin toplumsal yapısı, sağlık düzeyi ve sağlık sisteminin yapısına uygun revizeler yapıldığı bildirilmiştir. Bu çalışmada Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) oluşturulmuştur. TSOY-32 ile yapılan araştırma ülke geneli 6228 hane ile yürütülmüştür. Ölçeğin saptamalarına göre; %31’i yetersiz, %38i sorunlu sınırlı, %23’ü yeterli, %8’i mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre Türkiye’de 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi kötü durumdadır. (SGGM, 2020).

Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2014) tarafından yapılan Sağlık Okuryazarlık Araştırmasına göre, Türkiye geneli sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeydedir. Bu sonuca bağlı olarak, acil servislerde hizmetin aksaması, hastanelere tekrar yatış sayılarının artması, reçeteli ilaç kullanımı sayısının artması, kronik rahatsızlıkları yönetmede problemler

gibi kişilerin ve ülke ekonomisinin sağlığını zorlayıcı birçok faktörün bulunduğu belirtilmiştir. 2020 yılında SGGM'nin çalışmasında, sağlık okuryazarlık düzeyindeki düşüşlerin kronik rahatsızlıklarda artışlara sebebiyet verdiği belirtilmiştir. uzun süreli kronik rahatsızlık çeken hastalardan alınan verilere bakıldığında %44'ü kötü düzeyde, %23'ü ise sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler olduğu görülmüştür. Bakanlığın sağladığı veriler ışığında sağlık okuryazarlığının gelişmesi geriye kalan azınlık olan %32'lik grupta olduğu gibi kronik sorunlarda da iyileşme veya rehabilite sürecini hızlandıracaktır. Ayrıca, bu çalışmada cinsiyet farklılıklarının sağlık okur yazarlığına etkisi incelendiğinde, erkeklerin yetersiz sağlık okur yazarlık oranı %27 iken kadınlarda bu oran %35 civarlarındadır. Kadınların eğitim öğretim hayatında yer almaması ve kadına verilen hakların geç elde edilmesi bu sonucun bir göstergesi olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlara göre, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve halkın bu konuda bilinçli hale gelmesi bir gerekliliktir. Sağlık politikalarının daha anlaşılır ve kolay ulaşılabilir bir şekilde halka ulaşması, sağlık sisteminin düzeni ve devamlılığı hakkında açıkça ve halkın anlayabileceği bir dil ile yol haritası çizmeli ve hastalar ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim kurulması için etkin iletişim yöntemleri geliştirilmelidir.

Erden ve Yanık (2022) çalışmasında "Legatum Refah Endeksi" raporuna göre 2020 yılında dünyanın en iyi sağlık sistemlerine sahip 10 ülkesinin performans başarılarının sebeplerini şu şekilde sıralanmıştır: 1. Tüm vatandaşlar için genel sağlık sigortası sisteminin getirilmesi 2. İdari sağlık personelinin optimum düzeyde performans göstermesinin sağlanması 3. Beslenme, barınma, sosyal güvenlik, ulaşım, eğitim, çocuk bakımı vb. Sosyal hizmetlerin sunulmasını sağlamak ve daha sağlıklı bir toplum inşa etmek 4. Tıbbi tesislere olan talebi azaltmak 5. Daha insani bir çalışma hayatı sağlamak, psikolojik destek sağlamak ve anne ve çocuk ölüm oranlarını azaltmaya yönelik araştırmalar 6. Toplumu bir toplum olarak düşünmek tamamı 7. Tıbbi sisteme erişime ilişkin yasa ve düzenlemelerin basitleştirilmesi 8. Refah Devleti Olgusunun Güçlendirilmesi 9. Ülkede sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve koruyucu sağlık sistemlerinin vurgulanması. 10. Yurt içi sağlık sisteminin performansını artırmak için büyük sağlık bütçelerine değil, etkili ve akılcı sağlık politikalarına ihtiyaç duyulması.

Dikkate alınması gereken bir diğer konu da en iyi sağlık sistemlerine sahip ülkeler arasında ABD, Çin, Rusya, İngiltere, Almanya, Fransa gibi gelişmiş ülkelerin 2020 yılında ilk 10'a girememesidir. Bu ülkelerin dünyadaki ilk 10 sağlık sistemi arasında yer alamamasının belki de en önemli nedenlerinden biri vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştığı eşitsizliklerdir. Araştırmalar, iyi organize edilmiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerin, daha küçük sağlık bütçeleriyle bile başarılı sağlık sistemleri kurabileceklerini göstermektedir. Friedland ve O'Neill (1998) Amerika Birleşik Devletleri'nde 1992 yılında yapılan Ulusal

Yetişkin Okuryazarlığı Anket çalışmasında elde ettikleri verilerin sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı hakkında maliyet tahmini yapmışlardır. Sağlık okuryazarlığının düşük olması nedeniyle evde bakım, reçete yazdırma hizmetleri %10 ve geri kalan sağlık hizmetlerinin %1 daha fazla kullanımına neden olduğu belirtilmiştir (Friedland ve O'Neill, 1998:86-87). Ayrıca, bu çalışmanın sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklı yaklaşık 29 milyar Amerikan doları (USD) daha fazla sağlık kaynağı tüketilmiştir. Sınırlı olan sağlık okuryazarlığının 1996 yılında maliyeti 69 milyar USD olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönem için sağlık kaynaklarının %3.2-7.6'sının yetersiz sağlık okuryazarlığı nedeniyle tüketildiği ifade edilmiştir (Friedland ve O'Neill, 1998:87-88). Weiss ve Palmer (2004) yılında Medicaid sağlık sistemin 'de yapılan 400 katılımcının bulunduğu yetersiz sağlık okuryazarlığı tespit edilen bireylerinin yıllık 10.688 USD ve sağlık okuryazarlığı iyi derecede olan bireylerin yıllık 2.890 USD sağlık maliyeti olduğu hesaplanmıştır (Barry vd., 2004:44-47). Medicaid sağlık sistemin Howard vd. (2005) tarafından 3260 kişiye sağlık okuryazarlığı durumlarının tespit edilmesi için S-TOFHLA testi yapılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre yetersiz sağlık okuryazarlığının ilave sağlık maliyeti getirdiği belirlenmiştir. Ortalama hesaplamalara göre yetersiz sağlık okuryazarlığı maliyeti 9.614 USD, sınırlı sağlık okuryazarlığı maliyeti 8.484 USD ve yeterli sağlık okuryazarlığı maliyeti 7.246 USD olduğu tespit edilmiştir (Howard vd., 2005:371-377).

Vernon vd. (2007) yılında Friedland (2002) tarafından yapılan çalışmayı referans olarak sağlık okuryazarlığının Amerika Birleşik Devletlerinin sağlık bütçesine etkisini tespit etmişlerdir. Bu çalışma sonuçlarına göre sağlık okuryazarlık oranının düşük olmasının ABD ekonomisine minimum 106milyar dolar maksimum 238 milyar dolar etkisi bulunduğu belirlenmiştir. Bu rakamlar o yıl verilerine göre sağlık harcamasının %7 ile %17'sini kapsamaktadır (Vernon vd.2007:1). 2009 yılında yapılan çalışmada Vernon, Amerika'nın Wisconsin eyaletinde yaptığı çalışmasında yetersiz sağlık okuryazarlığı sebebiyle yıllık 3.4-7.6 milyon dolar ekonomik yük bindiğini tespit etmiştir (Vernon, 2009:12).

2015 yılında Rasu vd.'nin yaptığı çalışmada NAAL anketi kullanılmıştır ve 22.599 kişi üzerinde uygulanmıştır. Yetersiz olan sağlık okuryazarlığı kaynaklı maliyetin 215.1 milyar USD civarı olduğu tahmin edilmiş ve bu maliyetin 1.9milyar doları ekstra acil servis başvuruları, 21.2 milyar doları hastanelere başvurular ve 92.2 milyar doları reçete uygulanan ilaç satın alımlarından dolayıdır (Rafia vd., 2015:747-755).

T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planlamasına bakıldığı zaman ilk amaç olarak sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmak olduğunu belirtilmiştir (Tablo 9). Bu amaç için Sağlık Bakanlığı'nın 2023 yılı tahmini maliyeti 289.931.000 TL dir. Tablo'nun 1.8'inci

maddesinde ise ‘‘Kendi sağlığının öneminin farkında olan ve sağlık sistemini etkin olarak kullanan ve sağlık okuryazarlığı yüksek bir toplum oluşturmak’’ alt maddesinde 2023 tahmini maliyetin 6.332.000 TL olduğu ifade edilmiştir. Sağlık bakanlığı sadece direkt olarak sağlık okuryazarlığı gelişimine katkıda bulunmak için sağlıklı yaşamı teşvik etmek b t cesinin %2.18 ini tahmini maliyet olarak ayırmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2019-2023, 2023). Global bazda bakıldığında sağlık okuryazarlığı ile alakalı birçok çalışma bulunmakta fakat bu konunun ekonomik yönünü ele alan çalışmaların yetersiz olduğu dikkat çekmektedir. Yukarıda belirtilen çalışmalar doğrultusunda, yetersiz sağlık okur yazarlığı nedeniyle yapılan sağlık harcamaları çok ciddi boyutlarda ekonomik kayıplara neden olmaktadır.

Planlama çalışmalarında 2023 yılı itibariyle sağlık okur yazarlığı yüksek bir toplum oluşturma amacıyla 6.332.000 TL b t ce ayrılması stratejik planlama tablosunda yayımlanmıştır. Ayrılan b t cenin dolaylı ve doğrudan maliyetlerin negatif yönde etkileneceği düşünülürse, ülkemizin ve dünya ülkelerinin bu konudaki çalışmalarının artışta olduğu ve bu artışın pozitif geri dönüşleri olacağını düşünülmektedir. Yaşanılan ekonomik krizleri göz önünde bulundurulduğunda b t celerin yükünün azaltılması çabaları için sağlık okur yazarlığı bir aracı olarak kullanılarak b t celer için rahatlatma ortamı yaratılabilir. Sağlıklı birey, sağlık ekonomisi adına rahatlamayı ve sağlık ekonomisinin rahatlaması ise ülke b t cesinin sağlık b t cesi kısmını rahatlamasını sağlayabilir.

Birçok sektörle ortak çalışmakta olan sağlık sektörü, sigorta şirketleriyle, gıda firmalarıyla, eğitim kurumlarıyla ve birçok farklı kurumla etkileşim halindedir. Bu etkileşim dolayısıyla sağlık alanındaki bilgilerin basit ve anlaşılır bir şekilde diğer sektördeki paydaşları aracılığıyla topluma iletilmesi bütün sektörler açısından sağlık okuryazarlığına katkı sağlamada etken olacaktır.

Politika  alışmalarında, Maliye bakanlığı halkı kamu spotu ve internet sayfaları aracılığıyla bilinçlendirerek sağlık okuryazarlığından doğan maliyetleri halka anlaşılır bir şekilde belirli periyotlarla açıklaması toplumun bilinçlenmesini sağlayabilir. Milli Eğitim Bakanlığının sağlık okur yazarlığı konusunu ders müfredatlarına ekleyerek, okullarda belirli aralıklarda seminerleri verilerek topluma erken yaşlarda sağlık okur yazarlığı bilinci kazandırılabilir.

Geçmiş yıllarda televizyon programlarında reklamları yapılan kadınların okuma yazma öğrenmesi adına düzenlenen kampanyalar  rnekli kampanyaların sağlık alanında da yapılması ve topluma bunun bir gereklilik olduğu bilincinin kazandırılması bu alanda örnek gösterilebilir. Koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmaya özendirme ve bu alandaki çalışmaları topluma ulaştırmakta sağlık okuryazarlığı ve maliyetler bakımından oldukça önemlidir. Sevk sisteminin tam anlamıyla çalışmadığı bir sağlık sisteminde koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak

sağlık hizmetlerinin kullanılması birçok kuruluşun sağlık yükünü azaltacaktır. Üçüncü basamak bir kuruluşa birinci basamak sağlık hizmeti veren yerde uygulanması gereken bir tedavi için başvuran birey hem daha kapsamlı tedavilerle meşgul olması gereken sağlık profesyonellerinin ve acil servisin yoğunluğunu arttırmakta hem de daha düşük maliyetle çözülebilecek sağlık probleminin daha büyük maliyetlere yol açmasına neden olmaktadır.

Tüm bu bulgular ışığında, Türkiye’ye özgü çalışmaların genişletilmesi ve sağlık okuryazarlığı haritası çıkartılarak yapılan analiz sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı ihtiyacının gerek kamu spotlarıyla gerek posterlerle gerekse okullarımızda ders olarak verilmeli ve sağlık okuryazarlığının ekonomik ve sosyal hayatımızı pozitif yönde etkilemesine katkı sunması sağlamalıdır. Bu çalışmanın sağlık okur yazarlığı ve sağlık maliyetleri nezdinde kısıtlı olan bilgilerin daha da detaylandırılması adına bundan sonraki çalışmalara örnek teşkil edebilir.



KAYNAKÇA

- Ağartan, T. (2011). *Avrupa’da ve Türkiye’de sağlık politikaları*. İletişim Yayınları.
- Ağırbaş, İ. (1999). *Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme teknikleri ve TCDD Ankara hastanesinde prostat vakalarının incelenmesi yoluyla maliyet etkililik analizi uygulaması*. [Doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ağırbaş, İ. (2014). *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi*. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Akalın, G. (1981). *Kamu Ekonomisi* (2 Baskı). Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, 6.
- Akbulut, Y. (2015). Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı açısından değerlendirilmesi. *Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 7-8.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Ankara Üniversitesi Yayınevi, 6.
- Akdur R. (1999). *Türkiye'nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları*. TÜBA Yayınları, 47-48.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyum* (2.Baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 20.
- Akdur, R. (2008, Ekim, 21-25). *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık*. Akdur, R. (Kongre Başkanı) *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık içinde* [Kongre]. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ankara, Türkiye.
- Akın, C.S. (2007). *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları* [Yüksek Lisans Tezi]. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, 11-12.
- Aksoy, B. (2013). *14. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi Bildiriler Kitabı*. Türk- İş Yayınları, 839- 840.
- Aktan, C. ve Işık, K. (2007). *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler*. Aura Yayınları.
- Aktan, C., Dileyici, D. ve Vural, İ. (2006). *Vergileme Ekonomisi ve Vergileme Psikolojisi*. Seçkin Yayıncılık.
- Aktan, C. ve Saran, U. (Ed.) (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerleme* (1.Baskı) , Aura Yayınları.

- Altındağ, Ö. ve Yıldız, A. (2020). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (1), 161-173.
- Ankara Üniversitesi. (2014). Sağlık Okuryazarlığı E-Öğrenim Sertifika Programı <https://www.ankara.edu.tr/ankuzem-saglik-okuryazarligi-e-ogrenim-sertifika-programi/> (Erişim tarihi: 09.09.2023)
- Ankara Üniversitesi. (2023). *Alma-Ata Deklarasyonu* <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=1771> (Erişim Tarihi: 01 Eylül 2023)
- Anthony, J. C, Joseph, P. N. (2000). *Introduction: The State And Scope Of Health Economics*. Handbook of Health Economics, 4.
- Aslantekin, F. ve Yumrutaş, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 13(4).
- Atabey, S. E. (2012). *Sağlık sistemleri ve sağlık politikası*. Gazi Kitabevi.
- Atabay, S. Ş. (2022). Sağlık Hakkı ve Unsurları. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 9(3),110.
- Atasever, M., Karaca, Z., Sanisoğlu, S. Y., Alkan, A. ve Bağcı, H. (2018). Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı ile İlişkisi. *Ankara Medikal Dergisi*, 18(1), 11.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 227.
- Ateş, M. (2016). *Sağlık Sistemleri* (3. Baskı). Beta Yayıncılık, 2-54.
- Baker, D., Parker, R.M., Williams, M.V. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal Gen Intern Med*. 13(12), 791–798.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 879. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Balçık, P. Y. ve Şahin, B. (2013). Sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik analizi ve karar analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 16 (2), 121-134.
- Barry, D. W., Raymond, P. (2004). Relation Between Health Care Costs and Very Low Literacy Skills in a Medically Needy and Indigent Medicaid Population. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 44-47.
- Bektemür, G., Şafak Yılmaz, E., Arslanoğlu, A., Beylik, U. ve Adaş, G. T. (2018). Türkiye’de Kişisel Ödeme Yöntemiyle İlaç Harcamaları. *Journal Acad Res Med*, 8(2), 101-108.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü* (3. Baskı). Yazılama Yayınevi, 23.

- Bohlman, L., Alison, M. P., David, A. K. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. The National Academies Press, 33.
- Bostan, S. ve Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: Sağlık çalışanlarının görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 1-8.
- Börsch-Supan A., Schnabel, R. (1988). Social Security and Declining Labor-Force Participation in Germany. *The American Economic Review*, 88(2), 173-8
- Bulut, P. G. (2021). *Sağlık çalışanlarında göz sağlığı okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Biruni Üniversitesi.
- Carrin, G., James, C. (2005). Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 58. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x>
- Çopurlar, C. ve Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? . *Aile Hekimliği Akademisi Dergisi*, 42-47.
- Cutler, D.M., Reber, S.J. (1998). Paying for health insurance: the trade-off between competition and adverse selection. *Quarterly Journal of Economics*.
- Çağatay, N. (1981). *Bir Türk Kurumu Olan Ahilik*. Konya Selçuk Üniversitesi Basımevi, 37-40.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: kavramsal bir yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29-50.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi* (2.Baskı). Siyasal Kitabevi.
- Çetin, M. (2012). *Sağlık okuryazarlığı* (2. baskı). Nakış Ofset Yayınevi.
- Çimen, Z., Bayık, A. (2015). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 33(3), 105-125.
- Dageforde, L. A., Cavanaugh, K. L. (2013). Health literacy: emerging evidence and applications in kidney disease care. *Advances in chronic kidney disease*, 20(4), 311–319. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.04.005>
- David H. H., Julie. G., Ruth, M. P. (2005). The Impact Of Low Health Literacy On The Medical Costs Of Medicare Managed Care Enrollees. *The American Journal of Medicine*, 371-377.
- Deber, R. B., Forget, E. L., Roos, L. L. (2004). Medical savings accounts in a universal system: wishful thinking meets evidence. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 70(1), 49–66. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.010>
- Demir, Ö. ve Tanyıldızı, İ. (2017). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 1 (1) , 89-119 .

- Dewar, D. M. (2010). *Essentials of Health Economics*. Jones and Bartlett Publishers.
- Dilik, S. (1976). *Servetin Geniş Kitlelere Yayılması* (1. Baskı). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilgiler Fakültesi Yayınları, 59-60.
- Doğan, İ., Ünal, A., Çankaya, M. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri. *Fiscaeconomia*, 3(3), 152-168.
- Dror, D.M., Preker, A.S. (2002). *Social Reinsurance A New Approach to Sustainable Community Health Financing*. World Bank Publications - Books, 89.
- Dünya Bankası. (2023). Sağlık İstatistikleri. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2021&start=2000&type=points&view=chart&year=2000> . Erişim Tarihi (28.08.2023).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2008). *DSÖ Avrupa Sağlık Sistemleri Bakanlar Konferansı, "Tallinn Şartı"*. Tallinn, Estonya: Dünya Sağlık Örgütü. <https://disab.saglik.gov.tr/TR,3601/dso-avrupa-saglik-sistemleri-bakanlar-konferansi-25-27-haziran-2008-tallinn-estonya.html> (Erişim Tarihi:15.12.2023).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2020). DSÖ Yaşam Beklentisi. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>.(Erişim Tarihi:18.09.2023)
- Dünya Sağlık Örgütü. (2023). DSÖ Beş Yaş Altı Ölüm Oranı Karşılaştırması. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.CHILDMORTUNDER5?lang=en> .(Erişim Tarihi: 15.09.2023).
- Er, Ü. (2008). *Sağlık Hukuku*. Savaş Yayınevi, 25-32.
- Erden, B. ve Yanık, R. (2022). *Para ve Sermaye Piyasası Araştırmaları*. Orion Akademi, 210-227.
- Ertan, M. (2014). *Kamu hastaneler birliğinde; yönetim organizasyonunun ve yöneticilerin, tıbbi uygulama hatalarında sorumluluğu* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İzmir Üniversitesi.
- Ertürk Atabey, S. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası* (1. Baskı). Gazi Kitabevi, 11.
- Friedland, R., O'Neill, G. (1998). *Understanding Health Literacy: New Estimates of the Costs of Inadequate Health Literacy*. National Academy On Aging Society, Washington D.C. , 1- 72.
- Fuchs, V. R. (2000). The future of health economics. *Journal of health economics*, 19(2), 141–157. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(99\)00033-8](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(99)00033-8)
- Gemalmaz, M. (2011). *Ulusalüstü İnsan Hakları Hukuku Belgeleri Cilt 1*. Legal Yayınları, 297-323

- Gottret, P., Schieber, C.J., Waters, H.R. (2008). *Good Practices in Health Financing Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries*. Washington: The World Bank, 9-288.
- Gottret, R., Schieber, G. (2006) *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Geneva: The World Bank, 6-61.
- Gözlü, K. (2020). Sağlıkın Sosyal Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 142.
- Gürçan, G. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Mali Hareket Şablonu. *Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü XV. Hemşirelik Haftası Etkinlikleri*, 17.
- İlgaz, A., Gözüm, S. (2016). Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 9(2).
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press (US).
- Institute of Medicine. (2013). *Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary*. Washington (DC) National Academies Press.
- Ishikawa, H., Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial medicine*, 4, 18. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-18>
- İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 12-186.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 89-93.
- J, Hurley. (2000). *An Overview of the Normative Economics of The Health Sector*. Handbook Of Health Economics, 4
- John, A., Nancy B., David, F. (1999). *Financing Health Services in Developing Countries, An Agenda for Reform*, Washington D.C.: The World Bank, 4.
- John, V. (2009). *The High Economic Cost of Low Health Literacy in Wisconsin*. Wisconsin Literacy Inc, 12.
- Kalkınma Bakanlığı, (2014) *Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı
- Kanadoğlu, K. (2015). Türk Anayasa Hukukunda Sağlık Alanında Temel Haklar. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 12.

- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kayabaşı, R., Özdemir, H. ve Cündübeyoğlu, İ. (2021). Kamu üniversitelerinde iş sağlığı ve güvenliği uygulama rehberi içerik analizi. *Kayseri Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 29-45.
- Kılıç, B. (2013). Sağlıkta Dönüşüm Programının Evrensel Kapsayıcılık ve Eşitlik İddiaları Üzerine Bir Eleştiri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 10
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F. ve Tsouros, A. (2013). Sağlam Kanıtlar Sağlık Okuryazarlığı. (Çev. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği), 42.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wagner, C. (2014). Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive medicine*, 61(100), 100–105. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.012>
- Kumar, D., Sanders, L.M., Perrin, E.M., Lokker, N., Patterson, B., Gunn, V. (2010). *Parental understanding of infant health information: Health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)*. 309–316.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America’s adults: Results from the 2003. National Assessment of Adult Literacy*, 2-5.
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*. 71 -204. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00149-4](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00149-4)
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Larson, J.S. (1991). *The Measurement of Health, Concepts and Indicators*. Greenwood Press.
- Lee, K., Goodman, H. (2002). *Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s*. Cambridge University Press. 9-11. DOI:[10.1017/CBO9780511489037.008](https://doi.org/10.1017/CBO9780511489037.008)
- Lister, J. (2008). *Sağlık politikası reformu: Yanlış yolda mı gidiyoruz?*. İnsev Yayınları.
- Marc, J. R., William, H., Peter. B., Michael, R. (2009). *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması; Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 22.
- Martinez-Giralt, X. (2010). Health Economics. Center for the study of Organizations and Decisions in Economics, 1.
- Marques, L. (2017). Health literacy assessment instruments: literature review. *Journal of the Brazilian Society of Speech Therapy*.

- Mead, O. (1991). *Economics for Health Sector Analysis*. Washington D.C.: Economic Development Institute of The World Bank.
- Metintaş, M. Y. ve Şaylıgil, Ö. (2007). Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938). *Osmangazi Tıp Dergisi* , 29(3), 162-170.
- Mossialos E, Dixon, A. (2002). *Funding health care: an introduction*. In: Mossialos. Philadelphia: Open University Press, 1-31.
- Neelam, S.N., Savedoff, W. (2004). *Private Health Insurance: Implications for Developing Countries*. Geneva: World Health Organization, 3.
- Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary*. Health Promot. Int, 13 (4), 349-364.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science and medicine* (1982), 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- OECD. (2023). Anne Bebek Ölüm Hızı. <https://stats.oecd.org/#> . (Erişim Tarihi:15.09.2023).
- OECD. (2023). Yaşam Beklentisi. <https://stats.oecd.org/#>. (Erişim Tarihi:18.09.2023)
- OECD ve Dünya Bankası. (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, OECD Yayınları, 28.
- Oflaz, N. (2018). *Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamalarına Etkisi* [Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Okursoy, A. (2010). *Türkiye’de sağlık sistemi ve kamu hastanelerinin performanslarının değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi.
- Orhaner, E. (2014). *Türkiye’de Sağlık Sigortası* (1. Baskı). Siyasal Kitabevi, 16.
- Öksüz, E., Malhan, S. (2005). *Sağlığa bağlı yaşam kalitesi: kalitemetri*. Başkent Üniversitesi Yayınları.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Yetişkinler arasındaki sağlık okuryazarlığı: Türkiye’den bir araştırma, *Health Education Research* 25 (3), 464-477
- Özer, Ö., Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2015). *Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Kuram ve Uygulama* (1.Baskı). ABSAM, 19-29.
- Özkara, Y. (2006). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi] Akdeniz Üniversitesi.
- Özgülbaş, N. (2014). *Sağlık Sektöründe Hizmet ve Hastalık Maliyet Analizi*. Siyasal Kitabevi.
- Öztek, Z. (2018). *Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018*. Hasuder Yayınları, 1-2.

- Pekcan, H. ve Uğurluoğlu, Ö. (2001). Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği. *Yeni Türkiye Dergisi*, 846.
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, (61), 123-124.
- Preker, A.S., Carrin, G., Dror, D., Jakab, M., Hsiao, W., Tenkorang, D.A. (2002). *Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness*. Bulletin of the World Health Organization.
- Rafia, S. R., Walter, A.B., Richard, S., Kathleen, S., Bradley, W. (2015). Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *Int Journal Health Policy Management*, 747-755.
- Richtering, S. S., Hyun, K., Neubeck, L., Coorey, G., Chalmers, J., Usherwood, T., Peiris, D., Chow, C. K., Redfern, J. (2017). eHealth Literacy: Predictors in a Population With Moderate-to-High Cardiovascular Risk. *JMIR human factors*, 4(1), e4. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.6217>
- Ron, A., Abel-Smith, B., Tamburi, C. (1990). *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. ILO, 21-33.
- Rootman, I., Mitic, W. (2012). An Inter-sectoral approach to improve health literacy for Canadians: a discussion report. *Public Health Association of BC, Public Health Agency of Canada*, 18.
- Roy, W., Batterham, A. Richard, H. O. (2017). *Health Literacy*. International Encyclopedia of Public Health, 428-437.
- Rudmik, L., Drummond, M. (2013). Health economic evaluation: important principles and methodology. *Laryngoscope*, (123), 1341-1347.
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S., Goldstein, R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD*, 10(1), 72–78. <https://doi.org/10.3109/15412555.2012.727919>
- Sağlık-Sen. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. <https://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf> (Erişim tarihi: 09.09.2023)
- Saltık, A. (1995). İşçi beslenmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 38.
- Saltman, R.B. (2004). *Social health insurance in perspective: the challenge of sustaining stability*. Open University Press, 4-5.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428
- Sargutan, E. (2005). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı Kavram, Metot ve Uygulamalar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 81-111.

- Sarıyar, S., Kılıç, H. (2019). Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 129.
- Savaş, S. (2001). Türkiye Sağlık Sistemi Kısa Bir Genel Bakış. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 104-105.
- Sayek, F. (2009). *Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler* (2. Baskı). Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 32.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, (3), 73-91.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Gerardine, D., Pelikan, J., Zofia. S., Helmut, B. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 . <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2023). 5510 sayılı kanun maddeleri http://eski.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/mevzuat/konu_bazli_mevzuat/sosyal_sigortalilar/calisan/sigortalilik/5510_sayili_kanunun_ilgili_maddeleri (Erişim Tarihi: 11.09.2023)
- Sur, H. (2011). Sağlık ve Sağlık ekonomisi. *3 aylık Ekonomi ve Düşünce Dergisi*, 6-10.
- Şahbaz, İ. (2009). Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 408.
- Şahin, Ö. ve Akar, S. (2014). *Sağlık Sektöründe Mali Alan ve Türkiye*. Seçkin Yayınları, 300
- Şantaş, G. (2021). Türkiye'de sağlık okuryazarlığı araştırmaları: Lisansüstü tezlere yönelik bir içerik analizi. *Turkish Journal of Science and Health*, 2(2), 54-60.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.
- T.C. Anayasası. 2709. (9 Kasım 1982). <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm> (Erişim tarihi: 01 Eylül 2023)
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Sistemi. (1998). Hasta Hakları Yönetmeliği <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim tarihi: 09.09.2023)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006). *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003*. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki Sözlüğü. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/978_97_903613_tur.pdf (Erişim tarihi: 07.09.2023)

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları* (1. Baskı). Bakanlık Yayınları, 150-159.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global Konferanslardan Bildiriler*. Ankara, 3-29.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Resmi Gazete. KHK/663. (2 Kasım 2011). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (Erişim Tarihi:01.12.2023).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Stratejik Plan 2013-2017. <http://www.sp.gov.tr/upload/xSPStratejikPlan/files/MND8q+SaglikBakanligiSP1317.pdf> (Erişim Tarihi: 10.09.2023).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Tarihçe – Sağlık Bakanlığının Tarihçesi. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> (Erişim Tarihi:11.09.2023)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2015*, Ankara:Sağlık Bakanlığı, 83.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması* (1.Baskı). <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/530> (Erişim Tarihi:18.11.2023).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). 2019-2023 Stratejik Planı. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-plani-guncellenmis-versiyonupdf.pdf> . (Erişim tarihi:09.09.2023)
- T.C. Sağlık bakanlığı. (2018). Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmek Amaç Tablosu <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-plani-guncellenmis-versiyonupdf.pdf>, . (Erişim tarihi:09.09.23)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html> (Erişim tarihi: 10.09.2023).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Organizasyon Rehberi. <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/41345/0/sborgrehberi2021pdf.pdf> (Erişim Tarihi:15.11.2023)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Yıllara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/19003/0/katastrofik-saglik-harcamasi-istxls.xlsx>. Erişim Tarihi (15.09.2023).
- Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray-Ready, F.N, Çakır, B. ve Akalın, H.E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (Birinci Baskı), Sağlık-Sen Yayınları.
- Tatar, M. (2015). Sağlık Politikası ve Planlaması. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 37-38.
- Tahmazoğlu Üzeltürk, S. (2012). *Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı*. Legal Yayıncılık

- Tatar, M. (2009). Teorik Çerçevesiyle Sağlık ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme. *Sağlık Ekonomisi Dergisi*.
- Temiz, Ö. (2014). Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 172
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2012). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Nobel Yayınevi
- Topuz, A. (2016). *Sağlık okur-yazarlığı ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılması ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilaç uygulama hatalarına etkisinin belirlenmesi* [Yüksek lisans Tezi]. İzmir Şifa Üniversitesi.
- Tüik. (2022). Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızı <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2022-49674> (Erişim Tarihi:18.09.2023) .
- Tüik. (2022). Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>. (Erişim Tarihi:10.09.2023)
- Tüik. (2023). Sağlık İstatistikleri. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=149&locale=tr>. (Erişim Tarihi :18.09.2023)
- Tümer, A. R., Karacaoğlu, E. ve Akçan, R. (2011). Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. *Turkish Journal of Surgery*, 27(4), 2.
- Türk, M. (2007). Fransız Sağlık Sistemi Örgütlenmesi. *Toplum ve Hekim dergisi*, 3, 165.
- Uçar, Z. (2020). *Katastrofik Sağlık Harcaması ve Sağlık Hizmetlerinde Yoksunlaştırıcı Etkisinin Değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Sakarya Üniversitesi.
- Vercoutter, J. (2008). *Antik Tarih-İlkçağ Tarihi*. (1. Baskı). Yapı Kredi Yayınları
- Vernon, J. A., Trujillo, A., Rosenbaum, S., DeBuono, B. (2007). Low health literacy: Implications for national health policy. *Washington, DC: Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, The George Washington University*.
- Wagstaff A, van Doorslaer E, Calonge S, Christiansen, T., Gerfin, M., Gottschalk, P., Jansenn, R., Lachaud, C., Leu, R. E., Nolan, B. (1992). *Equity in the finance of health care: some international comparisons*. *J Health Econ*, 11141:361-87.
- Wagstaff, A. (2009). *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems Evidence from the OECD*. Policy Research Working Paper, 30.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of family medicine*, 3(6), 514–522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>

- Westra, B.L., Weinfurter, E.F., Delaney, C.W. (2014). *Integrative nursing and health literacy*. Well Integrative Library: Oxford Universtiy Press.
- WHO. (2001). he World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance. *Journal Med Liban*, 49(1), 4-22.
- WHO. (2009). *Basic Documents*, Switzerland: WHO Press, 1.
- WHO. (2014). Health in all policies: Helsinki statement. *Health Promotion International*, 17-18.
- WHO. (2023) Beş Yaş Altı Ölüm Oranı, <https://childmortality.org/data/World> (Erişim Tarihi:10.11.2023).
- WHO. (2013). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academic Press.
- Yalçın, T. Yıldırım, H. (2001). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 1-11.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2015). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri* (3. Baskı). ABSAM, 222.
- Yıldırım, H.H. (2013). *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Sağlık Sen Yayınları, 25.
- Yıldırım, H. (2015). *Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı?*. ABSAM Yayınevi, 1-4.
- Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi* [Uzmanlık Tezi], Devlet Planlama Teşkilatı, 2350, Ankara, 4-17.
- Yıldız, M. ve Sobacı, M. (2013). *Kamu Politikası ve Kamu Politikası Analizi* (1. Baskı). Adres Yayınları, 17.
- Yılmaz, H. (2011). *Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmanın Kısıtlanması ve Kısıtlamanın Yargısal Denetimi*. Seçkin Yayıncılık, 40.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. *Çukurova Üniversitesi Dergisi*, 16(1), 592.
- Şimşek, Z. (2012). *Sağlığı Geliştirmek İçin Kullanılan Stratejiler*. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 114
- Zorkun, M. ve Bülbül, D. (2022). 2000-2021 Dönemi Türkiye’de Sağlık Harcamalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 252-267. <https://doi.org/10.33905/bseusbed.1180587> .

ÖZ GEÇMİŞ

Ali Furkan TAHTA, Lise öğrenimini İstanbul Bayrampaşa İTO Anadolu Teknik Lisesi'nde tamamlamış olup , Ön lisans öğrenimleri;2016 İstanbul Kavram MYO Tıbbi Görüntüleme Teknikleri programı , 2021 Anadolu Üniversitesi Adalet programı, 2023 İstanbul Üniversitesi Yaşlı Bakımı programı, Lisans öğrenimleri ; 2020 Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi ve 2022 Sağlık Yönetimi Fakültesinden mezun olmuştur. 2022 Yılında İstanbul Kent Üniversitesi Sağlık Yönetimi (Tezli) Yüksek Lisans programına başlamış olup eğitimine devam etmektedir.

2017 yılında İstanbul Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne Radyoloji Teknikeri olarak ataması yapılmış olup halen görevine devam etmektedir.

