



**SAĞLIK HARCAMALARI İLE
MAKROEKONOMİK FAKTÖRLERİN TOPSIS
YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ:
TÜRKİYE'DE VE OECD ÜLKELERİ (2015-2023)**

**2024
YÜKSEK LİSANS TEZİ
İKTİSAT**

Yusuf Ulaş İLK YAZ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hüseyin KARAMELİKLİ**

**SAĞLIK HARCAMALARI İLE MAKROEKONOMİK FAKTÖRLERİN
TOPSIS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE VE OECD
ÜLKELERİ (2015-2023)**

Yusuf Ulaş İLK YAZ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hüseyin KARAMELİKLİ**

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
İktisat Anabilim Dalında
Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**KARABÜK
Ağustos 2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	3
TEZ ONAY SAYFASI.....	6
DOĞRULUK BEYANI	7
ÖNSÖZ	8
ÖZ.....	9
ABSTRACT.....	10
ARŞİV KAYIT BİLGİLERİ.....	11
ARCHIVE RECORD INFORMATION	12
KISALTMALAR	13
ARAŞTIRMANIN KONUSU	14
ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	14
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	15
ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ / PROBLEM	15
KAPSAM VE SINIRLILIKLAR/KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER	16
GİRİŞ	16
1. SAĞLIK EKONOMİSİ İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	18
1.1. Sağlık Kavramı	18
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	19
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	19
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	20
1.3.2. Rehabilitasyon Sağlık Hizmetleri	21
1.3.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	21
1.3.4. Geliştirici Sağlık Hizmetleri.....	22
1.4. Finansman Açısından Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	23
1.4.1. Gönüllü Sağlık Sistemi	23

1.4.2. Sosyal Sağlık Sistemi.....	23
1.4.3. Ulusal Sağlık Sistemi.....	24
1.5. Dünya’da Sağlık Sisteminin Gelişimi	24
1.6. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi	27
2. SAĞLIK HARCAMALARI	30
2.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Kapsamı	30
2.2. Sağlık Harcamaları Düzeyini Belirleyen Faktörler	31
2.2.1. Sosyo – Ekonomik Değişkenler	32
2.2.2. Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi.....	33
2.2.3. Teknolojik Gelişme ve Yenilikler	33
2.2.4. Yaşam Süresinin Uzaması.....	34
2.2.5. Küreselleşme.....	36
2.3. Türkiye’de Sağlık Sistemi	37
2.3.1. 1927 – 1940 Dönemi	37
2.3.2. 1940 – 1960 Dönemi	38
2.3.3. 1960 – 1980 Dönemi	38
2.3.4. 1980 – 2000 Dönemi	39
2.3.5. 2000 Yılı Sonrası	40
2.4. OECD’ ye Üye Ülkelerin Sağlık Sistemi.....	42
2.5. Sağlık Sisteminin Ölçülmesinde Kullanılan Göstergeler	42
3. OECD ÜLKELERİ VE TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARI	43
3.1. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)	43
3.2. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına Genel Bakış.....	47
3.3. Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması	50
3.3.1. OECD Ülkelerinin Toplam ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeleri	51
3.3.2. OECD Ülkelerinin Sağlık Kuruluşları İle İlgili Göstergeleri	54
4. SAĞLIK HARCAMALARI İLE MAKROEKONOMİK FAKTÖRLERİN TOPSIS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİ (2015 – 2023).....	56
4.1. Literatür Değerlendirilmesi.....	56
4.2. Araştırma Yöntemi (Metodoloji)	59
4.2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	60
4.2.2. Değişkenler ve Model.....	61

4.2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	62
4.2.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	63
4.2.5. Veri Analizi.....	63
4.3. Araştırmanın Bulguları.....	64
4.3.1. TOPSIS İle En İyi Alternatifin Belirlenmesi.....	67
4.3.2. Bulgular	70
SONUÇ	71
KAYNAKÇA.....	73
TABLolar LİSTESİ	79
ÖZGEÇMİŞ	80



TEZ ONAY SAYFASI

Yusuf Ulaş İLK YAZ tarafından hazırlanan “SAĞLIK HARCAMALARI İLE MAKROEKONOMİK FAKTÖRLERİN TOPSIS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİ (2015-2023)” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Hüseyin KARMELİKLİ

.....

Tez Danışmanı, İktisat Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile İktisat Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 15/08/2024

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Prof. Dr. Hüseyin KARMELİKLİ (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Utku DEMİR (KBÜ)

.....

Üye : Prof. Dr. Ünal ARSLAN (MKÜ)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans Tezi derecesini onamıştır.

Doç. Dr. Zeynep ÖZCAN

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

DOĞRULUK BEYANI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı herhangi bir yola tevessül etmeden yazdığımı, araştırmamı yaparken hangi tür alıntılarını intihal kusuru sayılacağını bildiğimi, intihal kusuru sayılabilecek herhangi bir bölüme araştırmamda yer vermediğimi, yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bu eserlere metin içerisinde uygun şekilde atıf yapıldığını beyan ederim.

Enstitü tarafından belli bir zamana bağlı olmaksızın, tezimle ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak ahlaki ve hukuki tüm sonuçlara katlanmayı kabul ederim.

Adı Soyadı: Yusuf Ulaş İLK YAZ

İmza :

ÖNSÖZ

Yüksek lisans dönemim başladığı andan itibaren bana her konuda yardımcı olan tez danışmanım Prof. Dr. Hüseyin KARAMELİKLİ hocama teşekkürü bir borç bilirim.



ÖZ

Sağlık insanlık tarihi ile anılan en önemli kavramlardan biri olmuştur. Sağlık, bir kişinin veya bir topluluğun bedensel, ruhsal ve sosyal yönünden tam anlamı ile performansının en üst düzeyde olması anlamına gelmektedir. Bu durum, sadece hastalık veya yaralanmanın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın en uygun düzeyde olduğu bir durumu içerir. Bireyin daha sonra da toplumun ilerlemesi için çok önemli bir faktör olan sağlık için en önemli şartların başında ekonomik koşullar gelmektedir.

Bireyler ve toplumların sağlıklı kalabilmesi için, güçlü bir ekonomiye ve bu durumun sürdürülebilir olması hayati önem taşır. Ülkenin ekonomisi ile sağlık harcamaları ve beşeri sermaye arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Sağlıklı bireyler ve toplumlar, daha üretken oldukları için üretime ve ekonomiye olumlu katkı sağlarken, hastalık durumunda veya sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşayan ülkeler ekonomik olarak olumsuz etkilenebilir.

Bu çalışma, seçilmiş OECD ülkeleri ve Türkiye'nin 2015-2023 dönemindeki sağlık performanslarını değerlendirmek amacıyla TOPSIS (Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution) yöntemini kullanarak yapılmıştır. Bu ülkeler, çeşitli sağlık sistemlerine, değişen ekonomik kalkınma düzeylerine ve 2015-2023 dönemine ilişkin güvenilir verilerin mevcudiyetine göre seçilmiştir. Seçilen ülkelere ait veriler Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve ulusal istatistik kurumları gibi saygın kaynaklardan toplanmaktadır. 2015'ten 2023'e kadar olan zaman dilimi, sağlık harcamaları ve sonuçlarındaki son eğilimleri ve değişiklikleri yakalamak ve analizin uygunluğunu ve doğruluğunu sağlamak için seçilmiştir.

Kriterlerin ağırlıklarının belirlenmesinde CRITIC yöntemi kullanılmaktadır. Bu yöntem, hem kontrast yoğunluğunu hem de kriterler arasındaki korelasyonu hesaba katarak ağırlık belirlemede dengeli ve objektif bir yaklaşım sağlar.

Anahtar Kelimeler: Sağlık; Sağlık Göstergeleri; Sağlık Harcamaları; TOPSIS

ABSTRACT

Health has been one of the most important concepts in human history. Health means the highest level of physical, mental and social performance of a person or a community. This includes not only the absence of disease or injury, but also a state of optimal physical, mental and social well-being. Economic conditions are one of the most important conditions for health, which is a very important factor for the progress of the individual and then the society.

For individuals and societies to remain healthy, it is vital that they have a strong economy and that this situation is sustainable. There is an important relationship between a country's economy, health expenditures and human capital. While healthy individuals and societies contribute positively to production and the economy as they are more productive, countries that suffer from illness or difficulties in accessing health services can be negatively affected economically.

This study was conducted using the TOPSIS (Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution) method to assess the health performance of selected OECD countries and Turkey for the period 2015-2023. These countries were selected based on their diverse health systems, varying levels of economic development and the availability of reliable data for the period 2015-2023. Data for the selected countries are collected from reputable sources such as the World Bank, the World Health Organization (WHO) and national statistical agencies. The time period from 2015 to 2023 was chosen to capture recent trends and changes in health expenditures and outcomes and to ensure relevance and accuracy of the analysis.

The CRITIC method is used to determine the weights of the criteria. This method provides a balanced and objective approach to weighting, taking into account both contrast intensity and correlation between criteria.

Keywords: Health; Health Indicators; Health Expenditures; TOPSIS

ARŞİV KAYIT BİLGİLERİ

Tezin Adı	Sağlık Harcamaları İle Makroekonomik Faktörlerin TOPSIS Yöntemi İle Değerlendirilmesi: Türkiye ve OECD Ülkeleri (2015-2023)
Tezin Yazarı	Yusuf Ulaş İLK YAZ
Tezin Danışmanı	Prof. Dr. Hüseyin KARAMELİKLİ
Tezin Derecesi	Yüksek Lisans
Tezin Tarihi	15/08/2024
Tezin Alanı	İktisat Anabilim Dalı
Tezin Yeri	KBÜ/LEE
Tezin Sayfa Sayısı	80
Anahtar Kelimeler	Sağlık; Sağlık Göstergeleri; Sağlık Harcamaları; TOPSIS

ARCHIVE RECORD INFORMATION

Name of the Thesis	Evaluation of Health Expenditures and Macroeconomic Factors with TOPSIS Method: Turkey and OECD Countries (2015-2023)
Author of the Thesis	Yusuf Ulaş İLK YAZ
Advisor of the Thesis	Prof. Dr. Hüseyin KARAMELİKLİ
Status of the Thesis	Master's Degree
Date of the Thesis	15/08/2024
Field of the Thesis	Economy Department
Place of the Thesis	UNIKA/IGP
Total Page Number	80
Keywords	Health; Health Indicators; Health Expenditures; TOPSIS

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
AHS	: Analitik Hiyerarşı Süreci
ÇKKV	: Çok Kriterli Karar Verme
GYSİH	: Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
IMF	: Uluslararası Para Formu
OECD	: İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TOPSIS	: İdeal Çözüme Benzerlik Bakımından Sıralama Performansı Tekniği
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
SHS	: Sağlık Hizmetleri Sistemi
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
OECC	: Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü
NHS	: Ulusal Sağlık Sistemi
SHI	: Sosyal Sağlık Sigortası
PHI	: Özel Sağlık Sigortası

ARAŞTIRMANIN KONUSU

Bu çalışma, Türkiye ve seçilmiş OECD ülkeleri arasında 2015 ile 2023 yılları arasında sağlık harcamalarının belirlenmesinde sosyo-ekonomik unsurların rolünü araştırmayı amaçlamaktadır. İki farklı model kullanılarak sosyal ve ekonomik değişkenler incelenmiş ve bu modeller TOPSIS yöntemiyle ekonometrik tahminlerde kullanılmıştır.

Analizlerin sonuçlarına göre, sosyal değişkenler üzerine odaklanan modelde sağlık harcamalarını etkileyen en önemli faktörün doğumda beklenen yaşam süresi olduğu bulunmuştur. Ekonomik değişkenler üzerine odaklanan modelde ise sağlık harcamalarını etkileyen en önemli faktörlerin kişi başı gelir ve enflasyon oranı olduğu tespit edilmiştir.

Bu bulgular, sağlık harcamalarının belirlenmesinde sadece sağlıkla ilgili faktörlerin değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik faktörlerin de önemli rol oynadığını göstermektedir. Bu tür analizler, sağlık politikalarının ve kaynakların etkin bir şekilde yönetilmesine katkı sağlayabilir.

ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırmanın en önemli amacı bir toplumun gelişmesindeki öncü rol olan sağlık kavramına değinmektir. Böylelikle sağlık birey, sağlıklı toplum yaklaşımı ile sürdürülebilir bir büyüme ve kalkınma yaratıcılığına olan inancımızdır. Bireyin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı toplumun daha iyi bir üretim sürecine gireceğinin de göstergesidir. Böylelikle Ragnar Nurkse'ün "Fakirliğin sebebi fakirliktir" tezinin tam tersi üretilebilecek ve sağlıklı birey, sağlıklı toplum, yüksek üretim ve sürdürülebilir yüksek büyüme ve kalkınma döngüsü sağlanabilecektir.

Bu çalışma, Seçilmiş OECD ülkeleri ve Türkiye'nin 2015-2023 dönemindeki sağlık performanslarını değerlendirmek amacıyla TOPSIS (Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution) yöntemi kullanılmıştır. Bu ülkeler, çeşitli sağlık sistemlerine, farklı ekonomik düzeylerine ve 2015-2023 dönemine ilişkin verilerine göre seçilmiştir.

Seçilen ülkelere ait veriler Dünya Bankası, Dünya Sağlık rgt (WHO) ve ulusal istatistik kurumları gibi saygın kaynaklardan toplanmaktadır. 2015'ten 2023'e kadar olan zaman dilimi, sağlık harcamaları ve sonuçlarındaki son eğilimleri ve değişiklikleri yakalamak ve analizin uygunluğunu ve doğruluğunu sağlamak için seçilmiştir.

Kriterlerin ağırlıklarının belirlenmesinde CRITIC yöntemi kullanılmaktadır. Bu yöntem hem kontrast yoğunluğunu hem de kriterler arasındaki korelasyonu hesaba katarak ağırlık belirlemede dengeli ve objektif bir yaklaşım sağlar.

ARAşTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada özellikle 2015-2023 yılları arası seçilmiştir. Bu seçimi yaparken hem pandemi öncesi, pandemi dönemi ve pandemi sonrası dönemi verileri kullanılarak son yıllardaki daha net bir sonuç elde etmek planlanmıştır.

Çalışmada kullanılan makroekonomik verileri World Bank ve Dünya Sağlık rgt'nden temin edilmiştir. İstatistik Kurumu (TİİK) web siteleri ise diğer veri kullanım yerleridir.

Araştırmada kullanılan metot ise bu çalışmada özellikle açık kaynaklardan elde edilen veriler TOPSIS, (Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution) yöntemidir, bu yöntem çok kriterli karar verme süreçlerinde kullanılan bir karar verme yöntemidir. TOPSIS, alternatifler arasında en iyi veya en kötü olanı belirlemek için kullanılır. Öncelikle her alternatifin belirli kriterlere göre ne kadar iyi veya kötü olduğu hesaplanır. Daha sonra, en iyi ve en kötü alternatiflere olan benzerliğe göre her alternatifin bir "ideal çözüme" olan yakınlığı hesaplanır. En iyi olan alternatif, ideal çözüme en yakın olan, en kötü olan ise ona en uzak olan alternatif olarak belirlenir. Bu şekilde, TOPSIS yöntemi karar verme sürecini objektif bir şekilde destekler.

ARAşTIRMA HİPOTEZLERİ / PROBLEM

Çalışmada önde gelen ekonometrik modellerden olan TOPSIS metodu kullanılmıştır. Bu metot ile daha net bir sonuca ulaşılmaya çalışılmıştır. Elde edilen bulgular ile büyüme üzerindeki etkiler incelenmiştir.

KAPSAM VE SINIRLILIKLAR/KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Sağlık harcamalarının belirleyicilerini tespit etmek amacıyla yapılan bu çalışma 2015-2023 yıllık verilerini kapsamaktadır. Bunun yanı sıra özellikle beş farklı kriter ile araştırma sınırlandırılmıştır. bu kriterler sırası ile; Kişi Başına Düşen GSYİH (\$), Sağlık Harcamaları (% GSYİH):, Beklenen Yaşam Süresi (Yıl):, Bebek Ölüm Oranı (1000 kişi):, Doktor Başına Düşen Hasta Sayısı olarak sıralanabilir.

GİRİŞ

İktisadın asıl amacı, geçmişten günümüze kadar toplumların dönüşümünü bilimsel bulgularla analiz etmek ve anlamaktır. Bu bağlamda, toplumların geçmişine bakıldığında, bilgi toplumu, sanayi toplumu ve tarım toplumu gibi başlıklar altında sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırma, iktisadi açıdan dönüşüm sürecini ve temel faktörleri belirlemeye yardımcı olur. İktisadi dönüşüm süreci, öncelikle tarım toplumunda ortaya çıkmıştır. Daha sonra, sermayenin doğal kaynaklara eklenmesiyle birlikte 18. Yüzyıl ile 20. yüzyılın sonlarına kadar olan süreçte, mevcut durumdaki dinamiklerle birlikte insan kaynakları ve daha verimli üretim faktörlerine odaklanma eğilimi nedeniyle bilgi ekonomisi ortaya çıkmıştır(Selik, 1988, s. 17).

Bu süreçler geçilirken en temel unsur maksimum verim olmuştur. Bu zamana kadar hemen hemen iktisatçılarının en temel sorularından biri maksimum verime ulaşma çabasıdır(Kök & Şimşek, 2012, s. 22). Bunun için günümüze kadar birçok yeni teorem ortaya atılmıştır.

Maksimum verime ulaşmanın en önemli araçlarından biri sağlıklı birey ve toplumdur. Özellikle bir toplumun gelişmesi için fiziksel ve sosyal bireylerin sağlıklı olması en temel unsurlardan biridir. İkinci dünya savaşından sonra ortaya atılan gerek liberal gerekse devletçi teorilerin ortak özelliklerinden biri sürdürülebilir büyüme ve kalkınma için gerekli unsurlardan biri sağlıklı birey ve sağlıklı toplumdur.

Sağlık, bireyler ve toplumlar için en temel ve olmazsa olmaz ihtiyaçtır. Sağlıklı olma durumu, insanların yaşam kalitesini artırır ve sürdürülebilir bir yaşam standardı sağlar. Sağlıklı bireyler, öğrenme kapasitelerini geliştirir, yeteneklerini artırır ve verimliliklerini yükselterek daha yüksek gelir ve refah düzeylerine ulaşırlar (Hüseyin & TIRAŞ, 2018, s. 1558).

Dört bölümden oluşan bu çalışmada sağlık harcamalarının; ekonomik büyüme, yatırımlar, işgücü ve kişilerin yaşam beklentisi üzerindeki etkisini ekonometrik yöntemler kullanarak analiz etmek hedeflenmiştir. Çalışmanın asıl amacı 2015-2023 yılları OECD ülkeleri ile Türkiye’de yapılan kamu sağlık harcamalarının; ekonomik büyüme, yatırımlar, işgücü ve yaşam beklentisi üzerindeki etkilerini ekonometrik modeller kullanarak açıklayabilmektir.

Çalışmanın ilk bölümünde sağlık kavramı üzerine durulmuş ve sağlık kavramı ile ilgili bilgiler verilmeye çalışılmıştır. Bunun yanı sıra bu bölümde sağlık sistemleri incelenmiş ve bölümün sonunda Türkiye’deki sağlık sistemi hakkında bilgi verilmeye çalışılmıştır.

İkinci bölümde ise sağlık harcamaları üzerine durulmuştur. Bu bölümde özellikle sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ele alınmıştır. Ayrıca bu bölümde OECD ülkelerindeki sağlık sistemleri incelenmiş ve harcamaların niteliği üzerine çalışılmıştır. İkinci bölümün bir başka önemli kısmı ise 1927 yılından günümüze Türkiye’deki sağlık harcamaları üzerine çalışılmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise sağlık harcamalarının içeriği üzerinde durulmuştur, özellikle 2015-2023 yılları arasında Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık harcamaları tablolar aracılığıyla gösterilmeye çalışılmıştır. Bu bölümde, kamu ve özel sektör sağlık harcamaları, ilaç harcamaları gibi unsurlar ele alınmıştır. Ayrıca bu bölümde sağlık harcamaları sınıflandırılmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde, 2015-2023 yıllarına ait veriler kullanılarak TOPSIS yöntemiyle makroekonomik bir karşılaştırma yapılmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın son bölümünde, çalışma ile ilgili sonuç ve politika önerileri sunulmuştur

1. SAĞLIK EKONOMİSİ İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Kavramı

Bir bireyin sağlık durumu, doğumdan başlayarak yaşamının sonuna kadar birçok farklı faktörden etkilenir. Bu faktörler arasında, bireyin kendi fiziksel özellikleri, psikolojik durumu ve çevresi en önemlileridir. Doğumdan itibaren başlayan ergenlik dönemi geçtikten sonra, bireyin fiziksel gelişimi genellikle en üst düzeye ulaşır. Ancak yaş ilerledikçe, fiziksel ve zihinsel gelişimde bir gerileme görülür. Bu gerileme süreci, bireyin genel sağlık durumuna bağlı olarak değişiklik gösterir. Dolayısıyla, sağlıklı bir bedensel yapı, zihinsel gerilemeyi yavaşlatabilir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2000, s. 19-21).

Sağlıklı olmanın yanı sıra sağlığın sürdürülebilirliği de son derece önemlidir. Bu sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için sadece sağlık sektörü değil aynı zamanda sosyoekonomik çevrenin de çaba göstermesi gereklidir. Sosyolojik çevreler, fiziksel çevrenin ve biyolojik etmenlerin insan sağlığı üzerindeki etkilerini incelerken, ekonomik çevre sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için gerekli olan kaynakların finansmanını sağlamak amacıyla çalışmalar yürütmelidir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2000, s. 46).

Sağlık, bireylerin hayatta kalması, yaşam kalitelerini koruması açısından son derece önemlidir. Sağlık alanında ortaya konulan hizmetler, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen en önemli unsurlardan biri olmuştur. Bundan kaynaklı, bir ülkenin sağlık alanındaki çalışmalarının kalitesi, o ülkenin kalkınmışlık göstergelerinden biridir.

Bireylerin kendi sağlıklarının gelişimine bilinçli bir şekilde katkıda bulunmaları, aldıkları eğitimleri özümseyip kendilerine ve çevrelerine destek olmaları, sağlık hizmetlerinin gelişimi açısından son derece önemlidir. Sağlık eğitim merkezleri, aile hekimlikleri ve ana-çocuk sağlığı gibi kurumlar, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine kamu eliyle yapılan katkıların örnekleridir (Öner, 2018, s. 18).

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Dünya genelinde, toplumların gelişim seviyesinden bağımsız olarak, sağlık ve sağlık hizmetleri herkesin giderek daha fazla önem verdiği konuların başında gelmektedir (Aydan, 2018, s. 552). Başlangıçta sadece doktorlar ve hemşireler tarafından sunulan sağlık hizmetleri, zaman içinde farklı alanlara ve meslek gruplarına yayılmıştır. Bugün, sağlık hizmetleri yalnızca bir azınlığa değil, toplumun geneline yöneliktir.

Sağlık hizmeti; Sağlık sektöründe çalışan personelin kullandığı çeşitli ilaç, alet ve edevatın, sağlık hizmetleri vb. gibi unsurların sağlık hizmetlerinin üretim aşamasında kullanıldığı ve sağlık hizmetlerinin üretim sürecini destekleyen hizmetler şeklinde tanımlanabilir¹.

Sağlık sisteminin fonksiyonel amaçlarına genellikle beş farklı açıdan bakılmaktadır. Bu beş farklı fonksiyon; ölüm, hastalık, sakatlık, rahatsızlık ve doyumsuzluk (memnuniyetsizlik) şeklinde sıralanabilir. Yönetim sisteminin zaman içindeki değişimi ve gelişimi ile birlikte, hastaların bakım kayıtları ve kişisel bakımlarıyla ilgili olarak daha rekabetçi bir ortam oluşmaktadır. Ancak hastaların bilinçlenmesi, hasta memnuniyetinin önemini artırabilir. Ancak, geleneksel yöntemlerle işleyen sağlık sistemleri, hastaların memnuniyetin açısından geride kalmıştır. Bu nedenle, hastaların memnuniyeti ve sağlık kalitesi üzerine yapılan incelemeler ve literatür taramaları, önemli bir konuşma alanı oluşturur. Tüm olumsuzlukları çözebilecek yöntemler arasında korunma (önleme), tanı, takip, rehabilitasyon, izleme (gözlem) ve toplumun sağlık sektöründeki eğitimi yer alabilir (Sargutan, 2005, s. 401-408).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, tarih boyunca genellikle sadece hastalıkların tedavi sürecine odaklanmıştır ve bu nedenle tedavi edici sağlık hizmetlerinde artışlar yaşanmıştır. Ancak zamanla, hastalıkların veya vücut sağlığını etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılmasıyla birlikte, hijyen ve çevre sağlığı gibi konular daha fazla önem kazanmıştır. Bu nedenle,

¹ Sağlık hizmeti ne demek, TDK Sözlük Anlamı.

sağlık hizmetlerinin algılanma şeklinde zamanla farklılıklar ortaya çıkmıştır (Akdur, 1998, s. 12).

Sağlık hizmetleri dört ana kategoriye ayrılır bunlar; koruyucu, rehabilite edici, tedavi edici ve geliştirici sağlık hizmetleridir.

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumsal ve bireylerin sağlığını korumaya yönelik alınan veya alınması planlanan tüm tedbirler, koruyucu sağlık hizmetleri olarak tanımlanır. Koruyucu sağlık hizmetleri, çok çeşitli hizmetleri içine alan geniş bir alanı kapsamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, genellikle hastalık gelişmeden önce alınan tedbirleri ve önlemleri kapsar. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetlerinden fayda sağlayan sadece hizmeti alan birey değil, aynı zamanda toplumun diğer üyeleri de olmaktadır. Bu özelliğiyle koruyucu sağlık hizmetlerinin sağladığı sosyal fayda, bireysel faydadan daha yüksektir. Gıda denetimi ve kontrolü, dengeli beslenme koşullarının sağlanması, anne ve çocuk sağlığı, risk altındaki grupların aşılama gibi hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sunulmaktadır (Çoban, 2009, s. 16).

Hastalıkların önlenmesi ve tedavi süreci için sağlık hizmetleri, kalifiye ve nitelikli sağlık personeli tarafından sunulmaktadır. Bu sağlık hizmetleri arasında;

- Eğitim,
- Sağlıklı beslenmenin teşviki,
- Aile planlama mentörlüğü,
- Salgın hastalıklara müdahale,
- Tedavinin zamanında yapılması,
- Geriatrik bakım (yaşlı insanların bakımı),
- Erken teşhisi ve tedavi, iyileştirme çalışmaları gibi hizmetler bulunmaktadır (Gümüş vd., 2010, s. 8).

Koruyucu sağlık hizmetleri sadece sağlık sektörüyle sınırlı olmayıp ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin diğer sektörlerle de yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinin, diğer alanlara öncülük ederek rehberlik yapması gerektiği ve kişilere yönelik sağlık hizmetlerinin genellikle hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personeli

tarafından sunulması gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri geniş kapsamlı ve farklı sektörlerle olan etkileşimi yüksek oranlıdır (Albayrak & Öztürk, 2021).

1.3.2. Rehabilite Sağlık Hizmetleri

Bir kişinin fiziksel, zihinsel veya duygusal işlevselliğini yeniden kazanma sürecine rehabilitasyon denir ve kelime kökeni itibari ile Latince bir kelimedir. Rehabilitasyon, insanın hayata başladığı andan itibaren ortaya çıkan hastalık, kaza veya yaralanma gibi durumlarda zihinsel veya fiziksel yetilerini kısmen veya tamamen kaybetmiş bireyleri, tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönden en üst seviyeye çıkarmayı hedefleyen hizmetlerdir. Bu hizmetler, kişinin kendisine, ailesine ve topluma daha fazla fayda sağlayabilmesini amaçlar. Sakatlık durumunun etkilerini en aza indirgeyerek kişinin tedavi edilmesini sağlayan bir süreçtir (Akdemir, 2021, s. 75).

İyileştirici sağlık hizmetleri, genellikle toplumsal iyileştirme ve tıbbi rehabilitasyon olmak üzere iki ana kategoride sunulmaktadır. Toplumsal iyileştirme , bireylerin topluma uyum sağlamalarına, uygun beceriler gerektiren işlerde çalışabilmelerine ve pedagojik destek programlarına katılmalarına yardımcı olacak hizmetler sunar. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ise gözlük, protez, baston, işitme cihazları ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla kalıcı bozuklukların giderilmesini amaçlar. Bu hizmetler genellikle rehabilitasyon merkezleri ve fizik tedavi ünitelerinde sunulmaktadır (Arısoy, 2017, s. 27-28).

1.3.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi, hastalanan veya engelli bireylerin sağlıklarını iyileştirmek amacıyla gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerin tümünü kapsar. Bu, ilaç tedavisi, fizik tedavi hizmetleri ve cerrahi müdahaleleri içerir. Türkiye’de önleyici ya da koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu merci, Sağlık Bakanlığıdır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, sakatlık veya hastalık durumlarında hayati öneme sahiptir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri genellikle hastalık veya sakatlık meydana geldikten sonra zararların azaltılması veya giderilmesi amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerin öncelikli amacı, bireylerin sosyal ve iş yaşamlarında

karşılaştıkları geçici veya kalıcı kayıplardan kaynaklanan maddi ve manevi zararları telafi etmektir. Böylece bireylere, sosyal ve işlevsel yeteneklerini yeniden kazanma sürecinde destek sağlanır (Yazgan, 1977, s. 150).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine oranla daha fazla maliyet gerektirmektedir. Bu durum, tedavi edici hizmetlerin genellikle daha fazla kaynak ve finansal yatırıma ihtiyaç duyduğunu gösterir. Ayrıca, tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireysel yararı daha belirgin olarak görülür; bu sağlık hizmetlerinden faydalanan kişiler doğrudan ve kişisel fayda sağlarlar. Başka bir deyişle, tedavi edici sağlık hizmetlerinin dışsal faydası olarak, hastalık bulaşma riskinin azaltılması veya tedavi edilerek diğer bireylere verilebilecek zararın en aza indirgenmesi gibi katkılar sağlanır (Bulutoğlu, 1981, s. 255).

1.3.4. Geliştirici Sağlık Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi amacı, yaşam standartlarını yükseltmek ve ortalama yaşam süresini uzatmaktır. Bilindiği üzere, birçok hastalık kişilerin alışkanlıkları ve yaşam standartlarına bağlı olarak gelişmektedir. Bireyler, yaşam tarzlarını iyileştirerek sağlık durumlarını daha iyi bir düzeye getirebilirler. Örneğin, tütün ve benzeri ürünlerden uzak durmak, beslenme alışkanlıklarına özen göstermek ve stresten kaçınmak, sağlık seviyelerini iyileştirecektir (Y. Akdağ, 2012, s. 19).

Geliştirici sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi ile karıştırılmamalıdır. Sağlık eğitimi, toplumu sağlık konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirme amacı taşıırken, geliştirici sağlık hizmetleri daha geniş ve kapsamlı hizmetler sunar ve sağlık eğitimini de içerir. Sağlık alanındaki eğitimin, bireyleri hastalıklar, insan vücudunun fonksiyonları, hastalıklardan korunma yolları, sağlık sistemlerinin işlevleri, sağlık sisteminden etkin şekilde yararlanma ve sağlığı etkileyen sosyal, çevresel ve siyasal faktörler hakkında bilgilendirmeyi amaçlar. Geliştirici sağlık hizmetleri ise bireyin ve cemiyetin sağlık durumunu iyileştirmek için yapılan tüm faaliyetleri kapsar (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2000, s. 46).

1.4. Finansman Açısından Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri diğer tüm sektörlerde olduğu gibi bir maliyete sahiptir ve bu maliyetlerin karşılanması elzem bir durumdur. Bu bakımdan birçok farklı metotta bu maliyetlerin karşılanması için çalışmalar mevcuttur. Bu farklılıklar ülkelerin ekonomik ve siyasi durumlarına farklılık göstermektedir.

Finansman açısından en sık tercih edilen sağlık sistemi, finansman kaynaklarını çeşitli alt kategorilere ayıran bir yapıya sahiptir. Bu sınıflandırma, üç ana grup olarak gönüllü sigorta sistemi, sosyal sağlık sigortası sistemi ve ulusal sağlık hizmetleri sistemi şeklinde ayrılır.

1.4.1. Gönüllü Sağlık Sistemi

Genellikle gelişmiş ülkelerde görülen bir sistemdir. Sigorta seçenekleri çeşitlilik gösterir ve farklılık arz eder. Sigorta hizmetleri hem devlet hem de özel sektör tarafından sunulmaktadır, ancak son dönemlerde özel sağlık sigortaları daha fazla ön plana çıkmaktadır. Sağlık sisteminde meydana gelen veya meydana gelebilecek sorunlar ulusal bir ajans veya departman tarafından izlenmektedir (Tunçsiper & Bakar, 2023).

Ayrıca bu sistem ülkemizde de son yıllarda önemli bir yer edinmektedir. Sağlık alanında bireyler bilinçlendikçe özel sağlık sigortasına olan bakışları da gelişmektedir.

1.4.2. Sosyal Sağlık Sistemi

Bu tür sistemler genellikle gelişmekte olan ülkelerde bulunur. Sağlık ocakları, hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları kamu tarafından kurulur ve idare edilir. Tüm sağlık harcamaları devlet tarafından finanse edilir. Ekonomik durumu zayıf olan bireyler için kamu finansmanı sağlanır. Ancak genelde yüksek yoksulluk oranları nedeniyle bu desteğe olan ihtiyaç oldukça fazladır. Bu sağlık sistemi, genellikle düşük maliyetli ve personel yetersizliği yaşanan, kalabalık ortamlarda işler. Doktorların düşük maaşları nedeniyle, doktorlar çeşitli ek işler alır veya özel pratisyen olarak çalışarak gelirlerini artırmaya çalışırlar. Bu nedenle, devlet sistemine bağlı doktorların çoğu zaman tam zamanlı yerine yarı zamanlı çalışır.

1.4.3. Ulusal Sağlık Sistemi

Bugünkü koşullarda sosyal sistemlerde bulunan ve çok fazla ülkede görülmeyen uygulanan bir sistem türüdür. Devlet destekli sistemlerin ve diğer modellerinin aksine, ulusal sağlık sistemi tüm nüfusu kapsar. Finansmanı tamamen vergilerle sağlanmaktadır (Terris, 1976, s. 1126). Bu sistem de ülke içindeki sağlık harcamalarının tamamı devlet tarafından yapılmaktadır. Bir başka deyişle, devlet bireysel sağlık harcamalarının ne kadar ne yönde olacağına karar vermektedir.

İngiltere Sağlık Sistemi, vergi temelli bir sistem olan Beveridge tipi sağlık sisteminin başlangıcını temsil eder. Sir William Beveridge, 2. Dünya Savaşı'ndan sonra sosyal yapıyı yeniden planlamış ve Londra'da yoksullar arasında sosyal hizmet görevini üstlenmiştir. Hazırladığı raporda, savaş sonrası hükümetin ana planı olarak eğitim, istihdam, barınma ve toplumsal güvenliği önceliğine alan kapsamlı sağlık hizmeti önerilmiştir. Bu doğrultuda, 1948 yılında Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) ulusal bir sistem olarak kurulmuştur. NHS, İngiltere, İskoçya ve Galler'de benzer şekilde hizmet verirken, Kuzey İrlanda'nın sağlık sistemi yarı otonom olarak faaliyet göstermektedir (Light, 2003, s. 26).

1.5. Dünya'da Sağlık Sisteminin Gelişimi

Dünya'da sağlık ve bu alanda yapılan hizmetlerin tıp biliminin ortaya çıkışı ve gelişimiyle, yani insanların var oluşuyla başladığını söylemek doğru olacaktır. İnsanlar, yaşamlarının başından itibaren sağlıklarını koruma ihtiyacı içinde olmuşlardır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2000, s. 127). Doğayla yoğun bir şekilde etkileşim içinde olan insanlar, büyük vahşi hayvanlar ve şiddetli doğa olayları gibi zorluklarla karşılaştıklarında hayatta kalmak için çeşitli yöntemler geliştirmişlerdir. Bu yöntemlerin birçoğunda, doğal kaynaklar olan bitkiler, sıcak su, toprak gibi malzemeleri kullanarak yaralarını iyileştirme ve ağrılarını hafifletme çabalarında bulunmuşlardır. Bu bilgilere dayanarak, eski uygarlıklarda hastalıklarla mücadelede dini ritüeller, sihir ve büyü gibi yöntemler kullanıldığı görülmektedir. Bu nedenle, ilk hastanelerin dini kurumlar olarak değerlendirilmesi uygun olacaktır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2000, s. 128).

Mezopotamya'da tıp, Sümerlerle başlamış ve yazının icadıyla kaydedilmiş tarihe geçmiştir. Sümerlerde tıbbi hizmetler, din adamları tarafından yürütülmüştür. Bu

dönemde, mevsimlerin hastalıklarla ilişkisi dikkatle incelenmiş ve insanların yıldızların etkileri altında nasıl etkilendikleri ampirik yöntemlerle belirlenmiştir. Herodot'un tarih yazımlarına göre, hastalıkların tedavisinde daha önceden aynı hastalıkları geçirmiş kişilerden yararlanılmıştır. Sümerlerin anatomi ve fizyolojiye dair anlayışları ise oldukça farklıydı; örneğin, akıl ve zekanın kalpte, dolaşım merkezinin ise karaciğerde olduğuna inanmışlardır. Aynı bölgede yaşamış Asur ve Babil (M.Ö. 2000) medeniyetlerinde ise Babil kralı Hammurabi (1728-1686) dönemine ait kanunlar tıpla ilgili müeyyide ve cezalar içermektedir. Ayrıca, safra kesesi, idrar yolları ve cinsel organlar üzerine yapılan ampirik çalışmalarla cinsel hastalıkların tespiti ve tedavisi için öneriler geliştirilmiştir (Nasuhioğlu, 1975, s. 11).

Antik Mısır, tıpta oldukça ileri bir düzeye ulaşmış ve bugün bile kullanılan birçok bilgiye ev sahipliği yapmıştır. Gelecek çocukların cinsiyetini tahmin etme yöntemleri geliştirmişler, solunum fonksiyonlarının önemini fark etmişler, kalbin dolaşım sistemini yönettiğini ve nabzın hastalıkları anlamada kullanılabileceğini keşfetmişlerdir. Kırık ve çıkık gibi durumlar akılcı yöntemlerle tedavi edilmiş, ilk dış dolgusu uygulamaları yapılmış ve cerrahide önemli gelişmeler elde edilmiştir, örneğin dikiş teknikleri kullanılmıştır. Ayrıca, mumyalama teknikleriyle insan vücudunun bütünlüğü uzun süreler boyunca korunmuştur (Güntöre & Öztürk, 2005, s. 4-5).

Akupunktur, eski Çin'den günümüze kadar ulaşan ve hala yaygın olarak kullanılan en ünlü tedavi yöntemlerinden biridir. Çin kültüründe uzun ve sağlıklı bir yaşamın bir ödül olarak görüldüğüne inanılır ve hastalıkların ilerlemeden önce tedavi edilmesi gerektiği vurgulanır. Bu uygarlıkta tıp bilgisi genellikle babadan oğula gizli bir bilgi olarak aktarılırken, kolera gibi hastalıklar çay ile tedavi edilmiştir (Nasuhioğlu, 1975, s. 14).

Eski Yunan tıbbı, Hipokrat'tan (M.Ö. 460-M.Ö. 370) önce efsaneler, mitler, din ve felsefenin büyük etkisi altında kalmış ve bu faktörler nedeniyle ilerleme kaydetmiştir. Ancak Hipokrat dönemiyle birlikte, tıp bu etkilerden sıyrılarak daha laik bir yapıya bürünmüştür. Hipokrat öncesi dönemde, kan alımı ve müshil kullanımı gibi tedaviler uygulanan tapınaklar kurulmuş ve hafif hastalıklar iyileştirilmiştir. Hipokrat, bugün hala kullanılan hekim andını yazmış ve tıp etiğine dair kurallar getirerek tıp tarihinde önemli bir iz bırakmıştır. Bu dönemde, hastalıkların dış etkenlerle ilişkilendirilmesine rağmen tedavi süreçlerinde vücut mekanizmaları ve kan değerleri detaylıca incelenmiştir.

Roma’da tıp başlangıçta oldukça ilkelken, Yunanlı hekimlerin gelmesiyle önemli ölçüde gelişme göstermiştir (Güntöre & Öztürk, 2005, s. 14-17).

Rönesans dönemine geçilmesi ile bilimsel araştırmalar ivme kazanmış, tıp ve sağlık alanında önemli ilerlemeler sağlanarak hekim sayısı artmıştır. Anatomi bilimi büyük gelişme göstermiş ve bu alanda önemli anatomistler yetiştirilmiştir. Bu dönemde, idam edilmiş kişilerin vücutları, çeşitli cerrahi araştırmalar için kullanılmıştır. Ayrıca, kan alma yöntemi azaltılmış, hastaların moralini düzelterek tedavi yöntemi daha sık uygulanmaya başlanmıştır. Veba, Sifiliz ve İnfluenza gibi epidemiler yoğun yaşanırken, enfeksiyonlarla ilgili birçok kitap yazılmıştır (Nasuhioğlu, 1975, s. 26-27).

Bu gelişmelerle birlikte, sağlık hizmeti sunan kuruluşlara olan ihtiyaç her toplumda daha belirgin hale gelmiştir. İyileştirici hizmetlerdeki ilerlemelerle beraber, koruyucu hizmetler de gelişmiştir. Bu süreçte, hane atıklarının düzgün bir şekilde bertaraf edilmesi, haşere kontrolü, içme ve kullanım suyunun temizlenmesi, aşılama yoluyla hastalıkların önlenmesi ve tüberkülin gibi tanı yöntemleriyle hastalıkların erken teşhis edilmesi gibi çeşitli önlemler alınmıştır. Tarih boyunca sağlık hizmetleri din adamları ve hayırseverler tarafından yürütülürken, Rönesans döneminden itibaren bu sorumluluk hekimlere devredilmiştir. 18., 19. ve 20. yüzyılın başlarında, sağlık mesleklerinde profesyonelleşme, kurallara bağlama, örgütlenme ve yönetim gerekliliği gibi önemli adımlar atılmıştır (Foucault & Kılıçbay, 2000).

Sağlık ekonomisinin gelişimindeki ilk aşama, genel kabul göre, Amerika Birleşik Devletleri’ndeki üniversitelerde ders olarak verilmeye başlanmasıyla gerçekleşmiştir. Bu dönem, İkinci Dünya Savaşı sonrası 1950’lerde başlamıştır (Mutlu & Işık, 2012, s. 15).

Çoğu uzmanın kabul ettiği üzere, sağlık ekonomisi alanının gelişimi, 1958 yılında S. J. Mushkin tarafından yazılan ‘Toward a Definition of Health Economics’ isimli çalışma ile başlamıştır. Bu çalışmada, sağlık ekonomisinin ne olduğu açıklanmaya ve tanımlanmaya çalışılmıştır. Mushkin, makalesinde sağlık sektöründe artan teknoloji kullanımı ve bu durumun sağlık harcamaları üzerinde yarattığı maliyet artışlarına dikkat çekmiş, çalışmada bu konulara ilişkin ilk sistemli verileri sunmuştur. Ayrıca, sağlık sektöründe fiyatlar ve piyasa benzeri kavramlara da değinmiştir (Tatar, 2011, s. 9).

Kenneth J. Arrow’un 1963 yılında kaleme aldığı "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" isimli eser, sağlık ekonomisi alanında önemli bir dönüm

noktası olarak kabul edilmektedir. Bu araştırmada, sağlık hizmetlerinin hangi yöntemlerle sunulacağı ve hangi kurumlar tarafından sağlanacağı üzerine, toplum sağlığı ve sağlık politikaları çerçevesinde kapsamlı analizler yapılmıştır. Ayrıca, kamu sektörü ve özel sektör arasındaki etkileşim de incelenmiştir. Eserde, sağlık hizmetlerinin özel sektör aracılığıyla daha etkin bir şekilde sunulabileceği ve olumsuz koşullar karşısında kamu sektörünün destek ve teşvikleriyle bu sorunların düzeltililebileceği vurgulanmıştır (Savedoff, 2004, s. 139).

1.6. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi

Türkiye’nin hastane yapılarının kökeni, bölgede hüküm sürmüş eski uygarlıklara kadar uzanır. Bu çerçevede, Osmanlı İmparatorluğu ve önceki dönemlerdeki yönetimlerin hastane tarihine yapılan referanslar oldukça önemlidir. Aynı topraklardaki farklı isimlerle bilinen hastanelerin adları şifahane, bimaristan, maristan, darüssıhha, darülafiye, me’menülistirahe, darüttıb, darülmerza, şifaiyye, bimarhane, tımarhane, darüşşifalar gibi hastanelerdir.

Türk-İslam vakıfları ve çeşitli diğer vakıflar tarafından kurulmuştur. Bu yapılar, günümüze kadar ulaşan ve Selçuklular zamanlarından kalma, halk sağlığını iyileştirmeye yönelik büyük sağlık tesisleri olarak önem taşır. Bu tesisler genellikle, fakirler, bakıma muhtaç olanlar, kimsesizler, öğrenciler, yolcular ve tüccarlar gibi ihtiyaç sahiplerine sağlık hizmeti sunmak amacıyla inşa edilmiştir (Acıduman, 2010, s. 9-10).

İslam coğrafyasının hâkim olduğu topraklarda ilk hastanenin 707 yılında Emeviler döneminde kurulduğu kaydedilmiştir. Bu sağlık yapıları zamanla evrilerek Selçuklu Döneminde (1050) zirveye ulaşmıştır. Anadolu Selçuklu dönemine geldiğimizde, büyük şehirlerin her birinde en az bir hastane veya şifahane mevcuttu. Bu yapılar, Osmanlı Dönemi’nde de kullanılmaya devam edilmiştir. Ancak, Selçuklu döneminde ticaret yolları üzerinde inşa edilen ve yolculara ile tüccarlara ücretsiz sağlık hizmeti sunan darüşşifalar, Osmanlı döneminde daha çok saray halkına hizmet vermek amacıyla kullanılmıştır. Aynı zamanda, yeni dönemde inşa edilen hastaneler de genellikle külliyeleer içerisine yerleştirilmiştir (Kılıç, 2012, s. 42-47).

Osmanlı İmparatorluğu tarafından kurulan ilk hastane hakkında farklı kaynaklarda çeşitli bilgiler bulunmaktadır. Bazı kaynaklar, ilk hastanenin Bursa'da Sultan Yıldırım Bayezid tarafından 1394/1399 yıllarında inşa ettirilen Yıldırım Külliyesi içerisinde olduğunu ve burada aynı zamanda tıp eğitimi de verildiğini ifade etmektedir (Songur & Saygın, 2014, s. 201).

Osmanlı tıp tarihinde "hastahane" terimi ilk kez 1843 yılında, Sultan Abdülmecid'in annesi Bezm-i Alem Valide Sultan tarafından kurulan Bezm-i Alem Valide Sultan Guraba-i Müslimin Hastahanesi için kullanılmıştır. Bu hastane, genel sağlık koşulları göz önünde bulundurularak şehir merkezinden biraz uzakta inşa edilmiş ve vakıf statüsünde hizmet vermiştir (Yavuz, 1988, s. 192).

1800'lerde Osmanlı Devleti tarafından kurulan 36 hastaneden birçoğu yıkılmış olmasına rağmen, bazıları Cumhuriyet dönemine kadar ayakta kalmayı başarmıştır. Bu hastaneler, daha önce belirtildiği gibi, çeşitli padişahlar tarafından farklı amaçlar doğrultusunda (gazilerin tedavisi, salgın hastalıklara müdahale, ordu ve donanma için hastaneler gibi) inşa edilmiştir. Ayrıca, bu dönemde kurulan ve zamanla yer değiştiren veya isim değişikliği yaşayan Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gibi akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, günümüzde de faaliyetlerine devam etmekte olup Türkiye'nin en büyük akıl hastanesi olma özelliğini korumaktadır. Türkiye tarihinde hastanelerin büyük bir kısmı devlet tarafından kurulmuş olsa da, vakıflar da sağlık hizmetlerine katkıda bulunarak hastane inşasında önemli bir rol oynamıştır (Aslan & Erdem, 2017, s. 11-12).

Türkiye'nin tarihinde, başlangıçta pavyon tipi hastaneler inşa edilmiştir, ancak 20. yüzyılın başlarında Avrupa'da popüler hale gelen blok tipi hastaneler yapılmaya başlanmıştır. Pavyon tipi hastaneler, geniş bir alana yayılan, genellikle 1-2 katlı, maliyetli ve yönetimi zor yapılar olarak bilinirken, blok tipi hastaneler daha dar bir alanda çok katlı olarak inşa edilmiştir. Bu tasarım, alan sorununu çözerek daha karmaşık binaların yapılmasını sağlar. Blok yapılarında birimlerin yakınlığı, yönetimi kolaylaştırırken hastaların işlemlerini hızlı bir şekilde tamamlamalarına olanak tanır (Kiliç, t.y., s. 14).

Türkiye'de sağlık harcamaları ile ilgili araştırmalar 1996 ile 1998 yılları arasında gerçekleştirilmeye başlamıştır. Yapılan ilk çalışmalarda, sağlık hizmetlerinde kullanılan

kaynakların miktarı ve kaynakları aktaran kurumlar ile ilişkilerini içermektedir (Kaya, 2011, s. 37-38).

Türkiye’de ilk ulusal sağlık harcamaları değerlendirmesi, 1999-2000 yılları arasında yapılmıştır. Bu süreçte, OECD üye ülkelerinin kullandığı Sağlık Hesapları Sistemi (SHS) temel alınmıştır. 2001 yılından itibaren, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) sağlık harcamalarını düzenli olarak toplamaya başlamış, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ise bu veriler üzerinde sürekli analizler gerçekleştirmiştir. Ancak, farklı yıllardan ve kaynaklardan elde edilen veriler nedeniyle sonuçlarda bazı farklılıklar gözlemlenmiştir (Çelik & Ekonomisi, 2011, s. 67).



2. SAĞLIK HARCAMALARI

Bir ülkenin sağlıklı bir toplum oluşturabilmesi için güçlü bir ekonomiye, sürdürülebilir ekonomik büyümeye ve toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık hizmetlerinin sunulmasına ihtiyaç vardır. Bu ihtiyaçları karşılamak için yapılan harcamalara sağlık harcamaları denir. Sağlık harcamaları, yalnızca hastalıklar ortaya çıktığında yapılan tedavi harcamalarını değil, aynı zamanda cinsel hastalıklarla mücadele, aşılama, beslenme ve sağlık yatırımları gibi koruyucu ve geliştirici amaçlı harcamaları da içerir. Ekonomik kalkınma için sağlık harcamalarının önemi büyüktür. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak sağlık harcamaları arasında farklılıklar görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde, sağlık harcamaları için bütçeden ayrılan pay, gelişmekte olan ülkelere kıyasla genellikle daha fazladır (Kiliç, t.y., s. 14).

2.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Kapsamı

Sağlık hizmetlerinin işleyişi için yapılan tüm mali giderler sağlık harcaması olarak ele alınmaktadır. Sağlık harcaması, sağlıklı bir toplum inşa etmek için gereken tüm maliyetleri kapsar. Bu nedenle, en geniş anlamda sağlık harcaması, bireylerin ve toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi, korunması ve geliştirilmesi amacıyla kullanılan kaynakların tüketilmesi olarak tanımlanabilir (Cura, t.y., s. 28).

OECD'ye göre sağlık harcaması, bireysel bakım ve toplum bazlı faaliyetler dahilinde gerçekleşen tüm sağlık ürünleri ve hizmetlerinin son tüketimi olarak tanımlanır (OECD, 2021). Dünya Bankası'na göre ise sağlık harcaması, sağlık hizmetleri, aile planlaması ve beslenme faaliyetlerini içeren hem kamu hem de özel sektörün sağlık harcamalarının toplamını ifade eder (WB, 2013). Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın tanımında sağlık harcaması, "sağlığı geliştirmek veya korumak amacıyla yapılan tüm koruyucu, geliştirici, esinlendirici, bakım, beslenme ve acil durum programları için yapılan harcamalar" olarak belirtilmekte ve diğer tanımlardan daha kapsamlı bir alanı (koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi) kapsamaktadır.

Sağlık harcamaları, ülkelerin ekonomik, kültürel, siyasi ve toplumsal yapısına ve uygulanan sağlık sistemlerine göre farklılık göstermektedir. Sağlık ekonomisinin evriminde önemli bir rol oynayan sağlık harcamaları, sadece sağlık durumunun

iyileştirilmesi için yapılan harcamaları değil, aynı zamanda aşılama, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amaçlı harcamaları ve beslenme, sağlık altyapısı gibi sağlığın geliştirilmesi için yapılan yatırımları da içermektedir (Şahin & Köleoğlu, 2018, s. 385).

Sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum, büyüme ve kalkınma hedeflerine ulaşmada kritik bir rol oynamaktadır. Toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması bu nedenle büyük önem taşır. Bu bağlamda, ülke kaynaklarının sağlık harcamalarına yönelik payının artırılması, bu alana olan ilgiyi güçlendirir ve dünya genelinde önemli bir harcama kalemi haline gelir. Özellikle, sağlık harcamaları için ayrılan bütçenin, gelişmiş ülkelerde, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere kıyasla oransal olarak daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Sağlık ve sağlık hizmetleri üzerine yapılan literatürdeki mevcut tartışmalar, özellikle sağlık harcamaları konusu üzerine yoğunlaşmaktadır. Bir ülkenin sağlık harcamaları, temel gelişmişlik göstergelerinden biri olarak kabul edilmekte ve aynı zamanda diğer makroekonomik göstergeleri de etkilemektedir. Bu sebeple, sağlığı etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin mekanizmalarının analiz edilmesi, politika yapımcılar için büyük bir önem taşımaktadır (Phillips, 2008, s. 13).

2.2. Sağlık Harcamaları Düzeyini Belirleyen Faktörler

Ülkelerin sağlık harcamalarını değerlendirirken, harcama kaynakları, miktarı ve harcamaların yönlendirileceği alanlarla ilgili çeşitli kriterler kullanılır. Bu kriterlerden biri, sağlık harcamalarının ulusal gelire veya GSYİH'ye oranıdır. İkinci bir ölçüt, kişi başına düşen yıllık sağlık harcaması miktarıdır. Üçüncü bir ölçüt, harcamaların hangi tür sağlık hizmetlerine ayrıldığını belirleyen bir göstergedir. En sık kullanılan ölçütlerden biri ise, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların oranını belirlemektir (Aytürk, 2010, s. 6-7).

Son zamanlarda sağlıkta dönüşüm programları sayesinde sağlık sistemine erişim daha da kolaylaşmış ve gelişmiş, bu durum sağlık harcamalarında hızlı bir artışa neden olmuştur. Bu artış, dünya genelinde tüm ülkelerin karşılaştığı bir durumdur. Nüfusun yaşlanması, teknolojinin hızla ilerleyip maliyetlerin artması, sağlık hizmet sağlayıcıları ve hastaların en yeni teknolojileri kullanma talebi, yaşam süresinin artmasıyla kronik

hastalıkların yaygınlaşması gibi faktörler, sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) artış hızını geçmesine sebep olmuştur. Eğer bir ülkede sağlık ihtiyaçları karşılanmıyorsa ve sağlık hizmetlerine erişim sağlandıkça harcamalar artıyorsa, bu artış olumlu olarak değerlendirilmelidir. Yeşil kart uygulamasının genişletilmesiyle daha önce maddi imkanları yetersiz olduğu için sağlık hizmetlerinden yararlanamayan bireyler, bu hizmetlere erişim sağlamışlardır. Böylece, maddi imkanı olmayan ve sağlık durumu kötü olan toplum kesimlerinin sağlık ihtiyaçları giderilmiştir. Bu nedenle, sağlık harcamalarındaki artışın olumsuz bir durum olarak görülmemesi gerekmektedir (Boz & Sur, t.y., s. 25).

Sağlık harcamaları her geçen gün artmaya devam etmektedir ve bu artışın birçok sebebi bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarındaki artış nedenlerinin benzer olduğunu ortaya koymuştur. Sağlık harcamalarındaki bu artışı tetikleyen faktörler aşağıda detaylı olarak ele alınmıştır (Akin, 2007, s. 31).

2.2.1. Sosyo – Ekonomik Değişkenler

Uzun süre devam eden ve bir ülke yönetimini şekillendiren politikalar, o ülkenin gelir düzeyi, gelişmişlik seviyesi ve kültürel durumunu net bir şekilde belirlemektedir. Bu nedenle, bir ülkenin sağlık harcamalarını etkileyen gelir, gelişmişlik ve kültürel durum gibi sosyo-kültürel faktörler de büyük ölçüde o ülkede hakim olan politikalar tarafından şekillendirilmektedir (Bozkurt, 2017, s. 2).

Son zamanlarda ülke ekonomilerinde sağlık harcamalarına ayrılan payın artması, bu harcamaları etkileyen faktörlerin incelenmesini önemli kılmıştır. Özellikle sosyal ve ekonomik göstergeleri zayıf olan ülkelerin, daha iyi durumdaki ekonomilere göre daha kötü sağlık koşulları, daha yüksek hastalık, sakatlık ve ölüm oranlarına sahip olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, sosyal ve ekonomik gelişmişlik düzeyinin sağlık üzerindeki etkisi uygulamalı çalışmalarda sıkça vurgulanmaktadır. Bu çalışma, sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri sosyal ve ekonomik olmak üzere iki ana başlık altında ele almaktadır (Dreger & Reimers, 2005).

2.2.2. Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi

Kişilerin gelir seviyesi arttıkça, daha iyi bir yaşam standardı sağlamak adına sağlık harcamalarını artırmaları beklenir. Özellikle, özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerine olan talep, bireylerin gelir düzeyiyle doğru orantılıdır. Hastalandıklarında daha iyi koşullarda tedavi olmak, beklemeksizin doktora erişmek ve yüksek kalitede hizmet almak isteyen bireyler, bu hizmetler için daha fazla harcama yapma eğilimindedirler. Ayrıca, kişilerin geliri arttıkça, sosyal güvenlik kurumlarının sigorta kapsamı dışındaki hizmetlere olan talep de artar ve bu durum sağlık harcamalarını etkileyen önemli bir faktör haline gelir (Ulaş, 2018, s. 8).

Bir ülkede kişi başına düşen gelir düşük olduğunda, hastalıkların yaygınlaşması beklenen bir sonuçtur. Düşük gelir seviyesi, temel sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaratarak hastalıkların kronikleşmesine ve tedavi maliyetlerinin artmasına yol açabilir. Düşük gelirli insanlar genellikle sadece devlet tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine erişebilirken, yüksek gelirli bireyler hem devlet hem de özel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Bu durum, bireylerin sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmasını sağlayarak sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Gelirdeki her artış, kamu sağlık hizmetlerine olan talebi orantılı olarak artırabilir (Mutlu & Işık, 2012, s. 218). Milli gelirin artmasıyla birlikte bireysel gelirler de yükselmekte ve bu durum hem kamu hem de özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır. Bu artış doğal olarak sağlık harcamalarını da yükseltmektedir. Ayrıca, milli gelirin yükselmesi, devletlerin sağlık hizmetleri için gerekli kaynaklara daha kolay erişim sağlamasına olanak tanımakta ve bu durum, devletlerin sağlık hizmetlerine yönelik harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Mutlu & Işık, 2012, s. 218).

2.2.3. Teknolojik Gelişme ve Yenilikler

Sağlık alanında teknoloji sayesinde pek çok yenilik gerçekleştirilmiştir. Aktif olarak kullanılan hastane bilgi sistemleri hem hastane hizmetlerinin kalitesini artırmada hem de işlemlerin hızlanmasında büyük bir rol oynamaktadır. Bu yenilikler sayesinde personel verimliliği de artmakta ve hastane kaynaklarının optimal kullanımı sağlanmaktadır. Teknolojik ilerlemeler, sağlık sektörünün arz ve talep dinamiklerini de değiştirmektedir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte insanlar sağlık bilgilerine saniyeler içinde erişebildikleri için sağlık bilinci ve talebi artmaktadır. Sağlık hizmetleri, ilaç ve

tıbbi ekipman kullanarak hizmet sunmaktadır. İlaçlar ve tıbbi donanımlar, sağlık hizmetlerinde kullanılan temel teknolojilerdir. Bu sağlık teknolojileri, bilimsel ve teknolojik gelişmelerden büyük ölçüde etkilenir ve yeniliklerin aktif olarak entegre edildiği alanlardır (Sargutan, 2005, s. 115).

Sağlık hizmetlerindeki teknolojik gelişmeler ve harcamaların etkisini şu şekilde ifade edebiliriz: Sağlık hizmetlerinin finansmanı, teknik ekipman ve teçhizat alımı ile bunların kullanımı gibi faktörler, sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır. Teknik ilerlemelerin takibi ve bu gelişmelerin sağlık kuruluşlarına aktarılması, ekonomideki sağlık harcamalarının artışında önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, sınırlı kaynakların daha etkin bir şekilde kullanılabilmesi için piyasadaki faktörlerin değeri giderek artmaktadır (Balçık & Şahin, 2013, s. 121).

2.2.4. Yaşam Süresinin Uzaması

Zamanla artan yaşlı nüfus, sağlık harcamalarının yükselmesine neden olmaktadır. Dünya genelinde, özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması ve bu trendin sağlık sektöründeki ilerlemelerle devam edeceği gözlemlenmektedir. Bireylerin yaşam sürelerinin uzaması, ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesi, yeterliliği ve bu hizmetlere erişim imkânları ile doğrudan ilişkilidir (Karagül & Karagül, 2002, s. 65).

Tablo 1: 65 yaş üstü nüfusun tüm nüfusa oranı

			65 Üstü Toplam	
Yıl	Cinsiyet	Toplam	65 Üstü	Nüfusa oranı (%)
2022	Toplam-Total	85.279.553	8.451.669	9,91
	Erkek-Male	42.704.112	3.750.248	8,78
	Kadın-Female	42.575.441	4.701.421	11,04
2023	Toplam-Total	85.372.377	8.722.806	10,22
	Erkek-Male	42.734.071	3.880.356	9,08

	Kadın-Female	42.638.306	4.842.450	11,36
	Toplam-Total	85.811.876	9.112.907	10,62
2024	Erkek-Male	42.933.857	4.066.839	9,47
	Kadın-Female	42.878.019	5.046.068	11,77
	Toplam-Total	86.239.200	9.568.388	11,1
2025	Erkek-Male	43.127.219	4.278.375	9,92
	Kadın-Female	43.111.981	5.290.014	12,27
	Toplam-Total	86.654.276	9.896.350	11,42
2026	Erkek-Male	43.314.221	4.431.638	10,23
	Kadın-Female	43.340.055	5.464.712	12,61
	Toplam-Total	87.057.013	10.314.807	11,85
2027	Erkek-Male	43.494.810	4.626.932	10,64
	Kadın-Female	43.562.203	5.687.875	13,06
	Toplam-Total	87.447.192	10.740.635	12,28
2028	Erkek-Male	43.668.906	4.825.601	11,05
	Kadın-Female	43.778.286	5.915.033	13,51
	Toplam-Total	87.824.415	11.278.550	12,84
2029	Erkek-Male	43.836.300	5.075.003	11,58
	Kadın-Female	43.988.115	6.203.550	14,1
	Toplam-Total	88.188.221	11.870.872	13,46
2030	Erkek-Male	43.996.753	5.352.091	12,16
	Kadın-Female	44.191.468	65.18.781	14,75

Kaynak: TÜİK

65 yaş ve üzeri olarak tanımlanan yaşlı nüfus, 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişi iken, %7,8 artışla 2024 yılında 9 milyon 112 bin 907 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı 2022’de %9,91 iken, 2023’te %10,22 ve 2024’te %10,62’ye çıkmıştır. Ayrıca tabloya cinsiyet açısından baktığımız zaman her dönem 65 yaş üstü kadınların tüm nüfus içindeki payı 65 yaş üstü erkeklerin tüm nüfus içindeki payında büyük çıkmıştır. Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfusun oranının 2030

yılında toplam nüfusun yaklaşık %13,46'sını 65 yaş üstü bireyler oluşturacaktır (TÜİK Kurumsal, t.y.).

Birleşmiş Milletler'in yapmış olduğu araştırmaya göre, 2022 yılında dünya nüfusunun 7 milyar 975 milyon 105 bin 156 kişi olması beklenmiştir ve yaşlı nüfusun 782 milyon 998 bin 642 kişi olduğu tahmin edilmiştir. Bu verilere dayanarak, dünya nüfusunun %9,8'inin yaşlılardan oluştuğu hesaplanmıştır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla Japonya (%29,9), İtalya (%24,1) ve Finlandiya (%23,3) olarak kaydedilmiştir. Türkiye ise 184 ülke arasında 66. sırada yer almıştır (TÜİK Kurumsal, t.y.).

Düşük gelirli ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere kıyasla yaşam süresindeki uzama oranı daha yavaş olduğu gözlemlenmektedir; bu da ortalama yaşam süresinin diğer ülkelerdeki gibi hızlı bir artış göstermediğini ortaya koymaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin ve sağlık harcamalarının artmasının insanların ortalama yaşam süresini uzattığını, aynı zamanda gelirlerin ve yaşam süresinin artmasıyla sağlık harcamalarının da arttığını gösteren iki farklı sonuca işaret etmektedir. Sonuç olarak, ortalama yaşam beklentisinin artışı, nüfusun giderek yaşlanması, doğum oranlarının düşmesi ve doğumda yaşam beklentisinin artması ile ilişkilidir. Sonuçta, nüfus yaşlandıkça sağlık hizmetlerine olan talep artmakta ve bu yaşlı nüfus için daha yüksek sağlık harcamaları yapılmaktadır (Özyurt, 2020, s. 28).

2.2.5. Küreselleşme

Küreselleşme, esas olarak dış dünyaya açılma ve dünya ekonomisiyle entegrasyonu ifade eder. Ulusal sınırları aşarak ekonomik, siyasal ve sosyo-kültürel ilişkilerin uzun mesafelerde kurulmasını sağlayan bir süreçtir. Küreselleşme, ayrıca pazarların, ürünlerin ve süreçlerin standartlaşmasını, sosyo-kültürel farklılıkların azalmasını ve çok uluslu kuruluşların, ülkelere bağımsız olarak insanların ihtiyaç ve beklentilerini karşılayacak standart ürünler üretmelerini de içerir (Berber, 2011, s. 387).

Küreselleşme, ekonomik anlayışlarda köklü değişikliklere yol açmıştır. Bu değişimle birlikte, şirketler yalnızca yerel değil, aynı zamanda uluslararası pazarlara yönelme ihtiyacı duymuş ve dünya ekonomisi neredeyse tek bir pazar haline gelmiştir. Şirketler, küresel pazarda rekabet edebilmek ve ekonomik kazanç elde edebilmek için

bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanmayı tercih etmişlerdir. 21. yüzyılın sunduğu yeni fırsatlarla birlikte, işsizlik, yoksulluk ve dengesiz gelir dağılımı gibi ciddi ekonomik ve sosyal sorunlar da ortaya çıkmıştır. Küreselleşme, birçok kişi için iş kaybı riski, artan eşitsizlikler ve ekonomik güvencesizlik anlamına gelmektedir. Bu nedenle, küreselleşme sadece ekonomik zenginlik sağlamakla kalmamalı, aynı zamanda eşitlik ve tam istihdamı da teşvik etmelidir (Gökbunar vd., 2008, s. 171).

2.3. Türkiye’de Sağlık Sistemi

Türkiye’nin sağlık sistemi, çeşitli bir yapıya sahiptir. Bazı vatandaşlara zorunlu sağlık sigortası uygulanırken, diğerleri için farklı sosyal güvenlik modelleri devreye sokulmuştur.

1923 yılından günümüze yüz yılı aşkın bir dönem geçiren sağlık sektörü zaman içinde büyük değişimlere şahit olmuştur. Bu bakımdan sağlık sistemini beş farklı dönemde işlenecektir.

2.3.1. 1927 – 1940 Dönemi

Cumhuriyet’in ilanından sonra, Adnan Adıvar’ın kısa süreli bakanlık döneminden sonra, Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanı olarak görev yaptığı süreçte Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin temelleri atılmış ve sistem önemli ölçüde ilerletilmiştir. Bu dönemde, sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasına yönelik birçok yasa kabul edilmiştir. Bu yasalar sayesinde koruyucu hekimlik anlayışı güçlendirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiştir. Her ilçede hükümet tabibi bulundurulması hedeflenmiş ve sağlık hizmetleri, ‘dikey örgütlenme’ modeliyle, yani geniş bir bölgede tek amaçlı hizmet anlayışıyla sunulmuştur. Öte yandan, içlerde tanı ve tedavi merkezleri kurularak tam donanımlı hastaneler açılmıştır (R. Akdağ vd., 2008, s. 13).

Dr. Refik Saydam’ın görev yaptığı dönemde uygulanan sağlık politikaları aşağıdaki dört ana ilkeye dayanmaktadır (R. Akdağ vd., 2008, s. 20):

- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması,
- Sağlık yönetiminin merkezi bir otorite tarafından gerçekleştirilmesi,

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezi hükümet tarafından yürütülmesi,
- Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise yerel yönetimler tarafından yürütülmesi,
- Tıp fakültelerinin teŗvik edilmesi ve mezunlarına zorunlu hizmet yaptırılması,
- Bulaŗıcı hastalıklara karŗı mücadele programlarının hayata geçirilmesi.

Ayrıca bu dönemde, kısıtlı maddi kaynaklara rağmen, Hıfzısıhha Okulu ve Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü gibi kurumlar kurularak, devlet temel sağlık sorunlarını c zmek için büyük çabalar g stermiŗ ve önemli baŗarılar kazanmıŗtır.

2.3.2. 1940 – 1960 Dönemi

Cumhuriyet döneminin ilk sağlık planı olarak kabul edilen ve bu alanda büyük öneme sahip olan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”, 1946 yılında Yüksek Sağlık Őurası tarafından onaylanmıŗtır. Bu plandan sonra, 1954 yılında Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” a ıklanmıŗ ve Türkiye’nin sağlık planlaması ve programlamasında önemli bir adım atılmıŗtır. Ayrıca, tedavi hizmetlerinin ve hastanelerin ön plana çıkması, birinci basamak sağlık hizmeti sunan personelin hastanelere yönelmesine ve koruyucu sağlık hizmetlerinin göz ardı edilmesine yol a mıŗtır (Erdoğan, 2014, s. 84-85).

Yerel yönetimlere ait hastaneler Sağlık Bakanlığı’na devredilerek genel b t  yle finanse edilmeleri kararlaŗtırılmıŗtır. Genel Sağlık Sigortası’nın kurulması yönünde  alıŗmalar baŗlatılmıŗ, Dünya Sağlık  rg t  ve UNICEF gibi uluslararası kuruluŗlarla iŗ birliği yapılmıŗ ve bu kurumlardan destek alınması öncelik kazanmıŗtır. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 1946 yılında, özel sektörde  alıŗan iŗ ilere ve kamu sektöründeki mavi yakalı  alıŗanlara sağlık sigortası sağlamak amacıyla kurulmuŗtur. 1950-1960 yılları arasında koruyucu sağlık hizmetleri geri planda kalmıŗ, hastane hizmetlerine ağrılık verilmiŗtir. Büyük devlet hastanelerinin inŗası için dıŗ borçlanma yoluna gidilmiŗtir ( ztek, 2001, s. 60-64).

2.3.3. 1960 – 1980 Dönemi

1961 yılında, milli sağlık hizmetlerinin geliŗimini teŗvik eden 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleŗtirilmesi" yasası yürürlüğe girmiŗtir. Bu yasa doğrultusunda,

sağlık hizmetlerinin tarafsız, sürekli ve toplumun ihtiyaçlarına yönelik şekilde sunulması hedeflenmiştir. Bu çerçevede, şehirlerde entegre bir sağlık hizmeti ağı oluşturulmuş ve sağlık evleri, sağlık ocakları ile ilçe ve şehir hastaneleri kurulmuştur. Bu düzenleme ile vatandaşların ücretsiz veya düşük maliyetli sağlık hizmetlerinden faydalanmaları amaçlanmıştır (Koca, 2015, s. 15-16).

1965 yılında kabul edilen 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile Türkiye'nin nüfus artışını teşvik eden (pro-natalist) politikalarından, nüfus artışını sınırlayıcı (anti-natalist) politikalara geçilmiştir. 1967'de Genel Sağlık Sigortası ile ilgili bir tasarı hazırlanmış ancak Bakanlar Kurulu'na sunulamamıştır. 1969'da, ikinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yeniden ele alınmıştır. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmuş, fakat yasalaşmamıştır. 1974'te tekrar Meclis'e sunulan taslak ise görüşülmeden kalmıştır. 1978'de, Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile kamu doktorlarının muayenehane açmaları yasaklanmıştır. Ancak, 1980 yılında çıkarılan Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu yasak kaldırılmış ve doktorlara muayenehane açma hakkı yeniden verilmiştir (R. Akdağ vd., 2008, s. 18-20).

2.3.4. 1980 – 2000 Dönemi

1980 yılında başlayan ve devam eden yıllarda devam eden liberal politikalar, devletin sosyal bir yapıda olması gerektiği düşüncesinin benimsenmesi ve piyasanın serbest ve dışa açık bir şekilde genişlemesi hedefleriyle birleşmiştir. Günümüzde, devletin tedavi merkezli sağlık harcamalarının sosyal harcamaları da artırdığı gözlemlenmektedir. Sağlık bütçesinin önemli bir kısmı ilaç ve tıp teknolojisi giderlerine harcanmaktadır. Bu durum, devletin maliyetleri azaltma ve sağlık sisteminde önemli iyileştirmeler ile düzenlemeler yapma sorumluluğunu beraberinde getirmektedir (Çirpici, 2010, s. 44-45).

1982 Anayasası, vatandaşlara sosyal güvenlik hakları tanımanın yanı sıra, devletin tüm vatandaşlarına sosyal sigorta sağlaması gerektiğini de öngörmüştür. Devlet, özel sağlık sektörünün gelişimini teşvik edecek bazı kolaylıklar sağlamış ve böylece özel sektörün sağlık alanındaki etkisi artmıştır. 1990'lı yıllar boyunca yapılan Sağlık Reformu girişimleri, sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilerek Genel Sağlık

Sigortası'nın kurulmasını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği modeliyle geliştirilmesini, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesini ve Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanarak sağlık hizmetlerini planlama ve denetleme yetkilerini güçlendirmeyi amaçlamıştır. Bu reformlar Türkiye'de sağlık sistemi üzerinde birçok yenilik getirmiş, ancak uygulanması uzun süren tartışmalar ve zorluklar nedeniyle gecikmiştir. 2000'li yılların başında bu aksaklıklar daha belirgin bir problem haline gelmiş ve 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır (R. Akdağ vd., 2008, s. 15-20).

2.3.5. 2000 Yılı Sonrası

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sisteminin tüm yönlerini kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. 2003 ile 2008 yılları arasında, sağlık sektöründe önemli değişiklikler gerçekleşmiştir. Programın başlangıcında, sosyalizasyon odaklı bir yaklaşım benimsenmiş, geçmiş deneyimler ve birikimler, yürütülen sağlık reformları ve dünya genelindeki başarılı örnekler dikkate alınarak oluşturulmuştur. Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana sağlık alanında yapılan tüm girişimler değerlendirilmiş, Sağlık Bakanlığı bünyesinde daha önce yürütülen projeler gözden geçirilmiş ve geçmişin olumlu mirasına bağlı kalınmıştır (Koca, 2015, s. 21).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana amaçları aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Denetim ve planlama yetkilerine sahip bir Sağlık Bakanlığı,
- Tüm bireyleri kapsayan kapsamlı bir genel sağlık sigortası sistemi,
- Geniş kapsamlı bir sağlık hizmeti sistemi,
- Güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
- Etkili bir sevk zinciri,
- İdari ve mali bağımsızlığa sahip sağlık kurumları,
- Eğitimli ve yetenekli, yüksek motivasyona sahip sağlık çalışanları,
- Geliştirilebilir eğitim ve araştırma kurumları,
- Kalite kontrol ve akreditasyon,
- Tıbbi malzeme yönetimi için kurumsal yapı,

- Etkili bir sağlık bilgi sistemi(Bakanlığı, 2013, s. 21-22).

19 Ocak 2005 tarihinde Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun yrrlēe girmiştir. Bu kanun ile Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, niversiteler, yerel yönetimler ve mazbut vakıflar hariē, tüm kamu kurum ve kuruluşlarının sağlık birimleri, görev ve yükümlülükleriyle birlikte taşınır ve taşınmaz mallarıyla beraber Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu transfer, sağlık hizmetlerinin merkezi bir otorite tarafından yönetilmesi yönünde önemli bir adım olarak kabul edilmiştir. Aynı dönemde, Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı sigortalıların sadece anlaşmalı eczanelerden ilaē alabilmelerine yönelik uygulama kaldırılmış ve sigortalıların tüm eczanelerden ilaē temin etmelerine olanak sağlanmıştır (Kavanos vd., t.y., s. 21).

1 Ekim 2008 tarihinde yrrlēe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur kapsamındaki bireyler Genel Sağlık Sigortası'na dahil edilmiştir. Ayrıca, yeşil kart sahiplerinin de Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması amacıyla düzenlemeler yapılmıştır (Kavanos vd., t.y., s. 21).

1 Ekim 2008 tarihinde yrrlēe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur'a kayıtlı bireyler Genel Sağlık Sigortası altında toplanarak sağlık güvencesi altına alınmıştır. Aynı zamanda, yeşil kart sahibi vatandaşların da Genel Sağlık Sigortası kapsamına dâhil edilmesi iēin gerekli ēalıřmalar yapılmıştır. Yeşil Kart uygulaması, Türkiye'de yoksul ve sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması amacıyla hayata geēirilmiř ve 1992-2012 yılları arasında yürürlükte kalmıştır. Bu uygulama, sağlık hizmetlerine erişimi olmayan kesimlere önemli bir destek sağlarken, aynı zamanda devletin sosyal güvenlik ağını genişletmiştir. 1980'lerde başlayan neoliberal politikaların etkisiyle, sağlık hizmetlerinin finansmanında daha sürdürülebilir ve katkıya dayalı bir sistem oluşturma ihtiyaēı doğmuş ve bu kapsamda Genel Sağlık Sigortası planlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası, prime dayalı bir sistem olup, bireylerin sağlık giderlerini karşılamak iēin düzenli katkı payı ödemeleri esasına dayanır. Bu geēiř, sağlık sisteminin finansmanını daha sağlam

temellere oturtmayı hedeflerken, devletin sağlık harcamalarını da dengelemeyi amaçlamıştır (Güvercin, t.y., s. 2).

2.4. OECD’ ye Üye Ülkelerin Sağlık Sistemi

OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü), 34 ülkenin katılımıyla, küreselleşmenin yol açtığı ekonomik, sosyal ve çevresel etkileri incelemek amacıyla faaliyet gösteren benzersiz bir platformdur. Bu örgüt, üye ülkelerin ticaret, yatırım, ekonomik büyüme, girişimcilik ve teknoloji gibi alanlarda iş birliği yapmalarını sağlayarak halkın refahını artırmayı ve fakirlikle mücadeleyi destekler. Ayrıca, sosyal ve ekonomik gelişmeler arasında denge kurulması, tüm bireyler için istihdam olanaklarının artırılması ve sosyal adalet temelinde sağlıklı bir yönetim hedeflenmektedir (Yılmaz, 2012, s. 91).

2.5. Sağlık Sisteminin Ölçülmesinde Kullanılan Göstergeler

Bir toplumda sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve üretilmesinde toplumun ve bireylerin sağlık durumunun öncelikli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Toplumun genel sağlık durumu, ortalama yaşam süresi, bedensel engellilik oranı, hastalık risk faktörleri oranı ve hastalıkların görülme sıklığı gibi birçok faktör dikkate alınarak belirlenir ve bu durum "Sağlık Statüsü" olarak adlandırılır. Bireyin sağlık statüsü ise, yaşam kalitesi ve bedensel ile ruhsal işlevsellik gibi göstergeler kullanılarak değerlendirilir ve bireyin yaşam konforu ile hasta olmama hali üzerinden genel bir ölçüm yapılır. Bu değerlendirmenin sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için kişinin veya toplumun sağlık statüsünün niceliksel olarak ifade edilmesi, yani ölçülmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için, sağlık durumunun objektif ve ölçülebilir verilerle değerlendirilmesi gerekmektedir (Ulutürk, 2015, s. 53-54).

3. OECD ÜLKELERİ VE TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARI

3.1. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)

14 Aralık 1960 tarihinde imzalanan Paris Sözleşmesi'ne dayanarak, 1961 yılında Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) kurulmuştur. Savaş sonrası Avrupa'nın yeniden inşasını ekonomik olarak desteklemek amacıyla ABD ve Kanada tarafından başlatılan Marshall Planı çerçevesinde kurulan Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü'nün (OEEC) görevini tamamlaması üzerine, onun devamı niteliğinde ve daha geniş bir misyonla oluşturulmuştur (İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) / T.C. Dışişleri Bakanlığı, t.y.).

OECD, 38 üye ülkeden olup, bu ülkelerden 20'si kuruluş aşamasında katılmış, geri kalanlar ise sonraki yıllarda üye olmuştur². OECD ülkeleri ve üye oldukları tarih Tablo 2'de sunulmuştur.

Aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere Türkiye OECD kuruluşundan kısa bir süre sonra üye olmuştur. OECD ve Türkiye ilişkileri 1962 "Türkiye'ye Yardım Konsorsiyumu" çerçevesinde yoğunlaşmış ve 1978 yılında "Türkiye'nin Dış Borçları Çalışma Grubu" çalışması ile en üst seviyeye ulaşmıştır. Türkiye ve OECD arasındaki ilişkiler 1980-2000 döneminde biraz duraklasa da 2000 sonrası yeniden canlanmıştır³.

Tablo 2: OECD ülkeleri ve üyelik tarihleri

Ülke Adı	Üyelik Tarihi	Ülke Adı	Üyelik Tarihi
Avustralya	7 Haziran 71	Kore	12 Aralık 96
Avusturya	29 Eylül 61	Letonya	1 Temmuz 16
Belçika	13 Eylül 61	Litvanya	5 Temmuz 18
Kanada	10 Nisan 61	Lüksemburg	7 Aralık 61

² www.mfa.gov.tr

³ <https://www.mfa.gov.tr/iktisadi-isbirligi-ve-gelisme-teskilati-oecd.tr.mfa>

Şili	7 Mayıs 10	Meksika	18 Mayıs 94
Kolombiya	28 Nisan 20	Hollanda	13 Kasım 61
Çekya	21 Aralık 95	Yenizelanda	29 Mayıs 73
Danimarka	30 Mayıs 61	Norveç	4 Temmuz 61
Estonya	9 Aralık 10	Polonya	22 Kasım 96
Finlandiya	28 Ocak 69	Portekiz	4 Ağustos 61
Fransa	7 Ağustos 61	Slovak Cumhuriyeti	14 Aralık 00
Almanya	27 Eylül 61	Slovenya	21 Temmuz 10
Yunanistan	27 Eylül 61	İspanya	3 Ağustos 61
Macaristan	7 Mayıs 96	İsveç	28 Eylül 61
İzlanda	5 Haziran 61	İsviçre	28 Eylül 61
İrlanda	17 Ağustos 61	Türkiye	2 Ağustos 61
İsrail	7 Eylül 10	Birleşik Krallık	2 Mayıs 61
İtalya	29 Mart 62	ABD	12 Nisan 61
Japonya	28 Nisan 64		
Kosta Rika	25 Mayıs 21		

Kaynak: OECD

Savaş sonrası oluşan iki kutuplu dünyanın liderleri ABD ve SSCB, dünya politikalarındaki etkinliklerini arttırmak için kendileri ile yakın ilişki kurmalarını

istedikleri ülkelere askeri, teknik, mali, sosyal veya ticari yardımlar yaparak o ülkeleri kendi taraflarına çekmeyi amaçlar şekilde politika izlemişlerdir (Güler. 2009, s. 64).

Savaş sonra Avrupa’da oluşan tahribat nedeniyle etkinliği azalan İngiltere, Türkiye ve Yunanistan hakkında ABD’ye memorandum vererek, özellikle Türkiye’nin Batı savunmasında çok önemli bir rolü olduğunu belirtmiştir. Raporda Türkiye’ye yapılacak hem askeri hem de ekonomik yardımların ekonomisi darboğaza girmiş İngiltere tarafından gerçekleştirmeyeceği, sorumluluğun ABD’ye düştüğü belirtilmiştir. Bunun üzerine ABD başkanı Truman 12 Mart 1947 günü ABD Kongresi’ne gönderdiği mesajında Yunanistan ve Türkiye’ye 400 milyon dolarlık yardım yapılması için kendisinin yetkilendirilmesini istemiştir. Ayrıca bu mesajda Türkiye’nin toprak bütünlüğünün Orta Doğu’nun siyasi istikrarı için çok önemli olduğu vurgulanmıştır. Truman Doktrini ismini alan bu yardım tasarısı “Yunanistan ve Türkiye’ye Yardım Yasası” adıyla 22 Nisan 1947’de senatoda, 9 Mayıs 1947’de ise Temsilciler Meclisi’nde kabul edilmiştir. 22 Mayıs 1947’de Başkan Truman’ın onayıyla yürürlüğe giren yasaya göre; Yunanistan’a 300 milyon dolar, Türkiye ise 100 milyon dolar mali yardım yapılacaktır. Ayrıca mali desteğin yanında hizmet, malzeme ve bilgi yardımı yapılması da kararlaştırılmıştır (Güler. 2009, s. 64-72).

Truman Doktrini ile hemen hemen aynı dönemde başlayan Marshall Planları ise, İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra çöken Avrupa ekonomisini yeniden canlandırmak ve küresel ticareti tekrardan harekete geçirmek için oluşturulmuş yardım planlarını kapsamaktadır. Devrin ABD Dışişleri Bakanı George C. Marshall, Avrupa ekonomisini yeniden kalkındıracak Avrupa Onarım Programı’nın (European Recovery Program) hazırlanması önerisinde bulunmuş ve öneri sahibinin isminden dolayı bu programa Marshall Planları denilmiştir (Güler. 2009, s. 85-86).

Marshall Planları Başkan Truman tarafından 1948 yılında imzalanan bir kanun ile kabul edilmiştir. Dört yıllık bir süreyi kapsayan bu program Marshall Yardımları olarak da bilinmektedir. Yardımlar karşılığında ABD, Avrupa ülkelerinden ekonomik bağımsızlıklarını arttıracak yönde çalışmalar yapmalarını ve bu amaçla gereken önlemleri almalarını istemişti. Böylece Avrupa ülkelerinin ABD’ye olan bağımlılıkları da zamanla ortadan kalkmış olacaktı. Avrupa ülkeleri arasında iş birliği sağlanması Marshall yardımlarını dağıtılması amacıyla 12 Temmuz 1947’de Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü (OEEC) kurulmuştur. Türkiye ise OEEC’nin kuruluşundan 4 ay kadar

sonra, 13 Temmuz 1948’de örgüte üye olmuştur. Örgüte üye olan 17 ülkenin 1948-1951 dönemini kapsayan, ekonomiyi toparlayacak, üretim artıracak ve dış açığı azaltacak önlemler alması gerekiyordu (Ertem, 2009, s. 378-380).

Yardımlardan en fazla payı alan ülkeler %24 ile İngiltere, %20 ile Fransa, %11 ile Federal Almanya ve %10 ile İtalya idi (Güler. 2009, s. 86-87). Marshall Planı kapsamında ülkelerin aldıkları yardımlar Tablo 3’de belirtilmiştir.

Tablo 3: Marshall planlı kapsamında yardım alan ülkeler ve yardım miktarları

Sıra	Ülke	YardımMiktarı (MilyonDolar)
1	Birleşik Krallık	3297
2	Fransa	2296
3	Almanya	1448
4	İtalya	1204
5	Hollanda	1128
6	Belçika ve Lüksemburg	777
7	Avusturya	468
8	Danimarka	385
9	Yunanistan	376
10	Norveç	372
11	İsveç	347
12	İsviçre	250
13	Türkiye	137
14	İrlanda	133
15	Portekiz	70
16	İzlanda	43
Toplam		12,731

Kaynak: (Home - The George C. Marshall Foundation, t.y.)

OEEC’nin misyonunu tamamlamasıyla kalkınmayı geliştirmek ve sürdürülebilir kılmak için 14 Aralık 1960 tarihinde imzalanan Paris Antlaşması’nın akabinde 30 Eylül 1961 tarihinde OECD oluşturulmuştur. OECD temelde ekonomik istikrarı koruyarak, büyümeyi ve istihdamı sağlayacak, üye ülkelerde yaşam standartlarını artıracak ve böylece dünya ekonomisinin gelişmesine yardımcı olacaktı. Paris Antlaşması’nın ilk

maddesi sadece üye ülkelerin değil, üye olmayan ülkelerin ve dünya ekonomisinin de kalkındırılmasının zorunlu olduğunu belirtmektedir.

OECD'ye üye olmak isteyen ülkeler basit bir formalite ile değil, giderek daha titiz bir hale gelen inceleme sürecinden geçerek kabul edilirler. Organizasyonun tüm üyelerinden oluşan OECD Konseyi, katılım tartışmalarının açılması için gereken süreci, konseyin kendi inisiyatifiyle veya katılmak isteyen ülkenin yazılı talebini aldıktan sonra başlatılmaktadır. Daha sonra konsey tarafından katılım şartları ve sürecini belirleyen bir katılım yol haritası belirlenip üye olmak isteyen ülkeye sunulur. Başvuru yapan ülkenin katılma olan istekliliği ve yeterliliği yapılan incelemelerle ve önerilen şartları uygulayıp uygulamadığına bakılarak değerlendirilir. Teknik süreç tamamlandığında, OECD Konseyi aday ülkeyi üye olmaya davet etme kararı alır ve bir “Katılım Anlaşması” imzalanır⁴.

OECD'nin amacı işsizlik, yolsuzluk, gelir adaletsizliği, cinsiyet ayrımcılığı ve göçmen sorunları gibi sosyal ve ekonomik sorunlarla baş etmek için veriler sunup, ülkelerin birbirlerine bu sorunların giderilmesi için tavsiyeler verdiği bir diyalog ve işbirliği ortamı oluşturmaktır. “Birlikte daha iyi hayatlar şekillendirmeye yardımcı oluyoruz” sloganını kullanan örgütün temelde en büyük amacı sadece üye ülkelerdeki değil ve tüm dünyadaki vatandaşların yaşam standartlarını yükseltmektir⁵.

3.2. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına Genel Bakış

OECD tarafından 1987 yılında yayımlanan “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sunumu: OECD Ülkelerinin Karşılaştırmalı Bir Analizi” isimli çalışmada sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyonun da sorumluluğun kimin altında olduğuna yönelik bir çalışma olup; bu çalışma OECD sağlık sistemlerini, kapsam, finansman ve mülkiyet olarak üç boyutta ele almıştır (Tablo 4) (OECD, 2000).

Tablo 4: OECD sağlık sistemleri sınıflandırması

Boyutlar	Türler	Ülke Örneği
----------	--------	-------------

⁴ www.oecd.org

⁵ www.oecd.org

Kapsam	1. Ulusal Sağlık Hizmetleri	1. Birleşik Krallık
Finansman	2. Sosyal Sigorta	2. Almanya
Mülkiyet	3. Özel Sigorta	3. ABD

Kaynak: OECD

2000 yılında OECD tarafından yayınlanan raporlarda, sağlık sisteminin finansmanı kategorize edilmiştir. OECD sağlık hizmetlerinde finansman mekanizmalarını sekiz ayrı kategoride göstermiş olup; bu kategorizasyon Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5: OECD sağlık hizmeti finansman kaynakları ve ödeme metotları ilişkisi

Kişilerin Doğrudan (Cepten) Ödemesi	1.	Model	2.	Model
Sigorta Geri Ödemeli Kişisel Doğrudan Ödemeler	3.	Model	4.	Model
Üçüncü Taraf Sözleşme	5.	Model	6.	Model
Üçüncü Taraf Bütçe ve Aylık	7.	Model	8.	Model

Kaynak: OECD

Tablo 5’de gösterilen finansman ve geri ödeme sistemlerine ilişkin modeller aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

Model 1, hane halkının doğrudan cepten yaptığı zorunlu bir sigorta uygulaması olmayan bir sistemdir.

Model 2, zorunlu nakti ödemenin hizmet kullanıcısınınca hizmet sağlayıcıya yapıldığı bir sistemdir.

Model 3, kullanıcıların isteğe bağlı olarak hizmeti alan kişinin önce kendinin ödeme yapması ve sonrasında yaptığı ödemennin geri verildiği bir sistemdir.

Model 4, finansal kaynaklardan oluşan genel sigorta hizmetinden sunucuya ödemenin yapıldığı ve sonrasında kullanıcıya sigorta şirketi tarafından geri ödemenin yapıldığı bir sistemdir. Geri ödeme ile birlikte genel fonlardan finanse edilir.

Model 5, hizmetlerin genellikle kullanıcılar için ücretsiz olduğu ve hizmet sağlayıcılara isteğe bağlı sigorta planlarından sözleşmeler yoluyla geri ödemenin yapıldığı, ödemelerin üçüncü şahıslar veya sigortacılarla yapılan sözleşmeler ve isteğe bağlı finansman yoluyla doğrudan sağlayıcılarla yapıldığı bir sistemdir.

Model 6, hizmetlerin genellikle kullanıcılara ücretsiz olduğu ve genel menşeli sigorta planlarıyla yapılan sözleşmeler yoluyla hizmet sağlayıcılara geri ödendiği bir sistemdir.

Model 7, kural olarak, hastanelerin ve işe alınan doktorların küresel bütçelerinin bulunduğu, hizmetlerin kullanıcılara ücretsiz olarak sunulduğu ve isteğe bağlı sigorta ile finanse edildiği (örneğin bir sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından), sağlık sigortası ve hizmet sunumunun aynı organizasyonda birleştirildiği ve serbestçe finanse edildiği bir sistemdir.

Model 8, genel olarak hastaneler ve pratisyen hekimler için küresel bütçelerin bulunduğu, hizmetlerin kullanıcılara ücretsiz olarak sunulduğu ve genel mali sigorta tarafından finanse edildiği bir sistemdir. Bu sistemde sağlık sigortası ve hizmet sunumunu genel finansman ile birleşmektedir (Sargutan, 2005).

Tablo 6’da OECD üyesi olan 38 ülkenin sağlık sistemlerinin sınıflandırılması göstermektedir.

Tablo 6: OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin sınıflandırılması

Kapsayıcı - Bütüncül - Tekçil(Beveridge) Tipi Sağlık Sistemine Sahip Ülkeler		
Avustralya	İrlanda	İzlanda
Danimarka	İsveç	Kanada
Finlandiya	İspanya	Norveç
İngiltere	İtalya	Yeni Zelanda
Kolombiya	Kosta Rika	
Refah Yönetimli - Sigorta(Bismark) Tipi Sağlık Sistemine Sahip Ülkeler		
Almanya	İsrail	Macaristan
Avusturya	İsviçre	Portekiz
Çekya	Japonya	Polonya
Belçika	Letonya	Şili
Estonya	Litvanya	Slovakya
Fransa	Güney Kore	Slovenya
Hollanda	Luxemburg	Yunanistan
Özel Teşebbüs - Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemine Sahip Ülkeler		
	ABD	Meksika

3.3. Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması

Sağlık sistemi modeli OECD tarafından 1987 yılında yapılmıştır. Bu modelde sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında üç temel madde dikkate alınmaktadır. Bunlar; kullanılabilirlik, finansman yöntemi ve sağlık hizmeti sunucularının türleridir. Bu sınıflandırmada hasta hakimiyeti ve sosyal adalet yaklaşım seviyeleri esas amaç olarak incelenmiştir. OECD'ye göre aşağıdaki üç temel model üzerinden sağlık sistemleri şekillenmiştir:

- Ulusal sağlık sistemi (National Health Services-NHS),
- Sosyal Sağlık Sigortası (Social Health Insurance-SHI),
- Özel Sağlık Sigortası (Private Health Insurance-PHI).

Ulusal Sağlık Sistemi modelini uygulamaya koyan ülkelerde sosyal adalet ilkesi oldukça önemlidir. Bu modeli sunan ülkelerdeki sağlık sistemleri de sağlık sisteminin kapsamı evrensel ve finansmanı, tümüyle vergilere dayanmaktadır. Bu model beraberinde Beveridge Modeli olarak da bilinmektedir. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi ise hasta hakimiyeti ve sosyal adalet dayalı bir sağlık sistemidir. Bu sistemi uygulayan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı işçinin ve işverenin katılması sonucunda zorunlu sağlık sigortacılığı aracılığıyla ödenmektedir. Bu model bazı ülkelerde Bismarck Modeli olarak da bilinir. Bu sağlık sigorta çeşidinde, sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümüne ücretsiz erişilmektedir. Sigorta kapsamı dışında olan hizmetler, hastalar tarafından ön ödeme yapılması veya ek ödeme ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetinin paketi kapsamına dahil olmayan ve ilgili sosyal sağlık sigortası fonu tarafından ödenmeyen sağlık hizmetleri için direkt ödeme sağlanır. Fakat bazı hasta grupları (kronik olarak hasta, belirli bir gelir seviyesinin altında vb.) katkı payı muafiyeti uygulaması kullanılmaktadır. Diğer taraftan bireyler sosyal sağlık sigorta kapsamı dışında olan sağlık hizmetleri için özel sağlık sigortası (tamamlayıcı ya da ikame sağlık sigortası) yaptırmaktadır. Özel Sağlık Sigortası Sistemi, hasta odaklı bir sağlık sistemi türüdür ve sosyal sigorta bu sisteminin kökeninde yer almamaktadır. Belirtilen sağlık

sisteminde bireyler patronu veya kendisi başvurarak özel sağlık sigortası yaptırabilmektedirler (Sungur, 2021, s. 2185-2188).

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

Gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH), bir ülkenin belirli bir dönemde ürettiği nihai mal ve hizmetlerin toplam maddi değerini ifade eder. Nihai mal ve hizmetler, üretim sürecinde kullanılan ara mallar çıkarıldıktan sonra elde edilen değeri temsil eder. Ayrıca, GSYH hesaplamasında amortisman, aşınma, eskime ve gönüllü hizmetler dikkate alınmaz. GSYH genellikle bir ülkenin toplam gelirini ölçen bir kriter olarak kabul edilir ve bu ölçüm için kullanılan formül şöyledir:

$GSYİH = Yatırım + Tüketim + Devlet Harcamaları + (İhracat - İthalat)$ olarak belirlenmiştir (Ünsal, 2007).

Tablo 7: OECD ülkelerinde GSYH yıllık büyüme oranları (%)

Ülkeler	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ABD	2,88	1,57	2,22	2,93	2,33	-2,77	5,95	2,06
Almanya	1,74	2,23	2,47	1,53	0,56	-3,7	2,63	1,79
Avustralya	2,19	2,77	2,37	2,94	1,9	-0,05	2,24	3,62
Avusturya	1,01	2,08	2,48	2,42	1,61	-6,45	4,56	5
Belçika	2,03	1,48	1,9	1,49	1,4	-5,36	6,29	3,25
Birleşik Krallık	2,36	1,92	1,89	1,34	1,41	-11	7,6	4,1
Çekya	5,31	2,45	4,35	2,85	2,57	-5,5	3,55	2,46
Danimarka	2,34	3,25	2,04	2,39	2,37	-1,99	4,86	3,82
Estonya	1,84	2,63	5,75	4,76	4,33	-0,55	8,01	-1,29
Finlandiya	0,54	2,71	3,1	1,63	0,98	-2,35	3,05	2,08
Fransa	1,11	1,1	2,29	1,79	1,51	-7,78	6,82	2,56
Güney Kore	2,81	2,95	3,16	2,66	2,03	-0,71	4,15	2,56
Hollanda	1,96	2,19	2,91	2,6	1,81	-3,89	4,86	4,48
İrlanda	25,16	3,68	8,15	8,17	5,55	6,18	13,59	11,97
İspanya	3,84	3,03	2,89	2,35	1,98	-11,3	5,52	5,45

İsrail	2,29	3,98	3,54	3,45	3,51	-1,86	8,61	6,46
İsveç	4,49	2,07	2,57	1,95	1,19	-2,17	5,39	2,64
İsviçre	1,33	1,72	1,8	2,75	0,93	-2,38	4,22	2,06
İtalya	0,78	1,29	1,67	0,8	0,3	-8,98	6,99	3,67
İzlanda	4,75	6,63	4,55	3,81	1,92	-7,24	4,33	6,44
Japonya	1,22	0,52	2,17	0,32	0,65	-4,28	2,14	1,03
Kanada	0,66	1	3,17	2,01	1,66	-5,07	5,01	3,4
Kolombiya	2,96	2,09	1,36	2,52	3,32	-7,25	11,02	7,5
Kosta Rika	3,65	4,2	4,16	2,62	2,42	-4,27	7,78	4,31
Letonya	3,26	1,77	3,79	4,28	2,2	-2,2	4,06	1,98
Litvanya	2,03	2,56	4,25	3,64	3,93	-0,02	5,98	1,89
Lüksemburg	4,31	4,57	1,8	3,11	2,3	-0,8	5,1	1,55
Macaristan	3,85	2,2	4,32	5,09	4,93	-4,54	7,2	4,58
Meksika	3,29	2,91	2,12	2,14	-0,15	-7,99	4,72	3,06
Norveç	1,97	1,07	2,32	1,29	1,15	-1,28	3,9	3,28
Polonya	3,84	3,06	4,94	5,35	4,15	-2,02	6,85	4,87
Portekiz	1,79	2,02	3,51	2,64	2,16	-8,3	5,5	6,69
Slovakya	4,82	2,12	3,05	3,9	2,4	-3,34	4,86	1,67
Slovenya	2,21	3,12	4,83	4,12	2,44	-4,32	8,21	5,37
Şili	2,3	1,71	1,19	3,95	1,05	-6,15	11,74	2,44
Türkiye	6,09	3,18	7,47	2,83	0,88	1,94	11,35	5,57
Yeni Zelanda	3,62	3,68	3,16	3,76	2,17	-0,65	5,17	2,16
Yunanistan	-0,44	-0,19	1,51	1,93	1,87	-9	8,43	5,91

Kaynak: (Türkiye - OECD Data, t.y.)

Tablo 7. incelendiğinde OECD ülkeleri içinde 2022 yılında en yüksek GSYH büyüme oranının İrlanda'ya ait olduğu görülmektedir. Ülkemizde ise 2022 yılında %5,57 'lik bir artış yaşanmıştır. Son sırada ise %-1,29 küçülme yaşayan Estonya bulunmaktadır.

Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, ülkedeki toplam sağlık harcamalarının aynı dönemdeki GSYİH'ya oranı şeklinde tanımlanmaktadır. Ülkenin sağlığa verdiği önemin göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Ünal, 2017: 17).

Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, bir dönemde gerçekleşen hem sağlık harcamalarına hem milli gelire bağlı değişmektedir. Belirli bir dönemdeki sağlık harcamalarındaki artış veya azalışlara göre ya da ülke ekonomisinin mevcut durumuna göre sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı değişiklik göstermektedir.

Tablo 8: OECD ülkelerinin cari sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, 2015-2022 (OECD. Stat, 2024)

Ülkeler	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ABD	16,5	16,8	16,8	16,6	16,7	18,8	17,4	16,6
Almanya	11,2	11,2	11,3	11,5	11,7	12,7	12,9	12,7
Avustralya	10,2	10,1	10,1	10,1	10,2	10,7	10,6	9,6
Avusturya	10,4	10,4	10,4	10,3	10,5	11,4	12,1	11,4
Belçika	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	11,2	11	10,9
Birleşik Krallık	9,8	9,7	9,6	9,7	10	12,2	12,4	11,3
Çekya	7,4	7,4	7,4	7,5	7,6	9,2	9,5	9,1
Danimarka	10,3	10,2	10,1	10,1	10,2	10,6	10,8	9,5
Estonya	6,6	6,7	6,6	6,7	6,8	7,6	7,5	6,9
Finlandiya	9,6	9,4	9,1	9	9,2	9,6	10,3	10
Fransa	11,4	11,5	11,4	11,2	11,1	12,1	12,3	12,1
Güney Kore	6,6	6,9	7	7,5	8,2	8,4	9,3	9,7
Hollanda	10,3	10,3	10,1	10	10,1	11,2	11,3	10,2
İrlanda	7,3	7,5	7,1	6,9	6,7	7,1	6,7	6,1
İspanya	9,1	8,9	8,9	9	9,1	10,7	10,7	10,4
İsrail	7	7,1	7,2	7,2	7,2	7,7	7,9	7,4
İsveç	10,8	10,9	10,8	10,9	10,8	11,3	11,2	10,7
İsviçre	10,8	11	11	10,8	11,1	11,7	11,8	11,3
İtalya	8,9	8,7	8,7	8,7	8,7	9,6	9,4	9
İzlanda	8,1	8,1	8,3	8,4	8,6	9,6	9,7	8,6
Japonya	10,8	10,7	10,7	10,7	11	11	11,3	11,5
Kanada	10,7	11	10,9	10,9	11	13	12,3	11,2
Kolombiya	7,5	7,5	7,7	7,6	7,8	8,7	9	8,1
Kosta Rika	7,6	7,3	7	7,3	7,2	7,8	7,6	7,2
Letonya	5,7	6,1	6	6,2	6,6	7,2	9	8,8
Litvanya	6,5	6,6	6,5	6,5	7	7,5	7,8	7,5
Lüksemburg	5,1	5,1	5,1	5,3	5,5	5,7	5,7	5,5
Macaristan	6,9	7	6,7	6,6	6,3	7,3	7,4	6,7
Meksika	5,7	5,6	5,5	5,4	5,4	6,2	6,1	5,5
Norveç	10,1	10,5	10,2	10	10,4	11,2	9,9	7,9
Polonya	6,4	6,6	6,6	6,3	6,5	6,5	6,4	6,7
Portekiz	9,3	9,4	9,3	9,4	9,5	10,5	11,1	10,6
Slovakya	6,8	7	6,8	6,7	6,9	7,1	7,8	7,8

Slovenya	8,5	8,5	8,2	8,3	8,5	9,4	9,5	8,8
Şili	8,4	8,6	9,1	9,2	9,4	9,7	9,3	9
Türkiye	4,1	4,3	4,2	4,1	4,4	4,6	4,6	4,3
Yeni Zelanda	9,3	9,2	9	9	9,1	9,7	10,1	11,2
Yunanistan	8,2	8,4	8,1	8,1	8,2	9,5	9,2	8,6

Kaynak: (Türkiye - OECD Data, t.y.).

Tablo 8’de 2015-2022 yıllarına ait veriler kapsamında OECD ülkelerinin GSYİH içindeki cari sağlık harcama payları ve OECD ortalamaları gösterilmiştir. Türkiye’nin 2015-2022 dönemine ait sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ortalama %4,325 çıkmıştır. Bu ortalama oran ile Türkiye en az sağlık harcaması payına sahip olduğu ve OECD ortalamasının altında yer aldığı gözlemlenmektedir.

En fazla sağlık harcaması payına sahip ülke ise ABD olmuştur. ABD 2015-2022 dönemine ait sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ortalama %17,025 ile OECD ortalamasının çok üstünde bir sağlık harcaması payına sahiptir. Ayrıca hemen hemen tüm ülkelerde 2020 yılında sağlık harcamalarının payı artmıştır bunun en önemli sebebi ise Pandemi olmuştur.

3.3.2. OECD Ülkelerinin Sağlık Kuruluşları İle İlgili Göstergeleri

Tablo 9: OECD ülkelerinde sağlık kuruluşları sayısı, 2015-2022 (OECD. Stat, 2024)

Ülkeler	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ABD	5564	5534	6210	6146	6090	6093	6129	-
Almanya	3108	3100	3084	3051	3026	3006	2979	-
Avustralya	1331	1353	1343	1354	1337	1339	-	-
Avusturya	282	277	275	268	265	267	268	-
Belçika	179	177	175	174	164	163	163	162
Birleşik Krallık	1882	1922	1920	1910	1978	1921	1996	2001
Çekya	256	260	258	256	258	263	265	266
Danimarka	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonya	30	30	30	30	30	29	27	-
Finlandiya	268	262	247	241	239	231	217	-
Fransa	3093	3068	3047	3041	3006	2989	2897	-
Güney Kore	3678	3788	3887	3924	4020	4106	4192	-
Hollanda	517	534	546	549	568	618	691	-

İrlanda	-	86	86	86	86	86	86	86
İspanya	765	764	779	782	777	772	776	-
İsrail	84	84	84	84	84	84	86	88
İsveç	-	-	-	-	-	-	-	-
İsviçre	288	283	281	281	281	276	276	
İtalya	1115	1090	1063	1059	1056	1065	1060	-
İzlanda	8	8	8	8	8	8	-	-
Japonya	8480	8442	8412	8372	8300	8238	8205	-
Kanada	719	722	722	715	709	702	706	-
Kolombiya	10315	10498	10506	10522	10635	10899	-	-
Kosta Rika	43	43	43	44	44	44	44	42
Letonya	67	65	63	62	61	60	56	-
Litvanya	95	93	93	95	94	78	77	-
Lüksemburg	12	12	10	10	10	10	10	10
Macaristan	168	168	165	163	163	163	161	-
Meksika	4457	4474	4538	4629	4707	4909	4995	5019
Norveç	-	-	-	-	-	-	-	-
Polonya	1067	1064	1274	1276	1236	1237	1242	-
Portekiz	225	225	225	230	240	241	240	-
Slovakya	134	133	131	130	129	132	135	-
Slovenya	29	29	29	29	29	29	29	29
Şili	363	356	358	353	356	347	322	322
Türkiye	1533	1510	1518	1534	1538	1534	1547	-
Yeni Zelanda	165	159	162	165	160	159	160	164
Yunanistan	283	280	277	271	270	270	267	-

Kaynak: (Türkiye - OECD Data, t.y.).

Tablo 9’u incelediğimiz zaman en çok sağlık kuruluşuna sahip ülke ABD olarak görülmektedir. Türkiye ise her yıl artan bir sağlık kuruluşu sayısına sahiptir. Tabloyu incelediğimiz zaman Macaristan, Yunanistan, Litvanya, Lüksembur vb gibi ülkelerde sağlık kuruluşu sayısında azalmalar görülmüştür.

4. SAĞLIK HARCAMALARI İLE MAKROEKONOMİK FAKTÖRLERİN TOPSIS YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİ (2015 – 2023)

4.1. Literatür Değerlendirilmesi

Erdoğan ve Bozkurt (2008), “Türkiye’de Yaşam Beklentisi-Ekonomik Büyüme İlişkisi” Türkiye üzerinde yapılan bu araştırma 1980-2005 arasındaki ilişkileri incelenmiştir. ARDL modeli ile yapılan bu çalışmanın sonucunda, yaşam beklentisi ile sağlık harcamaları arasında uzun vadeli bir ilişki olduğunu ve yaşam beklentisinin büyüme ile etkilendiğini göstermektedir.

Tüylüoğlu ve Tekin (2009), “Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri” isimli çalışmada 176 ülke temel alınarak yapılan bu araştırma 2003 yılını baz almıştır. Çoklu Regresyon analizi kullanılan bu çalışmada, bebek ölüm oranı ile doğumda beklenen yaşam süresi arasındaki ilişki incelenmiştir. 2003 yılında 176 ülkeden derlenen sağlık göstergeleri kullanılarak çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular, sağlık harcamalarının bebek ölüm oranları ve beklenen yaşam süresi üzerinde, gelir düzeyine bağlı olarak etkili olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda gelir artışı ile diğer etmenlerinde sağlık üzerinde etkili olduğu ortaya atılmıştır.

Akdağ (2012), “Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi Türkiye 2000-2008” isimli çalışmada ANOVA modeli kullanılmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışlar ve kişi başına sağlık harcaması düzeyinin yükselmesinin, bireylerin yaşam kalitesinde önemli iyileşmelere yol açtığını göstermektedir.

Yardımcıoğlu (2012), “OECD Ülkelerinde Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Ekonometrik Bir İncelemesi” isimli çalışmada 25 OECD Ülkesi seçilmiş ve 1975-2008 arası dönem baz alınmıştır. Araştırmada Pedroni-eşbütünleşme testi kullanılmış ve test sonuçlarına göre, sağlığın esnekliği %0,18, dalgalı ekonomik büyümenin esnekliği ise %0,17 olarak ölçülmüştür. Bu nedenle OECD ülkelerinde ekonomik büyüme ile sağlık değişkenleri arasında önemli bir bağlantı olduğu belirtilmiştir.

Elmi ve Sadeghi (2012), “Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries” isimli çalışmasında, gelişmekte olan ülkeler seçilmiş ve 1990-2009 yılları arası seçilmiştir. Araştırmada Panel Veri Analizi kullanılmıştır.

Sonuç olarak, gayri safi yurtiçi hasıladan sağlık harcamalarına doğru tek yönlü bir ilişki saptanmış, ancak uzun vadede bu iki değişken arasında karşılıklı bir nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Aydemir ve Baylan (2015), “Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir uygulama” isimli çalışmasında 1998-2012 yılları arası seçilmiştir. ADF birim kök testi ve Eş-bütünleşme anlizleri kullanarak yapılan araştırmada; ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında uzun vadeli bir ilişki olduğunu ve bu iki faktör arasında karşılıklı olarak etkileşen bir nedensellik ilişkisi bulunduğunu göstermektedir.

Cebeci ve Ay (2016), “The Effects Of Health Expenditures On Economic Growth: A Panel Regression Analysis On Brics Countries And Turkey” isimli çalışmasında BRICS ülkeleri ve Türkiye ve 2000-2014 yılları seçilmiştir. Araştırmada Panel Eş bütünleşme testi kullanılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre, sağlık alanında yapılan üretken yatırımların insan sermayesi düzeyini artırdığı ortaya konmuştur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanına verilen önem, insan sermayesinin önemli bir unsuru olarak ekonomik büyümeye önemli katkı sağlayabilir.

Salman (2017), “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri: 1980 Sonrası Türkiye Ekonomisi Analizi.” isimli çalışmasında 1980-2016 yılları arası seçilmiş. Nedensellik Testi Yapılan araştırmanın bulgularına göre, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi bulunmamakla birlikte, 1980’lerden sonra sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde daha belirgin bir etki gösterdiği gözlemlenmiştir.

Kılıç (2017), “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye 1980-2015” isimli çalışmada Birim kök testi ve Granger nedensellik testi uygulanmıştır. Sonuç olarak, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kişi başına düşen milli gelir üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuç ile Türkiye sağlık harcamalarının etkisinin çok az olduğu ortaya çıkmıştır.

Kucak (2017), “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme üzerine Etkisi Ekonometrik Bir Analiz” isimli çalışmasında ülke olarak Türkiye seçilmiş ve 2008-2012 dönemleri seçilmiştir. Araştırmada Panel Eş-bütünleşme testi kullanılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre ele alınan iki değişken arasında hem uzun hem de kısa dönemde pozitif yönlü anlamlı bir ilişkiye ulaşılmıştır.

Şen ve Bingöl (2018), “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği. Türkiye 2006-2017” isimli çalışmasında Birim kök testi ve Toda-Yamamoto ekonometrik uygulamalar kullanılmıştır. Araştırmada seçilen değişkenler; genel tedavi sağlık malzemesi giderleri, sağlık hizmetleri için yapılan transferler, genel ilaç harcamaları ve GSYİH olmuştur. Bu değişkenler ile yapılan analiz sonucunda 2006-2017 yılları arasında sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğuna ulaşılmıştır.

Öner (2018), “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi” isimli çalışmasında ülke olarak Türkiye seçilmiş ve 2002-2017 dönemi seçilmiştir. Araştırmada Johansen Eş-bütünleşme testi ve Granger nedensellik analizleri metodları kullanılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasında tek yönlü bir nedensellik ilişkisinin olduğu anlaşılmıştır.

Çakır (2019), “Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörlerin Panel Tobit Modelleri ile Analizi: Avrupa Birliği Ülkeleri Uygulaması” isimli çalışmasında Türkiye ve AB Ülkeleri seçilmiş ve 2005-2015 dönemi temel alınmıştır. Bu araştırmada Panel-Tobit analiz sistemi kullanılmıştır. Bu analizlerin sonucuna göre, milli gelirin tıbbi maliyetlere oranını aşan nüfus profillerinin özellikle etkili olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda, her ülkenin ekonomik durumu, dış ticaret ve modelin bağımlı değişkenleri olan sağlık harcamalarının önemli olduğu bulgusuna ulaşmıştır.

İzgi (2019), “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi” isimli çalışmasında Türkiye’deki 2019 verileri temel alınmıştır. Granger nedensellik testi, ARDL sınır testi ve birim kök testleri kullanılan araştırmanın sonuca göre, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Albayrak (2019), “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi” isimli çalışmasında Türkiye örnek ülke olarak seçilmiş ve 1988-2017 dönemi temel alınmıştır. Araştırmada Eş-Bütünleşme Testi kullanılmıştır. Araştırmanın sonucuna

sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır fakat etkinin çok az olduğu gözlemlenmiştir.

Özyurt (2020), “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Üzerine Ekonometrik Bir Çalışma” isimli çalışmada ülke olarak Türkiye seçilmiş ve 1997-2018 dönemi temel alınmıştır. Araştırmada Augmented Dickey Fuller birim kök testi ve Granger nedensellik testleri kullanılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre, kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla ile kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu ilişkinin tek yönlü olduğu tespit edilmiştir.

Safkan (2020), “Sağlık Harcamalarının Büyüme Üzerindeki Etkisi: Kırılgan Beşli Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi” isimli çalışmada Kırılgan Beşli Ülkeler seçilmiş ve 2000-2016 dönemi temel alınmıştır. Araştırmada Panel Regresyon Analizi testi kullanılmıştır. Bu araştırmada bağımsız değişken olarak kişi başına reel sağlık harcamaları seçilirken, bağımlı değişken olarak ise kişi başına reel gayrisafi yurtiçi hasıla seçilmiştir. Araştırmanın sonucuna göre, ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu anlaşılmıştır.

Çetintürk ve Gençtürk (2020), “OECD Ülkelerinin Sağlık Harcama Göstergelerinin Kümeleme Analizi ile Sınıflandırılması” isimli çalışmada OECD Ülkeleri seçilmiş ve 2003-2017 dönemi temel alınmıştır. Araştırmada Ward Analiz metodu kullanılmıştır. OECD ülkelerinin 2003-2017 dönemine ait sağlık sektörüne yönelik 14 farklı sağlık harcaması değişkeni incelenmiş ve bu veriler 5 farklı grup halinde sınıflandırılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre Türkiye’nin sağlık harcamaları Meksika, Letonya, Çek Cumhuriyeti, Avustralya, Belçika, Lüksemburg ve Estonya ile benzerlik göstermiştir. ABD’nin sağlık harcamalarında tek başına bir grup oluşturduğu göz önüne alındığında, Türkiye’nin Estonya ile en fazla benzerlik gösterdiği görülmüş ve sağlık harcamalarının düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

4.2. Araştırma Yöntemi (Metodoloji)

Bu bölümde sağlık harcamalarının ve makroekonomik faktörlerin TOPSIS yöntemi kullanılarak değerlendirilmesine ilişkin metodoloji ayrıntılı olarak anlatılacaktır. Araştırma, seçilen beş ülkeyi (Türkiye, ABD, Almanya, Japonya, Fransa)

çeşitli kritik sağlık ve ekonomik göstergelere göre sistematik olarak karşılaştırmak ve sıralamak için çok kriterli karar verme yaklaşımı benimsenmiştir.

TOPSIS yöntemi bu analiz için özellikle uygundur çünkü çoğu zaman birbiriyle çelişen birden fazla kriterin dikkate alınmasına olanak tanır ve karar verme için açık ve rasyonel bir temel sağlar (Karakul & Özaydın, 2019). Metodoloji, araştırmanın amacının tanımlanmasını, araştırma değişkenlerinin seçiminin tanımlanmasını ve gerekçelendirilmesini ve çalışmanın evrenini ve örneklemini belirlemeyi kapsar. Kriterlerin ağırlıklarını belirlemek için CRITIC yöntemini uygulayan araştırma, her faktörün göreceli öneminin objektif olarak değerlendirilmesini sağlayarak sonuçların sağlamlığını artırır (Fujimoto et al., 2018).

Bu kapsamlı yaklaşım, yalnızca seçilen ülkelerin sağlık harcamalarının ve makroekonomik faktörlerin derinlemesine değerlendirilmesini kolaylaştırmakla kalmaz, aynı zamanda bu faktörlerin farklı ulusal bağlamlarda birbirlerini nasıl etkilediğinin ve etkilediğinin daha geniş anlaşılmasına da katkıda bulunur.

4.2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın temel amacı, seçilmiş beş ülkeyi (Türkiye, ABD, Almanya, Japonya, Fransa) sağlık harcamaları ve ilgili makroekonomik faktörlere göre TOPSIS (İdeal Çözüme Benzerliğe Göre Sıra Tercihi Tekniği) yöntemini kullanarak değerlendirmek ve sıralamaktır. Bu araştırmanın önemi politika oluşturma, kaynak tahsisi, kıyaslama, sağlık sonuçları ve akademik katkı dahil olmak üzere birçok temel alanda yatmaktadır.

Politikacılar, sağlık harcamaları ve makroekonomik performans açısından hangi ülkenin daha avantajlı olduğunu tespit ederek en iyi uygulamaları ve iyileştirme alanlarını belirleyebilir. Bu da ulusal ve uluslararası sağlık politikası kararlarına rehberlik eder. Farklı ülkelerdeki sağlık harcamalarının verimliliğini anlamak, kaynak tahsisinin optimize edilmesine yardımcı olur ve fonların sağlık sonuçlarını iyileştirmek için etkili bir şekilde kullanılmasını sağlar.

Bu araştırma, ülkelerin performanslarını diğerleriyle karşılaştırmaları için bir referans noktası sağlıyor, başarılı stratejileri vurguluyor ve sağlık ve ekonomi politikalarındaki potansiyel zayıflıkları ortaya çıkarıyor. Sağlık harcamalarını

makroekonomik göstergelerle ilişkilendiren çalışma, finansal kaynakların sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunuyor ve halk sağlığının iyileştirilmesine yönelik geliştirilmiş stratejilere yol açıyor.

Son olarak çalışma, sağlık ekonomisi ve çok kriterli karar verme konusundaki akademik literatüre katkıda bulunarak diğer bağlamlara ve sektörlere uygulanabilecek metodolojik bir yaklaşım sunmaktadır. Genel olarak bu araştırma, sağlık harcamalarının ve bunların makroekonomik faktörler üzerindeki etkisinin kapsamlı bir değerlendirmesini sunmayı ve çeşitli paydaşlara değerli bilgiler sunmayı amaçlamaktadır.

4.2.2. Değişkenler ve Model

Bu araştırma için seçilen değişkenler sağlık harcamalarının ve makroekonomik performansın kritik göstergeleridir. Değerlendirme kriterleri şunları içerir:

- Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)

Önemi: Kişi başına düşen GSYİH, bir ülkenin genel ekonomik sağlığını ve sağlık hizmetlerine yatırım yapma kapasitesini yansıtan, ekonomik performansın ve zenginliğin bir ölçüsüdür.

Uygunluk: Kişi başına daha yüksek GSYİH, genellikle daha iyi finanse edilen sağlık sistemleri ve gelişmiş sağlık hizmetleriyle ilişkilidir.

- Sağlık Harcamaları (% GSYİH):

Önem: Bu değişken, bir ülkenin GSYİH'sının sağlık hizmetlerine ayrılan oranını gösterir ve doğrudan sağlığa yapılan yatırımı ölçer.

Uygunluk: Daha yüksek bir yüzde, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini ve kalitesini etkileyen, sağlığa daha fazla bağlılık anlamına gelir.

- Beklenen Yaşam Süresi (Yıl):

Önemi: Yaşam beklentisi, bir ülkenin sağlık sisteminin nüfusuna uzun ve sağlıklı yaşam sağlamadaki etkinliğini yansıtan önemli bir sonuç ölçüsüdür.

Uygunluk: Daha yüksek yaşam beklentisi, daha iyi sağlık sonuçlarına ve daha yüksek yaşam kalitesine işaret eder.

- **Bebek Ölüm Oranı (1000 kişide):**

Önemi: Bebek ölüm oranı, bebek ve küçük çocukların sağlık koşulları ve bakım kalitesinin kritik bir göstergesidir.

İlgililik: Daha düşük bebek ölüm oranları daha iyi anne ve çocuk sağlığı hizmetleri anlamına gelir.

- **Doktor Başına Düşen Hasta Sayısı:**

Önem: Bu değişken sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kullanılabilirliğini yansıtmakta olup doktor başına düşen ortalama hasta sayısını göstermektedir.

Uygunluk: Daha düşük hasta-doktor oranı, tıbbi bakıma daha iyi erişim ve potansiyel olarak daha yüksek bakım kalitesi anlamına gelir.

Kriter ağırlıkları, her bir kriterin kontrast yoğunluğuna ve kriterler arasındaki korelasyona dayalı olarak ağırlıklar atayan CRITIC (Kriterlerarası Korelasyon Yoluyla Kriterlerin Önemi) yöntemi kullanılarak belirlenir. Bu, seçilen ülkelerin dengeli ve objektif bir değerlendirmesini sağlar.

4.2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın popülasyonu, seçilen sağlık ve makroekonomik göstergelere göre değerlendirilebilecek küresel çaptaki 5 OECD ülkesini içermektedir. Bu geniş nüfus, küresel sağlık harcaması kalıplarını anlamak için kapsamlı bir bağlam sağlar.

Örneklem beş ülkeden oluşmaktadır: Türkiye, ABD, Almanya, Japonya ve Fransa. Bu ülkeler, çeşitli sağlık sistemlerine, değişen ekonomik kalkınma düzeylerine ve 2015-2023 dönemine ilişkin güvenilir verilerin mevcudiyetine göre seçilmiştir.

Örnek Seçiminin Gerekçesi:

- **Türkiye:** Devam eden sağlık reformları ile gelişmekte olan bir ülkeyi temsil eder ve ortaya çıkan sağlık sistemlerinin zorlukları ve ilerlemesi hakkında fikir verir.
- **ABD:** Yüksek sağlık harcamaları ve önemli sağlık yenilikleriyle tanınıyor ve yüksek gelirli ülkeler için referans görevi görüyor.
- **Almanya:** Etkili bir sağlık hizmeti sunumu modeli sunan, kapsamlı kapsama sahip köklü bir sağlık sistemine sahiptir.

- Japonya: Başarılı sağlık sonuçlarına örnek teşkil eden yüksek yaşam beklentisi ve etkili sağlık hizmetleriyle ünlüdür.
- Fransa: Eşit sağlık hizmeti sunumu için bir referans noktası oluşturan, evrensel sağlık sigortası ve yüksek kaliteli sağlık hizmetleriyle dikkat çekiyor.

4.2.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Seçilen ülkelere ait veriler Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve ulusal istatistik kurumları gibi saygın kaynaklardan toplanmaktadır. 2015'ten 2023'e kadar olan zaman dilimi, sağlık harcamaları ve sonuçlarındaki son eğilimleri ve değişiklikleri yakalamak ve analizin uygunluğunu ve doğruluğunu sağlamak için seçilmiştir.

Kriterlerin ağırlıklarının belirlenmesinde CRITIC yöntemi kullanılmaktadır. Bu yöntem, hem kontrast yoğunluğunu hem de kriterler arasındaki korelasyonu hesaba katarak ağırlık belirlemede dengeli ve objektif bir yaklaşım sağlar.

Ağırlıklar belirlendikten sonra ülkeleri sıralamak için TOPSIS yöntemi uygulanır. Bu süreç bir karar matrisinin oluşturulmasını, normalleştirilmesini ve ardından ağırlıklı normalleştirilmiş karar matrisinin hesaplanmasını içerir. Bir sonraki adım pozitif ideal ve negatif ideal çözümlerin belirlenmesidir. Daha sonra her bir alternatifin ideal çözüme olan uzaklığı hesaplanır ve alternatifler ideal çözüme göreli yakınlıklarına göre sıralanır.

Araştırma, bu yapılandırılmış metodolojiyi takip ederek, seçilen ülkelerin sağlık harcamaları ve makroekonomik faktörlerin açık ve objektif bir değerlendirmesini sunmayı ve sağlık ekonomisi ve politika analizi literatürüne değerli bilgiler sağlamayı amaçlamaktadır.

4.2.5. Veri Analizi

Yukarıda da belirtildiği gibi alternatifler arası seçim yapmamıza imkan tanıyan TOPSIS metoduna geçmeden önce CRITIC metodunu kullanarak kriterlerin önem dereceleri belirlenir.

4.3. Araştırmanın Bulguları

Aşağıdaki Tablo 10’da başlangıç verileri görülen değerler 2015-2023 yılları arasındaki verilerin ortalamaları alınarak bulunmuştur (Worldbank). Diakoulaki ve diğerlerinin değindiği CRITIC metodu adımları yardımıyla bu başlangıç verisi kullanılarak kriterlerin ağırlığına ulaşılmıştır (1995). Bu kriterlerde fayda kriterleri tabloda yeşil ile maliyet kriterleri kırmızı ile gösterilmiştir. İlerleyen safhada fayda ve maliyet kriterlerinin hesaplamaları farklı yollarla yapılmıştır.

Tablo 10: Başlangıç verileri

	Kriterler				
	Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	Sağlık Harcamaları (% GSYİH)	Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	Bebek Ölüm Oranı (1000 kişide)	Doktor Başına Düşen Hasta Sayısı
Alternatifler	Fayda	Fayda	Fayda	Maliyet	Maliyet
Türkiye	10070	4	77	10	537
ABD	64070	17	78	6	318
Almanya	46191	12	81	3	232
Japonya	38432	11	84	2	398
Fransa	39786	12	82	3	305
Tercih Fonksiyonları	Olağan	Olağan	Olağan	Olağan	Olağan
Max	64070	17	84	10	537
Min	10070	4	77	2	232

Aşağıdaki Formül 1’de görülen işlemlerden soldaki maliyet kriterleri için sağdaki ise fayda kriterleri için normalizasyon yaparken uygulanmıştır ve Tablo 11’e ulaşılmıştır.

Formül 1: Normalizasyon işlemleri.

$$X_{ij} = \frac{X_{ij} - \min(X_{ij})}{\max(X_{ij}) - \min(X_{ij})}$$

$$X_{ij} = \frac{\max(X_{ij}) - X_{ij}}{\max(X_{ij}) - \min(X_{ij})}$$

Tablo 11: Normalize Kriter Matrisi

Kriterler					
	Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	Sağlık Harcamaları (% GSYİH)	Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	Bebek Ölüm Oranı (1000 kişide)	Doktor Başına Düşen Hasta Sayısı
Alternatifler	Fayda	Fayda	Fayda	Maliyet	Maliyet
Türkiye	1	1	1	1	1
ABD	0	0	0,86	0,47	0,28
Almanya	0,33	0,43	0,46	0,17	0
Japonya	0,47	0,49	0	0	0,55
Fransa	0,45	0,43	0,24	0,18	0,24

Her kriterin diğer kriterlerle olan korelasyonu bulunarak Formül 1’den çıkarılmış $(1 - p_{jk})$ ve Tablo 12’ye ulaşılmıştır.

Tablo 12: Korelasyon Hesaplama İşlemi

	Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	Sağlık Harcamaları (% GSYİH)	Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	Bebek Ölüm Oranı (1000 kişide)	Doktor Başına Düşen Hasta Sayısı
Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	0	0,008	0,828	0,442	0,21
Sağlık Harcamaları (% GSYİH)	0,008	0	0,838	0,471	0,263
Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	0,828	0,838	0	0,099	0,619
Bebek Ölüm Oranı (1000 kişide)	0,442	0,471	0,099	0	0,292
Doktor Başına Düşen Hasta Sayısı	0,21	0,263	0,619	0,292	0

Bunun ardından Tablo 11'deki kriterlerin normalize değerlerinin standart sapmaları ile Tablo 12 çarpılarak (Formül 2'deki işlem) C_j değerleri elde edilmiştir.

Formül 2: C_j .

$$C_j = \sigma_j * \sum_{k=1}^n (1 - p_{jk})$$

$$j = 1, 2, 3, \dots, n$$

Yukarıdaki işlem ile bulunan değerler ile Formül 3'teki işlem yapıldığında kriterlerin ağırlıklarına ulaşılmış olur.

Formül 3: w_j .

$$w_j = \frac{c_j}{\sum_{k=1}^n c_j}$$

Aşağıdaki Tablo 13’te her kriterin ağırlığı görülmektedir, buna göre 3. kriter olan beklenen yaşam süresi alternatifler arası seçim yaparken önemi en yüksek olan kriter olacaktır.

Tablo 13: Kriter ağırlıkları

	K1	K2	K3	K4	K5
w _j	0,171	0,179	0,318	0,164	0,168

4.3.1. TOPSIS İle En İyi Alternatifin Belirlenmesi

TOPSIS ile yapılan tüm hesaplamalarda Yu ve Pan’in (2018) uyguladığı işlemler baz alınarak ilerlenilmiştir. CRITIC metodunda yapıldığı gibi burada da öncelikle başlangıç tablosundaki değerler normalize edilir, Formül 4’te görülen işlem ile fayda ve maliyet kriteri gözetmeksizin normalizasyon yapılır ve Tablo 14’teki Normalize Karar Matrisi elde edilir.

Formül 4: Normalizasyon Adımı.

$$\bar{x}_{ij} = \frac{x_{ij}}{\sqrt{\sum_{j=1}^n x_{ij}^2}}$$

Tablo 14: Normalize karar matrisi

	Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	Sağlık Harcamaları (% GSYİH)	Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	Bebek Oranı (kişide)	Ölüm (1000 Düşen Sayısı)	Başına Hasta Maliyet
Alternatifler	Fayda	Fayda	Fayda	Maliyet		Maliyet
A1	0,104	0,164	0,428	0,795		0,644
A2	0,661	0,646	0,433	0,454		0,382
A3	0,476	0,44	0,449	0,259		0,278
A4	0,396	0,41	0,467	0,152		0,478
A5	0,41	0,44	0,458	0,268		0,366

Daha sonra hesaplanan kriter ağırlıkları kullanılır ve Tablo 14’teki değerler kendi kriter ağırlıkları ile çarpılarak Tablo 15’teki Ağırlıklı Karar Matrisi elde edilir.

Tablo 15: Ağırlıklı Karar Matrisi

	Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	Sağlık Harcamaları (% GSYİH)	Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	Bebek Oranı (kişide)	Ölüm (1000 Kişide)	Doktor Başına Düşen Hasta Sayısı
Alternatifler	Fayda	Fayda	Fayda	Maliyet	Maliyet	
A1	0,018	0,029	0,136	0,13	0,108	
A2	0,113	0,116	0,138	0,074	0,064	
A3	0,081	0,079	0,143	0,042	0,047	
A4	0,068	0,073	0,149	0,025	0,08	
A5	0,07	0,079	0,146	0,044	0,061	

Bir sonraki aşamada ideal ve negatif ideal çözümler oluşturulur, Formül 5'teki işlem ile Tablo 15'e ulaşılır.

Formül 5: A* ve A-

$$A^* = (\tilde{v}_1^*, \tilde{v}_2^*, \dots, \tilde{v}_n^*),$$

$$A^- = (\tilde{v}_1^-, \tilde{v}_2^-, \dots, \tilde{v}_n^-),$$

Tablo 16: İdeal ve Negatif İdeal Çözümler

A+	0,113	0,116	0,149	0,025	0,047
A-	0,018	0,029	0,136	0,13	0,108

İdeal ve negatif ideal çözümlere olan öklid uzaklıkları Formül 5'deki işlemler ile hesaplanır ve Tablo 17'deki ayırım ölçülerine ulaşılır.

Formül 6: Öklid Uzaklığı Formülü.

$$S_i^+ = \left[\sum_{j=1}^m (V_{ij} - V_j^+)^2 \right]^{0.5}$$

$$S_i^- = \left[\sum_{j=1}^m (V_{ij} - V_j^-)^2 \right]^{0.5}$$

Tablo 17: Ayırım ölçüleri

S+	A1	0,178	S-	A1	0
	A2	0,053		A2	0,147

A3	0,052	A3	0,134
A4	0,07	A4	0,128
A5	0,062	A5	0,122

TOPSIS metodunun son işlemi olan Formül 7'deki işlem uygulanarak performans skorları hesaplanmış olur.

Formül 8: Performans Skoru Formülü.

$$P_i = \frac{S_i^-}{S_i^+ + S_i^-}$$

Bu işlem sonucunda final tablosu olan Tablo 18'e ulaşılır ve en avantajlı alternatif belirlenmiş olur.

Tablo 18: Tercih Sıralaması

Tercih Sıralaması			
A1	0	5	Türkiye
A2	0,733	1	ABD
A3	0,721	2	Almanya
A4	0,646	4	Japonya
A5	0,665	3	Fransa

Bu sonuçlara göre ABD alternatifi seçilmesi en muhtemel alternatif olarak bulunmuştur, Almanya ABD'nin ardında 2. olurken aralarında çok küçük bir fark bulunmaktadır. 3. olan Fransa ve 4. Japonya'nın muhtemel seçilme ihtimaller arasında da küçük fark varken 5. olan Türkiye'nin seçilme ihtimali 0 çıkmıştır.

4.3.2. Bulgular

Bu bölümde, araştırmamızın sonucunda elde edilen bulgular ayrıntılı olarak sunulmaktadır. TOPSIS yöntemi kullanılarak yapılan değerlendirmeler sonucunda, sağlık harcamaları ve makroekonomik faktörler açısından beş ülke (Türkiye, ABD, Almanya, Japonya, Fransa) sıralanmıştır. Bu sıralama, her bir ülkenin ilgili kriterlere göre performansını yansıtmaktadır.

Değerlendirme sonuçlarına göre, ABD sağlık harcamaları ve makroekonomik faktörler açısından en avantajlı ülke olarak birinci sırada yer almıştır. ABD'nin birinci sırada yer alması, ülkedeki yüksek kişi başına düşen GSYİH ve aynı zamanda sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının çok yüksek olmasıyla ilişkilidir.

İkinci sırada yer alan Almanya, sağlık harcamaları ve makroekonomik faktörler açısından güçlü bir performans sergilemiştir.

Üçüncü sırada Fransa yer almaktadır. Fransa'nın sıralamada üst sıralarda yer alması, kapsamlı sağlık hizmetleri sunma kapasitesi ve yüksek yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Fransa'nın sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının yüksek olması ve düşük bebek ölüm oranı, ülkenin sağlık sisteminin etkinliğini göstermektedir.

Japonya dördüncü sırada yer almıştır. Japonya'nın yüksek yaşam beklentisi, bebek ölüm oranının düşüklüğü ile dikkat çekmektedir.

Beşinci sırada yer alan Türkiye, sağlık harcamaları ve makroekonomik faktörler açısından diğer dört ülkeye kıyasla daha düşük bir performans sergilemiştir. Türkiye'nin sonunca sırada yer alması başlangıç verilerine bakılarak da tahmin edilebilecek bir sonuçtu. Türkiye maliyet kriterlerinde alternatifler arasında 1. iken fayda kriterleri arasında 5. olması sebebiyle TOPSIS hesaplamaları sonucunda seçilme ihtimali 0 çıkmıştır.

SONUÇ

Bu çalışmada, sağlık harcamaları ve makroekonomik faktörler açısından Türkiye, ABD, Almanya, Japonya ve Fransa gibi beş OECD ülkesinin performansını TOPSIS yöntemi ile değerlendirmektedir. Değerlendirme ile aşağıdaki sonuçlara ulaşılmaktadır.

ABD, sağlık harcamaları ve makroekonomik faktörler açısından en avantajlı ülke olarak birinci sırada yer almaktadır. Bu durum, yüksek kişi başına düşen GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının yüksek olmasıyla ilişkilendirilmektedir.

Almanya ikinci sırada bulunmakta ve sağlık harcamaları ile makroekonomik faktörler açısından güçlü bir performans sergilemektedir.

Fransa üçüncü sırada yer almakta ve kapsamlı sağlık hizmetleri sunma kapasitesi ile dikkat çekmektedir. Yüksek sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ve düşük bebek ölüm oranı, Fransa'nın sağlık sisteminin etkinliğini yansıtmaktadır.

Japonya dördüncü sırada bulunmakta ve yüksek yaşam beklentisi ile ön plana çıkmaktadır.

Türkiye ise beşinci sırada yer almakta ve diğer dört ülkeye kıyasla daha düşük bir performans sergilemektedir. Türkiye'nin sağlık harcamaları ve makroekonomik faktörlerdeki bu sıralaması, maliyet ve fayda kriterleri arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır.

Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme, fiziki yatırımlar, toplam işgücü ve yaşam beklentisi arasındaki ilişkiyi ele alındığı zaman sağlık harcamalarındaki artışların bu göstergeler üzerinde olumlu etkiler yarattığı; yani daha fazla sağlık harcaması yapıldıkça ekonomik büyüme, fiziki yatırımlar, istihdam ve yaşam beklentisi gibi faktörlerde artış sağlandığı görülmektedir. Buna karşılık, sağlık harcamalarının azalması ise bu göstergelerde azalmaya yol açmaktadır.

Gelişmiş ülkelerin sağlık göstergelerinin genellikle gelişmekte olan ülkelerinkinden daha iyi olduğu ve bu göstergelerin ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirlemede önemli bir araç olduğu gözlemlenmektedir. Sağlıklı bir yaşam sürdürmenin temel bir insan hakkı olduğu, sağlık sektörüne yapılan yatırımların doğrudan insanların yaşam kalitesine yapılan bir yatırım olarak görülmesi gerekmektedir.

Dünyanın diğer ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye'nin sağlık harcamaları konusunda orta sıralarda yer aldığı görülmektedir. Sağlık alanında bazı reformlar yapılmasına rağmen, günümüzde ülkemizde sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerin yer aldığı seviyede değildir. Bu durum birçok açıdan ilerlememizin önünde büyük engel teşkil etmektedir.

Ayrıca sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınma değerleri ile ilişkisi incelediği zaman, ekonomik büyüme ve kalkınma ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki bulunduğu görülmektedir.

Sağlık harcamaları gelişmiş bir ülkede bulunması gereken en önemli harcamalar arasında yer almaktadır. Bu durum, özellikle bize pandemi döneminde güçlü bir sağlık sisteminin ülke refahı açısından çok önemi bir yer teşkil ettiğini göstermektedir.

KAYNAKÇA

- Acıduman, A. (2010). Darüşşifalar bağlamında kitabeler, vakıf kayıtları ve tıp tarihi açısından önemleri-Anadolu Selçuklu Darüşşifaları özelinde. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 63(1), 9-15. <https://dergipark.org.tr/en/pub/autfm/article/45379>
- Akdağ, R., Aydın, S., & Demirel, H. (2008). İlerleme raporu Türkiye sağlıkta dönüşüm programı. *TC Sağlık Bakanlığı, Yayın*, 749.
- Akdağ, Y. (2012). *Sağlık harcamalarının hayatın kalitesine yaptığı etkinin ölçülmesi: Denizli örneği* [Master's Thesis]. <https://gcris.pau.edu.tr/handle/11499/3101>
- Akdemir, N. (2021). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Akademisyen Kitabevi.
- Akdur, R. (1998). Çağdaş sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları bu kavramlara etki eden dinamikler. *Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar*, Ankara, 11.
- Akin, C. S. (2007). *Sağlık ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiyede sağlık sektörü ve harcamaları* [Master's Thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/363668>
- Albayrak, S., & Öztürk, İ. (2021). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye üzerine araştırma. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 7(2), 233-257. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ueyd/issue/64509/970495>
- ARISOY, D. Ş. (2017). Sağlık Hizmetlerine Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(3), 1079-1102. <https://dergipark.org.tr/en/pub/gaziuiibfd/issue/36599/416603>
- Aslan, S., & Erdem, R. (2017). Hastanelerin tarihsel gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 27, 7-21. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sbe/issue/38545/506638>
- Aydan, S. (2018). Sağlık hizmeti araştırmalarında kavram analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 551-562. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/39661/469807>
- Aytürk, K. A. (2010). *Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınmaya etkisi: Ortadoğu Anadolu bölge analizi* [Master's Thesis, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü].

<http://dspace.kocaeli.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11493/11138/264673.pdf?sequence=1>

- Bakanlığı, T. S. (2013). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri*.
- Balçık, P. Y., & Şahin, B. (2013). Sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik analizi ve karar analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16(2), 121-134. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/7574/99417>
- Berber, M. (2011). *İktisadi büyüme ve kalkınma: Büyüme teorileri & kalkınma ekonomisi*. Derya Kitabevi.
- Boz, C., & Sur, H. (t.y.). AVRUPA BİRLİĞİ ÜYESİ VE ADAY ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMALARI AÇISINDAN BENZERLİK VE FARKLILIK ANALİZİ. *Sosyal Güvence*, 9, 23-46. Geliş tarihi 09 Mayıs 2024, gönderen <https://dergipark.org.tr/en/pub/sosyalguvence/issue/16503/172323>
- Bozkurt, T. (2017). *Kamu yönetimindeki son düzenlemelere bağlı olarak aile hekimliğindeki gelişmeler* [Master's Thesis, İstanbul Arel Üniversitesi]. <https://dspace.arel.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12294/1173/K029502.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bulutoğlu, K. (1981). *Kamu Ekonomisine Giriş* (3. Basım). İstanbul: Filiz Kitabevi.
- Cura, S. (t.y.). *Dünyada ve Türkiyede sağlık sistemlerinin ve kamu sağlık harcamalarının etkinliği: Karşılaştırmalı bir analiz*. Geliş tarihi 09 Mayıs 2024, gönderen <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/599994>
- Çelik, Y., & Ekonomisi, S. (2011). *Siyasal Kitabevi. Ağustos, Ankara*.
- Çirpici, E. (2010). *Türkiye’de kamu sağlık hizmetlerinde 1980 sonrası uygulanan neo-liberal ekonomi politikalarının sağlık personeli istihdamı üzerindeki etkileri: Sözleşmeli sağlık personeli istihdamının eleştirel bir değerlendirmesi* [Master's Thesis, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/784>
- Çoban, H. (2009). *Sağlık ekonomisi ve Türkiyede sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması*. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/554138>
- Dreger, C., & Reimers, H.-E. (2005). Health care expenditures in OECD countries: A panel unit root and cointegration analysis. Available at SSRN 651985. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=651985
- Erdoğan, H. (2014). *Türkiye’de Sağlık Politikaları Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003–2010) Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı* [PhD Thesis]. Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgini, İstanbul.

- Ertem, B. (2009). TÜRKİYE-ABD İLİŞKİLERİNDE TRUMAN DOKTRİNİ VE MARSHALL PLANI. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(21), 377-397. <https://dergipark.org.tr/en/pub/baunsobed/issue/50238/647982>
- Foucault, M., & Kılıçbay, M. A. (2000). *Deliliğin tarihi: Akıl ve akıl bozukluğu: klasik çağda*. İmge Kitabevi.
- Gökbunar, R., Özdemir, H., & Uğur, A. (2008). KÜRESELLEŞME KISKACINDAKİ REFAH DEVLETİNDE SOSYAL REFAH HARCAMALARI. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 9(2), 158-173. <https://dergipark.org.tr/en/pub/doujournal/issue/66659/1042930>
- GÜMÜŞ, F. Ç. V. E., ÇELİKAY, F., & GÜMÜŞ, E. (2010). TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE FİNANSMANI. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ogusbd/issue/10997/131606>
- Güntöre, S. Ö., & Öztürk, S. G. (2005). *Tıp ve felsefe*. Nobel Kitabevi.
- GÜVERCİN, C. H. (t.y.). *Yeşil Kart’ın Tarihçesi*. Geliş tarihi 01 Ağustos 2024, gönderen https://www.researchgate.net/profile/Cemal-Hueseyin-Guevercin/publication/358885874_History_of_the_Green_Card_Yesil_Kart’in_Tarihcesi/links/621a93f59947d339eb6cccead/History-of-the-Green-Card-Yesil-Kartin-Tarihcesi.pdf
- Home—The George C. Marshall Foundation. (t.y.). Geliş tarihi 14 Ağustos 2024, gönderen <https://www.marshallfoundation.org/>, <https://www.marshallfoundation.org/>
- Hüseyin, A., & TIRAŞ, H. H. (2018). Türkiye’de sağlık harcama türlerinin değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 643-670. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ksusbd/issue/40204/447902>
- İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) / T.C. Dışişleri Bakanlığı. (t.y.). Geliş tarihi 14 Ağustos 2024, gönderen https://www.mfa.gov.tr/iktisadi-isbirligi_ve-gelisme-teskilati-_oecd_.tr.mfa
- Karagül, M., & Karagül, M. (2002). *Beşeri sermayenin iktisadi gelişmedeki rolü ve Türkiye boyutu*. Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- Kavanos, P., Üstel, İ., & Costa-Font, J. (t.y.). *Türkiye’de Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaçta Geri Ödeme Politikası*. SUVAK, Eylül 2005, ISBN.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. <https://www.siyasalkitap.com/u/siyasalkitap/docs/2/0/2018-hastane-site-pdf-1571473729.pdf>

- Kaya, A. (2011). *Türkiye İle Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması* [PhD Thesis]. Marmara Üniversitesi (Turkey).
- KILIÇ, A. (2012). Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Şefkat Abideleri Şifahaneler. *Medical Park Hastaneler Grubu Yayınları, İstanbul*.
- Kiliç, B. (t.y.). *Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri: Türkiye için bir değerlendirme* [Master's Thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Geliş tarihi 09 Mayıs 2024, gönderen <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/710648>
- Koca, R. (2015). *Türkiye’de son dönem sağlık harcamalarının dağılımı ve temel sağlık göstergeleri ile ilişkisi* [Master's Thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. <https://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12511/6777>
- Kök, R., & Şimşek, N. (2012). *İktisat Biliminin Paradoksal Yapısı Üzerine*. Discussion Paper. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/81718/1/729186601.pdf>
- Light, D. W. (2003). Universal Health Care: Lessons From the British Experience. *American Journal of Public Health*, 93(1), 25-30. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.1.25>
- Mutlu, A., & Işık, A. K. (2012). *Sağlık ekonomisine giriş*. Ekin Kitabevi.
- Nasuhioğlu, İ. (1975). *Tıp tarihine kısa bir bakış...* Diyarbakır Üniversitesi.
- Öner, H. (2018). *Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme üzerine etkisi* [Master's Thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/404238>
- Öztekin, Z. (2001). Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, 7(39), 204-205.
- Özyurt, M. (2020). Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki: Türkiye üzerine ekonometrik bir çalışma. *İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul*.
- Phillips, C. J. (2008). *Health economics: An introduction for health professionals*. John Wiley & Sons. [https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=jG51Ump7HR0C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Phillips,+C.+J.,+\(2005\).+Health+Economics,+An+Introduction+for+health+Professional,++Madlen,+Massachusetts,+Blackwell+Publishing+Ltd.&ots=4RBAKGKSpK&sig=4C7k844mSWvW4NwgmdaywyJ42ko](https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=jG51Ump7HR0C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Phillips,+C.+J.,+(2005).+Health+Economics,+An+Introduction+for+health+Professional,++Madlen,+Massachusetts,+Blackwell+Publishing+Ltd.&ots=4RBAKGKSpK&sig=4C7k844mSWvW4NwgmdaywyJ42ko)
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/7558/99351>

- Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and the birth of health economics. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 139-140.
<https://www.scielosp.org/article/bwho/2004.v82n2/139-140/en/>
- Selik, M. (1988). İktisadi Doktrinler Tarihi. *İstanbul: Gerçek Yayınları*.
<http://efilyayinevi.com/wp-content/uploads/2021/03/I%CC%87KTI%CC%87SADI%CC%87-DOKTRI%CC%87NLER-TARI%CC%87HI%CC%87.pdf>
- Songur, H., & SAYGIN, T. (2014). Şifahaneden hastaneye: Sağlık kuruluşlarının değişimine genel bir bakış. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19, 199-212.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/sbe/issue/23153/247328>
- Sungur, C. (2021). Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması ve Performans Analizi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(3), 2274-2201.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/ksusbd/article/956240>
- Şahin, Ö., & Köleoğlu, N. (2018). Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları Güncel Sorunlar ve Araştırmalar. *Çanakkale: Rating Academy Yayınları*.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1).
- Terris, M. (1976). The epidemiologic revolution, national health insurance and the role of health departments. *American Journal of Public Health*, 66(12), 1155-1164.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.66.12.1155>
- TUNÇSİPER, Ç., & BAKAR, A. (2023). SAĞLIK EKONOMİSİ ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK HARCAMALARI: TÜRKİYE ÖRNEĞİ. *Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 20-28.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/biibfd/issue/77766/1260283>
- TÜİK Kurumsal. (t.y.). Geliş tarihi 09 Mayıs 2024, gönderen <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667>
- Türkiye—OECD Data. (t.y.). theOECD. Geliş tarihi 14 Ağustos 2024, gönderen <http://data.oecd.org/turkiye.htm>
- Ulaş, T. (2018). *Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği sağlık harcamalarının gelişimi: Seçili ülkeler ve Türkiye üzerine karşılaştırmalı bir inceleme/Public quality of health services and improvement of health expenditures: A comparative study on selected countries and Turkey* [PhD Thesis].
<http://acikerisim.harran.edu.tr:8080/jspui/handle/11513/1748>

- Ulutürk, S. (2015). Sağlık ekonomisi, sağlık statüsü, sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütler ve önemi: Türkiye örneği. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, 603, 47-63. <https://dergipark.org.tr/en/pub/fpeyd/issue/48045/607565>
- Ünsal, E. M. (2007). *Makro iktisat*. İmaj.
- Yavuz, Y. (1988). *Batılılaşma döneminde Osmanlı sağlık kuruluşları*. <https://open.metu.edu.tr/handle/11511/51273>
- Yazgan, T. (1977). *Sosyal sigorta*. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi.
- Yılmaz, S. (2012). *Türkiyede sağlık harcamalarının ekonomik analizi ve OECD ülkeleriyle karşılaştırılması* [Master's Thesis]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: 65 yaş üstü nüfusun tüm nüfusa oranı	34
Tablo 2: OECD ülkeleri ve üyelik tarihleri.....	43
Tablo 3: Marshall planlı kapsamında yardım alan ülkeler ve yardım miktarları.....	46
Tablo 4: OECD sağlık sistemleri sınıflandırması	47
Tablo 5: OECD sağlık hizmeti finansman kaynakları ve ödeme metotları ilişkisi.....	48
Tablo 6: OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin sınıflandırılması	49
Tablo 7: OECD ülkelerinde GSYH yıllık büyüme oranları (%).....	51
Tablo 8: OECD ülkelerinin cari sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, 2015-2022 (OECD. Stat, 2024).....	53
Tablo 9: OECD ülkelerinde sağlık kuruluşları sayısı, 2015-2022 (OECD. Stat, 2024)	54
Tablo 10: Başlangıç verileri.....	64
Tablo 11: Normalize Kriter Matrisi	65
Tablo 12: Korelasyon Hesaplama İşlemi.....	66
Tablo 13: Kriter ağırlıkları.....	67
Tablo 14: Normalize karar matrisi	67
Tablo 15: Ağırlıklı Karar Matrisi.....	68
Tablo 16: İdeal ve Negatif İdeal Çözümler.....	68
Tablo 17: Ayrım ölçüleri	68
Tablo 18: Tercih Sıralaması.....	69

ÖZGEÇMİŞ

Yusuf Ulaş İLKYAZ, İstanbul Bilgi Üniversitesi Ekonomi Bölümünden 2006 yılında mezun olmuştur. Akademik olarak İstanbul Aydın Üniversitesi İşletme Meslek Yüksek Okulunda Öğretim Elemanı ve daha sonra muhtelif dersanelerde Uzman İktisat Öğreticisi olarak çalışmıştır.

Mehmet Akif Üniversitesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi vb gibi okullarda muhtelif zamanlarda “Kariyer Planlama” seminerleri vermiştir.

2020 yılından itibaren ÖZET Akademi kursunda Uzman İktisat Öğretici olarak çalışmaya devam etmektedir.

Türkiye Ekonomisi Soru Bankası ve Özet Notlar isimli bir kitap çıkarmıştır.