

T.C. İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

EKONOMİK KALKINMA SÜRECİNDE TÜRKİYE’DE SAĞLIK
SEKTÖRÜ VE HARCAMALARI

YÜKSEKLİSANS TEZİ

Zehra HORAY

(1900000715)

Anabilim Dalı: İKTİSAT

Programı: YÖNETİM EKONOMİSİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Begüm Erdil ŞAHİN

Haziran, 2022

T.C. İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

EKONOMİK KALKINMA SÜRECİNDE TÜRKİYE’DE SAĞLIK
SEKTÖRÜ VE HARCAMALARI

YÜKSEKLİSANS TEZİ

Zehra HORAY
(1900000715)

Anabilim Dalı: İKTİSAT
Programı: YÖNETİM EKONOMİSİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Begüm Erdil ŞAHİN

Jüri Üyeleri: Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI

Dr. Öğr. Üyesi: Merve HAMZAOĞLU

Haziran, 2022

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tez konusu olarak Türkiye’de sağlık sektörü ve harcamalarının ekonomik kalkınma üzerindeki etkilerini araştırdım. Ekonomik kalkınmanın sağlanmasında önemli bir rolü olan sağlık harcamaları, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan pay gelişmekte olan ülkelere göre daha fazladır. Sonuç olarak, Türkiye’de sağlık harcamalarının ekonomik kalkınma ve büyüme üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu sonucuna vardım.

Tez çalışmamda ve yüksek lisans eğitim sürecim boyunca bana destek veren, yol gösteren, öneri ve fikirleriyle benden yardımlarını hiç esirgemeyen sayın danışman hocam Doç. Dr. Begüm Erdil ŞAHİN ’e çok teşekkür ederim.

Bu süreçte yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen her zaman destek olan başta annem NESİME HORAY olmak üzere değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İçindekiler Tablosu

ÖNSÖZ.....	iii
KISALTMALAR	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
GRAFİK LİSTESİ	xii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.1.1 Sağlığı Etkileyen Faktörler	3
1.1.2. Çevre	3
1.1.3. Yaşam Tarzı	4
1.1.4. Kalıtım	4
1.1.5. Sağlık(Bakım) Hizmetleri.....	4
1.2. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri.....	5
1.2.1. Sosyoekonomik Durum ve Gelir	6
1.2.2. İstihdam ve Çalışma Koşulları.....	6
1.2.3. Eğitim.....	7
1.2.4. Sosyal Dışlanma ve Ayrımcılık	7
1.2.5. Sosyal Bağlılık ve Sosyal Destek	8
1.2.6. Fiziksel Çevre ve Yaşam Koşulları.....	8
1.3. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	8
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	10
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	11

1.5.1.	Koruyucu Sağlık Hizmetleri	12
1.5.2.	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	14
1.5.3.	Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	16
1.6.	Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri.....	16
1.7.	Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sistemleri.....	21
1.7.1.	Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri	23

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME VE KALKINMA ARASINDAKİ İLİŞKİSİ

2.1.	Sağlık Harcamaları Kavramı	30
2.2.	Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	30
2.2.1.	Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi	31
2.2.2.	Eğitim Seviyesi ile Sağlık Bilincinin Gelişmesi	32
2.2.3.	Teknolojik Gelişmeler	32
2.2.4.	Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	32
2.2.5.	Şehirleşme/Kentleşme	33
2.2.6.	Yaşam Süresinin Uzaması.....	33
2.2.7.	Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler.....	34
2.2.8.	Asimetrik Bilgi Durumu.....	34
2.3.	Ekonomik Büyüme Kavramı.....	34
2.4.	Ekonomik Kalkınma Kavramı.....	35
2.4.1.	Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Hizmetleri İlişkisi.....	35
2.4.2.	Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık	37
2.4.2.1.	Sürdürülebilir Kalkınma	39
2.5.	Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan Değerlendirilmesi	43
2.5.1.	Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri	44
2.5.1.1.	Maliyet-Fayda Analizi (Cost-Benefit Analysis)	44

2.5.1.2.	Maliyet Minimizasyonu Analizi (Cost Minimisation Analysis)	44
2.5.1.3.	Maliye Etkililik Analizi (Cost-Effectiveness Analysis)	45
2.5.1.4.	Maliyet-Değer Analizi (Cost-Utility Analysis)	45
2.6.	Kalkınma Planlarının Sağlık Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi	46
2.6.1.	Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)	47
2.6.2.	İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)	47
2.6.3.	Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)	48
2.6.4.	Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)	48
2.6.5.	Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)	48
2.6.6.	Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)	49
2.6.7.	Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)	49
2.6.8.	Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)	49
2.6.9.	Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013))	50
2.6.10.	Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)	50
2.6.11.	Onbirinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2019-2023)	51

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ SAĞLIK HARCAMALARI VE KALKINMA İLİŞKİSİ

3.1.	Sağlık Harcamalarının Türkiye'deki Gelişimi	52
3.2.	Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003)	55
3.2.1.	Sağlıkta Dönüşüm Programında Etkili Olan Aktörler	58
3.2.2.	Resmi Aktörler	58
3.2.3.	Resmi Olmayan Aktörler	58
3.2.4.	Diğer Aktörler	59
3.2.5.	Avrupa Birliği (AB)	59
3.3.	Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulama Süreci	60

3.3.1.	Kavramsallaşma	60
3.3.2.	Yasalaşma	60
3.3.3.	Kontrollü Yerel Uygulamalar	60
3.3.4.	Uygulamaların Türkiye Geneline Yayılması	60
3.4.	Sağlık Dönüşüm Programı Sonrası	61
3.5.	Kamu Sektörü ve Sağlık Harcamaları	62
3.5.1.	Sağlık Bakanlığı Harcamaları	62
3.5.2.	Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)	65
3.5.3.	KİT'ler	65
3.5.4.	Üniversiteler	66
3.5.5.	Belediyeler	66
3.6.	Özel Sektör ve Sağlık Harcamaları	67
3.7.	Türkiye' de İlaç Sektörü	69
3.7.1.	Türkiye İlaç Pazarı	71
3.7.2.	Pandemi Sürecinin İlaç Sektörüne Etkisi	72
3.7.3.	İlaç Sektörünün Dünya Ekonomisindeki Yeri	73
3.8.	Sağlık Harcamaları ve İnsani Gelişim	74
3.8.1.	İnsani Gelişim Endeksi	74
3.8.2.	Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Göstergeler	76
3.8.2.1.	Sağlık Harcamalarının GSMH İçerisindeki Payı	77
3.8.2.2.	Sağlık Harcamaları ve Büyüme İlişkisi	78
3.8.3.	Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri	79
3.8.3.1.	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	80
3.8.3.2.	Sağlık Harcamaları ve Doğurganlık	81
3.9.	Kapsayıcı Kalkınma Endeksi	83
3.10.	Türkiye ve OECD Ülkeleri Arasında Sağlık Harcamalarının Karşılaştırması	85

3.10.1.	OECD Ülkeleri ve Türkiye Sağlık Sistemi Modelleri.....	87
3.10.2.	Sağlık Sistemlerine Göre Ülke Karşılaştırmaları	88
3.11.	Covid-19 Salgının Türkiye Ekonomisi Üzerine Etkileri.....	89
3.11.1.	Salgına Karşı Alınan Ekonomik Önlemler.....	93
3.12.	SWOT ANALİZİ.....	95
3.12.1.	Güçlü Yönler (Strengths).....	95
3.12.2.	Zayıf Yönler (Weaknesses).....	96
3.12.3.	Fırsatlar (Opportunities).....	97
3.12.4.	Tehditler (Threats)	97
SONUÇ.....		99
KAYNAKÇA		102

KISALTMALAR

WHO(DSÖ)	: Dünya Sağlık Örgütü
DB	: Dünya Bankası
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
KDV	: Katma Değer Vergisi
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüsü
DRG	: Teşhise Dayalı Grup
TTH	: Tıbbi Tasarruf Hesapları
WCED	: Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu
SK	: Sürdürülebilir Kalkınma
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
ÖİK	: Özel İhtisas Komisyonu
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
GSS	: Genel Sağlık Sigortası Kanunu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SB	: Sağlık Bakanlığı
USH	: Ulusal Sağlık Hesapları
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
İGE	: İnsani Gelişme Endeksi
KKE	: Kapsayıcı Kalkınma Endeksi

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	12
Tablo 2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	14
Tablo 3. Sosyal Sağlık Sigortası Kapsamında Örnek Potansiyel Gruplar	25
Tablo 4. Özel Sigortalar ile Sosyal Sigortalar Arasındaki Farklar.....	27
Tablo 5. Tıbbi Tasarruf Hesabı Avantajları ve Dezavantajları	29
Tablo 6. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerindeki Sağlıkla İlgili Diğer Göstergeler ve Türkiye	38
Tablo 7. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini Değerlendirmede Kullanılabilecek Olan Sağlık ile ilgili Sosyal Göstergeler.....	42
Tablo 8. Sağlık Hizmetlerinde Hedefler	50
Tablo 9. Sağlık Harcamalarının Yapıldığı Birimler.....	53
Tablo 10. Genel Devlet Ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2018, 2019..... (MilyonTL)	54
Tablo 11. Sağlıkta Dönüşüm Programını Zorunlu Kılan Nedenler	56
Tablo 12. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2018), (%).	64
Tablo 13. 2010 Yılında İGE Hesaplaması	75
Tablo 14. Toplam Sağlık Harcamasının GSYH ye Oranı (2000-2020).....	77
Tablo 15. Türkiye'nin İGE Bileşenlerine Göre Göstergelerindeki Eğilimler (1990-2018)	79
Tablo 16. Cinsiyete Ve Yaşa Göre Beklenen Yaşam Süresi, 2013-2015, 2017-2019	80
Tablo 17. Türkiye'de 1980 ve 2019 Yılları Arası Doğurganlık Hızı Değişimi, Kadın Başına	82
Tablo 18. Türkiye'nin Ulusal Performans Göstergeleri ve Kapsayıcı Kalkınma Endeksi, 2017.....	84
Tablo 19. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (2020)	86
Tablo 20. Covid-19'un Ekonomik Etkileri (GSYİH'nın Yüzdesi Olarak)	91
Tablo 21. Türkiye'nin Covid-19 Salgınına Karşı Aldığı Parasal ve Mali Önlemler	93

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlığın Belirleyicileri	5
Şekil 2. Ekonomik Kalkınmanın Girdisi Olarak Sağlık.....	36
Şekil 3. Sürdürülebilir Kalkınmanın Temel Unsurlar	40



GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Arz ve Talep Arasındaki Dengesizlik..	18
Grafik 2. Lisans Zorunluluğu Durumunda Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebi	20
Grafik 3. Toplam Sağlık Harcamalarının Dağılımı.....	31
Grafik 4. Sağlık Harcamaları 2010-2019	54
Grafik 5. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2018), (%).....	63
Grafik 6. İlaç Endüstrisinde İhracat Değeri (Milyar ABD Doları)	70
Grafik 7. İlaç Endüstrisinde İthalat Değeri (Milyar ABD Doları)	71



Enstitüsü : Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Anabilim Dalı : İktisat Anabilim Dalı
Programı : Yönetim Ekonomisi
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Üyesi Begüm Erdil ŞAHİN
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans- Haziran, 2022

EKONOMİK KALKINMA SÜRECİNDE, TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE HARCAMALARI

ÖZET

Zehra HORAY

Sağlık sektöründeki harcamalar çalışma gücünü koruyarak ve sağlık ile ilgili sorunları azaltarak gelecekteki sağlık harcamalarından tasarruf sağlamaktadır. Bu şekilde de ekonomik kalkınmaya katkı sağlamaktadır. Bir ülkede ekonomik kalkınma ile sağlık düzeyindeki göstergeler arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle ülkeler de sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik politikalara daha fazla önem vermektedir. Sağlık harcamalarının artması ve ekonomik kalkınmada beşeri sermayenin ön plana çıkması sağlık sektörünün ekonomi üzerindeki öneminin artmasına yol açmıştır. Sağlık düzeyi gelişmiş olan bir toplumun beşeri sermayenin gelişimini ve verimini arttıracığından ülke kalkınmasında olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Geçmişten günümüze denk uygulanan kalkınma planları içerisinde de sağlık sektörüne yönelik politikalar yer almaktadır.

Türkiye’de sağlık reformu ve sağlık politikaları her dönem gündemde olmuş bir konudur. Bu reformların en sonuncu ve kapsamlı olanı Sağlıkta Dönüşüm Programıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminin tüm alanlarında yaygın ve ciddi değişiklikler öngören bir içeriğe sahiptir.

Ekonomik kalkınma sosyo-kültürel, yapısal, kurumsal gibi birçok alanda gelişmeyle birlikte insani gelişmeyi de kapsamaktadır. Bir ülkede sağlık harcamalarının yetersizliği o ülkedeki bireylerin yaşamlarını zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda insani gelişmeyi dolaylı olarak etkileyen sağlık harcamalarının yetersiz kalması ülkelerin insani gelişmesini de güçleştirmektedir.

Bu çalışmada sağlık sektörünün ekonomik kalkınma üzerindeki etkileri ve ekonomik kalkınmanın da sağlık sektörü üzerindeki etkileri açıklanmaktadır.

Sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarındaki artışın nedenleri ile sağlık sektörü ve ekonomik kalkınma ilişkisi teorik olarak incelenmektedir.

Çalışmada aynı zamanda Türkiye’ deki kalkınma planları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ele alınmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm programı hayata geçirildikten sonra yaşanan değişiklikler, sağlık harcamalarının kalkınma ile insani gelişme düzeyi arasındaki ilişkisi incelenmektedir ve son yıllarda yaşanan pandemi sürecinin Türkiye ekonomisi üzerindeki etkileri değerlendirilmektedir. Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık sektöründeki harcamaları karşılaştırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ekonomik Kalkınma, sağlık sektörü, sağlık harcamaları

Institute : Institute of Graduate Studies
Department : Department of Economics
Program : Management Economics
Thesis Advisor : Assoc. Dr. Member Begum Erdil ŞAHİN
Thesis Type and Date : Master's Degree- June, 2022

**ECONOMIC DEVELOPMENT PROCESS, HEALTH SECTOR IN TURKEY
AND
EXPENDITURES**

ABSTRACT

Zehra HORAY

Expenditures in the health sector save future health expenditures by maintaining workforce and reducing health-related problems. In this way, it contributes to economic development. There is a positive relationship between a country's health level indicator and its economic development. For this reason, countries attach more importance to policies to increase the level of health. The increase in health expenditures and the prominence of human capital in economic development have led to an increase in the importance of the health sector on the economy. Since a society with a developed health level will increase the development and efficiency of human capital, it contributes positively to the development of the country. Policies for the health sector are also included in the development plans implemented from the past to the present.

In Turkey, health policies and health reform have been on the agenda in almost every period. The last and most comprehensive of these reforms is the Health Transformation Program. The Health Transformation Program has a content that foresees widespread and serious changes in all areas of the health system.

Economic development covers human development as well as development in many areas such as socio-cultural, structural and institutional. The inadequacy of health expenditures in a country makes the lives of individuals in that country difficult. At the same time, the inadequacy of health expenditures that indirectly affect human development makes it difficult for countries to develop human development.

In this study, the effects of the health sector on economic development and the effects of economic development on the health sector are explained. The reasons for the increase in health services and health expenditures and the relationship between the health sector and economic development are theoretically examined.

At the same time, development plans in Turkey and the Health Transformation Program are discussed in the study. The changes experienced after the implementation of the Health Transformation program and the relationship between health expenditures and human development level are examined and the effects of the pandemic process on the Turkish economy in recent years are evaluated. The expenditures of Turkey and OECD countries in the health sector were compared.

Keywords: Economic Development, health sector, health expenditures

GİRİŞ

Bir toplumun varlığını devam ettirebilmesi sağlıklı bir nesle sahip olmasına bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı sadece bir hastalık olarak nitelendirmemiş aynı zaman da ruhen, bedenlen ve sosyal olarak iyi olma hali olarak da nitelendirmiştir (WHO, 1948). Kişilerin sağlıkları bozulduğunda sağlık hizmetlerinden faydalanılır. Bireylerin hastalıklarının tedavisine, fiziksel ve ruhsal becerilerinin rehabilitasyonuna ve sağlıklarının korunmasına yönelik çalışmaların tümü sağlık hizmet kapsamına girmektedir.

Sağlık hizmetleri konularına ve kademelerine göre sınıflandırılır. Sağlık hizmetlerinin genelde kaynakları kamu tarafından tahsil edilmektedir ve en önemli bölümünü hastalıklar ve sağlık problemlerinden korunmayı amaçlayan hizmetler oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların yaygınlaşması, sağlık hizmetine artan talep ve tıp alanındaki gelişmeler kamu harcamalarında sağlık hizmetlerine ayrılan payın yetersizliğine yol açmıştır. Bu nedenle kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasının önemi ortaya çıkmıştır.

Bir ülkenin ekonomi alanındaki gelişmişlik seviyesi ile sağlık düzeyi arasında ilişki vardır. Bir toplum da sağlık için ayrılan kaynak arttıkça gelişmişlik seviyesinin de arttığı görülmektedir. Sağlık harcamaları bir ülkenin ekonomik kalkınmasında önemli bir role sahiptir. Sağlık harcamaları ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre farklılık gösterir. Gelişmekte olan ülkelere sağlık harcamalarına ayrılan pay gelişmiş olan ülkelere kıyasla daha azdır

Sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi olumlu yönden etkilemektedir. Olumlu etkisi “Sağlığa dayalı büyüme hipotezi” ile açıklanmaktadır. Bir ülkenin sağlık sektörü zayıf ise sermayenin verimliliği negatif yönde etkilenir. Bir ülkenin nüfusu çalışan ve üretken sağlıklı bir nüfus ise o ülkenin ekonomisi gelişir ve hedeflerini gerçekleştirebilir. Sağlık harcamaları, sağlığın temel belirleyicisidir. Sağlık harcamaları bebek ölümlerini azaltmakta ve nüfus artış hızını yavaşlatmaktadır. Aynı zamanda iş gücü verimliliğini de yükseltmektedir.

Sağlık sektöründeki harcamalar çalışma gücünü koruyarak ve sağlık ile ilgili sorunları azaltarak gelecekteki sağlık harcamalarından tasarruf

sağlamaktadır. Bu şekilde de ekonomik kalkınmaya katkı sağlamaktadır. Bir ülkede ekonomik kalkınma ile sağlık düzeyindeki göstergeleri arasında olumlu bir ilişki söz konusudur. Bu nedenle ülkelerin sağlık düzeylerinin yükseltilmesine yönelik politikalar önem kazanmıştır. Bir ülkede ekonomik kalkınma ülkelerin sağlık ve eğitim düzeylerindeki göstergelerle açıklanmaktadır. Uzun ve sağlıklı bir yaşam ekonomik kalkınmanın önemli bir boyutudur. Giderek artan sağlık harcamalarında mevcut kaynakların en etkili bir biçimde kullanılması için ekonomiden yararlanılmaktadır.

Bu çalışmada birinci bölümde; sağlık kavramı ve sağlık hizmetlerinin tanımı, gelişimi ve sınıflandırılması yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin genel özellikleri ve finansman yöntemlerinin neler olduğu açıklanmakta ve göstergeler değerlendirilmektedir.

İkinci bölümde; sağlık harcamaları ile ekonomik kalkınma arasındaki ilişkiler ele alınmaktadır. Sağlığın ekonomik kalkınma üzerindeki etkisi ile ekonomik kalkınmanın da sağlık üzerindeki etkisi teorik olarak incelenmektedir. Ülkemizdeki kalkınma planları sağlık harcamaları açısından değerlendirilmektedir.

Üçüncü bölümde; SDP programı ile sağlık harcamalarının Türkiye üzerindeki gelişimi ve sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkileri endeksler ve sağlık göstergeleri ile değerlendirilmektedir. OECD ülkelerindeki sağlık harcamaları ile OECD ülkeleri karşılaştırılarak incelenmektedir.

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, tek bir tanımı mevcut olmayan ve tanımlanması zor bir kavramdır. 1948’ de DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımı, “Sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” dir (WHO,1948). Sağlığın temel amaçları arasında insanın gelişmesine engel olabilecek çevresel, sosyal, biyolojik ve kişisel faktörlerin ortaya çıkmasını önlemek vardır (Çelik, 2019: 25).

Sağlık denilince akla ilk gelen hasta olmama durumudur. Aslında herkesin sağlık hakkında fikri olduğundan sağlığın farklı tanımlamaları da yapılabilmektedir. Hygieia göre sağlık sorumlu ve disiplinli bir yaşam biçimidir. Aesculapa göre ise sağlık hastalıkları yenme sanatıdır (Somunoğlu, 2012: 3).Sağlık hakkındaki genel tanım ise 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanunun 2. Maddesinde yapılmıştır. Bu tanıma göre sağlık, ‘Yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, sosyal bakımdan, ruhen ve bedenen tam bir iyilik halidir’’ (Resmi Gazete, 1961).

Sağlıklı bireyler sağlam bir toplum oluşturmaktadır. Eğer bir toplumun sağlık düzeyi yüksek ise bu durum ülkenin kalkınmasında olumlu yönde bir etkiye neden olmaktadır. Dolayısı ile ekonomik kalkınma da sağlıklı olmak önemlidir (Tıraş, 2020: 17).

1.1.1 Sağlığı Etkileyen Faktörler

Sağlığı etkileyen 4 temel faktör bulunmaktadır. Bu faktörler çevre, yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık(bakım) hizmetleridir.

1.1.2. Çevre

Çevre dolaylı ya da doğrudan bireyin sağlığını etkilemektedir. Kendi arasında sosyal, fiziki ve biyolojik olmak üzere 3 kategoriye ayrılmaktadır (Özyurt, 2020: 7).

Biyolojik çevre, insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen parazitler, mikroorganizmalar, bitkiler, hayvanlardan oluşmaktadır. Hala birçok az gelişmiş

ülkede çok sayıda insan hayatını kaybetmektedir. Sebebi de bu gibi unsurlarla mücadelenin olmamasıdır. Aşının olmadığı ülkelerde özellikle çevresel faktörler nedeni ile hastalıklar ve ölümler olmaktadır (Özgen, 1993: 7).

Fiziki çevre, iklim, hava kirliliği, sular, barınaklar, atıklar, kazalar, gürültü gibi unsurlardan oluşmaktadır. Bu gibi unsurlar nedeni ile bireylerin sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu durumda fiziki çevrenin bireylerin sağlıkları üzerindeki etkisini göstermektedir (Somunoğlu, 2012:7).

Sosyal çevre, bireylerin sağlık statüsünü etkileyen faktörler arasında yoksulluk, eğitim düzeyi, gelir dağılımı gibi faktörler vardır. Bu faktörler bireylerin sağlık statülerini olumsuz yönde etkilemektedir. Örneğin, alkole veya herhangi bir uyuşturucuya bağımlı olmak kişiyi olumsuz yönde etkilemektedir ve sağlığını bozmaktadır. Gelir düzeyi düşük ailelerin yeterince beslenememeleri de bazı hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Özgen 1993: 7).

1.1.3. Yaşam Tarzı

Bireylerin kendi bakış açılarına göre geliştirdikleri tutum ve davranışlara yaşam tarzı denilmektedir (Schulz ve Johnson, 2003: 18). Yaşam tarzı sağlığı önemli ölçüde etkilemektedir. Sigara, alkol gibi zararlı maddeler, yetersiz beslenme, kişisel bakım ihmalı vb. gibi birçok davranış sağlığı etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Kopnina ve Keune, 2013: 17).

1.1.4. Kalıtım

Her birey her hastalıktan aynı oranda etkilenmemektedir. Bazı hastalıkların nedeni kişilerin kalıtsal olarak taşıdıkları bazı özelliklerden kaynaklanmaktadır. Kanser, hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi hastalıklar genetik faktörlere bağlıdır. Bu gibi hastalıklar bireyin sağlık statüsünü de olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalığın kuşaktan kuşağa geçmesinde kalıtımın önemli bir etkisi vardır. (Ağır ve Tıraş, 2018: 34).

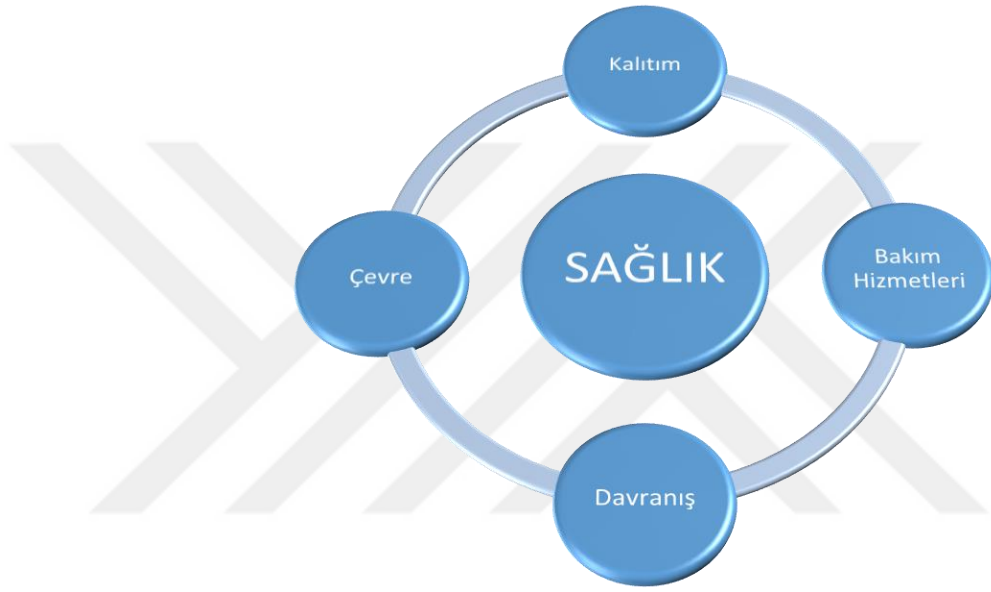
1.1.5. Sağlık(Bakım) Hizmetleri

Sağlık hizmetleri bireylerin sağlık statülerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri, kişinin sağlığının korunmasına,

hastalıkların tedavisi, ruhsal ve fiziksel becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi amacı ile yapılan hizmetlere denir (Sağlık Bakanlığı, 2015:2).

Ülkelerde en yüksek sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerindeki tedaviler amacı ile hastanelere ve doktor vb. çalışanlara yapılmaktadır.(Schulz ve Johnson, 2003: 20).

Şekil 1. Sağlığın Belirleyicileri



Kaynak: (Schulz ve Johnson, 2003)

Şekil 1’de sağlığı etkileyen faktörlerin birbirleri arasındaki ilişki yer almaktadır. Bu faktörlerin birbirleri arasındaki etkileşim Ekolojik denge, doğal kaynaklar, ruh sağlığı, nüfus gibi unsurlar sayesinde gerçekleşmektedir.

Sağlıklı olmak veya hasta olmamak birbirinden çok farklı iki kavramdır. Sağlıklı olmaktan söz etmek için sağlığın belirleyicilerini bir bütün olarak ele almak gerekmektedir. Sağlıklı bir toplumun oluşturulmasında toplumu yönetenlere daha fazla iş düşmektedir.

1.2. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Sağlığımızda sosyal ortamların ve fiziki ortamların da etkisi oldukça yüksektir. Bunlar sağlığın sosyal belirleyicilerini oluşturur. 1980 yıllarının ortasından itibaren sağlığın sosyal belirleyicilerinin toplumun sağlığının ve

refahı için önemli olduğu anlaşılmıştır. Bu durum da sağlığın belirleyicilerinin dünya genelinde kabul edilmesine neden olmuştur.

DSÖ'ne göre sağlığın sosyal belirleyicileri (WHO 1998);

- Sosyal hiyerarşi
- Stres
- Erken çocukluk gelişimi
- Sosyal dışlanma
- İş
- İşsizlik
- Sosyal destek
- Bağımlılık
- Gıda ve ulaşım

Sosyo-ekonomik durum ve gelir, çalışma koşulları, istihdam, eğitim, sosyal bağımlılık ve sosyal destek, sosyal dışlanma ve ayrımcılık fiziksel çevre ve yaşam koşulları da sağlığın sosyal belirleyicileri arasında yer almaktadır (Koç, 2018: 56)

1.2.1. Sosyoekonomik Durum ve Gelir

Bireyler ve toplum için sosyoekonomik durumu ölçebiliriz. Sağlık ve yoksulluk kavramı arasında yakın bir ilişki vardır. Yetişkin bir bireyin sağlığının temeli çocukluk dönemine dayanmaktadır. Annenin yeterli beslenememesi ya da yoksul olması bebeğin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir ve bazı rahatsızlıkların doğmasına yol açmaktadır (WHO, 1998: 10).

Gelir eşitsizliği sorunu da sağlığı etkilemektedir. Gelir dağılımının daha iyi olduğu toplumlar da sağlık göstergeleri de daha iyi olmaktadır. Bu toplumlar da sosyal uyum da daha iyidir. Sosyal uyumun azaldığı dönemler de sağlık riskleri de artmaktadır (WHO, 1998: 23).

1.2.2. İstihdam ve Çalışma Koşulları

İşsizlik sağlığı olumsuz yönde etkileyen önemli faktörler arasında bulunmaktadır. İşsizliğin psikolojik sorunları olduğu kadar mali sorunları da bulunmaktadır. Araştırmalar sonucunda işsizlik ve iş kaybı, kişilerde kaygı, depresyon gibi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Ancak kişinin isteği

doğrultusunda işini bırakması, emekli olması gibi nedenlerin bireylerin sağlığına herhangi bir olumsuz etkide bulunmadığı görülmüştür. İşin varlığı kadar işin kalitesi de bireylerin sağlığı için oldukça önemlidir. İş koşulları, esnek çalışma, ücretli izin, iş güvencesi gibi haklar bireylerin sağlık kararların da etkilidir.

Çalışma koşullarının kötü olması bireyler için sağlık tehlikesi oluşturmaktadır. İşyerlerinin havasız olması, radyasyona maruz kalma gibi nedenler ile bireylerin sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Koç, 2018: 58).

1.2.3. Eğitim

Eğitim düzeyinin artması daha iyi gelir elde edilmesine, çalışma koşulları daha iyi bir işe ve daha iyi yaşam koşullarına sahip olunmasına neden olacağı için sağlığı teşvik etmektedir (Mirowsky & Ross, 1998: 415).Eğitim ile edinilen bilgiler bireylerin sağlık konusunda daha bilinçli olmalarına ve daha iyi kararlar almalarına katkı sağlayacaktır.

Eğitim bireylerin yaşlılık dönemlerine dek değişmeyecek yaşam boyu kazanılmış önemli bir göstergedir. Daha iyi eğitim karmaşık sağlık hizmetlerinin üstesinden gelebilmek ve bilinçlenebilmek için önemlidir. Eğitim arttıkça aynı zamanda sağlığın diğer sosyal belirleyicileri arasında yer alan gelir, iş güvencesi ve iş koşulları da düzeltilmektedir (Marmot, 2005: 365).

1.2.4. Sosyal Dışlanma ve Ayrımcılık

Yoksulluk içerisinde yaşamak sosyal ve psikolojik sorunlara da yol açmaktadır. Göçmenler, mülteciler, yabancı işçiler özellikle sosyal dışlanmaya karşı savunmasızdırlar ve özellikle iş ve eğitim fırsatlarından dışlanmaktadır (WHO, 1998: 16).

İrk ayrımcılığın yapıldığı bir toplumda ırk gurubuna mensup olan kişiler tüm hayatları boyunca statü ve fırsatlardan etkilenirler. Irkçılık aynı zamanda stres düzeylerini de etkilediğinden fiziksel saldırı gibi davranışsal tepkileri de arttırmaktadır (Koç, 2018: 60)

1.2.5. Sosyal Bağlılık ve Sosyal Destek

Sosyal bağlılık, sosyal bütünleşme, sosyal destek ve yalnızlık ile alakalıdır. Sosyal bağlılık ile sağlık arasında son yıllarda dikkat çeken bir ilişki vardır.

Sosyal destek sayesinde insanlar ihtiyaç duydukları duygusal kaynaklara daha rahat bir şekilde ulaşmaktadır. Bu nedenle sosyal destek ile sosyal ilişkilerin bireylerin sağlığında oldukça önemli olduğunu söyleyebiliriz (NAM, 2003: 51).

1.2.6. Fiziksel Çevre ve Yaşam Koşulları

Son yıllarda artan küresel ısınma, nüfus artışı, yeşil alanların kaybı çevresel krizlere yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlıklı Ortamlarda Hastalığın Önlenmesi" raporuna göre; toprak, su ve hava kirliliği, iklim değişikliği gibi çevresel risk faktörleri, yüzden fazla sakatlık ve hastalığa katkıda bulunmaktadır. Yaşlanan binalardaki insanların sağlıksız koşullarda hayatlarına devam etmeleri bireyler de astım, alerji gibi rahatsızlıkların doğmasına yol açmaktadır. Aynı şekilde otomobil kullanımına da bağlılığın artması, fiziksel hareketsizlikler ve hava kalitesindeki değişikliklere sebep olması nedeni ile sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Koç, 2018: 62).

1.3. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlığın korunması, elde edilebilmesi ve sürekliliğin sağlanması için sağlık ile ilgili üretim yapan tüm kuruluşların oluşturduğu yapıya sağlık sektörü denir. Sağlık sektörü tarafından yapılan sağlık ile ilgili faaliyetlerin tümüne ise sağlık hizmeti denir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre sağlık hizmetleri; "Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinme ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir" (Öztürk, 2005: 5).

Sağlık ile sağlık hizmetleri kavramları birbirlerinden farklı kavramlardır. Sağlık için farklı tanımlar yapılabilirken sağlık hizmetleri için genelde birbirine

yakın tanımlar yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel amaçları arasında, bireylerin hastalıklardan korunması, var olan hastalıkların tedavisi, toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve sürekliliğinin sağlanması bulunmaktadır. Birey ve toplum sağlığının birçok faktörden etkilenmesi sağlık hizmetlerinin çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır (Tıraş, 2020: 21-22).

Sağlık hizmetleri belli bir grubu kapsamayarak tüm insanlara hitap etmektedir. En temel amacı toplumun sağlık statüsünü iyileştirmek ve geliştirmektir. Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran en temel özellik, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç başka bir hizmet türü ile karşılanamaz. Diğer hizmetlerin yerini farklı hizmetler doldurabilirken sağlık hizmeti ihtiyacı olan bir durumda başka hizmetler yardımcı olamaz. Örneğin, hasta olan bir kişinin iyileşip eski sağlığına kavuşabilmesi için gerekli tedaviyi kabul etmesi gerekir (Saltık, 1995: 38-44).

Ekonomik kalkınmanın temel unsuru insandır ve refah seviyesi yüksek olan ülkeler toplumun sağlığını koruyabilmek için sağlık hizmetlerine GSYH' larından daha fazla pay ayırmak durumundadırlar. Bu nedenle sağlık alanına yapılan yatırımlara "üretken yatırım" denir (Tokgöz, 1981: 499).

Sağlık hizmetleri sayesinde toplumun sağlık düzeyi artar. Sağlıklı bir toplumdaki bireyler de toplumdaki üretkenliği ve verimliliği arttırır. Sağlık hizmetlerine, ne zaman ihtiyaç olacağı bilinemez. Hastalık gerektiren bir durumda sağlık hizmeti devreye girer. Aniden ortaya çıkan salgın ve bulaşıcı hastalıklar sağlık hizmetlerine olan talebi ve tüketimi arttırırken, bu gibi hastalıkların sonucunda ne düzeyde sağlık hizmetine ihtiyaç duyulacağı kestirilemez (Söğüt, 2019: 12).

Kamu kesiminde üretilen mallar tam kamusal mallar ve yarı kamu kamusal mallar olmak üzere iki grupta toplanabilir. Bölünüp eklenemeyen ve fiyatlandırılmayan mallar tam kamusal mal niteliği taşımaktadır. Bireyler tam kamusal mallardan ortak ve eşit bir şekilde yararlanabilir. Yarı kamusal mallar ise sağlamış olduğu faydaların kısmen bölünebildiği mal ve hizmetlerdir. Bunlara en önemli örnek eğitim ve sağlık hizmetleridir. Yarı kamusal bir mal ve hizmet olan sağlık hizmetlerinin önceliği daha sağlıklı, huzurlu ve yaşanılabilir bir toplum için gereklidir. Sağlık hizmetleri bakımından koruyucu

sağlık hizmetleri özellikle bulaşıcı hastalıklar ile mücadele ederken toplumsal fayda sağlamaktadır, tedavi edici sağlık hizmetleri ise genellikle doğrudan bireye özel fayda sağlamaktadır (Dündar, 1995:4).

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi Cumhuriyet öncesi dönem ve Cumhuriyet sonrası dönem olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Cumhuriyetten önceki dönemde sağlık hizmetleri vakıflar aracılığı ile sağlanmaktaydı. Osmanlı imparatorluğunun ilerleyen dönemlerinde yönetim şeklinin tüm özellikleri sağlık politikalarına yansımıştır. Cumhuriyet öncesi dönemde ‘Reisul Etıbbı’ sağlık hizmetlerini düzenleyen resmi kurumdur. Reisul Etıbbı’ kurumunun görevlerinden birisi sağlık personeli ataması gerçekleştirmektir. 19.yy’nin sonlarına doğru sağlık hizmetleri geniş kitlelere yaygınlaşmıştır. Sağlık hizmetleri bu dönemde devletin asli görevi olarak bulunmaktadır ve sadece ordu ve saray ile sınırlı olan sağlık hizmetlerinin geniş kitlelere yaygınlaşması sağlanmıştır. 1898 yılında Türkiye’de Gülhane Askeri Hastanesi olan ilk modern hastane kurulmuştur (Başustaoğlu, 2016).

Sağlık Bakanlığı (SB) 3 Mayıs 1920 yılında 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. Bakanlık toplumun sağlık durumunu iyileştirme ile sorumludur. Bakanlık ile birlikte taşra teşkilatı ve merkezi örgüt yeniden yapılandırılmıştır (Akdur, 1923).

TBMM’nin ilk sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur. Cumhuriyetin ilanından sonra ise sağlık bakanı Dr. Refik Saydam olmuştur. Dr. Refik Saydam sağlık hizmetlerine büyük katkılar sağlamıştır ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermiştir. “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiştir. Bu kanun ile birlikte sağlık hizmetlerinin, halkın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sürekli olarak sunulması hedeflenmiştir (Akdur, 1999).

Birinci beş yıllık kalkınma planında sağlık hizmetlerine yönelik hedefler oluşturulmuştur. Bu hedefler, sağlık personellerinin düzenli bir şekilde dağıtılması, ilaç endüstrisinin güçlendirilmesi, devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin oluşturulması, özel hastanelerinin yaygınlaştırılması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması vardır (TÜSİAD, 2004).

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında yaşanan hızlı gelişmeler Türkiye’ de sağlık alanında hızlı dönüşümlere neden olmuştur. Bu dönüşümlere en güzel örnek 2017 yılı itibari ile hizmete konulan şehir hastaneleri uygulamalarıdır. Şehir hastanelerinin kurulması ile birlikte sağlık politikaları somut gelişmeler üzerine odaklanmıştır.

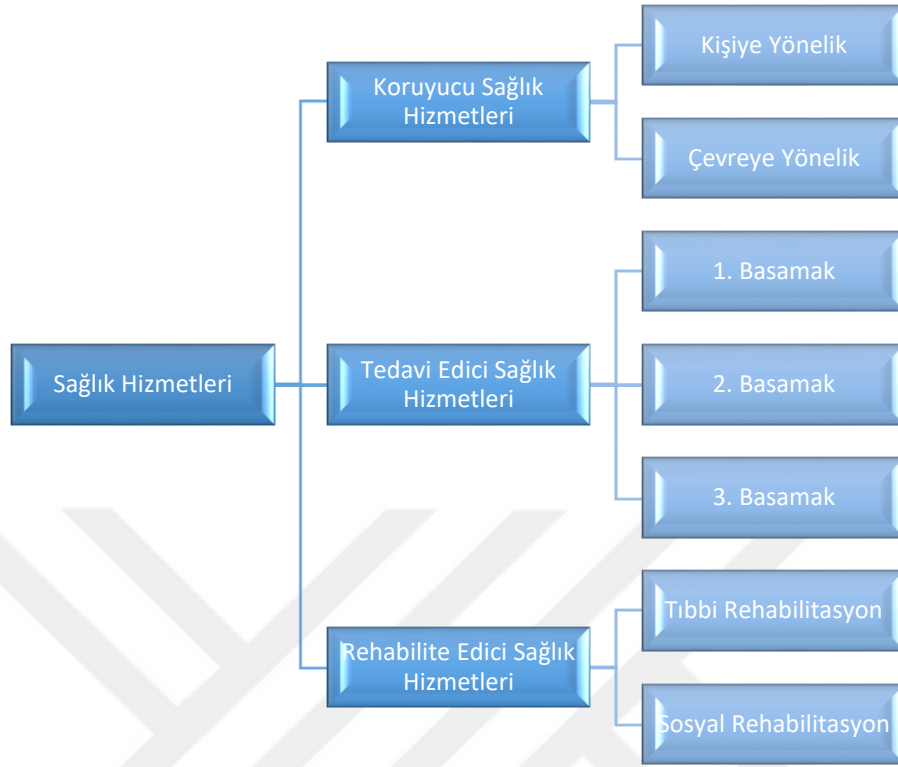
2014 ve 2018 yılları dönemini kapsayan 10. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda Sağlıkta Dönüşüm Programı’na yönelik sağlık hizmetlerinin yapısı konusunda önemli adımlar atılmıştır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013). Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık çalışanları, aile hekimliği, bulaşıcı hastalıklar ile mücadele, hastane yatak sayıları, hasta yatak sayıları, sağlık alanındaki kurumsal yapılanma ve hastaların hakları alanlarında önemli gelişmeler sağlanmıştır (Çoban, 2015).

2019 ve 2023 dönemini kapsayan 11. Beş Yıllık Kalkınma Planı’na göre, yaşlılara yönelik verilen sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, evde verilen sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve SGK’ nın sağlık harcamaları konusundaki denetiminin artırılması hedeflenmektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri rehabilite edici, tedavi edici ve koruyucu hizmetleri olarak üç sınıfa ayrılmaktadır. Koruyucu hizmetler, çevreye ve kişilere yöneliktir. Tedavi edici hizmetler kendi alanında 1. Basamak, 2. Basamak ve 3. Basamak olarak sınıflandırılmaktadır. Rehabilite edici hizmetler ise sosyal ve tıbbi rehabilite olmak üzere ikiye ayrılır (Barlin, 2010: 8).

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: (Nur Tuncel, Canlı Türkan, Peker Müeyyet Eskişehir, 1993)

Yukarıdaki tabloda da gösterildiği gibi sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında sağlık hizmetlerinin sunumu farklı sağlık kurumları tarafından yapılmaktadır. Bakanlık bu doğrultuda planlama ve yönetim hizmetlerini yerine getirmektedir (Sargutan, 2005:412).

1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiler ve çevreler üzerinde sağlığı bozucu etmenlerin uzaklaştırılması ve bireyler üzerindeki etkilerinin azaltılması için yapılan çalışmalardır. Son derece kapsamlı ve geniş çalışmalardır. Bir toplumda meydana gelen herhangi bir sağlık sorunu tüm toplumu ilgilendirdiğinden bu hizmetler kamu sektörü tarafından yürütülür. Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık ortaya çıkmadan engellemeyi amaçlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri bireyleri salgın hastalıklardan korur.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikleri (Tengilimoğlu vd, 2009: 47);

- Tedavi edici sağlık hizmetlerine kıyasla daha ucuz ve etkindir.

- Anlaşılması ucuz ve kolaydır.
- Hastanelerdeki hasta yoğunluğunu azaltmaktadır.
- Sunumunda çok fazla araç gereç ve çalışana ihtiyaç yoktur.
- Kişilere uygulanması daha kolaydır.
- Görevlilerin niteliklerinin çok iyi olmasına gerek yoktur.

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri, bireyleri hastalıklara karşı korumak, hastalık ortaya çıktığında ise erken tanı konulmasını sağlamak ve en az hasarla tedaviyi sonlandırmayı sağlayan hizmetlerdir (Filiz, 2010: 21).

Hizmetlerin başlıcaları;

- Hastalıkların ortaya çıkmasında erken tanı ve tedavi
- Aşılama
- İlaçla koruma
- Dengeli ve yeterli beslenme
- Sağlık eğitimi
- Aile planlaması

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri sağlık personelleri tarafından yapılmaktadır.

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, çevrede sağlığı olumsuz şekilde etkileyecek etmenleri zararsız hâle getirmeyi amaçlamaktadır. Elverişsiz bir çevrede bulunan sağlıklı bir bireyin hastalık kapma riski de artmaktadır. Zararlı gıdaların tüketilmesi, radyasyon güvenliği, temiz içme suyu kullanımı, tehlikeli atıkların sağlığa uygun şekilde uzaklaştırılması, işçi sağlığı, su ve kanalizasyon sisteminin kurulması gibi hizmetleri kapsamaktadır.

Bu sağlık hizmetleri bu alanda eğitimini tamamlamış, veteriner, mühendis vb. gibi mesleklerde uzmanlaşmış kişiler tarafından yürütülmektedir (Tengilimoğlu vd, 2009: 44). Çevreye yönelik sağlık hizmetlerinde, insanın etrafında mevcut olan ve sağlığını kötü etkileyebilecek maddi ve manevi faktörlerin ortadan kaldırılarak topluma zarar vermesini engellemek amacı ile çalışmalar yapılmaktadır ve sağlıklı çevre oluşturularak hastalıklardan korunmak hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyler de hali başladıktan sonra muayene ve tedavisinin yapılmasını ve hastalığın yok edilmesini sağlayan hizmetlerdir. Bu sağlık hizmetleri tıbbi personeller ile gerçekleştirilmektedir. Bu hizmetlerde kişisel fayda daha ön plandadır. Bu durum tedavi edici sağlık hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli fark olarak karşımıza çıkmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri 1.basamak, 2. Basamak, 3. basamak tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere 3 grup halindedir.

Tablo 2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri



Kaynak: (Tıraş, 2020)

Birinci basamak tedavi sağlık hizmetleri, hastalığın tedavisini yapmak için hastaneye yatışın gerekmediği, tedavinin evde ya da ayakta sunulduğu koruyucu sağlık hizmetleridir. Bireyler hasta olduklarında ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına giderler. Ulaşılması kolay bir sağlık hizmetidir. Sağlık ocakları, aile hekimleri, aile sağlığı merkezleri örnek olarak gösterilebilir (Tıraş, 2020: 28).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı genelgesinde şöyle tanımlanmaktadır.

“Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu; kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem, savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezleri ile aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, birinci basamak resmi sağlık kuruluşları olarak kabul edilir. Birinci basamak özel sağlık kuruluşu ise; Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel

Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları, birinci basamak özel sağlık kuruluşları olarak kabul edilir.”

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireylere yönelik tedavi ve rehabilite edici, tanı ve koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir. Sağlık sistemi ile ilk tıbbi temas noktasını oluşturmaktadır.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamakta tedavi gören hasta hekim onayı ile ikinci basamak sevk edilir. İkinci basamak tedavi hizmetlerinde hastanın sağlık kuruluşuna yatışı gerçekleşmektedir ve belli dallarda uzman olan hekimler görev yapmaktadır (SB, 2001).

İkinci basamak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’nın genelgesinde şöyle tanımlanmaktadır.

“İkinci basamak resmi sağlık kurumu; Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, bütünleşmiş ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri ile Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, ikinci basamak resmi sağlık kurumu olarak kabul edilir. İkinci basamak özel sağlık kurumu ise, Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve özel dal merkezleri ikinci basamak özel sağlık kurumları olarak kabul edilir.”

Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan ağız ve diş sağlığı hastaneleri, devlet hastaneleri, tıp merkezler, özel hastaneler, dal hastaneleri ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir (SB, 2001).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen ağır hastalar üçüncü basamakta tedavi edilmektedir. En üst teknolojilerin uygulandığı eğitim ve araştırma hizmetlerinin yapıldığı hastaneler de sunulan sağlık hizmetleridir (Hayran, 1998: 18, Somunoğlu, 2012: 12).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’nın genelgesinde şöyle tanımlanmaktadır.

“Üçüncü basamak sağlık kurumu: Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite tıp fakültesi hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kurumu olarak kabul edilir”.

Araştırma hastaneleri, onkoloji hastaneler, kalp hastaneleri kısaca belli bir alanda uzmanlaşmış hastaneler üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır (Hayran, 1998: 18, Somunoğlu, 2012: 12).

1.5.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Tıbbi rehabilite ve sosyal rehabilite olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Hastalık, sakatlık, yaralanma gibi durumların ortadan kaldırıldığında bireyin kaybettiği fiziksel ve ruhsal bozuklarının iyileştirilmesini kapsayan hizmetlerdir. Bireyin topluma kazandırılması amaçlanır (Öztek, 2001: 294).

Tıbbi Rehabilitasyon, doğuştan, hastalık ya da kaza sonrası gibi ortaya çıkan bedensel sakatlıkların mümkün olduğunda düzeltilmesini sağlayacak hizmetlerdir. Buradaki amaç bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesidir. Bu hizmetler sağlık kuruluşlarına bağlı sağlık çalışanları tarafından uygulanır (Tıraş, 2020: 30).

Sosyal Rehabilitasyon, İş yapmaya engel olan hastalıkları olan bireylerin sağlık durumlarına uygun işe yerleştirilmeleri gerekmektedir. Ya da önceden sağlıklı olup sonradan sağlığını kaybeden bireylerin engelli durumları göz önünde bulundurularak kendilerine daha uygun bir işe yerleştirilmeleri gerekmektedir (Barlin, 2010: 13).

Bu gibi durumlarda iş bulma, iş öğretme, iş uyum sağlama gibi konularda yapılan yardımları sosyal rehabilite hizmetleri kapsamaktadır. Sosyal rehabilitenin temel amacı bireylerin günlük hayatta başkalarına olan bağımlılıklarını azaltmaktır (Tıraş, 2020: 30).

1.6. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri

Sağlık hizmetleri belli özellikleri ile diğer mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır. Belli bir kesimi değil de toplumdaki tüm insanları kapsadığından sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun sağlık koşullarını iyileştirmek ve geliştirmektir (Saltık,1995: 38).

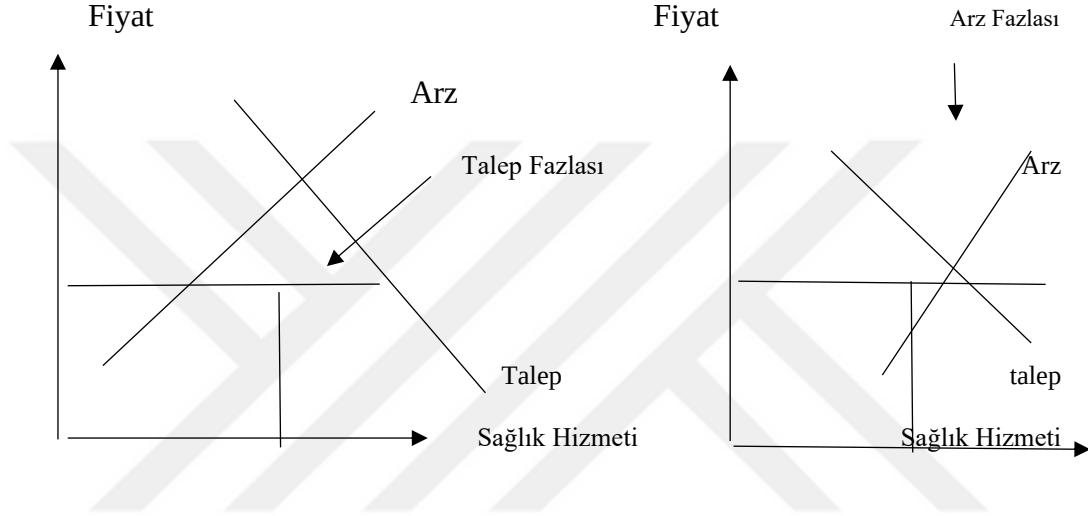
Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran özelliklerinden kısaca bahsedelim.

- ✓ Sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliği; ekonomik bir faaliyetin maliyetleri ve özel faydası haricinde topluma yansıyan fayda ve maliyet üretmesine dışsallık denir. Sağlık sektöründe kıt kaynakların dengeli bir şekilde dağılması için dışsallıklar önlenmelidir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve yayılmasının engellenmesi önemli bir dışsallık örneğidir. Bireylerin bulaşıcı hastalığa yakalanması ile ailesi, çevresi ve ilişkide bulunduğu diğer bireyler de hastalığa yakalanma konusunda yüksek risk taşımaktadır. Bu nedenle bireylerin bulaşıcı hastalıklardan korunması aynı zamanda çevresine de fayda sağlamaktadır. Bu durumda pozitif dışsallık oluşmaktadır (Tıraş, 2020: 34).
- ✓ Sağlık hizmetlerinin kamusalılık özelliği; ünlü iktisatçı Samuelson kamusal malları, bireyler arasında birlikte ve eşit olarak tüketilen mal ve hizmetler olarak tanımlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mallar olarak nitelendirilmektedir (Samuelson, 1954: 22). Örneğin, doğal çevre nedeni ile yaşanan bir sağlık sorunu doğal çevredeki yaşanan olumsuz durumun kaldırılması ile önlenabilir. Bu durumda yaşanan fayda bireyler arasında tek tek paylaştırılmaz ve toplumdaki herkes eşit bir şekilde bu faydadan yararlanır. Aynı zamanda salgın hastalıklardan korunmak için aşının geliştirilmesi de fayda açısından çok önemlidir. Bu tür hizmetler kamu malları tarafından sunulduğu için ödemesini gerçekleştirmeyenlerin bu hizmetten dışlanması söz konusu olamaz (Tıraş, 2020: 33).
- ✓ Sağlık hizmetlerinin talebinde belirsizlik vardır; sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman, ne kadar ihtiyaç duyulacağı önceden bilinemediği için talebi değişiklik gösterir. Bu durum bize sağlık hizmetlerinin ne derece önemli olduğunu gösterir (Dağlı, 2006: 26). Örneğin, bazı hastalıkların (kalp krizi vs.) önceden bilinmesi mümkün değildir ve aniden gelişebilmektedir. Kişinin herhangi bir sağlık hizmetine ne zaman ihtiyaç duyacağı bu nedenle kestirilememektedir (Aktan, 2007). Bu durumdaki talebin belirsizliği de sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran en temel fark olarak karşımıza çıkmaktadır.
- ✓ Sağlık hizmetlerinin talebinin gelir esnekliği yüksek, fiyat esnekliği ise düşüktür (Barlin, 2010: 17-18).

- ✓ Sağlık hizmetlerinde arz ve talep arasında dengesizlik vardır; sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin dengesizliği, üreticilerin kendi aralarında birlikte ve ortak hareket etmelerine karşın, tüketicilerin talebinin belirsiz olması ve talep baskısını piyasada oluşturmamaları sağlık hizmetlerinde arz ve talep arasındaki dengesizliği oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin arz ve talep arasındaki dengesizliği aşağıdaki grafik 1’de gösterilmektedir.

Grafik 1. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Arz ve Talep Arasındaki Dengesizlik



Kaynak: (Mutlu ve Işık, 2012: 63-64).

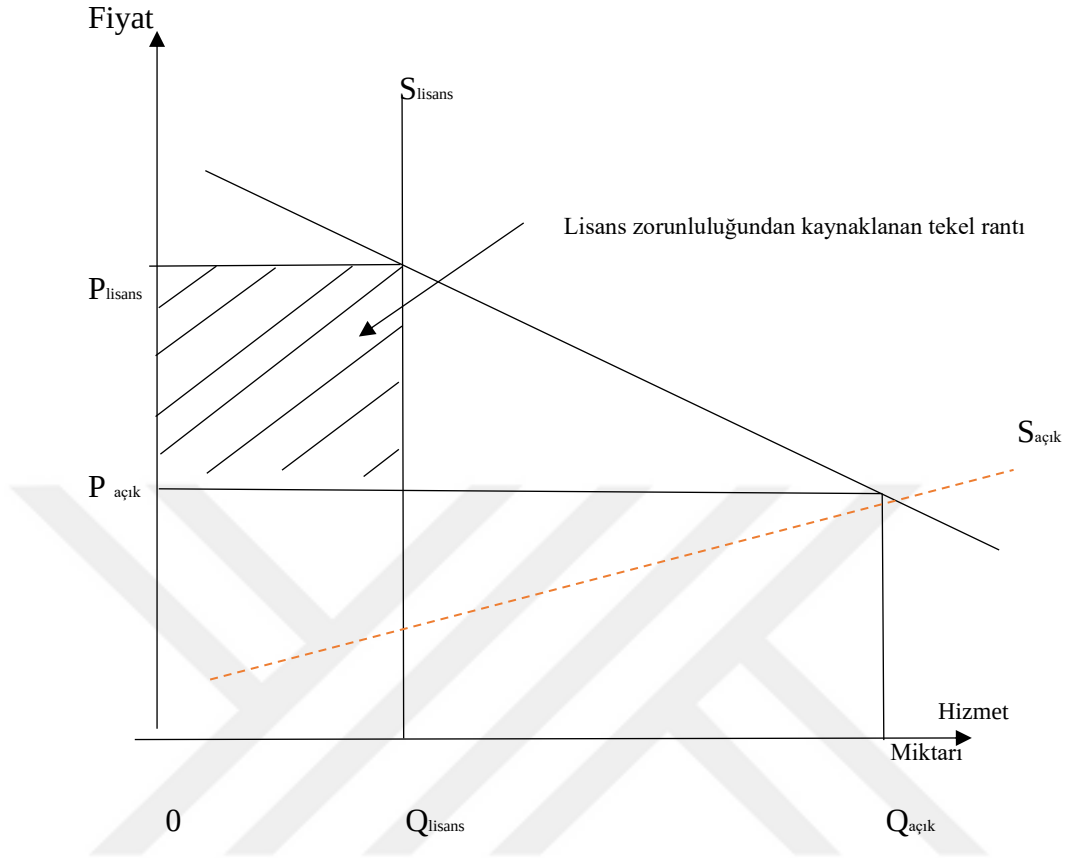
Talep genişlemesinde, hastalar denge fiyatını ödeseler bile doktorlar arzı gerçekleştirememektedir. Fiyatlar yükselse bile arzı gerçekleştiremeyeceklerdir. Arz genişlemesinde ise doktorlar talebe istinaden çok fazla arz bulundurmakta, doktorlar fiyatlar düşürülse bile avantaj sağlayamayacaklarını düşünmektedirler (Mutlu ve Işık, 2012: 62-64).

- ✓ Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi vardır; sağlık sektöründe hizmeti talep eden ve hizmeti sunan kişinin bilgi seviyeleri arasında dengesizlik söz konusudur. Örneğin, herhangi bir şikâyetle bir sağlık kuruluşuna başvuran bireyin hangi tahlilleri yaptıracaklarını kişi bilemez. Hastanın hizmeti ne düzeyde alacağını, hangi hizmetleri alacağına doktor karar verir. Bu durumda da hastanın doktorun bilgisine güvenmesi ve bu doğrultuda hareket etmesi gerekmektedir (Tıraş, 2020: 33).
- ✓ Bilgi asimetrisinin neden olduğu diğer bir problem ise sigorta şirketleri ile hastalar arasındaki bilgi seviyesi dengesizliğidir. Birey kendi sağlık

durumu hakkında sigorta şirketinden daha fazla bilgiye sahiptir. Sigorta şirketleri de bireylerin sağlık düzeyleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarından ortalama bir sigorta primi belirlemektedirler. Dolayısı ile farklı risk gruplarında bulunan bireylerin hepsi aynı sigorta primini ödemektedirler (Saraçoğlu ve Öztürk, 2014: 300-301).

- ✓ Sağlık hizmetlerinin ikame edilemezliği; sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden birisidir. Diğer mal ve hizmetlerin ikame edilmesi mümkünken sağlık hizmetlerinin ikame edilmesi mümkün değildir. Örneğin; istediği model televizyonu bulamayan birisi bunu yerine başka bir model televizyon alabilir. Ancak beyin ameliyatı olması gereken bir kişinin bunun yerine kalp ameliyatı olması mümkün değildir. Dolayısı ile sağlık hizmetlerinde kişinin ihtiyaç duyduğu bir hizmetin başka bir hizmetle ikame edilmesi söz konusu değildir (Tıraş, 2020: 31).
- ✓ Sağlık hizmetlerinin ertelenemezliği; sağlık sorunlarının ertelenmesi kişinin sağlığının daha da bozulmasına yol açabilir. Bu nedenle sağlık sorunları yaşayan bir kişinin en kısa sürede gerekli sağlık hizmetlerinden yararlanması gerekmektedir (Pala, 2007).
- ✓ Sağlık hizmetlerinin stoklanamaması; sağlık hizmetleri ihtiyaç duyulduğunda gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle önceden stoklanması mümkün değildir (Tengilimoğlu vd, 2009: 43).
- ✓ Sağlık hizmetlerinin talebin az olduğu durumlarda depolanması talebin fazla olduğu durumlarda ise stoklardan kullanılması mümkün değildir.
- ✓ Sağlık hizmetlerinin doğal tekel olma özelliği; sağlık kuruluşlarının faaliyetlerini sürdürebilmeleri, sağlık personellerinin görevlerini yerine getirebilmeleri için uzmanlıklarının önemli olması nedeni ile diplomanın zorunlu olması ve yeterlilik belgelerine göre hizmet verilip verilmediğinin tespiti için gerekli denetlemelerin yapılması, sağlık piyasasına girişi sınırlayan faktörler arasında yer almaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2014: 303).

Grafik 2. Lisans Zorunluluğu Durumunda Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebi



Kaynak: Getzen, 2007: 148) .

Lisans zorunluluğu, arz eğrisi lisans zorunluluğu öncesinde $S_{açık}$ konumunda iken lisans zorunluluğu ile birlikte S_{lisans} halini alacaktır. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinin miktarının fiyattaki değişimlerden bağımsız olmasıdır. Sağlık hizmetleri fiyatları lisans zorunluluğu öncesinde $P_{açık}$ konumunda iken, lisans zorunluluğu ile birlikte P_{lisans} halini alacaktır. Bunun nedeni de, doktor sayılarındaki azalıştır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2014: 303).

- ✓ Sağlık hizmetlerinin tesadüfiliği; bireylerin ne zaman, nerede hastalanacağı belli olmadığından yapacağı masraflar da belli değildir. Bu nedenle bireyin sağlık hizmetine olan ihtiyacı tesadüfi olarak ortaya çıkar (Filiz, 19). Örneğin, sağlıklı bir kimsenin aniden geçireceği trafik kazası, kalp krizi vs. gibi hastalıklar bireylerin aniden sağlık hizmetine ihtiyaç duymasına neden olur (Tokalaş, 2006: 14-15).
- ✓ Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi yüksektir; sağlık sektörü uzmanlaşmış personel ihtiyacının en fazla olduğu sektördür. Uzmanlık

seviyesi yüksek olan doktorlar sağlık sekt6r6ne talebin belirlenmesinde 6nemli bir paya sahiptir (Tengilimoğlu, 2012: 46).

- ✓ Sağlık hizmetleri emek yoğundur; sağlık hizmetlerinde ne kadar 6st d6zey teknoloji kullanılsa da hizmetlerin sunulmasında bireysel emek ve 7aba 6n plandadır. Klinik muayeneler ve cerrahi m6dahaleler emeiğin 6n plana 7ıktığı hizmetler olarak 6rnek verilebilir (Somunoğlu, 2012: 10).
- ✓ Sağlık hizmetlerin de alınacak hizmeti 6nceden deneme gibi bir durum s6z konusu değildir. 6rneğin; cerrahi m6dahalede bulunulacak kişi hastaneye başvurarak 6nceden deneme yapılmasını talep edemez (Tıraş, 2020: 35).

1.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sistemleri

Finansman kaynaklarının etkili bir bi7imde kullanılması 6lkelerin sağlık durumunu yakından ilgilendirmektedir. 6lkelerin sağlık sekt6rlerinin etkili bir şekilde ilerleyebilmeleri finansman kaynaklarının yeterli olması ile alakalıdır (Karabulut, 1998: 82).

Bir 6lkenin en 6nemli kaynağı insan iken toplumun kaynağı ise sağlıktır. Bu sebeple sağlık sorunlarının b6y6k 6l76de ortadan kaldırıldığı 6lkeler de ekonomik, sosyal ve siyalar yapılar da daha sağlıklıdır. Sağlık sistemleri finansmanı toplumun sağlık stat6s6n6n geliştirilmesi ve bireylerin sağlığının geliştirilmesi i7in 6nemli bir ara7tır.

Sağlık hizmetleri finansmanının, fon havuzlama, gelir toplama ve hizmet sunucularına 6deme yapma olmak 6zere 67 temel fonksiyonu bulunmaktadır (7elik, 2019: 169).

Gelir toplama; sağlık sisteminin hem 7alışanlardan hem de işverenden para toplama y6ntemlerini g6steren bir fon oluşturma s6recine denir. Gelir toplama y6ntemleri; bor7lar ve bağışlardır, sosyal sağlık sigortası primleri, 6zel sağlık sigortası primleri, vergiler, bireysel tıbbi tasarruf hesapları ve cepten 6demelerdir (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010: 90).

Fon havuzlama; sağlık hizmetine yapılan 6demelerin riskinin, fonlara katkı sağlayan 6yeler arasında paylaştıran gelir biriktirme ve y6netim şekline denir. Fon havuzlamada temel ama7, belirsiz sağlık ihtiya7ının finansal riskini paylaşmaktır. Fon havuzlama, sağlık hizmetleri talebini desteklemektedir. Aynı

zaman da fon akışını da garantilemektedir. Fon havuzlama işleminde geliri toplayan kuruluşlar ile geliri havuzlayan kuruluşlar aynı kuruluşlardır (WHO, 2000).

Hizmet sunuculara ödeme yapma; toplanan gelirlerin üyelerin sağlık hizmetlerini kullanmalarına karşılık hizmet sunuculara aktarılmasına hizmet sunulara ödeme yapma denir (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010: 90).

Hizmet sunucularına ödeme yapmada ve fon havuzlamada ödeme yapan kurumlar aynıdır ve ödeme yapılacak kişiler de bellidir. Hizmet sunuculara ödeme yapma yöntemleri arasında da farklılıklar da bulunmaktadır. Bunlar, kişi başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, bütçe ödemeleri, hizmet başına ödeme, ücret ödemelerinden oluşmaktadır (Çelik, 2019: 171).

Vaka başına ödeme; hastaneler de hem yatarak hem de ayaktan tedavi gören hastalara konulan teşhis sonucuna göre yapılacak ödemedir. En önemli şekli Teşhise Dayalı Grup (DRG) ödemesidir. DRG, hastaları tanı, komplikasyon ve yapılacak tıbbi işlemlere göre sınıflandırmaktadır. DRG ödemeleri bir hastanın konulan teşhis sonucunda uygulanacak tedavisinde yapılan işlemlere göre değil de konulan tanı grubuna göre belirlenmiş ücret üzerinden yapılır (Çelik, 2019: 171-172).

Gün başına ödeme; hastanın bir sağlık kuruluşunda yattığı gün sayısına göre belirlenen ödemedir. Gün başına ödemede sağlık kuruluşları hastanın yattığı gün sayısına göre ödeme aldıklarından daha fazla kar elde etmek için hastaların gereksiz yere yatırılmasını sağlayarak bu durumu kötüye kullanabilirler. Gereksiz yere hastanın yatırılmasını engellemek için gün başına ödeme de belli bir sürenin sonunca ödeme ücretleri azaltılabilmektedir (Çelik, 2019: 171).

Hizmet başına ödeme; sağlık kuruluşlarında ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalara uygulanan her hizmet için alınan ödemedir. Hizmet başına ödeme de hastanın ihtiyaç duyduğu her hizmetin yapılması nedeni ile hizmette kaliteyi arttırması avantaj olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak hastanın ihtiyaç duymadığı bir sağlık hizmetinin sadece kar elde etmek amacı ile ihtiyacı varmış gibi gösterilmesine de sebebiyet verebilir. Bu durumda dezavantajı olarak karşımıza çıkmaktadır (Çelik, 2019:171).

Bütçe ödemesi; hizmet sunucuna yapılan katı ve sabit ödemelerdir. Amaç, maliyetleri kontrol altına almaktır (Çelik, 2019: 172).

Ücret ödemesi; personel ödemeleri için kullanılmaktadır. İlaç ve tıbbi malzeme maliyetleri ücret ödemelerine dâhil değildir (Çelik, 2019: 172).

Kişi başına ödeme; sağlık kuruluşlarında hem ayaktan hem de yatarak tedavi gören hastaların sayısına göre belirlenen ödeme şeklidir. Yönetimi kolay ve gereksiz hizmet sunulmasına neden olmayan bir ödeme şeklidir. Kişi başına ödeme de hizmet süreklidir ve pahalı bakım yerine koruyucu bakıma öncelik verilir. Kişi başına ödeme yöntemi ile hekimlerin daha yüksek moral ile çalışmaları, mesleki olarak kendilerini geliştirmeleri ve daha verimli çalışmaları sağlanabilir (Çelik, 2019: 172).

Sunulan hizmet karşılığında sağlık sunucularına yapılan ödemeler, sağlık sigortaları tarafından çeşitli geri ödeme yöntemleri ile sağlanmaktadır. Bu ödeme yöntemleri ülkelerin siyasal, sosyo-kültürel ve ekonomik koşullarına göre belirlenmektedir (Aydemir ve Ağırbaş, 2017: 64). Her geri ödeme yöntemin farklı avantaj ve dezavantajları olduğundan ülkemizde de yöntemlerin avantajlarından faydalanabilmek için birden fazla geri ödeme yöntemi (kişi başına, vaka başına gibi) bir arada kullanılmaktadır (Şantaş ve Çıraklı, 2019: 18).

1.7.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, sağlık giderlerinin tamamı devletin bütçesinden karşılanmaktadır. Aynı zamanda hizmeti kullananlardan herhangi bir katkı payı da alınmamaktadır. Serbest piyasa içerisinde fiyatlar arz-talep doğrultusunda oluşur ve bireyler hizmet ödemesini kendileri sağlarlar. Bireyler sağlık sigortası yaptırarak gelirlerinden belli bir prim öderler ve ödenen bu primlerle bireylerin sağlık giderleri karşılanır.

Ülkeler sosyo-ekonomik gelişme düzeyi, uygulanabilirlik, hakkaniyet, verimlilik, mali kapasite, hizmet sunucusu gibi davranışlar ile finansman stratejilerini belirlerler (Çelik, 2019: 173-174).

1.7.1.1.Kamu Gelirleri ile Finansman (Vergi Tabanlı Finansman Sistemi)

Vergi sistemi finansmanı, bireylerden çeşitli yollar ile toplanan paranın belli bir havuzda birikmesi ve devletin karar mekanizmaları ile çeşitli sektörlerle dağıtılan kaynakların kullanılmasıdır. Kamu gelirlerinin önemli bir bölümü vergilerden elde edilmektedir. Bu nedenle bu yöntemle aynı zamanda kamu bütçesine dayalı finansman da denilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002).

İngiltere de Beveridge Raporu ile gündeme geldiğinden ‘‘Beveridge Modeli’’ de denilmektedir.

Kamu gelirleri tek bir havuzda toplandığından bu durum sağlık sektörünün diğer sektörler ile rekabet etmesine neden olmaktadır. Kamu gelirleri ile sağlık hizmetlerinin finansmanı bazı ülkeler de sosyal ve özel sigorta sistemi kurularak başlamıştır. Daha sonra bu sistemin yerini vergi tabanlı sağlık hizmetleri finansmanı almıştır (Çelik, 2019: 175).

Dolaylı ve dolaysız vergiler arasındaki ayrım hakkaniyet ilkesini olumsuz yönde etkileyebilir. Bir verginin hakkaniyetli olup olmadığı en önemli belirleyicisi, artan oranlı olup olmamasıdır (Mossialos ve Dixon, 2002).

1.7.1.2.Zorunlu Kamu Sigortası (Sosyal Sağlık Sigortası)

1883 yılında Otto Von Bismarck tarafından ilk kez Almanya’ da uygulanmıştır. Bu nedenle ‘‘Bismarck Modeli’’ olarak da bilinmektedir. Sosyal sağlık sigortalarında üyelik zorunludur ve primler işçi ile işveren arasında paylaşılır. Sosyal sağlık sigortalarının finansmanında genel verilerin önemli rolü bulunmaktadır ve bazı ülkeler kar amacı taşıırken bazı ülkeler kar amacı taşımamaktadır (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010: 92).

Sosyal sağlık sigortası toplumda düzenli gelire sahip belli bir kesime uygulandığı için kırsal nüfus, işsizlere ve sıra dışı sektörde çalışanlara uygulanması zordur.

Sigorta fonu sebebiyle sosyal sağlık sigortası ile bir ülkenin ekonomik gücü arasında paralellik söz konusudur. Gelişmiş ülkeler de nüfusun tamamı sigorta kapsamına girebilirken gelişmekte olan ülkeler de bu kapsam daralır (Çelik,2019:180).

Tablo 3. Sosyal Sağlık Sigortası Kapsamında Örnek Potansiyel Gruplar

Grup	Alt Grup	Teknik ve İdari Problem
İşçiler	-Endüstri işçileri -Beyaz yakalılar -Maden işçileri	-Özel bir problemleri yok -Yüksek gelire sahip olmaları -Teknik ve idari sorunları yok ancak, riskli iş grubundalar
Bağımsız çalışanlar	-Çiftçiler -Sanatçılar	-Kayıt, gelir değerlendirme, ödeme sorunu -Gelir değerlendirme ve kayıt
Özel gruplar	-Memurlar -Askeri çalışanlar	- Özel bir problemleri yok - Özel bir problemleri yok
Çalışmayan Nüfus	-İşi olmayanlar -Özürümler -Öğrenciler	-Kayıt ve ödeme sorunu -Kayıt ve ödeme sorunu -Ödeme sorunu

Kaynak: (Çelik, 2019: 183)

Tablo 3'teki gruplara bakıldığında gençlerin ve sağlıklı bireylerin sosyal sigortaya sahip olma eğilimleri daha düşüktür. Ancak yaşlandıklarında ya da sağlıklarını kaybettiklerinde sosyal sigortaya sahip olmak eğilimleri artmaktadır.

1.7.1.3.Özel Sağlık Sigortası

Sağlık hizmetleri önceden bilinemediğinden ihtiyaç olacak harcamanın da ne kadar olacağı ve ne zaman olacağı bilinmemektedir. Bazı durumlarda ortaya çıkan sağlık harcamaları bireylerin tüm birikimini bitirebilir. Ancak birçok kişinin geliri bu sağlık harcamalarını karşılamaya yetmez. Piyasa mekanizması sağlık sigortası ile bu soruna çözüm bulmaktadır. Özel sağlık sigortaları önceden bilinemeyen sağlık harcamaları ile bireylerin gelir kaybını önlemeye çalışmaktadır. Ülkeden ülkeye değişiklik gösteren özel sağlık sigortaları sosyal güvenlik sisteminin bıraktığı boşlukları doldurmaya çalışır(Çelik, 2019:184).

Özel sağlık sigortası, poliçe sahibinin karşılaşacağı kaza veya hastalık sonucunda meydana gelecek sağlık giderlerinin karşılamaktadır. Sigorta ile sigortalı arasında belirlenen sözleşme şartlarına göre poliçe yapılmaktadır. Poliçe, sigorta türü, poliçe başlangıç ve bitiş tarihi, sigortanın ödeyeceği prim ve

sigortalıya yapılacak ödemeleri içermektedir. Özel sağlık sigortaları sigortalıların sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen rahatsızlıklarını karşılamakta olup poliçe başlangıç tarihinde önce var olan hastalık giderlerini kapsam dışı bırakmaktadır. Amacı sigortalıların poliçe başlangıç tarihinden sonra meydana gelebilecek sağlık giderlerinin teminat altına alınmasıdır. Özel sağlık sigortalarında düşük risk grubuna sahip kişiler düşük prim, yüksek risk grubuna sahip kişiler de yüksek prim ödemektedirler. Bu duruma risk oranlaması (risk rating) denilmektedir. Risk oranlaması nedeni ile yüksek risk gruplarına sahip kişilerin primleri de yüksek olduğu için bu durum düşük gelirli gruplar için dezavantaj oluşturmaktadır (Çelik, 2019: 185).

Özel sağlık sigortası yaptırmak isteyen bir kimsenin var olan hastalıkları hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Özel sağlık sigortaları yüksek gelir grubuna sahip bireylerin kendini finanse etmesine olanak verdiği için bu durum hükümetlerin sınırlı olan kamu kaynaklarını düşük gelir gruplu bireylere sağlık hizmeti sunumu için kullanmasına fırsat tanır (Çelik, 2019: 190).

Özel sağlık sigortaları vergilere veya sigortaya dayalı finansmanı desteklemektedir. Sağlık sisteminin finansmanında çok fazla kullanılan bir yöntem değildir (Tatar, 2011: 115).

Tablo 4. Özel Sigortalar ile Sosyal Sigortalar Arasındaki Farklar

Konu	Özel Sağlık Sigortası	Sosyal Sağlık Sigortaları
Kişisel Sorumluluk	Kişi ve sigortanın ne işe yaradığını ve sağlık risklerini değerlendirebilmek için gerekli bilgiye sahiptir.	Ortalama yurttaş, çoğunluğu oluşturan yurttaş grubunu temsil etmektedir.
Eşitlik, Hakkaniyet	Sigortacı her sigortalıya satın aldığı paketin karşılığını tümüyle sağlamalıdır. Odak nokta sigortacılar ile sigortalılar arasındaki ilişkidir.	Eşitlik; tüm sigortalılar, sigortalandıkları tarihte ödedikleri prime bakılmaksızın aynı yardım paketinden yararlandıkları ölçüde sağlanır. Odak noktası sigortalılar arası ilişkilerdir.
Sigortacı Sorumluluğu	Sigortacı her sigortalıya, ödenen prim karşılığında önceden belirlenmiş hizmet paketini sunmalıdır. Prim ve hizmet paketi sözleşme sürecince değiştirilemez.	Sigortacı tüm üyelerine standart bir hizmet paketi sunmaktadır. Paket sigortalının sigortalandığı tarihe bakılmadan zaman içerisinde değişikliğe uğrayabilir.
Risk Havuzu	Sınırlı sayıda, benzer ama ilişkide olmayan riskten oluşur.	Sigortalıların tümünün ortak riski paylaşması bir ulusal sorumluluk gibi görülür.
Katılma	İsteğe bağlıdır. Sigortalı ve sigortacı pazarlık yapma özgürlüğüne sahiptir. Sigortalı prim ödeyip ödememe, sigortacı da sigortalayıp sigortalamama hakkına sahiptir.	Zorunludur; bireyler risklere karşı korunmalı ve riskler karşısında eşit muamele görmelidir.
Prim Düzenlemesi	Primler sigortalıların sigortalandığı riske ne ölçüde maruz kalma olasılığı bulunduğuna göre belirlenir.	Primler üyeler arasındaki karşılıklı yardımlaşma gereği dayanışma temeline oturur. Gelirin sabit bir yüzdesi üzerinden hesaplanır.

Kaynak: (Gezgin, 2003)

1.7.1.4.Cepten Ödemeler

Bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için bir geri ödeme kurumu veya devlet tarafından değil de doğrudan ceplerinden yaptıkları ödemelerdir. İlk uygulanan cepten ödemeler M.Ö. 2000 yıllarına dayanan Hammurabi Yasalarına kadar uzanmaktadır (Çelik, 2019: 191).

1970’li yıllardan sonra sağlık harcamalarında yaşanan hızlı artış ve akabinde dünya ölçeğinde yaşanan makroekonomik daralmalar ek kaynak ihtiyacını ve kaynakların verimli kullanılması ihtiyacını doğurmaktadır (İstanbulluoğlu ve diğerleri, 2010: 90).

Cepten ödemeler, sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından yapılan tüm ödemeleri içermektedir. Doğrudan ödemeler, enformel ödemeler ve kullanıcı katkıları olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır.

a. Doğrudan Ödemeler

Sosyal güvence kapsamı dışındaki hizmetler veya bekleme süresi nedeni ile hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Genellikle dış hekimi, özel hastaneler, laboratuvarlar gibi özel sektör sunucularına yapılmaktadır (Çelik, 2019: 193-194).

b. Resmi Olmayan Ödemeler (Enformel Ödemeler)

Kanun dışı yapılan ve kayda geçmeyen ödemelere resmi olmayan ödemeler denir. Hekimleri etkilemek amacı ile tedavi öncesi veya sonrası ‘‘teşekkür hediyeleri’’ adı altında yapılan ödemeler örnek olarak gösterilebilir (İstanbulluoğlu ve diğerleri, 2010: 91).

c. Kullanıcı Katkıları (Cost Sharing)

Kullanıcı katkıları, sağlık harcamalarının genelde düşük olduğu veya düşme eğiliminde olduğu durumlar da ya da sağlık harcamalarının yüksek olduğu veya yükselmeye devam ettiği durumlar da kullanılabilir. Sağlık harcamalarının düşük olduğu durumlar da kullanılmasının amacı daha fazla ek kaynak yaratma iken yüksek olduğu durumlar da kullanılmasındaki amaç ise talebi azaltarak verimliliği arttırmaktır (Çelik, 2019: 192).

1.7.1.5.Tıbbi Tasarruf Hesabı

Tıbbi tasarruf hesapları (TTH), tıbbi bakım ya da sağlık harcamalarının kullanımı ile sınırlı olan kişisel tasarruf hesabıdır. TTH ek kaynak yaratarak sağlık sistemine katkıda bulunmaktadır. Sağlık sistemine tahsis edilen bu kaynaklar gelecekte sağlık sisteminin finansmanında da kullanılmaktadır (BUNCE, 2011: 411).

Tıbbi tasarruf hesaplarının 3 temel hedefi;

- Gelecekte beklenen yüksek tıbbi bakım harcamaları hususunda bireylerin bilinçli olmasını sağlamak
- Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılması için ek kaynak sağlamak
- Sağlık hizmetinden yararlanacak bireylerin masraflarını kontrol etmelerini sağlamak

Tablo 5. Tıbbi Tasarruf Hesabı Avantajları ve Dezavantajları

AVANTAJLAR	DEZAVANTAJLAR
TTH tüketicilerden kaynaklanan ahlaki tehlikeyi önler ve daha geniş kapsamlı sağlık bakım hizmeti almasını sağlar.	TTH, özellikle geliri sınırlı olanların bireylerin ya da tasarruf yapamayan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımını engeller.
Uzun dönemli tasarruf gelecek yıllarda sağlık harcamaları için kaynak oluşturur.	TTH, özellikle fonların kullanımının serbest olduğu durumlarda hizmet sunucular karşısında zayıf bir pazarlık gücüne sahiptir.
TTH ile kamusal finansman kaynakları sayesinde yoksullara odaklanılabilir.	TTH uzun süreli işsizler ve kronik rahatsızlığı olan bireyler arasında risk havuzu oluşturulmamasını sağlar.
Tüketicilerin paralarını harcama konusundaki özgürlükleri, hizmet sunucuları ve talebi fiyat rekabetinde daha sorumlu hale getirebilir.	Zorunlu kapsayıcı sigortalar ve onun evrensel muadilleri ile karşılaştırıldığında TTH' nın hiçbir rahatsızlığı olmayanları kapsam altına alma riski vardır.
TTH, ekonomik döngü içinde sağlık harcamalarında geçici risk havuzları oluşturmaktadır.	TTH olmayanlar daha yüksek oranda prim ödemektedir.

Kaynak: (Çelik, 2019: 198-199)

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME VE KALKINMA ARASINDAKİ İLİŞKİSİ

2.1. Sağlık Harcamaları Kavramı

Sağlık hizmetlerine yönelik kaliteyi etkileyen en önemli unsur sağlık harcamalarıdır. Sağlık alanındaki hizmetlerin sağlanabilmesinde yapılacak harcamaların tümüne sağlık harcamaları denir. Bu harcamalar yalnızca sağlığını yeniden kazanmak için yapılan harcamalar değildir. Cinsel hastalıklar ile mücadele ve aşılama gibi sağlık yatırımları ile koruma harcamaları, beslenme gibi geliştirme amacı taşıyan harcamalar da bu kapsama girmektedir (Akın, 2007: 28-29). Türkiye’ de Sağlık Bakanlığı’nın “OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000” çalışması ile OECD’nin sağlık hesapları üzerine sistemi benimsenmiş ve sağlık harcamalarına yönelik tanımlama yapılmıştır (Tosun, 2018: 44).

2.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Güçlü ve sürdürülebilir bir ekonomiye sahip olan ülkeler sağlıklı bir topluma sahiptir. Sağlıklı bir toplumdan söz edebilmek için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinden faydalanılabilmesi gerekmektedir. Toplumun ihtiyaç duyduğu bu hizmetlerin gerçekleştirilebilmesi için yapılacak tüm harcamalara sağlık harcaması denir (USH, 2000: 13).

Eğer bir ülkede sağlık harcamalarına gereken önem verilir ve yatırımlar yapılır ise o ülkenin toplumu daha kaliteli ve daha verimli bir hayat sürdürecektir. Kamu alanlarında kaynak kullanımı ve kaynak dağılımlarının dengeli olması gerekmektedir. Denge sağlanır ise ölümler azalır, işsizlik azalır ve sağlıklı toplum sayesinde pozitif dışsallık yayılır. Sağlıklı bir toplum üretimde artışa neden olur üretim de artış ise ekonomik büyümeyi sağlar (Kaya, 2019: 14).

Sağlık sistemlerinin planlanması açısından sağlık harcamalarının neden artış gösterdiğinin bilinmesi gerekmektedir. Sağlık harcamalarının etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

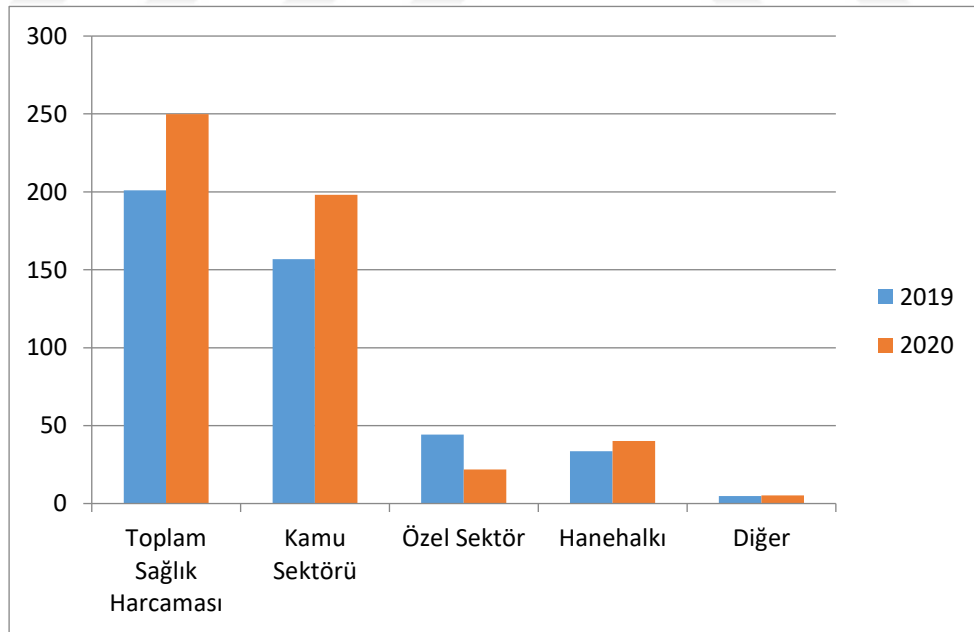
2.2.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi

Üretimdeki artış ile birlikte gelirin yükseldiği ülkeler de bireylerin daha sağlıklı yaşam sürdürmeleri için sağlık hizmetlerine olan talepleri de artacaktır. Gelirin artması ile birlikte artan sağlık harcamaları bireylerin kamu kuruluşları haricinde özel sağlık hizmetlerine de yönelmelerini sağlamaktadır. Dolayısı ile gelirin artması özel sağlık kuruluşlarına olan talebi de artırmaktadır.

Kişi başına düşen gelirin artması bireylerin daha kaliteli bir yaşam sürmek istemesine neden olacağından, özel sağlık kuruluşlarına ve kamu kuruluşlarına olan taleplerini arttırmaktadır. Bu durumda sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır (Görgün, 1993: 74).

Sağlık harcamalarının önemli bir bölümü kamu kesimi tarafından karşılanmaktadır. Kişisel gelirdeki artış kamu hizmetlerine olan talebi de arttırmaktadır. Kamu kesimi tarafından sağlık harcamalarının büyük bölümünün karşılandığı ülkelerde, kişisel gelirden meydana gelen artışın kamu harcamalarını dolayısıyla da sağlık harcamalarına olan talebi arttırıcı etkileri söz konusu olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 217).

Grafik 3. Toplam Sağlık Harcamalarının Dağılımı



Kaynak: (TÜİK, 2020)

1991-2001 dönemleri arasında değişen politikaların, genişleyen sağlık sigortası ve hizmet kapsamı ile birlikte sağlık harcamalarında artışlar meydana gelmiştir. Yaşanılan politika değişiklikleri nedeni ile hane halkının yapmış olduğu

cepten ödemeler sağlık hizmetlerinin sigorta kapsamına alınması nedeni ile azalmıştır ve bu durumlar da toplam sağlık hizmetlerinin artmasına neden olmuştur (MBPsağlıkraporu).

2.2.2. Eğitim Seviyesi ile Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Toplum da insan sağlığına verilen önemin artması eğitim seviyesinin artması ile doğru orantılıdır. Yapılan çalışmalar da bu durumun sağlık harcamalarını arttırıcı yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Eğitim seviyesi artan bireyler sağlık sektöründeki gelişmelerden daha iyi bilgi sahibi olmaktadırlar. Eğitim seviyesi ile birlikte sağlık bilinci de artış göstermektedir. Bu durumda sağlık sektörünü en karlı hale getirmektedir. Eğitim seviyesi yüksek toplumlar kaliteyi ve teknolojiye de dikkat ederek daha fazla sağlık hizmeti tüketirler. Buda ülkede uygulanan sağlık politikasından bağımsız olarak sağlık harcamalarında artışa neden olur (Newhouse, 1978: 83).

2.2.3. Teknolojik Gelişmeler

Sağlık hizmetlerinin yerin getirilebilmesi için yüksek maliyetli teknolojik alt yapı ve aletlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerinin finanse edilebilmesi için harcanacak giderleri arttırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ihtiyaç duyulan teknolojinin çok uzun süren çalışma ve araştırmalara dayanması, maliyetlerin ve dolayısı ile harcamaların artmasına neden olmaktadır. Maliyetleri ve harcamaları birlikte değerlendirdiğimizde teknolojik gelişmeler sağlık harcamaları üzerinde büyük öneme sahiptir (Balçık ve Şahin, 2013: 122-131).

2.2.4. Sosyal Değer Yargıların Değişmesi

Geçmişte kabul edilen sosyal değer ve görüşler günümüzde bireylerin ihtiyaçlarına göre şekillenerek yerini farklı değer ve görüşlere bırakmaktadır. Örneğin, geçmişte telefon ulaşılması zor lüks bir mal gibi görülürken günümüzde ihtiyaç duyulan ve zorunlu olan bir mal olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı şekilde sağlık hizmetleri alanında da sosyal değer ve yargılarda değişimler olmuştur. Eskiden maliyetli ve lüks bulunan tedavi yöntemleri artık günümüzde olmazsa olmazlar arasındadır. Modernleşmenin getirdiği hastalıklar, doğuştan yaşam beklentisi ve eğitim ve sağlık bilincinin

artması ile bireyler tedavi yöntemleri için sağlık hizmetlerine yönelmektedirler. Bu durumda sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 219).

Sosyal değer yargılarını değişmesi, nüfusun artmasına, bireylerde gelecek kaygısının artmasına, aile yapısının değişmesine ve bağımlılığa neden olan madde kullanımının artmasına neden olmaktadır. Yaşanılan sosyal değişim ile birlikte özellikle yaşlı kesimin destek ihtiyaçları artmaktadır. Sağlık hizmetleri bu destek ihtiyaçlarının bir parçasıdır (Cura, 2012: 32).

2.2.5. Şehirleşme/Kentleşme

Ekonomik gelişmenin en önemli sonuçlarından birisi kentleşmedir. Kent ve kentlerdeki nüfus sayısının artmasına kentleşme diyebiliriz. Kırsal kesimdeki yaşam koşulları ile kentleşmenin yoğun olduğu kesimlerdeki yaşam koşulları birbirinden oldukça farklıdır. Kentlerdeki nüfus sayısının fazla olduğu bölgeler de daha iyi kültürel faaliyetler, istihdam ve sağlık hizmeti yapılırken kırsal kesimlerde bunu söylemek pek mümkün değildir. Kentleşmenin olduğu bölgelerde uzman personel, ilaç, gerekli teknolojiye ulaşmak daha kolaydır ve sağlık kurumu ve sağlık personel sayısı oldukça fazladır. Fakat kırsal kesimler de sağlık koşulları zayıftır (Tıraş, 2020: 52).

Kırsal kesim ve kentleşmenin olduğu bölgeler arasındaki bu gelişme farklılığı bireylerin kırsal alandan kente göç yapmasına neden olmaktadır. Kırsal alandan kente göç ile birlikte şehirler de artan nüfus beraberinde sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Göç nedeni ile nüfusu artan kentlerde sağlık hizmetlerinin karşılanması için kurum ve personel sayısının yeterli olması, uzman personele daha rahat ulaşılabilmesi, ilaç ve bakım malzemelerinin elde edilebilirliği gibi durumların alt yapı çalışmalarının yeterli olması gerekmektedir. Bu nedenle bu gibi durumlar tüm ülkelerde sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler de artış yaşanmaktadır (Cura, 2012: 32).

2.2.6. Yaşam Süresinin Uzaması

Nüfus içerisindeki yaşlı oranın artması sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinden biridir. İnsanların ortalama yaşam sürelerinin uzunluğu, o

ülkedeki sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme imkânlarına bağlıdır (Karagül, 2002: 69).

Yaşlı nüfustaki artış ve ortalama yaşam süresindeki artış gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır. Bu durumda sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Ortalama yaşam süresi nasıl sağlık harcamalarını arttırıyor ise sağlık harcamalarının artması da ortalama yaşam süresini arttırmaktadır (OECD, 2005: 90).

2.2.7. Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler

Demokrasinin olduğu toplumlarda bireyler istek ve gereksinimlerini çekinmeden rahatça ifade edebilme özgürlüğüne sahiptirler. Kişisel özgürlüklerin artması ile birlikte devletten beklenti de artmaktadır. İkinci Dünya Savaşından sonra sivil toplum, sendika vb. kuruluşların artması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur (Mutlu ve Işık, 2012:223).

2.2.8. Asimetrik Bilgi Durumu

Hasta ile doktor arasında asimetrik bilgi durumu bulunmaktadır.

Asimetrik bilgi, hizmet talebinde bulunan birimlerin arz eden birimlere karşı problemlerin tam anlamı ile anlatılması ve pazarlık yapılabilme potansiyelinin minimize edilmesidir. Bu şekilde karşılıklı olarak hizmet talebinde bulunan birimler ile arz eden birimlerin birbirlerini denetleme durumları da ortadan kalkmış olacaktır (Arrow, 1963: 147-148). Bireyin sağlık kuruluşuna başvurduğu esnada sağlık hizmeti talebi son bulur ve ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin miktarı doktora bağlı olur. Doktor sayısının artması hizmet talebini arttırırken, sağlık bakım hizmetlerinin artması da sağlık harcamalarında artışa neden olur (Kılavuz, 2010: 175).

2.3. Ekonomik Büyüme Kavramı

Bir ülke ekonomisinin üretim olanakları eğrisinin genişlemesine ekonomik büyüme kavramı denir. Nitelikten çok nicelik bakımından ortaya çıkan yapısal değişimleri kapsamaktadır. Ekonomide öncelik gelişmedir, kişi başına düşen geliri arttırarak halkın ekonomik refah düzeyini yükseltmektir. Refah düzeyindeki artış ile ekonomik büyüme arasında doğru orantı mevcuttur.

Bu nedenle yüksek büyüme hızı olan bir ekonomi başarılı, düşük büyüme hızı olan bir ekonomi ise başarısızlığın göstergesidir (Tarı ve Kumcu, 2005: 156).

2.4. Ekonomik Kalkınma Kavramı

Ekonomik kalkınma, hem nitelik hem de nicelik bakımından ortaya çıkan yapısal değişimleri kapsamaktadır. Kişi başına düşen gelirdeki artış ile birlikte bir ekonomide, kültürel, sosyal ve ekonomik yapının da değiştirilmesi gerekmektedir (Erkan, 1987: 3).

1950 yıllarından beri az gelişmiş ülkeler de ekonomik ve sosyal gelişmeler yaşanmıştır. Ancak bu gelişmeler az gelişmiş ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasında oluşan gelişme farkını kapatmaya yetmemiştir. Bu farkın kapatılması için gelişmekte olan ülkelerin daha hızlı bir gelişme sürecine girmeleri gerekmektedir.

Araştırmalara göre az gelişmiş ülkelerin iki nedenden dolayı hızlı bir kalkınma sağlayamadıkları görülmüştür. Bunlar, sermaye birikimi ve teknolojidir (Muhteşem, 1988: 4).

Kalkınma toplum ve insan açısından maddi yaşamın sürdürülebilirliğinin yanında toplumda yüksek kültür ürünlerinin üretilebilmesi için de sağlanması gereken bir süreçtir (Kaya, 2006).

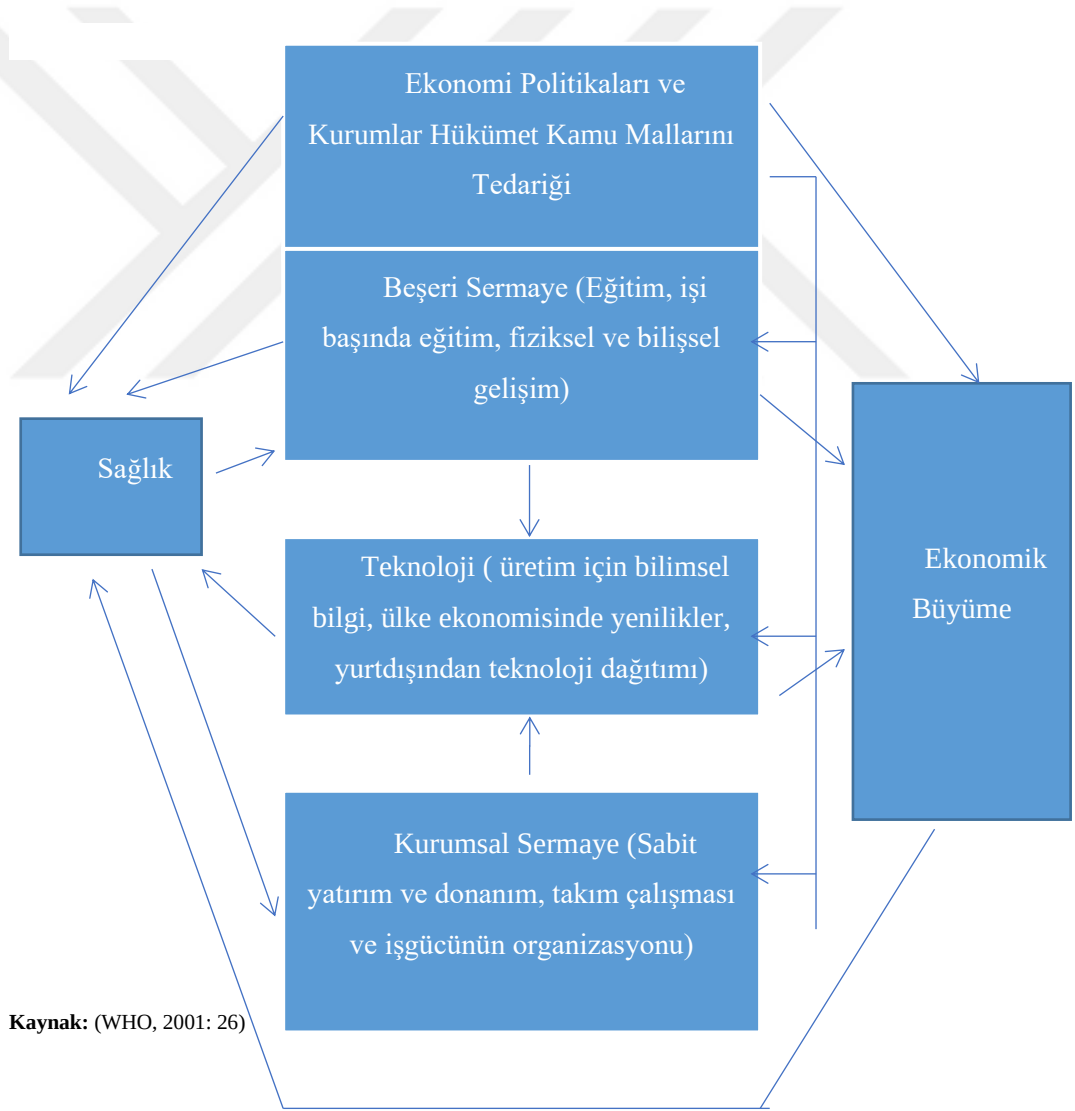
Nüfus oranındaki artış ile ekonomik büyümenin aynı hızda olmaması kalkınmanın önünde engel teşkil etmektedir. Az gelişmiş ülkeler de nüfus artış oranı ile büyüme oranı arasındaki hız aynı değildir. Bu nedenle bu ülkeler de ekonomide yoksulluk derinleşmektedir. Kalkınma dinamik bir kavramdır ve sürekli yenilikleri barındırmaktadır. Bu nedenle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemli bir husustur (Han ve Karagül, 2003).

2.4.1. Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Hizmetleri İlişkisi

Ekonomik kalkınma, orta ve uzun vadede ekonomik büyüme ile birlikte kültürel ve sosyal yapıdaki değişimleri kapsamaktadır. (Nafziger, 2005). Sağlık sektörü insanın zihinsel ve fiziksel gelişimine hizmet etmektedir ve insan gelişimini etkilediği ölçüde ekonomik ve sosyal kalkınmaya da fayda sağlayacaktır.

İktisat bilimine göre bireylerin refah seviyesini artıracak yatırımların yapılması, ekonomik kalkınmaya olumlu yönde katkı sağlayacaktır. Bir ülkede sağlık ve eğitim üzerine yapılacak yatırımlar sayesinde o ülkedeki sağlıklı ve eğitilmiş bireyler artacaktır. Bu durum üretim ve büyüme için önemli bir unsurdur. Sağlık yatırımlarının yetersiz olduğu durumlar da iş gücü verimliliği düşeceğinden büyüme de olumsuz yönde etkilenecektir. Gelişmekte olan ülkelerdeki temel sorun barınma ve yetersiz beslenmedir. Bu temel gereksinimlere ait ihtiyaçların giderilmesi halinde bireylerin sağlık düzeyleri gelişecektir ve artan işgücü verimliliği ile birlikte ekonomik kalkınmaya katkı sağlayacağı söylenmektedir (Arslan, Eren ve Kaynak, 2016: 288).

Şekil 2. Ekonomik Kalkınmanın Girdisi Olarak Sağlık



Şekil 2 de sağlık ile ekonomik göstergeler arasındaki ilişki gösterilmektedir. Sağlık kurumsal sermaye ve beşeri sermaye açısından önemlidir. Bu durum

sağlığın ekonomik büyüme üzerinde etkili olmasına neden olmaktadır (WHO, 2001).

2.4.2. Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık

Türkiye, sürdürülebilir kalkınmaya yönelik olarak Dışişleri Bakanlığı ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) iş birliğinde ‘‘Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Etki Hızlandırıcı Vakfı’’ 2020 yılında kurulmuştur. Vakfın kurucuları dört holding tarafından sağlanmıştır. Vakıf 2020 yılında sağlık ve tarım teknolojileri alanında ürün geliştiren uluslararası girişimciler için çağrıya çıkmıştır. Vakıf, kamu ve özel sektör tarafından desteklenecek projelere öncülük etmektedir (UNDP Türkiye, 2020). Sürdürülebilir kalkınma içerisinde sağlık sürekli artan bir öneme sahiptir. Sağlık olmadan sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleşmeyeceği raporlarda açıkça belirtilmiştir. Sağlığın, ekonomik kalkınma ve büyüme üzerindeki etkisi ekonomik gelişme ile birlikte değerlendirilmiştir. Ekonomik büyüme üzerinde sağlığın rolü, teşvik edici hipotezleri ve işgücü verimliliği üzerinden incelenmiştir. Sürdürülebilir kalkınmaya daha iyi kalkınmanın birbiriyle ilişki içerisinde olan birçok hedef üzerinden yapılacağını belgeler ile ortaya koyarak vurgulamıştır (Meadows vd., 1972).

1992 yılı itibari ile Türkiye sürdürülebilir kalkınma ilkelerini ulusal programlara entegre etmeye çalışmıştır. Çevreyi ve sosyal gelişimi korumaya yönelik politik destek vermiştir (Bayazıt ve Önsal, 2017).

Dokuzuncu, onuncu ve on birinci kalkınma planlarında sırası ile

- ✓ Sürdürülebilir kalkınma, uluslararası yükümlülüklerin karşılanması ve ortak ancak farklı sorumluluk ilkeleri çerçevesinde yerine getirilecektir.
- ✓ Kalkınmanın sürdürülebilir olması, kalkınma hedeflerine ulaşılabilmesi, insanların bulundukları mekânlarda yaşam kalitelerinin artırılması ve refahın yaygınlaştırılması,
- ✓ Temel amaç, sürdürülebilir kalkınma amaçlarının önceliklerimiz doğrultusunda politikalara yansıtılması, amaçlara ilişkin etkili bir takip ve gözden geçirme mekanizması oluşturulmasıdır.

İfadeleri ile sürdürülebilir kalkınmaya değinilmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

Tablo 6. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerindeki Sağlıkla İlgili Diğer Göstergeler ve Türkiye

Sağlıkla İlişkili Diğer Göstergeler	Sorumlu ve İlgili Kuruluşlar
Eğitim, sağlık ve sosyal koruma alanlarındaki hizmetlere ayrılan toplam kamu harcamalarının oranı	TÜİK Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Hazine ve Maliye Bakanlığı Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
5 yaşın altındaki çocuklar arasında bodurluk prevalansı (boy için Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Çocuk Büyüme Standartlarının medyanından <-2 standart sapma)	HÜNEE Sağlık Bakanlığı Tarım ve Orman Bakanlığı HÜNEE
5 yaşın altındaki çocuklar arasında kötü beslenme prevalansı (boy için ağırlık > +2 veya DSÖ Çocuk Büyüme Standartlarının medyanından <-2 standart sapma), türe göre (aşırı zayıflık ve aşırı kilo)	HÜNEE Sağlık Bakanlığı TÜİK
Güvenilir şekilde yönetilen içme suyu hizmetlerini kullanan nüfusun oranı	TÜİK Çevre ve Şehircilik Bakanlığı
Sabun ve su ile el yıkama imkânı dâhil olmak üzere güvenilir şekilde yönetilen atık su ve kanalizasyon hizmetlerini kullanan nüfusun oranı	TÜİK Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Tarım ve Orman Bakanlığı
Isıtma, aydınlatma ve yemek yapmada temiz yakıt ve teknoloji kullanan nüfus oranı	TÜİK EPDK
100.000 kişi başına afetlerden doğrudan etkilenen, kaybolan ve ölen kişi sayısı	AFAD Tarım ve Orman Bakanlığı (OGM, DSİ) İçişleri Bakanlığı (EGM) Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı (TCDD, KGM) Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı Sağlık Bakanlığı
Cinsiyet ve yaşa göre 100.000 nüfus başına kasten adam öldürme mağdurlarının sayısı	TÜİK İçişleri Bakanlığı (EGM, JnGK) Adalet Bakanlığı
Cinsiyet, yaş ve nedene göre 100.000 nüfus başına çatışmaya bağlı ölümler	TÜİK İçişleri Bakanlığı (EGM, JnGK) Adalet Bakanlığı

Kaynak: (HÜNEE, 2018)

Tablo 6 da Türkiye'nin göstergeler yerine ilgili kuruluşların yer almamaktadır. Bunun nedeni göstergeler belgelerde yer almamaktadır fakat izlenmektedirler. Bunun belirtilmesi için de tabloda yer almamaktadır. Tabloda ilgili göstergelere için sorumlu kuruluşların büyük kısmı TUİK ve Hacettepe

Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) olmaktadır. Bu konuda TÜİK yıllık ayrı ayrı ya da bütüncül bir şekilde BM genelinde ve ülke genelinde raporlar yayımlamıştır (TÜİK, 2020).

HÜNEE ise yayımladığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması raporları ile sürdürülebilir kalkınma hedeflerine yönelik göstergelerin izlenmesine değinmiştir ve ülkenin mevcut konumunu değerlendirmiştir (HÜNEE, 2019).

2.4.2.1. Sürdürülebilir Kalkınma

Sürdürülebilir kalkınma (SK) kavramı kişiden kişiye, ülkeden ülkeye ve kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu (WCED)' e göre sürdürülebilir kalkınmanın tanımı; *'gelecekteki nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılamalarında ödün vermeden bugünkü neslin ihtiyaçlarının da karşılanması'* dir (Aksu, 2011: 6).

SK, kavramının amacı, insanoğlunun maximum kapasitesine imkân sağlamak ve insan iyiliğini sağlamaktır (Çelik, 2019: 150).

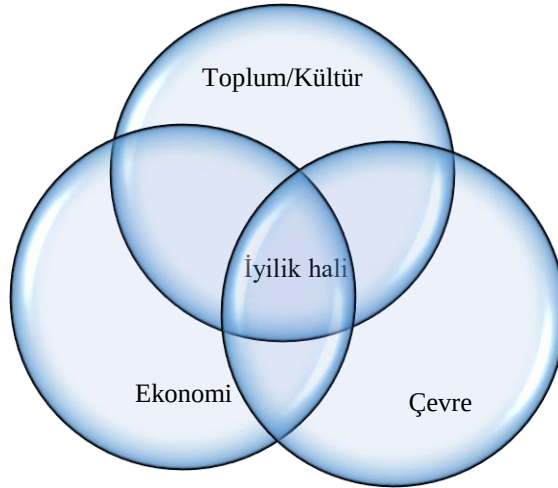
Sürdürülebilir kalkınma kavramının başarılı olabilmesi için çevresel, ekonomik ve sosyal boyutları üzerinde durulması gerekmektedir (Haris, 2000: 5-6; Demirayak, 2002: 4; Ergün ve Çobanoğlu, 2012: 101).

Ekonomik boyut; ekonomik olarak mal ve hizmetlerin sürdürülebilir bir sistemde devamlı olarak üretilmesi, üretime zarar veren sektörel dengesizliklerden koruyan, iç ve dış borçların yönetilmesinde sürdürülebilirliği sağlayan sistemdir.

Sosyal boyut; sosyal sistemde sağlık ve eğitim gibi hizmetlerin yeterli olmasını ve adil bir şekilde dağılmasını sağlayan sistemdir. Daha sonra bu sistemde politik konuları da kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

Çevresel boyut; 1980 ve 1990'lı yıllarda kalkınma kavramına eklenen çevresel sistemde amaç ekosistemlerin değişen koşullara uyum sağlanmasıdır.

Şekil 3. Sürdürülebilir Kalkınmanın Temel Unsurlar



Kaynak: (Kruifj ve Vuuren 1998: 9).

Şekil 3 de modele göre ancak ekonomik, sosyal ve çevresel anlamda eş zamanlı ve eşit kalkınma sürdürülebilirliği getirebilir. Her unsurun içindeki dengelerin sürdürülebilir olmalı ve unsurlar ile aralarındaki ilişki dengeli olmalıdır.

Ekonomik faaliyetlerde kaynak kullanırken duyarlı olmak gerekmektedir. Çünkü ekonomik kalkınma bakımından sürdürülebilirliğin sağlanması gerekmektedir ve aynı zamanda dünya kaynakları sınırlıdır (Kaya ve Tomal, 2001: 50). İki şey sürdürülebilir kalkınmanın sağlanabilmesi için oldukça önemlidir. Birincisi, Dünyanın karşılaştığı sorunların çözümü için ekonomik büyümenin tek başına yeterli olamayacağının bilinmesi, ikincisi ise, Sürdürülebilir Kalkınmanın birbirine bağlı olmasından dolayı karar alma sürecinde ve stratejilerin eşgüdümünde tüm ülkelerin işbirliği sağlamasıdır (OECD, 2008: 2).

Brundtland Raporu'nda sürdürülebilir kalkınmanın amaçları; (Aksu, 2011: 6).

- Büyümenin kalitesini değiştirmek ve canlandırmak
- Karar verme sürecinde ekonomi ve çevreyi birleştirmek
- Sürdürülebilir nüfus düzeyini garantilemek
- Kaynak tabanını koruyup zenginleştirmek
- İş bulma, yiyecek, sağlık gibi temel ihtiyaçları karşılamak

➤ Teknolojiyi yeniden yönlendirmek ve riski yönetmek

Sürdürülebilir kalkınmadaki hedeflere bakıldığında SK için yenilebilir enerji kaynaklarına yönelmeli ve verimliliğin artırılması sağlanmalıdır. Gelir dağılımının adil olması sağlanmalı ve sağlık koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Ekonomik büyümeyi istikrarlı hale getirilmelidir. Sürdürülebilir kalkınma kavramı bir zorunluluk olmamalı yaşam tarzı haline getirilmelidir (Tıraş, 2012: 70).

Avrupa’da endüstriyel devrim sonucu sağlık alanında gelişmeler yaşanmıştır. Zengin ve fakir arasındaki uçurumun büyük olduğu ülkelerde hastalıktan daha çok etkilenen kesime yönelik programlar uygulanmaktadır ve bu programlar ile hastalık ve ölüm oranlarını azaltma hedeflenmektedir. Örneğin, çiçek hastalığının bitmesi için aşılama hizmetlerine ihtiyaç duyulmuştur. Sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada sağlık sektörünün önemli bir paya sahip olduğunu söyleyebiliriz. Ekonomik gelişme ile birlikte çevresel zararlar da ortaya çıkmaktadır. Çevrenin kötüye kullanılması beraberinde sağlık sorunlarını da ortaya çıkaracaktır. Ancak hem ekonomik hem de çevresel kalkınma için sağlıklı insanlar gereklidir. Bu nedenle eğer SK hedeflerine ulaşmak isteniliyorsa sağlık sektörüne gereken önem verilmelidir (Çelik, 2019: 158-160).

Ülkeler sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak için iyi yönlendirme, sağlıklı bir toplum yaratma, çevreyi koruma ve iyileştirme ve sürdürülebilir ve rekabetçi bir ekonomi gibi stratejiler izleyeceklerdir (Çelik, 2019: 166).

Aşağıdaki tablo 4 de belirttiği üzere sosyal göstergeler içerisinde sağlık sektörü önemli bir tema niteliğindedir. Sürdürülebilir kalkınmanın hedeflerine ulaşabilmek için sağlık sektörü için önemli olan göstergelerde de iyileştirmeler yapılmalıdır (Çelik, 2006: 34).

Tablo 7. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini Değerlendirmede Kullanılabilecek Olan Sağlık ile ilgili Sosyal Göstergeler

Tema	Alt Tema	Gösterge
Sağlık	Beslenme durumu	Çocukların beslenme durumu
	Ölüm oranı	5 yaş altı çocuk ölüm oranı
		Doğumda yaşam beklentisi
	Hijyen koşulları	Yeterli kirli su ve atık hizmeti alan nüfusun oranı
	İçme suyu	Temiz içme suyu bulabilen nüfusun oranı
	Sağlık Hizmetleri	Temel sağlık hizmeti alabilen nüfusun oranı
		Bulaşıcı çocuk hastalıklarına karşı aşılama
		Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılma oranı

Kaynak: (Nemli, 2006)

Bugüne kadar yapılmış olan bilimsel kanıtlar çevre kirliliğinin sağlık açısından da kötü olduğunu ortaya koymaktadır. Sosyal olarak izole olma, fakirlik, ekonomik olarak güvende olmamak da sağlık için kötü sonuçlar doğurmaktadır. Ancak burada asıl kötü olan bu etkenlerin daha çok fakirlerin göstergelerine yansımalarıdır. Buradan da yola çıkarak sürdürülebilir bir kalkınmanın daha sağlıklı bir toplumdan geçtiğini söyleyebiliriz (Çelik, 2019: 167).

Sürdürülebilir Kalkınmada BM üyesi ülkeler tarafından 2030 yılı sonuna kadar ulaşılması için 17 hedef yürürlüğe konulmuştur. Bu hedefler,

1. Yoksulluğa son vermek
2. Açlığı son vermek ve gıda güvenliğini sağlamak
3. Sağlıklı bir yaşam ve kaliteli bir yaşam sağlamak
4. Herkesi kapsayan ve herkese eşit derecede nitelikli eğitim sağlamak

5. Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak ve kadınların toplumsal konumlarını güçlendirmek.
6. Herkes için temiz suya ve sağlığa uygun yaşam koşullarına sürdürülebilir erişimin sağlanması
7. Herkes için erişilebilir ve temiz enerji
8. Sürdürülebilir ve kapsayıcı ekonomik kalkınmayı sağlamak, tam ve üretici istihdamı ve insana yakışır iş sağlamak
9. Dayanıklı altyapı inşa etmek, sürdürülebilir ve kapsayıcı sanayileşmeyi ve yeni buluşları teşvik etmek
10. Ülkelerin içinde ve aralarındaki eşitsizlikleri azaltmak
11. Şehirleri ve toplulukları sürdürülebilir kılmak
12. Sürdürülebilir tüketimi ve üretimi sağlamak.
13. İklim değişikliği ve etkileri ile mücadele için acilen adım atmak.
14. Okyanusları, denizleri ve deniz kaynaklarını sürdürülebilir kalkınma için korumak ve sürdürülebilir şekilde kullanmak
15. Karasal ekosistemleri korumak, restore etmek ve sürdürülebilir kullanımını sağlamak, ormanların sürdürülebilir kullanımını sağlamak, çölleşme ile mücadele etmek, toprakların verimlilik kaybını durdurmak ve geriye çevirmek ve biyoçeşitlik kaybını engellemek
16. Sürdürülebilir kalkınma için barışçıl ve herkesi kucaklayan toplumları teşvik etmek, herkesin adalete erişimini sağlamak, her seviyede etkin, hesap verebilir ve kucaklayıcı kurumlar inşa etmek.
17. Sürdürülebilir kalkınma için küresel ortaklığın uygulama araçlarını güçlendirmek ve küresel ortaklığı yeniden canlandırmak.

Bu hedefler ile ekonomik büyüme sağlanması, sağlık, işsizlik, eğitim gibi sosyal ihtiyaçların karşılanması, kadına yönelik şiddetin azaltılması, gelir eşitsizliğinin önlenmesi, kaliteli eğitim sisteminin getirilmesi, bebek ölümlerinde azalma ve iklim değişikliğinde mücadele hedeflenmektedir (Sosyal Fayda Zirvesi, 2016).

2.5. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan Değerlendirilmesi

Birbirine alternatif olan teknolojilerin, maliyetleri ve sonuçları açısından karşılaştırmalı olarak analiz edilmesine ekonomik değerlendirme denir. Sağlık

hizmetlerinde ise ekonomik değerlendirme, uygun tedavi seçiminde kullanılan kaynaklara ait maliyetlerin uygulanabilecek tedaviden sonra elde edilecek sonuçlara göre değerlendirilmesidir. Ekonomik değerlendirmenin yapılması için için birbirini karşılayabilecek alternatifler olmalıdır. Alternatiflerin maliyetlerinin ve faydalarının doğru teknikler ile ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerekir. Ekonomik değerlendirmenin hangi alanda yapıldığına bakılmaksızın iki özelliğe sahip olduğunu söyleyebiliriz. Birincisi, ekonomik değerlendirme hem kullanılan kaynaklar hem de elde edilen çıktılarla ilgilidir. İkincisi ise ekonomik değerlendirme devamlı tercihlerle ilgilidir (Çelik, 2019: 271-273).

2.5.1. Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri

Temel olarak 4 ekonomik değerlendirme tekniği bulunmaktadır.

- Maliyet- Fayda analizi (MFA)
- Maliyet- Minimizasyonu analizi (MMA)
- Maliyet- Etkililik analizi (MEA)
- Maliyet- Değer analizi (MDA)

2.5.1.1. Maliyet-Fayda Analizi (Cost-Benefit Analysis)

MFA, sağlık sektöründeki uygulanan programların hem maliyetlerinin hem de sonuçlarının parasal olarak ifade edilmesidir. Ekonomik değerlendirme yöntemleri arasındaki en kapsamlı yöntemdir. Sağlık sektöründeki tüm sonuçların parasal olarak ifadesi zor olduğundan yöntemin uygulanabilirliği de zorlaşmaktadır.

Maliyet-fayda analizi ile farklı programlar değerlendirilebilir ve programın yapmaya değer olup olmadığı belirlenebilir. (Çelik, 2019: 278). Maliyet fayda analizinde bireysel yarar öne çıkmaktadır. Yararlar ve maliyetler parasal birimler ile ölçülmektedir. Sıralanan alternatifler arasında en yüksek net yararı içeren uygulama seçilmektedir (Çalışkan, 2008).

2.5.1.2. Maliyet Minimizasyonu Analizi (Cost Minimisation Analysis)

MMA iki alternatif seçenek arasındaki maliyetin basit bir şekilde karşılaştırılmasını yapmaktadır. Amacı, alternatifler arasında en düşük maliyete sahip olanını belirlemektir (Doğan ve diğerleri, 2019: 155).

MMA alternatif programların sonuçlarının aynı olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Bu nedenle sonuçların aynı olmasından kaynaklı maliyeti en düşük olanın verimliliğinin daha yüksek olması beklenmektedir (Ağırbaş, 1999).

Çoğu uzmana göre MMA analizi ekonomik değerlendirme başlığı altında yer almamalıdır. Alternatifler de elde edilen sonuçların aynı olma olasılığının oldukça az olması Sağlık sektöründe MMA'nın kullanıldığı alanlar sınırlı kılmaktadır. Örneğin, fitik ameliyatlarında hastanede yatma ile evde bakım kıyaslanabilir. Uzmanlara göre bu basit analiz ekonomik değerlendirme altında değerlendirilmektedir (Rudmik ve Drummond, 2013).

2.5.1.3. Maliye Etkililik Analizi (Cost-Effectiveness Analysis)

MEA, belirlenmiş bir amaca ulaşmak için seçenekler arasında en iyi ve en etkili seçimi yaparak hizmetin sonucunu maksimize maliyetini de minimize etmek için bütçe yapma yoluna girmeye denir. Maliyetler para, sonuçlar ise fiziki birimler olarak ifade edilir.

Maliyet etkinlik analizinde, gereken sağlık bakımının minimum maliyet ile en kalitelisini sunmak amaçlanır (Çelik, 2019: 282-283). MEA'da maliyetler parasal olarak ifade edilirken çıktı azaltılan hasta gün sayısı, kurtarılan yaşam ve kazanılan yaşam süresi gibi doğal birimler ile ifade edilir. Hastalıklar arasında karşılaştırma yapamaması MEA'nın dezavantajı olarak ortaya çıkmaktadır (Rudmik ve Drummond, 2013).

2.5.1.4. Maliyet-Değer Analizi (Cost-Utility Analysis)

MDA, maliyet etkinlik analizinden farklı olarak müdahale sonucu bireyin yaşam kalitesini de değerlendirmektedir. Bu durum maliyet-değer analizi ile maliyet-etkililik analizini birbirinden ayıran en önemli özellik olarak karşımıza çıkmaktadır (Drummond vd., 1987).

Maliyet-Değer analizinin amacı, verilen tıbbi hizmet sonucu bireyin yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesinin artması olduğundan hesaplamalarında yaşam süresi ve yaşam kalitesi olmak üzere iki set veriye ihtiyaç vardır çıkmaktadır (Balçık ve Şahin, 2013: 123).

Bireyin sağlık statüsündeki kazandığı iyileşme QALY ile ölçülür. Toplumun sağlığı QALY'lerin toplamı ile bulunur. Değeri 0 ile 1 arasında olan

QALY hesaplamalarında iki veriye ihtiyaç vardır. Bunlar yaşam süresi ve yaşam kalitesidir. 1 ‘‘tam sağlıklı olma’ 0 ise ‘‘ölüm’’ ü temsil etmektedir. QALY kronik hastalıklar için kullanışlıdır ve yaşam süresini ve kalitesini tek bir sağlık birimine indirgemektedir. (Çelik, 2019: 288).

Örneğin, tedavisi uygulanmayan bir hastanın yaşam beklentisi 5 yıl yaşam kalitesi ise 0,50 olarak düşünelim. Hastaya belli bir tedavi süreci uygulanır ise hastanın yaşam beklentisinin 8 yıl, yaşam kalitesinin ise 0,80 olması gerekmektedir. Bu durumda QALY değeri $QALY = Yaşam\ Yılları\ (L) \times Yaşam\ Kalitesi\ (Q)$ denklemi ile elde edilmektedir.

Buna göre, müdahalenin olmadığı durumda 2,5 ($5 \times 0,50$) QALY elde edilirken, müdahale durumunda 6,4 ($8 \times 0,80$) QALY elde edilmektedir. Dolayısı ile müdahale sonrası elde edilen kazanç 3,9 ($6,4 - 2,5$) QALY olacaktır (Pandit, 2016).

Maliyet-Değer analizinden kullanılan diğer bir ölçüt ise DALY’ dir. Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı DALY ile ölçülür. DALY’nin sağlık yerine hastalığı ölçmesi onu QALY’den ayıran en önemli özelliğidir (Drummond et al. 2005). DALY’nin hesaplanmasında öncelikle kaybedilen yaşam yılları (YLL) ve sakatlıkla geçirilen yaşam yılları (YLD) hesaplanmalıdır. Buna göre DALY’nin bileşenler olan YLL ve YLD değerleri toplanarak DALY skoru elde edilmektedir (Murray, 1994).

2.6. Kalkınma Planlarının Sağlık Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinde artan sağlık harcamaları, ihtiyaç duyulan personel sayısı ve yatırımların gerekliliği nedenleri ile sağlık sektöründeki kaynakların daha etkili bir biçimde kullanılması için düzenli bir plana ihtiyaç duyulmaktadır (DPT, 2001).

Türkiye’de 1960 yılında Türkiye’de Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. 1963 yılında Beş yıllık kalkınma planı uygulanmaya başlamıştır. Türkiye’ de şimdiye kadar uygulanmış olan tüm kalkınma planlarının içerisinde başka sektörler de olmak üzere sağlık sektörü için de politikalar yer almıştır (Yardımcıoğlu vd., 2012).

2.6.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

Birinci beş yıllık kalkınma planının hedefi iktisadi kalkınma ile sosyal kalkınmayı bir arada sağlamaktır. Beş yıllık kalkınma planı hazırlanırken Türkiye’de nüfus hızlı bir şekilde artmaktaydı. Okuma-yazma bilmeyen nüfus sayısı ve içme suyu bulamayan, elektrikten faydalanamayan nüfus oranı oldukça fazlaydı. Hastalıklar sebebi ile ölüm sayıları çoğalmaktaydı. Az gelişmiş bir ülke olan Türkiye’nin kalkınmasının sağlanabilmesi için beş yıllık kalkınma planı hazırlanırken 15 yıllık bir dönem hedef alınmıştır (DPT, 1963).

Birinci beş yıllık kalkınma planında 15 yıl içerisinde sağlık personel sayılarında artış olması hedeflenmiştir. Sağlık personeli mevcut sayının 2,5 katına yardımcı sağlık personeli sayısının ise mevcut sayının 6 katına çıkarılması hedeflenmiştir (DPT, 1963: 39).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin politikalar belirlenmiştir. Sağlık personellerinin Türkiye’ de çalışması için gerekli tedbirlerin alınması, az yataklı sağlık kurumlarından kaçınılması, kamu sektörü sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi, yerli ilaç sanayisinin teşvik edilmesi, özel sektörün hastane kurmak için teşvik edilmesini sağlayacak tedbirlerin alınması gibi politikalar planda uygulanacaklar arasındadır (DPT, 1963).

2.6.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında Halk Sağlığı Eğitim Enstitüsünü kurulması hedeflenmiştir. Sağlık eğitiminde değişiklikler yapılacaktır ve tıp fakültelerinde "Intern" dönemi zorunlu olacaktır. Sağlık personeli yetiştiren kurumların denetimi sağlanacaktır ve devlet okullarındaki standardın altına düşülmesi engellenecektir (DPT, 1968, s.148).

Bulaşıcı hastalıkların yayılmasında da önemli paya sahip olan çevrenin iyileştirilmesini sağlamak amacı ile sağlık mühendisi ve çevre sağlığı teknisyeni gibi personellere gerekli önemin verilmesi, nüfusun yapısının iyileştirmek amacı ile aile planlaması programlarının yürütülmesi gibi hedefler de belirlenmiştir (Barlin, 2010: 49).

Birinci beş yıllık kalkınma planında yer alan kamu sektörüne ait sağlık hizmetlerinin MSB hariç tek elden yürütülmesi kararı uygulanmamıştır (Yardan ve Kiremit, 2016: 97).

2.6.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde yataklı tedavi veren kurumların sayısı artmış ancak kurumların iller bazında dağılımında eşitsizlikler yaşanmıştır. 3 büyük şehir olan İstanbul, Ankara ve İzmir’ de yoğunlaşmıştır.

1977 yılında 1935 sağlık ocağı sayısına, 6309 sağlık evi sayısına ulaşılmıştır. Bebek ölüm hızında gerileme yaşanmıştır ve Sağlık Bakanlığının bütçesi %3,54 olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık hizmetlerini sosyalleştirme programı yaygınlaşmıştır. 1982’ de her 10 bin kişiye 1 Sağlık Ocağı, 3 bin kişiye bir sağlık evi ve 10 bin kişiye bir hasta yatağı ulaştırmak hedeflenmiştir (DPT, 1973).

2.6.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında devletin ilaçlar üzerindeki denetimlerinin artırılması, sağlık sigortası kapsamı dışındaki kalan bireylerin sağlık ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanması, pratisyen hekimliği özendirici düzenlemeler yapılması, nüfusun yeterli düzeyde beslenebilmesi için zorunlu olan temel besin maddelerinin üretimini özendirici ve yurt genelinde dengeli dağıtımını sağlayıcı düzenlemelerin yapılması gibi politikalar hedeflenmiştir (DPT, 1978).

2.6.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

1989 yılına kadar ortalama 10 bin kişiye 26 yatak, 4215 sağlık evi ve 720 sağlık ocağı hedeflenmiştir. 1989 yılında sağlık ocağı sayısı 3267’e sağlık evi sayısı ise 10687’e çıkarak tüm plan dönemlerindeki en fazla artış yaşanmıştır. Bu dönemde bebek ölüm oranlarının gelişmiş ülkelere seviyesine düşürülmesi, sağlık kuruluşlarının işletmecilik yönünden ele alınması, verimli olan çok büyük yatak kapasiteli hastanelerin önlenmesi gibi politikalar hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı bütçesi bu dönemde %4,12 olarak açıklanmıştır (DPT, 1985).

2.6.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde, yaşam süresinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranlarının binde 50,0'ın altına düşürülmesi, sağlık hizmeti almak için başvuruların yoğunluğunun birinci basamak sağlık ünitelerince karşılanması hedeflenmiştir.

Sağlık personellerinin ve sağlık kurumlarının yurt içinde dengeli dağılımlarının sağlanması, sağlık sigortalarını kapsamının genişletilmesi, sağlık mevzuatının dönemin şartlarına göre yeniden düzenlenmesi, sağlığın korunması konusunda bireyin ve toplumun sağlık bilincinin geliştirilmesi için gerekli eğitim faaliyetlerine ağırlık verilmesi, pratisyen hekimliği özendirici düzenlemelerin yapılması gibi politikalar hedeflenmiştir (DPT, 1989).

2.6.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Sağlık personellerinin büyük çoğunluğu kamuda istihdam edilmiştir. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında hastanın hastane ve hekim seçebilme imkânı ve sağlık hizmet kademelerinin kapsayan sevk zincirinin kurulması hedeflenmiştir.

Sosyal güvencesi olmayan bireylerin sigortalanması, özel sağlık sektörüne ait faaliyetlerin özendirilmesi, dengesiz beslenmeden doğan problemlerin giderilmesi, sağlık hizmetlerini kapsayan sevk zincirinin kurulması, sağlık alanındaki bilimsel araştırma çalışmalarının teşvik edilmesi, hedeflenmiştir (DPT, 1995).

2.6.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında hasta sevk zincirinin kurulamaması ve aile hekimliği uygulamasına geçilememiştir. Sağlık alanında insan gücü dengesiz dağılmıştır ve kamu hastanelerinde yarı zamanlı çalışma uygulanmıştır. Böylece hekimlerden yeterli düzeyde yararlanılmamıştır. Bu dönemde karşımıza önemli sorunlar olarak çıkmaktadır.

1994-1995 yılında 25 olan tıp fakültelerinin sayısı, 1998-1999 yılında 46 olurken, kontenjan sayısı azaltılarak bu dönemde kayıt olan öğrenci sayısı 5.087'den 4.514'e düşmüştür (Özer, Çıraklı 55). Bu düşüşün önüne geçebilmek

için yeni tıp fakülteleri açılmak yerine mevcut kontenjan sayısının artırılması önem kazanmıştır.

Tüm vatandaşların sağlık sigortası kapsamına alınarak sağlık hizmetlerinden faydalandırılması, aile hekimliğinin uygulamasına geçilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, tüm sağlık kuruluşlarının tek bir çatı altında toplanması, sağlık bakanlığının görev ve organizasyon yapısının yeniden yapılandırılması gibi hedefler belirlenmiştir (DPT, 2000).

2.6.9. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013))

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı 7 yıllık bir süreçte AB mali takvimine göre oluşturulmuştur. Planın hazırlanmasında 57 adetten oluşan Özel İhtisas Komisyonu (ÖİK) oluşturulmuş ve komisyonlara üniversite, kamu ve özel kesimden 2252 kişi katılmıştır (DPT, 2006).

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık hizmetleri ile ilgili hedefler,

Tablo 8. Sağlık Hizmetlerinde Hedefler

	2006	2013
Hekim Sayısı	103150	120000
Hekim Başına Düşen Nüfus	707	658
Tıp Fakültesine Yeni Kayıt Sayısı	4800	7000
Yatak Sayısı	197170	236600
Yatak Başına Nüfus	372	335

Kaynak: (DPT, 2006: 63)

2.6.10. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)

Onun Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde sağlık hizmetleri alanında önemli gelişmeler kaydedildi. 2012 yılında sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı %75 olarak belirlendi. 2002 yılında 378000 olan sağlık personeli sayısı 2011 yılında 670000' e ulaşmıştır.

Bu planda bireylerin yaşam sürelerini ve yaşam kalitelerini yükselterek aktif bir şekilde topluma ekonomik, sosyal ve kültürel yönden katılımlarının sağlanması hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinde sektörler arasında işbirliğine gidilmesi, ilaç kullanımının daha sağlıklı ve akılcı bir şekilde yapılabilmesi için halkın ve sağlık personellerinin bilgilendirilmesi, sağlıkta insan gücünün geliştirilmesi gibi politikalar belirlenmiştir (DPT, 2013).

2.6.11. Onbirinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2019-2023)

Onbirinci beş yıllık kalkınma planı 3067 sayılı kanun gereğince, TBMM tarafından 18.07.2019 tarihinde onaylanmıştır. Plan döneminde milli teknoloji atılımı ile teknolojinin ve yeniliklerin artırılması eğitim atılımı ile de beşeri sermayenin artırılması amaçlanmaktadır. On birinci kalkınma planı, milli teknoloji hamlesi ile birlikte uluslararası düzeyde rekabet gücü artan bir ekonomik kalkınma süreci öngörmektedir.

Kalkınma planı, 5 temel eksenden oluşmaktadır.

- Güçlü ve istikrarlı bir ekonomi
- Rekabetçi verimlilik ve üretim
- Güçlü toplum ve nitelikli insan
- Sürdürülebilir çevre ile hukuk devleti ve yaşanabilir şehir
- İyi yönetim ve demokratikleşme

Bu eksenler ile birlikte daha fazla değer üreten, daha adil paylaştan ve daha güçlü bir Türkiye vizyonu hedeflenmektedir ve bu yaklaşımla yerli üretimin artırılması ve sanayileşmenin hızlandırılması öngörülmektedir (TC. Cumhurbaşkanlığı, 2019: 1-3).

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HARCAMALARI VE KALKINMA İLİŞKİSİ

3.1. Sağlık Harcamalarının Türkiye'deki Gelişimi

Türkiye'de sağlık harcamaları kamu kesimi ve özel kesim tarafından yapılmaktadır. Sağlık harcamalarına yönelik ilk çalışma 1996-1998 yılları arasında yapılmıştır. Araştırma, sağlık hizmetlerindeki kaynaklar, kaynakların miktarı ve bu kaynakların hangi kurum ve kuruluşlar tarafından sağlandıkları üzerinde yapılmıştır (Yılmaz, 2012: 37-38).

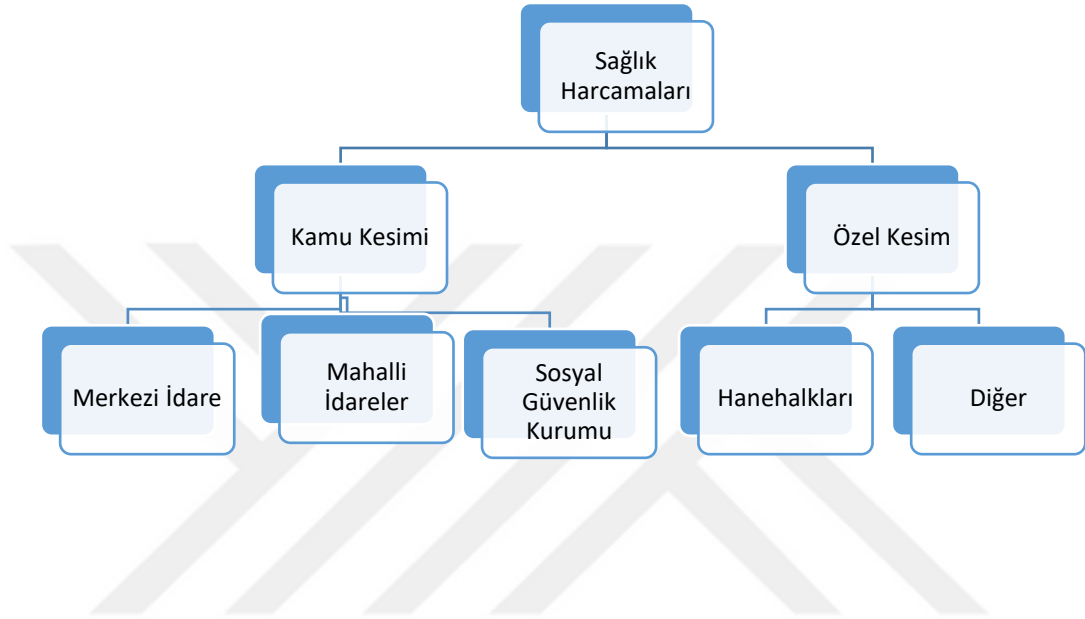
Sağlık ile ilgili giderler ilk kez Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2001 yılında sunulmuştur. Sağlık giderleri ekonomik büyümeyi ve üretkenliği arttırmaktadır ve bireylerin sağlıklarına gereken önemi vermeleri ve sağlık hizmetlerinden faydalanmaları sağlık giderlerinde artışa neden olmaktadır. Türkiye'de sağlık giderleri Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yürütülmektedir (Temür ve Bakırcı, 2008: 265)

Türkiye 1980 yıllarına kadar hizmetin geliştirilmesine yönelik sağlık alt yapısı ile ilgili çeşitli değişikliklere gitmiştir. 1980 öncesi sağlık politikalarındaki iyileştirilmeye yönelik yaklaşımların yanında sağlık sisteminin değiştirilmesine yönelik reform düşüncesi harekete geçirilmiştir. Sağlık alanında yapılan bu reformlar 1990 yılından sonra hız kazanmıştır. 2003 yılında da sağlıkta dönüşüm programı uygulanmaya başlamıştır. Program ile amaçlanan hedefler sağlık hizmetlerinin organize edilmesi, verimli, finansmanının sağlanması ve etkili olmasıdır.

Uygulanan sağlık dönüşüm programı ve reformlar sayesinde sağlık harcamalarının bütçeden aldığı pay artmıştır. 2008 yılına kadar düzenli olarak artış gösteren pay 2008 yılından sonra hafif bir düşüş göstermiştir. Kamu harcamaları içerisindeki kamu sağlık harcamalarının payı tek başına ülkenin sağlık harcamalarının yeterli olduğunu ifade etmez. Kamu sağlık harcamalarının yetersiz kaldığı ülkelerde bireyler sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanabilmek için özel sigortalar yolu ile veya cepten ödemeler yolu ile sağlık harcaması yapmaktadır. Gelir dağılımının bozuk olduğu ülkeler de bireylerin

yeterli sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi kamu harcamalarına bağlıdır (Sayım, 2017: 28).

Tablo 9. Sağlık Harcamalarının Yapıldığı Birimler

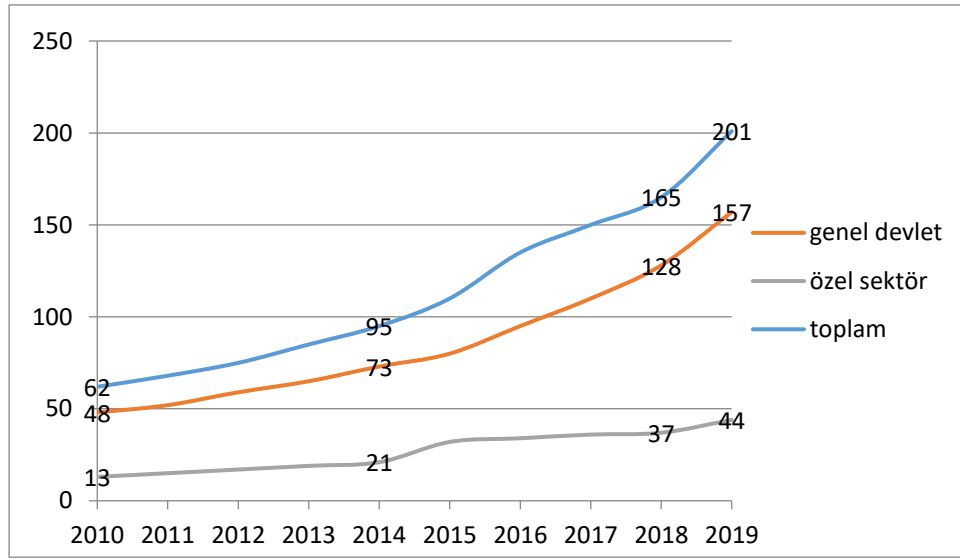


Kaynak: (Bülbül, 2020)

Kamu kesimi sağlık harcamaları sosyal güvenli kurumu, mahalli idareler ve merkezi idareyi kapsarken, özel kesim harcamaları ise hane halkları ve diğer sağlık harcamalarını kapsamaktadır. TÜİK(2020) de diğer sağlık harcamalarını şu şekilde tanımlamıştır; “*Özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hane halklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT’ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar*” (Bülbül, 2020: 44).

TÜİK verilerine göre aşağıda toplam sağlık harcamalarının sektör bazlı dağılımı gösterilmiştir.

Grafik 4. Sağlık Harcamaları 2010-2019



Kaynak: (TUİK 2020)

Devlet sağlık harcaması 2019 yılında bir önceki yıla kıyasla %22,5 artış göstererek 156 milyar 819 milyon TL'ye yükselmiştir. Özel sektör sağlık harcaması bir önceki yıla göre %18,8 artarak 44 milyar 212 milyon TL'ye yükselmiştir. Toplam sağlık harcaması ise %21,70 artarak 201 milyar 31 milyon TL'ye yükselmiştir (TUİK, 2020).

Toplam sağlık harcamasının %78,0'lık kısmı genel devlet bütçesinden karşılanmıştır.

Tablo 10. Genel Devlet Ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2018, 2019
(Milyon TL)

	2018	Pay(%)	2019	Pay(%)
Toplam Sağlık Harcaması	165,234	100,0	201,031	100,0
Genel Devlet	128,021	77,5	156,819	78,0
Merkezi Devlet	40,461	24,5	51,492	25,6
Mahalli İdareler	1,439	0,9	1,373	0,7
Sosyal Güvenlik	86,121	52,1	103,954	51,7
Kurumu				
Özel Sektör	37,213	22,5	44,212	22,0
Hane Halkları	28,655	17,3	33,626	16,7
Sigorta Şirketleri	4,625	2,8	5,801	2,9
Diğer	3,933	2,4	4,785	2,4

(1)*Diğer* sağlık harcamaları; hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmeler tarafından yapılan sağlık harcamaları

Kaynak: (TUİK, 2020)

Tablo 10’da TÜİK verilerine göre 2019 yılında genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı %78 olarak gerçekleşmiştir. Verilere göre özel sektör sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ise %22 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2020).

Hane halkları tarafından cepten yapılan (ilaç, tedavi vb.) sağlık harcamaları 17,4 artış göstererek 33 milyar 626 milyon liraya ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için başvuru alan kurumlardan en yüksek payı %48,2 ile hastaneler oluşturmuştur. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2018 yılına göre 2019 yılında %19,9 artarak 2,43’e yükselmiştir (TÜİK, 2020).

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003)

2003 yılında toplum sağlığı sorunlarına yönelik uygulanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve örgütlenmesinde önemli değişiklikler öngörmektedir. Sosyal yönünün de çok önemli olmasından dolayı ‘‘Sosyal Güvenlik Reformu’’ olarak da bilinmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte amaçlanan hedefler, sağlık hizmetlerinin verimli, etkili ve adil bir şekilde organize edilmesidir. Aynı zamanda amaçlar arasında aşırı talebin önlenmesi, artan sağlık harcamalarının azaltılması, sağlık hizmetlerine ulaşmada adaletin sağlanması, hizmet sunucularının ortaya çıkardığı yapay talebin önlenmesi, hastaların bilinçlendirilerek harcamalarının kontrol altına alınması gibi durumlar da bulunmaktadır (Bahçe ve diğerleri, 2013:300).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) oluşturulmuştur. SGK’nın oluşturulması ile birlikte sağlık finansmanlarının tek bir çatı altında toplanarak hizmet sunucularının hizmet alımlarının SGK tarafından sağlanması hedeflenmiştir. Böylece aile hekimliği ve kamu hastane birlikleri oluşturulmuştur. Döner sermaye ve performansa dayalı ödeme sistemi getirilmiştir. Bu uygulama ile sağlık çalışanlarını kamu sektörü içerisinde rekabete dayalı bir ücretlendirme sisteminin içerisine çekmişlerdir (Soysal ve Yağar 2015:318).

Sağlıkta dönüşüm programını zorunlu kılan başlıca nedenler bulunmaktadır.

Tablo 11. Sağlıkta Dönüşüm Programını Zorunlu Kılan Nedenler

1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Maliyetlerin Artması	Ülkelerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları pay ile sağlık sektöründen elde etmek istedikleri pay arasındaki fark artmaktadır. Hastalıkların yaygınlaşması, iler teknolojiler ve demografik yapıdaki değişiklikler sağlık hizmetlerine yönelik maliyetleri arttırmaktadır.
2.Toplumdaki Bireylerin Beklentilerindeki Artış	Bireyler genç ve sağlık olmak istemektedirler. Bunun gerçekleşmesi için ülke sağlık sistemine baskı uygulanmaktadır. Bireyler sağlık konusunda bilinçlendikçe ve ülke geliştikçe sağlık konusundaki beklentiler de yükselmektedir. Bireyler en son, en iyi ve en yeni teknolojiye sahip sağlık hizmetlerinden faydalanmak istemektedirler.
3.Kamunun Sağlığa İlişkin Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması	Sağlık hizmetlerinden artan beklenti ve maliyetler devleti talepleri karşılama hususunda baskı altına almaktadır. Ekonomik büyüme sağlık finansmanına katkı sağlasa da sağlık sektörüne yönelik maliyetler ve talep devamlı olarak artış göstermektedir.
4.Vatandaşın Kamu Yönetim Anlayışını Sorgulaması	Kıt kaynakların israfı, yetersiz, kötü yönetim ve yerinde olmayan politika uygulamaları kamunun işleyişi hakkında sorgulama başlatmıştır. Kamunun istenilen hizmet sunamaması, sosyal medya, gelişen teknoloji, sivil toplum kuruluşlarının artması, gibi etkenler vatandaşın şüphelenmesine yol açmıştır ve yönetim şeklini sorgulatmıştır. Yaşanan olumsuzluklar nedeni ile sağlık hizmeti sunumunda değişimi zorunlu hale getirilmiştir.

Kaynak: (Akdağ, 2012)

Sağlıkta dönüşüm programı ile hedeflenen sağlık hizmetlerinin modern sağlık sistemi ile etkin ve verimli sunumunun gerçekleştirilmesidir (Başol ve Işık, 2015, 4).

Bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedefleri (Sağlık Bakanlığı, 2008: 20).

- ✓ Sağlık Bakanlığı'nın denetleyici ve planlayıcı rolünün yeniden organize edilmesi

- ✓ Toplumun tamamını kapsayacak şekilde genel sağlık sigortasının oluşturulması
- ✓ Kolay ulaşılabilen, kaliteli ve ülke geneline yayılmış bir sağlık hizmetinin sunulması
- ✓ Yüksek motivasyonlu ve beşeri sermaye birikimi yeterli sağlık personeli kadrosunun oluşturulması
- ✓ Sistemi destekleyecek bilim kurumları ve eğitim kurumlarının kurulması,
- ✓ Nitelikli ve güvenilir sağlık hizmetleri için kalitenin sağlanması ve akreditasyon sağlanması,
- ✓ Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal düzenlemenin sağlanması
- ✓ Kurulacak sağlık bilgi sistemi ile karar sürecinde etkili bilgiye ulaşımın sağlanması

Türkiye’de sağlık sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programı ile değişime uğramıştır. Sağlık reformları yasama aşamasını geçerek artık uygulanma sürecine girmiştir. Bu reformların uygulama aşamasına geçilmesinde önemli olan beş ana unsur bulunmaktadır. Bunlar, siyasi istikrarın ve ekonomik istikrarın varlığı, Avrupa Birliği dinamiği, reform dinamiğinin kendisi, uluslararası kuruluşların etkisi ve siyasi istekleri ile birlikte destek ve kararlılıktır (Yıldırım, 2013: 13).

SDP üç ana ayak üzerinde oluşturulmuştur. Bunlardan birincisi Emekli sandığı, SSK ve Bağ-Kur programlarını SGK çatısı altında birleştirmiştir. Hizmet sunucu ile alıcının ayrılması ile birlikte SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir ve SSK’ lı hastaların kamu sağlık kuruluşlarına ulaşmaları sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerine ulaşımda adaletin sağlanması hususunda atılan adımlar sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına yol açmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ‘‘Performansa Dayalı deme Sistemine’’ geçilmiştir (Sülkü, 2011).

Dünya Bankasının 2003 yılında yayımlamış olduğu raporda Türk sağlık sistemi için Aile hekimliği modeli önerilmiştir. Önerilen bu modelde birinci basamak sağlık hizmetleri topluma yönelik ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Rapora göre topluma yönelik sağlık hizmetleri toplum sağlığı

merkezleri tarafından sunulacaktır. Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri ise aile hekimliği tarafından sunulacaktır (Ataay, 2008).

Sağlıkta Dönüşüm Programının üçüncü ayağını ise Kamu Hastane Birlikleri (KHB) reformu oluşturmaktadır. Reform, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci basamak tedavi ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının KHB çatısı altında 'özerk' olarak yeniden birleşmesini amaçlamaktadır (Ataay, 2007).

3.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programında Etkili Olan Aktörler

Türkiye' deki sağlık politikalarının oluşmasında etkili olan çok sayıda aktör bulunmaktadır. Bunların başında devlet gelmektedir ve devlet planlama, koordinasyon, finansman ve sağlık kurumlarının geliştirilmesinde temel sorumluluğu almaktadır. Devlet bu konudaki görev ve sorumluluğu Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurumu ile birlikte yürütmektedir. Bunların yanında, DSÖ, IMF, OECD, DB ve DTÖ gibi uluslararası kuruluşlar da Türkiye' deki sağlık politikalarının belirlenmesinde rol oynamaktadır (Yıldırım, 2013: 352-385).

3.2.2. Resmi Aktörler

Sağlık politikalarının belirlenmesinde ve programın oluşturulmasında resmi aktörler etkili olmuştur. Resmi aktörler kamu, hükümet, yargı bürokrasisi ve meclisten oluşmaktadır. Sağlık politikalarının formüle edilmesinde yürütme ve kamu bürokrasisi, politikaların yasalaşması sürecinde meclis, sağlık politikalarının oluşturulması sürecinde de yargı organının rol oynadığı gözlenmiştir. Dolayısı ile sağlık politikalarının düzenlenmesinde ve uygulanmasında resmi aktörlerinin tamamı rol oynamıştır (Memişoğlu, 2018: 82-83).

3.2.3. Resmi Olmayan Aktörler

Medya, vatandaşlar, siyasi partiler ve sivil toplum örgütleri gibi resmi yapılanmanın dışında bulunan aktörlere resmi olmayan resmi olmayan aktörler denir.

3.2.4. Diğer Aktörler

SDP uluslararası aktörlerinde etkili olduğu bir politika metnidir. Özellikle DB ve DSÖ bu konuda başarılı bir rol oynamaktadır (Atun, 2015: 1288).

3.2.5. Avrupa Birliği (AB)

SDP üzerinde AB' nin doğrudan bir etkisi olduğunu söylemek mümkün değildir. Ancak sağlık politikalarının belirlenmesinde, üyelik sürecindeki yükümlülükler ve SDP' nin oluşturulmasında etkili olmuştur (Akdağ, 2003-2011, 278).

Sağlık politikalarının belirlenmesinde etkili ve önemli bir uluslararası örgüt olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Sağlık Bakanlığı ile birlikte sürekli işbirliği halindedir. İşbirliğini “Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Arasında İki Yıllık İş Birliği Anlaşması (Biennial Collaborative Agreement-BCA)” altında sürdürmektedir bu anlaşma iki yıl ara ile yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013-2017: 13).

1990' lı yıllar itibari ile Türkiye' deki sağlık politikalarının belirlenmesi ve uygulanmasında Dünya Bankası (DB), etkili olmuştur. Dünya Bankası verdiği krediler ve politika önerileri ile Sağlıkta Dönüşüm Programına önemli derecede katkı sağlamıştır. 2003 yılı Mart ayında DB tarafından “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu I-II” isimli iki adet rapor yayımlanmıştır. Bu raporlarda Türkiye' deki sağlık politikaları değerlendirilmiştir ve SDP ile önemli bir başarı elde edildiği açıklanmıştır (Sarbanı, 2009: 12).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD), sağlık göstergelerinde özellikle sağlık harcamalarında diğer ülkeler ile karşılaştırmalı oranlar vermektedir. Sağlık alanında raporlar yayımlayıp istatistikler hazırlayarak sağlık politikaları üzerinde yönlendirici olmaktadır. Türk sağlık sisteminin OECD düzeylerine çıkması için önerilerde bulunarak SDP üzerinde etkili olmuştur. SDP hayata geçtikten sonra reformlar üzerinde incelemelerde bulunarak Dünya Bankası ile ortak rapor yayımlamıştır (OECD ve DB, 2008).

3.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulama Süreci

Uygulama süreci dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar, yasalaşma, kavramsallaşma, kontrollü yerel uygulamalar ve ülke genelinde uygulamaların yayılmasıdır.

3.3.1. Kavramsallaşma

Hükümetin geçmiş dönemde sağlık alanında yapılan çalışmalar ile sağlık alanındaki amaçları dikkate alınarak program yürütülmüştür. Çalışmada bulunan her bileşenle ilgili hedefler, kavramsal olarak ortaya konmuştur. Geliştirme ve uygulama süreçlerinde ulusal ve uluslararası uzmanların görüşleri alınmıştır. Programın oluşturulması için geçen süreçte diğer ülkelerde var olan uygulamalar da dikkate alınarak ülkemizin ihtiyacı olan uygun program oluşturulmak istenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 37).

3.3.2. Yasalaşma

Yasalaşma, kavramsallaşma sürecinden bir sonraki aşamaya denir. Yasa, yönetmelik, bakanlar kurulu kararı gibi ihtiyaç duyulan hukuksal alanlarda düzenlemelerin sağlanması ve Sağlıkta Dönüşüm Programının yasal mevzuatının oluşturulmasıdır.

3.3.3. Kontrollü Yerel Uygulamalar

SDP sürecinde oluşturulan ülke genelinde bazı iyileştirmelerin uygulanmasından önce kontrollü ve sınırlı uygulamalar yapılması planlanmıştır. Önce belirli bölgelerde uygulanarak sürecin eksik taraflarının da fark edilmesi planlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 38).

3.3.4. Uygulamaların Türkiye Geneline Yayılması

Bu aşamada bileşenler ülke geneline uygulanmaya konulmaktadır. SDP'nin hazırlık aşamasında ve uygulanma aşamasında başta halkın görüşleri olmak üzere sendikaların, bilim adamlarının, gönüllü kuruluşların, iş dünyasının, özel sektör sağlık girişimcilerinin, endüstriyel kuruluşların ve siyasi partilerin de görüşleri alınarak sürece katılımları sağlanmıştır. Bu alanda Sağlıkta Dönüşüm Programının yurt dışındaki çalışmalardan farklılık göstermemesi için başta DSÖ olmak üzere akademisyenlerin, önde gelen uzmanların ve sağlık ile ilgili

uluslararası kuruluşların bilgi ve tecrübelerinden faydalanılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 38).

3.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası

Program sonrası Sağlık Bakanlığında yeniden yapılandırmalar meydana gelmiştir. Politika oluşturma ve üst denetim görevleri sağlık bakanlığına devredilmiştir. Koruyucu hizmetleri ve temel sağlık hizmetlerini yürütmek için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu oluşturulmuştur. Hastane hizmetlerinin yürütülmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, tıbbi ürünler ve ilaçla ilgili düzenleme yapmak ve denetlemeleri sağlamak için ise Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu gibi kuruluşlar oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012: 268).

Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda merkez ve taşra teşkilatı ve teşkilat yapısında değişiklikler olmuştur. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler Kamu Hastaneler Birliği çatısı altında toplanmıştır. Bakanlık sistem içinde denetleyici ve düzenleyici bir rol üstlenmiştir. Bu şekilde birbirinden ayrılmış bir sistem oluşmuştur (Acar, 2018: 8-9).

Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda 663 sayılı KHK ile taşra teşkilatında da değişiklik yapılmıştır. İllerdeki sağlık müdürlükleri ile birlikte ilçelerde de sağlık müdürlükleri açılmıştır. Bu durum ihtiyaç doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. İl Sağlık Müdürlüklerinin görevleri arasında acil hizmetleri sürdürmek ve bakanlığa rapor vermek bulunmaktadır (Acar, 2018: 10). Bakanlıkta kurumsal uzlaşmaya dayalı yatay yapılanmaya geçilmiştir. Yetki devri ile icra faaliyetleri bakanlık tarafından yürütülmektedir. Yetki devri esaslı çalışma ve görevler taşraya aktarılmıştır (Sevinç ve Özer, 2016: 9).

Sağlıkta dönüşüm programından önce sağlık personellerine yapılacak ek ödeneklerde personellerin döner sermayeyi kullanabilme izinleri olmasına rağmen döner sermayeden alınan ödeme payları düşüktü. Sağlık dönüşüm programı ile birlikte gerçekleştirilen önemli teşviklerinden biri de sağlık personellerinin aldığı ek ödemelerin belli bir performans çerçevesinde olmaya başlamasıdır. Süreç bu şekilde daha şeffaf ve standart bir hale gelmiştir (Hurst ve diğerleri, 2008: 47).

Kamu kurumlarındaki hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Erken ölümleri azaltmak için felç, diyabet, kalp damar hastalıkları, böbrek yetmezliği ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için belli programlar uygulanmaya başlanmıştır. SDP ile birlikte bulaşıcı hastalıklardaki göstergelerimiz gelişmiş ülkelerin seviyesine ulaşmıştır.

Sağlık personeli, bina ve donanımın eksik olduğu bölgeler belirlenmiştir ve bu bölgelerde ki dengesizlikler önemli ölçüde giderilmiştir (S.B. Stratejik Plan, 2013-2017: 27).

3.5. Kamu Sektörü ve Sağlık Harcamaları

Türkiye’de ki toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı oldukça yüksektir. Sağlık harcaması yapan kamu kurumları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

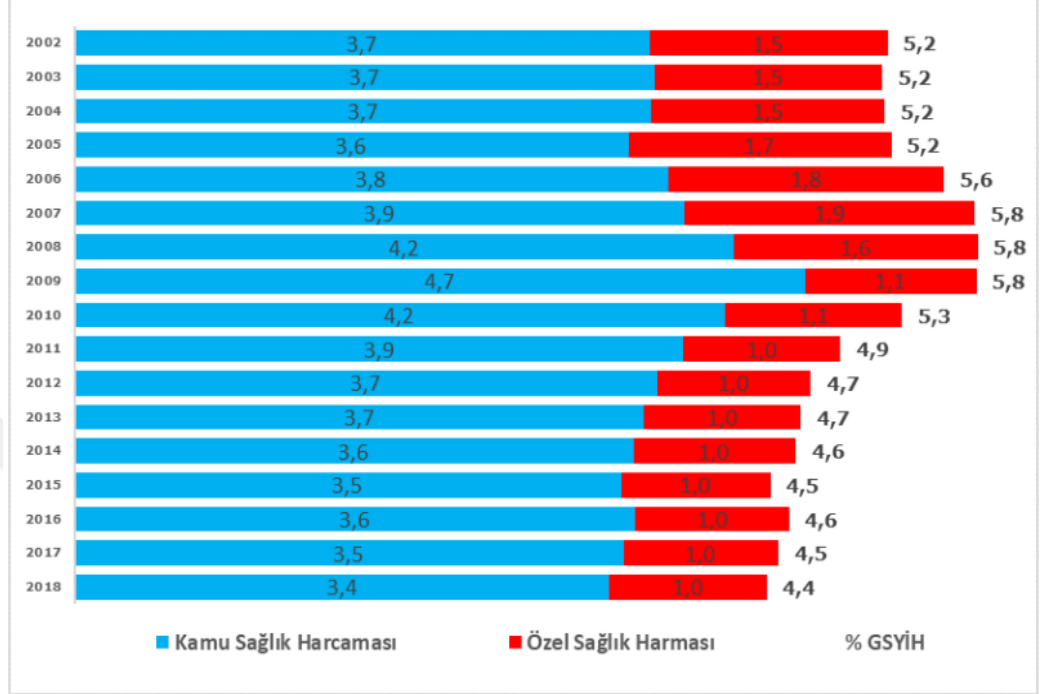
- Sağlık Bakanlığı
- SGK
- KİT’ler
- Üniversiteler
- Belediyeler

3.5.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları

2 Mayıs 1920 tarihinde kurulan Sağlık Bakanlığı’nın görevi Türkiye’deki sağlık politikalarını yönetmek ve sağlık hizmetlerinin ülke genelinde dengeli bir şekilde yaygınlaşmasını sağlamaktır.

Sağlık Bakanlığı’nın harcamalarının finansmanı, fon, döner sermaye ve genel bütçe ödemelerinden oluşmaktadır. Ancak temel kaynağı genel bütçe gelirlerinden oluşmaktadır (Yurdadoğ, 2006: 146).

Grafik 5. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2018), (%)



Kaynak: TÜİK

Grafik 5'e baktığımızda, Türkiye'de sağlık sektöründe kamu harcamalarının payı 2002 yılında %70,70 iken 2018 yılında %77,30'e yükselmiştir. Yaşanılan bu artışta Türkiye'nin 2002 yılından sonra uyguladığı SDP' nin önemli payı mevcuttur. Nüfusun neredeyse tamamının SGK altında toplanarak sosyal güvenlik kapsamına alınması, sağlık hizmetlerinden faydalanmaları ve sağlık hizmet sunucularının tel bir çatı altında toplanarak Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesinde kamu finansmanının önemi büyüktür.

Tablo 12. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2018), (%).

Yıllar	Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	Toplam Sağlık Harcaması
2002	3,7	1,5	5,2
2003	3,7	1,5	5,2
2005	3,6	1,7	5,2
2010	4,2	1,1	5,3
2011	3,9	1,0	4,9
2012	3,7	1,0	4,7
2013	3,7	1,0	4,7
2014	3,6	1,0	4,6
2015	3,5	1,0	4,5
2016	3,6	1,0	4,6
2017	3,5	1,0	4,5
2018	3,4	1,0	4,4

Kaynak: TÜİK

Tablo 12’de Türkiye’deki sağlık harcamalarının GSYH oranı %5,2’ den %4,4’e düştüğünü görmekteyiz. 2002-2018 yıllarında arasında sağlık sektöründe yaşanan önemli gelişmelere rağmen bu düşüşün gerçekleşmesi sağlık hizmetlerinin finansal yönetimi açısından başarısını göstermektedir.

3.5.2. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)

SSK 20.05.2006 tarihinde 552 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Bağ-Kur ve Emekli Sandığının birleşmesi ile tek çatı altında toplanarak SGK adını almıştır. İstihdamda yaşanan değişimler, istihdam odaklı sosyal sigorta anlayışı, iş gücü piyasasındaki yapısal problemler, işsizliğin artış göstermesi ve sistemin bütününe yönelik değerlendirmeye ilişkin yapısal sorunlar sosyal güvenlik sisteminde yeniden yapılanmaya gidilmesine neden olmuştur (Gökbayrak, 2018). Yeni yapılanmada, bilgi talebinin hemen karşılanması, sistemin kolay erişebilir olması, işlem sürelerinin kısaltılması ve kademeli olarak eş zamanlı hale getirilmesi, sunumun kaliteli olması amaçlanmıştır (Tiyekli, 2008: 8).

Tablo 13. SGK Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Sağlık Harcama Kalemleri	Harcama Tutarları				
	2015	2016	2017	2018	2019
Tedavi	39,557	45,5	51,2	59,0	69,5
İlaç	18,895	21,3	25,1	30,9	39,6
Reçete	146	217	313	339	387
Hizmet Bedeli					
Diğer	814	863	948	1,146	1,23
Toplam	59,411	68,0	77,6	91,5	110,7

Kaynak: (SGK Faaliyet Raporu)

Tablo 13’de 2015-2019 yılları arasında SGK’ nın sağlık harcamalarına yapmış olduğu ödeme tutarlarını kalem bazında açıklanmıştır. 2015 yılı itibari ile SGK tarafından sağlık harcamalarına yapılan ödemelerin devamlı olarak artış gösterdiği görülmektedir.

3.5.3. KİT’ler

Kamu kuruluşudur ve özerk bütçeye sahiptirler. Giderlerini kendilerine ait özel gelirler ile karşılamaktadırlar. Özel hukuk kurallarına göre faaliyet

gösterdiklerinden çalışanlarına, sağlık alanında anlaşma yaptıkları hekim ve kurumlar ile sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Aynı zamanda kendi hastaneleri ve hekimleri de bulunmaktadır (Dağlı, 2006: 77).

3.5.4. Üniversiteler

Genellikle üniversite hastaneleri tarafından yapılan sağlık harcamalarıdır. Üniversite hastaneleri sağlık amaçlı eğitim hizmeti vermektedir, araştırma faaliyetleri gerçekleştirmektedir ve topluma sağlık hizmeti sunmaktadır. Hekimlerin yetiştirildiği tıp fakültelerinde uygulamalı eğitim sağladıklarından sağlık sektöründe son derece önemli bir yere sahiptirler (Arık ve İleri, 2016: 49-50).

Üniversite hastanelerinin kuruluş amaçları;

- Mezuniyet öncesinde uzmanlık ve tıp eğitimi sağlamak
- Bilimsel araştırma yapabilmek için uygun ortam hazırlamak ve klinik çalışmalar yapmak
- Kaliteli tedavi hizmeti ve sağlık yaşam hususunda araştırmalarda bulunmak ve uygulamalar yapmak
- Kamu kurum kuruluşları ve kuruluş amaçları ile ilgili sağlık ile işbirliği yapmak
- Toplumun sağlıklı yaşam hakkında bilinçlenmesini sağlamak

Üniversite hastaneleri ülkemizde uygulama ve araştırma üzerine kurulduğundan doğrudan rektöre bağlıdırlar. Bu nedenle yöneticileri de rektör tarafından atanmaktadır.

Üniversite hastaneleri üçüncü basamak tedavi hizmetleri verdiklerinden oldukça harcama yapmaktadırlar. Ülkemizde kamu sağlık harcamalarının büyük kısmının SGK tarafından karşılanması üniversite hastanelerinin SGK' ya olan bağlılığını arttırmıştır (Atasever, 2014: 45).

3.5.5. Belediyeler

Sosyal belediyecilik adı altında birçok belediye ihtiyaç sahibi kişilere ücretsiz olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalandırmak için sağlık personelleri görevlendirmektedir.

Türkiye’deki sağlık politikaları planlanması, belirlenmesi ve yönetilmesi bakımından iç içe girmiş bir yapıya sahiptir. Sağlık hakkı ilk olarak 1961 anayasasında sosyal hak olarak değerlendirilmiştir ve ilk defa sosyoekonomik haklar kategorisinde tanınmıştır. Anayasaya göre sağlık hizmetlerinin sunumu devletin kamusal sorumluluğu olarak görülmüştür.

1982 Anayasası sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, belirlenmesi ve yönetsel anlamda sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Böylece Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin planlanması ve belirlenmesinin yanı sıra yönetilmesi ile de ilgilenecektir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığının 4 temel görevleri bulunmaktadır. Bunlar ulusal sağlık politikalarının düzenlenmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ile ulusal düzeyde sağlık politikalarının yönetimidir (Koç, 2018: 27-28).

Türk Sağlık Sistemini Osmanlı Dönemi ve Cumhuriyet Dönemi olmak üzere iki ayrı dönemde incelenebilir. Cumhuriyetin ilk kuruluşundan itibaren sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sosyoekonomik bir hak olarak nitelendirilmiştir ve devletin görevi olarak görülmüştür. 3 Mayıs 1920’ de TBMM tarafından bugünkü Sağlık Bakanlığı kurulmuştur ve sağlık hizmetlerinin bir bakanlık tarafından yürütülmesine karar verilmiştir (Akdur, 2005: 24).

3.6. Özel Sektör ve Sağlık Harcamaları

Özel sektör sağlık harcamaları dış hekimi, özel hastane harcamaları, eczane, kamuya yapılan cepten ödemeleri ve özel ilaç ödemelerini kapsamaktadır (Mutlu ve Işık 2002:298).

Ayaktan tedavi hizmetlerinde özel sektörün önemli bir payı vardır. Son zamanlarda sosyal güvenlik fonları kapsamına giren sigortalılar özel sektöre ait sağlık hizmetleri birimlerinden yararlandırılmaktadırlar. Bu durumda sağlık hizmetlerinin gelişimini olumlu yönde etkilemiştir.

Yataklı tedavi kurumlarının sağlık hizmeti sunumunda yıllar geçtikçe hem özel sektör hem de ülke geneli açısından artış olmuştur. Ancak ülke genelinde yaşanan artış özel sektörde sağlık hizmetlerin sunumunda meydana gelen artıştan daha azdır (Yurdadoğ, 2007: 607).

Türkiye’ de hekimler kamu kesiminde çalışabildikleri gibi kendi özel muayenehanelerinde de çalışma hakkına sahiptirler. Kamuda çalışan hekimler kamu hizmetlerini tamamladıklarında özel muayenehanelerine geçerek hizmet vermeye devam edebilirler.

Kırsal bölgeler ile kentsel bölgeler karşılaştırıldığında özel sağlık hizmeti sunucuları kırsal bölgelerde kentsel bölgelere oranla daha az bulunmaktadır (TÜSİAD 2004: 63). Türkiye’ de devletin vermiş olduğu teşvik kredileri sayesinde 1990’larda hastane sayısında önemli ölçüde artış yaşanmıştır ve kapasiteleri 1995-2000 yılları arasında iki katına çıkmıştır (Yıldırım, 2000).

Türkiye’de sağlık alanında özel sektörün payı 1961 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu ile ortaya çıkmıştır. Kamu mülkiyetinde ekonomik kuruluş olan Kamu İktisadi Teşebbüsü (KİT’lerin) yönetimlerinin özel sektöre devredilmesi ile sağlık hizmetleri özelleştirilir. Türkiye’de özelleştirme denilince ilk aklın gelen KİT’lerin özel şahıs ve şirketlere satılması gelmektedir. Özelleştirme için KİT sermayesinin en az %51’nin devir edilmesi gerekmektedir. (Karluk, 1996: 318-319).

Sağlık sektöründe özelleştirmenin nedenleri arasında devletin yükünü azaltmak, hizmet kalitesini ve verimliliği yükseltmek olarak sayılır. Dünya Sağlık Örgütüne göre bir ülkede GSMH’nin en az %5’nin sağlık hizmetlerine ayrılması gerekmektedir (TOBB, 1993: 12).

GSMH oranının yaklaşık %3-4’ünü sağlık sektörüne ayıran ülkelerin sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde özel kesime bırakılması olumsuz sonuçlar doğuracaktır. Özel sektör sağlık kuruluşları genelde yüksek gelir kesiminde yoğunlaştığından özel kesimin genişlemesi ile birlikte yoksul kesimin yaralandığı sağlık hizmetlerinde kalite düşebilir (Tatar, 1997: 82).

Günümüzde tüm sağlık hizmetleri aynı özelliklere sahip değildir. Devlet koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda etkiliyken, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde kamu veya özel sektör etkilidir. Özel sektör Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ruhsatlar ile sağlık hizmetlerini sunmaktadır.

Türkiye’de sunulan sağlık hizmetleri genelde kamu tarafından yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde özel sektör son yıllarda yaşanan artış ile birlikte %5-10 civarına gelmiştir.

3.7. Türkiye’ de İlaç Sektörü

Üretim, istihdam ve dış ticaret hacimleri içerisindeki yeri itibari ile öne çıkan ilaç sektörü, teşvik paketleri içerisinde kendine yer bulmaktadır.

Türkiye ilaç sektöründe 2017 yılında %20,4 olan eczane satışları 2018 yılında % 25,4 oranında artış göstermiştir. Hastane satışları da 2017 yılında %19,0 iken 2018 yılında %30,6 oranında artış göstermiştir (Orhan, 2020: 12).

Türkiye, ilaç sektöründeki şirketler için önemli piyasalar arasında bulunmaktadır. Yaşlı nüfusunun artması sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde erişebilmeyi sağlamaktadır. Ortalama yaşam süresinin artması ile ilerleyen dönemlerde gelecekte ilaç sektörünün daha çok büyümesi beklenmektedir (TOBB, 2012: 2).

Türkiye’ de ilaç sektöründe 17’ si çok uluslu firma olmak üzere 77 ilaç üretim tesisi, 15’ i çok uluslu firma olmak üzere 71 üretici firma, 6’sı çok uluslu firma olmak üzere 12 hammadde üretim tesisi ve 4’ü çok uluslu firma olmak üzere 10 hammadde üretimi yapan firma bulunmaktadır. İlaç sektöründe 30.000 kişi istihdam edilmektedir. Bunların genelinde eğitim seviyesi oranı yüksektir (BSTB, 2013: 10).

Türkiye’ de ilaç sektörü Cumhuriyet öncesi eczane dönemi, Cumhuriyetten II. Dünya savaşına kadar olan laboratuvar dönem ve II. Dünya savaşından günümüze kadar olan fabrika dönemi olmak üzere üç dönemde ele alınmaktadır. Cumhuriyet öncesi dönemde yabancı kökenli ilaçlar herhangi bir denetime tabi tutulmadan yurt içinde serbest satılmaktaydı, bu dönemde nihai ilaç yapımı eczanede başlamıştır. İhtiyacın tamamı serbest ithalat ile yapılmaktaydı. Cumhuriyetin ilanından sonra ilaçlar için ruhsat alma zorunluluğu getirilmiştir. Türk ilaç sanayi II. Dünya savaşıdan sonra önemli aşamalar kaydetmiştir. Yerli ilaç üretim tesisleri kurulmaya başlanmıştır. 1952’ den sonra yerli ve yabancı ilaç fabrikaları kurulmuştur (Say, 1977: 6).

2001 krizinden sonra Türkiye ilaç pazarı önemli bir hız kazanmıştır ve 1999 yılında ilaçlara patent koruması getirilmiştir (Petrol-İş Araştırma, 2010: 8).

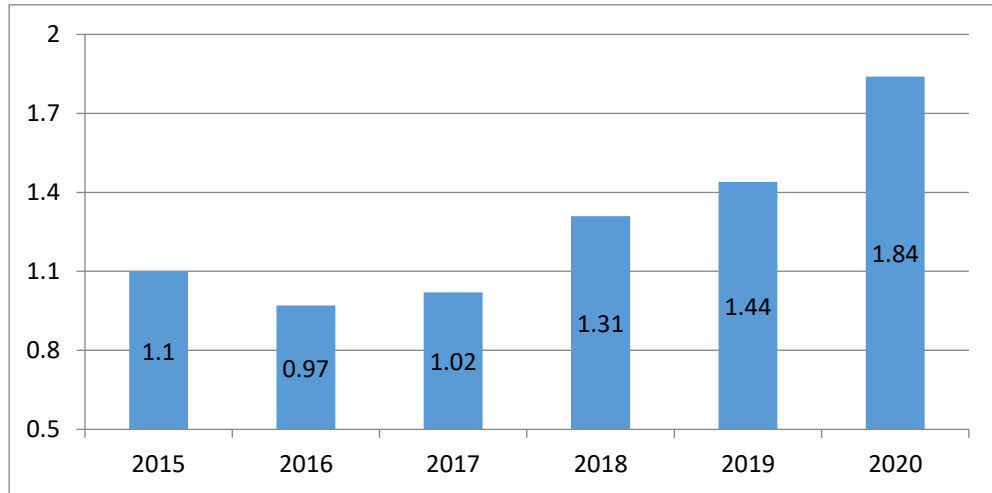
Türkiye ilaç sektörü 1984 yılında İyi İmalat Uygulamaları Yönetmeliği’nin yürürlüğe girmesinden günümüze kadar sürdürmüş olduğu

yatırımlarda AB ülkeleri ile kıyaslanabilir bir teknolojik düzeye ulaşmıştır. Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi uluslararası norm ve standartlar uygulanmaktadır (Kanzık, 2001: 23).

Türkiye’ de ilaç üretimi ve tüketiminde 1977 yılından 2010 yılına kadar geçen süreçte önemli bir artış yaşanmıştır. Türkiye’deki firmalar jenerik ilaç üretiminde önemli mesafeler kat etmiştir. Bu da mamul madde halindeki oldukça pahalı ilaçlara daha fazla harcama yapılmamasına neden olmuştur ve bu durum Türkiye açısından sevindirici bir durumdur. 1977-2000 yılları arasında mamul ilaç ithalatındaki artış, hammadde ithalatından daha fazladır. Bu artışın temel nedenleri, AR-GE harcamaları, patent hakkı ve ileri teknoloji ile daha düşük maliyetle üretimdir (İEİS, 2003: 47).

İlaç sektöründe Ar-Ge süreci molekülün icadından tüketiciye sunulan ilaç olana kadar geçen süreçte maliyeti yüksek ve uzundur. Ar-Ge harcamalarının yaklaşık %20’ si ilaç sektörü tarafından yapılmaktadır. 2010 yılında 4 olan Ar-Ge merkezi 2019 yılında 32’ ye ulaşmıştır. İlaç sektörü bu artışta önemli bir rol oynamaktadır (Orhan, 2020: 19).

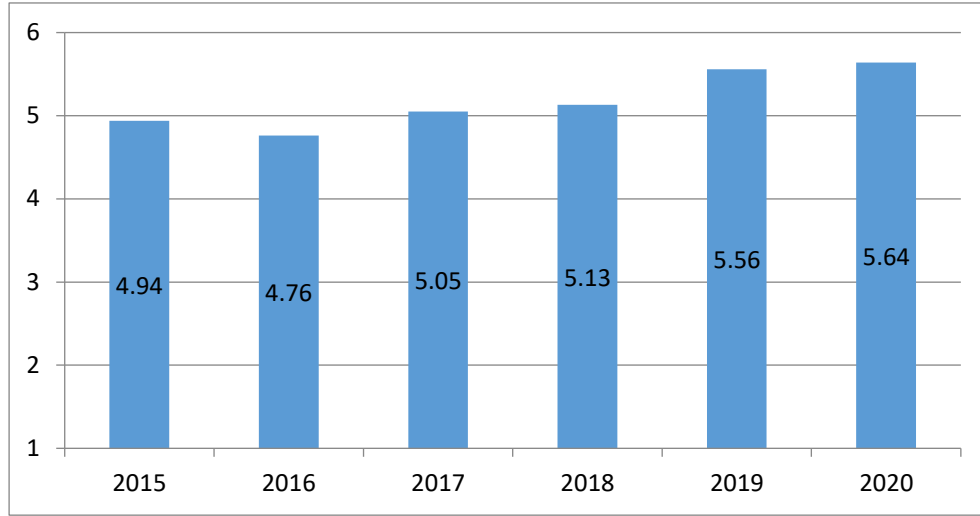
Grafik 6. İlaç Endüstrisinde İhracat Değeri (Milyar ABD Doları)



Kaynak: (TÜİK, İEİS)

Türkiye’ nin genel ihracatında gerileme yaşanan 2020 yılında ilaç ihracatı yıllık %27, 3 artış göstermiştir. 1,84 milyar ABD dolarına ulaşarak yılı rekor seviye ile tamamlamıştır. 2015-2020 yılları arasında %64,7’ lik bir artışla ilaç ihracatı güçlü bir performans sergilemiştir (İEİS, 2020)

Grafik 7. İlaç Endüstrisinde İthalat Değeri (Milyar ABD Doları)



Kaynak: (TÜİK, İEİS)

2020 yılında ilaç ithalatı %1,50 artış ile 5,640 milyar ABD doları seviyesine ulaşmıştır. 2012-2020 döneminde ilaç ithalatı %14,30 oranında büyümeye kazanmıştır.

İlaç sektörü en yüksek Ar-Ge potansiyeline sahip bir endüstridir. İlaç sektöründeki Ar-Ge diğer sektörlerle kıyasla farklı özelliklere sahiptir. Temel araştırma ve klinik araştırma olarak ikiye ayrılması ve klinik araştırma sürecinin insan katılımlı olması diğer sektörlerden ayıran en önemli özellikleridir. Türkiye’de GSYH’ sından Ar-Ge faaliyetlerine ayrılan pay, gelişmiş ve bazı gelişmekte olan ülkelere kıyasla daha düşüktür. İlaç Ar-Ge’sine ayrılan pay ise çok daha düşüktür (Kayserili, Kıyak, 2019: 240-241).

3.7.1. Türkiye İlaç Pazarı

İlaç sektörüne sahip bir ülkenin o ülke için hem ekonomik ve stratejik açıdan hem de katma değer, istihdam, ihracat ve yatırım açısından yaşanabilecek bir krizde büyük öneme sahiptir. Türkiye bugün dünyada ilaç sektörüne sahip olan 35 ülkeden birisidir (Tokgöz, 2001: 1042).

Türkiye’de ilaç endüstrisinin en temel amacı, ülkedeki ihtiyacın önemli bir bölümünü yurt için üretim ile karşılayan ilaç sanayisinin varlığını sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmaktadır.

2020 yılında Türkiye ilaç pazarı 2015 yılında 17,6 milyar TL iken %17,7’lik bir büyümeye ile 2020 yılında 47,9 milyar TL’ye ulaşmıştır. Ülkemizde 2020

yılının mart ayında ortaya çıkan pandemi sürecinin etkisi ile birlikte alınan tedbirler ve hayat şartlarında yaşanan değişiklikler ilaç sektöründe de etkilerini göstermiştir. İnsanların pandemi süreci nedeni ile evlerine kapanması, tedavi ve ihtiyaçlarını acil olmadığı sürece ertelemeleri, kamu sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlanması sonucunda ilaç sektörü 2,2 milyar kutu ile 2017 yılı öncesindeki seviyeye gerilemiştir (Türkiye İlaç Sektörü Raporu, 2020: 7).

2020 yılı için ilaç pazarının büyüme kaynakları,

- Mevcut portföydeki artış,
- Fiyat artışları,
- Satış dağılımındaki değişimler
- Portföye yeni ürün girişleri

3.7.2. Pandemi Sürecinin İlaç Sektörüne Etkisi

Son 14 aylık süreçte Dünyayı etkisi altına alan Covid-19 salgını nedeni ile ülkeler de bir sağlık seferberliği başlatılmıştır. İlaç endüstrisi bu seferberliğin önemli bir parçası haline gelmiştir.

Covid-19 salgınının tedavisi için yeni ilaç geliştirme çalışmaları yapılmıştır ve hastalığın önüne geçebilmek adına aşı geliştirme çalışmaları da tüm dünya tarafından dikkatle izlenmiştir. Dünyada üretilen aşılar sayesinde salgın sürecinde olumlu yönde gelişmeler kaydedilmiştir. İlaç sektörü maddi ve manevi yönden tüm imkânlarını Covid-19 mücadelesi için zorlaşmış olsa da salgının olumsuz etkilerinden kaçamamıştır. Ülkemizde de ilaç endüstrisi tüm dünyada olduğu gibi olumsuz olarak etkilenmiştir.

2019 yılında Türkiye'deki ilaç sektörünün toplam cirosundaki büyüme %31,7 iken 2020 yılında %17,7 de kalmıştır. Pandemi sürecinde uygulanan kısıtlamalar ve sağlık hizmetlerinin Covid-19 salgınına ağırlık vermesi, yeni tanıların konulmasında, yazılan reçeteler de azalmaya neden olmuştur. Bu nedenle akut hastalıkların tedavisinde verilen ilaçların satışında azalma meydana gelmiştir.

2020 Mart ayı itibari ile SGK onaylı reçete sayılarında meydana gelen önemli düşüş Mayıs ayında 20 milyon reçeteye gerilemiştir. Bu durum son 10 yılın en düşük seviyesi demektir. İlaç fiyatlarının belirlenmesinde kullandığımız

Euro kuru 19 Şubat 2021 tarihinde %20 arttırılmıştır ve 4,580 TL olarak açıklanmıştır.

Tedavi gruplarına göre 2020 yılı ilaç harcamalarına bakıldığında pandemi sürecinin ilaç sektörü üzerindeki etkisi daha net bir şekilde anlaşılmaktadır. Antibiyotik kullanımının ilaç harcamaları üzerindeki payı 2019 yılında %8,2 ye yükselmişti. Ancak 2020 yılında salgından korunmak için uygulanan tedbirler ve yapılan kısıtlamalar akut hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların satışında düşüşler meydana getirmiştir. Salgın sürecinde özellikle maske kullanımının olması nedeni ile öksürük, soğuk algınlığı, grip gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlarında satışında düşüş meydana gelmiştir. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçları payı %7,2'den %5,9'a düşmüştür.

Bağıışıklığı güçlendirici ve vitamin takviyelerin de dâhil olduğu kişisel sağlık ürünlerine olan talepte pandemi sürecinde yüksel oranda artış gerçekleşmiştir. Bu talebin 2021 yılında da devam etmesi beklenmektedir (Sektör Raporları, 2021).

3.7.3. İlaç Sektörünün Dünya Ekonomisindeki Yeri

Ortalama yaşam süresinde yaşanan artışın desteklediği ilaç sektörü, önemi artan sosyal devlet görüşü ile büyümektedir. İlaç sektörü tedavi amaçlı ilaçlar dışında aynı zamanda yaşam kalitesini yükselten tüketici ürünleri yan dalı ile de büyümektedir. İnsan sağlığına yönelik doğrudan etkisinin olması nedeni ile sıkı bir denetime tabi tutulmaktadır.

İlaç sektörünün tabi tutulduğu hassasiyeti yüksek bu denetimlerde ürünler tüketicilere diğer sektörlerle oranla daha uzun sürede sunulmaktadır. Yeni bir ürünün patent başvurusundan satışa sunulmasına kadar geçen zaman 12-13 yıla kadar uzanmaktadır. Bu süreçte laboratuvar ortamından geçen her 10.000 içerikten yalnızca 1 veya 2 tane tanesinin kontrol aşamalarını tamamından geçebildiğini söylersek bu anlamda yeni bir ürünün AR-GE harcaması yaklaşık 2 milyar Avroyu bulabilmektedir. Bu nedenle sektör yüksek bir yatırım ve sermaye gereksinimi bulundurmaktadır.

3.8. Sağlık Harcamaları ve İnsani Gelişim

Sağlık sektörü ülkeler açısından önem arz eden insani bir yatırım türüdür. Kalkınma sürecinde insani gelişim açısından Dünya’ da sağlığa her zamankinden daha fazla önem verilmektedir. Sağlık düzeyi, ülkenin kalkınmasında en önemli gösterge olan İnsani gelişmişlik Endeksi’ nin bileşenleri arasında yer almaktadır. Toplumun sağlık düzeyinin iyileşmesi ile birlikte ekonomide belli faydalar oluşmaktadır. Böylece ekonomik gelişme ile sağlık düzeyi arasındaki ilişki ortaya çıkmaktadır (Günsoy, 2005: 36).

İnsani gelişim endeksinin bir amacı da bir ulusun diğer uluslar ile karşılaştırıldığında toplumlarının uzun sağlıklı yaşamdan ne kadar iyi yararlanabileceğini göstermektir. Yani insani gelişmenin ekonomik büyüme üzerinde önemli ölçüde etkisi olduğu belirtilmektedir. Sağlık hizmetleri ve harcamaları ekonomi üzerinde büyük öneme sahiptir. Bu da ülkelerin ekonomik büyüme sürecinde kendi sağlık sistemlerinin oluşturmasının önemine yol açmıştır ve insani gelişme ile birlikte gelir dağılımında adaletin sağlanmasına yönelik politikaların izlenmesini önemli hale getirmiştir (Yalçın ve Çakmak, 2016: 706-709).

3.8.1. İnsani Gelişim Endeksi

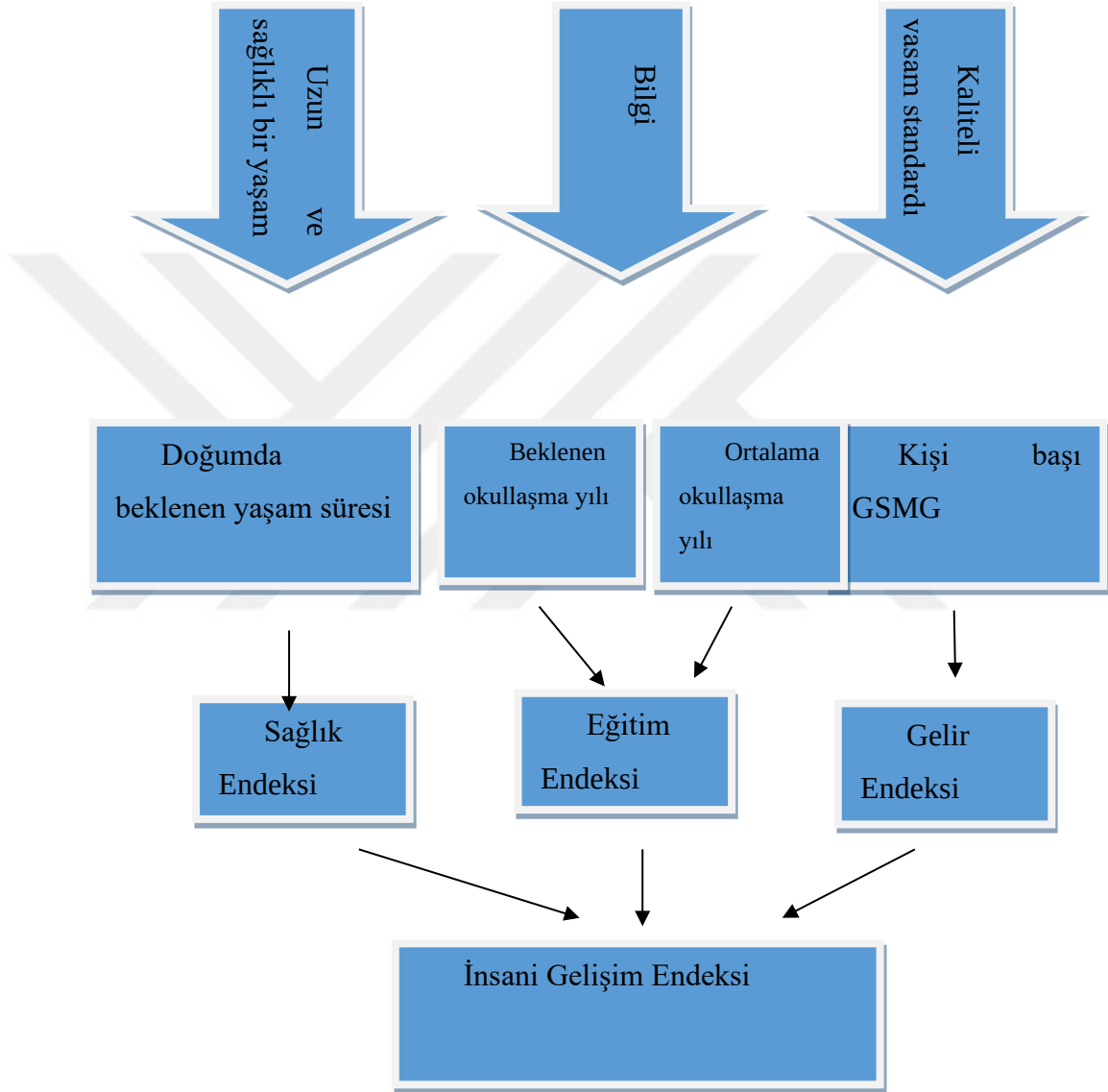
İnsani Gelişim Raporu Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından 1990 yılında yayımlanmıştır. Raporda insan merkezli gelişme Dünyada ilk defa önemli bir görüş haline gelmiştir. UNDP 1990 yılından itibaren insani gelişme kavramını temel alan İnsani Gelişim Endeksini (İGE) geliştirmiştir. İGE eğitim, cinsiyet eşitliği, sağlık ve kişi başına gelir faktörlerine dayalıdır (Griffin ve Knight, 1992).

İnsani gelişmişliğin üç bileşeni bulunmaktadır. Bunlar arasında en önemlisi sağlıktır. İnsani gelişim endeksi hesaplanırken sağlık bileşeni olarak ortalama yaşam süresi endeksi kullanılmaktadır. Bu bağlamda ekonomik gelişmişlik seviyesi ile genel sağlık seviyesi arasında pozitif bir ilişkinin olduğu ortaya çıkmaktadır (Mazgit, 2002).

2010 yılı itibari ile İGE hesaplamasında değişiklik yapılmıştır. 2010 yılı öncesinde 1995-2009 yılları arasında insani gelişme sağlık, eğitim ve gelirden oluşan üç boyutunu ölçmek için ölçütler kullanılmıştır. Eğitimin ölçülmesinde

okur-yazarlık oranı ile brüt okullaşma oranı, sağlığın ölçülmesinde doğuştan beklenen ortalama yaşam ölçütü kullanılırken gelirin ölçülmesinde satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış bir gelir düzeyi ölçütü kullanılmıştır. 2010 yılında yapılan değişiklik ile birlikte raporda üç boyut arasından gelir ve eğitimin ölçülmesinde kullanılan ölçütler değiştirilmiştir (Şeker, 2011:7).

Tablo 13. 2010 Yılında İGE Hesaplaması



Kaynak: UNDP

Yukarıda belirtildiği gibi gelir, eğitim ve sağlık göstergelerini sıfırdan bire kadar değişen birimsiz ölçeğe dönüştürebilmek için her bir göstergenin minimum ve maksimum değerleri belirlenmektedir. 2010 yılı öncesi doğumda beklenen yaşam süresi için 25 yıl minimum değer, 85 yıl ise maksimum değer iken, eğitim de minimum değer 0, maksimum değer 100, kişi başı GSYH' da

100 dolar minimum, maksimum değer 40.000 dolardır, 2010 yılı İGE için maksimum değerler 1980-2010 döneminde gözlemlenen değerlerden elde edilmiştir. Minimum değerler arasında yaşam beklentisi ve eğitim için insani gelişmenin gerçekleşmesinin olanaksız olduğu değerler, 20 ve 0 yıl olarak belirlenmiştir (Şeker, 2011:8).

İnsani Gelişme Endeksi Hesap Formülü

$$\text{İGE} = \sqrt[3]{D \text{ Gelir} \times D \text{ Eğitim} \times D \text{ sağlık}}$$

İnsani gelişme endeksi sonuçlarına göre ülkeler elde edilen puanlara baz alınarak kategorilere ayrılmaktadır. UNDP 2018 yılı İGE ve göstergelerinde yapılan güncellemeler sonucu alınan puanlara göre ülke grupları kategorileri aşağıdaki gibidir (UNDP, 2018b:3);

Çok yüksek insani gelişim: 0,800 puan ve üzeri

Yüksek insani gelişim: 0,700-0,7999 puan

Orta insani gelişim: 0,550-0,6999 puan

Düşük insani gelişim: 0,5500 puan altı

Puanlara bakıldığında 1' e yakın olması ülkede yüksek bir insani gelişimin olduğunu göstermektedir. O' a yakın olması daha düşük insani gelişimin olduğunu göstermektedir. Örneğin, 2018 yılı UNDP verilerine göre Türkiye 0,795 puan ile 189 ülke arasından insani gelişmişlik bakımından 64. Sırada yer almıştır. Bu sıralamaya ve puana göre Türkiye insani gelişme seviyesine sahip bir ülkedir (UNDP, 2018a:23). Türkiye 2010 yılı İGE puanı, 0,678 olarak hesaplanmış ve bu puana göre 169 ülke arasından 83. Sırada yer almıştır.

3.8.2. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Göstergeler

Sağlık harcamaları toplumların sağlık politikalarını ve sağlık sektörüne ayrılan kaynakların tutarını şekillendiren bir göstergedir. İnsani gelişme düzeyi yüksek, orta ve düşük olan ülkeler arasında İGE sıralamasına göre Türkiye'nin sağlık harcamaları bakımından toplam sağlık harcamasının GSMH' ye oranı %5'tir. Bu oran diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde düşüktür ve bu oranın yükseltilmesi gerekmektedir (UNDP, 1998: 79).

İnsani gelişmenin ekonomik büyüme üzerindeki katkısı gelişmiş ülkelerde oldukça yüksektir. İnsani gelişmişliğin artması ekonomik büyümeye pozitif yönde etki etmektedir. Eğitim, sağlık, gelir dağılımı gibi insanın da gelişmenin içerisinde olduğu ekonomik büyüme vizyonu belirlenmelidir ve insani kalkınmanın ekonomik büyüme üzerinde doğru etkiyi yapabilmesi için, kişi başına düşen eğitim ve sağlık harcamaları yükseltilmelidir (Sezgin ve Budak, 2022).

3.8.2.1. Sağlık Harcamalarının GSMH İçerisindeki Payı

Bir ülkenin GSMH'nin artması insani kalkınmayı pozitif yönde etkilemektedir. Ancak bu durum ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir ve her ülke aynı oranda etkilenmemektedir (Golley ve Tyers, 2012).

Tablo 14. Toplam Sağlık Harcamasının GSYH ye Oranı (2000-2020)

Yıl	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%)
2000	8248	4,81
2001	12396	5,1
2002	18774	5,2
2003	24279	5,2
2004	30021	5,2
2005	35359	5,2
2006	44069	5,6
2007	50904	5,8
2008	57740	5,8
2009	57911	5,8
2010	61678	5,6
2011	68607	4,9
2012	74189	4,7
2013	84390	4,7
2014	94750	4,6
2015	104568	4,5
2016	119756	4,6
2017	140647	4,5
2018	165234	4,4
2019	201031	4,7
2020	249932	5,0

Kaynak: TÜİK

Sağlık harcamaları GSMH içerisinde 2009,2010 yıllarına kadar rakamsal olarak artmış olsa da 2010 yılından sonra GSMH içerisinde ki payı düşmüştür. Bunun nedeni ise 2009 yılının kriz yılı olmasıdır. Sağlık harcamaları, küresel krizin etkilerinin sürdüğü dönemde olumsuz etkilenmiştir. Toplam sağlık harcamasının GSYH oranı 2019 yılında %4,7 iken, 2020'de %5 oldu.

Sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı arasındaki karşılıklı ilişki, ekonomik büyümenin sağlanmasına yönelik politikaların geliştirilmesinde sağlık harcamalarının önemli olduğunu göstermektedir. Gerçekleştirilebilecek sağlık harcamalarının emek gücünün üretimde daha verimli olabileceğini göstermektedir. Büyüme ve sağlık harcamalarının arasında yaşanacak olumlu bir etkinin sonucunda refah artışı olmaktadır.

3.8.2.2. Sağlık Harcamaları ve Büyüme İlişkisi

İnsani gelişmenin büyüme üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır.

Ekonomik büyüme ve insani gelişme seviyesinin önemli bir belirleyicisi de sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamaları yükseldikçe ülkenin verimliliği de artacaktır. Bu durumun sonucu olarak daha yüksek büyüme oranlarına ve insani gelişme düzeyine ulaşılabilecektir. Sağlık harcamaları kamu harcamaları içinde sosyal refahın artmasına yönelik olduğundan sağlığa dayalı büyümeyi desteklemektedir ve insani gelişim düzeyini de yükseltmektedir. Sağlık harcamaları artan bir yapıda bireylerin sağlık bilinçleri de yükselecektir. Bu durumda insan sağlığının geliştirilmesi, korunması ve sürekliliğinin sağlanmasında sağlık harcamalarını önemli yapmaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018: 1559)

Ekonomik büyüme yalnızca gelirin artırılması konusu ile ilgilenirken, insani gelişme bireye yönelik sosyal, ekonomik, politik ve kültürel tercihlerin artırılması ile ilgilenmektedir. İnsani gelişme düzeyi yüksek olan ülkelerin ekonomik büyüme hızları da yüksektir. Ekonomik büyüme hızları yüksek olan ülkelerde gelir artışları da yaşanmaktadır bu durumda ülkelerin eğitim, sağlık vb. alanlarındaki harcamaların artmasına yola açacaktır. Bu artış beraberinde insani gelişme seviyesinin de artmasına neden olacaktır. İnsani gelişme düzeyi düşük ülkelerde ekonomik büyüme hızı düşük olacaktır ve yatırımların verimliliği de azalacaktır. Ekonomik büyüme hızındaki düşük nedeni ile sağlık

harcamalarına ve eğitim alanındaki harcamalara aktarılan kaynak miktarları azalacaktır (UNDP, 1996: 75).

3.8.3. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri

Sağlık göstergelerinin kullanım amaçları ikiye ayrılır. Birincisi, hastalık, sağlık ve ölüm konularına yönelik amaçlardır, ikincisi ise sosyal gelişme, yoksulluk ve eğitim konularını kapsayan amaçtır. Sağlık göstergeleri incelenerek ülkelerin gelişmişlik ve kalkınma düzeyleri hakkında fikir sahibi olunabilir. Araştırmalara göre sağlık hizmetleri kalitesi gelişmiş olan ülkelerde daha yüksektir. Ülkeler gelişmeye devam ettikçe ve gelir seviyeleri arttıkça sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynakları da artmaktadır (Larson ve Mercer, 2004:1200).

Tablo 15. Türkiye'nin İGE Bileşenlerine Göre Göstergelerindeki Eğilimler (1990-2018)

	Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresi	Beklenen Öğrenim Süresi	Ortalama Öğrenim Süresi	Kişi Başına GSMH (2017 SGP Dolar)	İGE değeri
1990	64,31	8,89	4,51	12,514	0,579
1995	67	9,6	4,8	13,490	0,607
2000	70	11,1	5,5	15,239	0,655
2005	72,4	11,9	6,1	17,999	0,691
2010	74,5	13,8	7,2	19,867	0,743
2015	76,5	16,2	8	25,719	0,800
2016	76,9	16,4	7,6	26,122	0,800
2017	77,2	16,4	7,7	27,571	0,805
2018	77,4	16,4	7,7	27,864	0,806
2019	77,7	16,6	8,1	27,701	0,820

Kaynak: (İnsani Gelişme Raporu 2020)

1990-2019 döneminde doğuştaki beklenen yaşam süresi Türkiye’de 13,4, beklenen öğrenim süresi 7,7, ortalama öğrenim süresi ise 3,6 artış göstermiştir.

Türkiye’de kişi başı GSMH 1990 ile 2019 yılları arasında yaklaşık %121,5 oranında yükselmiştir.

Türkiye’nin İGE değerini yükseltmesi için ve yüksek insani gelişmişlik düzeyine erişmesi için gelir ile birlikte eğitim ve sağlık alanına da yatırım yapmalıdır. Eğitim, gelir ve sağlık alanında yapılan yatırımlar ülkelerin İGE değerlerini yükseltecektir.

3.8.3.1. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Önemli sağlık göstergelerinden en sık kullanılanı ‘‘Doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi’’ dir. Doğumda beklenen yaşam süresi, bireyin tüm yaşamı boyunca ölüm oranını yakalayarak belli bir yaşa özgü olmaktan çıkarır. Kapsamına daha genç yaşları da alarak toplumdaki gerçekte ortalama ölüm yaşını ortaya çıkarır. Doğumda beklenen yaşam süresi tüm yaşam seyri boyunca ölüm oranını yakalar böylelikle belirli bir yaşa özgü olmaktan çıkar ve yaşlılığa bağlı artmış oranların etkisinden kurtulup daha genç yaşları da kapsamına alarak, gerçekte toplumdaki ortalama ölüm yaşını gösterir.

Ülkeler arasındaki ortalama yaşam süresindeki artış hızları 1980’li yıllardan itibaren azalmıştır. Ülkeler arasındaki bebek ölüm oranlarında görülen farkın azalması bunun nedeni olarak belirtilmektedir (Roser ve diğerleri, 2019).

Tablo 16. Cinsiyete Ve Yaşa Göre Beklenen Yaşam Süresi, 2013-2015, 2017-2019

2013-2015				2017-2019		
Yaş	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Kadın	Erkek
0	78,0	75,3	80,7	78,6	75,9	81,3
15	64,2	61,6	66,9	64,6	62,0	67,3
30	49,7	47,1	52,1	50,0	47,6	52,5
50	30,6	28,3	32,8	30,9	28,6	33,1
65	17,8	16,1	19,4	18,0	16,3	19,6

Kaynak: (TÜİK, 2020)

Türkiye’ de doğumda beklenen yaşam süresi 2013-2015 yılları arasında 78 yıl iken, 2017-2019 yılları arasında 78,6 yıla yükselerek artış göstermiştir. 2017-2019 verilerine göre 65 yaşındaki bir bireyin yaşam süresi ortalama olarak 18 yıl iken bu süre kadınlar da 19,6 yıl erkekler de ise 16,3 yıl olmuştur.

Doğumda beklenen yaşam süresi sağlık göstergesi olarak çok sık kullanılmasına rağmen toplumun sağlık durumunu net bir şekilde yansıtmamaktadır. Bu durumun en önemli sebebi, hesaplamalarda kullanılan yaşam tablosunun kurgusal olmasıdır. Diğer bir nedeni de adölesan dönem öncesinde yaşanan ölümlerin yaşam beklentisine etkisinin daha ileri yaşlarda yaşanan ölümlere kıyasla daha büyük olmasıdır.

Tahminlere göre eski dönemlerde yoksulluk ve imkân kısıtlılıkları nedeni ile dünya genelinde ortalama yaşam süresinin 30 yıl civarı olduğu öngörülmektedir. Aydınlanma çağından itibaren yaşam beklentisinde hızlı bir artış yaşanmıştır. Ancak yaşanan bu artış dünyanın her yerinde aynı derecede gerçekleşmemiştir. Bu durum ülkeler arasında sağlık düzeylerinin ve sağlık hizmetlerine ulaşımın ne kadar farklı dağıldığı ve bunun sonucunda oluşan eşitsizliği gösteren önemli bir gösterge olmuştur (Roser ve diğerleri, 2019).

3.8.3.2. Sağlık Harcamaları ve Doğurganlık

Doğurganlık oranı, ülkemizde sağlık göstergeleri ile ilgili en önemli verilerdendir. Bir yıl içerisinde meydana gelen canlı doğum sayısının 15-49 yaş aralığındaki kadın nüfusuna bölümünün bin ile çarpılması sonucu bulunur (TUİK, 2022). Ekonomik kaynakları sınırlı ülkeler kişi başına gelirlerini yükseltmek için nüfuslarının azalması ve yaşlanması karşılığında doğurganlığı arttıracak politikalar gerçekleştirmektedir. Örneğin, bir ülke nüfusunun artmasını istiyor ise doğurganlığı düşürebilmek için doğurganlık üzerinde teşvik edici politikaları geliştirmek durumundadır. Doğurganlık oranı ülkelerin sosyo-ekonomik ve kültürel gelişmişlikleri ile ilgilidir. Yüksek beşeri sermayeli ülkeler daha düşük doğum oranlarına sahiptir. Böylece kişi başına beşeri sermaye yatırımı, gelişmiş ülkeler de doğum oranı üzerinde azaltıcı bir etkiye sahiptir. Gelişmekte olan ülkeler de doğurganlık eğitim düzeyi arttıkça azalmaktadır. Yaşam beklentisi ve gelir düzeyi düşük, doğurganlık oranı ise yüksek ülkeler de, yapılan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme yaratma potansiyeli yüksektir.

Tablo 17. Türkiye’de 1980 ve 2019 Yılları Arası Doğurganlık Hızı Değişimi, Kadın Başına

Yıllar	Doğurganlık Hızı (5 üzerinden)
1980	4,56
1990	3,12
2000	2,53
2005	2,12
2010	2,08
2015	2,15
2019	2,10

Kaynak: (TÜİK, 2019)

Doğurganlık hızı 1980 yılında 4,56 iken 1990 yılında 3,12 ye 2019 yılında ise 2,10 oranına gerilemiştir.

Doğurganlık hızı ile ülkenin sosyo ekonomik gelişmişlik durumu ile pozitif ilişkilidir. Türkiye 1980 yılı itibari ile OECD ülkeleri içerisinde en yüksek doğurganlık oranına sahiptir (OECD, 2007).

Ülkemizde doğurganlık hızının yıllar içerisinde düşmenin nedenleri arasında kadınların daha fazla iş hayatında yer alması, aile planlaması ve doğumların azalması gibi etkenler gösterilmektedir (Çoban, 2009).

3.8.3.3. Sağlık Harcamaları ve Bebek Ölümleri

Ülkeler sağlık sistemlerinin ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde halk sağlığına ilişkin bazı göstergeler kullanılmaktadırlar. Bunların başında bebek ölüm hızı gelmektedir (Korkmaz, 2013). Bebek ölüm hızı belli bir bölgede belli bir süre çerçevesinde canlı olarak dünyaya gelen 1000 bebek arasından kaçının öldüğünü göstermektedir (Blaxter, 1981). Bulaşıcı hastalıklar, enfeksiyonlar ve doğumsal anomaliler bebek ölümlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bireylerin eğitim seviyeleri ve ekonomik durumları ile bebek ölümleri arasında yakın ilişki bulunmaktadır (Ayoade, Kaur, 2019).

Dünya genelinde sosyoekonomik gelişmişliğin ve sağlık statüsünün önemli göstergelerinden biri bebek ölüm hızıdır. Bebek ölüm hızında etkili olan faktörlerin sağlık politikaları ve sosyal politikaların belirlenmesinde etkili olacağı düşünülmektedir. Tüm ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın bebek ölüm hızının azaltılmasına yönelik faaliyetler de bulunması gerekmektedir. Ancak bu şekilde başta anne ve çocuk sağlığı olmak üzere sağlık statülerini iyileştirebilirler (Barfield, 2013).

3.9. Kapsayıcı Kalkınma Endeksi

Kapsayıcı Kalkınma Endeksi Dünya Ekonomik Formu tarafından 2017 yılında yayınlanmıştır. Kapsayıcı kalkınma endeksi kalkınma alanında GSYH'nin ilerisine geçen alternatif bir gösterge sunmuştur. Kalkınmanın daha da kapsayıcı hale gelebilmesi için dikkate alınması gereken politika çerçevesini ve ihtiyaç duyulan kurumsal yapıyı adlandırmıştır (Gupta, 2015).

KKE, üç temel kıstastan meydana gelen bileşik bir endekstir. Bu temel kıstaslar, kalkınma ve büyüme, kapsayıcılık ve nesiller arası eşitlik ve sürdürülebilirliktir. Her kıstas dört alt unsur içeren KKE toplamda 12 temel ulusal performans göstergesinden oluşmaktadır. Endeks ile büyüme ve kalkınmanın hangi düzeyde kapsayıcı ve sürdürülebilir olduğu anlaşılabilir.

Tablo 18. Türkiye’nin Ulusal Performans Göstergeleri ve Kapsayıcı Kalkınma Endeksi, 2017

Gösterge	Değer	Sıralama
Kapsayıcı Kalkınma Endeksi (KKE)	4,29	20,79
Temel Ulusal Performans Göstergeleri		
Büyüme ve Kalkınma (1 – 7)	3,21	32/79
• Kişi başına düşen GSYH (\$)	11,524	9/79
• İş gücü verimliliği (\$)	56,666	1/79
• Sağlıklı yaşam beklentisi (yıl)	66,2	26/79
• İstihdam (%)	44,8	67/79
Kapsayıcılık	4,08	23/79
• Net gelir eşitsizliği (Gini)	36,3	27/79
• Yoksulluk oranı (%)	2,5	16/79
• Servet eşitsizliği (Gini)	83,2	63/79
• Medyan gelir (\$ / gün)	13,0	13/79
Nesillerarası Eşitlik ve Sürdürülebilirlik (1-7)	5,56	16/79
• Uyarlanmış Net Tasarruf (GSMH’nin %’si)	11,2	35/79
• Karbon yoğunluğu (CO2/\$m GSYH)	57,5	33/79
• Kamu borcu (GSYH’nin %si)	32,9	18/79
• Bağımlılık oranı(Çalışma çağındaki nüfusun %si)	49,2	24/79

Kaynak: (Samans, 2017)

Ülkeler arası yoksulluk tanımları farklılıklar göstermektedir. Bu neden ile genel KKE sıralamaları Büyüme ve Kalkınma Raporu’nda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler şeklinde ikiye ayrılmıştır. 2017 Kapsayıcı Büyüme ve Kalkınma Raporu’na 109 ülke arasından 30’u gelişmiş olan ülkeler 79’u ise gelişmekte olan ülkelerdir.

Türkiye'nin kapsayıcı büyüme ve kalkınma performansı ile ulaştığı yüksek GSYH düzeylerinin, sosyoekonomik ilerlemeyi sağlamada tek başına yeterli değildir. Bu anlamda sosyal kapsayıcılığın artırılmasını sağlamak için yoksulluğun, gelir ve servet dağılımındaki eşitsizliklerin azaltılmasının ve toplumdan dışlanmış olan kesimlerin kalkınma sürecine daha fazla katılımlarının sağlanması önemlidir (Samans, 2017).

3.10. Türkiye ve OECD Ülkeleri Arasında Sağlık

Harcamalarının Karşılaştırması

Sağlık harcamalarında meydana gelen artışlar Dünya da en önemli sorunlar birisidir. Yatırım alanlarına yönlendirilen kaynaklar sağlık sektörüne aktarılmaktadır. Sağlık harcamalarına neden olan artışın temel sebeplerini şu şekilde sıralayabiliriz.

- Yaşam süresindeki artış ile birlikte kronik hastalıklar ve yetersizliklerin artması
- Sağlık alanında kullanılan ileri teknolojinin maliyetinin yüksek olması ve halkın sağlık konusunda bilinçlenmesi
- Gelirde meydana gelen artış ile birlikte sağlık harcamalarının da artması
- Ters seçim ve ahlaki risk problemlerinin neden olduğu maliyetler

OECD ülkelerinde sağlık harcamalarına ayrılan pay her geçen yıl artmaktadır. Türkiye 2019 yılı itibari ile İGE sıralamasında çok yüksek insani kalkınma endeksli ülkeler arasındadır. Türkiye'nin insani kalkınma göstergeleri ile OECD ülkelerinin insani kalkınma göstergeleri kıyaslandığında eğitim ve sağlıkla ilgili seviyenin yeterli düzeye ulaşamadığı görülmüştür. Türkiye'nin kalkınmış OECD ülkelerinin seviyesine yükselebilmesi için bu endeks değerlerini yükseltmesi gerekmektedir. Eğitim ve sağlık alanlarındaki gelişmelere önem vererek endeks değerlerini yükseltmeye çalışmalıdır. Türkiye'de sürdürülebilir kalkınmanın sağlanması ve büyümenin sağlanması için uzun vadeli politikaların ve sağlık reformlarının OECD ülkeleri ile uyumlu hale getirmesi gerekmektedir (Beceren ve diğerleri, 2021: 8).

Tablo 19. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (2020)

Ülke	Toplam Harcama (2019) %
ABD	16,8
İsviçre	11,3
Almanya	12,5
Fransa	12,4
Japonya	11
İsveç	11,4
Kanada	11,6
Norveç	11,3
Avusturya	11,5
Belçika	10,7
İngiltere	12,8
Danimarka	10,6
Hollanda	11,2
Lüksemburg	5,4
İtalya	9,7
İrlanda	7,2
İspanya	9,1
Portekiz	10,1
Türkiye	4,7

Kaynak: (OECD)

2020 veya 2019 yılı verilerine göre sağlık harcamalarına GSYH'den en fazla pay ayıran ülke %16,8 ile ABD'dir. ABD'yi İngiltere %12,8, Almanya %12,5, Fransa %12,4 ve Kanada %11,6 ile takip ediyor. Türkiye'de 2020 yılında sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı yüzde 4,7 iken OECD ortalama sağlık harcamaları yüzde 8,8 oldu.

OECD sağlık harcamaları konusunda diğer kuruluşlara göre daha geniş kapsamlı raporlar sunmaktadır. OECD sağlık harcamalarını, sağlık hizmetleri alanında yapılan genel harcamalar, sosyal sigorta kapsamındaki harcamalar, hastane personeli yönelik harcamalar, tıbbi ürünlere yapılan harcamalar, hastanelerin işleyişine yönelik harcamalar ve mobil sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar şeklinde bir ayrıma tabi tutmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012, s. 212-214). OECD ülkeleri arasında sağlık harcamalarına 1999 yılından 2005 yılına kadar en az pay ayıran ülke Kore, 2006 ve 2007 yıllarında Estonya, 2008 yılından 2017 yılına kadar Türkiye olmuştur. 1999 ile 2017 yılları arasında en

fazla pay ayıran ülke ABD olmuştur. Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYH oranı OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında nispeten daha azdır. Özellikle son yıllarda sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülke Türkiye'dir (Giray ve Çimen, 2018:156).

3.10.1. OECD Ülkeleri ve Türkiye Sağlık Sistemi Modelleri

Ülkeler sağlık finansman modelleri bakımından sınıflandırılırken sistemde ağırlıklı olan finansman şekillerine göre sınıflandırılmıştır.

Beveridge Modeli, bu modelde sağlık hizmetleri devlet tarafından vergiye dayalı bir şekilde finanse edilmektedir. Sağlık reformu girişimleri nedeni ile en çok başvurulan sağlık sistemi modelidir. Birleşik Krallık, İspanya, çoğu İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda bu modeli kullanan ülkelerdir (Immergut, 1992:5).

Bismarck Modeli, modelde sigorta sistemi bulunmaktadır. Sigortanın finansmanı işveren ve işçilerin bordro kesintileri ile sağlanmaktadır. Bu model kar amacı gütmeyen ve vatandaşın tümünü kapsamaktadır (Barnighausen ve Sauerborn, 2002:1560). Hastalık risklerine karşı sigortalama yapmakta olan sistem tedavi edici ve ayakta bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Bismarck modeli gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla uygulanmaktadır. Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Japonya, İsviçre bu ülkelerin başında gelmektedir (Tatar, 2011:110).

Ulusal Sağlık Sigortası Modeli, özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından kullanılan bu model devlet tarafından işletilen ve vatandaşlar tarafından vergi ve prim ödemesi yolu ile finanse edilmektedir. Diğer sistemlere oranla daha kolay yönetilebilen ucuz bir sistemdir. Kanada, Güney Kore ve Tayvan gibi ülkeler bu sistemi kullanmaktadır (Woolhandler, Campbell vd., 2003:773).

Cepte Ödeme Modeli, daha çok sağlık hizmeti bakımından yetersiz olan ve gelir seviyesi düşük olan ülkeler de görülmektedir. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek gelire sahip olan bireyler bu hizmetlerden faydalanabilmektedir. Aksi takdirde hasta tedavi olamamakta ya da vefat edebilmektedirler. Afrika ülkeleri, Çin, Hindistan, bazı Güney Amerika ülkeleri bu sistemi kullanan ülkelerdir (Lameire, Joffe vd., 1999:6).

Türkiye Modeli (Genel Sağlık Sigortası), bu modelde sağlık hizmetleri kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen vakıf kuruluşlarınca sağlanırken sağlık hizmetlerinin finansmanı SGK, vergiler, cepten ödemeler ve özel sigorta primleri ile sağlanmaktadır (Pekten, 2006:2). Türk sağlık sistemi ‘Sağlıkta Dönüşüm’ programı ile birlikte yeniden organize olmuştur. Sosyal Güvenlik Reformu ile GSS sistemi yürürlüğe girmiştir ve vatandaşların sağlık sistemlerine erişimleri kolaylaşmıştır. 2012 yılı itibari ile tüm vatandaşlar Genel Sağlık Sigortası sistemine tabi tutulmuştur (OECD, 2008:75-87).

Türkiye geliştirmekte olan ülkelere göre sağlık harcamalarında ortalamanın üzerinde çıkmayı başarmıştır. Ancak sağlık göstergeleri açısından OECD ülkelerine kıyasla en olumsuz ülkelere birisi konumundadır. Kamu sağlık harcamalarında meydana gelen son yıllardaki artış finansman bakımından riskleri de yükseltmektedir.

Türkiye geliştirmekte olan ülkelerle kıyasla sağlık harcamalarına göre ortalamanın üzerine çıkmayı başarmasına rağmen OECD üyesi ülkeler ile karşılaştırıldığında sağlık göstergeleri açısından hala en olumsuz durumda olan ülkelere birisidir. Son yıllarda kamunun sağlık harcamalarındaki payının artması finansman konusundaki riskleri de arttırmaktadır.

3.10.2. Sağlık Sistemlerine Göre Ülke Karşılaştırmaları

OECD ülkeleri Beveridge, Bismarck ve Ulusal Sağlık Sigortası sistemlerini tercih etmektedir. OECD ülkeleri ABD’nin ve Türkiye’nin sağlık harcamaları ve sağlık sistemlerinin verimlilik ve başarılarını ölçen değerleri göstermektedir. OECD arasında Bismarck modelini kabul eden ülkelerin kişi başına sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payları düşüktür. Beveridge ve Ulusal Sağlık Sigortasını kabul eden ülkeler için bu paylar daha yüksektir. Türkiye kişi başına düşen sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payları açısından OECD ülkelerinin oldukça gerisindedir. OECD ülkelerinde uygulanan sağlık sistemlerinin ne ölçüde başarılı oldukları belli değişkenler kullanılarak ölçülür. Değişkenler arasında en çok tercih edilenler bekleme süresini ölçen, aynı gün içerisinde randevu alamama oranları ve yüksek maliyetten dolayı sağlık hizmetlerine ulaşamama

oranlarıdır. Türkiye'nin performansı veri eksikliğinden dolayı diğer ülkeler ile kıyaslanamamaktadır (Matthews, Jenkins vd., 2012:106).

Bismarck modeli uygulayan ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşım daha kolay iken Beveridge modeli uygulayan ülkelerde de aynı gün randevu alabilme oranı yüksektir (Matthews, Jenkins vd. 2012:110). Ülkeler için sağlık sistemleri ile birlikte toplum tarafından kabul gören hakkaniyet, verimlilik ya da kalite gibi tercihler de önemlidir. Ülkeler arası bir kıyaslama bu şekilde mümkün olabilir (Lameire, Joffe vd. 1999:6-9).

3.11. Covid-19 Salgının Türkiye Ekonomisi Üzerine Etkileri

2019 Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan Covid-19 salgını Avrupa, Amerika olmak üzere tüm dünyaya hızlı bir şekilde yayılarak küresel bir kriz haline gelmiş ve insan yaşamını ciddi anlamda etkilemiştir. Dünya Sağlık Örgütü Mart ayında yaşanan bu salgını pandemi olarak ilan edilmiştir. DSÖ her geçen gün salgına yakalanan vaka sayısının ve Covid-19 görülen ülkelerin sayısının arttığını bildirmektedir. Salgının dünya genelinde hızla yayılması, hasta sayılarının hızla artması ve ölüm oranlarında meydana gelen ciddi artışlar ile birlikte salgın sosyal yaşamı ve sağlık sistemini ciddi derecede olumsuz yönde etkilemiştir. Salgına yönelik tedavi yönteminin bilinmemesi ve vaka artışlarının tahmin edilememesi dünya genelinde panik ve korkuya neden olmuştur. Hükümetler ekonomik çöküşü engellemek için yardım paketleri almakta ve beklenmedik durumlar için planlar hazırlamaya başlamıştır.

Salgın ve afet gibi olaylar siyasal alanı etkilediği gibi ekonomi üzerinde de büyük sarsıntılara ve değişimlere de neden olabilmektedir. Covid-19 ile birlikte devletin ekonomideki yerinin artması beklenmektedir ve küreselleşme yerine daha içe kapanan milli yaklaşımlar öne çıkmalıdır (TÜBA Raporu, 2020: 80).

Salgın, yaşam tarzlarını etkileyen iş yapma biçimleri ve alışkanlıklarda meydana gelen değişimler ile ekonomi alanında etki yaratmaktadır. Yaşam tarzlarının ve alışkanlıkların mümkün olabilmesi için gereken teknolojik altyapının geliştirilmesi gerekmektedir. Pandemi süreci bu durumu hızlandırmıştır. Salgın ile birlikte sosyal alışkanlıklarda meydana gelen değişimler iş hayatı üzerinde de etkili olmuştur. Beyaz yakalı işlerin aslında

mekândan ayrı olarak sürdürülebileceğini, mavi yakalı işte çalışanların ise yapmış oldukları iş nedeni ile hem sağlık hem de ekonomik yönden ciddi risk grubunda olduğunu ortaya çıkarmıştır (Zarifoğlu, 2020: 109).

Pandemi süreci ayrıca üretim süreçlerini de yakından etkilemiştir. Süreç bazı sektörlerin devre dışı kalmasına, tarım ve gıda sektörlerine olan önemin artmasına ve yeni sektörlerinde ortaya çıkmasına neden olacaktır (Dingel ve Neiman, 2020).

Covid-19 salgını ülkelerin daha önce hiç karşılaşmadıkları bir ekonomik krizle karşılaşmalarına neden olmuştur. Salgın ile birlikte başlayan sokağa çıkma yasakları, sosyal mesafe, birçok sektör de üretimin durdurulması, seyahat sınırlamaları, gibi salgını önlemeye yönelik alınan tedbirler ekonomide arz-talep düşüşlerine neden olmuştur. Birçok ülke arz-talep düşüşlerini engellemek için devlet destekli programlar sunmuştur. Kredi sağlama, borç öteleme, işgücü maliyetlerini düşürme vs. (Oral, Sevinç, 2020: 58-59).

Salgına bağlı olarak üretimde yaşanan ciddi düşüş nedeni ile salgının üretim payı yüksek olan ülkeleri daha çok etkilediğini söyleyebiliriz. Worldometers'ın Nisan 2020 verilerine göre salgından en çok etkilenen ülkeler olarak Amerika, İspanya, İtalya, Fransa, Almanya, Çin ve Rusya açıklanmıştır. Uluslararası kuruluşlar salgını 1929 Buhranından sonraki en ciddi kriz olarak düşündüklerini belirtmişlerdir (Deloitte,2020).

Covid-19 etkileri tüm sektörler üzerinde eşit olarak dağılmayacağı için tüm sektörler olumlu veya olumsuz yönde etkilenecektir. Maske kullanımının yaygınlaşması ve hijyen kurallarının arttırılması sayesinde maske ve hijyen malzemeleri üretilen sektörler krizden olumlu yönde fayda sağlayacakken diğer sektörler iflas durumuna gelebileceklerdir. Krizden en çok etkilenen ve yıpranan sektör ise hizmet sektörü olacaktır. Kafe restoranların kapatılması, seyahat kısıtlamaları gibi uygulamalar %90 oranında faaliyet azalmasına neden olmaktadır (Morris and Karmin, 2020).

Covid-19 tedarik zincirlerini de etkilemiştir. Otomotiv şirketleri parça eksikliği nedeni ile üretimlerini durdurmuştur. Tedarik zincirinde yaşanan bu aksamalar imalat şirketlerinin iş maliyetlerinin artmasına neden olmuştur. Ürünlerinin hemen hemen %70'ini Çin'den sağlayan firmalar iflas etme

derecesine gelmişlerdir. Pandemi nedeni ile dünya genelinde hammadde sıkıntısı yaşanmıştır (Taylor and Schwartz, 2020).

Dünyadaki çoğu hisse senedi 2020 Mart ayında borsaların çökmesi ile birlikte bir günlük en büyük düşüşlerini kaydetmişlerdir. En çok düşüş yaşayan 10 ülke Japonya, Amerika, Portekiz, Hollanda, Almanya, İspanya ve Ukrayna’da olduğu görülmüştür (Esposito, 2020).

Aşağıdaki tablo 12 de GSYİH yüzdesi olarak Covid-19’un ülkeler de yarattığı ekonomik şok gösterilmektedir. Tabloya göre krizin ABD’ de GSYH’nin %3 oranında azalmasına yol açacağı beklenmekte olup tüm ülkeler de GSYH’lerin %3,5 oranında küçülmesi tahmin edilmektedir. Tahminler virüsün çıktığı andan itibaren 1 ,5 aylık süreci kapsamaktadır. Verilere göre krizden en fazla etkilenen ülkelerin Yunanistan, İtalya, Portekiz ve İspanyanın olacağı tahmin edilmektedir. Bunun nedeni de turizmin ağırlığının artması ile birlikte krizinde etkisinin artmasıdır.

Tablo 20. Covid-19’un Ekonomik Etkileri (GSYİH’nın Yüzdesi Olarak)

ÜLKELER	EKONOMİK ETKİ (%)
Brezilya	-3.0
Kanada	-2.9
Çin	-3.2
Fransa	-3.2
Almanya	-3.6
Yunanistan	-4.6
İtalya	-3.7
Japonya	-2.7
Portekiz	-4.5
İspanya	-3.9
Birleşik Krallık	-3.4
Türkiye	-3.2
Amerika	-2.9

Kaynak: (OECD 2020, World Bank Group 2019)

Türkiye’de ilk ölüm vakasının görüldüğü 2020 Mart ayında çeyreklik dönemde ekonomik büyüme negatif yönde gerçekleşmiştir. İkinci çeyrekte de devam eden bu durum, salgının ilk iki çeyrekte yılsonu ve 2021 tahminleri üzerinde etkili olacağını göstermektedir. Dünya Bankası ve AB komisyonu Türkiye için 2020 -2021 tahminlerini revize etmişlerdir ve DB 2020 yılında Türkiye’nin 0,5, 2021 yılında %4 büyüyeceği tahmininde bulunmuştur. Covid-19’un çıkması ile birlikte diğer tüm ülkeler gibi Türkiye’de sosyal, ekonomik ve toplumsal alanda önlemler almaya başlamıştır. Türkiye’de ilk olarak 12 Mart 2020 da eğitime ara verilmiş ve uzaktan eğitim modeline geçilmiştir. Avrupa ülkeleri başta olmak üzere birçok ülkeye seyahat kısıtlaması getirilmiştir. 22 Mart itibari ile virüsten en çok etkilenen kesimin yaşlılar olduğu tespit edildiği için 65 yaş üstü ve kronik hastalara sokağa çıkma yasağı uygulaması getirilmiştir. Sağlık alanında solunum cihazlarının üretimine başlanmıştır ve 20 Nisan itibari ile yerli ilk solunum cihazı üretilmiştir. Tüm Türkiye’de hızla yayılmaya başlanması ve gençlerinde riskli olması nedeni ile 3 Nisan itibari ile 20 yaş altı guruba da sokağa çıkma yasağı kısıtlaması getirilmiştir. Seyahat kısıtlamalarının gelmesi ile birlikte Türkiye’de turizm ciddi derecede olumsuz yönde etkilenmiştir. Turizm gelirleri ile birlikte ve turizme dayalı sağlık harcamaları ve konaklama harcamaları daralmıştır. Kültür ve Turizm Bakanlığında yer alan verilere göre 2018 yılında Türkiye’ye gelen turist sayısı 7.783.967, 2019 yılında 8.735,268 iken 2020 yılında 4.262,882 kişi olarak gerçeklemiştir. 2019 yılına göre %51,20 oranında turizm hareketliliğinde azalma olduğu ortaya çıkmıştır.

Türkiye’ de hizmet sektörü güven endeksi Mart 2020 itibari ile 92,5 iken salgın ile birlikte ortaya çıkan belirsizlik durumu ve endişeler hizmet sektörünü ciddi derecede etkilemiştir ve hizmet sektörünü durma noktasına getirmiştir. Bu da hizmet sektörü güven endeksinin 46,1’ e düşmesine yol açmıştır. 2020 yılı IMF tahmini büyüme oranlarına göre Türkiye ekonomisi %5 oranında daralacaktır. 2021 yılına göre ise %5 oranında büyüyeceği tahmin edilmiştir. OECD ise Türkiye için 2020 yılında %3,045 2021 de ise %3,190 büyüyeceği tahmininde bulunmuştur (Soylu, 2020: 176-181).

3.11.1. Salgına Karşı Alınan Ekonomik Önlemler

Covid-19 salgını daha şiddetli bir etki bırakması nedeni ile diğer salgınlardan ayrılmaktadır. VIX (Volatility Index) gibi finansal piyasalar da 2008 krizinden beri görülmemiş oynamalar olduğu gözlenmiştir (Demertzis, 2020). Diğer ülkeler gibi Türkiye’ de salgın kapsamında çeşitli önlemler alınmıştır. Öncelikli olarak para politikalarında önlemler alınmıştır. Alınan ilk önlemlerde çalışan ve işsiz kesime yer verilmediği gözlemlenmiştir (TÜRMOB, 2020: 25, Çalışkan ve Erul, 2021: 45-46).

Salgının hızlı bir şekilde yayılmasından dolayı hükümet 18 Mart 2020 tarihinde ekonomik önlem paketi açıklamıştır. Bu önlem paketi 100 milyar TL olarak belirtilmiştir. Daha sonra ek önlem paketleri eklenmiştir. Eklenen önlem paketleri ile birlikte paket 240 milyar TL’ ye ulaşmıştır. Açıklanan bu önlem paketleri daha çok salgından doğrudan etkilenen sektörler üzerinde olmuştur (Gür vd., 2020: 59-60).

Tablo 21. Türkiye’nin Covid-19 Salgınına Karşı Aldığı Parasal ve Mali Önlemler

Parasal Önlemler	Mali Önlemler
Para Politikası Kurulu (PPK) toplantısı, TCMB tarafından 19 Mart 2020 tarihinde planlanırken 17 Mart 2020 tarihinde yapılmıştır. Yapılan toplantıda politika faizinde 100 baz puan indirim uygulanmıştır.	Kredi Garanti Fonu (KGF) limiti 25 milyar liradan 50 milyar lira olmuştur. Böylece teminat sorunu nedeni ile kredi alamayan firmalar banka kredilerine ulaşabilecektir.
TL cinsinden kredi kartı işlemlerinde uygulanacak aylık azami akdi faiz oranı ve yabancı para cinsinden kredi kartı işlemlerinde uygulanacak aylık azami gecikme faiz oranları indirilmiştir.	İşverenler tarafından ücretsiz izne çıkarılan çalışanlar ile 15 Mart 2020 tarihinden sonra iş sözleşmesi sona eren ancak işsizlik sigortasından yararlanamayan kişilere 3 aylığına günlük 39,24 TL ödeme yapılmıştır.
1 hafta vadeli repo ihalelerine ilave olarak ihtiyaç duyulması halinde piyasalara 91 gün vadeye kadar repo ihaleleri yoluyla likidite sağlanması kararlaştırılmıştır.	Salgının istihdama olan hasarlarını azaltmak için firmalara “İşe Devam Kredi Desteği” verilmiştir. Böylece çalışan sayısında azalmanın önüne geçilmiştir.
Bankalara yönelik Açık Piyasa İşlemleri (API) çerçevesinde tanınan likidite olanaklarına ilişkin limitler yükseltilmiştir.	İç havayolu taşımacılığında KDV oranları 3 aylık %18’den %1’e indirilmiştir.
Reel kredi büyüme koşullarını sağlayan bankalara yönelik yabancı para zorunlu	Nakit akışı bozulan firmalar için borç ertelemeleri ve gerekli olduğu takdirde ilave

karşılık oranlarında 500 baz puanlık bir indirim yapılmıştır.	finansman desteği sağlanması yönünde karar alınmıştır.
Mevcut reeskont kredisi azami vadeleri, 20 Mart 2020 tarihi itibari ile kısa vadeli kullanımlarda 240 güne, daha uzun vadeli kullanımlarda ise 720 güne çıkartılmıştır.	Bayram ikramiyesi emeklilere 2020 yılının nisan ayında ödenmiştir. En düşük emekli maaşı 1500 TL'ye yükseltilmiştir.
17 Nisan 2020 tarihinde bankalara tanınan TCMB'ye doğrudan DİBS satım imkânına ilişkin limitler, repo işlem limitlerinden bağımsız bir şekilde uygulanarak bankalara repo işlem limitlerine eşit büyüklükte DİBS satım limiti tanımlanacağı ilan edilmiştir.	Covid-19 önlemleri sebebiyle firmaların (nisan, mayıs, haziran) temerrüde düşmesi halinde kredi sicillerine "mücbir sebep" notunun düşülmesi yönünde karar alınmış ve bununla firmaların kredibilitelerinin korunması hedeflenmiştir.
TCMB bünyesinde gerçekleştirilen TL ve döviz işlemleri çerçevesinde varlığa dayalı menkul kıymet ile ipotek/varlık teminatlı menkul kıymetler teminat havuzuna dâhil edilmiştir.	Ekonomik istikrar kalkını paketi çerçevesinde ihtiyaç sahibi kesimlere Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından ek 2 milyar liralık bir kaynak aktarılmıştır.
1, 3 ve 6 ay vadeli olarak geleneksel yöntemle gerçekleştirilen ABD doları karşılığı swap ihalelerinin yanında, Euro ve altın karşılığı swap ihalelerine de geçilmiştir.	Kısa çalışma ödeneği kapsamında çalışan kesime 3 aylığına geçici gelir desteği sağlanmıştır.
TCMB, döviz karşılığı Türk Lirası swap piyasasında geleneksel yöntemle gerçekleştirilen takaslama ihalelerinin limitlerini %20'den %30'a yükseltmiştir.	Aylık geliri 5,000 TL'nin altında olan vatandaşların kamu bankalarından 10.000 TL'ye kadar düşük maliyetli kredi kullanmasına olanak sağlanmıştır.
TCMB, API portföyü doğrudan alım işlemlerinin önden yüklemeli olarak gerçekleştirilebileceğini belirtmiş ve gerekli olduğu takdirde söz konusu limitlerin piyasa koşullarına göre güncellenebileceğini duyurmuştur.	Hazine ve Maliye Bakanlığı, belediyelerin aylık vergi ödemelerinde borçlarına karşılık yapılan kesintilerini 3 (nisan-mayıs-haziran) ay süreyle erteleme ve bu şekilde belediyelere 3 Milyar TL'lik kaynak sağlanacağını belirtmiştir.
Geçici olarak piyasa yapıcı bankalara, İşsizlik Sigortası Fonu'ndan satın aldıkları DİBS'leri, TCMB tarafından belirlenen koşullar ve tutarlar dâhilinde TCMB'ye satma imkânı ya da API çerçevesinde tanınan likidite imkânını belirli oranlar dâhilinde artırma olanakları verilmiştir.	Covid-19 salgınından en çok etkilenen sektörlerle KDV tevkifatı ile SGK primlerinin nisan, mayıs ve haziran ayı ödemelerinde 6 ay süreyle ertelenmesi gibi kolaylık sağlanmıştır.
2020 yılı için API portföyü nominal büyüklüğünün TCMB analitik bilanço aktif	İhracatçı kesime stok finansman desteği verilmiştir ve reeskont kredilerinin geri ödemelerinin 90 gün uzatılmıştır.

toplamına oranının azami büyüklüğü %5'den, %10'a yükseltilmiştir.	
Bu parasal önlemlerle birlikte TCMB, kamu bankaları ve diğer düzenleyici ve denetleyici kuruluşlar ekonomik faaliyetlerin devamını sağlamak için salgın boyunca ek tedbir almaya devam etmişlerdir.	Bu mali önlemlerle birlikte daha birçok düzenleyici kurum ve kuruluş, ekonomik faaliyetlerin devamını sağlamak için çok sayıda finansmana erişim kolaylığı sağlanmasına yönelik karar almıştır

Kaynak: (TCMB, TİM, ATO, TOBB, Ziraat Bankası, IMF, 2020).

Alınan parasal önlemler genellikle salgın nedeni ile finansal piyasalara istikrar kazandırmayı ve finansal piyasalarda görülen sıkışmanın önüne geçmeyi amaçlamaktadır. Mali önlemler ise borçların ertelenmesi, vergi borçlarının süresinin uzatılması ve geliri düşük hanehalklarına ve ticari faaliyetleri zayıflayan işletmelere yönelik kredi ve parasal destek biçiminde gerçekleştirilmiştir.

Olağanüstü dönemde alınan bu önlemlerin normalleşme sürecine katkıda bulunacağı açıktır ancak alınan bu önlemler aynı zamanda ekonomik yönden bir yükü de beraberinde getirecektir.

3.12. SWOT ANALİZİ

SWOT analizi bir durumun, sürecin veya tekniğin zayıf ve güçlü yönlerini, dış çevreden kaynaklanan fırsat ve tehditleri belirlemekte kullanılmaktadır. Bu analiz güçlü olduğumuz ve büyük fırsatların bulunduğu yönlerle odaklanmayı, tehdit ve zayıf tarafların etkilerini en aza indirecek stratejilerin gelişmesine yardımcı olmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde günümüze kadar Türkiye’de sağlık sektörüne yönelik uygulanan politikaların değerlendirilmesi, sağlık harcamalarının sağlık sektörüne ve ekonomik kalkınmaya etkilerini analiz edebilmek için SWOT(Güçlü, Zayıf, Fırsat, Tehdit) analiz yöntemi kullanılacaktır.

3.12.1. Güçlü Yönler (Strengths)

Bu maddede Türkiye’de sağlık sistemlerinin güçlü yönleri sıralanmıştır.

- Türkiye’nin yaş ortalaması açısından nüfusu gençtir. Bu durum da yeterli iş olanakları saplanır ise genç nüfus sağlık sektörü için avantaj sağlayabilir.

- Türkiye’ de sağlık sistemi bazı yetersizliklere ve olumsuzluklara rağmen belli bir organizasyona ve çalışma yöntemine sahiptir. Sağlık sistemindeki olumsuz durumlara rağmen bebek ölüm hızında ve aşı ile korunabilen hastalıklarda (sıtma, verem) düzenli olarak azalma yaşanmaktadır.
- Toplum hastalıkların tedavisi için sağlık merkezlerine ulaşmaktadır.
- Türkiye, birinci basamak sağlık hizmetlerinde fiziksel alt yapı ve hizmet ağına sahiptir.
- Dünya çapında büyük tehdit oluşturan AİDS ve HIV hastalığında son yıllarda yavaş artış olmasına rağmen Türkiye’de, gelişmiş Batı ülkelerine ve Afrika ülkelerine göre çok daha azdır.
- Hastanelerdeki döner sermayeler hükümet politikaları ve DPT ile desteklenmiş ve başta hastaneler olmak üzere döner sermaye sistemleri yerleşmiştir. Böylece sağlık sektöründe reel para çıkışı sağlanmış ve hastanelerin profesyonel işletmeler olabilmesine ilişkin adımlar atılmıştır.
- Türkiye iletişim ve bilişim teknolojisinde bazı önemli gelişmeler yaşanmıştır.
- Diğer ülkelere göre sağlık hizmetlerinin fiyatları görece ucuzdur.

3.12.2. Zayıf Yönler (Weaknesses)

Bu maddede Türkiye’de sağlık sistemlerinin zayıf yönleri sıralanmıştır.

- Sağlık kuruluşlarının çoğu ve personel kontrolü Sağlık Bakanlığının elindedir.
- Sağlık hizmetleri prim ve katkısı olmayanlar tarafından daha çok kullanılmaktadır. Katkısı olanlar tarafından daha az kullanılmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri alanlarında yeterlilikleri kanıtlanmamış kişiler ile değil de uzmanlaşmamış kişiler tarafından yapılmaktadır.
- Günümüzde ordu, eğitim, yargı gibi mecraların sosyal imknları bulunurken sağlık camiasının hiçbir sosyal imkânı bulunmamaktadır.
- Sağlık hizmetlerine genel bütçeden daha çok pay ayrılmalıdır. Türkiye’ de gelir kaynağı ve ekonomik bakımdan artı değerleri düşük bir ülkedir.

Hükümet sağlık sektörüne yeterli düzeyde pay ayıramamakta ilerleyen dönemlerde de ayıramayabilir.

- Türkiye'nin sağlığa yönelik olan devlete bağımlı kurumlar aracılığı ile harcadığı gerçek toplam harcama belli değildir. TBMM, MSB, Askeri Hastaneler ve Merkez Bankası gibi kuruluşların bulunduğu birçok devlet kurumu, kendi personellerinin sağlık harcamaları için, sigorta primi ödeyen vatandaşlara dahi sağlanmayan özel ayrıcalıklar sağlamaktadır. Kamu kaynaklarından sağlanan tüm bu kalemler değerlendirildiğinde ortaya çok daha değişik bir eşitsizlik tablosu, çifte standart ve israf çıkabilmektedir.
- Sağlık sektöründeki teknolojik yatırımlar denetimsiz bir şekilde yapılmaktadır.
- Türkiye, teknik donanım, sağlık malzemesi ve ilaç bakımından dışa bağımlı bir ülkedir. Bu durumda ülke gelirlerinin yurtdışına aktarılmasına yol açmaktadır.

3.12.3. Fırsatlar (Opportunities)

Bu maddede Türkiye'de sağlık sistemlerine yönelik fırsatlar sıralanmıştır.

- AB ile bütünleşme sağlık teknolojisindeki harcamaları azaltabilir ve AB ile uyum sürecimiz sağlık alanında finans, sağlık hizmeti ve eğitim konularında akılcı değişimler oluşturabilir.
- Sağlık alanında doğru ve akılcı düzenlemeler yapılır ise ülkemizdeki nitelikli hekim ve sağlık personeli, Avrupa Topluluğu ülkelerine göre daha az maliyetli ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilir. Avrupa ve ABD sağlık sistemleri hastaların Türkiye' deki uygun maliyetli tedaviler için uygun bulabilirler. Bu da Türkiye için önemli bir gelir kaynağı olabilir.
- Ülkemizin coğrafi konum olarak hem Ortadoğu hem de Avrupa ülkelerine yakın olması, yeterli hastane kapasitesine, teknolojiye ve eğitilmiş hekimlere sahip olması ve sağlık hizmetleri ihracatına verilen destek avantaj olarak kullanılır ise eğer sağlık turizmi açısından daha etkili bir konuma gelebilir.

3.12.4. Tehditler (Threats)

Bu maddede Türkiye'de sağlık sistemlerin yönelik tehditler sıralanmıştır.

- Sağlık sektöründe Türkiye’deki tehditlerin başında hükümetlerin sağlık sektöründe akılcı düzenlemeler içeren politik irade sağlayamamalarıdır. Bu durum, sağlık alanında kamu kaynaklarının boşa harcanması, bütçe için büyük bir iç borçlanmaya gidilmesi, ülke ekonomisinin bozulması ve sonuç olarak sağlık sistemindeki bozuklukların toplum sağlığını tehlikeye sokması gibi tehditler oluşturmaktadır.
- Maliyetler her yıl büyük oranda artış göstermektedir. Bu durum da Türkiye için bir tehdit unsurudur. İlerleyen dönemlerde teknolojik gelişmelere uygun ve yeterli sağlık hizmetlerine ulaşamayabilir.
- Sağlık Bakanlığı’nın 21.01.2010 tarih ve 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına İlişkin Kanun’la hekimlere hastanede çalışırken aynı zamanda muayenehanede çalışmalarının önü kapatılmıştır. Bunun sonucu olarak birçok hastane personeli kendileri için önemli bir tehditle karşılaşmış oldular.

SONUÇ

Sağlık bireylerin ve toplumların kaliteli bir yaşam sürebilmeleri için önemli bir değişkendir. Tüm sağlık sistemleri, sağlık hizmetleri için ne kadar harcama yapılacağı, bu hizmetlerin en etkin şekilde nasıl gerçekleştirileceği ve bu hizmetlerin dağılımının nasıl olacağı soruları ile karşı karşıyadır. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi etkilemesi bireylerin gelirlerinin artacağını göstermektedir. Geliri artan kişiler sağlık giderleri için daha fazla pay ayıracıklarından sağlık statüleri de giderek artacaktır. Aynı zamanda sağlık kişiler eğitime de daha fazla vakit ayıracıklarından yüksek eğitim seviyesi ve daha verimli çalışanların olduğu bir toplum ortaya çıkacaktır ve bu durumda ülkenin ekonomik açıdan daha da yükselmesine neden olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin gelişmesi hem sağlık harcamalarını arttırmaktadır hem de ekonomik kalkınmayı sağlamaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık ve sağlık hizmetleri için yapılan giderler sağlık harcamalarını oluşturmaktadır. Gelişmiş ve güçlü ekonomilerde sağlık harcamalarına aktarılan pay her zaman daha fazladır. Sağlık harcamalarına önem verilmesi bireylerin refah seviyelerinin artmasına, işsizlik oranının azalmasına ve erken ölümlerin gerilemesine neden olmaktadır.

Sağlık politikalarının en kapsamlısı Sağlıkta Dönüşüm Programıdır. Program tüm sağlık alanlarında önemli değişiklikler öngörmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumundan örgütlenmesine, finansmanından ve insan gücüne birçok alanda önemli değişiklikler sağlamaktadır. Dönüşüm kapsamında çok sayıda yasa hayata geçirilerek uygulanmaya başlanmıştır. Bu anlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı önemli bir kamu politikası örneği oluşturmaktadır.

Sürdürülebilir kalkınma, az gelişmiş ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasındaki farkın kapatılması, küresel olarak birlikte kalkınmayı ve bu kalkınmanın koordine bir şekilde iç içe olması gerektiğini vurgulamaktadır.

Türkiye’ de kalkınma planlarına bakıldığında sağlık sektöründe önemli ilerlemeler olduğu görülmektedir. Kalkınma planlarında sağlık hizmetlerinin kaliteli, sürekli, etkili, müşteri memnuniyetini artırıcı yönde ve ulaşılabilir olabilmesine önem verilmiştir.

Sağlık harcamaları, insani gelişim düzeyi üzerinde pozitif etkiye sahip bir kamu harcamasıdır. Türkiye’deki kamu sağlık harcamalarının da insani gelişim düzeyi üzerinde etkisi bulunmaktadır. Daha iyi bir insani gelişim düzeyinin sağlanabilmesi için devletin kamu harcamalarını nitelik ve nicelik yönünden arttırması gerekmektedir. Kamu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve sağlık hizmetlerinin finansmanında yoksul kesime yönelik önemli avantajlar sağlanmıştır. Sağlanan bu avantajlar ülkenin sağlık düzeyinin önemli ölçüde iyileştirmiştir. Son dönemdeki insani gelişim endekslerinde bu durum açıkça görülmektedir. Bu durumda devletin üstüne düşen görev kamu sağlık hizmetlerini hem nitelik hem de nicelik bakımından düzenli bir şekilde arttırmaya devam etmesidir.

Ülkelerin kalkınma göstergelerinin ölçülmesinde kullanılan göstergeler mevcuttur. Bunlar, okur-yazar oranı, yaşam beklentisi, gelir düzeyi, çocuk ölümler ve şehirleşme oranı gibi göstergelerdir. OECD, DB gibi kurumlar ülkelerin kalkınmışlık sıralamasında milli geliri ve kişi başına düşen geliri dikkate almaktadır. Sağlık harcamalarındaki artış iş gücü verimliliğini ve beşeri sermaye stokunu arttırarak büyüme ile insani gelişim düzeyi üzerinde pozitif bir etki yaratabilmektedir.

Türkiye ile OECD ülkeleri arasında sağlık göstergeleri açısından önemli farklılıklar mevcuttur. Ülkemizdeki sağlık göstergelerinin iyileşmesi için sağlık hizmetlerimizin gelişmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan payın arttırılması, sağlık personellerinin ve hastane yatak sayılarının arttırılması gerekmektedir. Kalitenin, etkinlik ve verimliliğinin arttırılmasına yönelik çalışmalarda, Dünya Sağlık Örgütünün geliştirdiği normlara uygun hareket edilmelidir.

Covid-19 salgının ne zaman biteceği veya ne gibi sonuçlar doğuracağı net olarak bilinmemektedir ve salgın ülkelerin sosyo-ekonomik yapısını sarsmaya da devam etmektedir. Salgından önce gerekli yapısal dönüşümlerini tamamlamayan ülkeler salgından ekonomik olarak en çok etkilenen ülkeler olmuşlardır. Türkiye’de salgından ekonomik açıdan doğrudan etkilenmiştir ve bu durumu almış olduğu tedbirler ile atlatmaya çalışmıştır. Ancak salgının getirmiş olduğu ek ekonomik maliyetlerin finansmanı ülkemizde orta ve uzun vadede sorun oluşturabilir.

Türkiye son yıllarda sağlık alanında yapılan reformlara karşılık sağlık açısından önemli bir yol kat etmiştir. Türkiye'ye her yıl gelen turist sayısının artması ülke için büyük bir getiri kaynağıdır. Dolayısı ile bu durumda gösteriyor ki sağlık sektörüne yapılan yatırımlar ülkenin ekonomik büyüme düzeyini yükseltecek ve kalkınmayı da hızlandıracaktır. Ekonomik büyümeye ve kalkınmaya doğrudan etki eden sağlık harcamaları bireylerin nitelikli iş gücüne katılımlarına da katkı sağlamaktadır.

Türkiye'nin genç nüfus oranı fazla olduğundan bu durumu yeterli iş olanakları ile sağlık sektörü açısından avantaj durumuna getirebilir. Diğer ülkelere göre sağlık hizmetlerinin daha ucuz olması da yabancı ülkelerdeki hastaların ülkemizi tercih etmesine olanak sağlayabilir bu da ülkemiz için bir ayrıca bir gelir kaynağı olabilir. Eğer sağlık alanında doğru düzenlemeler yapılır ise ülkemizdeki nitelikli sağlık personellerinden AB ülkelerine göre daha ucuz ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunabiliriz. Sonuç olarak, Türkiye yapılan sağlık harcamalarına daha fazla kaynak ayırarak bu alanda gereken önemi vermelidir.

KAYNAKÇA

Acar, O.K., ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı Isparta ili Üzerinden Nitel Bir Analiz’ *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi* ‘(2018).

Ağır, H. Ve Tıraş, H.H., ‘Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizi’ *Gaziantep University Journal of Social Sciences*‘(2018): 34-102.

Ağırbaş, İ., ‘Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme teknikleri ve TCDD Ankara hastanesinde prostat vakalarının incelenmesi yoluyla maliyet etkililik analizi uygulaması’ *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* ‘(1999).

Akdağ, Recep, ‘Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu’ (2003- 2011): 278.

Akdur, R. (1923)‘Cumhuriyet’ten Günümüze Türkiye’ de Sağlık Politikaları’ *Rona Z. Bilanço*, (1998):10-12.

Akdur, R., ‘Türkiye’ de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması’ *Ankara*‘(1999).

Akın, C. S., ‘Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Harcamaları’, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* ‘(2007).

Aksu, Ceren, ‘Sürdürülebilir Kalkınma ve Çevre’ *Güney Ege Kalkınma Ajansı*‘(2011).

Arık, Ö., Y. Y. İleri, ‘Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye’de Yeni Yaklaşım’ *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* ‘(2016)

Arrow, K.J., ‘Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care’ *The American Economic Review* ‘(1963): 141-149.

Atasever, M., (2014), ‘Türkiye Sağlık Sisteminde Sağlanan Gelişmeler:2003-2016 Dönemi’ *T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara* ‘(2014).

Ataay, F., ‘ Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme’ *Türk Tabipleri Birliği Yayınları* Ankara ‘(2007).

Ataay, F., ‘Sağlık Reformu Ve Yurttaşlık Hakları’ *Amme İdaresi Dergisi* ‘(2008): 169-184.

ATO, ‘Koronavirüs Salgınıyla Mücadele Kapsamında Alınan Tedbirler’
<https://www.atonet.org.tr/Uploads/Birimler/Internet/Flash%20Tan%C4%B1t%C4%B1m%20Alan%C4%B1/2020-04-07-Koronavir%C3%BCs/Covid%2019%20Tedbirleri2020-04-13.pdf>,’(2021).

Aydemir, İ., Ağırbaş, İ., ‘Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar’ *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, ‘(2017): 49-67.

Ayoade, M.A., ‘Regional and socioeconomic inequalities in infant mortality in Nigeria’ ‘(2019): 1-19.

Barlin, F.S., ‘Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Kalkınma Üzerine Etkileri’ *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* ‘(2010).

Barnighausen, Till ve Rainer Sauerborn, ‘One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons For Middle-and Low-Income Countries’ ‘(2002):1559–87.

Bahçe, Serdal, Köktaş, Altuğ. M., Abukan, Deniz, ‘Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye’ de Sağlıkta Dönüşüm Programı’*International Conference On Eurasian Economies* ‘(2013): 298-306.

Barfield, W., D. D’ Angelo, R. Moon, M. Lu, B. Wong, J. Iskander., ‘CDC grand rounds: public health approaches to reducing US infant mortality’ *Morbidity and Mortality Weekly Report* ‘(2013): 625-628.

Başustaoğlu, A., ‘Bir Neşe Sıhhat Tevfık Sağlam’ ın Yaşamı’ *İş Bankası Yayınları* İstanbul ‘(2016).

Bayazıt, S., Önsal, A., ‘Türkiye için 2030 kalkınma gündemi; binyıl kalkınma hedefleri değerlendirilmesiyle sürdürülebilir kalkınma gündemi için yol haritası önerisi’ *Kalkınma Araştırmaları Merkezi* ‘(2017).

Blaxter M., ‘The health of children: a review of research on the place of health in cycles of disadvantage’ *London: Heinemann Educational* ‘(1981).

Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, ‘Sektörel Raporlar ve Analizler Serisi: İlaç Sektörü Raporu’ ‘(2013): 2.

BUNCE, Victoria Craig, 'Medical Savings Accounts: Progress And Problems Under HIPAA' *Policy Analysis* '(2011): 411.

Bülbül, Fatma, '2000 Yılı Sonrası Türkiye'de Yaşanan Ekonomik Krizlerin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi' *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü* '(2020).

Chakraborty, S., 'Health Systems Strengthening: Lessons from the Turkish Experience, World Bank Europe and Central Asia Knowledge Brief' (2009): 12.

Çalışkan, A. ve Erul, R. D., 'Koronavirüs Krizinden Çıkışta Türkiye'de Alınan Ekonomik Önlemler ve Kamu Politikalarının Önemi' *Vergi Raporu* '(2021): 35-58.

Çelik, Y., 'Sürdürülebilir Kalkınma ve Sağlık' *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* '(2006).

Çoban, S., 'Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ekonomilerde Sağlık Harcamaları Finansmanı' İzmir, (2015).

Çoban, H., 'Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması' *Dokuz Eylül Üniversitesi Maliye Anabilim Dalı* '(2009).

Dağlı, G. H., 'Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı' *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* '(2006).

Deloitte, 'Covid-19 Salgınının Elektrik Talebine Olan Etkisi İle Türkiye 2020 Büyüme Beklentilerinin İncelenmesi' '(2020).

Demertzis, M., Sapir, A., Tagliapietra, S. and Wolff, G. B., 'An Effective Economic Response To The Coronavirus In Europe' *Policy Contribution* '(2020).

Demirayak, F., 'Biyolojik Çeşitlilik-Doğa Koruma Ve Sürdürülebilir Kalkınma' Tübitak Vizyon 2023 Projesi Çevre Ve Sürdürülebilir Kalkınma Paneli İçin Hazırlanmıştır *Aralık* '(2002).

Devlet Planlama Teşkilatı (1963) 'Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963- 1967' Ankara, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>, Erişim Tarihi: 20.03.2012

Devlet Planlama Teşkilatı (1968) 'İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972' Ankara, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan2.pdf>, Erişim Tarihi: 20.03.2012

Devlet Planlama Teşkilatı (1973) ‘Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977’
Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (1979) ‘Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983’ *Ankara*

Devlet Planlama Teşkilatı (1984) ‘Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989’
Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (1989) ‘Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994’
Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (1995) ‘Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000’
Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (2000) ‘Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)’*Ankara*

Devlet Planlama Teşkilatı (2001) ‘Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyon Raporu’ *Ankara*

Devlet Planlama Teşkilatı (2006) ‘Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)’*Ankara*

Devlet Planlama Teşkilatı (2013) ‘Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)’*Ankara*

Dingel, J., & Neiman, B., ‘How many jobs can be done at home?’
<https://voxeu.org/article/how-many-jobs-can-be-done-home> (2020).

Drummond M. F., Sculpher M. J., Claxton K., Stoddart G. L., Torrance G. W. ‘Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes’*Oxford University Press* ‘(1987).

Drummond M.F. Sculpher M.J. Torrance G.W. O’Brien B.J. and Stoddart G.L. ‘Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes (Third Edition)’
New York: Oxford University Press ‘(2005).

Duijzer, L. E., van Jaarsveld, W., ve Dekker, R., ‘Literature Review: The Vaccine Supply Chain’*European Journal Of Operational Research* ‘(2018: 174-192):

Elif Dikmetaş Yardan, Birgöl Yabana Kiremit, ‘Türkiye Kalkınma Planları’nda Sağlık Sektörü’ *Samsun Sağ. Bil. Dergisi* ‘(2016): 93-110.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), ‘OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD ve Dünya Bankası’ (2008).

Ergün, T. ve Çobanoğlu, N, ‘Sürdürülebilir Kalkınma Ve Çevre Etiği’ *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* ‘(2012):97-123.

Erkan, H., ‘Sosyo-Ekonomik Bölgesel Gelişme- Teorik ve Uygulamalı Bir Yaklaşım’ *Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları* ‘(1987): 3.

Ertan Beceren, Berna Balcı İzgi ve Emine Fırat., ‘Sağlık ve Kalkınma İlişkisi OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler’ ‘(2021).

Esposito, A., ‘The Worst Hit Equity Sectors in 2020. Morningstar. Available at’ <https://www.morningstar.co.uk/uk/news/200469/the-worst-hit-equity-sectors-in2020.aspx> ‘(2020).

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

Golley, J., Tyers, R., ‘Demographic dividends, dependencies, and economic growth in China and India, Asian Economic Papers’ ‘(2012): 1-26.

Görgün, S., ‘ Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları’ *SBF Yayınları* İstanbul ‘(1993).

Griffin, K. ve Knight J., ‘Human Development: the Case for Renewed Emphasis, The Political Economy of Development and Under Development’ *NewYork* ‘(1992).

Gupta, J., Pouw, N. R., ve Ros-Tonen, M. A., ‘Towards an elaborated theory of inclusive development’ *The European Journal of Development Research* ‘(2015): 541–559.

Gür, N., Tatlıyer, M. ve Dilek, Ş., ‘Ekonominin Koronavirüsle Mücadelesi’ *SETA* ‘(2020), No:163

Günsoy, G., ‘İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı’ *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi* ‘(2005): 35-52.

Hakan İstanbulluoğlu, Mahir Güleç ve Recai Oğur, ‘Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri’ *Dirim Tıp Gazetesi* ‘(2010): 86-99.

Hakan Orhan ‘Sektöre Bakış İlaç Raporu’ (2020)

Haris, J.M, ‘Basic Principles Of Sustainable Development’ *Global Development And Environment Institute* ‘(2000): 00-04.

Han E. ve Kaya A. A., ‘Kalkınma Ekonomisi Teori ve Politika. 6. Baskı’ *Nobel Yayın Dağıtım Ankara* ‘(2008).

Han, E. K, Ayten A., ‘Kalkınma Ekonomisi Teori Ve Politika’ *Nobel Yayın Dağıtım* ‘(2006).

Hayran, O., ‘Sağlık Hizmetleri’ Sağlık Hizmetleri El Kitabı, *Yüce Yayın Çevik Matbaası , Nobel Tıp Kitabevleri* ‘(1998): 15-32, 450

Hurst, J., Scherer, P., Chakraborty, S.ve Schieber, G., ‘Oecd Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye’. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>

Hüseyin Ağır, Hacı Hayrettin Tıraş, ‘Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi’ *Araştırma Makalesi* ‘(2018):643-670.

HÜNEE, ‘Türkiye 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, ‘(2018).

IMF, ‘Policy Responses to Covid-19’<https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/PolicyResponses-to-COVID-19>, ‘(2021).

Immergut, Ellen M., ‘Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe’ *Cambridge University Press* ‘(1992).

İEİS, ‘Türkiye’de İlaç: 2003’ İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS), Ankara ‘(2003).

İEİS, İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, ‘Türkiye İlaç Pazarı’ ‘(2020) <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>

İbrahim Doğan, Ali Ünal ve Muhammet Çankaya, ‘Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendir Yöntemleri’ *Fiscaoeconomia Dergipark* ‘(2019): 152-168.

İbrahim Arslan, Mehmet Vahit Eren ve Selahattin Kaynak, ‘Sağlık ile Kalkınma Arasındaki İlişkinin Asimetrik Nedensellik Analizi’ *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* ‘(2016): 287-310.

Karagül, M., ‘Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyüme İle İlişkisi Ve Etkin Kullanımı’ *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi* ‘(2003): 79-90.

Karluk, Rıdvan., ‘Türkiye Ekonomisi’ *Beta Yayınları*‘(1996).

Kartoglu U, H., Moore K, L. ve Lloyd J, S., ‘Logistical Challenges For Potential SARS-Cov-2 Vaccine And A Call To Research Institutions, Developers And Manufacturers. Vaccine 38(34)’(2020: 5393–5395).

Kanzık, İlker., ‘Türk İlaç Sanayinin Avrupa Birliği Çerçevesinde SWOT Analizi’ *İEİS Olağanüstü Genel Kurul Toplantısı Sunumu*‘(2001): 1-7.

Kaya, G., ‘Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi ve Bilecik İli Özelinde Türkiye’de Sağlık Harcamaları’ *Bilecik Şeyh Edabali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* ‘(2019).

Kaya, M.F. ve Tomal, N., ‘Sosyal Bilgiler Dersi Öğretim Programının Sürdürülebilir Kalkınma Açısından İncelenmesi’ *Eğitim Bilimleri Araştırma Dergisi* ‘(2011).

Kaur, M.P., ‘Parents’knowledge Of Danger Signs And Health Seeking Behavior In Newborn In Haryana: A Community-Based Study’, *Journal of the Gujarat Research Society* ‘(2019): 995-1002.

Kerem Karabulut, ‘Türkiye’de Sağlık Sektörü-Sağlık Sektörü Üzerinde Bir Uygulama’ *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* ‘(1998).

Kopnina, H. ve Keune, H., ‘Health and Environment Social Science Perspective’ *Nova Science Publishers* ‘(2013).

Korkmaz, A. Vd., ‘Türkiye’de Bebek Ölüm Nedenlerinin ve Ulusal Kayıt Sisteminin Değerlendirilmesi’ *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* ‘(2013): 105-121.

Lameire, Norbert; P. Joffe ve M. Wiedemann ‘Healthcare SystemsAn International Review an Overview Nephrol Dial Transplant, ‘(1999): 3-9.

Larson C., Mercer A. ‘Global Health Indicators: An Overview’ *Canadian Medical Association Journal*, ‘(2004): 1199-1200.

Matthews, Robert, Jenkins, G. Keith ve Joey Robertson, ‘Health Care Reform, Why Not Best Practices’ *American Journal of Health Sciences*’(2012).

Mazgit, İ., ‘Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi’ 1. *Ulusal Bilgi ve Yönetim Kongresi* ‘(2002): 405-415.

Meadows, D.H., Meadows, D. L., Randers, J. Behrens, W.W. ‘The limits the growth a report for the Club Of Rome's project on the predicament of mankind Universe Books’ ‘(1972).

Mehmet Özyurt, ‘Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Üzerine Ekonometrik Bir Çalışma’ *İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisanüstü Eğitim Enstitüsü* ‘(2020).

Memişoğlu, D., ‘Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı’ *Yasama Dergisi* ,(2018).

Mirowsky, J., & Ross, C., ‘Education, personal control, lifestyle and Health – A human capital hypothesis. RESEARCH ON AGING’ ‘(1998): 415-449.

Morris, K. and Karmin, C., ‘Hotels Turn to Layoffs, Room Rate Cuts as Business Stagers. The Wall Street Journal. Available at’ ‘(2020).

Mossialos, E. Ve A. Dixon ‘Funding Health Care: An Introduction’ ‘(2012).

Muhteşem., ‘Ekonomik Kalkınma’ ‘(1988): 4.

Murray, C.J., ‘Quantifying the Burden of Disease: The Technical Basis for Disability-Adjusted Life Years’ *Bulletin of the World Health Organization* ‘(1994): 429.

Mustafa Tiyekli, ‘Sosyal Devlet İlkesi Bakımından Türkiye’de Sosyal Güvenlik Uygulaması Ve Sosyal Güvenlikte Reform Arayışları’ *Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü* ‘(2008).

Mutlu, A. Ve Işık, K., ‘Sağlık Ekonomisine Giriş’ *Ekin Basım Yayın Dağıtım 3.Baskı Ekim*, ‘(2012).

Nafziger, E. W., 'Economic Development (4. Basım)' *Cambridge University Press: New York* (2006).

NAM (2003), 'The Future of the Public's Health in the 21st Century' *THE NATIONAL ACADEMIES PRESS*

Newhouse, Joseph P., 'The Economics of Medical Care: A Policy Perspective, Reading, MA' *Addison-Wesley Co.* (1978): 83.

OECD (2003), 'Regulatory Reform Review of Germany' Working Party No. 2 on Competition and Regulation, Review of Germany.

OECD (2008), 'Multilingual Summaries, OECD Insights-Sustainable Development: Linking Economy, Society, Environment.

Oxford University, *Oxford Martin School* Global Change Data Lab, (2019).

Özgen, Hüseyin, 'Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye' deki Uygulamalar' *Çukurova Üniversitesi İİBF İşletme Bölümü*, Yayın No: 2 İşletme Yönetiminde Güncel Konular II, Adana (1993).

Özgür Emre Koç: *Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Özel Kesim Uygulamaları*. Ankara: Ekim Yayınevi, 2018

Özlem Özer, Ümit Çıraklı, 'Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması' *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* (2012): 45-59.

Öztek, Zafer., 'Türkiye' de Sağlık Hizmetleri' *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı 1*, yıl 7, sayı 39 (2001).

Öztürk, E., 'Sosyal Güvenlik Kurumlarında Tek Çatı Çalışmaları Üzerine' *Sayıştay Dergisi* Sayı: 56 (2005)

Pala, Kayıhan., 'Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu' *TTB Yayınları* (2007).

PANDIT, A., 'Health Economic Evaluation-Methods and Techniques' *IOSR Journal of Economics and Finance* (2016): 01-09.

Petrol-İş Araştırma, ‘Dünyada ve Türkiye’de İlaç Sektörü’ (2010).https://www.petrol-is.org.tr/sites/default/files/ilacsektoru-subat_2010.pdf(E. Tarihi: 15.12.2019)

Pınar Yalçın Balçık ve Bayram Şahin, ‘Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkinlilik Analizi ve Karar Analizi’ *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* ‘(2013): 121-134.

Prof. Dr. Kürşat Uzun, ‘Covid-19 Salgınında Aşı’(19.08.2021).

RESMÎ GAZETE, 1961 ‘224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’ R.G. Sayısı: 10705, R.G. Tarihi: 12.01.1961

Rıfat Atun, ‘Transforming Turkey’s Health System-Lessons for Universal Coverage’ *The New England Journal of Medicine* No:14 ‘(2015) :1285-1289.

Rudmik, 1., Drummond, M., Health economic evaluation: İmportant Principles and methodology. *Laryngoscope*, ‘(2013). 123: 1341-1347

Sağlık Bakanlığı ‘Ulusal Sağlık Politikası’ ‘(1993).

Sağlık Bakanlığı, ‘Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ *Ankara* ‘(2001).

Sağlık Bakanlığı, ‘İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı’ *Ankara* ‘(2008).

Sağlık Bakanlığı, ‘Stratejik Plan’ (2013-2017): 13.

Sağlık Bakanlığı, ‘Aile Hekimliği Türkiye Modeli’ *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, ‘(20.08.2020).

Sağlık Bakanlığı, ‘(2003). Sağlıkta Dönüşüm. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ‘Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017’ ‘(2012).

Saltık, A., ‘Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar’ *Toplum ve Hekim Türk Tabipler Birliği Yayını*, Cilt 10, Sayı 68 ‘(1995): 38-44.

SAMUELSON, P.A., ‘The Pure Theory of Public Expenditure, The Review of Economics and Statistics’ *Kamu Maliyesinde Seçme Yazıları* ‘(1954).

Samans, R., Blanke, J., Corrigan, G., ve Drzeniek H. M., ‘The inclusive growth and development report 2017 (Insight Report)’ *Geneva: World Economic Forum* ‘(2017).

Sargutan, A.E., ‘Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı’ *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Dergisi*, (2005): 3.

Say, G., ‘Türkiye İlaç Sanayinin ve İlaç Pazarının Yapısal Özellikleri’ Ankara Eczacı Odası Yayınları ‘(1977) Sayı: 1. http://ekutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/tr_ilac_pazar/2.pdfE. Tarihi: 20.08.2020

Sayım, Ferhat, ‘Türkiye’de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarını Gelişimi’ *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi* ‘(2017): 13-30.

Schulz, R. ve Johnson, A. C., ‘Management of Hospitals and Health Services: Strategic Issues and Performance’ USA: Beard Books ‘(2003).

Sevinç, İ. ve Özer, K., ‘Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Bakanlığı Yeniden Yapılandırma Çalışmaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research* ‘(2016). Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/390574>

Şeker Demir Ş., ‘TC. Kalkınma Bakanlığı Türkiye’ nin İnsani Gelişme Endeksi ve Endeks Sıralamasının Analizi’ *İnsani Gelişme Raporu* ‘(2011).

Sıtkıcan Saraçoğlu, Fahriye Öztürk, ‘Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama’ *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü* ‘(2014): 293-342.

Somunoğlu, S., ‘Sağlık- Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi’ Sağlık Kurumları Yönetimi-I, (Editör: Mehtap Tatar), *Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1599* Eskişehir ‘(2012): 2-26.

Soysal, A., Yağar, F., ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Bir Araştırma’ *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi* ‘(2015).

Sosyal fayda Zirvesi, Sürdürülebilir Kalkınma İçin Küresel Hedefler’ <http://www.sgsistanbul.org/surdurulebilir-kalkinma-hedefleri> ‘(2016).

Sülkü, S. N., ‘Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları’ *Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı* ‘(2011).

enay Gökbayrak, ‘Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü’ *www.calismatoplum.org* ‘(2018)

Tarı, R. ve Kumcu, F. S., ‘Türkiye’de İstikrarsız Büyümenin Analizi’ *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* ‘(2005)

Tatar, Fahrettin., ‘zelletirme ve Sağlık Hizmetleri: Teorik Bir Uygulama’ *Amme İdaresi Dergisi* ‘(1997).

Taylor, D. and Schwartz, J., ‘Volkswagen Suspends Production as Coronavirus Hits Sales. Reuters. Available at’ <https://www.reuters.com/article/us-volkswagen-results2019/volkswagen-suspends-production-as-coronavirus-hits-sales-idUSKBN2140OF> ‘(2020).

T.C. Kalkınma Bakanlığı, ‘Onuncu Kalkınma Planı’ 2013

TCMB, ‘Enflasyon Raporu-II’ (30 Nisan 2020).

Temür, =Yusuf ve Bakırcı, Fehim, ‘Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir VZA Uygulaması’ *Sosyal Bilimler Dergisi* ‘(2008): 261-281.

Tengilimoğlu, D., vd., ‘Sağlık İşletmeleri Yönetimi’ (1.Baskı), *Nobel Basımevi* Ankara ‘(2009).

Tengilimoğlu, D., ‘Sağlık Hizmetleri Pazarlaması’ *Siyasal Kitabevi* ‘(2012).

Tıra, H.H., ‘Sürdürülebilir Kalkınma ve evre: Teorik Bir İnceleme’ *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı* ‘(2012).

Tıra, H.H., *Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme*. Ankara: Orion Kitabevi, 2020

TİM, ‘14 Nisan 2020 İtibariyle COVID-19 İle Mücadele İçin lkemizde Alınan Tedbirler’ https://www.tim.org.tr/files/downloads/Koronavirus_Dosyasi/TIM_Ekonomik_Istikrar_Kalkan%C4%B1_Tedbirleri_14.04.2020.pdf ‘(2021).

TOBB (2012), ‘İlaç Sanayi Meclisi Sektör Raporu 2011’ (2012): 170.

TOBB (1993), ‘Türkiye İktisat Gazetesi’ 25 Ekim 1993.

TOBB, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, “İş Dünyası Corona Virüs İçin Ekonomik Tedbirler, <https://tobb.org.tr/Sayfalar/20200323-covid-destegi.php> (2021).

Tokalaş, S., ‘Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması’ *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı* İstanbul ‘(2006).

Tokgöz, E., ‘Sosyal Gelişmede Sağlık’ Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, *DPT Yayınları*, yayın no:1783, Ankara ‘(1981).

Tokgöz, Tandoğan., ‘Türk İlaç Endüstrisinin Ulaştığı Düzey’ *Yeni Türkiye*, sayı 40, (2001): 1042-1046.

Tosun, C., ‘Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri’ *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* ‘(2018).

TÜBA (2020), ‘Türkiye Bilimler Akademisi Raporu’ (2020)

Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Temmuz, 2019

TÜİK, ‘Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019’ sayı: 33659 ‘(19 Kasım 2020) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659>

TÜRMÖB, ‘Korona Salgınının Türkiye Ekonomisine Etkisi Değerlendirmeler ve Öneriler Raporu’, *Türkiye Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler ve Yeminli Mali Müşavirler Odaları Birliği* ‘(2020).

TÜSİAD (2004), ‘Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri’ *Tüsiad Basın Bülteni*

T.C.Sağlık Bakanlığı ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ‘(2003). <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>

UNDP, ‘Human Development Report’ *Oxford University Press* ‘(1996).

UNDP, ‘Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update Technical Notes’ ‘(2018).

World Health Organisation. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO, Geneva.

Woolhandler, S. Campbell, T. ve David U. H. ‘Costs of Health Care Administration in the United States and Canada’ *New England Journal of Medicine* ‘(2003): 768–775.

Volkan Yurdadoğ, ‘Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi’ *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* ‘(2007):591-610.

Volkan Yurdadoğ , “Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu Ve Türkiye’de Sağlık Reformu” *Doktora Tezi Ankara* ‘ (2006).

WHO (1998), ‘SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH THE SOLID FACTS’ *World Health Organization*.

YALÇIN, A. Z., ÇAKMAK, F., ‘Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi’ *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* ‘(2016): 705-723.

Yardımcıoğlu, M., Kocamaz H. ve Sezal N., 2012, ‘Türkiye’de Günümüze Kadar İzlenen Bölgesel Kalkınma Politikaları Ve Kalkınma, II. Bölgesel Sorunlar ve Türkiye Sempozyumu’ ‘(2012). http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/_KalkinmaPlanlari.aspx/26.02.2015

Yasemin Filiz, ‘Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi’ *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* ‘(2010).

Yasin Söğüt, ‘Sağlık Harcamaları ve İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme (1998-2016)’ *Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* ‘(2019).

Yıldırım, Hasan H., ‘Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu’ *Sağlık-Sen Yayınları No:21* ‘(2013).

Yılmaz, Seda, ‘Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması’ *Isparta* ‘(2012).

Yusuf Çelik. *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2019

Zarifoglu, E., ‘Covid-19 sonrası küresel ekonomi trendleri. U. Ulutaş (Ed.), COVID-19 sonrası küresel sistem: Eski sorunlar, yeni trendler içinde (s. 107–111)’ *SAM Yayınları* ‘(2020).

Ziraat Bankası, ‘Küresel Çapta ve Türkiye’de Koronavirüsün Olumsuz Ekonomik Etkilerine Karşı Alınan Tedbirler-2020 Yılı,’
<https://www.ziraatbank.com.tr/tr/makroekonomikanalizler/turkiye-ekonomisi/kuresel-capta-koronavirus-salgininin-olumsuz-ekonomik etkilerine-karsi-alinan-onlemler-2020-yili> (ET: 03.03.2021).

