

**T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI
İKTİSAT TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**1980 SONRASI TÜRKİYE'DE SAĞLIK
SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ**

**MELTEM KINACI
17710030**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. NEVİN COŞAR**

**İSTANBUL
2021**

**T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI
İKTİSAT TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**1980 SONRASI TÜRKİYE'DE SAĞLIK
SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ**

**MELTEM KINACI
17710030
ORCID NO: 0000-0003-0377-8363**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. NEVİN COŞAR**

**İSTANBUL
2021**

**T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI
İKTİSAT TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**1980 SONRASI TÜRKİYE'DE SAĞLIK
SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ**

**MELTEM KINACI
17710030**

**Tezin Enstitüye Verildiği Tarih:
Tezin Savunulduğu Tarih: 15.12.2020
Tez Oy Birliği ile Başarılı Bulunmuştur**

**Unvan Ad Soyad
Tez Danışmanı : Prof. Dr. NEVİN COŞAR
Jüri Üyeleri : Doç. Dr. YASEMİN ASU ÇIRPICI
Prof. Dr. ÖZGÜR ÖMER ERSİN**

**İSTANBUL
ŞUBAT 2021**

ÖZ

1980 SONRASI TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ

Meltem Kınacı

Şubat, 2021

Son yıllarda sağlık alanında yapılan çalışmaların artması ile birlikte bu çalışmaların ekonomik etkileri tartışma konusu olmuştur. Bu durum sağlık alanındaki ekonomik araştırmaların her geçen gün yaygınlaşarak sağlık ekonomisi alanına olan ilginin artmasına yol açmıştır. Türkiye’de hızla gelişen sağlık ekonomisi alanında özellikle 1980 sonrasında günümüze kadar gerçekleşen gelişmeler ve sağlık alanında yapılan reformlar göze çarpmaktadır. Bu çalışmanın amacı: sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisinin kapsamını anlamak, 1980 sonrasında Türkiye’de sağlık alanında yaşanan gelişmelerin ve sağlığı geliştirmeye yönelik uygulanan sağlık politikalarının ekonomik anlamda sonuçlarını, bir ekonomi alt bilim dalı olan sağlık ekonomisine etkilerini ve sağlık harcamalarının değişimini, verileri de göz önünde bulundurarak incelemektir. Bu amaçla 1980 sonrası Türkiye’de sağlık ekonomisi ve sağlık ekonomisinin kapsamını anlatmak amacıyla yazılan tezler, raporlar, ulusal ve uluslararası çalışmalar taranmış; Sağlık Bakanlığı, TÜİK, OECD, World Bank gibi geniş bir kaynak geçmişine sahip kurumların verileri incelenerek edinilen verilerden şekil ve tablolar oluşturularak bu şekilde sağlık ekonomisi alanındaki gelişmelerin daha iyi anlaşılması sağlanmaktadır. Edinilen veriler sayesinde oluşturulan tablo ve şekillerle hem Türkiye’nin 1980 sonrasındaki sağlık ekonomisinin yıllar içindeki gelişimi hem de Türkiye’de sağlık ekonomisinin bulunduğu mevcut durumun uluslararası dünya ülkeleri ile güncel veriler göz önünde bulundurularak karşılaştırılması anlatılmaktadır. Son 40 yıla ait veriler ile Türkiye’deki sağlık sisteminin kamu ve özel kesime dağılımı, bu durumun tetiklediği sağlık harcamalarının yıllar içindeki değişimi açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre sayısal verilerin de desteği ile 1980 sonrasında günümüze sağlık ekonomisinin gelişimi gözlemlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, sağlık ekonomisi, sağlık harcamaları

ABSTRACT

AFTER 1980 DEVELOPMENT OF THE HEALTH SECTOR IN TURKEY

Meltem Kinacı

February, 2021

In recent years, with the increase of studies in the field of health economics, effects of these studies have been a matter of discussion. This situation has caused to the widespread use of economic research in the field of health every day and an increase in interest in the field of the health economics. Reforms made in the rapidly evolving field of the health economics, especially from 1980 to now after the current developments taking place in Turkey is so conspicuous. The purpose of this study: health, understand the scope of health services and the health economics, the developments in the health sector in Turkey after 1980, and the health of the health policies implemented to improve economic results of an economic sub-branch of science that the impact on the health economics and the exchange of health spending data also is to examine taking into account. For this purpose after 1980, to describe the scope of the health economics and the health economics in Turkey scanned resources as post theses, reports, scanned the national and international studies; by examining the data of institutions with a wide resource history such as the Ministry of Health, TURKSTAT, OECD, World Bank, figures and tables are created from the data obtained, thus ensuring a better understanding of the developments in the field of the health economics. Current data on the data acquired through both Turkey with the establishment of tables and figures as well as the development in the years of the health economics in the post-1980 international countries in the world's present state of the health economics in Turkey describes the comparison in mind. Public and private sector distribution of the data for the last 40 years with the health system in Turkey, describes the changes over time in health spending triggered by this situation. According to the results, with the support of numerical data, the development of the health economics has been observed since 1980.

Key Words: Health services, health economics, health expenditures

ÖN SÖZ

Yüksek Lisans öğrenimimde, tezimin hazırlık ve yazımının her aşamasında bana çok büyük destekte bulunan ve akademik birikimi ile bana rehberlik eden danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nevin COŞAR'a ve üzerimde çok büyük emekleri olan canım aileme çok teşekkür ederim.

İstanbul; Şubat, 2021

Meltem Kınacı

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	iv
ÖN SÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ	3
2.1. Sağlık Kavramı.....	3
2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Kapsamı.....	6
2.2.1. Kamusalılık.....	8
2.2.2. Yararlı Mallar.....	9
2.2.3. Devlet Müdahalesi.....	9
2.2.4. Dışsallık.....	9
2.2.5. Belirsizlik Altında Seçim.....	9
2.2.6. Asimetrik Bilgi.....	10
2.2.7. Hastalık Riski ve Tüketiminin Önceden Tespit Edilememesi.....	10
2.2.8. Sağlık Ürünlerinin Yetersiz Tüketiminin Topluma Etkisi.....	10
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	10
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	11
2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	12
2.3.2.1. Kendi Kendine Bakım.....	13
2.3.2.2. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	13
2.3.2.3. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	13
2.3.2.4. Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	13
2.3.3. Rehabilitasyon Sağlık Hizmetleri.....	14
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	14
2.4.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Tanım ve Amacı.....	14
2.4.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri.....	15
2.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	16
2.4.3.1. Kamu kaynaklı finansman yöntemleri.....	16

2.4.3.2. Özel kaynaklı finansman yöntemleri	18
2.4.3.3. Kamu ve özel kaynaklı bütünleştirilmiş finansman yöntemleri.....	21
3. SAĞLIK EKONOMİSİ	23
3.1. Sağlık Ekonomisi Kavramı	23
3.2. Sağlık Ekonomisinin Önemi	24
3.3. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi	25
3.4. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve İşleyişi	27
3.4.1. Sağlık Ekonomisinde Arz	30
3.4.1.1. Sağlık Ekonomisinde Arzın Özellikleri	31
3.4.1.2. Sağlık Ekonomisinde Arzı Etkileyen Faktörler	35
3.4.2. Sağlık Ekonomisinde Talep	39
3.4.2.1. Sağlık Ekonomisinde Talebin Özellikleri	40
3.4.2.2. Sağlık Ekonomisinde Talebi Etkileyen Faktörler	42
3.4.3. Sağlık Ekonomisi Piyasası	44
3.4.3.1. Arz ve Talep Arasında Dengesizliğin Olması.....	44
3.4.3.2. Mal ve Hizmetlerde Homojenliğin Sağlanamaması	45
3.4.3.3. Piyasaya Girişte Bazı Kısıtlamaların Varlığı	45
3.4.3.4. Tüketicilerin Sağlık Piyasasına İlişkin Tam Bilgiye Sahip Olmaması	46
3.4.3.5. Arzda Monopolleşmenin Olması	46
4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK EKONOMİSİ VE 1980 SONRASI DÖNÜŞÜMÜ..	47
4.1. Türkiye’de Sağlık Düzeyinin Belirleyicileri.....	47
4.1.1. Yaşam Beklentisi	48
4.1.2. Kaba Doğum ve Doğurganlık Oranı	50
4.1.3. Bebek ve Anne Ölüm Oranları.....	52
4.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	54
4.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Fonksiyonel Dağılımı.....	61
4.4. Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Ekonomisinin Gelişimi.....	67
4.4.1. 1980 ve 2000 Yılları Arası Gelişmeler	67
4.4.2. 2000 ve 2020 Yılları Arası Gelişmeler	69
4.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanındaki Değişim.....	73
4.5.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Sağlanan Finansman	76
4.5.2. Devlet Tarafından Sağlanan Finansman	76
4.5.3. Cepten Ödemeler ve Özel Sağlık Sigortası Tarafından Sağlanan Finansman	77
4.6. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Değişimi	78
5. SONUÇ.....	91
KAYNAKÇA	96

ÖZ GEÇMİŞ	104
------------------------	-----

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1:	Kalitenin Evrimi.....	38
Tablo 2:	Bazı Sağlık Göstergelerinin Dönemsel Olarak Gelişimi	47
Tablo 3:	Türkiye’de Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları	56
Tablo 4:	Türkiye Geneli Bazı Sağlık Göstergeleri, 2018.....	57
Tablo 5:	Kamu ve Özel Yataklı Sağlık Kurumlarının Yatak Sayıları.....	60
Tablo 6:	Yıllara Göre Türkiye’de Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler.....	62
Tablo 7:	Türkiye’de Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, Tüm Sektörler, 2018.....	63
Tablo 8:	Türkiye’de Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı, Sağlık Bakanlığı, 2018	64
Tablo 9:	SGK Gelir Gider Açığının 2008 ve 2017 Yılları Arasındaki Değişimi..	89
Tablo 10:	SGK Gelir-Gider Dengesi (Gerçekleşme, GSYİH’ye oran, yüzde).....	89
Tablo 11:	Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Toplam Sağlık Harcamaları.....	90

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1:	Sağlığın Boyutları	4
Şekil 2:	Sağlığı Etkileyen Faktörler.....	5
Şekil 3:	Sağlık Sistemleri Modeli	7
Şekil 4:	Sağlık Hizmetleri Özellikleri.....	8
Şekil 5:	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	11
Şekil 6:	Sağlık Hizmetleri Üçgeni	14
Şekil 7:	Sağlık Hizmetleri Finansman Süreci.....	15
Şekil 8:	Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	16
Şekil 9:	Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri: Vergilerle Finansman.....	17
Şekil 10:	Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri: Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman	18
Şekil 11:	Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri: Cepten Ödeme	19
Şekil 12:	Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri: Özel Sağlık Sigortası.....	20
Şekil 13:	Kamu ve Özel Kaynaklı Bütünleştirilmiş Finansman Yöntemleri.....	21
Şekil 14:	Sağlık ve Ekonomi Arasındaki İlişki	23
Şekil 15:	Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve İşleyişi.....	28
Şekil 16:	Arz Eğrisi	30
Şekil 17:	Sağlık Hizmetleri Arzındaki Artışın Talebe Etkisi	33
Şekil 18:	Teknolojik Gelişmelerin Sağlık Hizmetleri Arzına Etkisi	35
Şekil 19:	Hemşire Ücretlerindeki Değişimin Arza Etkisi.....	36
Şekil 20:	Talep Eğrisi	39
Şekil 21:	Sağlık Piyasasında Arz Talep Dengesizliği.....	45
Şekil 22:	Türkiye'de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi.....	48
Şekil 23:	Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırılması, 2018	49
Şekil 24:	Türkiye’de 1980 ve 2019 Yılları Arası Kaba Doğum Hızı Değişimi (Binde)	50
Şekil 25:	Türkiye’de 1980 ve 2019 Yılları Arası Doğurganlık Hızı Değişimi, Kadın Başına.....	51

Şekil 26:	Türkiye’de Bebek Ölüm Oranı (Binde).....	52
Şekil 27:	Bebek Ölüm Oranının Uluslararası Karşılaştırılması (1.000 Canlı Doğumda), 2018.....	53
Şekil 28:	Türkiye’de 1990 ve 2017 Yılları Arası Anne Ölüm Oranı Değişimi (100.000 Kişide).....	54
Şekil 29:	Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	55
Şekil 30:	Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler.....	57
Şekil 31:	Türkiye’de Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı, 1980-2018.....	58
Şekil 32:	Türkiye’de Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı, 1980-2018.....	59
Şekil 33:	1.000 Kişiye Düşen Hasta Yatak Sayısı Uluslararası Karşılaştırması ...	61
Şekil 34:	Türkiye’de Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı	64
Şekil 35:	100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması..	65
Şekil 36:	Türkiye’de 1980 ve 2017 Yılları Arasında Tıp Fakültesi Mezunu Sayısı Değişimi, 100.000 Kişide.....	66
Şekil 37:	Tıp Fakültesi Mezunu Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 100.000 Kişide	66
Şekil 38:	Türkiye’de 1.000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısının Yıllara Göre Değişimi	67
Şekil 39:	Sağlık Hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası Uygulaması Sonrası Finansmanı	75
Şekil 40:	Türkiye’de 1980 ve 2019 Yılları Arasında Kamu, Özel ve Toplam Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD Doları \$).....	78
Şekil 41:	Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması Uluslararası Karşılaştırması (ABD Doları \$), 2019	79
Şekil 42:	Kişi Başı Özel Sağlık Harcaması Uluslararası Karşılaştırması (ABD Doları \$), 2019	80
Şekil 43:	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması Uluslararası Karşılaştırması (ABD Doları \$), 2019	81
Şekil 44:	Türkiye’de 1980 ve 2018 Yılları Arasında Kamu, Özel ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	82
Şekil 45:	Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı Uluslararası Karşılaştırması (Yüzde %).....	83

Şekil 46: Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı Uluslararası Karşılaştırması (Yüzde %)	84
Şekil 47: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı Uluslararası Karşılaştırması (Yüzde %)	85
Şekil 48: Türkiye’de 1980 ve 2019 Yılları Arasında Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (Yüzde %)	86
Şekil 49: Türkiye’de İlaç Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı (Milyar TL)	87
Şekil 50: Türkiye’de İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payının Yıllara Göre Değişimi (Yüzde %)	88
Şekil 51: İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı Uluslararası Karşılaştırması (Yüzde %)	88

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
BM	: Birleşmiş Milletler
GSYİH	: Gaysi Safi Yurt İçi Hasıla
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
NBER	: National Bureau of Economics Research (Ulusal Ekonomik Araştırmalar Bürosu)
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AB.	: Avrupa Birliği
TÜFE	: Tüketici Fiyat Endeksi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
KÖİ	: Kamu Özel İş Birliği
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
YKD	: Yapı Kırıla Devret
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
Bağkur	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

1. GİRİŞ

Tarih boyunca insanlar doğası gereği, her yaşta ve her zaman sağlıklı yaşamak istemektedir. Bu nedenle sağlıklı olmak ve hastalık riskinde kaçınmak adına verilen sağlık hizmetlerinden her zaman faydalanmak isterler. Bununla birlikte sağlıklı olmak hakkı uluslararası birçok belgede temel bir insan hakkı olarak belirtilmiş ve sağlığın korunması görevi de devlete verilmiştir. Devlet bu görev doğrultusunda sağlık riskine karşı çeşitli sağlık hizmetleri geliştirmiştir. (Oral, 2001).

Sağlığın piyasada alımı ve satımı olmamakla birlikte sağlıklı olabilmek için gerekli olan hizmet, piyasa konusudur (Köktaş, 2014). Sosyal ve yarı kamusal nitelikli bir mal olan sağlık hizmeti; fayda veya maliyeti kısmen ya da tamamen hizmetten yarar sağlayanlara ait ve pozitif dışsallığı ile toplam faydası yüksek mallar grubunda olup çoğunlukla devlet tarafından üretilen bir maldır (Pehlivan, 2003, 44-45). Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri olarak üç çeşitten oluşmakta olup etkin bir şekilde sunumu ve finansmanının sağlanması konusu ülkelerin öncelikli gündemleri arasında yer almaktadır. Sağlık harcamalarının finansmanının sağlanması görevini ülkemizde, Sosyal Güvenlik Sistemi adı altında Sosyal Güvenlik Kurumu üstlenmektedir. Ülkemizde sağlık harcamalarının finansmanının sağlanmasında; elde edilen kamu ve özel sağlık sigortalarının tarafından toplanan sosyal güvenlik primleri ve vergiler başlıca finansman kaynağını oluşturmaktadır.

Sağlık harcamaları ve finansmanının sağlanması konusu sağlık ekonomisi kapsamına girmektedir. Sağlık ekonomisinin geçmişi, dünyada 1960li yıllara dayanmaktadır. 1960lı yıllarda sağlık ekonomisi ilgi çekmeye başlayıp 1970li yıllarda yaygınlaşarak önemini artırmıştır. Ekonominin bir alt bilim dalı olan sağlık ekonomisi diğer mal ve hizmet piyasalarından farklı olmakla birlikte piyasa koşulları gereği talep ve arzın olduğu bir piyasadır.

Türkiye’de sağlık ekonomisi, sağlık alanında yapılan politikalar ile tarihsel süreçte 1980 sonrasında önem kazanmıştır. Teknolojinin gelişmesi ve yapılan sağlık reformları ile sağlık alanında birçok yenilik sağlanmış bu durum sağlık ekonomisinde de gelişmelere sebep olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başlatılması, sağlık ocaklarının yerini aile hekimliğinin alması, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı

altında toplanması, sosyal güvenlik reformu, genel sağlık sigortası, sağlık harcamalarının değişimi, özel ve kamu kaynaklı finansman yöntemlerinin değişimi konuları Türkiye’de 1980 sonrası başlıca sağlık ekonomisi konuları arasında ele alınacaktır. Ekonomik kalkınmanın bir göstergesi olan sağlık harcamaları her ülkenin kalkınma seviyesine göre farklılık göstermektedir. Türkiyede yapılan sağlık harcamalarına bakıldığında, 1980 yılından günümüze hızla arttığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının boyutu Türkiye’de sağlık ekonomisi kapsamında bu çalışmada incelenecektir.

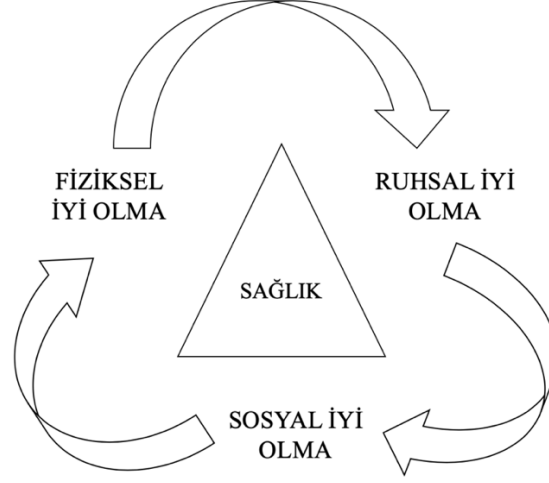
Çalışma üç bölümden oluşmaktadır ve çalışmada genel olarak sağlık kavramı ve sağlık hizmetlerinin kapsamı, sağlık hizmetlerinin çeşitleri ve finansmanı, sağlık ekonomisinin gelişimi ve işleyişi, Türkiye’de sağlık ekonomisi alanında 1980 sonrasında yaşanan gelişmeler ile bu gelişmelerin sağlık hizmetlerinin finansmanına ve sağlık harcamalarına etkisi konuları ekonomik boyutuyla incelenmektedir. Günümüzde sağlığın ve sağlık ekonomisinin öneminin artmasıyla yapılan araştırmalar da artmıştır. Çalışmanın daha çok nitel boyutunu oluşturan ilk iki bölümün oluşturulmasında sağlık ekonomisi alanında yazılmış tezler, raporlar, ulusal ve uluslararası alanda yazılmış makalelerden faydalanılmıştır. Son bölümde ise yine benzer kaynaklar taranmış olup ayrıca sağlığın ekonomik boyutu ve etkilerini daha iyi anlayabilmek adına sağlık ile ilgili detaylı verilere Türkiye İstatistik Kurumu, OECD ve World Bank gibi ulusal ve uluslararası verilere sahip kaynaklardan tablo ve şekiller alıntılanarak yıllar içinde gerçekleşen gelişmelerin detaylı bir şekilde açıklanmasına yer verilmiştir.

2. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, evrensel bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımlamasına göre "Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir." Bu tanım kapsamında sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi olma durumu olarak üç boyutundan söz etmek mümkündür. Sağlığın bu üç boyutu birden düşünüldüğünde de dünya nüfusunun büyük bir kısmının sağlıklı sınıfa gireceği göz önünde bulundurulmalıdır. Literatürde üç boyutta iyi olunması hali kabul görülmekle birlikte aynı zamanda, bu durumun sağlanmasının güç olması sebebiyle de eleştirilmektedir (Alptekin, 2004, 134).

Tanımdaki üç boyuttan biri olan bedensel veya fiziksel iyilik hali, bireyin fiziki olarak görünüşte herhangi bir sakatlığının olmaması, vücudunda hastalığa dair bir bulgu taşımaması halidir. Bu boyutuyla sağlık daha çok tıp alanı sınırları içerisinde ele alınmaktadır. Ruhsal iyilik halini açıklarken insanı etkileyen birden fazla çok sayıda faktörden söz edilebilir. Ruhsal iyi olma durumu kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, bireyin kendisi ve çevresiyle uyum içinde yaşaması olarak tanımlanabilir. Bu uyum konusunun belli sınırları olmayıp esneklik taşımaktadır. Sosyal yönden iyilik hali, kişinin yaşam standartlarıyla doğrudan ilgili bir boyuttur. Bireyin ekonomik ve sosyal konularda yeterli düzeyde olması ve bu durumun sağlığına iyi etkide bulunması, sosyal iyilik hali olarak tanımlanabilir. Sosyal iyilik hali, ekonomik gelişmişlikle doğru orantılıdır. Bireyin yaşam standartları ne kadar gelişmiş ve yükseğe, sağlığını tehdit eden etkenleri o kadar az görerek en üst seviyede sosyal iyilik haline sahip olur (Somunoğlu, 1999, 52-53).



Şekil 1: Sağlık Boyutları

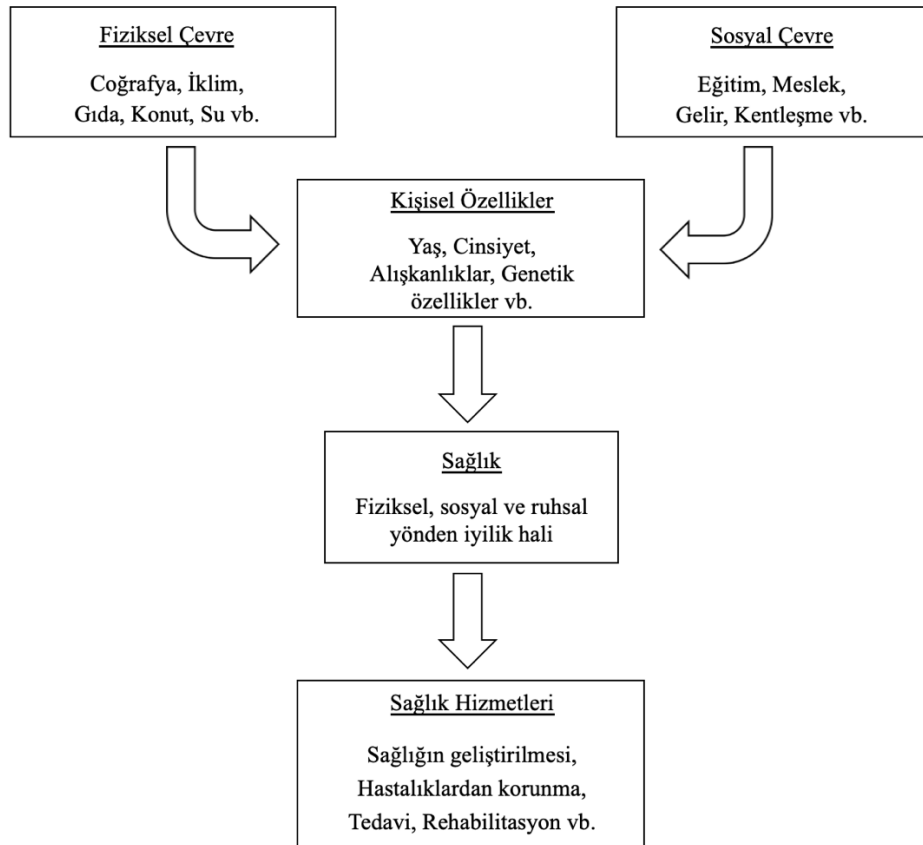
Bütün bu tanımlar göz önünde bulundurulursa sağlık yalnızca tıbbi veya biyolojik bir kavram değildir. İnsanların sağlığı sosyal hayat içerisinde etkileşimde bulunduğu her türlü faktörden etkilenebilmektedir.

Şekil 1'e göre tedaviyi amaç edinerek faaliyet gösteren sağlık bakım organizasyonları, sağlığı etkileyen faktörlerden biri olmakla birlikte buna bağlı olarak sağlık, sadece tedavi edilen bir olgu olmaktan çıkarılmış olmaktadır. Geleneksel tıp bilimi ve tıbbi teknoloji, insanların biyolojik ve hastalık durumlarına odaklanmıştır. İnsanların iyi olma durumlarını bozan, sosyal ve çevresel etkenler göz ardı edilmiştir. Tıp, topluma ve insan sağlığına bütüncül bir bakış açısıyla bakamayarak bireyci özelliğini ortaya koymaktadır. Bunun sonucunda, sağlık alanına yönelik ayrılan kaynaklar zamanla artan bir eğilimde yüksek tıbbi teknolojiye yönelik kullanılmaktadır. Bu sebeple de sağlığa erişim konusunda bireyler arası bir eşitsizlik söz konusu olmakta ve toplumsal olarak bu eşitsizlik derinleşmektedir. Mevcut kısıtlı kaynaklar, sağlık hizmetlerine ulaşamayanlar yerine hali hazırda ulaşmış olanların tüketimine yönelik olmaktadır. Bu yaklaşım da sağlığı daha çok fiziksel ve ruhsal iyi olma hali olarak görmektedir (Ulutürk, 2015).

Sağlık sadece fiziksel ve ruhsal iyi olma hali şeklinde tanımlanacak olursa; ekonomik düzeyi düşük olan insanlar için hasta olma durumunun kötü bir şans değil, bir sonuç olduğu çıkarımına varılacaktır. Her iki durumda da sağlık; sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerden büyük ölçüde etkileniyor olup sosyal koşullardan tümüyle dışlanamaz (Goodacre, Collins, Slattery, 2013).

Sağlığı etkileyen sosyal faktörlerin var olması durumu yıllar öncesine dayanan bir gözlemdir. 19. yüzyılda gerçekleşen Sanayi Devrimi, insanların sağlığını etkileyen belirgin sosyal etmenlerin olduğunu açıkça ortaya koymuştur. Sosyal sınıflar arası ölüm oranlarının farklılaşması, hastalık ve yoksulluk arasında bir ilişki olduğunun kanıtlanmasını sağlamıştır.

Sağlık ve sağlıklı yaşam, her insanın temel hakkı olmasıyla birlikte ülkemizde sağlıklı yaşama hakkı tarihte ilk defa 1961 Anayasası'nda yer almıştır. 1982 Anayasası'nda da her bireyin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Ülkemiz toplumunda da en üst tabakadan en alt tabakaya inildikçe insanların sağlık durumları daha kötü seviyelere düşmektedir. Bu da sosyal hiyerarşinin ve ekonomik gelişmişliğin, insan sağlığı ile ilişkili olduğunun açık bir göstergesidir.



Şekil 2: Sağlığı Etkileyen Faktörler

Roemer, Milton I. 1982. Market Failure and Health Care Policy. *Journal of Public Health Policy* c. 3 s. 4: 419-431'den uyarlandı.

Sağlık tanımının yapılması sürecinde Roemer (1991) Şekil 2’de görüldüğü üzere sağlığı etkileyen faktörleri dört ana başlık altında toplayabilmiştir. Bunlar fiziksel çevre, kişisel özellikler, sosyal çevre ve sağlık hizmetleridir (Güvercin, Mil, Tarım, 2016).

Bütün ifade edilenler kapsamında bir toplumun sağlık durumu, o toplumun sosyal ve ekonomik yapısıyla ilişkilidir. Bu ilişki, toplum sağlığının geliştirilmesini amaçlayan bir politika yapısının temelini oluşturmalıdır. Sağlık hizmetlerine yönelik kararların mevcut olan en iyi kanıtlara dayanmasının gereğiyle birlikte, sağlığın sosyal etkenlerine ilişkin politikaların da mevcut en iyi kanıtlara dayanması gerekir. Bir toplumun sağlığı ele alındığında fiziki, kişisel ve sosyal etkenlerin bütünsel olarak incelenmesi kaçınılmaz olacaktır.

2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Kapsamı

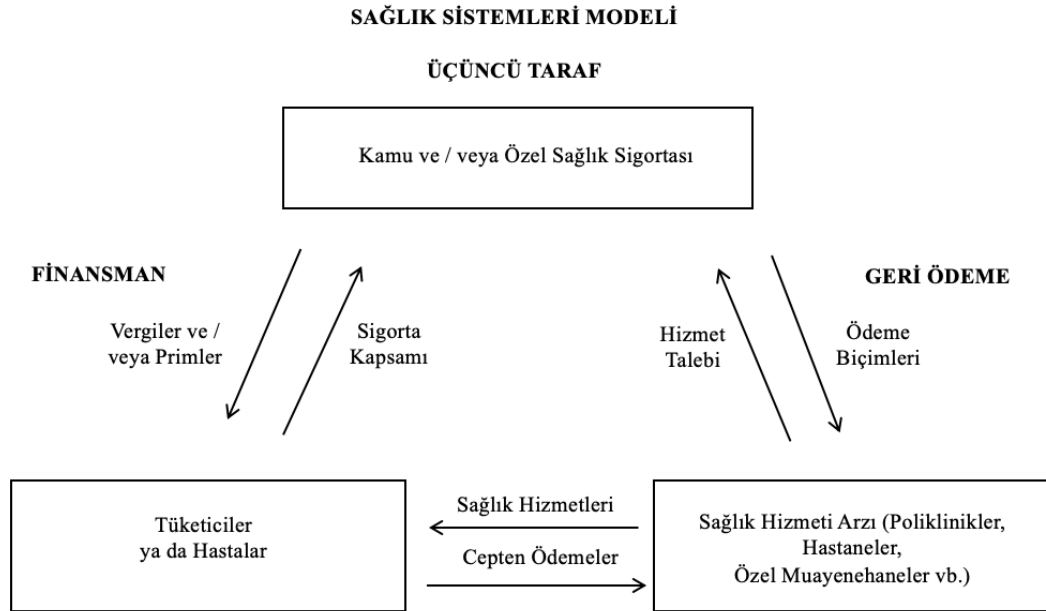
DSÖ’nün tanımına göre sağlık; ruhsal, fiziki ve sosyal anlamda iyi olma halidir. Birey ve toplumun sağlığı; bedensel, sosyal ve psikolojik olarak üç ana etkene bağlanmaktadır. Sağlığın korunup geliştirilmesi toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması, ekonomik sosyal biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının (sosyal belirleyiciler) insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir. Sağlık sadece tıbbi bir olgu olmayıp, ağırlıklı olarak sosyal bir olgudur (Güvercin, Mil, Tarım, 2016).

Geleneksel şekilde olan sağlık hizmetleri birçok ülkede “kamusal hizmet” olarak incelenmiş ve devlet tarafından topluma verilen bir hizmet olarak belirlenmiştir. Bulduğumuz çağ itibarıyla devletin sağlık hizmetleri alanındaki rol ve görevlerinde çok önemli değişiklikler yaşanmaktadır.

Sağlık hizmetleri birçok etkenden oluşmakta olup farklı organizasyonlarda yer alan bir hizmettir. Sağlık hizmeti; doğrudan insan hayatıyla ilişkili, hatasız, sürekli, ertelenemez ve belirsizliklere karşı olmalıdır. Genel olarak sağlık hizmeti; insanların sağlığını doğrudan etkileyen, tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici her türlü faaliyeti kapsamaktadır (Kubar, 2018).

Mal ve hizmet piyasalarında, alıcılar ve satıcılar genelde herhangi bir aracı kurum olmadan alışveriş gerçekleştirebilirler. Ama sağlık piyasasına bakıldığında; sağlık hizmetlerinin üretimi ve tüketiminin olduğu bir piyasada, sağlık hizmetlerine ait talep belirsizliği, teşhis, tedavi sırasında ortaya çıkan belirsizlikler ve kalite sorunları gibi

etkenler sebebiyle, üretici ve tüketiciler yeterli olmamakla birlikte üçüncü bir tarafa gerek duyulmaktadır. Bu şekilde üçüncü bir tarafın olması sağlık hizmeti verilen bir sağlık sisteminin daha da karmaşık hal almasına sebep olmaktadır. Şekil 3'te üçüncü bir tarafın bulunduğu sağlık sistemi modeli gösterilmektedir.



Şekil 3: Sağlık Sistemleri Modeli

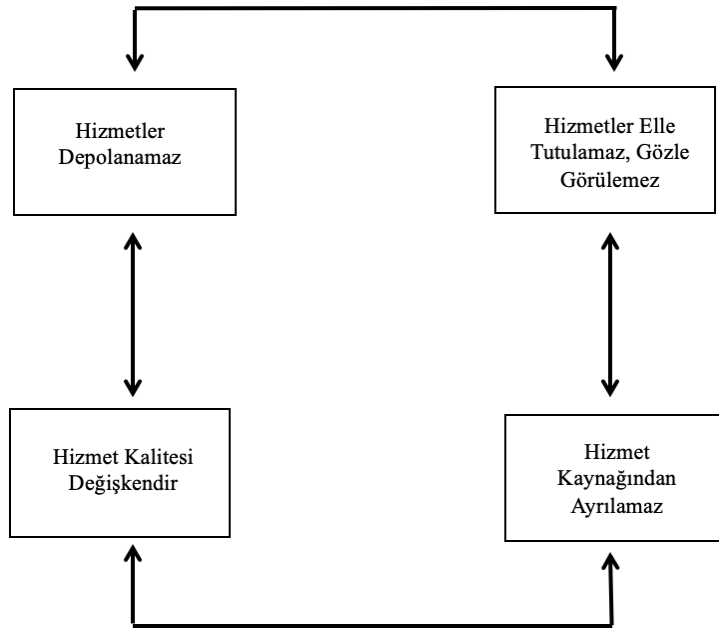
Sağlık hizmetlerinin piyasaya sunulmasında sağlık sigortalarının da dahil olması önem teşkil etmektedir. Sigorta firmaları, insanların ilerleyen zamanlarda karşılaşılabilecekleri hastalık risklerini ve bunların harcamalarıyla oluşacak finansal risklerin sorumluluğunu üstlenirler. Bununla birlikte sağlık sigortasını karşılayan firmalar, sağlık hizmetlerindeki finansal risklerin karşılanabilmesi için aktüeryal tablolar düzenlemektedir. İnsanların sağlık sigortasından faydalanması, risklerin en aza düşürülmesi bağlamında bir zorunluluk olarak görülmelidir (Ulutürk, 2015).

Bir ülkenin kalkınması ve refah düzeyinin yükseltilmesi konusunda sağlık hizmetleri oldukça önemli bir yere sahiptir. Geniş bir kapsama alanına sahip olan sağlık hizmetleri, çeşitli kamu ve özel kuruluşlar tarafından yerine getirilir. Sağlıklı bir toplum, insanların hastalık durumunun giderilmesi ve hasta olma risklerinin azaltılmasıyla ortaya çıkar.

Günümüzde artan sağlık hizmetleri maliyetlerine karşın, bunu karşılayacak adil bir gelir dağılımı mümkün kılınmamaktadır. Bu durum da her bireyin sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde faydalanmasını engellemektedir. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde yaşanan sıkıntılar, sağlanan hizmeti de büyük ölçüde etkilemektedir. Sağlıklı bireylerin yaşadığı bir toplum oluşturmak için herkesin eşit bir

şekilde sağlık hizmetlerine erişim sağlaması ve böylece kalite bir yaşama sahip olması gerekmektedir (H. Çoban, 2009).

Toplumdaki bireylerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar, doğrudan herkesin sağlığını etkilemektedir. Artan maliyetler ve ihtiyaçların finanse edilmesi sorunu, son zamanlarda sağlık sektörüne özelleşmenin artması olarak etki etmektedir. Sağlık hizmetleri; elle tutulamaması, gözle görülememesi, kaynağından ayrılamaz olması, depolanamaması ve kalitesinin değişkenliği faktörlerine sahip olması sebebiyle bazı diğer mal ve hizmetlerin olduğu sektörlerden ayrılmaktadır.



Şekil 4: Sağlık Hizmetleri Özellikleri

Sayım, Ferhat. 2009. **Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı. Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi** içinde, yazar Ali Coşkun ve Ahmet Akın. Ankara: Seçkin Yayınları'ndan uyarlandı.

Sağlık hizmetlerinin Şekil 4'te gösterilen özellikleri taşımalarının yanında, mal ve hizmetlerden başka ortak özelliklere sahip olmaları sebebiyle ayrı bir kategoride incelenmeleri gerekmektedir. Örneğin; bilgisayar, akıllı telefon, fotoğraf makinesi gibi gündelik hayatta sık kullanılan mallarla koltuk değneği, gözlük, işitme cihazı gibi insan hayatı ile doğrudan ilişkili mallar aynı kategoride incelenemez (H. Çoban, 2009). Sağlık hizmetlerinin temel özellikleri sekiz tane başlık altında aşağıda yer aldığı şekilde özetlenebilir:

2.2.1. Kamusalılık

Sağlık hizmetleri, yarı kamusal mallar grubunda yer almaktadır. Bu hizmetler tüketimleri bakımından topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye özel bir

fayda sağlar. Önceki yıllarda daha çok piyasa ekonomisine ve STK'ya bırakılan sağlık hizmetleri, birey ve toplum sağlığı arasındaki ilişkiye bakılması ve sağlık hizmetlerinden faydalanmanın temel bir insan hakkı olarak kabul edilmesi üzerine, devletin daha çok önem verdiği ve üstüne giderek daha çok geliştirilmesi üzerine çalıştığı bir alan olmuştur.

2.2.2. Yararlı Mallar

Sağlık hizmetleri, insanların tüketimiyle birlikte dışsal bir fayda sağlar. Devletin, insanların tüketmesi yönünde teşvik ettiği mallar yararlı mal olarak tanımlanır. Yapılan aşı uygulamaları, çocukların beslenmesine yönelik yapılan tetkik ve teşvikler, erken teşhis ve uygulanan tedaviler yararlı mallara örnek gösterilebilir (Şenatalar, 2003).

2.2.3. Devlet Müdahalesi

Sağlık hizmetleri; kontrol, planlama, destek ve yatırım gibi devlet müdahalelerine sahiptir. Devlet, ülkedeki sağlık sistemine; sağlıkla ilgili harcamaları finanse etmek üzerine sigorta sistemi oluşturma ve bunun sayesinde sağlık riskini azaltma, mevcut bulunan sigortaları finanse etmek için yardımlarda bulunma, yeterlilik belgeleri ve diploma denetimleri gibi konularda müdahale edebilmektedir.

2.2.4. Dışsallık

Yapılan bir üretim veya tüketim faaliyeti sonucu, bundan başka faaliyetlerin olumlu ya da olumsuz etkilenmesi dışsallık olarak tanımlanabilir. Dışsallık sadece sağlık sektörüne özgü olmamakla birlikte diğer hizmet sektörlerinde de yer almaktadır.

2.2.5. Belirsizlik Altında Seçim

Sağlık hizmeti alan kişiler, faydalandıkları hizmetin maliyeti ve kalitesinin hakkında bilgi sahibi olmayabilir ya da çok az düzeyde bilgileri olabilir. Herhangi bir cerrahi müdahale yapılan kimse, o müdahalenin sonucuna bağlı olarak kendini sağlıklı hissedebilir ancak ameliyatla ilgili bir teknik kalite tespitinde bulunamamaktadır. Sağlık hizmetinden faydalanan bireyler bu konudaki bilgisizlikleri sebebiyle, belirsiz altında bir seçim yapmak zorunda kalabilmektedir (Şenatalar, 2003).

2.2.6. Asimetrik Bilgi

Hizmete tabi olan taraf (hasta) ve hizmeti veren diğer taraf (hekim), birbirleri arasında bilgi bakımından diğer alanlarla karşılaştırıldığında arada büyük fark bulunmaktadır. Mal ve hizmeti talep eden ve arz edenler arasında bilgi yönünden benzerlik, her iki taraf için karar vermede önem teşkil etmektedir (Şenatalar, 2003).

2.2.7. Hastalık Riski ve Tüketiminin Önceden Tespit Edilememesi

Sağlık hizmetinin yer, zaman konusunda nasıl olacağı, kim tarafından nasıl yapılacağı ve bunun ne kadar süreyle olacağı genelde belli olmamaktadır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin nasıl bir planda olması gerektiği ve talebin miktarının önceden nasıl belirleneceği konusunda zorluklar yaşanmaktadır.

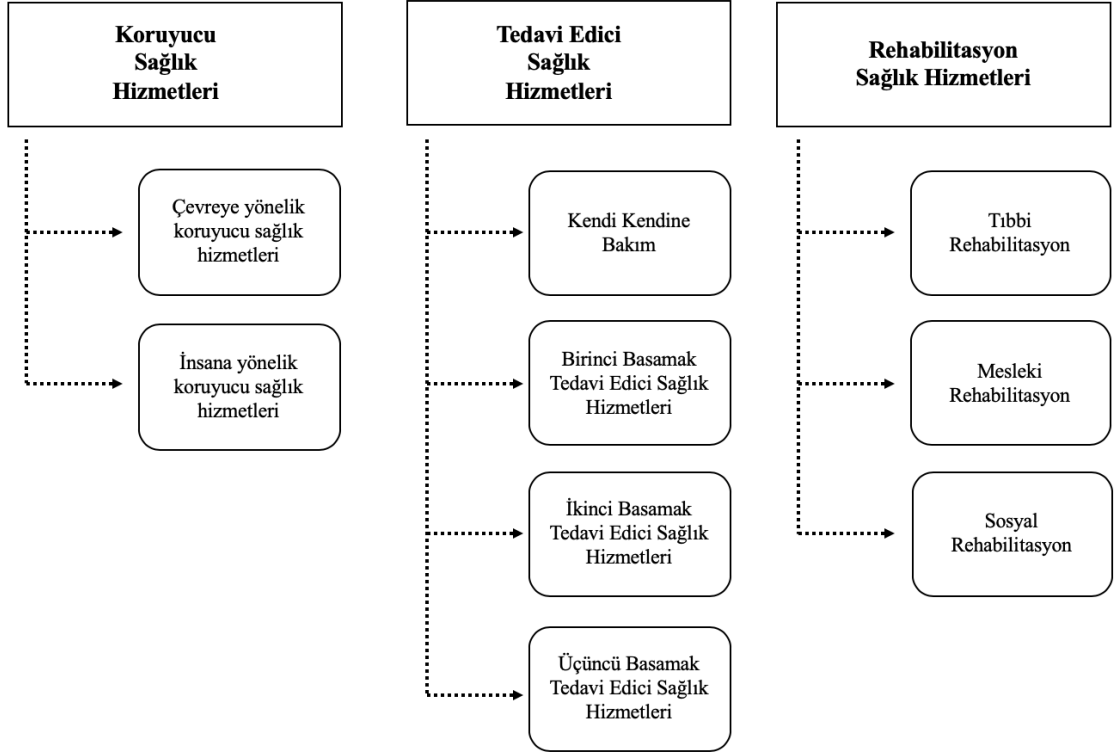
2.2.8. Sağlık Ürünlerinin Yetersiz Tüketiminin Topluma Etkisi

Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu dışsallık ve kamuya bağlı olma özelliği sebebiyle bu hizmetler yeterli düzeyde tüketilmediği ya da sunulmadığı durumda toplumun tamamı zarar görmektedir. Sağlık hizmetlerinin yeterli olmaması, insanların maliyete girmesinin yanında, toplumun da maliyete girmesine sebep olmaktadır. Sağlığı yerinde olmayan insanların yaşadıkları toplumda sağlıklı insanlarla karşılaşmak güçleşecektir. Sağlık hizmetlerinin üretiminde belirli düzeye gelmiş ülkelerde, sağlığa yönelik harcamaların önceliği ve bir sınırının olmayışı, toplumun yaş ortalamasının değişmesi ve sosyal güvenlikte açıklar oluşması gibi sorunlara sebep olacaktır (Sayım, 2009).

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, bir ülkenin kalkınması ve refah düzeyini yükseltmesi konusunda önemli bir yere sahiptir. Geniş ve karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmetleri, çok sektörlü olmakla birlikte birden fazla kamu kuruluşu ve özel işletmeler aracılığıyla üstlenilerek işlevleri yerine getirilir (Alptekin, 2004).

Şekil 5'te sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması görülmektedir. Sağlık hizmetleri genel şekliyle; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri olarak üç ana başlığın altında incelenmektedir.



Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kısa ve uzun vadede düşünüldüğünde birey ve toplumun karşılaşabileceği çeşitli hastalık risklerini en düşük seviyeye indirebilmeyi, bu şekilde sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak hayat standardını geliştirebilmeyi amaçlayan hizmetlerdir (Çelikay, Gümüş, 2010). Yayılma olasılığı yüksek hastalıkların ortaya çıkmasının engellenmesi, bireylerin bu türdeki hastalıklara karşı bağışıklık sistemlerinin daha dayanıklı hale getirilmesiyle mümkün kılınacağından, insanlar için yürütülecek bu tarz koruyucu sağlık hizmetleri aslında toplumu tümüyle salgın hastalıklardan korumaktadır. Bununla birlikte, toplumun sağlığını olumsuz etkileyecek çevresel faktörlerin önüne geçmek de orta ve uzun vadeli ortaya çıkma ihtimali öngörülen riskleri en düşük düzeye çekebilir. Bu risklerin azaltılması, toplumun ortaklaşa hayat sürdüğü bir ortamda; toplumu oluşturan insanların birbiriyle herhangi bir rekabete girmeksizin herkesin sosyal bir fayda sağladığı bir ortam oluşmasını sağlayacaktır (Sayım, 2009).

Koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan insana yönelik sağlık hizmetleri olmasıyla birlikte aynı zamanda çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır. İnsana yönelik olan sağlık hizmetleri; sağlık eğitimi, ilaçla koruma, iyi beslenme, aile planlaması, erken teşhis, okul sağlığı ve bağışıklık kazandırma gibi hizmetleri

kapsamaktadır. Çevreye yönelik olanlarsa, öncelikli olarak sağlıklı yaşamayı olumsuz yönde etkileyecek olumsuz dışsallığa sebep olan fiziki, kimyasal ve biyolojik faktörlerin etkinleştirilmesi ve doğayla uyumlu bir hale getirilmesini kapsar. Bunlar; çevre kirliliğine karşı alınan önlemler, suların ve atıkların kontrol edilmesi, bataklıkların kurutulması, hava kirliliği ve gürültüye karşı alınan önlemler, besin maddelerinin tıbbi kontrolden geçmesi gibi toplumu bilinçlendirmeye yönelik faaliyetler olarak sıralanabilir. Çevreye yönelik hizmetler, çeşitli mesleklerin iş birliğinde olmasını gerektirir. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı, çevresel hizmetlere yönelik danışmanlık, denetim ve eğitim gibi görevleri üstlenmektedir (Alptekin, 2004).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilmesi ve tüm topluma faydalı olması gibi nedenlerle salt sosyal mal olduğu söylenebilir. Bu hizmetlerin ana amacı, hastalığı daha ortaya çıkmadan engellemektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin görüldüğü yerler, birincil basamak sağlık kuruluşlarıdır. Bunlar; aile hekimleri, aile planlaması merkezleri, anne-çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri gibi kuruluşlardır.

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, kişilerin hastalanması sonucu onların muayene ve tedavisini kapsayan hizmetler bütünü olarak tanımlanabilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, diğer koruyucu sağlık hizmetlerine oranla daha yüksek maliyet içermektedir. Bununla birlikte daha karmaşık bir organizasyon, personel ve ekipman yapısına sahiptir. Tedavi edici sağlık hizmetleri sosyal faydadan çok, kişisel faydaya hizmet etmektedir. Çünkü birey sağlık durumunun bozulması sonucu, çalışma gücünü devamlı veya geçici bir şekilde kaybedebilir ve bunun yanında birçok sosyal aktiviteden de yoksun kalabilir. Bu sebeple bireyler en kısa sürede sağlıklarına kavuşmak isteyecektir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde tedavi olarak görülmektedir. Bunlardan ayakta tedavi, tedavi edici sağlık hizmetleri arasında en az maliyetlisi ve pratik olanıdır. Bu tedavide hastalık daha başlangıç aşamasında olduğu için tedavi ilaç ile yapılarak hastalığın ilerlemesi önlenebilmektedir. Yatarak tedavi, tedavi edici sağlık hizmetleri arasında en maliyetli olanıdır. Bu tedavi yöntemlerinin hepsi, sağlık hizmetlerinde basamak sistemi içerisinde incelenmektedir (H. Çoban, 2009).

Bunlar hastalığın özelliğine göre; kendi kendine bakım, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere dört basamaktan oluşmaktadır.

2.3.2.1. Kendi Kendine Bakım

Kendi kendine bakım, bireyin hasta olduğunda kendi kendini iyileştirme adına ya da çevresindekilerin bireyi iyileştirmesi adına yapılan tedavi türüdür. Bu tedavide, evde yapılan veya eczaneden hazır alınan ilaçlarla tedavi sağlanır.

2.3.2.2. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyin hastalığını fark etmesiyle birlikte bir doktor tarafından muayene ve tedavi olması hizmetini kapsamaktadır. Bireyin hasta olduğunda muayene ya da tedavi olduğu yer yataksız bir tedavi yeri olmakla birlikte, hastanın evi veya başka bir mekân da olabilmektedir. Basamak sisteminde hastalar, öncelikle birinci basamak tedavi edici sağlık kuruluşlarına başvururlar ve gerekli görüldüğü takdirde buradaki hekimler tarafından hastanelere gönderilmektedir. Yapılan araştırmalar, birinci basamağa başvuran hasta bireylerin %90'ının bu hizmet yerlerinde yeterli bakımı ve tedaviyi gördüklerini, geri kalan %10'unun ikinci basamağa yani hastanelere gönderildiğini tespit etmiştir (Williams, 1987).

2.3.2.3. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerin hastalıklarını birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri ile gideremediğinde hastaneye gönderilerek tedavi altına alındığı tedavi hizmetlerine, ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri denir. Bu tedavi türünde hasta bireyler, hastanelere yatırılarak tedavi edilir.

2.3.2.4. Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireyin hastalığının uzmanlık gerektiren bir tedaviye ihtiyacı olduğu zamanlarda başvurduğu yataklı sağlık kurumunda verilen hizmetler, üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri olarak adlandırılır. Bu hizmet türünün verildiği sağlık kuruluşları, belirli bir hastalığın tedavisini yapmakta veya belirli yaş gruplarının tedavisiyle ilgilenmektedir (Alptekin, 2004).

2.3.3. Rehabilitasyon Sağlık Hizmetleri

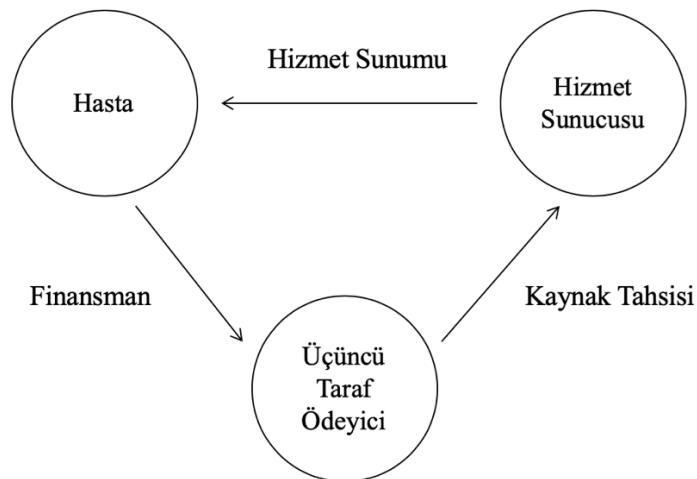
Bireyler, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı noktada tıbbi ve sosyal hizmetlere ihtiyaç duyar. Bu hizmet türüne rehabilitasyon sağlık hizmetleri denir. Rehabilitasyon sağlık hizmetlerinde temel amaç, hastalanan bireyi tekrardan bir şeyler üretebilen duruma getirip başka insanlara bağımlı olmaktan kurtarmak olmaktadır. İki çeşit rehabilitasyon bulunmaktadır. Biri tıbbi diğeri mesleki rehabilitasyondur. Tıbbi rehabilitasyonda, fiziki olarak gerçekleşen sakatlıkların giderilmesi amaçlanır. Mesleki rehabilitasyonda ise, mevcut oluşmuş sakatlığı sebebiyle bazı hayati faaliyetlerini gerçekleştiremeyenlere bir iş bulma, öğretme ve o işe alıştırma gibi yapılan faaliyetleri kapsamaktadır (H. Çoban, 2009).

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Bireylere sağlıklı bir hayat sunmak devletin başlıca görevlerinden biridir. Devlet, sağlık hizmetlerini sürdürülebilir, ulaşılabilir, kaliteli ve yeterli bir şekilde sunmak için gerekli sağlık politikaları geliştirir ve geliştirmelidir. Sağlık hizmetlerinin bu şekilde sunulmasının da bazı maliyetleri bulunmaktadır. Devlet, bu maliyetlerin finansal kaynağını sağlamak için sağlık sistemleri oluşturmakta ve bunların takibini yapmaktadır (Güvercin, Mil, Tarım, 2016).

2.4.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Tanım ve Amacı

Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetinin finansmanını sağlayanlar arasındaki kaynak aktarımı sürecini anlatmaktadır. Sağlık hizmetleri finansman süreci Şekil 6 'da gösterildiği üzere işlemektedir.



Şekil 6: Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Sağlık hizmetleri üçgeninde kaynak değişimi ve aktarımı anlatılmaktadır. Bunun bedeli olarak karşılığında hasta bireyler veya üçüncü taraf ödeyiciler, hizmeti sağlayana kaynak aktarımı yapar. Bu işlem; birinci, ikinci ve üçüncü taraf aracılığıyla olmaktadır. Birinci taraf olarak sağlık hizmeti alan kişiler, ikinci tarafa ödeme yapıp doğrudan hasta ile hizmet sunucusu arasında kaynak aktarımını gerçekleştirmektedir. Birinci ve ikinci taraf arasındaki bu aktarım gerçekleşen en kolay transfer şeklidir. Bununla birlikte üçüncü tarafın hizmet sunucularına ödeme yapmasını kapsayan aktarım karmaşık transfer şekli olarak adlandırılır. Üçüncü taraf ödeyicileri, kamu veya özel kuruluş olabilmektedir. Bunlar, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak için hizmette bulunduğu nüfustan gelir veya prim toplamaktadır. Toplanan gelir, daha önceden ödenen hizmetin bedelini geri ödemek için hastalara ya da hizmet sunucularına geri aktarılmaktadır. Üçüncü taraf ödeme sisteminde amaç; sağlık sorunları sonucu bireylerin karşılaşılabileceği finansal risklerin en düşük seviyede tutulmasını sağlamaktır (Şenatalar, 2003).

2.4.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri; gelir toplamak, fon biriktirmek ve sağlık hizmeti satın almaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı Şekil 7’de gösterilmiştir.



Şekil 7: Sağlık Hizmetleri Finansman Süreci

Gelir toplama; edinilen gelirleri kimin ödediği, ödeme türü ve geliri kimin topladığı ile ilgilidir. Gelir toplama yolları; genel sağlık sigortası primleri, cepten ödemeler, vergiler, borçlar, bireysel tasarruflar ve bağışlardır. Fon biriktirme, edinilen gelirlerin yönetimidir. Sağlık hizmeti satın alma süreci, fon biriktirerek elde edilen gelirlerin bu hizmetlerin karşılığında sağlık hizmeti sunucularına aktarılmasıdır. Fon biriktirenler ile ödeme yapan birimler aynıdır. Sağlık hizmeti sunanların başlıca ödeme yöntemleri; kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme, vaka başına ödeme, hizmet başına ödeme, bütçe ücret ödemeleri ve gün başına ödemelerdir (Williams, 1987).

2.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı üç şekilde olmaktadır. Bunlar; kamu kaynaklı, özel (piyasa) kaynaklı ve kamu-özel bütünleştirilmiş finansman yöntemleridir. Bu yöntemler aşağıda Şekil 8’de gösterilmektedir.



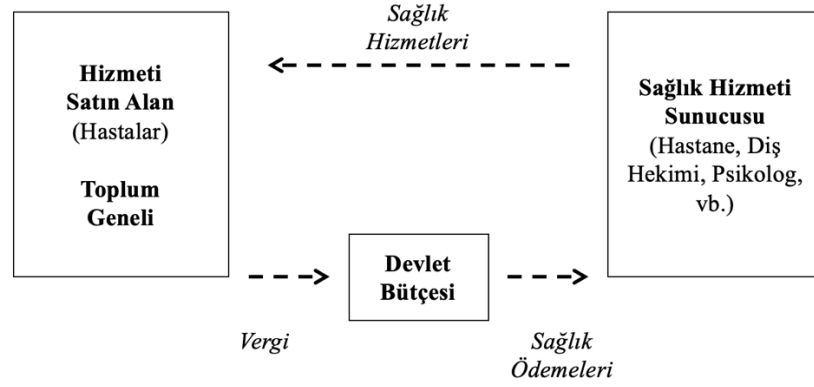
Şekil 8: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

2.4.3.1. Kamu kaynaklı finansman yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanmasında sağlık sisteminin kişiye ve topluma yönelik verimli olması son derece önemlidir. Piyasa koşullarına göre düzenlenmiş bir sistemde maddi gücü yetersiz bireyler, sağlık hizmetlerinden yoksun kalabilmektedir. Bu sebeple sağlık sisteminde, verilen hizmetin toplumsal tabana yayılarak etkinliğin sağlanması için kamu sektörü devreye girmektedir. Devlet, hizmet sunumunda sektöre; vergilerle finansman ve zorunlu sosyal sigorta ile finansman olmak üzere iki şekilde müdahale etmektedir (H. Çoban, 2009).

2.4.3.1.1. Vergilerle finansman

Sağlık hizmetlerinin kamusal bir görev olarak görülmesiyle birlikte, mevcut hizmetten tüm toplumun faydalanmasına yönelik uygulamalar yapılmaya başlanmıştır. Bu sebeple sağlık hizmetleri finansmanının genel bütçe gelirlerinden sağlanmasını öngören “Beveridge Sistemi” uygulanmıştır. Beveridge sistemi ile sağlık hizmetlerinin genel bütçe gelirlerinden finanse edilmesi sağlanmıştır. Bu sistemin amacı; mevcut sağlık hizmetlerinden, toplumdaki her bireyin etkin bir şekilde faydalanmasını sağlamaktır (Öner, 2018).



Şekil 9: Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri: Vergilerle Finansman

Getzen E. Thomas, **Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds, 2nd Edition**. New York: Wiley and Sons, 1997, 6'dan uyarlandı.

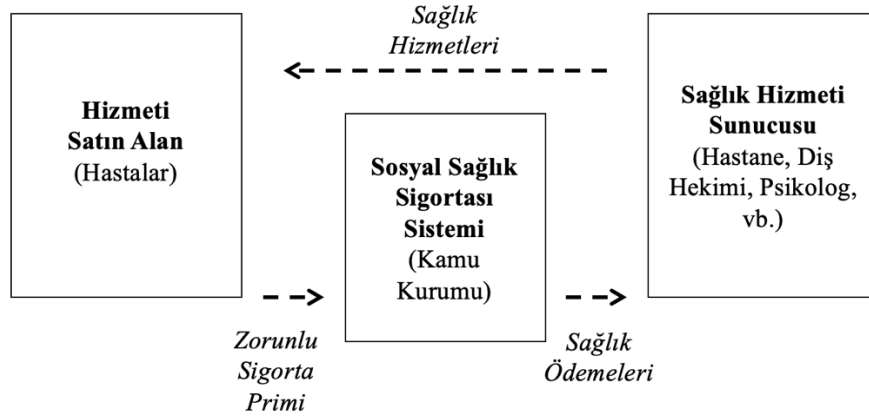
Şekil 9'da görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanında, devlet bütçesinden sağlık hizmeti sunucularına bir ödeme yapılmakta ve böylece kamu kaynaklarından sağlık sektörüne bir aktarım olmaktadır.

Vergilerle finansmanda, toplumun çoğunluğuna sağlık hizmetinin verilmesi sağlanmaktadır. Devlet, diğer finansman yöntemlerine oranla daha büyük bir kaynağı finansman sisteminde kullanmaktadır.

2.4.3.1.2. Zorunlu sosyal sigorta ile finansman

Zorunlu sosyal sigorta sistemi ilk olarak 1883'te Almanya'da, Van Bismarck tarafından oluşturulmuştur. Bismarck Sistemi olarak da isimlendirilen bu yöntem, çalışanlar ile işverenlerin sigorta kurumuna prim ödemelerinden meydana gelir. Sigorta primleri, kişilerin hastalanma potansiyellerini göz önünde bulundurularak toplanır ve ortak bir fondan sağlık finansmanı sağlamak üzere sunulur (H. Çoban, 2009).

Zorunlu sosyal sigorta sistemi, ilk zamanlarda sadece çalışanların ihtiyaçlarını kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. İlerleyen zamanlarda toplumun genel ihtiyacı göz önünde bulundurularak bunun yeterli olmadığı anlaşılmış ve zorunlu sağlık sigortası sosyal bir güvenceye dönüştürülüp bütün toplumu güvence altına almıştır. Kamu çalışanından serbest meslekte olanlarına, herhangi bir işe sahip olmayanları dahil toplumun her kesimini kapsayan sistem; gelir düzeyi yetersiz ve sosyal güvencesi olmayanlar için ise desteği kendi bütçesinden sağlamaktadır. Bu şekilde zorunlu sosyal sigorta sistemi toplumun her kesimine ulaşmaktadır (Şenatalar, 2003).



Şekil 10: Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri: Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman

Getzen, Thomas E. 1997. **Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds, 2nd Edition.** New York: Wiley and Sons'dan uyarlandı.

Kamunun süreçte aktif rol oynaması, Şekil 10'da zorunlu sosyal sigortası ile finansman uygulaması şeklinde gösterilmiştir. Zorunlu sosyal sağlık sigortası bireylerin arasında gelir seviyeleri göz önünde bulundurularak paylaştırılır. Bu şekilde toplum içinde gelirin yeniden dağılımı sağlanır. Zorunlu sosyal sağlık sigortası sisteminin toplumda refah düzeyini artırmaya yönelik hizmette bulunabilmesi için toplumdaki her bireyi içine alması ve sigorta primlerinin gelir düzeyiyle doğru orantılı bir şekilde toplanması gerekmektedir. Bu şekilde toplumda sağlık riski, sosyal bir risk olarak algılanarak en düşük seviyeye indirilebilir (H. Çoban, 2009).

2.4.3.2. Özel kaynaklı finansman yöntemleri

Sağlık piyasasında hizmet sunumu gerçekleştirilirken hizmeti sağlayanlar ile talep edenler arasında, serbest piyasa koşullarında arz-talep dengesi altında bir denge fiyatı belirlenir. Bu durumda sağlık hizmetini talep eden kişiler maliyetleri kendileri karşılayabilecekleri gibi özel sağlık kuruluşları aracılığı ile de karşılayabilirler. Her iki durumda da kişi, maliyeti kendi karşılamakta, sisteme herhangi bir kamu müdahalesi bulunmamaktadır. Serbest piyasa koşulları altında iki çeşit özel kaynaklı finansman yöntemi bulunmaktadır. Bunlar; cepten ödeme ve özel sağlık sigortasıdır.

2.4.3.2.1. Cepten ödeme

Sağlık hizmetlerinin finansmanında özel kaynaklı olan yöntemlerden ilki cepten ödeme yöntemidir. Cepten ödeme yönteminde kişi, sağlık hizmetinin finansmanının tamamını kendi karşılamaktadır.

Şekil 11’de sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde cepten ödeme sürecinin işleyişi gösterilmektedir. Bu sistemde, hizmeti satın alan birey ile sağlık hizmetini sunan taraf arasında sağlık hizmeti alım satım işlemi gerçekleşmektedir.



Şekil 11: Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri: Cepten Ödeme

Getzen, Thomas E. 1997. **Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds, 2nd Edition.** New York: Wiley and Sons’dan uyarlandı.

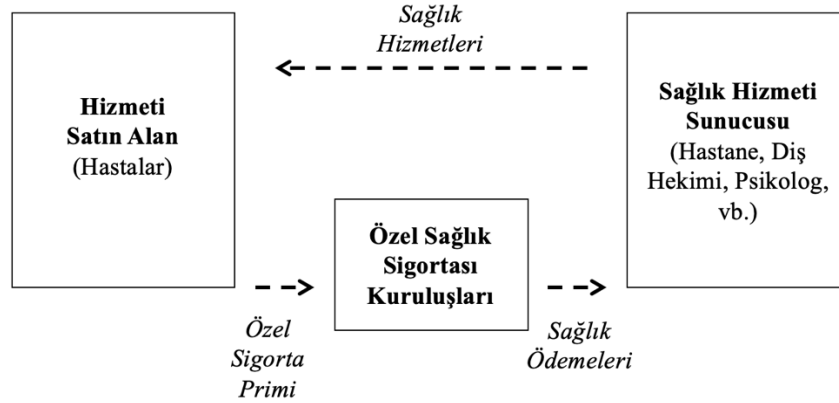
Sağlık hizmetinin finansmanının cepten ödeme yöntemiyle gerçekleştirilmesi, sağlık harcamalarına yapılan gereksiz harcamaları azaltmakta ve bireylerin bu sistemden daha az ve gerekli olduğunu hissettiklerinde faydalanmalarını sağlayacaktır. Ancak bireyler hangi sağlık sorunun önemli hangisinin önemsiz olduğu kararına yeterince bilgi sahibi olmadıkları için varamayıp, sağlık durumlarının kötüleşmesi son aşamaya geldiğinde bunu fark ettiklerinde veya problemlerin tekrar etmesi durumunda tedaviyi karşılamak için daha çok maliyete katlanacaklardır. Bununla karşılamaları durumunda insanların bir kısmı, yeterli ödeme gücüne sahip olmadıkları için bu sağlık hizmetinden faydalanamayacaklardır. Bu durumda sağlık hizmeti, toplumun her kesimine fayda sağlayamamış olacaktır (H. Çoban, 2009).

Cepten ödeme sisteminin sağlık hizmetleri finansmanını sağlarken etkin olabilmesi için toplumun her kesimini adil bir şekilde kapsamaları ve hizmetlerin her gelirden bireye ulaşması gerekmektedir. Piyasa başarısızlığı sebebiyle bu durum mümkün olmamakla birlikte, sisteme kamu müdahalesini gerektirmektedir.

2.4.3.2.2. Özel Sağlık Sigortası

Sağlık hizmetlerinin finansmanında özel kaynaklı olan yöntemlerden bir diğeri özel sağlık sigortası yöntemidir. Bu sistemde, sağlık hizmetinden faydalanan ve bu hizmeti sağlayan arasında özel sağlık sigortası kuruluşları aracılık yapmaktadır (H. Çoban, 2009). Bu kuruluşlar, hizmetten faydalanan bireylerden sigorta primi toplamakta ve herhangi bir sağlık probleminde bireylerin aldığı hizmetin karşılığını ödemektedir. Bu sebeple özel sağlık sigortası kurum ve kuruluşları, üçüncü taraf ödeyicileri grubunda yer almaktadır. Bu kuruluşlar Şekil 12’de de gösterildiği üzere, özel sağlık sigortasının

işleyişinde sağlık hizmetini arz ve talep edenler arasında mali aracılık görevini üstlenmektedir.



Şekil 12: Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri: Özel Sağlık Sigortası

Getzen, Thomas E. 1997. **Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds, 2nd Edition.** New York: Wiley and Sons'dan uyarlandı.

Özel sağlık sigortası ile birlikte birey, başına gelebilecek muhtemel sağlık problemlerine karşı önceden önlem alma imkanına sahip olur. Bu sigorta sistemi, bireyleri tasarrufa sevk eder. Bireyler ileride oluşabilecek yüksek maliyetli sağlık harcamalarını, tasarruflarıyla oluşan özel sağlık sigortası sayesinde rahatlıkla karşılar hale gelir (H. Çoban, 2009).

Özel sağlık sigortası sisteminde serbest piyasa koşulları geçerlidir. Sigorta kuruluşları ve bireyler için karşılıklı kar-fayda maksimizasyonu önem taşır. Sigorta kuruluşları, kendi harcamalarını minimum seviyede tutmak için bireylerin hastalanma risklerini göz önünde bulundurarak sigorta primlerini belirler. Buna göre hastalanma riski yüksek olan bireylerden fazla miktarda sigorta primi ve hastalanma riski düşük olanlardan daha az miktarda sigorta primi alınır. Sigorta primi ödeme miktarı, gelir seviyesiyle de ilişkilidir. Gelir seviyesi yüksek olan bireylerin hastalanma riskinin daha düşük olduğu düşünüldüğü için düşük gelirli bireylere oranla, ödedikleri sigorta primleri daha düşük olur. Bu sebeple özel sağlık sigortası sistemi finanse edilirken, toplumun gelir dağılımını bozucu etki oluşturmaktadır (Öner, 2018).

Özel sağlık sigorta sistemi, kamu sağlık sigorta sistemine alternatif veya tamamlayıcı olarak tercih edilmektedir. Böylece özel sektör ve kamu arasında rekabet ortaya çıkmaktadır.

Ülkede çok fazla sayıda özel sağlık sigortası sağlayan firmaların olması piyasada benzer kuruluşların rekabete girmesine yol açacak ve oluşan rekabet, sigorta

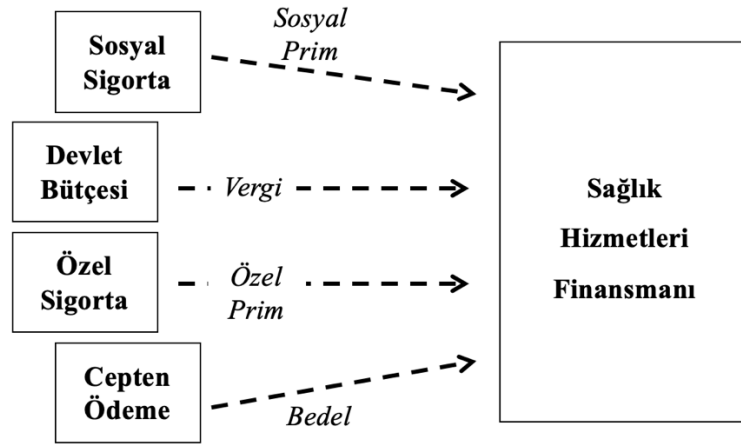
primlerinin düşmesine yol açacaktır. Bu durum da sistemden faydalanan bireylerin avantajına olacaktır (Ulutürk, 2015).

Üçüncü taraf ödeyicilerin yani özel sağlık sigortası kuruluşlarının etkin olarak faaliyet göstermesiyle, cepten ödeme sistemine oranla bu sistemden faydalananların sayısında artış olacaktır. Çünkü bireyler cepten ödeme sisteminde masrafları tek başına karşılamalarına rağmen; özel sağlık sigortası sisteminde maliyeti, diğer sigorta kapsamındaki bireylerle paylaşabilmektedir. Bu da bireyin karşıladığı maliyeti düşürmektedir (Öner, 2018).

Özel sağlık sigortası sisteminde mevcut olan asimetrik bilgi, bu sistemde piyasa başarısızlığına sebep olmaktadır. Bu durum da sistemde denetim ve kamusal düzenlemeleri gerekli kılmaktadır (H. Çoban, 2009).

2.4.3.3. Kamu ve özel kaynaklı bütünleştirilmiş finansman yöntemleri

Sağlık hizmeti harcamalarının her geçen gün artması, hem finansman sistemlerini hem de hizmet taleplerinin karşılanmasını zora sokmaktadır. Sadece piyasa koşulları ve kamu ekonomisine göre düzenlenmiş sistemler finansmanın etkin bir şekilde olması için yeterli olmamaktadır. Bundan dolayı finansman sistemleri bu eksikliği karşılamak için iş birliğinde bulunmaktadır (Klarman, 1979).



Şekil 13: Kamu ve Özel Kaynaklı Bütünleştirilmiş Finansman Yöntemleri

Şekil 13'te sağlık hizmetlerine katkıda bulunan temel finansman kaynakları gösterilmektedir. Bunlar kamu ve özel kaynakların tümünden oluşmaktadır. Bu kaynaklardan hangilerinin finansman sürecinde daha etkin ve belirleyici olacağı, sistemdeki diğer etkenlerin özelliğine göre değişkenlik gösterebilmektedir.

Sağlıklı yaşamın bir anayasal hak olmasına rağmen; bu hakkın elde edilmesi konusunda bireyin tercihihine bakılması, sosyal refah devletiyle uyuşmamaktadır. Maddi gücü ve sağlık bilgisi yeterli olan kimseler, kendilerini koruyabilecek ve sağlık hizmetlerinden kendi istekleri ile faydalanabileceklerdir. Bu şekilde bireylerin sistemin dışında kalması önlenilecektir. Sosyal sağlık sigortası sisteminde finansman açısından yetersiz kalınan durumda, sistem bunu genel bütçe gelirlerinden finanse edebilmekte ve bu şekilde aksaklıkların önüne geçmektedir. Sosyal sağlık sigortası sisteminde her bireyin sistemden yararlanması konusunda yetersiz kalındığında devlet, sistem dışında kalanların hizmet masraflarını genel bütçe gelirlerinden finanse etmekte ve böylece sosyal sağlık sigortası sisteminde aksamanın önüne geçmektedir (Tıraş, 2013).

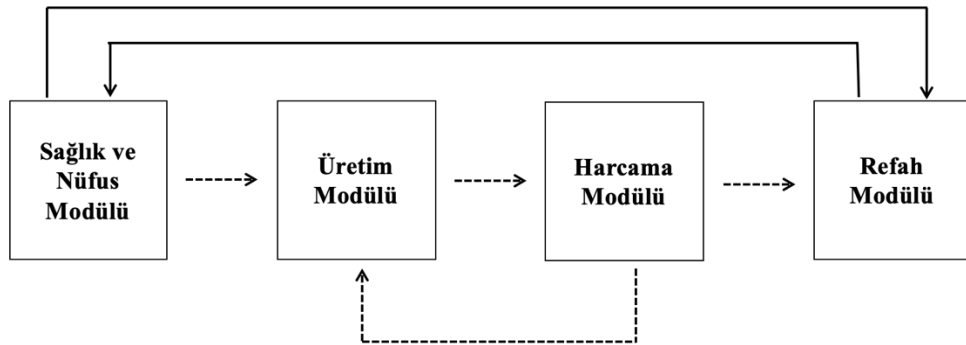
3. SAĞLIK EKONOMİSİ

3.1. Sağlık Ekonomisi Kavramı

Bir bilim olarak Ekonomi, refahı maksimize etmek için sınırlı bir bütçe ile mal ve hizmetler arasında yapılan seçimleri analiz eder (H. Çoban, 2009). Bu tanıma göre sağlık ile toplumun refah seviyesi arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Toplumsal sağlık düzeyi ile nüfus, toplumun refahını doğrudan etkilemektedir. Bununla birlikte toplumsal sağlık düzeyi ile mal hizmet üretimindeki değişim, toplumun refah seviyesini dolaylı olarak etkilemektedir.

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin genç bir alt dalıdır. 1960larda ilgi çekmeye başladığı söylenmektedir. Bu ilgi 1970'lerde yaygınlaşmış ve sağlık ekonomisinin önemi giderek artmıştır (Şenatalar, 2003).

Chen ve Feldman'ın tanımına göre sağlık ekonomisi; sağlık konusunda yapılan çalışmalar, sağlık kaynakları ve kaynakların tahsisi, talep ve arzın sağlanmasıdır (Chen, Feldman, 2000). Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nin tanımına göre sağlık ekonomisi; sağlık hizmetlerine yönelik verilen hizmetin, hastalara uygulanan tedavi ile bu tedavi sonuçlarının ve tedavinin ortaya çıkardığı maliyetlerin her açıdan değerlendirilmesi olarak tanımlanır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2000, 95).



Şekil 14: Sağlık ve Ekonomi Arasındaki İlişki

Çoban, Hilmi. 2009. Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Maliye Anabilim Dalı, İzmir'den uyarlandı.

Şekil 14'te sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki dört temel öge etrafında gösterilmiştir. Şekilde yer alan her öge ulusal ekonomideki temel bileşenleri göstermektedir. Şekilde

öğeler arasındaki oklar neden sonuç ilişkisini, düz çizgiler doğrudan etkileri ve kesik çizgiler dolaylı etkileri belirtmektedir (H. Çoban, 2009).

Sağlık ve ekonominin ilişkisi, toplumun sağlık düzeyindeki gelişmelerinin toplumsal refah düzeyini doğrudan ve dolaylı olarak etkilemesine sebep olmaktadır. Sağlığın üretim, harcama ve refah üzerinde etki göstermesi; sağlık ekonomisinin temelini oluşturmaktadır.

3.2. Sağlık Ekonomisinin Önemi

Sağlık ekonomisi; sağlık hizmetlerinin ekonomi bilimindeki teori, kavram ve metodolojiyle birlikte tüm faaliyet ve kurumlara uygulanmasıdır. Bu nedenle sağlık hizmetinin üretiminde yer alan her türlü faaliyetin uygulanmasında; kaynakların dağıtımını ve yönetimi, sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması, sağlıktaki yasal düzenlemeler, uygulanan yasal düzenlemelerin iktisadi sonuçları, sağlık hizmeti veren kurumların organizasyonu, sağlığa yönelik politikaların oluşturulması ve bunların sonuçlarının değerlendirilmesi sağlık ekonomisinin başlıca alanlarını oluşturmaktadır (Çalışkan, 2008).

Ekonominin en genç alt bilim dalı olarak gösterilen sağlık ekonomisi, Birleşmiş Milletler (BM) tarafından 7 Nisan 1948’de kurulan DSÖ’nün 1977 yılında yaptığı Genel Kurul Toplantısı’nda “Dünyada 2000 yılına dek herkese sağlık hizmetlerinin sağlanmasıdır.” şeklinde yer alan hedefi sağlık ekonomisine verilen önemi artırmıştır (Albayrak, 2019).

Ekonomistlerin Sağlık Ekonomisi konusuna yer vermelerinin üç temel nedeni vardır (Öner, 2018):

- ⇒ Sağlık hizmetleri finansmanı önemi
- ⇒ Sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde artması ve ekonomide sağlık sektörünün en çok kaynak kullanan sektör haline gelmesi
- ⇒ Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)’nın içindeki sağlık sektörü payının büyümesidir.

Son zamanlarda sağlık ekonomisine olan ilginin artmasının iki gelişme ile doğrudan bağlantısı vardır. Birincisi, dünyada gerçekleşen ve çok ciddi ölümlere neden olan bulaşıcı hastalıkları önlemeye ve iyileştirmeye yönelik geliştirilen ürünlerdir. İkincisi, insanların ortalama yaşam beklentilerinin artmış olmasıdır (Mushkin, 1958). Gelişen ilaç ve tıbbi makineler hem hastaların tedavi süreçlerini hızlandırmış hem de

hekimlerin hastalıklar ile olan mücadelelerinde etkinlik ve verimliliklerini artırmıştır. Yaşanan bu gelişmeler sağlık hizmetlerine olan talepte ve hizmetleri ödeme metodunda çeşitliliklere sebep olmuştur. Sağlık ekonomisi hizmet talebi, sunumu ve ödeme metotları bakımından ekonomi bilimi çerçevesinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte dünyada ortalama yaşam beklentisinin artması, sağlık hizmetlerine yönelik araştırmaların genişlemesine sebep olmuştur (Mushkin, 1958). Yaşam beklentisinin artması sağlık hizmetlerinin nüfusa dağılımında optimum verimi sağlaması bakımından sağlık ekonomisinin önemini artırmıştır.

Genel olarak bakıldığında sağlık ekonomisinin önemi üç temel ifade ile açıklanabilir. Bunların ilki, sağlığın hem bireysel boyutlu hem de toplumsal boyutlu olmasıdır. İkinci etmen, sağlık sektörünün büyük boyutlu bir sektör olmasıdır. Üçüncü olarak da sağlık hizmetlerinin üretimi, dağıtımı ve finansmanı ekonomi ile güçlü bir bağa sahip olmasıdır (Dewar 2017, 10; Funchs 2005, 76). Bu üç etmen sağlık ekonomisinin önemini temel olarak belirtmektedir.

3.3. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

Sağlık ekonomisinin bilimsel bir disiplin haline gelmesine Kenneth Arrow'un öncülük ettiği kabul edilmektedir. Arrow'un yaptığı "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" adlı çalışması, sağlık ekonomisi alanında referans bir kaynak olarak belirtilmektedir.

Sağlık ekonomisi alanında yapılan çalışmaların çoğu 1970li yılların sonrasında aittir. Kaynakların çok küçük bir kısmı 1960lı yıllar ve öncesinde ortaya çıkmıştır.

Dünyada sağlık ekonomisinin bir bilim dalı olarak araştırılmaya ve hakkında çalışmaların yapılmaya başlanması 1931 yılına dayanmaktadır. İlk çalışmaları 1931 yılında Amerikan Tıp Birliği'nin kurduğu Tıbbi Ekonomi Bürosu yapmıştır. Bu büronun esas amacı tıp alanında profesyonel olan kimselerin ekonomi konuları hakkında araştırma yapması ve çalışması olarak belirlenmiştir (Tatar, 2009). Günümüze kıyasla sağlık ekonomisinin daha dar kapsamlı ele alınması ve ilgili ilk kavramların kullanılması bu büronun çalışma faaliyetleriyle başlamaktadır.

1930lu yıllarda Milton Friedman ile Simon Kuznets, Ulusal Ekonomik Araştırmalar Bürosu'nda (National Bureau of Economics Research-NBER) sağlık konusunda uzmanlık yapanların gelirleri konusunda araştırma ve çalışmalar yapmıştır (Friedman, Kuznets, 1954, 46-62). Çalışmalarında doktorlar ile diş hekimlerinin geliri arasında karşılaştırma yaparak durumu analiz etmişlerdir.

1940lı yıllarda İkinci Dünya Savaşı sonrasında Seymour Harris, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili yapılan kamu harcamalarına ilişkin analizler yapmıştır (Klarman, 1979, 372). Harris daha çok yeni oluşan İngiliz Sağlık Hizmetleri Programı'nın ilk iki yıllık çalışmalarının sonuçlarını değerlendirmiştir (Harris, 1951). Harris, sağlık hizmetlerinin uygun vergi ve fiyat politikalarıyla birlikte sağlanmasına ilişkin ve bununla birlikte içki ve sigara gibi ürünlerin zararlarının giderilmesi konusunda yapılan harcamaların düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir (Harris, 1951).

1950li yıllara gelindiğinde, Eli Ginzberg hastane hizmetlerinin finansal ve ekonomik boyutlarına ilişkin araştırmalar yapmıştır (Ginzberg, 1954). İlerleyen yıllarda yaptığı sağlık sektöründe rekabet artırıcı politikaları, Arrow (1963)'un sağlık piyasaları ile rekabetçi piyasalar arasında yaptığı analizler doğrultusunda değerlendirdiği çalışmalar ve Amerikada uygulanan sağlık politikasına ilişkin geleceğe dönük yaptığı çalışmalar, sağlık ekonomisinin gelişimi bakımından önemli bir yere sahiptir (Ginzberg, 1982; 1975). Gerçek anlamda sağlık ekonomisinin gelişmeye başlaması, Selma J. Mushkin'in 1958'de yazdığı ve sağlık ekonomisi konusunu açıkladığı "Toward a Definition of Health Economics" isimli makalesiyle başlamaktadır (Mushkin, 1958).

1963 yılında Arrow tarafından yapılan çalışmanın öncesinde sağlık ekonomisi ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu, sağlık hizmeti veren kurumların mevcut durumda yaşadığı sorunları ele almaktadır. Arrow'un yaptığı bu çalışma, sağlık ekonomisi açısından dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Arrow yaptığı bu çalışmasında sağlık sektörünün en önemli özelliklerinden biri olan belirsizlik konusunu ele almış ve serbest piyasa ekonomisi kurallarının sağlık sektöründe neden işlenmediği konusuna değinmiştir (Arrow, 1963). Bu çalışmanın ardından 1980li yıllara kadar sağlık sektörüne ekonominin kavram ve tekniklerinin uygulanması konusu yoğun bir şekilde tartışılmış olup birçok yayına konu olmuştur ve böylece sağlık ekonomisinin teorik yapısı şekillenmiştir.

Sağlık ekonomisi ile ilgili yapılan ilk uluslararası konferans ABD'de 1973 yılında ve ilk yerel konferans 1992 yılında gerçekleşmiştir.

Türkiye'de sağlık ekonomisi ile ilgili kavramlar ilk olarak 1989'da Price Waterhouse tarafından, Devlet Planlama Teşkilatı için hazırlanan Master Plan Etüdü ile gündeme getirilmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı, 1984).

İstanbul Üniversitesi'nden Prof. Dr. Haydar Sur, bir çalışmasında sağlık hizmetlerinin gelişiminin başlıca üç döneme ayrılabilirliğini ifade etmektedir. Bunlar; ilk olarak

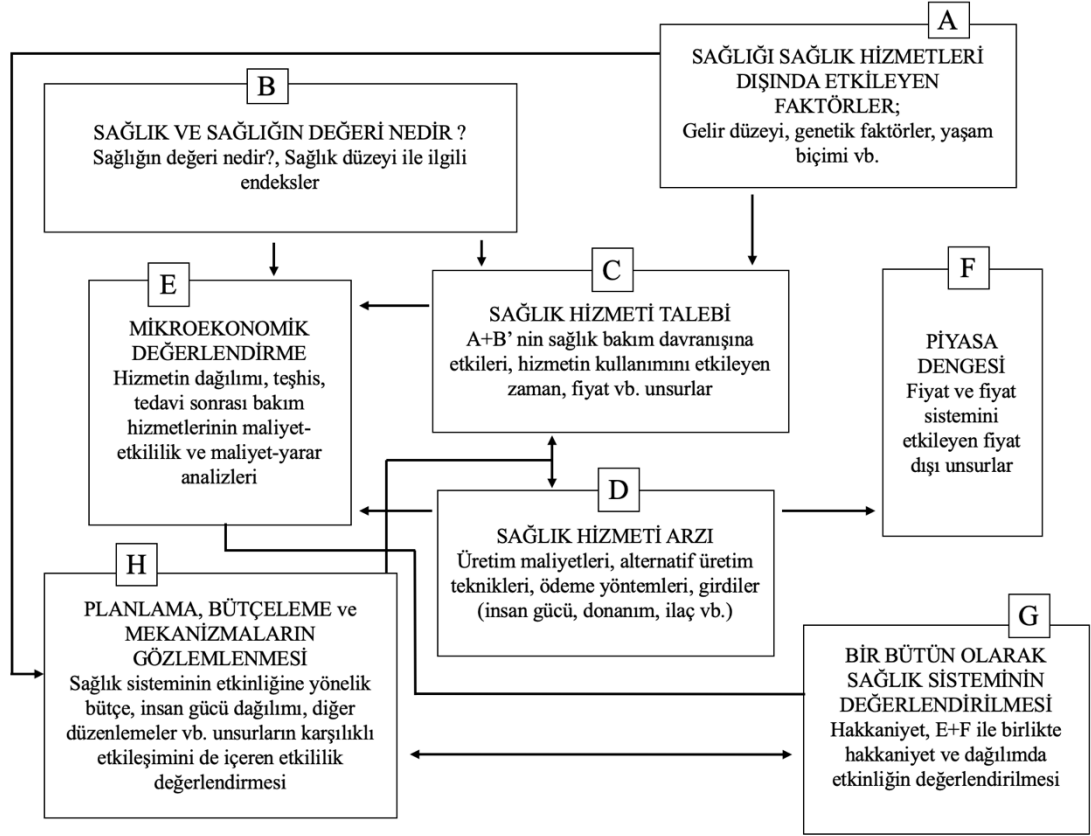
klinisyenlerin daha çok söz sahibi olduğu 1950li yıllara kadar olan klinisyenler dönemi, ikinci olarak halk sağlığı uygulamaları ve bürokratların öne çıktığı 1950-1980 yılları bürokratik dönem ve üçüncü olarak ise 1980 yılı sonrasında olan endüstri dönemidir (Sur, 2011, 6).

3.4. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve İşleyişı

Sağlık ekonomisinin görevi, sağlık hizmetlerini organizasyonel olarak etkinliğini değerlendirerek geliştirilmesini sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yeme içme, giyinme, barınma, dinlenme ve bakım gibi etkenleri kapsamaktadır, fakat bu unsurlar önemli görülmesine karşın sağlık ekonomisinin ilgi alanının dışında tutulmalıdır (Mushkin, 1958, 790). Çünkü bu unsurların tümü sağlık ekonomisi kapsamına alınırsa ekonomi biliminin tamamı bu alt dalın kapsamı içine alınmış olur. Sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların etkin kullanımı, hizmetin sürekli ve yaygın olması, hizmeti kullananların edindiği faydayı artırmak için hizmetin finansmanı, arzı ve talebinin; organizasyonel gücüyle yeniden yapılandırılması ile birlikte yürütölen tüm faaliyetler sağlık ekonomisi kapsamını oluşturmaktadır (Baloğlu, 2006, 123).

Sağlık ekonomisinin geniş anlamda kapsamı, sosyal bilimleri de içine alacak şekilde olup dar anlamda kapsamı ise, sağlık hizmetleri veren organizasyonların yapıları ve hizmetlerin finansmanına dair oluşıan ödeme sistemlerinin gelişmesi konusunu ele almaktadır.

Sağlık ekonomisinin kapsamını ve uygulama alanlarını daha kolay anlayabilmek adına Şekil 15'te Williams (1987, 3)'in akım tablosu ile açıklanmaktadır.



Şekil 15: Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve İşleyişi

Williams, Alan. 1987. Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science? **Health and Economics**. 1-11'den uyarlandı.

Şekil 15'te A, B, C, D ile gösterilen dört alan sağlık sektöründeki dinamiği bir bütün olarak ele alarak temel etmenleri anlamayı sağlamaktadır. E, F, G, H ile gösterilen dört alan ise sağlık ekonomisinin genel kapsamda uygulama alanlarını belirtmektedir.

A bölümü, sağlığı sağlık hizmetleri dışında etkileyen faktörleri içermektedir. Sağlık, insanların gelir düzeyi ve dağılımı, genetik faktörler, beslenme, eğitim ve barınma imkanları, yaşam biçimi gibi sağlık hizmetleri dışında sağlığı etkileyen faktörler ile doğrudan ilişkilidir.

B bölümü, sağlık kavramı ve sağlığın değeri unsurunu içermektedir. Sağlık, birçok unsurdan etkilenmektedir. Bundan dolayı DSÖ'nün yaptığı "sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal olarak da tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlama birçok unsuru bir arada içermesi bakımından kabul görmüştür. Bu tanımlamaya göre sağlığı etkileyen unsurların sadece biyolojik süreçten kaynaklanmadığı; yaşam koşulları, çevresel ve sosyal faktörlerin de sağlığı etkilediği ortaya konulmaktadır.

C bölümü, sağlık ve sağlık hizmetlerine olan talep unsurunu içermektedir. Bireyler sağlıklı olmak ve sağlıklarını korumak adına sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Bireylerin hastalık, sakatlık vb. durumlar söz konusu olmadığı sürece de sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymayacağı söylenebilir.

D bölümü, sağlık ve sağlık hizmetleri arzı unsurunu içermektedir. Sağlık sistemindeki arz, sağlık hizmetlerinin üretimi ve üretim maliyetleri, alternatif üretim teknikleri (cerrahi müdahale, ilaçla tedavi vb.), alınan sağlık hizmeti için yapılan ödeme yöntemleri, sağlık alanında kullanılan kaynaklar ve insan gücü unsurları ile etkileşimde bulunmaktadır.

E bölümü, sağlık sisteminde sıkça kullanılan araçları göstermektedir. Bunlar; sağlık hizmetinin dağılımı, teşhis, tedavi sonrası bakım hizmetlerinin maliyet etkililik ve maliyet zarar analizlerini içermektedir. Bu unsurlar sağlık hizmetlerinin ekonomik yönden değerlendirilmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir.

F bölümü, sağlık ve sağlık hizmetlerindeki piyasa dengesini fiyat ve fiyat sistemini etkileyen fiyat dışı unsurları içermektedir.

G bölümü, bir bütün olarak sağlık sisteminin değerlendirilmesi konusunu içermektedir. Sağlık sisteminin amaçlarının belirlenmesi, performansının değerlendirilmesi, yapılan sağlık harcamaları, sağlık hizmetinin bireylere dağılımı ve etkinlik konularını kapsamaktadır.

H bölümü, sağlık sisteminde planlama ve bütçeleme unsurlarını içermektedir. Sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe düzeyi ve dağılımı, sağlık insangücü dağılımı, çalışma koşulları, sağlık çıktıları konularına değinmektedir.

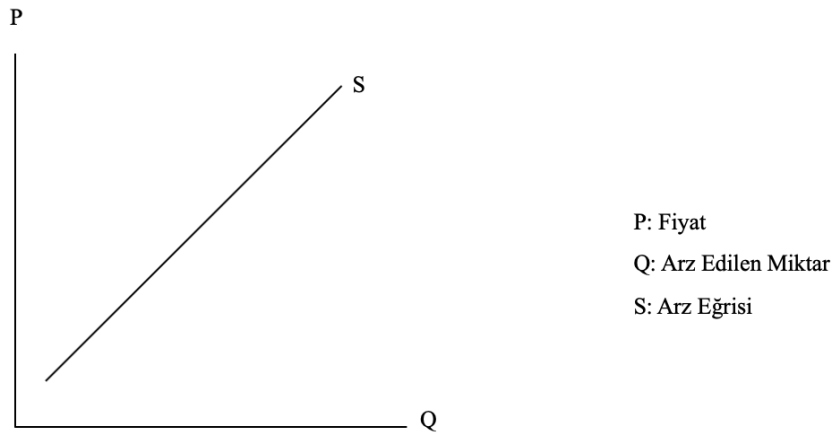
Sağlık ekonomisinin işleyişini sağlık piyasasında bulunan arz ve talep belirlemektedir (Tıraş, 2013, 136). Sağlık ekonomisinde sistemin işleyişi; sağlık hizmetlerine olan talebi, bu talebi karşılamak amacıyla piyasaya sürülmüş olan sağlık hizmetleri arzını, fiyatların oluşmasıyla birlikte ortaya çıkan finansman şeklini kapsamaktadır.

Sağlık ekonomisi, yapısı ve piyasa işleyişi bakımından diğer mal ve hizmet piyasalarından büyük bir farklılık göstermektedir (Kılıç, 2008, 17). Sağlık ekonomisi piyasasında bireylerin hastalıklardan korunması ya da hastalandıklarında tedavi görmek amacıyla mal ve hizmetleri satın alma özgürlükleri sınırlıdır. Sağlık konusunda başvurduğu hekimlerin yönlendirmesi doğrultusunda bireyler, hekim tarafından gerekli görülen ve belirlenen sağlık hizmetinden faydalanırlar. Hekim, hasta için gerekli gördüğü mal ve hizmetleri belirlerken hastanın gelirini göz ardı ederek hizmetin maliyeti ve fiyatı gibi etkenleri de dikkate almamaktadır. Mekanizmayı

anlamak adına sağlık ekonomisinde piyasadaki arz ve talebi incelemek faydalı olacaktır.

3.4.1. Sağlık Ekonomisinde Arz

Arz, ekonomide; üreticilerin satmak için mal ve hizmetleri üretmesi olarak tanımlanmaktadır. Arz teorisine göre, satılan mal ve hizmetlerin miktarı ile fiyattaki artış doğru orantılı olarak artma eğilimindedir (Tıraş, 2013, 137). Bu ilişki “arz kanunu” olarak ifade edilmektedir. Bir mal veya hizmetin fiyatı ne kadar yüksek olursa o kadar çok da satıcı olacaktır. Şekil 16’da gösterildiği üzere sağlık ekonomisinde piyasada arz edilen miktar, fiyat arttıkça artmakta olup fiyat azaldıkça arz miktarı azalmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmeti sağlayıcıları, fiyat artışının etkisiyle daha fazla gelir elde etmek için daha fazla sağlık hizmetini piyasaya sürmek istemektedir. Bu durum, arz ve fiyat arasındaki pozitif ilişkiyi açıklamaktadır.



Şekil 16: Arz Eğrisi

“Sağlık hizmetleri arzı; sağlık kurumlarının sağlık hizmetinden belirli bir zamanda belirli bir fiyattan satın almak istedikleri miktar olarak açıklanmaktadır” (Kubar, 2018, 40). Sağlık hizmetleri; bir fiyatı olan, alınıp satılabilen, arz ve talebe göre piyasada seviyesi belirlenen bir hizmet grubudur (Altay, 2007, 36-37). Sağlık hizmetlerinin işleyişindeki ana unsurlar arz ve taleptir. Arz ve talebin ortak amacı; insanların sağlıklı olmasını sağlama, sağlığın korunarak geliştirilmesi ve toplumun sağlıklı olmasını sağlamaktır (Sargutan, 2005). Sağlık hizmetleri arzını, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar, sağlık çalışanları, eczane, laboratuvar, tıbbi malzeme üretim yerleri vb. oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri arzı, fiyat artışlarına hemen cevap veremez. Sağlık hizmetleri arzındaki fiyat esnekliği katıdır. Herhangi mal ve hizmetin arz edilen miktarı, fiyattaki

değişimlerden fazla etkilenmeyip duyarsız kalmaktadır. Arzdaki fiyat esnekliğinin katı olmasının sebepleri arasında; sağlık alanında hizmet verip çalışacak iş gücünün yetişmesinin uzun zaman alması, sağlık kurum ve kuruluşlarının inşa ve yapımının uzun sürmesi, tıpta kullanılan malzemelerin temininin uzun sürmesi, temin edilenlerin de uzun süre stoklanamaması gibi etkenler gösterilebilir.

3.4.1.1. Sağlık Ekonomisinde Arzın Özellikleri

Sağlık ekonomisinde sağlık hizmetleri arzının çeşitli özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler:

- ⇒ Hekimlerin güvenilir olması
- ⇒ Fiyatlandırma
- ⇒ Arz koşulları
- ⇒ Her arzın kendi talebini yaratması
- ⇒ Sağlık hizmetlerinde arz esnekliğinin düşük olması
- ⇒ Sağlık hizmetleri arzının bilgi ve teknoloji yoğun olması
- ⇒ Sağlık Hizmetleri arzının bütünleşik bir yapı gerektirmesi

3.4.1.1.1. Hekimlerin Güvenilir Olması

Sağlık hizmetlerinin sunumunda talepte bulunanların ürünü önceden denemesi ya da ürün hakkında yeterli bilgiye sahip olması durumu söz konusu değildir. Bu yüzden sağlık hizmetleri sunucularından olan hekimlerin güvenilir olması oldukça önemlidir. Sağlık hizmetini talep eden hastalar ile hizmeti sunan hekimler arasında zorunlu bir güven ilişkisinin olması, hastanın içinde bulunduğu koşulda kendi sağlığı için en iyi sonucu edebilmek bakımından hekimlerden beklediği tavrı belirtmektedir.

Hastalar, kendileri aleyhine oluşan bilgi asimetrisi ve hekimlerin sahip olduğu bilgi üstünlüğünün farkındadır. Hekimlerin mesleki açıdan ahlaki davranması beklenmektedir. Böylece arada oluşan güven ilişkisi sayesinde hastalar kendileri açısından belirli riskler alarak hekimlerden alacakları hizmetlere güven duyar (H. Çoban, 2009, 44).

3.4.1.1.2. Fiyatlandırma

Sağlık sektörü, sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma, ödeme ve fiyatlandırmadaki rekabet gibi konulardan dolayı diğer piyasalardan ayrılmaktadır. Sağlık alanında teknoloji, uzmanlık, sağlık hizmetindeki talepte arza bağlı çeşitliliğin artması, kişi başı gelirin artması, fiyatlandırma ve ödeme sistemleri diğer piyasalar ile farklılık göstermektedir.

Sağlık piyasasında fiyat rekabetine karşı uzak bir yaklaşım vardır. Buna karşın sektörde fiyat sabitleme konusunda birçok problem yaşanmaktadır. Hekimler çok fazla boş zamana sahip olduklarında, sağlık genel fiyat seviyesi düşmektedir. Sağlık talebinin zamanı kısıtlı olduğunda ise, genel fiyat seviyesi yükselmektedir. Sağlık sektöründeki fiyat rekabetinin ahlaki boyutu, fiyatların esnekliğini düşürebilmektedir, ama genel olarak fiyatlandırmanın gerçekleşmesi bu şekilde olmaktadır (Arrow, 1963, 954). Sağlık hizmetlerinde ikame ihtimalinin olmaması ve bununla birlikte üreticinin talebi belirlemesi sebebiyle diğer mal ve hizmet piyasalarının tersine; piyasa, fiyatı dengeleme konusunda görev yapmaz (Güney, 1998, 36).

3.4.1.1.3. Arz Koşulları

Sağlık ekonomisinde arzı oluşturan en önemli unsurlardan biri olan hekimlerin alanında ilerleyebilmek için uzmanlık almaları gerekmektedir. Bu da lisanslama ile sınırlandırılmıştır. Sağlık hizmetlerinde en yüksek verimi sağlayabilmek için bu lisanslamanın edinilmesi gereklidir (Arrow, 1963, 952).

Sağlık sektöründe uygulanan lisans uygulaması sağlıkta kalitenin devam ettirilmesi ve hastalara zarar verilmesinin önlenmesinde iyi bir rol oynamaktadır. Fakat sağlık piyasasına girişi engelleyip rekabeti düşürdüğü ve lisansa sahip kişiler için monopol kazanç ortaya çıkarması bakımından da kötü sonuçlar doğurmaktadır (Phelps, 2003, 234).

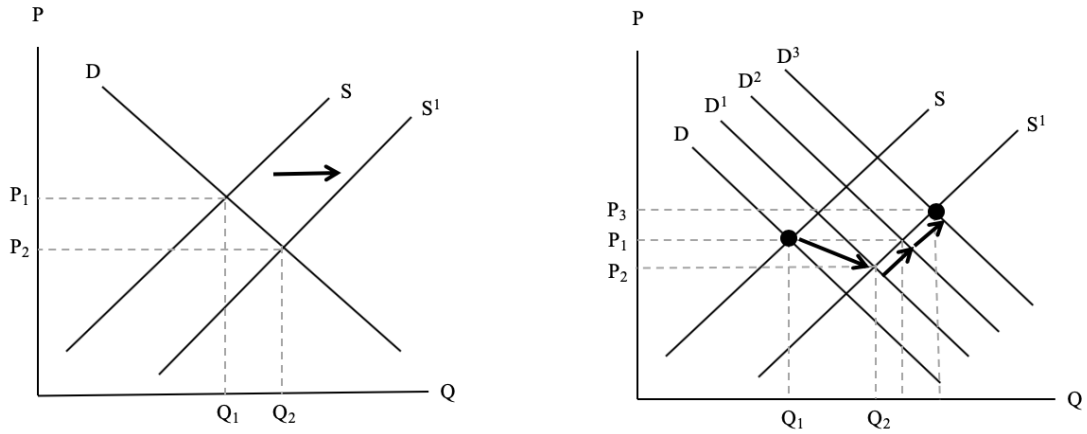
Sağlık piyasasında arzı etkileyen faktörler olarak; hekimlerin sağlık eğitiminin yüksek maliyetli olması, lisans belgelerinin zorunlu olması ve eğitim maliyetlerinin hesaplanmasındaki karmaşıklık gösterilebilir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin arzı bakımından alternatif maliyetleri yerine, sağlık hizmetleri arzının kendi maliyetleri önem teşkil etmektedir.

3.4.1.1.4. Her Arzın Kendi Talebini Yaratması

Klasik iktisadi düşüncede J. Baptiste Say'ın kitaplarında geçen, Keynes tarafından ise kitaplardan yorumlanarak ortaya çıkarılan “her arz kendi talebini yaratır” ifadesi yer almaktadır. Bu ifade “Say Kanunu” olarak da bilinmektedir. Bir ticari mal ile ilgili arz fazlasının ya da eksikliğinin olabileceği ama bu durumun ekonomide genel bir üretim fazlası ortaya çıkarmayacağı, üretimi fazla yapılan ticari mallara ilişkin fiyat düşüşü ile birlikte bir müdahale olmadan arz ve talebin tekrardan dengeye geleceği belirtilmektedir (Younkins, 2006). Bu söyleme göre arz fazlasının ortaya çıkardığı

yetersiz talep durumu, fiyat sisteminin işleme ile arz ve talebi tekrar dengeye getirecektir. Sağlık piyasasında da benzer bir durum söz konusudur.

Şekil 17’de görüldüğü üzere sağlık sektöründe arzda yaşanan her artış talebi de artırarak arz fazlası oluşturmamakta ve tekrar denge noktasına gelmektedir.



Şekil 17: Sağlık Hizmetleri Arzındaki Artışın Talebe Etkisi

Çoban, Hilmi. 2009. Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Maliye Anabilim Dalı, İzmir’den uyarlandı.

Genel arz talep kanunu gereği, beklenen arz miktarı, beklenen talep miktarını aşıp arz fazlası oluşturduğunda arz fazlasını ortadan kaldırmak amacıyla fiyatlar düşecektir. Sağlık sektöründe ise önceden belirlenen fiyatlarda arz edilen miktar, talep edilen miktarı her zaman karşılamaktadır. Say Kanununa göre sağlık sektöründe fiyat sistemini öne çıkarmaktadır. Romer tarafından oluşturulan Roemer Kanunu ise, bireylerin sağlık sigortalarının üçüncü taraf vasıtasıyla sağlık hizmetleri maliyetlerinin ödenmesi gerektiğini savunmaktadır (H. Çoban, 2009, 47). Roemer Kanunu’na göre, sağlık hizmeti talep edenler sağlık sigortalarına sahip olmalıdır (Roemer, 1982). İnsanların maliyetleri kendileri karşılaması yerine sağlık sigortasına başvurmaları Roemer Kanunu’nu geçerli kılacaktır.

3.4.1.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Arz Esnekliğinin Düşük Olması

Arz esnekliği, bir malın fiyatında yaşanan değişimler sonucunda oluşan arz miktarındaki değişiklikleri göstermektedir. Arz sabit tutularak fiyat değişimleri karşısındaki duyarlılığı bu şekilde ölçülmektedir.

Arzın fiyat karşısındaki esnekliği 1’den küçük olduğu durumda arz esnek değildir; bu durumda arz, fiyat değişiklikleri karşısında cevap verememektedir. Arz esnekliği 1 ise arz, birim esnek olur. Arz esnekliği 1’den büyük olduğunda ise arz esnektir. Sağlık

hizmetlerinde arz esnekliği kısa dönemde 0'a yakındır. Sağlık hizmetlerinde, fiyatta ve arzı etkileyen diğer etmenlerde büyük değişim olsa bile arzın artırılması çok zordur. Arz, uzun dönemde daha esnek bir yapıya sahip olsa bile sağlık hizmetlerinin miktarının artırılması için çok uzun bir süreye ihtiyaç olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde arzın fiyat esnekliğinin düşük olmasının sebepleri; sağlık hizmetlerinin verimlilik artışlarının yavaş olması, sağlık hizmetlerini ihraç etmenin oldukça zor olması ve emek konusunda yoğun nitelik taşınması olarak gösterilmektedir (Normand, 1991). Sağlık hizmetlerinde emek faktörünü oluşturan hekim ve sağlık çalışanlarının sayısının artırılması ve eğitilmesi uzun ve maliyetli bir süreçtir. Verimlilik faktörünü oluşturan arge çalışmaları ve teknoloji faaliyetleri de geliştirilmesi bakımından uzun bir süreye ihtiyaç duymaktadır. Bu etkenler genel olarak arz esnekliğinin azalmasına sebep olmaktadır.

3.4.1.1.6. Sağlık Hizmetleri Arzının Bilgi ve Teknoloji Yoğun Olması

Sağlık hizmetlerinde en etkin rolleri ön planda hekimler ve sağlık çalışanları üstlenmektedir. Ancak bunun arka planında da ilaç üretiminde çalışanlar, hastane ve diğer sağlık hizmetlerinde kullanılan aygıt ve ekipmanları sağlayanlar, hastanelerin gelişmesinde teknolojik yeterliliği sağlayan mimar ve mühendisler yer almaktadır. Bunlar sayesinde sağlık hizmetleri arzı hem emek ve bilgi yoğun hem de teknoloji yoğun olmaktadır.

Sağlık hizmetleri, yaşanan teknolojik gelişmelerden etkilenmektedir. Bu durum iki olumlu sonuç ortaya çıkarmaktadır. Teknolojinin sağlık hizmetinde kullanımının artması, sağlık hizmetlerindeki maliyetlerin azalmasını sağlamakta ve hizmetlerin kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır (H. Çoban, 2009, 51). Teknolojinin sağlık alanında kullanımının artması verilen hizmetlerin yapısını daha teknolojik hale getirmiş olsa da iş gücünü sağlayan hekimler ve sağlık çalışanlarının uzmanlık gerektiren aşamalardan geçmesi durumu ve bunun için verdiği emekler yadsınamaz.

3.4.1.1.7. Sağlık Hizmetleri Arzının Bütünleşik Bir Yapı Gerektirmesi

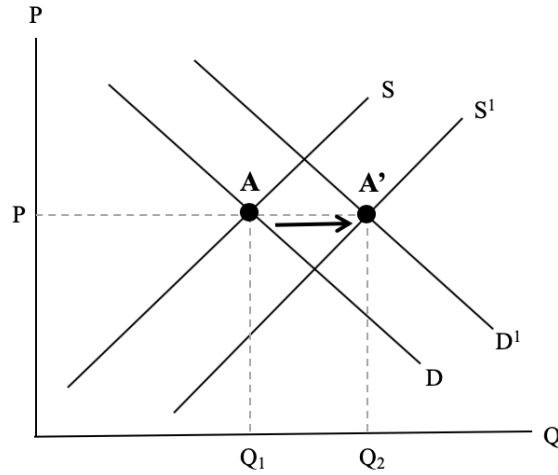
Sağlık hizmetleri arzını genel olarak hekim, hemşire, sağlık personeli ilaç, hastane, teknik eleman, mühendis, mimar gibi iç içe geçmiş unsurlar oluşturmaktadır. Birçok unsurun oluşturduğu sağlık hizmetleri arzında, kaliteli ve üst düzeyde hizmet üretilebilmesi için bu unsurların birbirini tamamlayıcı etki göstermesi gerekmektedir.

3.4.1.2. Sağlık Ekonomisinde Arzı Etkileyen Faktörler

Ekonomide genel olarak arzı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Sağlık ekonomisinde ise arzı etkileyen faktörler kısaca şöyle sıralanabilir; teknolojik gelişmeler, girdi fiyatlarındaki değişimler, ücretlerin değişimi, sağlık yönetim sistemlerindeki değişiklikler ve sağlık sektörüne yapılan yatırımlardır.

3.4.1.2.1. Teknolojik Gelişmeler

Teknolojideki gelişmeler sağlık hizmetleri arzını önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde kullanılan cihazların teknolojik gelişmelerden etkilenmesi, arzı artırıcı etkide bulunmaktadır. Böylece her bir hastaya uygulanan tedavi yöntemi daha da gelişip ilerletmekte ve daha fazla sayıda hasta sayısına ulaşılmasını sağlamaktadır. Arz artışına bağlı olarak daha fazla hastaya ulaşılması süreci arz artışına bağlı bir şekilde genişlemektedir. Bu durumda Şekil 18'de de gösterildiği üzere aynı fiyat seviyesinde arz artışına bağlı olarak talepte artış yaşanmaktadır.

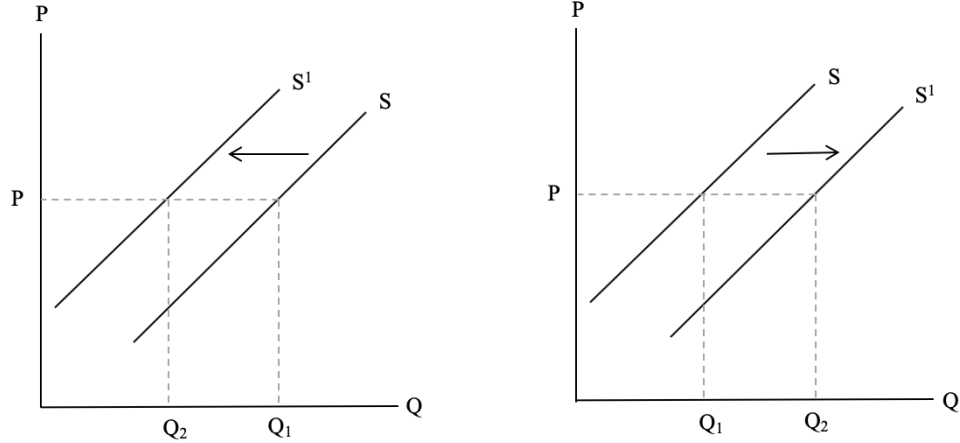


Şekil 18: Teknolojik Gelişmelerin Sağlık Hizmetleri Arzına Etkisi

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık sektöründe branşlaşmanın ve sağlık kurumlarında farklılaşmanın ortaya çıkması, arzı genişleten unsurlardandır. Teknolojik gelişmeler, daha fazla mal ve hizmet üretilmesini sağlamakta ve maliyetlerin ucuzlamasına neden olmaktadır. Maliyetler ucuzlayınca üreticiler, aynı fiyatta daha fazla üretmek isteyecek ve bu da arzın artmasına sebep olacaktır. Bununla birlikte gelişmiş alet ve cihazlar sayesinde daha erken teşhis ve geliştirilmiş ilaçlarla daha etkili bir tedavi sağlanabilecektir (Tıraş, 2013, 137).

3.4.1.2.2. Girdi Fiyatlarındaki Değişimler

Sağlık hizmetlerinde doktorlar, hemşireler, eczacılar, laborantlar, hastaneler vb. sağlık hizmetleri arzında başlıca girdi unsurlarını oluşturmaktadır. Yeni hemşire ücretlerindeki artışlar, sağlık hizmeti kapsamında yer alan hastaneler ve hekimlerin girdi fiyatlarının artmasına sebep olmaktadır.



Şekil 19: Hemşire Ücretlerindeki Değişimin Arza Etkisi

Wonderling, David, Reinhold Gruen, Nick Black. 2004. Introduction to Health Economics. **Understanding Public Health** içinde, yazar David Wonderling, Reinhold Gruen ve Nick Black. New York: McGrawHill Education'ten uyarlandı.

Hemşire ücretlerinin yükselmesiyle hekimlerin de maliyeti artmaktadır. Hekimler aynı fiyat seviyesinde daha az hizmet sunacaktır. Şekil 19'da da gösterildiği üzere bu durum sağlık hizmeti arzının düşmesine sebep olacaktır. Hemşire ücretlerinin düşüşü söz konusu olduğunda bu değişim tersi yönünde olacaktır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda girdi unsurlarında fiyatta yaşanan değişim, sağlık hizmetleri arzını etkilemektedir.

3.4.1.2.3. Ücretlerin Değişimi

Hekimler sağlık harcamaları içerisinde önemli bir orana sahiptir. Özellikle özel muayenesini işleten hekimlerinin ücretlerinin artması hekim ücret enflasyonuna sebep olmuş ve bu artış tüketici fiyat endeksini (TÜFE) aşan bir artışa sebep olmuştur. Ortaya çıkan farkın başlıca sebebi, sağlık hizmetlerinin ikame edilemez oluşudur. Bu sebeple bireyler sağlık hizmeti talep ederken yüksek orandaki fiyat artışlarını kabul etmek durumunda kalacaklardır (H. Çoban, 2009, 38).

Hekim ve hemşirelerin ücretlerinde yaşanan artışlar, gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere hekim ve hemşirelerin göçünü hızlandırmaktadır. Ücret farklılıkları

sebebiyle ortaya çıkan bu göç, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri arzında kalitenin düşmesine yol açarken, gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinde arz artışına neden olmaktadır (Vujicic, ve diğ., 2004). Hekim ücretlerindeki artış hekimlerin çalışma saatlerini esnetecek, böylece hizmetin kalitesi ve verimliliği artacaktır. Sağlık hizmetleri arzında yaşanan niceliksel ve niteliksel artış, sağlık hizmetleri talebinde de artışa neden olacaktır.

3.4.1.2.4. Sağlık Yönetim Sistemlerindeki Değişiklikler

Sağlık sistemi içerisinde yer alan alt sistemler ve faaliyetlerin yönetilmesi, kalite ve sağlık organizasyonunda yaşanan değişiklikler, sağlık hizmetindeki arzı etkilemektedir (H. Çoban, 2009, 40). Sağlık hizmetlerinde yer alan alt sistemi; hastaneler, sağlık eğitim birimleri, rehabilitasyon merkezleri vb. sağlık kurum ve kuruluşları oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, mevcut bilimsel bilgi düzeyinin temel alınmasıyla oluşan hizmet sunumu sürecinin sağlığı olumsuz etkileyen hastalıkların en düşük seviyede tutulması konusunda yaptığı katkı olarak ifade edilmektedir (Aktan, Saran, 2007, 435-454).

Tablo 1: Kalitenin Evrimi

Zaman Periyodu	1945-1949	1949-1951	1951-1960'ların sonu	1960'ların sonu-1980'ler	1980'ler-bugün
Kalitenin Tanımı	Belirlenmiş olan standart ve kurallara uygunluğu	Belirlenmiş olan standart ve kurallara uygunluğu	Kullanıma uygunluk	Müşteri gereklerine, isteklerine uygunluk	Maksimum müşteri tatminine ulaşma
Kalite Yönetim Sistemi	Kalite Kontrol	İstatiksel Kalite Kontrol	Sisteme yönelik kalite temini	Şirket tam kontrolü	Toplam Kalite Yönetimi
Kalite Yönetim Sistemi Parametreleri	Son Ürün	Son Ürün	Üretim Süreci	Müşteri İhtiyaçları	Müşteri Beklentileri
Yönetim Araçları	Standartizasyon	İstatiksel Metotlar	Neden-sonuç Analizleri	Kalite fonksiyon açılımı	Sürekli Gelişim
Devir (Çağ)	Temel ihtiyaçlar çağı	Temel ihtiyaçlar çağı	Büyüme çağı	Kalite çağı	Kalite çağı
Teknolojik Değişim	Toptan üretim	Toptan üretim	Toptan üretim	Hizmet ekonomisi	Hizmet ekonomisi
Piyasa Türleri	Satıcı piyasaları	Satıcı piyasaları	Alıcı piyasası	Doymuş ve globalleşmiş piyasalar	Doymuş ve globalleşmiş piyasalar
Kalite Perspektifi	Üreticiye yönelik	Üreticiye yönelik	Tüketiciye Yönelik	Üretici ve tüketiciye yönelik	Üretici, müşteri ve rekabetçi bakış açısı
Kalite Ölçütleri	Objektif kavramlar	Objektif kavramlar	Subjektif kavramlar	Subjektif kavramlar	Subjektif ve objektif kavramlar
Zaman Boyutu	Statik	Statik	Dinamik	Dinamik	Dinamik

Loeffler, Elke. 2001. Defining and Measuring Quality in Public Administration. **Teaching and Research Review** s. 5'ten uyarlandı.

Tablo 1'de gösterildiği üzere sağlık hizmetleri üretiminde alt sistemde bulunan bütün kurum ve kuruluşlar, kalitenin yıllara bağlı olarak değişimine göre oluşan yönetim sistemlerinin kullanımı, sağlık hizmetlerinin verimlilik ve etkinliklerini artırma amacıyla olmuşlardır. 1980li yıllardan günümüze geçen süreçte kalitenin artması, yönetim sistemleri ve arz miktarında değişime sebep olmaktadır.

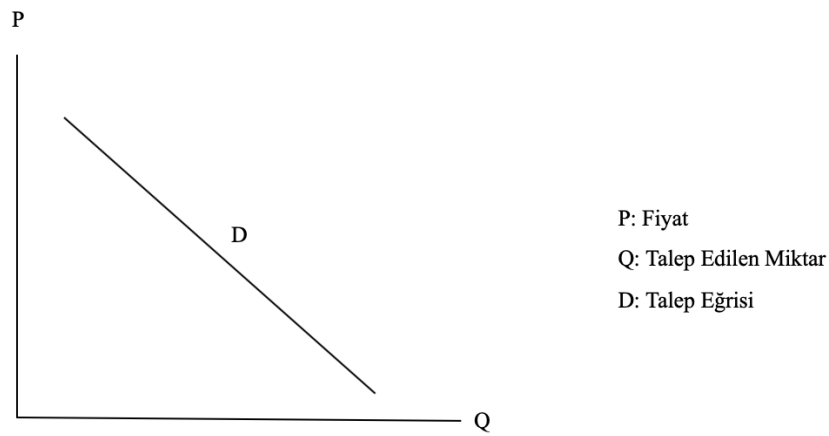
3.4.1.2.5. Sağlık Sektörüne Yapılan Yatırımlar

Sağlık sektöründe; sağlık hizmet ve faaliyetlerini gerçekleştiren kurum ve kuruluşlara, bu kurum ve kuruluşlarda bulunan bütün ekipman ve cihazlara yapılan yatırımlar

sağlık sektöründe hizmet kapasitesini artırmaktadır. Bu durum da doğrudan sağlık hizmeti arzını etkilemekte ve verimliliği artırmaktadır.

3.4.2. Sağlık Ekonomisinde Talep

Talep, iktisatta, tüketicilerin belirli bir süre içerisinde almak istediği mal miktarı olarak ifade edilmektedir. Burada talebi belirleyen temel faktör, malı almaya yönelik oluşan alma isteğidir. Tüketici talebi; aynı fayda düzeyinde farklı mal kombinasyonlarını gösteren noktaların birleşimiyle oluşan farksızlık eğrilerinin, bütçe doğrusu ile kesiştiği ve bütçe kısıtı altında yer alan ve en yüksek faydayı sağlayan mal birleşimlerini belirtmektedir (H. Çoban, 2009, 53).



Şekil 20: Talep Eğrisi

Talep teorisine göre, satın alınan mal ve hizmetlerin miktarı ile fiyattaki artış ters orantılıdır. Bu ilişki “talep kanunu” olarak ifade edilmektedir. Bir mal veya hizmetin fiyatı ne kadar yüksek olursa talep miktarı da o kadar düşük olacaktır. Piyasada talep edilen miktar, fiyat arttıkça azalmakta olup fiyat azaldıkça talep miktarı artmaktadır. Şekil 20’de gösterildiği üzere fiyat ve miktar arasındaki bu ilişkiden ortaya çıkan eğriye talep eğrisi denir ve negatif eğimlidir.

Sağlık hizmeti talebi genel olarak, kişilerin belli bir sağlık sorunu ile karşılaştığında sağlık imkanlarından faydalanmak için sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurması olarak tanımlanabilir. Bireyler, sağlık hizmetini hem tedavi alabilmek hem de bilgi ve destek almak amacıyla talep etmektedir.

Sağlık hizmetleri ikame edilemediği için talep yasası sağlık ekonomisinde işlememektedir. Sağlık hizmetleri talebi, sadece belirli türde bir sağlık hizmeti ihtiyacı duyan kimseleri değil tüm toplumu ilgilendirmektedir. Mal ve hizmet piyasasında tüketici, tükettiği mallardan aynı fayda düzeyini sağlayabiliyorken; sağlık piyasasında farklı fayda düzeylerini sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri, sağlık talebi sonucu ortaya

çıkması ve sağlık talebinin tüketicilerden çok doktorlar tarafından belirlenmesi sebebiyle türetilmiş bir taleptir (Mutlu, Işık, 2012, 74).

Sağlık ekonomisinde talep, sağlık hizmetlerinin genel özellikleri ve sağlık hizmetleri arzının sahip olduğu özellikler sebebiyle diğer rekabetçi piyasalardaki talepten farklıdır. Sağlık hizmetleri talebinde bulunan fiyat ve gelir esneklikleri ve bunları etkileyen faktörler, sağlık ekonomisindeki talebi farklılaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinde talebin arza bağlı olması sağlık hizmetleri sunumuyla ilgili alternatifler ve bu alternatiflerin etkinliği konusunda önem teşkil etmektedir (H. Çoban, 2009, 71-72).

3.4.2.1. Sağlık Ekonomisinde Talebin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin talebi, taşıdığı nitelikler sebebiyle diğer mal ve hizmet piyasalarından ayrılmaktadır. Sağlık hizmetleri talebinin sahip olduğu gelir ve fiyat esnekliğinin düşük olması, talebin belirsizliği, talebin türev olma niteliği gibi faktörlerden dolayı diğer mal ve hizmet piyasalarından ayrılmaktadır.

3.4.2.1.1. Talebin Fiyat Esnekliğinin Düşük Olması

Fiyatta oluşan değişim nedeniyle talep miktarında değişiklik oluşması talebin fiyat esnekliği olarak adlandırılır. Sağlık hizmetleri talebinin genel olarak fiyat esnekliğinin çok düşük olduğu ve fiyat değişiminin sağlık hizmetlerindeki talebi az miktarda etkilediği belirtilmektedir (Gertler, Locay, Sanderson, 1987).

Sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliğinin düşük olmasının temelinde başlıca iki sebep bulunmaktadır. Bunlar; asimetrik bilgi ve ikame edilmeme durumunun olmasıdır.

Sağlık hizmetlerindeki talebin fiyat esnekliği, yüksek ve düşük gelire sahip olmaya bağlı olarak da değişebilmektedir. Yüksek gelir gruplarında talebin fiyat üzerindeki esnekliğinin çok düşük olduğu ve düşük gelir gruplarında ise esnekliğin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Gertler, Locay, Sanderson, 1987).

Sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliği sağlık hizmetleri türüne göre de değişkenlik göstermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde, bireylerin yaşam kalitesini etkilediği için esneklik çok düşük olup koruyucu sağlık hizmetlerinde daha yüksektir. Genel olarak sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliği, bireylerin gelir durumu ve sağlık hizmetleri türüne göre farklılık göstermekte olup diğer mal ve hizmet piyasalarına kıyasla daha düşük seviyelerde seyretmektedir (H. Çoban, 2009, 69).

3.4.2.1.2. Talebin Belirsiz ve Düzensiz Olması

Sağlık sektöründeki belirsizlik, bireylerin sağlık hizmeti talep etmesinin düzensiz ve öngörülemez olmasına sebep olmaktadır (Koç, 2004, 41). Sağlık sektöründe yaşanan belirsizliğin başlıca sebebi, sağlığın bozulacağı zamanın bilinmemesi ve öngörülememesidir. Sağlığı iyi olmayan kimselerin gördüğü tedavilerin süresi, yöntemi ve etkisinin bilinmezliği de belirsizliğe sebep olmaktadır. Bununla birlikte yapılan tedavilerin herkeste aynı sonuçları göstermemesi ve farklı hastalar için farklı tedavi yöntemlerinin gerekli olması, belirsizliği artırmaktadır. Yaşanan belirsizlikler sağlık talebinde düzensizliğe yol açmaktadır. Sağlık sektöründeki belirsizlik ve düzensizliğin, yaşam kalitesini düşürmesini engellemek için sağlık sigorta sistemi kullanılmaktadır.

3.4.2.1.3. Talebin Gelir Esnekliğinin Pozitif Olması

Gelirdeki değişim nedeniyle talep miktarında değişiklik oluşması, talebin gelir esnekliği olarak adlandırılır. Talepteki gelir esnekliği pozitif ya da negatif olabilmektedir. Esnekliği pozitif olan mallar normal mal, negatif olan mallar ise düşük mal olarak nitelendirilir (Mcpake, Normand, 2007, 25). Pozitif esnekliği olan mallarda gelirdeki artış, talep edilen mal miktarında artışa neden olmaktadır. Negatif esnekliği olan mallarda ise gelirdeki artış, talep edilen mal miktarında azalışa neden olmaktadır. Talebin gelir esnekliğinin 1'den büyük olduğu mallar da mevcuttur. Bunlar lüks mal olarak adlandırılır.

Sağlık sektöründeki mallar normal mal olduğu için gelirler arttıkça sağlık hizmetlerine olan talep de artacaktır. Sağlık hizmetlerinde talebin gelir esnekliğini etkileyen başlıca etmen sağlık sigortası kapsamıdır. Sigortanın temel amaçlarından biri bireyin talebinin gelir esnekliğini düşürmektir. Sağlık sigortasının kapsamı ne kadar geniş olursa, gelir esnekliği de o kadar 0'a yakın ve hatta negatif olacaktır (H. Çoban, 2009, 71).

Sağlık hizmetlerinde talebin gelir esnekliğini etkileyen diğer faktör ülkelerin gelişmişlik düzeyleridir. Kişi başı gelir düzeyi düşük olan ülkelerin sağlık alanındaki harcama artışları, gelir düzeyi orta ve yüksek olan ülkelere göre daha az esnektir ve daha az cevap verebilmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan ve sigorta kapsamı geniş olan ülkelerde, sağlık hizmetlerinde talebin gelir esnekliği pozitiftir ve sağlık hizmetleri normal mal kategorisine girmektedir. Fakat dış, estetik vb sigorta kapsamının dışında

kalan sağlık hizmetlerine olan talebin gelir esnekliği 1'den büyük olup bu kategorideki mallar lüks mal sınıfına girmektedir.

3.4.2.1.4. Talebin Beşeri Sermayeye Yatırım Olması

Sağlık, beşeri sermaye ve eğitimin birbirini tamamlayıcı nitelikleri vardır. Eğitim ve sağlık, beşerî sermayenin başlıca unsurlarındandır. İyi bir sağlığa sahip olmak, beşerî sermayenin gelişmesine katkıda bulunup aynı zamanda eğitimin de gelişmesini sağlamaktadır (Keeley, 2007, 97). Beşerî sermaye, eğitim ile deneyimin oluşturduğu yeteneklerin, tutum ve davranışın oluşturduğu motivasyonun ve mental fiziksel kapasitenin oluşturduğu sağlığın bir işlevidir (Gardner, Lynch, 2008, 3). Sağlık hizmetleri; bireyin yaşama gücünü, enerjisini yaşamdan beklentisini, gücünü kuvvetini etkiler (Schultz, 1961, 9). Sağlık seviyesi düşük olduğunda, yaşam beklentisi düşüp beşeri sermaye yatırımlarının da miktarını azaltacaktır. Sağlık, beşeri sermaye yatırımlarını doğrudan bir şekilde etkilemektedir (Markle, Fisher, Smego, 2007, 271).

3.4.2.2. Sağlık Ekonomisinde Talebi Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetlerine yönelik talebi etkileyen başlıca faktörler; fiyat, gelir, demografik etkenler, hizmet kalitesi olarak belirtilmektedir. Bunların dışında; tercihler, finansman yöntemi, sağlık kurumlarının fiziki durumları, gibi faktörler de sağlık ekonomisinde talebi etkilemektedir.

3.4.2.2.1. Fiyat

Sağlık sektöründe sağlık hizmetlerindeki fiyatların artışı, talebi düşürmektedir (Santerre, Neun, 2010, 113). Bununla birlikte sağlık hizmetleri, zorunlu sağlık sigortası kapsamında veya devlet tarafından ücretsiz karşılandığında, fiyat sifıra düşecek ve bu, fiyatın talebe karşı etkisiz olmasına sebep olacaktır (Mutlu, Işık, 2012, 82). Fiyat artışı zorunlu olan sağlık hizmetlerini etkilemeyip tercihen uygulanan sağlık hizmeti talebinde azalmaya sebep olmaktadır.

3.4.2.2.2. Gelir Düzeyi

Sağlık hizmetlerinin talebini etkileyen bir diğer faktör bireylerin gelir düzeyidir. Sağlık hizmetlerinin mal olarak kabul edilmesi durumunda, gelirin doğru orantılı olarak sağlık hizmetleri talebini artıracığı belirtilmektedir (Santerre, Neun, 2010, 113). Genel sağlık belirleyicileri gözüyle bakıldığında gelirin artmasının sağlık

hizmetleri talebine de olumlu etkide bulunacağı söylenebilir. Sağlık harcamalarının bireyler tarafından karşılandığı ve zorunlu sosyal sigorta kapsamında olmadığı durumlarda, gelirin talep üzerindeki etkisi daha da önemli bir hale gelmektedir (Mutlu, Işık, 2012, 84).

3.4.2.2.3. Demografik Etkenler

Eğitim seviyesi, yaş, cinsiyet ve medeni durum faktörleri sağlık hizmetlerinin talebini etkilemektedir.

Birey ve toplumların eğitim seviyesi onların sağlıklarını etkilemektedir. Eğitim, bireylerin yaşam stilini tüketimini, karar verme kabiliyetlerini belirlemektedir. Bu unsurlar göz önünde bulundurulduğunda, daha eğitilmiş bireylerin daha sağlıklı kişiler olacağı karşı konulmaz bir gerçektir (Taubman, Rosen, 1982, 121). Eğitilmiş bireyler, yararlı besinler tüketerek ve spor yapıp daha dinç olarak iyi bir sağlık düzeyine sahip olacaklarının farkındadır. Bunların sonucunda birey ve toplumun sağlık kalitesi yükselerek daha az sağlık hizmetleri talep etmelerine sebep olacaktır. Eğitim seviyesinin artması, kadın ve çocuk sağlığını da olumlu etkileyecek; kadınlar daha çok iş hayatında yer alıp çocuk doğurma oranlarının düşmesine sebep olarak sağlığa olumlu etkide bulunacaktır.

Yaş ile sağlık hizmetlerine olan talep doğru orantılıdır. Bireyler yaşlandıkça sağlık hizmetlerine olan talebi artacaktır. Yaşlıların yaptıkları harcamalarda, sağlık harcamaları en yüksek paya sahiptir (Mutlu, Işık, 2012, 85).

Kadınlar annelik özellikleri ve kadınsal hastalıklar sebebiyle sağlık hizmetlerine erkeklerden daha çok ihtiyaç duymaktadır. Bu durum sağlık hizmetleri talebine olumlu etkide bulunmaktadır.

Medeni durumun sağlık hizmetleri talebine etkisi konusunda iki görüş bulunmaktadır. Bir görüşe göre, bekar bireyler evli bireylere göre sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duymaktadır (Feldstein, 2005, 91). Birey sağlığı bozulup tedaviye ihtiyaç duyduğunda bunu hastanede almayı tercih etmektedir. Diğer bir görüşe göre ise; evlilikten sonra yaşam biçiminin değişmesi, aile içi sağlığı koruma farkındalığı, hamilelik, doğum gibi etkenlerden dolayı evliliğin sağlık hizmetlerine olan talebi artırdığı belirtilmektedir (Şenol, Çetinkaya, Balcı, 2010, 728).

3.4.2.2.4. Hizmet Kalitesi

Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yüksek olması, sağlık hizmetlerine olan talebi de o derece artıracaktır (Santerre, Neun, 2010, 122). Hastaların tedavisi bakımından, doktorların iyi eğitimi ve alanında uzman olması, tedaviye ayrılan zaman ve çalışan sağlık personellerinin ilgisi sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyecek ve bununla birlikte sağlık hizmetleri talebi de artacaktır (Phelps, 2003, 127-128).

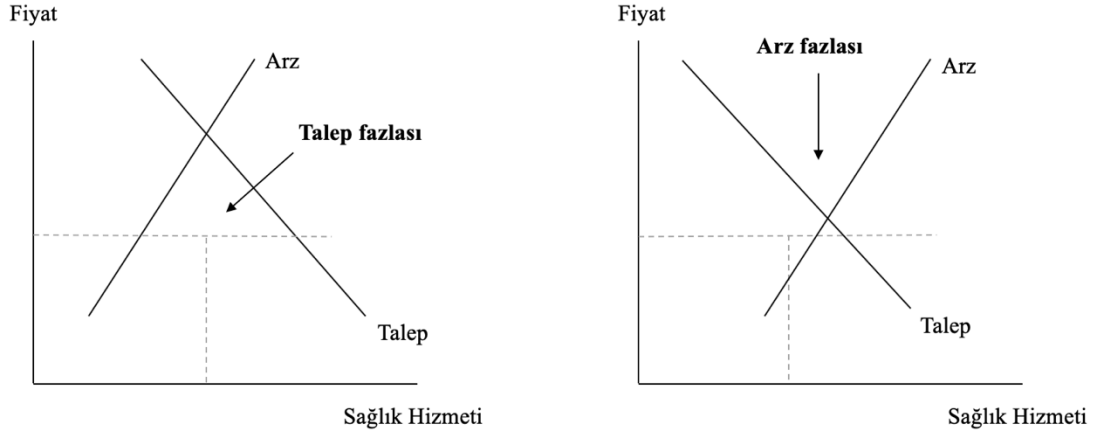
3.4.3. Sağlık Ekonomisi Piyasası

Sağlık ekonomisi, arz ve talebin birbirleriyle etkileşimde bulunduğu ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikler taşıdığı bir piyasaya sahiptir. Sağlık ekonomisi piyasasını diğer piyasalardan ayıran özellikler aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- ⇒ Arz ve Talep Arasında Dengesizliğin Olması
- ⇒ Mal ve Hizmetlerde Homojenliğin Sağlanamaması
- ⇒ Piyasaya Girişte Bazı Kısıtlamaların Varlığı
- ⇒ Tüketicilerin Sağlık Piyasasına İlişkin Tam Bilgiye Sahip Olmaması
- ⇒ Arzda Monopolleşmenin Olması

3.4.3.1. Arz ve Talep Arasında Dengesizliğin Olması

Sağlık sektöründe arz ve talep arasında ortaya çıkan dengesizlik, talep veya arzın genişlemesi sebebiyle olmaktadır. Sağlık piyasasındaki mal ve hizmetlerin diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi standart olmaması, üretici ve tüketiciler arasında bilgi dengesizliğinin oluşu, sağlık sektöründeki kişi ve kurumların kendi aralarında anlaşma sağlayıp hareket etmelerinden ötürü arz ve talep arasında bir dengesizlik ortaya çıkmaktadır (Mutlu, Işık, 2012, 62). Sağlık hizmetlerini sunan taraflara karşı tüketicilerin talepteki düzensizlik sebebiyle baskı oluşturmaları pek mümkün değildir. Sağlık ekonomisinde yer alan talep ve arz arasındaki dengesizlik Şekil 21’de grafikte gösterilmektedir.



Şekil 21: Sağlık Piyasasında Arz Talep Dengesizliği

Mutlu, Ayşegül, A. Kadir Işık. 2012. **Sağlık Ekonomisine Giriş, Üçüncü Basım**. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım'dan uyarlandı.

Sağlık piyasasında talep fazlası veya genişlemesi olduğunda, hastalar denge fiyatına ulaşsalar da doktorlar bu fiyattaki arzı karşılayamamaktadır. Bu sebeple artırılan fiyat dengesi de bu dengenin oluşmasını sağlayamamaktadır.

Sağlık piyasasında arz fazlası veya genişlemesi olduğunda, doktorlar talep edilen miktarlardan daha fazla arzda bulunmakta olup fiyatların düşmesinin kendilerine avantaj sağlayacağına inanmaktadırlar. Fiyatlarda gerçekleşen bu dengesizlik, sağlık ekonomisi piyasasının tam rekabet koşullarından uzaklaştığını göstermektedir (Mutlu, Işık, 2012, 62-64).

3.4.3.2. Mal ve Hizmetlerde Homojenliğin Sağlanamaması

Sağlık piyasası, homojen özellikler taşımayan bir mal ve hizmet piyasasıdır. Aynı hastalık, farklı bireylerde farklı sağlık göstergelerine sebep olacağından sağlık hizmetinin arzını sağlayan doktorların; bilgi, tecrübe ve tedaviyi uygulama farklılıklarından dolayı homojenlik sağlanamaz (Kurtulmuş, 1998, 49). Sunulan sağlık hizmetinin homojen olmaması; hizmetlerin tüketimi konusunda bireylerin rasyonel tercih yapmamasına, piyasaya ilişkin tüketicilerin eksik ve yetersiz bilgiye sahip olmasına ve fiyat düşüklüğünün daha iyi bir tüketim mi yoksa daha kalitesiz bir mal göstergesi mi olup olmadığı konusunda kesin bir sonuca varamamalarına sebep olmaktadır (Altay, 2007, 38).

3.4.3.3. Piyasaya Girişte Bazı Kısıtlamaların Varlığı

Sağlık sektöründe çok önemli bir yere sahip olan doktorlar, çalışabilmek için devletin tanıdığı tıp fakültelerinden mezun olmuş olma şartına sahiptirler. Eczacılık,

hemşirelik gibi sağlık alanında çalışan meslek grubunda da bazı eğitim şartları aranmaktadır. Gerekli görülen eğitim, lisans ve alanında uzmanlık alma gibi zorunluluklar sağlık piyasasına girişi sınırlayan etkenler arasında bulunmaktadır. Bununla birlikte sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan ilaçlar ve tıbbi cihazlar da sıkı bir denetimden geçmektedir. İlaçların ve eczanelerin ruhsatlandırılması, yeni kurulan hizmetlerin denetimi, mesleki yeterlilik gibi kısıtlamalar sağlık piyasasına serbest bir şekilde giriş ve çıkış olmasını engellemektedir (Yıldırım, 1999, 9).

3.4.3.4. Tüketicilerin Sağlık Piyasasına İlişkin Tam Bilgiye Sahip Olmaması

Sağlık sektöründe bilgi maliyetlerinin yüksek oluşu sağlık piyasalarının önemli bir bölümünün etkin bir şekilde çalışmamasına sebep olmaktadır (Mutlu, Işık, 2012, 64-65). Sağlık ekonomisi piyasasında hizmetten faydalanan bireyler, piyasaya ilişkin tam bilgiye sahip değildirler ve bu yüzden tedavide alınacak kararları sağlık personeline bırakmaktadırlar. Bir birey hasta olup sağlık kuruluşuna başvurduğunda yeterli bilgiye sahip olmadığı için tedavi konusunda verilecek kararları hekime bırakmak durumunda kalır ve bu durumda piyasa verimli çalışmaz (Tıraş, 2013, 141).

3.4.3.5. Arzda Monopolleşmenin Olması

Sağlık piyasasında arzın başlıca sağlayıcısı olan doktorların piyasada sınırlı olması sebebiyle arzda monopol yapı ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektöründe ortaya çıkan arzın talebi yaratması durumu olması sebebiyle de sağlık hizmetlerini sağlayanlar tekel oluşturabilmektedir (Yıldırım, 1999, 5). Sağlık hizmetleri sağlayıcılarının kendi aralarında oluşturduğu birlik ve dayanışma da piyasada monopolleşmeye sebep olmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında monopolleşmenin oluşması, kalite ve fiyat rekabetini ortadan kaldıracak ve piyasaya yeni firmaların girmesini engelleyecektir. Böyle bir durumda piyasada dengesizlik oluşması ve devletin piyasaya müdahale etmesi gerekli olmak durumunda kalacaktır (Tıraş, 2013, 141).

4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK EKONOMİSİ VE 1980 SONRASI DÖNÜŞÜMÜ

4.1. Türkiye’de Sağlık Düzeyinin Belirleyicileri

Toplumun ve her bir bireyin sağlığının korunması, sağlık hizmeti üretim ve sunumu, bunun için kaynak kullanımı, bu hizmetin tüketimi toplumun genel olarak refahını belirleyen etkenlerin başında bulunmaktadır. İktisadi bakımdan mal ve hizmetler sınıflandırılırken sağlık hizmeti bunlar arasında zorunlu bir yere sahiptir. Toplumda sağlık ile ilgili mal ve hizmet üretilirken o toplum ve bireylerin sağlık durumu göz önünde bulundurulur.

1980li yıllardan itibaren sağlık ekonomisi konusunda çalışmaların artmasıyla birlikte Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın ölçülmesine yönelik bazı göstergeler geliştirmiştir. Bunlar sağlığın belirleyicileri olarak ifade edilmektedir (Ulutürk, 2015). Türkiye’de sağlık düzeyinin belirlenmesinde en temel göstergeleri üç temel başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar; yaşam beklentisi, doğurganlık oranı ile anne ve bebek ölüm oranlarıdır.

Tablo 2: Bazı Sağlık Göstergelerinin Dönemsel Olarak Gelişimi

Veriler	1990	2000	2015	2016	2017	2018
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	78.741.053	79.814.871	80.810.525	82.003.882
Yıllık Nüfus Artış Hızı (%)	21,7	18,3	13,4	13,5	12,4	14,7
Kaba Doğum Hızı (‰)	24,1	21,6	17,1	16,6	16,1	15,3
Kaba Ölüm Hızı (‰)	7,1	7,3	5,2	5,3	5,3	5,2
Toplam Doğurganlık Hızı	2,9	2,5	2,2	2,1	2,1	2,0

Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiksel Tablolar. <https://web.tuik.gov.tr/elastic-search-st/>. [09.06.2020].

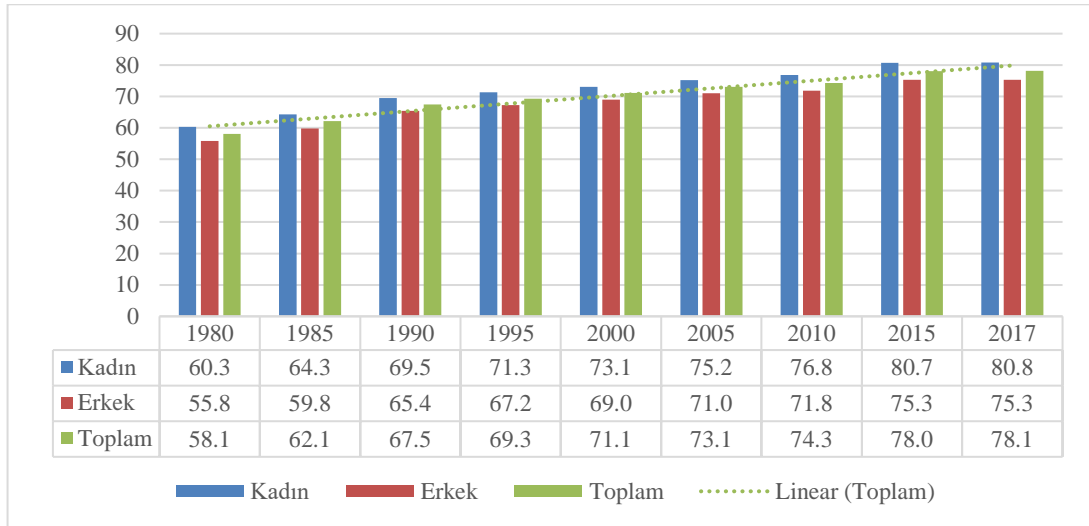
Türkiye’deki bazı sağlık göstergelerinin dönemsel olarak gelişim verileri Tablo 2’de gösterilmiştir. Bu verilere göre genel olarak yıllık nüfus artış hızı, kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı ve toplam doğurganlık hızı verilerinin 1990 yılından 2018 yılına düştüğü gözlemlenmektedir. Türkiye’de toplam nüfus 1990 yılında 56 milyondan 2000 yılında 67 milyona çıkmış ve 2018 yılında 82 milyona yükselmiştir. Yıllık nüfus

artışı 1990 yılında yüzde 21,7'den 2000 yılında yüzde 18,3'e gerilemiş ve 2018 yılında yüzde 14,7'ye düşmüştür. Kaba doğum hızı 1990 yılında binde 24,1'den 2000 yılında binde 21,6'ya gerilemiş ve 2018 yılında binde 15,3'e düşmüştür. Kaba ölüm hızı 1990 yılında binde 7,1'den 2000 yılında 7,3'e çıkmış ve 2018 yılında binde 5,2'ye gerilemiştir. Toplam doğurganlık hızı 1990 yılında 2,9'dan 2000 yılında 2,5'e gerilemiş ve 2018 yılında 2,0'a düşmüştür.

4.1.1. Yaşam Beklentisi

Doğumda beklenen yaşam süresi en sık kullanılan sağlık göstergelerinden biridir. Yaşam süresi; kaza, hastalık vb. durumlar sebebiyle bireyin sağlık durumunu tedit edecek unsurlar olmadığında kişinin ortalama yaşam süresini ifade eder. Yaşam beklentisi ise; bireyin kaza, hastalık vb. durumlar göz önünde bulundurulduğunda elde edilen yaşama beklentisidir (H. Çoban, 2009, 145).

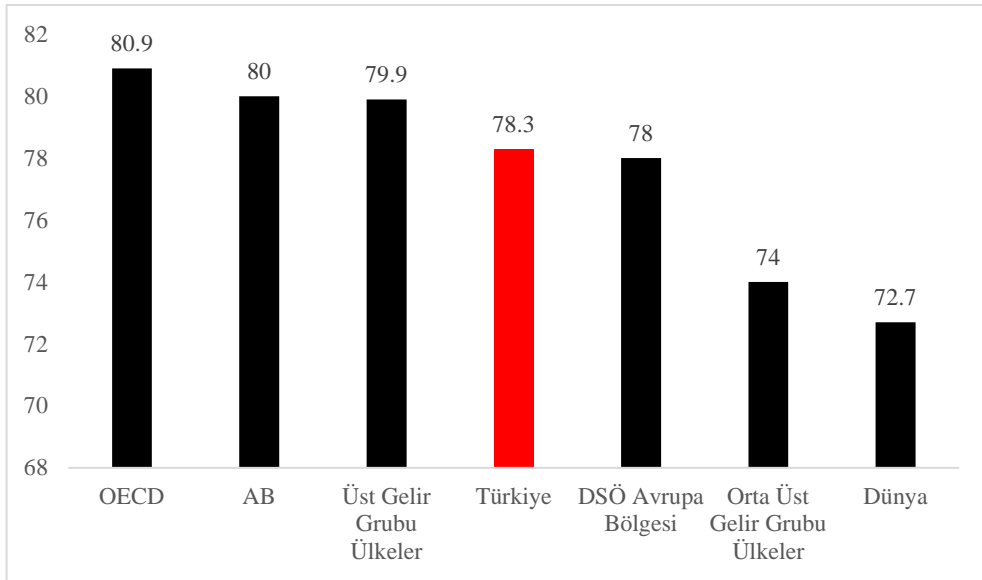
Ortalama yaşam beklentisi, bir bireyin ne kadar yaşayacağına dair kaba bir ölçüttür. Bu ölçüt genel olarak ölüm oranlarında önemli bir değişikliğin olmadığı durumlarda kullanılır. Son yıllarda dünyada ortalama yaşam beklentisinde artış meydana geldiği görülmektedir. Bu sebeple bireylerin de sağlıklı yaşamaya yönelik beklentileri de artış yönündedir. Yıllar içinde sağlık konusunda meydana gelen gelişmeler, hastalıkların tedavisinde kullanılan yeni yöntemler ve sağlanan başarılar yaşam beklentisinin artmasında oldukça etkili olmuştur (Ulutürk, 2015, 54).



Şekil 22: Türkiye'de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

OECD Data: Life expectancy at birth. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>. [10.06.2020].

Türkiye’de yıllara göre yaş ve cinsiyet bazında doğumda beklenen yaşam süresi Şekil 22’de gösterilmektedir. Kadınlarda 1980 yılında 60,3 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi 2000 yılında 73,1 yıla çıkmış ve 2017 yılında ortalama 80,8 yıla yükselmiştir. Aynı şekilde erkeklerde de artış olduğu görülmektedir. Erkeklerde 1980 yılında 55,8 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi 2000 yılında 69 yıla çıkmış ve 2017 yılında ortalama 75,3 yıla yükselmiştir. Ülke genelinde yaşam beklentisi ise, 1980’de 58,1 yıldan 2000’de 71,1 yıla çıkmış ve 2017’de 78,1 yıla yükselmiştir.



Şekil 23: Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırılması, 2018

Bora Başara, Berrak, İrem Soyutun Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’nden uyarlandı.

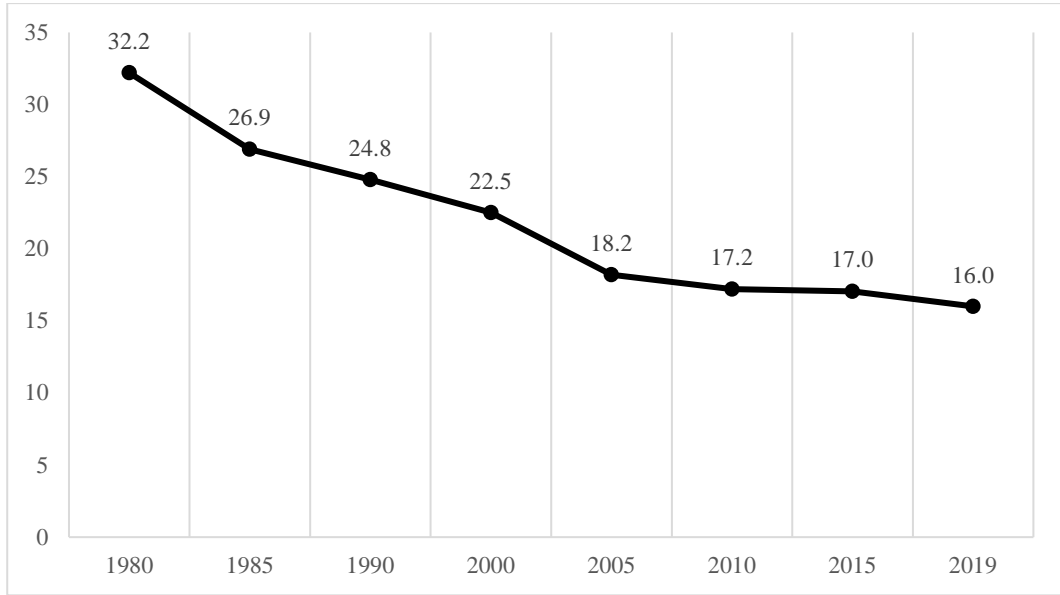
Şekil 23’te doğumda beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında, yaşam beklentisinin ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle pozitif ilişkili olduğu söylenebilir. Şekilde verilen 2018 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi 72,7 yıl olan Dünya ortalamasının çok üstünde olup 80,9 yıl olmaktadır. AB ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi 80 yıldır. Aynı yılda Türkiye ise kendisinin de içinde bulunduğu orta üst gelir grubu ülkeleri ortalaması olan 74 yılın üzerinde 78,3 yıl yaşam beklentisine sahiptir.

4.1.2. Kaba Doğum ve Doğurganlık Oranı

Ülkemizde sağlık göstergeleri ile ilgili en önemli verilerden bir diğeri de kaba doğum ve doğurganlık oranlarıdır. Kaba doğum oranı veya hızı; bir yıl içerisinde meydana gelen canlı doğum sayısının yıl ortasın nüfusa bölümünün bin ile çarpılması sonucu bulunur. Doğurganlık oranı veya hızı ise; bir yıl içerisinde meydana gelen canlı doğum sayısının 15-49 yaş aralığındaki kadın nüfusuna bölümünün bin ile çarpılması sonucu bulunur.

$$\text{Kaba Doğum Hızı} = \frac{\text{Bir yıl içindeki canlı doğum sayısı}}{\text{Yıl Ortası Nüfus}} \times 1000$$

$$\text{Doğurganlık Hızı} = \frac{\text{Bir yıl içindeki canlı doğum sayısı}}{\text{15 - 49 Yaş Arası Kadın Nüfus}} \times 1000$$

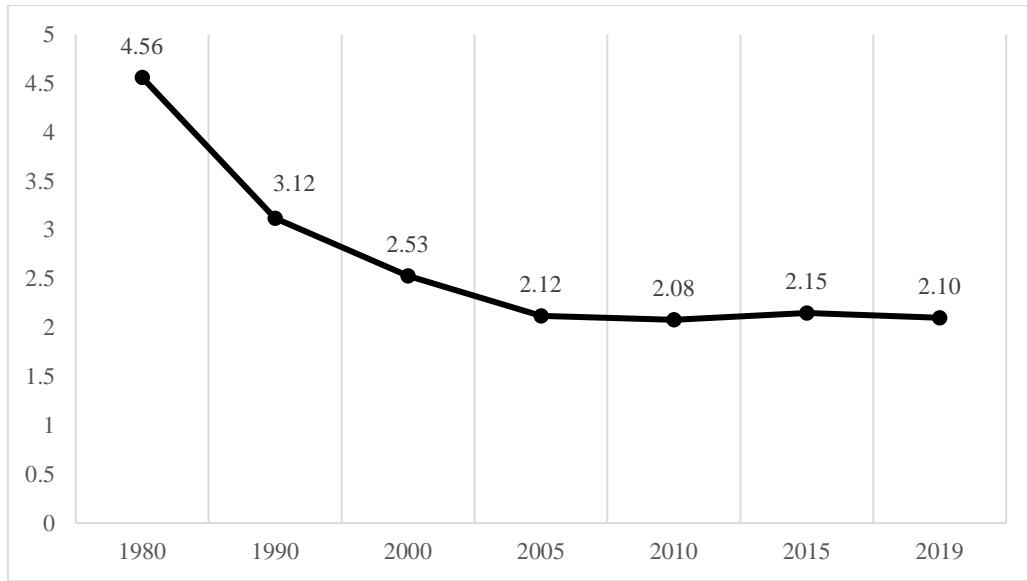


Şekil 24: Türkiye’de 1980 ve 2019 Yılları Arası Kaba Doğum Hızı Değişimi (Binde)

Türkiye İstatistik Kurumu. 2019. **İstatistiksel Tablolar**. <https://web.tuik.gov.tr/elastic-search-st/>. [09.06.2020]. & Başkaya, Zafer, Fatma Özkılıç. 2017. Türkiye’de Doğurganlıkta Meydana Gelen Değişimler (1980-2013). **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi** c. 10 s. 54: 404-423’den uyarlandı.

Türkiye’de kaba doğum hızının 1980 ve 2019 yılları arasındaki değişimi Şekil 24’te gösterilmektedir. 1980 yılında binde 32,2 olan kaba doğum hızının 2000 yılında binde 22,5’e gerilediği ve 2019 yılında ise binde 16,0 oranına gelerek düştüğü gözlemlenmektedir.

Türkiye’de doğurganlık hızının 1980 ve 2019 yılları arasındaki değişimi Şekil 25’te gösterilmektedir. 1980 yılında 4,56 olan doğurganlık hızı 1990 yılında 3,12’ye gerilemiştir. 2000 yılında 2,53’e gerilemiş ve 2019 yılında ise 2,10 oranına gelerek düşmüştür.



Şekil 25: Türkiye’de 1980 ve 2019 Yılları Arası Doğurganlık Hızı Değişimi, Kadın Başına

Türkiye İstatistik Kurumu. 2019. **İstatistiksel Tablolar**. <https://web.tuik.gov.tr/elastic-search-st/>. [09.06.2020]. & Başkaya, Zafer, Fatma Özkılıç. 2017. Türkiye’de Doğurganlıkta Meydana Gelen Değişimler (1980-2013). **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi** c. 10 s. 54: 404-423’ten uyarlandı.

Kaba doğum ve doğurganlık hızı o ülkenin sosyo ekonomik gelişmişlik durumu ile pozitif ilişkilidir. Doğurganlık hızı Türkiye’de 1960 yılında Meksika’dan sonra ikinci sırada yer alırken, 1980 yılı itibarıyla OECD ülkeleri arasında en yüksek doğurganlık oranına sahip olmuştur (OECD, 2007).

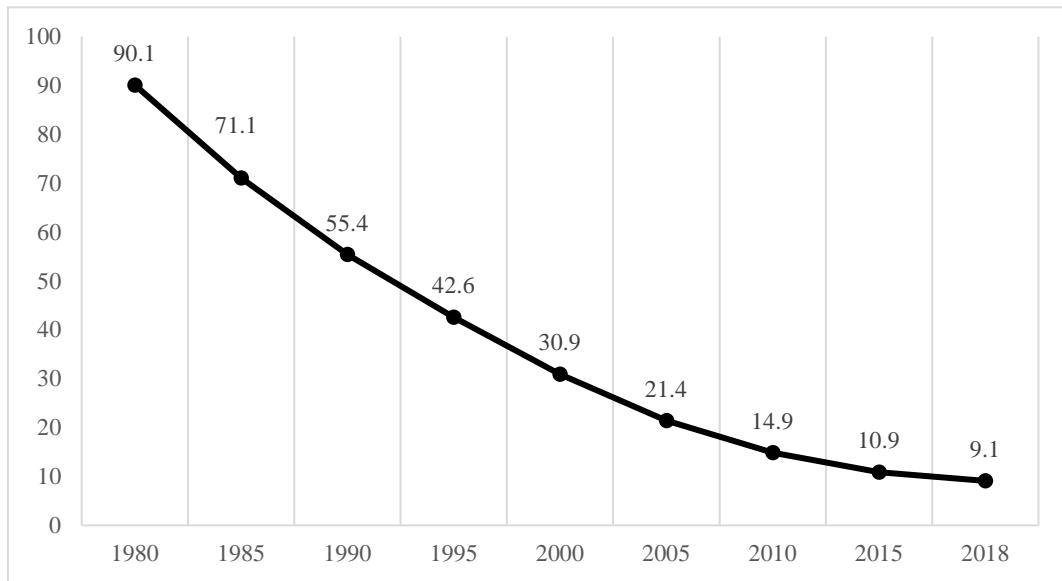
Türkiye’de doğurganlık hızının yıllar içinde düşmesine gerekçe olarak kadınların aktif olarak iş hayatında bulunması, doğumların azalması ve aile planlaması gibi etkenler gösterilebilmektedir (H. Çoban, 2009).

Doğurganlık hızı ve kaba doğum hızı anne ve bebek ölümlerini doğrudan etkilemektedir. Çok yüksek doğum oranına sahip ülkeler, anne ve bebek ölüm oranlarında da artışa sebep olmaktadır (H. Çoban, 2009).

4.1.3. Bebek ve Anne Ölüm Oranları

Ölüm oranları, sağlık düzeyini belirleyen faktörler arasında yer almaktadır. Ölüm istatistikleri, toplum sağlığını anlamak ve karşılaştırma yapabilmek adına kullanılmaktadır. Bebek ve anne ölüm oranları bu oranlardan en sık kullanılan oranlardandır.

Bebek ölümleri, doğum anında ve doğumdan sonraki bir yıl içinde meydana gelen ölümler olarak ifade edilmektedir. Bebek ölüm hızı o ülkenin sağlık sistemi ile ilgili ve sosyo kültürel seviyesi ile ilgili bilgi vermektedir. Bebek ölüm hızı, doğan bin bebekten kaçınının hayatta kaldığı hesaplanarak ölçülmektedir (Karabulut, 1999, 139-152).

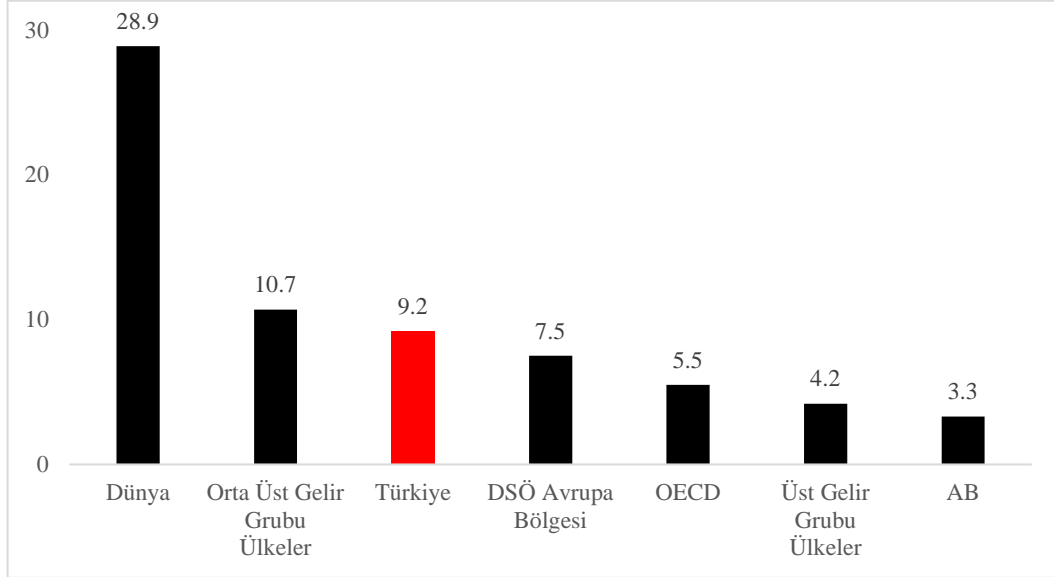


Şekil 26: Türkiye’de Bebek Ölüm Oranı (Binde)

The World Bank. 2018. **The World Bank Data**.
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?end=2018&locations=TR&start=1980&view=chart>. [10.06.2020].

Türkiye’de bebek ölüm oranlarının 1980 ve 2018 yılları arasındaki değişimi Şekil 26’da gösterilmektedir. Türkiye’de bebek ölüm oranları 1980 yılında bin bebek doğumundan 90,1’inin ölümünü ifade ederken bu oran, yıllar içinde hızla düşmüş olup 2000 yılında 30,9’a gerilemiş ve 2018 yılında bin bebek doğumundan 9,1’inin

ölümüne sebep olmuştur. 1980 yılından günümüze doğru bebek ölüm oranının bu derece hızla düşmesine sebep olarak teknolojinin gelişmesi ve sağlık alanındaki hizmetlerin kalitesinin artması gösterilebilmektedir.

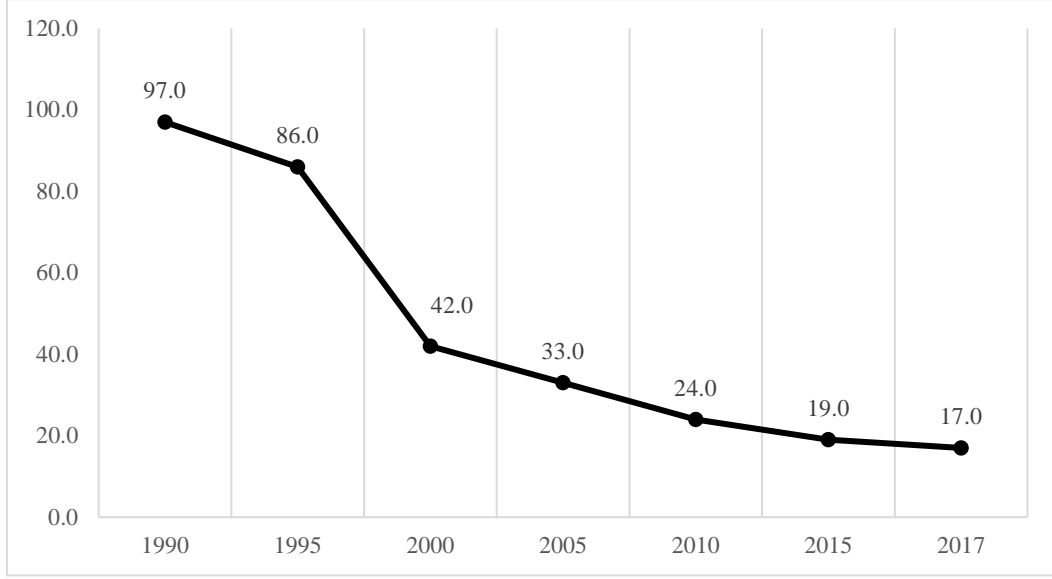


Şekil 27: Bebek Ölüm Oranının Uluslararası Karşılaştırılması (1.000 Canlı Doğumda), 2018

Bora Başara, Berrak, İrem Soyututan Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nden uyarlandı.

Şekil 27'de bebek ölüm oranının 2018 yılına ait uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında yaşam beklentisinin ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle pozitif ilişkili olduğu söylenebilir. Şekilde verilen 2018 yılı verilerine göre AB ülkelerinde bebek ölüm oranı bin canlı doğumunda 3,3 ölüm oranı iken Dünya ortalaması olan 28,9 ölüm oranının çok altında yer almaktadır. OECD ülkelerindeki ölüm oranı 5,5'tir. Aynı yılda Türkiye'de ise bin canlı doğumunda 9,2 ölüm oranı gerçekleştiği gözlemlenmektedir.

Bebek ölümlerinin yanı sıra anne ölümleri de önemli sağlık göstergelerinden biridir. Anne ölüm oranları ülkenin gelişmişliği ve sosyo kültürel seviyesi hakkında bilgi vermektedir. Anne ölüm oranı; gebelikte, doğum sırasında ve doğumdan sonraki süreçte doğuma bağlı olarak ölen kadın sayısının, bir yıldaki doğan canlı sayısına oranının yüz bin ile çarpılması ile bulunmaktadır. Anne ölümleri daha çok ekonomik düzeyi düşük ve az gelişmiş ülkelerde görülmektedir (Öztek, 1986, 33).



Şekil 28: Türkiye’de 1990 ve 2017 Yılları Arası Anne Ölüm Oranı Değişimi (100.000 Kişide)

Knoema. 2017. **Maternal Mortality Ratio, Turkey**. <https://knoema.com/atlas/Turkey/Maternal-mortality-ratio>. [11.06.2020].

Türkiye’de anne ölüm oranlarının 1990 ve 2017 yılları arasındaki değişimi Şekil 28’de gösterilmektedir. Türkiye’de anne ölüm oranları 1990 yılında yüz binde 97 oran iken, 2000 yılında yüz binde 42 orana gerilemiş ve 2017 yılında ise yüz binde 17 orana düşmüştür. 27 yılda oranlarda meydana gelen 6 kata yakın düşüşün sebebi olarak teknolojinin gelişmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması gösterilebilmektedir.

4.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Türkiye’de sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç ana başlıkta sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları; birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığınca basamaklandırılmaktadır.

Dünyadaki birçok ülkede olduğu üzere ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunan tüm sağlık kurumları arasında yüksek ve önemli bir yer kaplamaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşları; uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hizmetlere, tanı koymaya ve farklı hekim alanları ile koordineli çalışmaya ihtiyaç duyduğunda; 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurmayı gerektirmektedir.

Şekil 29’da gösterildiği üzere sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’nın altında üç basamak olarak toplanmaktadır. Hastaların ayaktan veya yataklı teşhis ve tedavilerinin

yapıldığı sağlık kuruluşları olan birinci basamak sağlık kurumları; toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi, halk sağlığı laboratuvarı kurum tabipliği, 112 acil sağlık hizmeti birimleri vb. kurumlardan oluşmaktadır. Hastaların ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti aldığı sağlık kuruluşları olan ikinci basamak sağlık kurumları; devlet hastaneleri, dal hastaneleri, semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri, tıp merkezleri, özel hastaneler vb. kurumlardan oluşmaktadır. İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve eğitim araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip olan üçüncü basamak sağlık kurumları; eğitim ve araştırma hastaneleri, devlet ve vakıf üniversiteleri hastaneleri gibi kurumlardan oluşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2019).

Sağlık Bakanlığı		
Birinci Basamak Sağlık Kurumları	İkinci Basamak Sağlık Kurumları	Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları
<ul style="list-style-type: none"> -Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) -Aile Sağlığı Merkezi (ASM) -Halk Sağlığı Laboratuvarı (L1 ve L2) -Kurum Tabipliği -112 Acil Sağlık Hizmeti Birimleri -Evde Bakım Hizmeti veren merkez ve birimler -İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunan birimler -Belediyelere ait poliklinikler -Özel Poliklinikler -Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları -Üniversiteler bünyesindeki mediko sosyal birimler -Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri -Eczaneler -Muayenehaneler -Entegre ilçe devlet hastanesi (E2 ve E3) 	<ul style="list-style-type: none"> -Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri -Entegre ilçe hastanesi (E1) -Ağız ve diş sağlığı hastaneleri ve merkezleri -Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri -Ruhsat almış özel hastaneler -Diyaliz, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri 	<ul style="list-style-type: none"> -Eğitim ve Araştırma Hastaneleri -Devlet ve Vakıf Üniversiteleri Hastaneleri

Şekil 29: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2019. **Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması**. Genelge, Ankara’dan uyarlandı.

Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarına ait 2002 ve 2018 yılları arasındaki veriler Tablo 3’te gösterilmiştir. Tabloya göre yıllar içinde Sağlık Ocağı sayısının sıfırlanıp Aile Hekimliği Birimi sayısının sıfırdan artışa geçmesinin sebebi olarak Sağlık Ocaklarının kapanıp yerine Aile Hekimliklerinin açılmış olması gösterilebilmektedir. Aile Hekimliği biriminin sayısı ile doğru orantılı olarak Aile Sağlığı Merkezlerinin sayısı da yıldan yıla artmıştır.

Tablo 3: Türkiye’de Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Ocağı	5.055	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	21.384	21.696	24.428	25.198	26.252
Aile Sağlığı Merkezi	-	6.829	6.902	7.636	7.774	7.979
Toplum Sağlığı Merkezi	-	970	970	970	972	776
Sağlık Evi	2.899	5.572	5.544	5.419	5.320	5.259
ÇEKÜS Birimi	298	182	182	181	177	172
Verem Savaş Dispanseri	277	179	181	180	177	173
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	132	156	159	166	175
112 Acil Yardım İstasyonu	481	2.186	2.323	2.400	2.618	2.735
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	83	83	83	83	83

Bora Başara, Berrak, İrem Soytutan Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’nden uyarlandı.

Aile Hekimliği birimlerinin sayısı Tablo 3’e göre, 2014 yılında 21.384’ten 2018 yılında 26.252’ye çıkmıştır. Sağlık ocaklarının sayısı 2002 yılında 5.055 iken sonraki yıllarda mevcut bir sayının olmadığı görülmektedir. Bunun sebebi ise sağlık ocaklarının yerini Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aile hekimliklerinin almış olmasıdır. Aile Sağlığı merkezlerinin sayısı 2014 yılında 6.829’dan 2018 yılında 7.979’a çıkmıştır. Sağlık evlerinin sayısı 2002 yılında 2.899’dan 2014 yılında 5.572’ye çıkmış ve 2018 yılında 5.259’a inmiştir. Kanser erken teşhis ve tarama eğitim merkezi sayısı 2002 yılında 84’ten 2018 yılında 175’e çıkmıştır. 112 acil yardım istasyonlarının sayısı 2002 yılında 481’den 2014 yılında 2.186’ya yükselmiş ve 2018 yılında 2.735’e çıkmıştır.

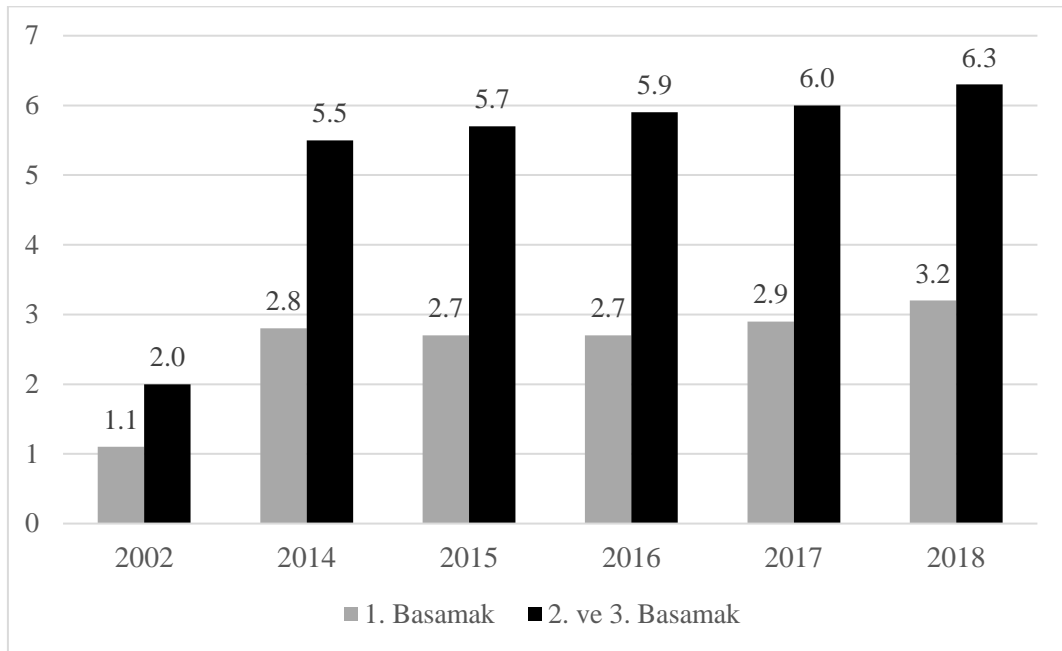
2018 yılına ait Türkiye geneli bazı sağlık göstergelerinin verileri Tablo 4’te gösterilmiştir. Bu verilere göre Türkiye’de 2018 yılında hastane sayısı 1.534, yatak sayısı 231.913, aile hekimliği sayısı 26.252 ve 112 ambulans sayısı 4.910’dur.

Tablo 4: Türkiye Geneli Bazı Sağlık Göstergeleri, 2018

	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	10.000 Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	Aile Hekimliği Birimi Sayısı	Aile Hekimliği Birimi Başına Düşen Nüfus Sayısı	112 Ambulans Sayısı	112 Ambulans Başına Düşen Nüfus
Türkiye	1.534	231.913	28,3	26.252	3.124	4.910	16.701

Bora Başara, Berrak, İrem Soyutun Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nden uyarlandı.

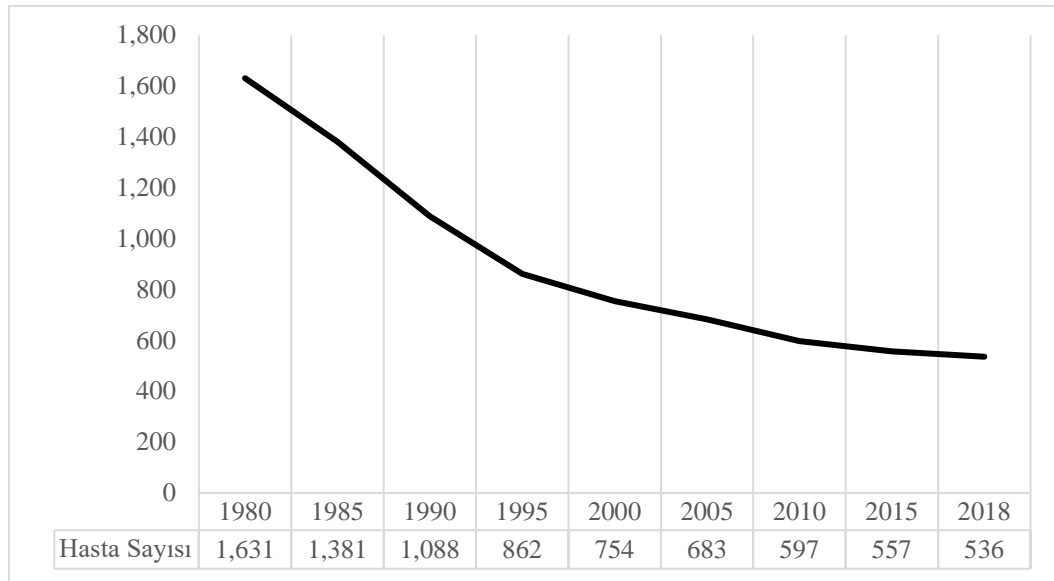
2002 ve 2018 yılları arasında tüm sektörlerde yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat verileri Şekil 30'da yer almaktadır. Buna göre kişi başı hekime başvuru sayısı 2002 yılında toplamda 3,1'den 2014 yılında 8,3'e çıkmış ve 2018 yılında bu sayı artarak toplamda 9,5 olmuştur. Yılların geneline bakıldığında 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurunun 1. basamak sağlık kuruluşlarına kıyasla her yıl daha fazla olduğu görülmektedir. Aynı zamanda 1. basamak sağlık kuruluşları ile 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına müracaatta da kendi içlerinde yıldan yıla artış olduğu gözlemlenmektedir.



Şekil 30: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

Bora Başara, Berrak, İrem Soyutun Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nden uyarlandı.

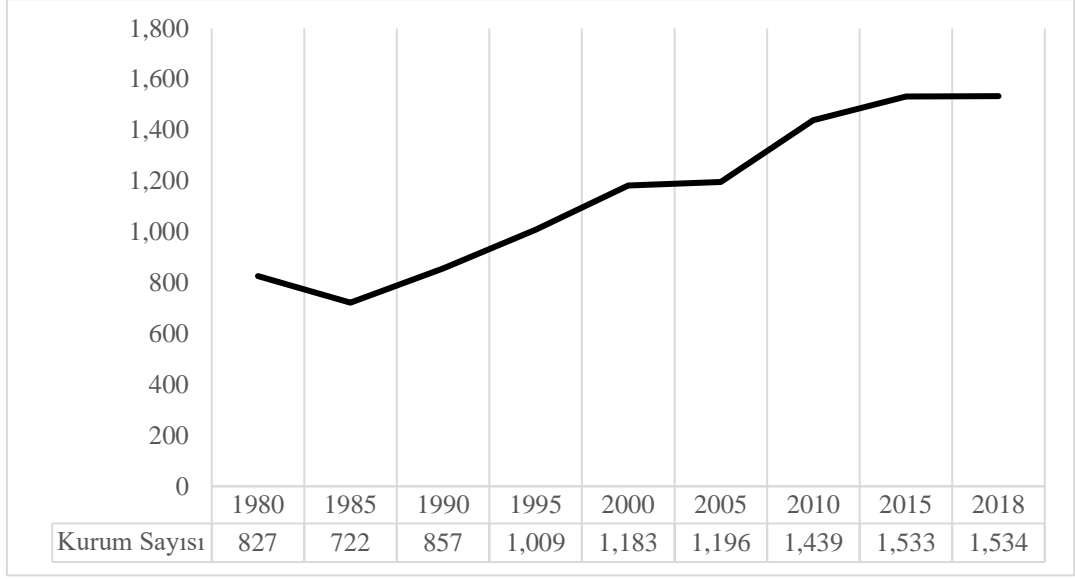
1980 ve 2018 yılları arasında Türkiye’de hekim başına düşen hasta sayısının değişimi Şekil 31’de gösterilmektedir. 1980 yılında hekim başına düşen hasta sayısı 1.631 kişiden 1990 yılında 1.088’e düşmüştür. 2000 yılında 754’e düşmüş ve 2018 yılına gelindiğinde bu sayı 536 kişiye düşmüştür. Sayının yaklaşık üçte birine düşmesinin sebebi olarak bir sonraki bölümde de ele alınacağı üzere; yıllar içinde hekim sayısının artması ve bundan dolayı hekim başına düşen hasta sayısının azalması gösterilebilmektedir.



Şekil 31: Türkiye’de Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı, 1980-2018

Bora Başara, Berrak, İrem Soyutun Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’nden uyarlandı.

Türkiye’de yataklı sağlık kurumu sayısının 1980 ve 2018 yılları arasındaki değişimi Şekil 32’de gösterilmektedir. Yataklı sağlık kurumu sayısı 1980 yılında 827 adetten 1990 yılında 857’ye çıkmıştır. 2000 yılında 1.183’e çıkmış ve 2018 yılında bu sayı 1.534’e yükselmiştir. Yataklı kurum sayısı 38 yılda neredeyse iki katına çıkmıştır. Bunun sebebi olarak kurumlara alınan yatakların artması ve bu artışın da yataklı kurum sayısını etkilemesi gösterilebilmektedir.



Şekil 32: Türkiye’de Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı, 1980-2018

Bora Başara, Berrak, İrem Soytutan Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’nden uyarlandı.

Kamu ve özel yataklı sağlık kurumlarında 1980 ve 2016 yılları arasındaki yatak sayısı verileri Tablo 5’te gösterilmektedir. Bu verilere göre 1980 yılında toplam 99 bin olan yatak sayısı 2000 yılında 134 bine çıkmış ve 2016 yılına gelindiğinde 218 bine ulaşmıştır. 1980 ve 2016 yılları arasındaki verilere genel olarak bakıldığında Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sağlık kurumlarında yatak sayılarının yıllar içerisinde arttığı gözlemlenmektedir.

Tablo 5: Kamu ve Özel Yataklı Sağlık Kurumlarının Yatak Sayıları

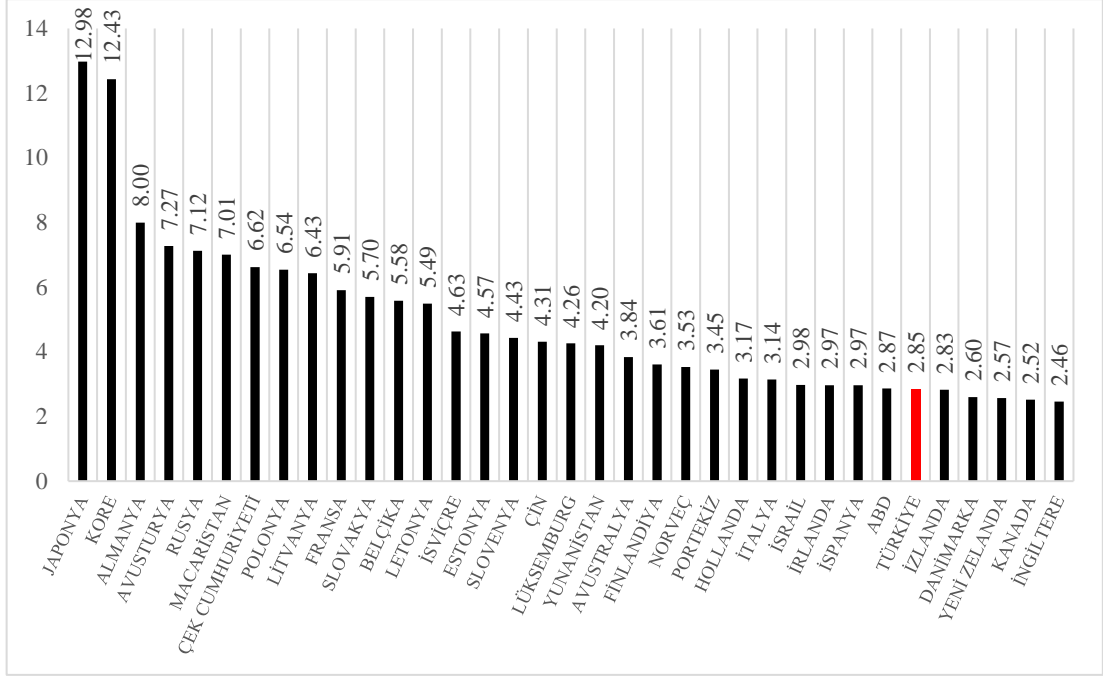
Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer (*)	Toplam
1980	75.484	13.501	3.868	6.264	99.117
1985	80.423	14.653	4.874	3.968	103.918
1990	92.354	18.068	6.230	4.086	120.738
1995	102.388	20.811	8.934	3.939	136.072
2000	96.334	23.838	12.162	2.616	134.950
2001	100.845	25.296	11.837	2.732	140.710
2002	107.394	26.341	12.387	18.349	164.471
2003	107.771	26.619	12.917	18.158	165.465
2004	108.511	28.025	12.671	17.500	166.707
2005	110.109	29.014	13.876	17	153.016
2006	110.819	31.193	14.639	17.691	174.342
2007	112.037	30.978	17.397	17.588	178.000
2008	114.428	29.912	20.938	17.905	183.183
2009	115.443	30.112	25.178	17.905	188.638
2010	120.180	35.001	28.063	16.995	200.239
2011	121.297	34.802	31.648	6.757	194.504
2012	122.322	35.150	35.767	6.833	200.072
2013	121.269	36.056	37.983	6.723	202.031
2014	123.690	36.670	40.509	5.967	206.836
2015	122.331	38.361	43.645	5.311	209.648
2016	132.921	37.707	47.143	-	217.771

Bora Başara, Berrak, İrem Soyutun Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nden uyarlandı.

(*)“Diğer” grubunda belediyelere ait sağlık kuruluşları yer almaktadır. 2002 ve 2015 yılları arasında Millî Savunma Bakanlığına ait olan hastaneler ve 2016 yılında da özel hastaneler “Diğer” grubuna dahil edilmiştir.

Ancak bunlar arasında özel hastanelerdeki geometrik artış göze çarpmaktadır. Özel sağlık kurumlarında yatak sayılarında bu denli artış yaşanmasının sebebi olarak, özel sağlık kurumlarına yapılan yatırımların yıllar içinde artmış olması gösterilebilmektedir.

Bin kişiye düşen hasta yatak sayılarının uluslararası karşılaştırılması 2019 yılına en yakın verileri ile Şekil 33'te gösterilmiştir. Şekle bakıldığında 12,98 hasta yatak sayısı ile Japonya en yüksek veriye sahiptir. Japonyayı 12,43 hasta yatak sayısı ile Kore takip etmekte ve onu 8 hasta yatak sayısı ile Almanya takip etmektedir. Türkiye'nin ise 2,85 hasta yatak sayısı ile dünya ülkeleri sıralamasında 30. sırada yer aldığı gözlemlenmektedir.



Şekil 33: 1.000 Kişiye Düşen Hasta Yatak Sayısı Uluslararası Karşılaştırması

OECD 2018. **OECD Health Data**. <https://data.oecd.org/healtheq/hospital-beds.htm>. [11.06.2020].
 (*)Türkiye'nin, dünya ülkelerinin en yüksek veriye sahip 34 ülkesiyle 2019 yılına en yakın verileri ile karşılaştırması verilmiştir. Türkiye verisi 2018 yılına aittir.

4.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Fonksiyonel Dağılımı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık çalışanları çok önemli bir yere sahiptir. Toplumda her kesime sağlık hizmeti ulaştırabilmek, sağlık sektöründe çalışan insan gücünde planlama yapmayı gerekli kılmaktadır. Sağlık sektöründe çalışan insan gücünün planlanmasında en önemli alanı hekimler kaplamaktadır. Bunun yanında dış hekimi, hemşire, ebe, eczacı ve sağlık memurlarına yönelik de kalite ve verimliliği artırmak adına planlama yapmak gerekmektedir (H. Çoban, 2009, 141).

Tablo 6: Yıllara Göre Türkiye’de Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler

Yıllar	Hekim	Diş hekimi	Hemşire	Sağlık memuru	Ebe	Eczacı	Diğer personel ve hizmet alımı (*)
1980	27.241	7.177	26.880	11.964	17.197	11.379	-
1985	36.427	8.305	30.854	15.525	18.852	11.602	-
1990	50.639	10.514	44.984	21.547	30.415	15.792	-
1995	69.349	11.717	64.243	34.342	39.551	19.090	-
2000	85.242	15.906	69.550	51.887	41.594	21.927	-
2005	100.853	18.149	78.182	62.035	43.541	22.756	-
2006	104.475	18.332	82.626	67.514	44.483	23.140	-
2007	108.402	19.278	94.661	79.441	47.175	23.977	-
2008	113.151	19.959	99.910	89.540	47.673	24.778	-
2009	118.641	20.589	105.176	93.550	49.357	25.201	-
2010	123.447	21.432	114.772	99.302	50.343	26.506	-
2011	126.029	21.099	124.982	110.862	51.905	26.089	260.693
2012	129.772	21.404	134.906	122.663	53.466	26.571	273.616
2013	133.775	22.295	139.544	131.652	53.427	27.012	290.363
2014	135.616	22.996	142.432	138.878	52.838	27.199	303.110
2015	141.259	24.834	152.803	145.943	53.086	27.530	311.337
2016	144.827	26.674	152.952	144.609	52.456	27.864	321.952
2017	149.997	27.889	166.142	155.417	53.741	28.512	339.241
2018	153.128	30.615	190.499	177.409	56.351	32.032	376.367

Bora Başara, Berrak, İrem Soytutan Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’nden uyarlandı.

(*)Diğer personel ve hizmet alımına ait veri kaynağı değiştiğinden 2011 yılı öncesi için, tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.

Türkiye’deki sağlık personeli sayılarının 1980 ve 2018 yılları arasındaki değişimi Tablo 6’da gösterilmektedir. Hekim sayısı 1980 yılında 27.241 kişiden 2000 yılında 85.242 kişiye artmış ve 2018 yılında 153.128 kişi sayısına yükselmiştir. Özellikle hekim sayılarında yaşanan 5,5 kat artışın, tıp fakültelerinde okuyan öğrencilerin sayılarının artışı sonucu oluştuğu söylenebilmektedir. Diş hekimi sayısı 1980 yılında 7.177 kişiden 2000 yılında 15.906 kişiye artmış ve 2018 yılında 30.615 kişi sayısına yükselmiştir. Hemşire sayısına bakıldığında ise 1980 yılında 26.880 kişiden 2000 yılında 69.550 kişiye artmış ve 2018 yılında bu sayı 190.499’a yükselmiştir. Her kategorideki sağlık personeli sayılarının yıllar içerisinde arttığı gözlemlenmektedir.

Tablo 7: Türkiye’de Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, Tüm Sektörler, 2018

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	43.347	14.438	25.109	82.894
Pratisyen Hekim	39.442	291	4.320	44.053
Asistan Hekim	8.770	17.411	-	26.181
Toplam Hekim	91.559	32.140	29.429	153.128
Diş Hekimi	10.814	4.224	15.577	30.615
Eczacı	3.064	691	28.277	32.032
Hemşire	126.891	29.263	34.345	190.499
Ebe	52.495	789	3.067	56.351
Diğer Sağlık Personeli	121.206	16.493	39.710	177.409
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	236.155	48.377	91.835	376.367
Toplam Personel Sayısı	642.184	131.977	242.240	1.016.401

Bora Başara, Berrak, İrem Soytutan Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’nden uyarlandı.

Türkiye’deki sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımının 2018 yılına ait verileri Tablo 7’de gösterilmektedir. Verilere bakıldığında toplam sağlık personeli sayısının 1.016.401 kişi olduğu, bunların 642.184’ünün Sağlık Bakanlığı’na bağlı, 131.977’sinin üniversite kurumlarına bağlı ve 242.240’ının ise özel sektördeki kurumlara bağlı olarak çalıştığı gözlemlenmektedir. Uzman hekimlerin sağlık bakanlığı içerisindeki sayısının 43.347, üniversite kurumlarındaki sayısının 14.438, özel sektör içerisindeki sayısının 25.109 ve toplam uzman hekim sayısının ise 82.894 olduğu görülmektedir. Toplam personel sayısı içerisinde en yüksek paya sahip kısım 376.367 ile diğer personel ve hizmet alımıdır. İkinci en yüksek personel sayısına sahip olan 190.499 kişi sayısı ile hemşireler ve üçüncü en yüksek sayıya sahip olan personel grubu ise 177.409 kişi sayısı ile diğer sağlık personelleridir.

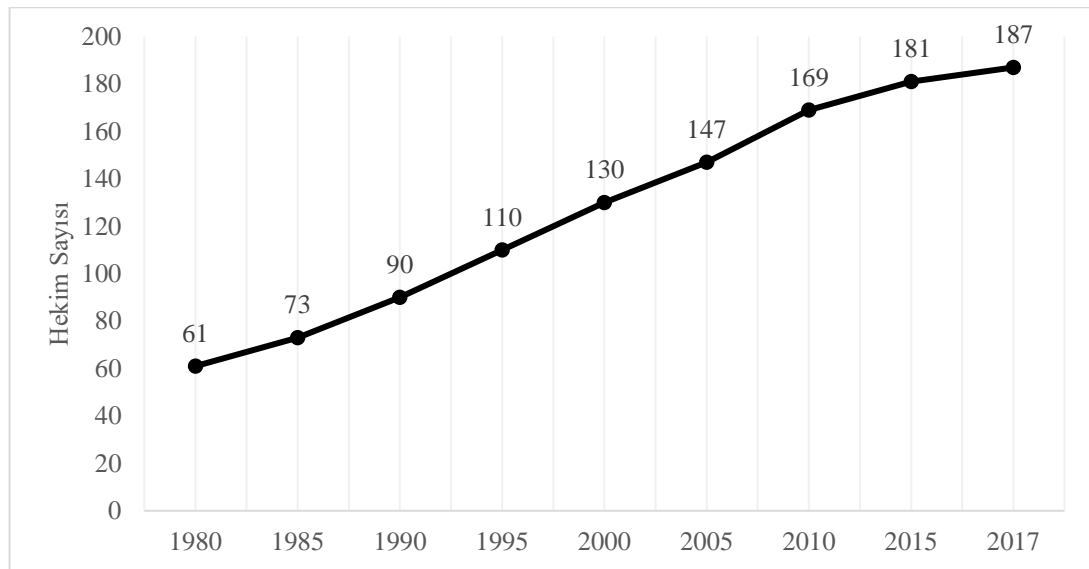
Sağlık personelinin hizmet birimlerine göre dağılımına ilişkin 2018 verileri Tablo 8’de gösterilmektedir. 2018 yılında 642.184 kişi olan toplam personel sayısından 475.101 kişinin hastanelerde, 64.317 kişinin aile hekimliği biriminde, 102.766 kişinin ise diğer kurumlarda çalıştığı gözlemlenmektedir. Toplam personel sayısı içerisinde en yüksek paya sahip grup 236.155 kişi sayısı ile diğer personel ve hizmet alımıdır. İkinci en yüksek personel sayısına sahip olan 126.891 kişi sayısı ile hemşireler ve üçüncü en yüksek sayıya sahip olan personel grubu ise 121.206 kişi sayısı ile diğer sağlık personelleridir.

Tablo 8: Türkiye’de Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı, Sağlık Bakanlığı, 2018

	Hastaneler	Aile Hekimliği Birimi	Diğer Kurumlar	Toplam
Uzman Hekim	40.541	1.814	992	43.347
Pratisyen Hekim	10.719	22.268	6.455	39.442
Asistan Hekim	8.770	0	0	8.770
Toplam Hekim	60.030	24.082	7.447	91.559
Toplam Diş Hekimi	4.642	0	6.172	10.814
Eczacı	2.747	0	317	3.064
Hemşire	113.641	7.448	5.802	126.891
Ebe	27.028	13.299	12.168	52.495
Diğer Sağlık Personeli	73.226	1.874	46.106	121.206
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	193.787	17.614	24.754	236.155
Toplam Personel	475.101	64.317	102.766	642.184

Bora Başara, Berrak, İrem Soyutun Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’nden uyarlandı.

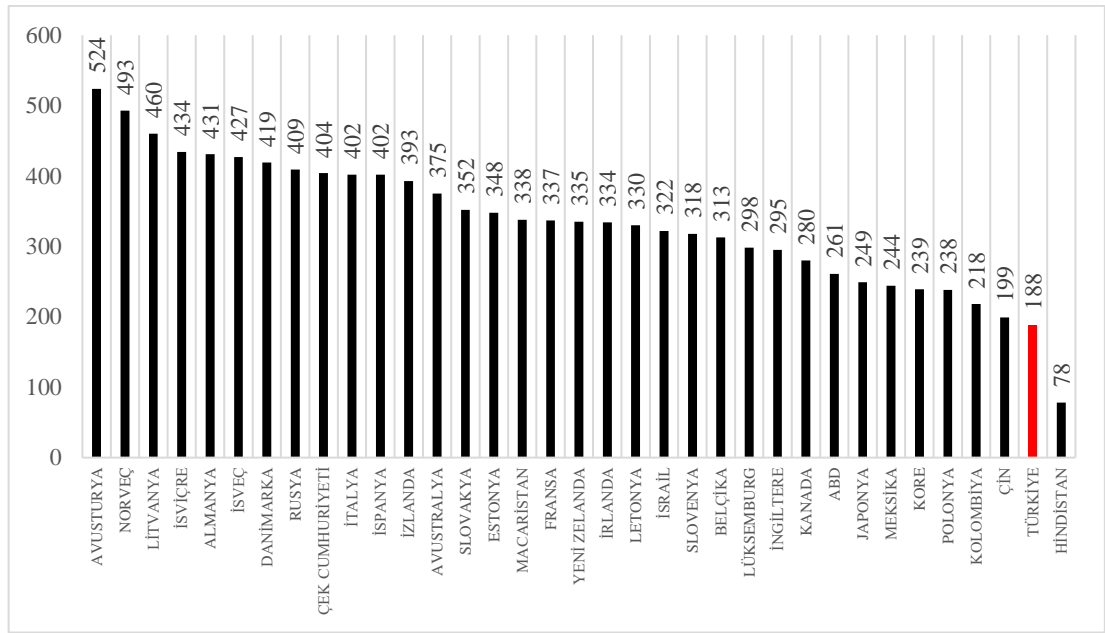
1980 ve 2017 yılları arasında Türkiye’de 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısındaki değişim Şekil 34’te gösterilmektedir. 1980 yılından 2017 yılına kadar 100.000 kişiye düşen hekim sayısı artarak üç katına çıkmıştır. 1980 yılında 100.000 kişiye 61 hekim düşerken bu sayı 1990 yılında 90 hekime çıkmıştır. 2000 yılında 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 130’a çıkarken 2017 yılında 187 hekim sayısına yükseldiği gözlemlenmektedir.



Şekil 34: Türkiye’de Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı

OECD. 2019. **OECD DATA**. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>. [20.07.2020].

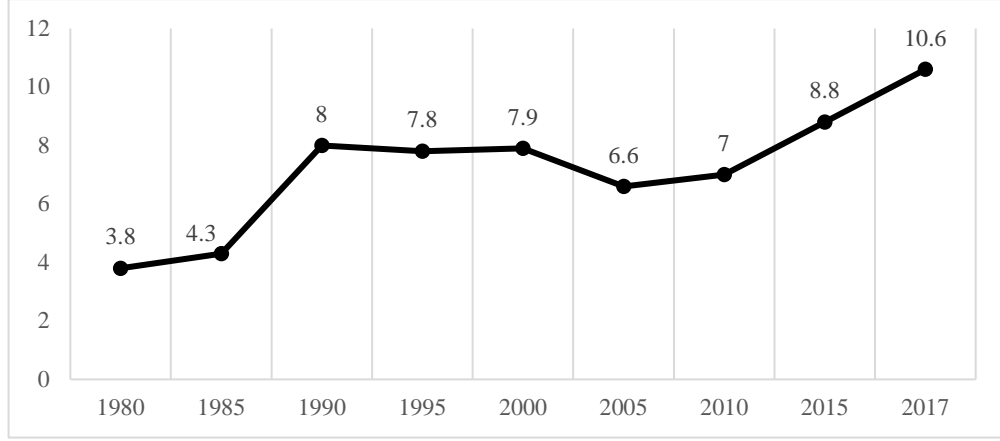
Şekil 35'te Türkiye'de 100.000 kişiye düşen hekim sayısının uluslararası karşılaştırılması 2019 yılına en yakın veriler ile gösterilmektedir. Şekle bakıldığında 100.000 kişiye düşen 524 hekim sayısı ile Avusturya en yüksek veriye sahiptir. Avusturya'yı 493 hekim sayısı ile Norveç takip etmektedir. Türkiye'nin ise 188 hekim sayısı ile dünya ülkeleri ile yapılan sıralamada 34. sırada yer alarak daha düşük bir veriye sahip olduğu gözlemlenmektedir. Bu düşük verinin sebebinin Türkiyedeki tıp fakültesi ve hekim yoğunluğunun diğer ülkelere kıyasla daha az olmasından kaynaklı olduğu söylenebilir.



Şekil 35: 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması

OECD. 2019. **OECD DATA**. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>. [20.07.2020]. (*)Türkiye'nin, dünya ülkelerinin en yüksek veriye sahip 34 ülkesiyle 2019 yılına en yakın verileri ile karşılaştırması verilmiştir. Türkiye verisi 2018 yılına aittir.

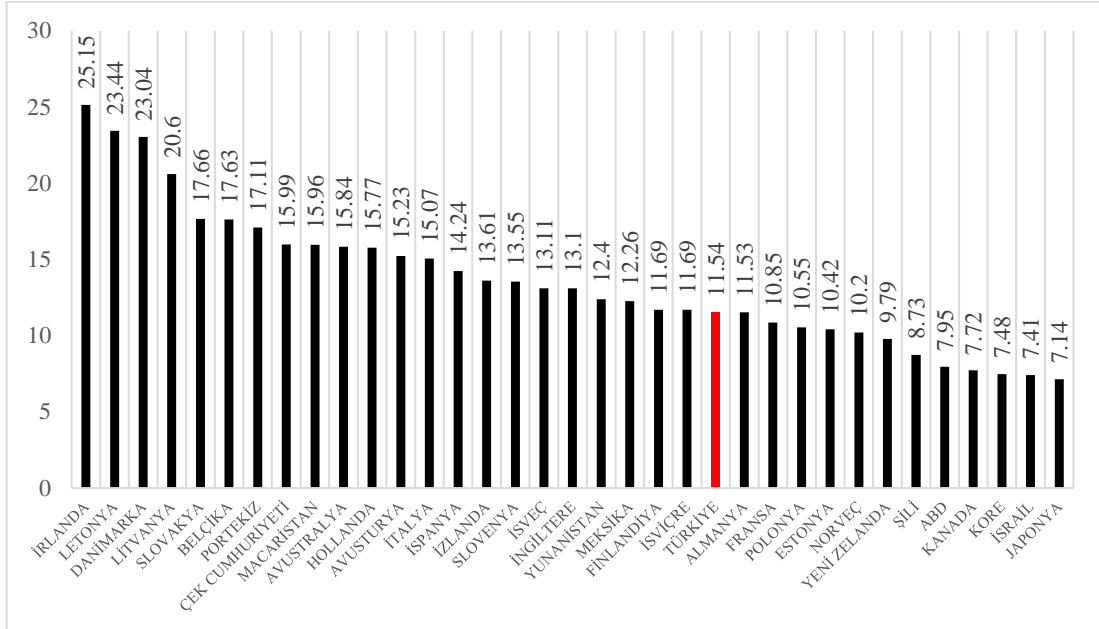
Türkiye'de 1980 ve 2017 yılları arasında tıp fakültesinden mezun olan kişi sayılarının 100.000 kişide değişimi Şekil 36'da gösterilmektedir. Mezun sayılarının yıldan yıla arttığı gözlemlenmektedir. 1980 yılında 100.000 kişide tıp fakültesi mezunu sayısı 3,8 kişiden 1990 yılında 8 kişiye çıkmıştır. 2000 yılında bu sayı 7,9 kişiye gerilemiş olup 1990 ve 2000 yılları arasında tıp fakültesi mezunu sayılarının stabil olduğu görülmektedir. 2017 yılında ise 100.000 kişide tıp fakültesi mezunu sayısı 10,6 kişiye yükselmiştir.



Şekil 36: Türkiye’de 1980 ve 2017 Yılları Arasında Tıp Fakültesi Mezunu Sayısı Değişimi, 100.000 Kişide

OECD: 2019. **OECD Medical Graduates**. <https://data.oecd.org/healthres/medical-graduates.htm#indicator-chart>. [20.07.2020].

Tıp fakültesi mezunu sayısının yüz bin kişide uluslararası karşılaştırılması Şekil 37’de gösterilmektedir. Şekle bakıldığında 100.000 kişide 25,15 tıp fakültesi mezunu sayısıyla İrlanda en yüksek veriye sahiptir. İrlanda’yı 23,44 mezun sayısıyla Letonya ve onu 23,04 mezun sayısıyla Danimarka takip etmektedir. Türkiye’nin ise 100.000 kişide 11,54 mezun sayısıyla dünya ülkeleri sıralamasında 23. sırada yer aldığı gözlemlenmektedir.

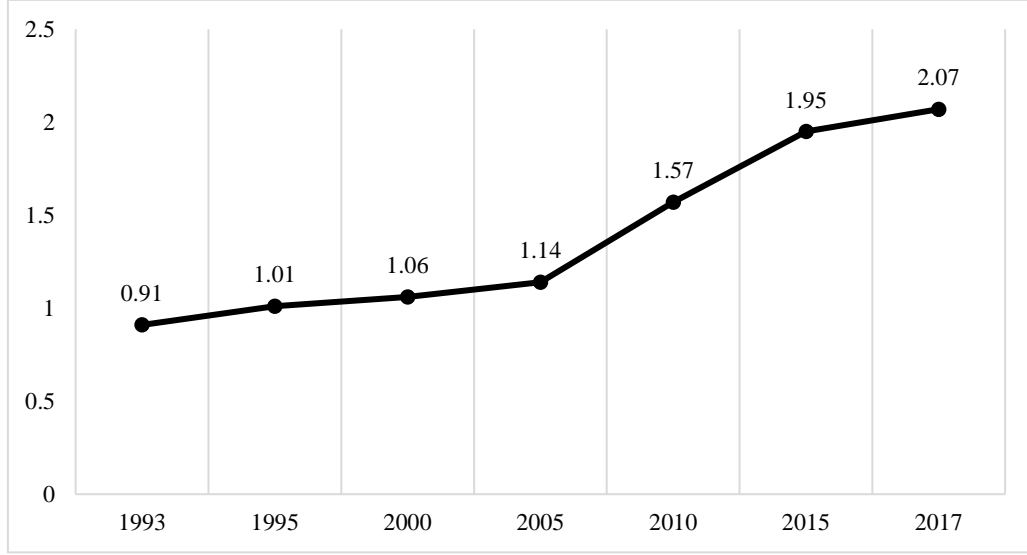


Şekil 37: Tıp Fakültesi Mezunu Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 100.000 Kişide

OECD: 2019. **OECD Medical Graduates**. <https://data.oecd.org/healthres/medical-graduates.htm#indicator-chart>. [20.07.2020].

(*Türkiye’nin, dünya ülkelerinin en yüksek veriye sahip 34 ülkesiyle 2019 yılına en yakın verileri ile karşılaştırması verilmiştir. Türkiye verisi 2018 yılına aittir.

Türkiye’de bin kişiye düşen hemşire sayısının 1993 ve 2017 yılları arasındaki değişimi Şekil 38’de gösterilmektedir. Şekle bakıldığında Türkiye’de yıllar içinde bin kişiye düşen hemşire sayısının arttığı görülmektedir. 1993 yılında bin kişiye 0,91 hemşire düşerken bu sayı 2000’de 1,06 hemşire sayısına çıkmış ve 2017 yılında bin kişiye düşen hemşire sayısı 2,07’ye yükselmiştir.



Şekil 38: Türkiye’de 1.000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısının Yıllara Göre Değişimi

OECD 2019. Nurses. <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart>. [30.07.2020].

4.4. Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

Sağlık ekonomisinde yapılan politikaların tarihsel süreç içerisinde gelişimi 1980 sonrasında sağlık reformu çabaları ile hızlanmıştır (H. Çoban, 2009).

4.4.1. 1980 ve 2000 Yılları Arası Gelişmeler

12 Eylül 1980 askeri müdahalesi sonrasında çıkarılan “24 Ocak Kararları”, ekonomi alanında kararları kapsadığı gibi sağlık alanında da liberalleşmeyi amaçlayan politik kararlar alınmasına sebep olmuştur (Kasapoğlu, 2016). Askeri müdahale sonrası çıkarılan 1982 Anayasasında 1950 ve 1970 yıllarında başlayan sağlık alanında özel sektörün yer alması düşüncesine resmen yer verilmiştir (Berman, Tatar, 2004). 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde Genel Sağlık Sigortası’nın kurulabilir ifadesine özelleştirmenin ilk adımı olarak yer verilmiştir. Sağlık, anayasada bir birey hakkı olmaktan çıkarılıp hizmet olarak ifade edilmeye başlanmıştır (Fişek, 1985).

1985 yılında 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı yayınlanmıştır. Planda hedeflenen konu olarak sağlık hizmetlerinden herkesin eşit ve kaliteli bir şekilde faydalanabilmesi ve her bireyin beden ve ruh sağlıklarının korunması belirtilmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı, 1984).

1987 yılında Genel Sağlık Sigortasına geçme çalışmaları olmuş ancak bir sonuca ulaşamamıştır. Yine 1987 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Yasası” çıkarılmış ancak düzenlemeler tam olarak yapılamadığı için uygulamaya konulamamıştır. Bu kanun ile sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ve piyasaya açılması hedeflenmiştir (Soyer, 2000).

1989 yılında bakanlığın adı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” yerine “Sağlık Bakanlığı” olarak değiştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri vermekten sorumlu bir kuruluş ve merkezi düzeyde sağlık hizmetleri alanında genel politikaları belirleyen bir kuruluş haline gelmiştir (Kasapoğlu, 2016).

1990lı yıllarda Sağlık Reformu alanında yapılan çalışmalar, sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında birleşmesini ve aile hekimliğinin etkin bir şekilde kullanımını sağlamıştır. Sağlık reformu ile birinci basamak sağlık hizmetleri geliştirilmiş, hastaneler özerk sağlık kuruluşlarına dönüştürülerek koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili, planlama ve koordinasyon üzerine çalışmalar artırılmıştır (H. Çoban, 2009).

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından yürütülen “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt” çalışması sağlık reformlarının başlamasına vesile olmuştur. 1992 ve 1993 yıllarında yapılan “Ulusal Sağlık Kongreleri”nde sağlık reformlarının teorik kapsamı tartışılmış, 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından çalışması yapılan “Ulusal Sağlık Politikası” sağlık hizmetlerinde reform çabalarını hızlandırmıştır (H. Çoban, 2009). Yapılan sağlık kongrelerinde daha çok sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ile ilgili hastanelerin özelleştirilmesi ve özerkleştirilmesi konusunda kararlar alınmıştır (Kasapoğlu, 2016). 1992 yılında Yeşil Kart programı başlatılmış ve bu programla sigortasız nüfusun sağlık harcamalarının karşılanmasının artırılması sağlanmıştır (Okursoy, 2010).

1997 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Projesi uygulanmaya başlanmıştır. Bu proje kapsamında Dünya Bankası ve Türkiye arasında anlaşma gerçekleştirilmiştir. Bu anlaşmaya göre, Türkiye’de aile hekimliğinin uygulanması için altyapı çalışmaları yapılmış ve bazı pilot bölgelerde denenmeye başlanmıştır. Devletin bu proje ile

amaçladığı konu, aile hekimliği uygulamasını getirmek ve bunun şehir merkezleri ile kırsal kesime dengeli bir şekilde dağılmasını sağlamaktır (Alp, 2016).

1980 ve 1990'lı yıllarda uygulanan sağlık reformları ile liberalizasyon yani sağlık alanında serbestleşme konusunda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Bu sağlık reformları;

- ⇒ Sağlık hizmeti finansmanının vergiler yerine ödenen prim ve katkı paylarından karşılanmasını,
- ⇒ Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, sağlık kurum ve kuruluşlarının özelleştirilmesini,
- ⇒ Yerinden yönetimi esas alan ve rekabetin kolaylaşmasını sağlayan bir sistemin oluşturulmasını,
- ⇒ Sağlık alanında iş gücünün istihdam edilirken esnekleşme ve performansa bağlı olarak ödemenin yaygınlaşmasını tavsiye etmektedir (Çiçeklioğlu, 2011, 67).

4.4.2. 2000 ve 2020 Yılları Arası Gelişmeler

2003 yılında sağlık sistemi, topluma sınırlı düzeyde ücretsiz sağlık hizmeti sunabilen ulusal ve nüfusun farklı kesimlerini kapsayan sosyal sigorta sistemi ile birlikte yoksul kesime sosyal bir destek programının birleşiminden meydana gelmekteydi (Sağlık Bakanlığı, 2003). 2003 yılında Acil Eylem Planı'ndan sonra bildirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sağlık politikalarıyla ilgili reform hareketi hızlanmıştır. Bu hareket Cumhuriyet sonrasında sağlık ekonomisindeki gelişmeler içerisinde önemli bir aşama oluşturmaktadır (H. Çoban, 2009). Sağlık Bakanlığı, SDP ile geçmiş yıllarda yapılan reform ve proje çalışmalarını gelecekte uygulamaya koymak adına değerlendirerek; sağlık sistemindeki değişiklikleri tasarlamayı planlamıştır (Alp, 2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki hedefler aşağıdaki şekilde belirtilmiştir (Akdağ, 2008, 20):

- ⇒ Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel alanda tekrar organize edilmesi
- ⇒ Genel Sağlık Sigortasının bütün vatandaşları kapsamı
- ⇒ Aile hekimliğine geçiş olması
- ⇒ Yetki devrinin gerçekleşmesi
- ⇒ Koruyucu hekimliğin ülke çapına yayılması
- ⇒ Sağlık kurum ve kuruluşlarının tek bir çatı altında toplanması

- ⇒ Sağlık alanına yönelik özel sektör yatırımlarının teşviği
- ⇒ Hastanelerin idari ve mali konularda özerkleşmesi
- ⇒ Anne ve çocuk sağlığının önem kazanması
- ⇒ Sağlık konusunda edönüşüm projesinin uygulamaya konulması

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel sebeplerinden birisi, sağlık hizmetinden faydalanmak için yapılan sağlık harcamalarının gün geçtikçe kamu tarafından karşılanmasının zor bir hal alması ve sağlık hizmetlerinin kalite ve veriminin düşmesi şeklinde yapılan tespitler olmuştur. Ortaya çıkan bu sebeplerden dolayı neo-liberal politikalar doğrultusunda, hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması, devletin sağlık hizmeti sunumunu kendi yapmasının yerine hizmet satın alımı ve hastaneleri özerk bir yapıya dönüştürmesi şeklinde düzenlemelerin yapılması Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amaçlarını meydana getirmektedir (Elbek, Adaş, 2009, 35).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında belirlenen hedefler, temel olarak sağlık hizmetlerinin sunumunun olduğu alandan devletin uygulamalarını çekmesi, sorumlulukların sağlık hizmetlerinin bütün alanlarından alt kademelere devredilerek, merkezi yönetimde yetki sahibi olan Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyon ve denetim görevini aldığı, kamu-özel ortaklığı, hizmet satın alımı şeklinde yöntemlerin kullanıldığı bir yapının oluşmasına destek olmaktadır (H. Çoban, 2009).

2003 yılında sigortalıların sadece SSK Hastanelerinde tedavi olabilmeye şartı değişerek hem SSK hem de devlet hastanelerinde tedavi imkanına sahip olmaları sağlanmıştır (Atasever, 2014).

1980 ve 2003 yılları arasındaki sağlık alanında reform çalışmalarının ardından 2003 yılında açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık politikaları konusunda yapılan reformlar ivme kazanmış ve sağlık ekonomisinin tarihsel süreci içerisinde önemli bir yer edinmiştir (H. Çoban, 2009).

24 Kasım 2004 tarihinde aile hekimliği pilot uygulaması ile ilgili yasa uygulamaya konmuştur. Aile hekimliği uygulaması 2005 yılında ilk defa Düzce'de uygulanmaya başlanmıştır. Bununla birlikte 2005 yılında Toplum Sağlığı Merkezleri de oluşturulmuştur. Daha sonra 2010 yılında bütün illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. 19 Ocak 2005 tarihinde bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumunun tek çatı altında toplanması sağlanmıştır (Atasever, 2014, 68).

2006 yılında Emekli Sandığı, Bağkur ve SSK gibi kurumlar Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nda tek bir çatı altında toplanmışlardır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 2008 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu uygulama ile yeşil kartı olan vatandaşlar, Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır (Soyer, 2003).

2007 yılında Emekli Sandığına bağlı bulunan bireylerde olduğu gibi SSK ve Bağkur'a sahip bireylerin de SGK'nın anlaşmalı olduğu hastane ve özel sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebilmesine olanak sağlanmıştır. Bununla birlikte sosyal güvenliğe bağlı bulunmayan vatandaşlara da birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilme imkanı sağlanmıştır (Atasever, 2014).

2009 yılında evde sağlık hizmetleri vermeye başlanmıştır. Ayrıca sağlık harcamalarının sistematik bir şekilde kontrol edilmesini, değerlendirilmesini ve gerekli görülen stratejilerin geliştirilmesi konularına yönelik çalışmalar yapılması için Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu kurulmuştur (Atasever, 2014).

2010 yılında Merkezi Hastane Randevu Sistemi adı altında bir pilot uygulamaya başlanmıştır (Atasever, 2014).

Herkesin Genel Sağlık Sigortası kapsamına zorunlu olarak alınması 01.01.2012 tarihinde başlamıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu, 2016). Bununla birlikte yeşil kartı olan bireylerin sağlık ödemelerinin SGK'ya devri sağlanmıştır (Atasever, 2014).

2014 ve 2018 yılları arasını kapsayan 10. Kalkınma Planı'na göre, Sağlık Dönüşüm Programı'na yönelik sağlık hizmet kalitesi ve erişimi konusunda önemli adımlar atıldığı gözlemlenmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013). Dönüşüm Programı kapsamında, aile hekimliği, hastane ve hasta yatak sayıları, koruyucu sağlık hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı, sağlık çalışanları, hastaların hakları, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve sağlık alanındaki kurumsal yapılanma alanlarında önemli gelişmeler sağlanmıştır. Sağlık yatırımlarının kamu kaynaklarının yanında "Kamu Özel İş Birliği (KÖİ)" yöntemiyle de gerçekleştirilmesi için yasal düzenleme yapılmıştır (S. Çoban, 2015).

KÖİ; kamu kurumları ile özel sektörün, temelinde risk ve kazanç paylaşımı olan ve genel olarak uzun süreli sözleşmeye dayanan bir kamu hizmetini beraber yürütme modeli olarak tanımlanabilir. KÖİ tamamıyla kamu kaynakları ve imkanları ile yürütülen kamu hizmetinin, emanet yöntemi ile özel sektöre tamamen devredilmesi olarak ifade edilen özelleştirme yolları arasında bulunmaktadır. Yaygın bir kullanım

alanına sahip olan KÖİ'nin “Yap Kirala Devret” (YKD) adı verilen bir alt modeli vardır. YKD daha çok sağlık ve eğitim gibi sosyal alanlarda başvurulan bir modeldir. YKD, kamu tarafından kendisine arazi tahsis edilen bir özel şirketin, araziye bina inşa etmesi ve inşa ettiği binayı finanse ederek 25 yıllığına kamu kuruluşuna kiralayıp, karşılığında kamu kurumundan “kullanım bedeli” olarak kira ücretini, “hizmet bedeli” olarak da bakım onarımını yaparak hizmet bedelini tahsis edip, sözleşme süresi dolduktan sonra binayı veya tesisi kamu kurumuna devretmesi şeklinde uygulanmakta olan bir modeldir. Kullanım bedeli her yıl üçer aylık dönemlerde Üretici Fiyat Endeksi ile Tüketici Fiyat Endeksi toplamının yarısı oranında artırılarak ödenmektedir. Hizmet bedeli ise, 5 yıl veya hizmetin gerekli görüldüğü zamanlarda on yılı geçmemek üzere ödenmektedir. Şehir Hastanelerindeki kullanım ve hizmet bedelleri, Sağlık Bakanlığı veya diğer bağlı kuruluşların döner sermayesinden veya merkezi yönetimin bütçesinden ödemesi yapılmaktadır. YKD modeli 2007 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanıp yasalaşmayan “Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İş Birliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı”nda yer almıştır. Bu tasarıda YKD, “

“Kamu ile özel sektör arasında akdedilen bir sözleşme çerçevesinde bir yapının özel sektör tarafından finanse edilerek yapıldığı, gerekli hallerde tasarlandığı, belirli bir süre için idareye kiralandığı, kiralanan yapı üzerindeki bazı mal ve hizmet üretim birimlerinin kısmen veya tamamen yapımcı tarafından işletilebildiği ve yapının mülkiyetinin kira dönemi sonunda sözleşmede düzenlenmesi durumunda kamuya geçtiği KÖİ modeli”

şeklinde tanımlanmıştır. YKD, 2005 yılında 5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na bir madde eklenmesi hakkındaki kanun ile birlikte ilk defa mevzuat içerisinde yer almıştır. 2005 ve 2013 yılları arasında YKD modeli bu kanun ile birlikte sağlık alanında gerçekleştirilmiştir (Uysal, 2019).

Günümüzde şehir hastanelerinde kullanılan ve KÖİ'nin alt modeli olan YKD modeli, kamu hizmeti vermek için kamu ve özel sektör arasında yapılan iş birliğini belirtmektedir (6428 Sayılı Kanununun Genel Gerekçesi, 2014).

YKD modeliyle çalışan şehir hastanelerinde asıl hizmet Sağlık Bakanlığı ve kamu görevlileri tarafından verilirken, asıl hizmetler dışındaki yan hizmetler olan yemek, güvenlik, temizlik, bakım onarım gibi hizmetler ise özel sektör tarafından verilmektedir (Uysal, 2019) .

Türkiye’de açılan ilk şehir hastanesi Mersin’de 2017 yılının şubat ayında 1294 yatak kapasitesiyle açılmıştır. 2019 sonu itibarıyla Türkiye’de hizmete açılan şehir hastanesi sayısı 11’e ulaşmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2020).

2019 ve 2023 yıl aralığını kapsayan 11. Kalkınma Planı’nda; evde verilen sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, yaşlılara yönelik verilen koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve SGK’nın sağlık harcamaları konusundaki denetiminin artırılması hedeflenmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

4.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanındaki Değişim

Sağlık ekonomisinde önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetlerinin finansmanı, “Sosyal Güvenlik Sistemi” kapsamında ele alınmaktadır. Sosyal güvenlik kavramı; “sigorta” veya “yardım ve dayanışma” ilkesine göre yorumlandığı için sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı, ülkelerin ekonomik, sosyal ve siyasi yapılarına göre ülkedeki yaş yapısı bağlı olarak şekil almaktadır (Kızılyaylalı, 2000, 5).

2006 yılında kabul edilen ve 2008 yılında yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Genel sağlık sigortası sistemi ile sağlık sigortası kapsamına alınan kitle daha da genişlemiş ve ayrıca, sağlık hizmetleri finansmanı ile sunumunun birbirinden ayrılması sağlanmıştır. Bununla birlikte Türkiye’de sosyal sağlık sigortası kuruluşları Genel Sağlık Sigortası’nda tek bir çatı altında toplanmıştır (Sıvacı, 2007, 32-40).

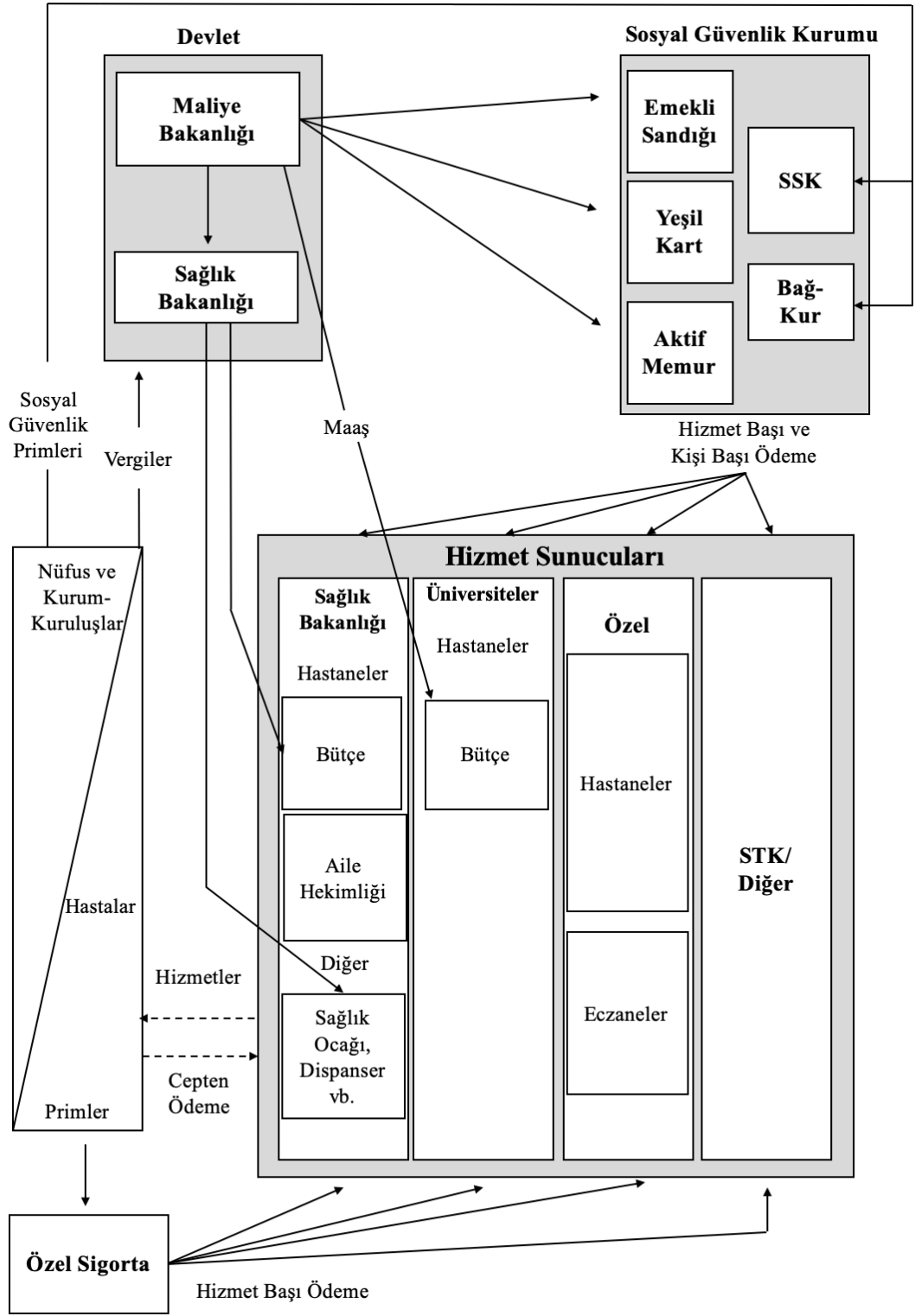
Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinin finansmanı dört çeşit olup bunlar;

- ⇒ Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanan finansman
- ⇒ Devlet tarafından sağlanan finansman
- ⇒ Cepten Ödemelerle sağlanan finansman
- ⇒ Özel Sağlık Sigortası tarafından sağlanan finansman

olarak sınıflandırılabilir (Çelikay, Gümüş 2010).

Şekil 39’da Genel Sağlık Sigortası sonrası oluşan sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devletin oynadığı rol gösterilmektedir. Genel Sağlık Sigortası sistemi ile gerçekleşen değişim sonrası Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, Yeşil Kart ve devlet

memurlarına yönelik yapılan sağlık 6demeleri Sosyal G6venlik Kurumu altında tek bir yerde toplanarak sistemin finansmanı daha sade bir hale getirilmiştir. Finansman tek bir elde toplanmış olup Sağlık Bakanlığı, hastanelerin denetim ve d6zenini sağlama konusunda g6rev almaya başlamıştır. Hizmet sunucularının b6t6esine, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı kaynak oluşturmaktadır. Bu b6t6enin kapsamı; 6niversite hastaneleri i6in 6alışanların maaşlarının 6denmesi ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile birinci basamak sağlık kuruluşları i6in ise temel sağlık hizmetleri ve idari işlemlerin sağlanmasıdır. Genel Sağlık Sigortası sisteminde; bir işveren altında 6alışanlar ve bağımsız 6alışanlar sosyal g6venlik sistemine bağlılarsa, 6nceki sistemde olduğu gibi 6alışanların prim 6demeleri gerekmektedir. Bu durumda 6denen primler SSK ve Bağkur olarak iki farklı kurum tarafından değil, yalnızca Sosyal G6venlik Kurumu tarafından toplanmak ve idaresi yapılmaktadır. Emekli Sandığı ve Yeşil Karta bağlı 6alışanlar ve memurlar i6in ise Maliye Bakanlığı, Sosyal G6venlik Kurumu'na prim 6demektedir. B6ylece beş farklı kaynaktan meydana gelen prim, tek bir 6atı altında yani Sosyal G6venlik Kurumu altında toplanmaktadır (6elikay, G6m6ř 2010).



Şekil 39: Sağlık Hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası Uygulaması Sonrası Finansmanı

Çelikay, Ferdi, Erdal Gümüş. 2010. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**. c. 11 s. 1: 177-216'dan uyarlandı.

4.5.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Sağlanan Finansman

Genel Sağlık Sigortası'nın uygulamaya konulması ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun faaliyetlere başlamasıyla sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan sigorta kuruluşlarının, tek bir kuruluştaki Sosyal Güvenlik Kurumu'nda toplanmasıyla sağlık uygulamalarındaki aksaklıklar giderilmiştir. 2008 yılı ve sonrasında sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur kuruluşları ve Yeşil Kart bünyesindeki sigortalılar ile devlet memurlarının sağlık giderlerinin karşılanmasından sorumlu olanların hepsi Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlık güvencesine sahip olmaya başlamıştır (Çelikay, Gümüş, 2010).

Sosyal Güvenlik Kurumu'na ait gelirler; herhangi bir iş yerine bağlı çalışan ve işverenler, esnaf, serbest meslek grupları ile çalışmayıp sisteme zorunlu sigorta primlerini ödeyenlerden meydana gelmektedir (Yenimahalleli, 2007, 67). Bununla birlikte eski sistemde Emekli Sandığı'na bağlı olan emekliler ve memurlar ile yeşil kartı olan geliri yetersiz bireylerin sağlık sigortası primlerini şimdiki sistemde Maliye Bakanlığı ödemektedir (Çelikay, Gümüş, 2010). Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı olan bireyler; aile hekimleri, semt poliklinikleri, devlet ve üniversite hastaneleri ve anlaşmalı özel hastanelerden sağlık hizmeti alabilmekte ayrıca eczanelerden ilaç temininde bulunmaktadır (Orhaner, 2006, 13). Sosyal Güvenlik Kurumu, kişiler sağlık hizmeti alırken o sağlık kuruluşlarına hizmet başına ödeme yapmaktadır (Çelikay, Gümüş, 2010).

Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile birlikte bireyler daha önce farklı sosyal sigorta sistemlerinden faydalanırken, bu sistemle birlikte aynı sosyal sigorta hizmetinden faydalanabilir hale gelmiştir. Böylece daha önceki sistemde oluşan eşitsizlik bu sistemle giderilmiştir (Çelikay, Gümüş, 2010).

4.5.2. Devlet Tarafından Sağlanan Finansman

Genel Sağlık Sigortası'nın uygulamaya konmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin sağlanması için finansman yönteminde devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığı ya da Maliye Bakanlığı vasıtasıyla direkt olarak finansman sağlanması yerine, Sosyal Güvenlik Kurumu ile finansmanın dolaylı bir şekilde sağlanması yolu benimsenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından; temel sağlık hizmetlerinin sağlanması, anne ve çocuk sağlığının korunması, aşı serum vb ürünlerin temininin sağlanması, hastalıklar ile mücadele görevleri yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı her sene temin ettiği ödeneği

kendi bünyesindeki hastanelere ayırmakta veya alt birimleri aracılığıyla hizmet sunumunun yerine getirilmesini sağlamaktadır (Özby, ve diğ., 2007, 182).

Devlet bütçesinden sağlanan kaynaklar, Sağlık Bakanlığı'nın dışında Maliye Bakanlığı'ndan da sağlanmaktadır. Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu'na dahil olan Emekli Sandığı ile Yeşil Kart'a ait prim ödemelerini yapmaktadır. Böylece eski sistemde Emekli Sandığı ve Yeşil Kart'ı mali konuda kendisi yönlendiren Maliye Bakanlığı, Genel Sağlık Sigortası sonrası oluşan sistemde bu görevi Sosyal Güvenlik Kurumu'na devretmiştir. Yalnızca önceden bu kurumların bünyesinde olan bireylerin primlerini sisteme alma göreviyle sorumlu kılınmıştır. Bununla birlikte memurluk görevini sürdürenlerin sağlık sigortası primlerini, Maliye Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu'na aktarmaktadır. Üniversite hastanelerinde çalışanların da maaş ödemeleri Maliye Bakanlığı'nca oluşturulan hastane bütçelerinden gerçekleştirilmektedir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008, 230).

4.5.3. Cepten Ödemeler ve Özel Sağlık Sigortası Tarafından Sağlanan Finansman

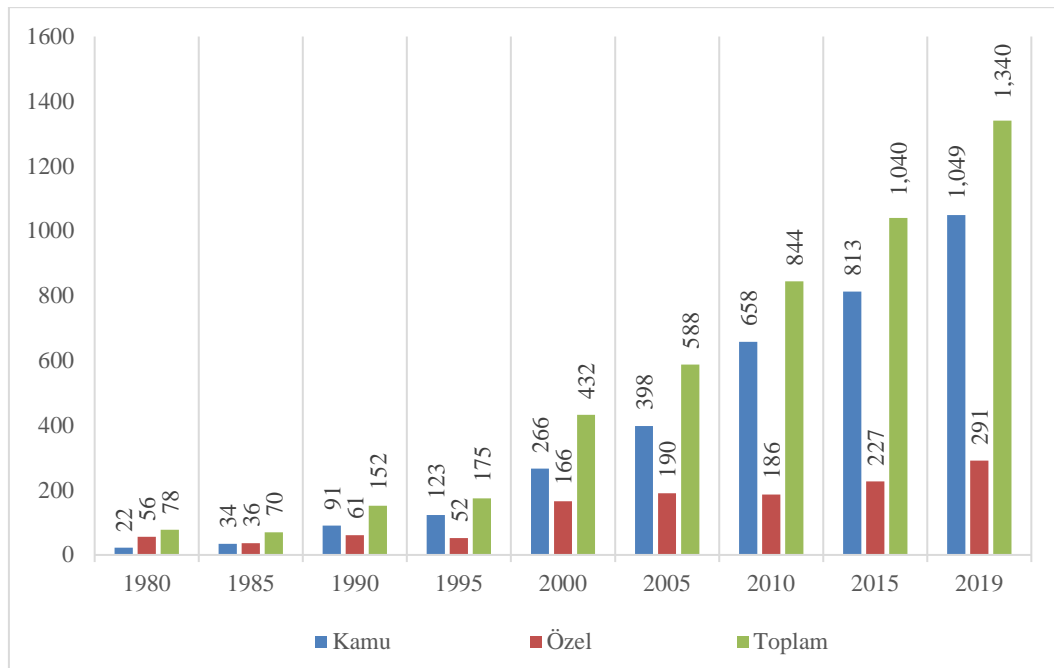
Genel Sağlık Sigortası'ndan faydalanamayan bireyler, cepten yaptıkları ödemelerle sağlık alanındaki hizmetlerden faydalanabilmekte ve özel sağlık sigortasına bağlı bir şekilde düzenli ödenen primler karşılığı sigortanın finansmanını sağlamak isteyebilmektedirler. Her iki şekilde de sağlık sektörüne devletin müdahalesi ve piyasada baskınlığı yoktur (Özby, ve diğ., 2007, 203).

Bireyler genellikle Genel Sağlık Sigortası'nı bütünüleyici bir şekilde isteğe bağlı olarak özel sağlık sigortasından faydalanabilmektedir. özel sağlık sigortası, Genel Sağlık Sigortası gibi prim temellidir. Ancak özel sağlık sigortasına yapılan prim ödemeleri ve sağlık hizmetinin finansmanı, Genel Sağlık Sigortasındaki gibi dağıtım temelli değildir (Yenimahalleli, 2007, 183). Özel Sağlık Sigortası Kuruluşları hastalık, yaş durumuna bağlı olarak prim miktarında değişikliklere gitmektedir (Çelikay, Gümüş, 2010). Örneğin çok sıklıkla hasta olan birinin veya yaşı ilerlemiş bireylerin özel sağlık sigortası primi daha yüksektir.

4.6. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Değişimi

Türkiyedeki sağlık harcamaları, gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında daha düşük olduğu halde sağlıkta temin edilen sınırlı kaynakların etkin bir şekilde değerlendirilebilmesi, gelişmiş ülkelerdeki kadar önemlidir. Sağlık harcamaları içerisinde hastane harcamalarının önemli bir yeri vardır. Sağlık harcaması unsuru ülkelerin kalkınma seviyeleri bakımından oldukça önemli bir göstergedir. GSYİH içinde sağlık harcamalarının payı, ülkelerin kalkınma seviyesi ile doğru orantılı olarak seyretmektedir (Tokat, 1995).

Geliri yüksek ülkelerin sağlık harcamalarında gerçekleşen artış oranı, milli gelirin artış oranını aşmakta ve geliri düşük ülkelerin sağlık kaynaklarında önemli eksiklikler bulunmaktadır. Bundan dolayı gelişmiş ülkelerin sağlık ihtiyaçları için daha etkin bir şekilde karşılanması amaçlanmakta olup ekonomi alanındaki eksiklikler, bu amacın gerekli olduğu seviyede gerçekleşmesinin önüne geçmiştir (Tokat, 1995).



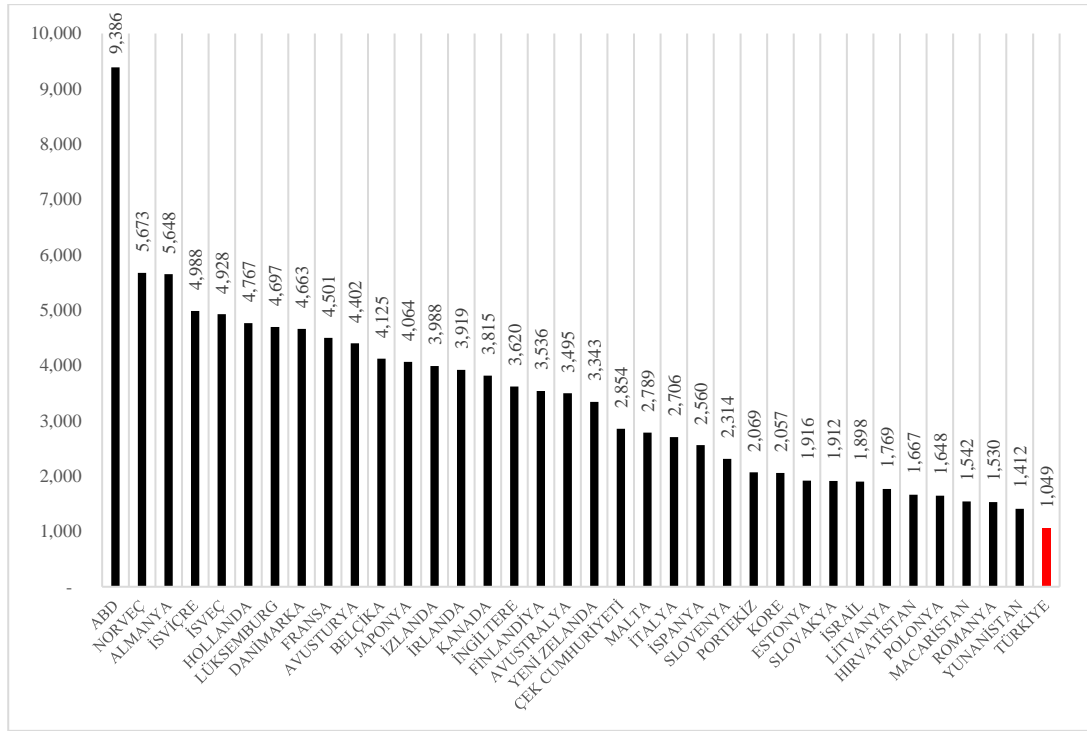
Şekil 40: Türkiye’de 1980 ve 2019 Yılları Arasında Kamu, Özel ve Toplam Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD Doları \$)

OECD 2019. **Health Spending**. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. [15.08.2020].

Türkiye’deki 1980 ve 2019 yılları arasındaki kişi başı sağlık harcaması verileri Şekil 40’ta gösterilmektedir. Türkiye’de kişi başı kamu sağlık harcaması 1980 yılında 22 dolardan 2000 yılında 266 dolara yükselmiş ve bu harcama yıldan yıla artarak 2019

yılında 1.049 dolarlık harcamaya ulaşmıştır. Türkiye’de kişi başı özel sağlık harcaması 1980 yılında 56 dolardan 2000 yılında 166 dolara yükselmiş ve bu harcama yıldan yıla artarak 2019 yılında 291 dolara ulaşmıştır. 1980 ve 2019 yılları arasında kamu sağlık harcamalarının özel sağlık harcamalarına oranla daha fazla olduğu gözlemlenmektedir. Toplam sağlık harcamalarına bakıldığında ise, 1980 yılında kişi başı 78 dolardan 2000 yılında 432 dolara yükselmiş ve 1980’den 2019 yılına kadar 17 katlık bir artış göstererek 2019’da kişi başı 1.340 dolara ulaşmıştır. Kamu ve özel harcamaların ikisinin birden yıldan yıla artması toplam harcamaların artışını desteklemiştir.

Kişi başı kamu sağlık harcamalarının 2019 yılına ait verilerin uluslararası karşılaştırması Şekil 41’de verilmiştir. Kişi başı kamu sağlık harcamalarında 2019 yılında ABD 9.386 dolarlık ve onu izleyen Norveç 5.673 dolarlık harcama yaparken, Türkiye’nin kişi başı 1.049 dolarlık özel sağlık harcaması yaptığı görülmektedir.



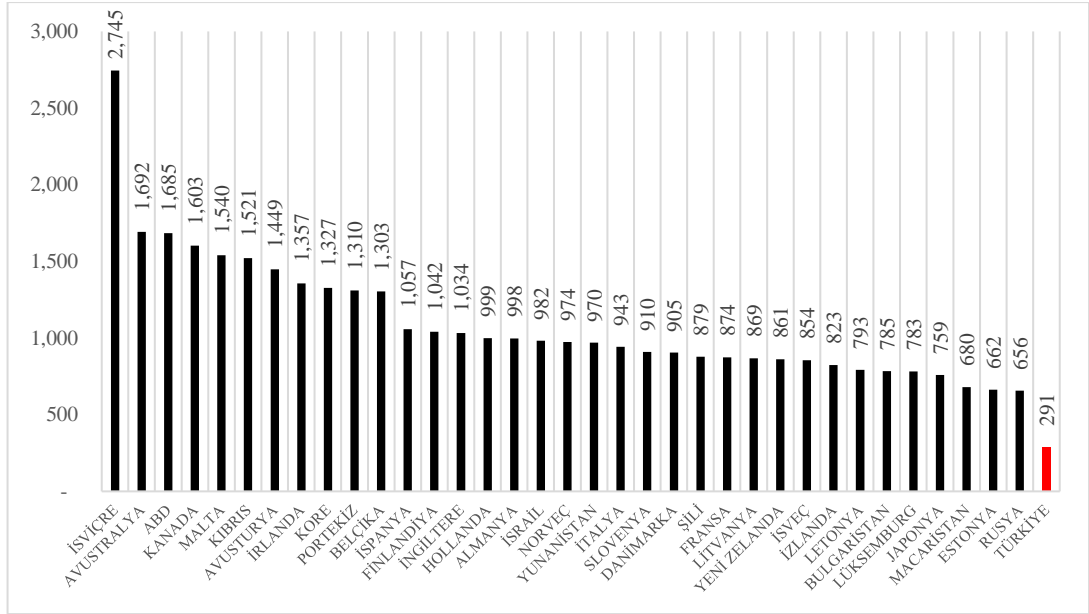
Şekil 41: Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması Uluslararası Karşılaştırması (ABD Doları \$), 2019

OECD 2019. **Health Spending**. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. [15.08.2020].

(*Türkiye’nin, dünya ülkelerinin en yüksek veriye sahip 35 ülkesiyle 2019 yılına ait karşılaştırması verilmiştir.

Türkiye, dünya geneli ile karşılaştırıldığında kişi başı kamu sağlık harcamalarında dünya sıralamasında 41. sırada yer almaktadır. Şekle göre dünyadaki en yüksek veriye sahip 35 ülkeyle Türkiye'nin karşılaştırması göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'deki kişi başı kamu sağlık harcamasının 35 ülkenin ortalamasından daha düşük olduğu gözlemlenmektedir.

Şekil 42'de kişi başı özel sağlık harcamalarının 2019 yılına ait verilerin uluslararası karşılaştırması verilmiştir. Kişi başı özel sağlık harcamalarında İsviçre 2.745 dolarlık ve onu izleyen Avustralya 1.692 dolarlık harcama yaparken, Türkiye'nin kişi başı 291 dolarlık özel sağlık harcaması yapıldığı görülmektedir.



Şekil 42: Kişi Başı Özel Sağlık Harcaması Uluslararası Karşılaştırması (ABD Doları \$), 2019

OECD 2019. **Health Spending**. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. [15.08.2020].

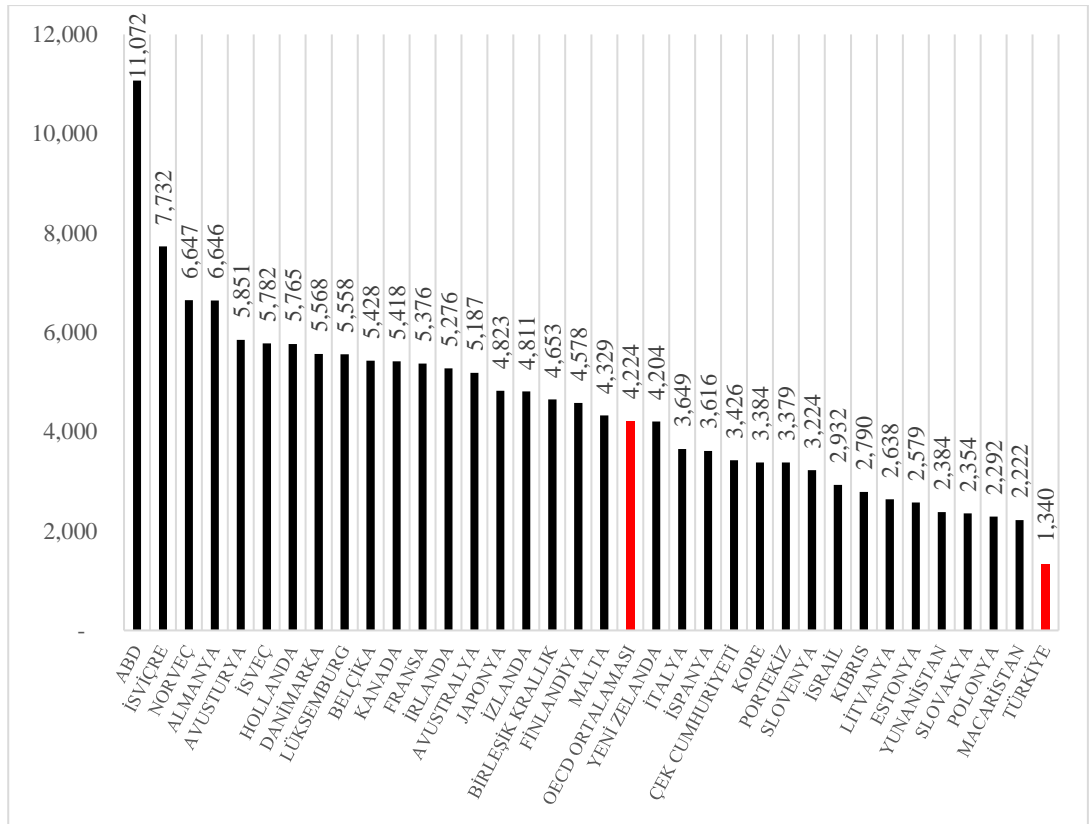
(*Türkiye'nin, dünya ülkelerinin en yüksek veriye sahip 35 ülkesiyle karşılaştırması verilmiştir. Rusya ülke verisi 2017 yılına ait olup diğer ülkelerin verileri 2019 yılına aittir.

Türkiye, dünya geneli ile karşılaştırıldığında kişi başı özel sağlık harcamalarında dünya sıralamasında 46. sırada yer almaktadır. Şekle göre dünyadaki en yüksek veriye sahip 35 ülkeyle Türkiye'nin karşılaştırması göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'deki kişi başı özel sağlık harcamasının 35 ülkenin ortalamasından daha düşük olduğu gözlemlenmektedir.

Kişi başı toplam sağlık harcamalarının 2019 yılına ait verilerin uluslararası karşılaştırması Şekil 43'te verilmiştir. Kişi başı toplam sağlık harcamalarında ABD 11.072 dolar ve onu izleyen İsviçre 7.732 dolarlık harcama yaparken, kişi başı toplam sağlık harcamasında OECD ortalamasının 4.224 dolar olduğu görülmektedir.

Türkiye'nin 2019 yılında kişi başı toplam sağlık harcaması 1.340 dolar olurken, hem OECD ortalamasının altında kaldığı hem de şekle göre dünyadaki en yüksek veriye sahip 34 ülke ile Türkiye'nin karşılaştırması göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'deki kişi başı özel sağlık harcamasının 34 ülkenin ortalamasından oldukça düşük olduğu gözlemlenmektedir.

Şekil 40'ta görüldüğü üzere Türkiye'de 1980 yılından 2019 yılına kişi başı sağlık harcamasının artmış olduğu görülse de Şekil 41, 42 ve 43'teki dünya ülkeleri sıralamasında Türkiye'nin aşağı sıralarda kaldığı gözlemlenmektedir. Sağlık alanında yapılan uygulamalar ile bu sıralamada üst sıralara çıkmak amaçlanmaktadır.



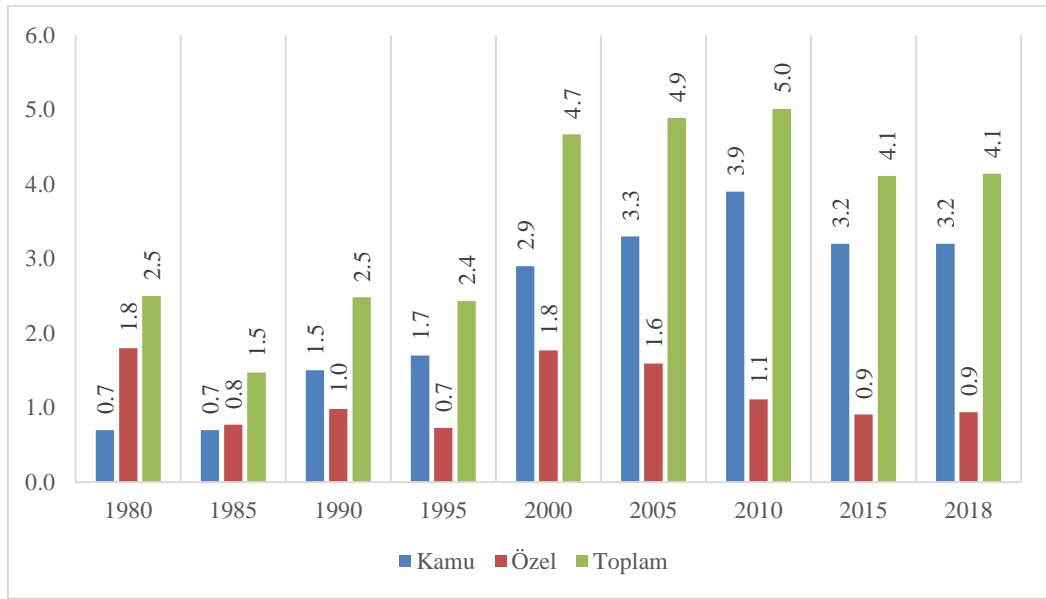
Şekil 43: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması Uluslararası Karşılaştırması (ABD Doları \$), 2019

OECD 2019. **Health Spending**. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. [15.08.2020].

(*)Türkiye'nin, dünya ülkelerinin en yüksek veriye sahip 34 ülkesi ve OECD ortalaması ile 2019 yılına ait karşılaştırması verilmiştir.

Türkiye'de 1980 ve 2018 yılları arasındaki kamu, özel ve toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla içindeki payı Şekil 44'te yüzdeler olarak gösterilmektedir. Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1980 yılında yüzde 0,7'den 2000 yılında yüzde 2,9'a çıkmış ve bu harcama artarak 2018 yılında yüzde 3,2'ye yükselmiştir. Türkiye'de özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1980

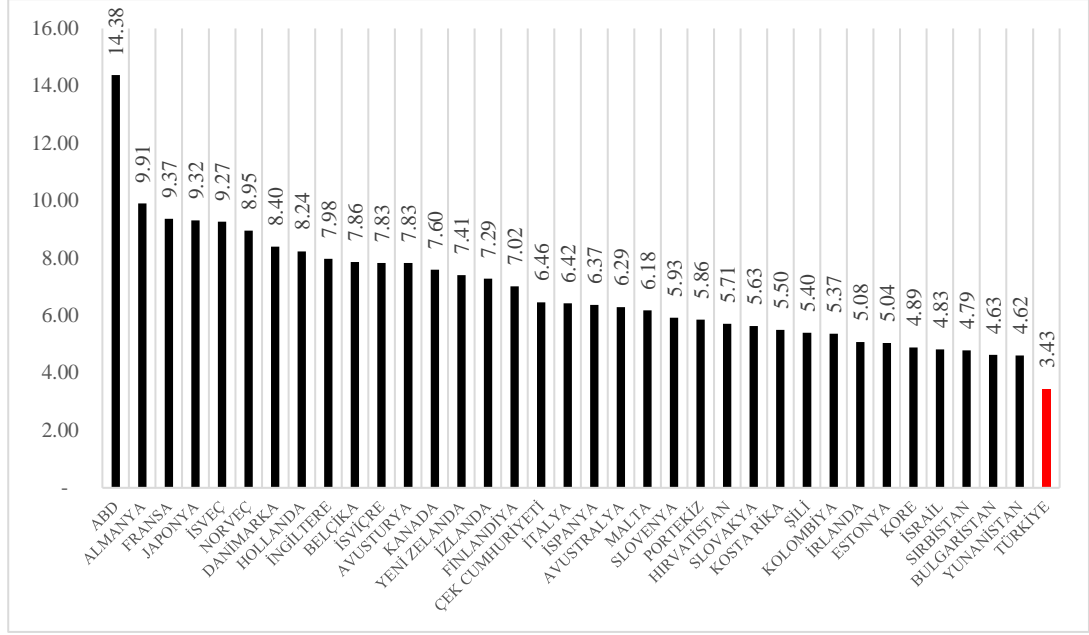
yılında yüzde 1,8 iken bu harcama düşerek 2018 yılında yüzde 0,9'a gelmiştir. 1980 ve 2018 yılları arasında kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına oranla genel olarak daha fazla olduğu gözlemlenmektedir. Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise 1980 yılında yüzde 2,5 iken 2000 yılında bu harcama artarak yüzde 4,7’ye çıkmış ve 2018 yılında ise yüzde 4,1’e düşmüştür. Kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının yıldan yıla artışının, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının artışını daha çok desteklediği söylenebilir.



Şekil 44: Türkiye’de 1980 ve 2018 Yılları Arasında Kamu, Özel ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

OECD 2019. **Health Spending**. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. [15.08.2020].

Kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla içindeki payının 2019 yılına ait uluslararası karşılaştırması Şekil 45’te yüzdeler olarak verilmiştir. ABD’de kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüzde 14 ve onu takip eden ülke olan Almanya’nın payı yüzde 9 olurken, Türkiye’nin payının yüzde 3 olduğu görülmektedir. Türkiye, dünya geneli ile karşılaştırıldığında kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı dünya sıralamasında 43. sırada yer almaktadır. Şekle göre dünyadaki en yüksek veriye sahip 35 ülke ile Türkiye’nin karşılaştırması göz önünde bulundurulduğunda Türkiyedeki kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 35 ülkenin ortalamasından daha düşük olduğu gözlemlenmektedir.

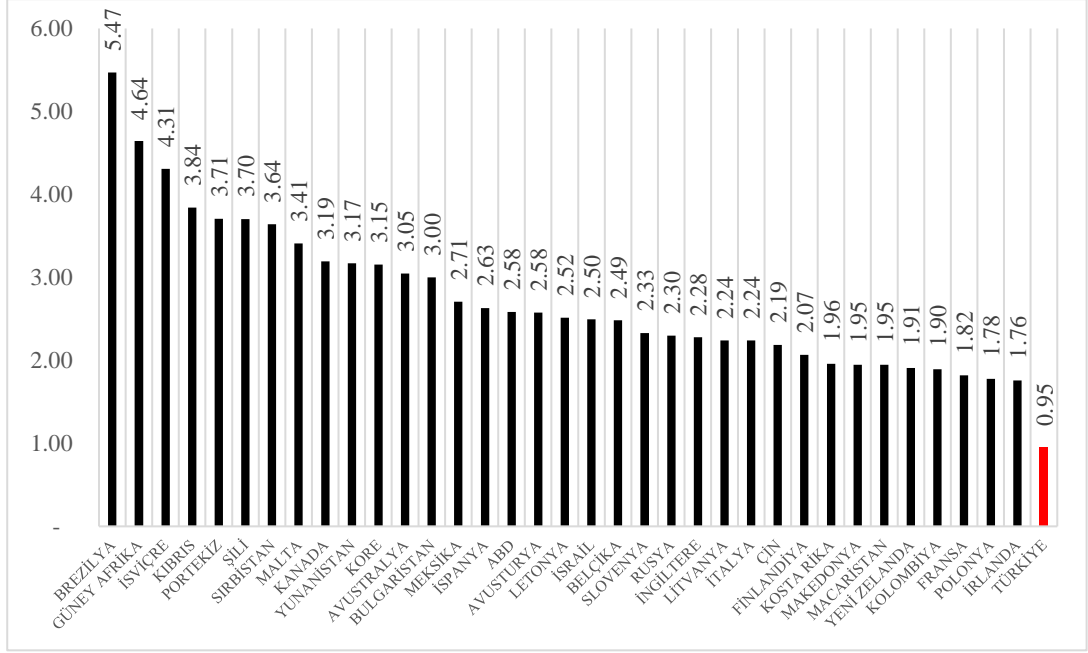


Şekil 45: Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı Uluslararası Karşılaştırması (Yüzde %)

OECD 2019. **Health Spending**. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. [15.08.2020].

(*Türkiye'nin, dünya ülkelerinin en yüksek veriye sahip 35 ülkesiyle 2019 yılına ait karşılaştırması verilmiştir. Kosta Rika ülke verisi 2018 yılına, Sırbistan verisi 2017 yılına ait olup diğer ülkelerin verileri 2019 yılına aittir.

Şekil 46'da özel sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla içindeki payının uluslararası karşılaştırması yüzdeler olarak verilmiştir. Brezilya'da özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüzde 5 ve onu takip eden ülke olan Güney Afrika'nın payı yüzde 4 olurken, Türkiye'nin payının yüzde 0,95 olduğu görülmektedir. Türkiye, dünya geneli ile karşılaştırıldığında özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı dünya sıralamasında 49. sırada yer almaktadır. Şekle göre dünyadaki en yüksek veriye sahip 35 ülkeyle Türkiye'nin karşılaştırması göz önünde bulundurulduğunda Türkiyedeki kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 35 ülkenin ortalamasından daha düşük olduğu gözlemlenmektedir.



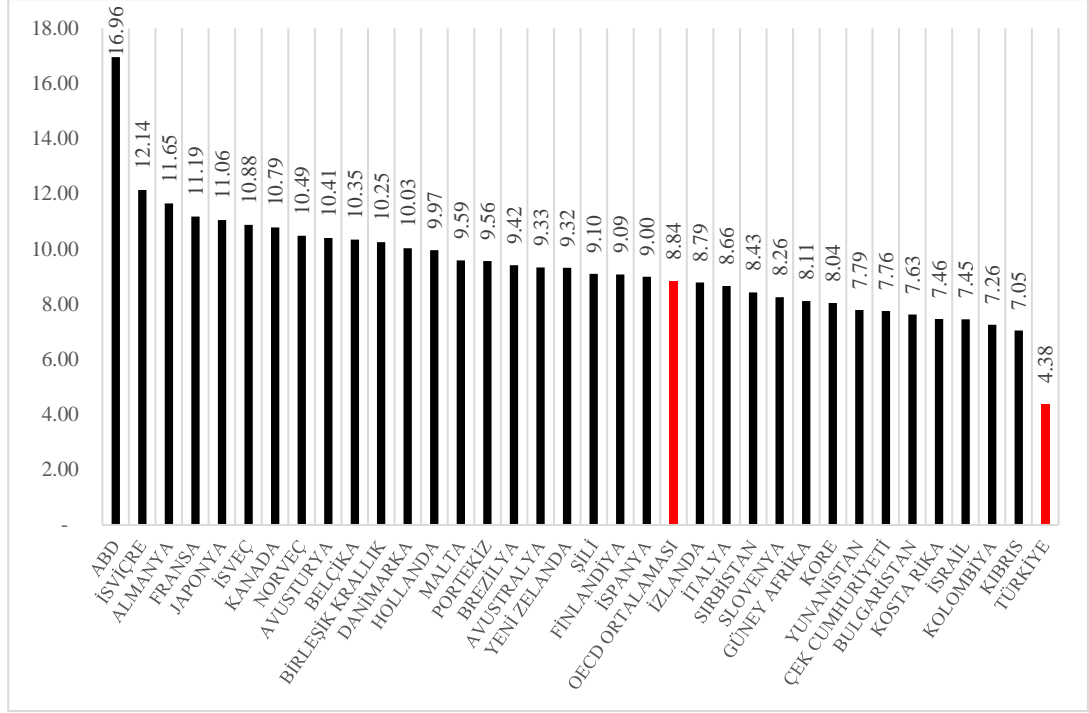
Şekil 46: Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı Uluslararası Karşılaştırması (Yüzde %)

OECD 2019. **Health Spending**. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. [15.08.2020].

(*)Türkiye'nin, dünya ülkelerinin en yüksek veriye sahip 35 ülkesiyle 2019 yılına ait karşılaştırması verilmiştir. Brezilya, Güney Afrika, Sırbistan, Rusya, Çin, Makedonya ülke verileri 2017 yılına ve Kosta Rika ülke verisi 2018 yılına ait olup diğer ülkelerin verileri 2019 yılına aittir.

Toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla içindeki payının uluslararası karşılaştırması Şekil 47'de yüzdeler olarak verilmiştir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının ABD'de yüzde 16 ve onu takip eden ülke olan İsviçre'de yüzde 12 olurken, OECD ortalamasının yüzde 8 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüzde 0,95 olurken, hem OECD ortalamasının altında kaldığı hem de şekle göre dünyadaki en yüksek veriye sahip 34 ülke ile Türkiye'nin karşılaştırılması göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 34 ülkenin ortalamasından oldukça düşük olduğu gözlemlenmektedir.

Şekil 44'te görüldüğü üzere Türkiye'de 1980 yılından 2018 yılına sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının artmış olduğu görülse de Şekil 45, 46 ve 47'deki dünya ülkeleri sıralamasında Türkiye'nin aşağı sıralarda kaldığı gözlemlenmektedir. Sağlık alanında yapılan uygulamalar ile bu sıralamada üst sıralara çıkmak amaçlanmaktadır.

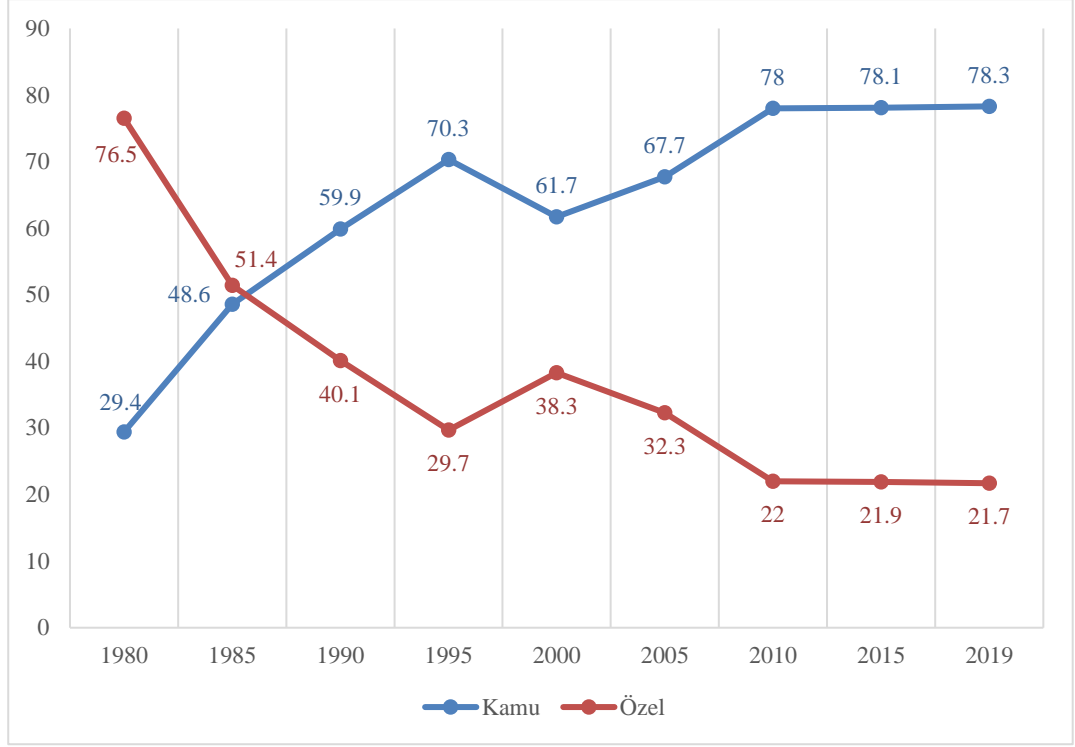


Şekil 47: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı Uluslararası Karşılaştırması (Yüzde %)

OECD 2019. **Health Spending**. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. [15.08.2020].

(*)Türkiye'nin, dünya ülkelerinin en yüksek veriye sahip 35 ülkesiyle karşılaştırması verilmiştir. Brezilya, Sırbistan ile Güney Afrika verileri 2017 yılına ve Kosta Rika verisi 2018 yılına ait olup diğer ülkelerin verileri 2019 yılına aittir.

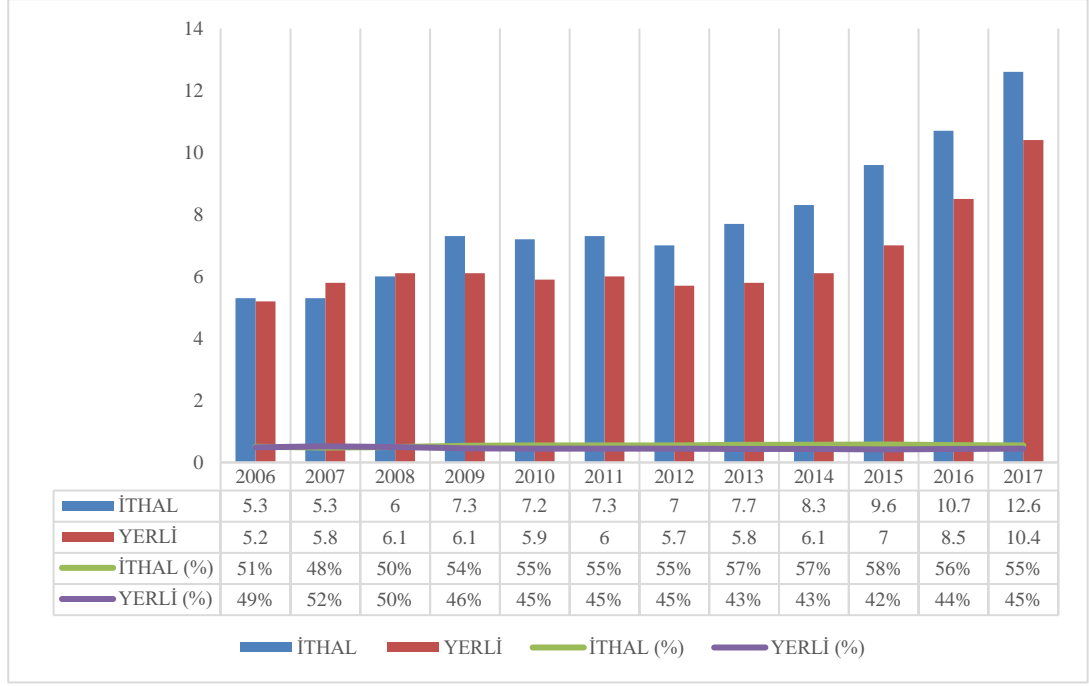
Şekil 48'de Türkiye'de 1980 ve 2019 yılları arasında kamu ve özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzdelik olarak gösterilmektedir. Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yıldan yıla artarak 1980 yılında yüzde 29,4 iken bu oran 2000 yılında yüzde 61,7'ye çıkmış ve 2019 yılında yüzde 78,3'e çıkmıştır. Türkiye'de özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise kamu harcamalarının aksine yıldan yıla azalarak 1980 yılında yüzde 76,5 iken bu oran 2000 yılında yüzde 38,3'e düşmüş ve 2019 yılında yüzde 21,7'ye düşmüştür. Kamu harcamalarının payı, 1980 yılından 1985 yılına kadar özel sağlık harcamalarının altında kalırken 1985 yılından itibaren her geçen yıl özel sağlık harcamalarını aşarak aradaki farkı büyük bir oranda artırmıştır. Günümüzde ise kamu harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payının, özel sağlık harcamalarının payını oldukça aştığı gözlemlenmektedir.



Şekil 48: Türkiye’de 1980 ve 2019 Yılları Arasında Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, Yüzde (%)

OECD 2019. **Health Spending**. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. [15.08.2020].

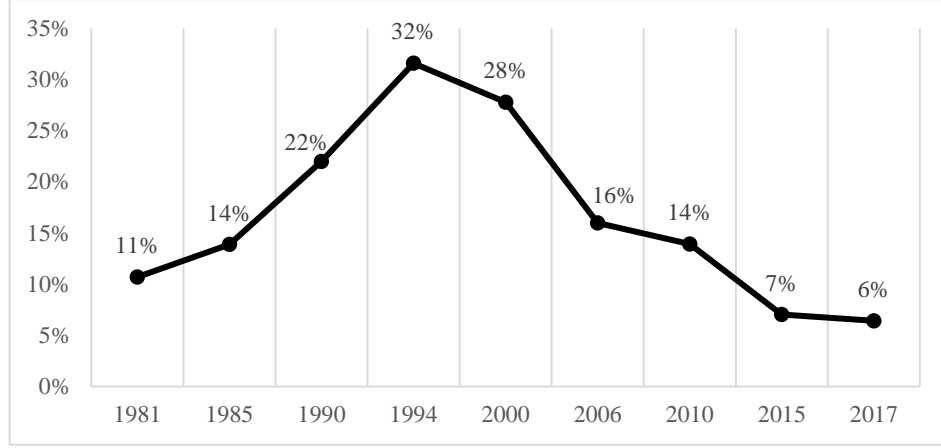
Türkiye’deki ilaç harcamalarının yıllara göre dağılımı Şekil 49’da verilmiştir. 2006 yılında 5,3 milyar TL’lik ithal ve 5,2 milyar TL’lik yerli ilaçtan oluşan toplam 10,5 milyar TL’lik ilaç harcaması yıllar içinde artarak 2017 yılında 12,6 milyar TL’lik ithal ve 10,4 milyar TL’lik yerli ilaçtan oluşan toplam 23 milyar TL’lik ilaç harcamasına ulaşmıştır. Genel olarak yıllara bakıldığında, ithal ilaçlara yapılan harcamaların yerli ilaçlara yapılanlardan fazla olduğu gözlemlenmektedir.



Şekil 49: Türkiye’de İlaç Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı (Milyar TL)

OECD 2019. Pharmaceutical spending. <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>. [20.08.2020]. & Türk Eczacıları Birliği, 2018. **Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yılı 2018**. Yıllık, Ankara: Türk Eczacıları Birliği.

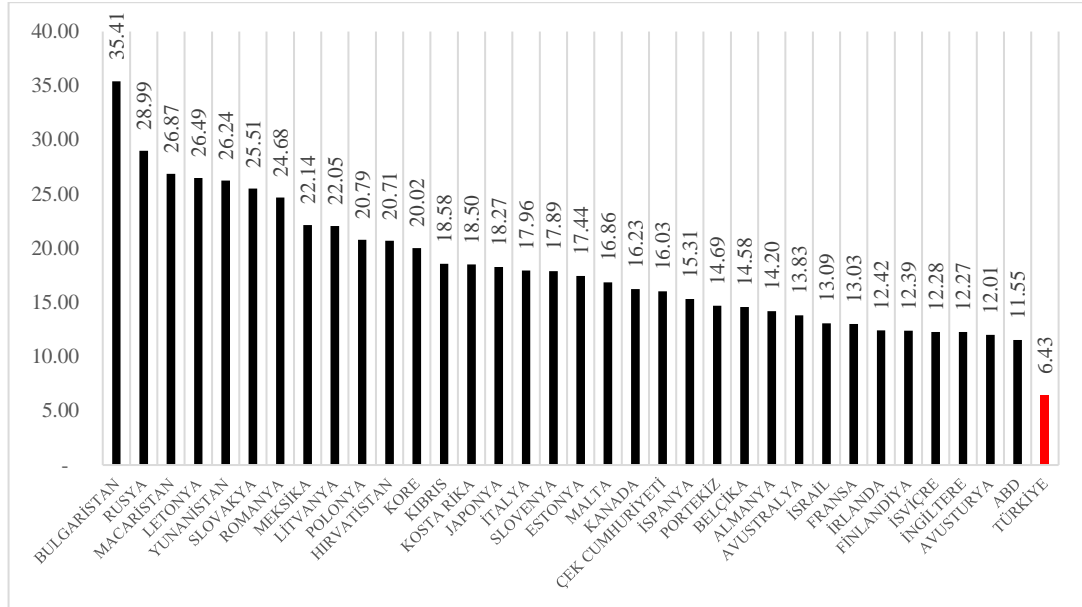
Türkiye’deki ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının yıllara göre değişimi Şekil 50’de yüzdelik olarak gösterilmektedir. 1981 yılında ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 11 iken bu oran 2000 yılında yüzde 28’e çıkmış ve 2017 yılında ise yüzde 6’ya düşmüştür. İlaç harcamaları payının yıllar içinde inişli çıkışlı olduğu ve herhangi bir denge göstermediği gözlemlenmektedir. 1981 yılından 1994 yılına kadar artan payın, 1994 yılından sonra giderek düştüğü görülmektedir.



Şekil 50: Türkiye'de İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payının Yıllara Göre Değişimi (Yüzde %)

OECD 2019. **Pharmaceutical spending**. <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>. [20.08.2020]. & Türk Eczacıları Birliği, 2018. **Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Yıllık, Ankara: Türk Eczacıları Birliği.

İlaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının uluslararası karşılaştırılması Şekil 51'de gösterilmektedir. İlaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı Bulgaristan'da yüzde 35 iken onu yüzde 28'lik oranla Rusya ve yüzde 26'lık oranla Macaristan takip etmektedir. Türkiye'nin oranının ise dünya ülkelerinin alt sıralalarında kalarak yüzde 6 olduğu gözlemlenmektedir.



Şekil 51: İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı Uluslararası Karşılaştırması (Yüzde %)

OECD 2019. **Pharmaceutical spending**. <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>. [20.08.2020]. & Türk Eczacıları Birliği, 2018. **Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Yıllık, Ankara: Türk Eczacıları Birliği. (*)Türkiye'nin, dünya ülkelerinin en yüksek veriye sahip 34 ülkesiyle karşılaştırması verilmiştir. 2019 yılına en yakın veriler ile birlikte yazar tarafından oluşturulmuş olup Türkiye verisi 2017 yılına aittir.

Tablo 9: SGK Gelir Gider Açığının 2008 ve 2017 Yılları Arasındaki Değişimi

Yıllar	SGK Gelir Gider Açığı		
	Nominal Değer (Milyon TL)	Yıllık Değişim (%)	GSYİH'ye Oran (%)
2008	25.902	3,4%	2,6%
2009	28.703	10,8%	2,9%
2010	26.724	-6,9%	2,3%
2011	16.235	-39,2%	1,2%
2012	22.309	37,4%	1,4%
2013	19.675	-11,8%	1,1%
2014	20.074	2,0%	1,0%
2015	10.830	-46,0%	0,5%
2016	21.270	96,4%	0,8%
2017	22.998	8,1%	0,7%

T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018. **11. Kalkınma Planı (2019-2023) Sosyal Güvenlik Sisteminin Sürdürülebilirliği**. Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı'ndan uyarlandı.

Sosyal Güvenlik Sistemi'nin sağlık harcamalarına yönelik gelir giderleri incelendiğinde; gelirlerin giderleri karşılayamadığı ve sistemin açık verdiği gözlemlenmektedir. 2008 ve 2017 yılları arasında SGK'nın gelir gider açığına dair veriler Tablo 9'da gösterilmektedir. Tabloya bakıldığında yıllık gelir açığı değişiminin yıldan yıla herhangi bir denge göstermediği görülmektedir. Gelir açığı farkı 2008 yılında 25 milyon iken 2017 yılında fark 22 milyona gerilemiştir. 2008 yılında gelir gider açığının GSYİH'ye oranı yüzde 2,6 iken 2017 yılında yüzde 0,7'ye gerilemiştir.

Tablo 10: SGK Gelir-Gider Dengesi (Gerçekleşme, GSYİH'ye oran, yüzde)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gelirler	8,5	8,8	8,7	9,1	9,6	9,1
<i>Prim Tahsilatları</i>	6,1	6,5	6,5	6,5	7	6,5
<i>Prim Yapılandırma Gelirleri</i>	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2
<i>Devlet Katkısı</i>	1,5	1,5	1,5	1,6	1,8	1,7
<i>Diğer Gelirler</i>	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
Giderler	9,9	9,9	9,8	9,6	10,3	9,8
<i>Sigorta Giderleri</i>	6,8	6,7	6,7	6,6	7,2	6,9
<i>Sağlık Giderleri</i>	2,8	2,8	2,7	2,5	2,6	2,5
<i>Diğer Giderler</i>	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4
Gelir-Gider Farkı	-1,4	-1,1	-1,1	-0,5	-0,7	-0,7

T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018. **11. Kalkınma Planı (2019-2023) Sosyal Güvenlik Sisteminin Sürdürülebilirliği**. Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı'ndan uyarlandı.

Tablo 10’da Sosyal Güvenlik Kurumu’nun sağlık harcamalarını da kapsayan gelir gider dengesinin GSYİH’ye oranı verilmektedir. 2012’de Sosyal Güvenlik Kurumu’nun giderlerinin bir kısmını oluşturan sağlık giderleri GSYİH’nin yüzde 2,8’ini oluştururken toplam giderler yüzde 9,9’unu oluşturmaktaydı. 2017’de ise sağlık giderleri GSYİH’nin yüzde 2,5’ini oluştururken toplam giderler yüzde 9,8’ini oluşturmaktaydı. Tablodan, yıllar içinde sağlık giderlerinin payının fazla değişmediği gözlemlenmektedir.

Tablo 11: Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Toplam Sağlık Harcamaları

Bin TL	2012	2013	2014	2015	2016	2017
GSS	44.150,59	49.937,61	54.905,58	57.072,80	61.095,06	64.662,69
İlaç	14.299,64	15.589,60	17.375,32	17.775,38	19.698,41	21.200,42
Reçete	0	83,016	160,994	164,214	168,320	172,528
Tedavi	29.206,00	33.507,66	36.570,44	38.306,46	40.336,70	42.353,54
Devlet Hastanesi	16.746,00	19.718,00	21.585,00	22.557,79	23.753,35	24.941,02
Üniversite Hastanesi	5.151,86	5.950,48	6.604,80	6.865,20	7.229,06	7.590,51
Özel Hastane	7.308,41	7.839,18	8.380,57	8.883,47	9.354,30	9.822,01

Türk Eczacılar Birliği. 2016. **Sağlık, İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı**. Yıllık, Ankara: Mattek Matbaacılık Basım Yayın.

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun yıllar içindeki sağlık harcaması değişimi Tablo 11’de gösterilmektedir. Tabloya göre SGK’nın harcamalarına bakıldığında ilaç harcamalarındaki artış göze çarpmaktadır. Bunun yanında GSS, reçete, tedavi, devlet, üniversite ve özel hastanelerde de sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. SGK’nın sağlık harcamalarına yer verilen bu tabloda artışın daha çok ilaç ve sağlık hizmeti tüketimi kategorisinde olduğu gözlemlenmektedir.

5. SONUÇ

Bu çalışmada sağlık ekonomisinin dünyada ilk ortaya çıkışından başlayarak ekonominin bir alt bilimi haline gelişine kadar geçen süreç ile birlikte Türkiye’de 1980 sonrasında sağlık sisteminin tarihsel gelişimi, yapısı ve özellikleri üzerinde durulmuştur. Yıllar içinde gelişen sağlık ve sağlık hizmetlerinin ekonomi üzerindeki etkileri açıklanmıştır. Türkiye’nin sağlık ekonomisi alanındaki mevcut durumu ve yıllar içindeki değişen durumu, uluslararası alanda dünya ülkeleriyle karşılaştırılarak incelenen verilerle birlikte değerlendirilmiştir. Ülkemizdeki sağlığın ve sağlık hizmetlerinin finansmanın tarihsel süreç içindeki değişimi, sosyal güvenlik kurumlarının tarihsel gelişimi, yapısı ve işleyişi konuları ele alınmıştır. Yapılan bu çalışma sayesinde ülkemizde sağlık ve sağlık hizmetleri alanında uygulanan sağlık politikalarının değişimi incelenmiştir.

Sağlıklı olmak, birey ve toplum için temel bir hak ve devlet tarafından gerçekleştirilmesi gereken çok ciddi bir görev olması sebebiyle uluslararası alandaki belgelerden de anlaşıldığı üzere çok önemli bir kavramdır. DSÖ’nün de tanımlamasına göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil bunun yanında kişilerin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam olarak iyi olması halidir. Sağlık düzeyi, ülkenin ekonomik seviyesi, gelişmişlik seviyesi ve nüfusuyla doğrudan alakalıdır. Bundan dolayı her ülke kendi koşullara uygun olacak şekilde sağlık alanında düzenlemeler yapmakta ve yeni politikalar geliştirip bunları toplum üzerinde uygulamaktadır. Türkiye’de sağlık düzeyinin belirleyicileri olarak; yaşam beklentisi, kaba doğum ve doğurganlık oranı, bebek ve anne ölüm oranları gösterilebilmektedir. Son yıllarda dünyada ortalama yaşam beklentisinin yükselmesine paralel bir şekilde Türkiye’de de artış yaşanmıştır. Yıllar içerisinde sağlık alanında yaşanan gelişmeler, tıp ve teknolojiye ilerlemeler yaşam beklentisinin artmasını sağlamıştır. 1980 yılında toplam nüfusta doğumda beklenen yaşam süresi 58 yıl iken bu süre günümüzde 78 yıla kadar ilerlemiştir. Uluslararası karşılaştırmalara bakıldığında OECD ve AB ülkelerindeki ortalamanın 80 yıl olduğu görülmektedir. Türkiye verisinin OECD ve AB ülkelerinin gerisinde kalmış olmasına rağmen bu ülkelere oldukça yaklaştığı görülmektedir. Yıllar içinde artan yaşam süresi ve uluslararası karşılaştırmada ülkemizin ileri sıralarda yer alması sağlık, tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerin

sağlık sistemimize olumlu etkisi olduğu çıkarımında bulunmak mümkündür. Diğer sağlık düzeyi belirleyicilerine de bakıldığında kaba doğum ve doğurganlık hızı ile bebek ve anne ölüm oranlarının yıllar içerisinde düştüğü gözlemlenmektedir. Buradan da doğum hızındaki düşüşün annelerin çalışma hayatına daha aktif bir şekilde katılarak ülke ekonomisine katkı sağladığı ve bebek-anne ölüm oranlarının düşüşünün sağlık alanındaki gelişmelerden olumlu olarak etkilendiği çıkarımında bulunmak mümkündür.

Ülkemizde sağlık sunumunda bulunan hizmetler; insanların sağlığını doğrudan etkileyen koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici her türlü faaliyeti kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, birey ve toplumun hastalık riskini düşürmeyi ve bu şekilde sağlığı korumayı amaçlamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, kişilerin hastalanması sonucu onların muayene ve tedavisini kapsayan hizmetlerdir. Rehabilitasyon sağlık hizmetleri bireylerin, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yetersiz kaldığı noktada başvurduğu tıbbi ve sosyal hizmetlerdir. Bu hizmetler Sağlık Bakanlığı tarafından birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında verilmektedir. Ülkemizde birinci basamak sağlık kurumları; aile hekimliği, toplum ve aile sağlığı merkezleri ile 112 acil sağlık hizmeti birimleri gibi kurumlardır. İkinci basamak sağlık kurumları; devlet hastaneleri, semt poliklinikleri ve ağız-diş sağlığı merkezleri gibi kurumlardan oluşmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kurumları ise eğitim-araştırma hastaneleri ve vakıf hastanelerinden oluşmaktadır. Verilere bakıldığında Türkiye’de sağlık hizmeti kurumu sayılarının genel olarak yıllar içinde arttığı görülmektedir. Güncel sayılara bakıldığında 2018 yılı verilerine göre Türkiye’de hastane sayısı 1.534 adet, yatak sayısı 231.913 adet, Aile hekimliği sayısı 26.252 adet, aile hekimliği birimi başına düşen nüfus sayısı 3.124 kişi olduğu görülmektedir. Verilere bakıldığında 1. Basamak sağlık kuruluşuna olan başvurulara kıyasla 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuruların yıllar içinde üstünlüğünü koruduğu gözlemlenmektedir. Buradan 1. Basamak sağlık kurumlarının 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarındansa, ülke çapında kırsal ve kentsel her bölgeye erişmesi sebebiyle daha fazla başvuru sayısına sahip olduğunu söylemek mümkündür. Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hekim sayısına yıllara göre bakıldığında 1980 yılında 61 hekim düşüyorken 2017 yılında bu sayı 187 hekime ulaşmıştır. Yıllar içinde 100.000 kişiye düşen hekim sayısında artış gözlemlenirken uluslararası verilere bakıldığında ise bu artışın yeterli olmadığı ve Türkiye’nin diğer ülkelerin alt sıralarında kaldığı gözlemlenmektedir. Güncel verilere en yakın olarak yapılan

uluslararası karşılaştırmada 100.000 kişiye düşen hekim sayısı en yüksek ülke 524 hekim sayısı ile Avusturya, onu takip eden 493 hekimle Norveç olmaktadır. Türkiye'nin ise diğer ülkelerden düşük seviyede kaldığı görülmekte ve sağlık alanında yapılacak yeni düzenlemelerle bu durumun daha da iyileştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sağlanması ve insanların bu hizmetten faydalanabilmesi için bir finansman kaynağına ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetleri sunucuları ile sağlık hizmetinin finansmanını sağlayanlar arasındaki kaynak aktarımı sağlık hizmeti finansmanı olarak ifade edilmektedir. Sağlık ekonomisinde önemli bir yeri olan sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkemizde Sosyal Güvenlik Sistemi kapsamındadır. Türkiye'de 2008 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası Yasası ile sigorta kapsamında sağlık hizmetleri; sosyal güvenlik kurumu, devlet, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortası tarafından yapılan ödemelerle finansmanını sağlamaya başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası ile Emekli sandığı Bağ-kur ve SSK'nın tek bir çatı altında birleşmesi sağlık finansmanında büyük kolaylık olmasını sağlamıştır. Bu kurumların Sosyal Güvenlik Kurumu altında birleşmesi ile sağlık sisteminin finansmanının sağlanması daha sade bir hale gelmiş ve Sağlık Bakanlığı hastanelerin denetim ve düzenini sağlamada görev almaya başlamıştır. Sağlık, bireylere anayasa tarafından tanınan bir hak olmasının yanında Genel Sağlık Sigortası sistemi ile toplumun hepsini içine alacak şekilde genişleyerek ülkemizde daha yaygın bir hale gelmiştir. Herkesin sağlık güvencesinin sağlandığı bu sistemden bireylerin dengeli ve eşit bir şekilde fayda sağlaması, ülkemizdeki sağlık sisteminde yapılan politikalar arasında büyük bir avantaj olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin faaliyet ve finansmanını sağlık ekonomisi oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisi, sağlık piyasasında oluşan sağlık kaynaklarını, kaynakların tahsisini ve talep-arzın sağlanması konularını kapsamaktadır. Sağlık o ülkedeki üretim, harcama ve refahı üzerinde etkili olması sağlık ekonomisinin temelini oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisinin görevi, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde organizasyonun sağlanmasını ve geliştirilmesini sağlamaktır. Son yıllarda dünyada yaşanan bulaşıcı hastalıkları önleme ve iyileştirmeye yönelik ürünlerin geliştirilmesi, bununla birlikte insanların ortalama yaşam beklentilerinin artması konuları sağlık ekonomisine olan ilginin artmasına sebep olmuştur. Tıp alanında ve teknolojiyle birlikte tıp makinelerinde yaşanan gelişmeler hastaların tedavilerini kolaylaştırmış ve bu durum

hekimlerin tedavi etme konusunda çalışma etkinliği ve verimliliğini artırmıştır. Bu durum hem sağlık ekonomisi arzını hem de gelişen tıp ile birlikte sağlık ekonomisine olan talebi artırmıştır. Sağlık ekonomisinde talep ve arzın ortak amacı, birey ve toplumun sağlığını koruyarak geliştirmektir. Bundan dolayı sağlık hizmetleri arzını sağlayan hekim ve kurumların etkin bir rol oynaması ve talebi oluşturan toplumun ise tıp alanındaki verimlilikten fayda sağlaması gerekir. Sağlık ekonomisi, arz ve talebin etkileşimde bulunduğu ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü nitelikler taşıması sebebiyle diğer mal ve hizmet piyasalarından ayrılmaktadır. Sağlık ekonomisini diğer piyasalardan ayıran özellikler; arz ve talep arasında dengesizliğin olması, mal ve hizmetlerde homojenliğin sağlanamaması, piyasaya girişte bazı kısıtlamaların varlığı, tüketicilerin sağlık piyasasına ilişkin tam bilgisi olmaması, arzda monopolleşmenin olması olarak sıralanabilmektedir. Türkiye’de sağlık ekonomisi alanında sağlığa olan talebi artırabilmek ve verilen hizmeti kaliteli kılmak adına sağlık alanında politikalar uygulanmaktadır. 1980 yılı itibarıyla askeri darbe sonrasında sağlık alanında liberalleşmeyi amaçlayan kararların alınmasıyla birlikte sağlık ekonomisine verilen önem artmaya başlamıştır. Her beş yılda bir uygulamaya konulan kalkınma planlarıyla sağlık hizmetlerinden herkesin eşit ve kaliteli bir şekilde faydalanabilmesi için çalışmalar gerçekleştirilmiştir. 1980 sonrasında günümüze sağlık ekonomisi alanında yapılan çalışmalar sonucu, Genel Sağlık Sigortası sistemi getirilerek sağlık hizmetlerinin finansmanında kolaylıklar sağlanmıştır. Sağlık alanında yapılan reformlar kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulaması başlatılmıştır. Yapılan bu reform ile Sağlık Bakanlığının organize bir şekilde çalışması, Genel Sağlık Sigortasının ülkemizdeki bütün vatandaşları kapsamaması ve aile hekimliğine geçiş gibi yenilikler sağlanmıştır. 1980 sonrasında günümüze sağlık ekonomisi alanında yapılan çalışmalar sonucu, getirilen Genel Sağlık Sigortası sistemi ile sağlık hizmetlerinin finansmanında kolaylıklar sağlanmıştır. Aile hekimliği uygulamasının gelmesiyle sağlık hizmetleri ülke geneline yayılmış, verilen sağlık hizmetlerinin verimi ve etkili sunumu artmıştır.

Sağlık harcaması, bir ülkenin kalkınma seviyesini gösteren önemli bir faktördür. Geliri yüksek olan ülkelerin sağlık harcamalarındaki artış oranı, GSYİH oranını aşmaktayken; geliri düşük olan ülkelerin sağlık kaynaklarında önemli eksikler bulunmaktadır. Türkiye’de kişi başı toplam sağlık harcamaları 1980 sonrasında günümüze geçen sürede artmıştır. Ancak uluslararası karşılaştırmada güncel verilere

bakıldığında kişi başı toplam sağlık harcamasında ilk sırayı ABD'nin aldığı onu İsviçre'nin takip ettiği görülürken Türkiye'nin OECD ortalamasının da altında kalarak arka sıralarda yer aldığı görülmektedir. Bu veriler Türkiye'nin sağlık alanında yaptığı yatırımların kişi başı toplam sağlık harcamalarının artmasını sağlarken henüz bu konuda yeterli başarıya ulaşamadığını göstermektedir. Yapılan sağlık harcamalarının ülkedeki gerçek maliyetini anlamak adına harcamaların GSYİH içindeki payının incelenmesi gerekmektedir. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1980 yılında %2,5'ten günümüzde %4,1'e çıkmıştır. Uluslararası karşılaştırmada güncel verilere bakıldığında toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı en yüksek ülke %16,96 oranla ABD olurken OECD ortalamasının %8,84 olduğu görülmektedir. Türkiye ise %4,38 oranla OECD ülkeleri ortalamasının oldukça altında yer almaktadır. Türkiye'de bu durumu iyileştirmek adına sağlık alanında yeni reformlar yaparak sağlık hizmetlerine olan talebi daha da artırıp harcamaları artırma yönünde politikaların uygulanması GSYİH içindeki payının artırılması gerekmektedir.

Türkiye'de 1980 yılından günümüze geçen süreçte sağlık harcamalarında ve sağlık göstergelerinde yaşanan artışlar dikkat çekicidir. Sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları ile ilgili ülkemize ait göstergeler, henüz gelişmiş ülkelerin gerisinde yer almasına rağmen çok da kötü durumda değildir. Sağlık ekonomisinin ülke içindeki payının yıllar içinde artmasına rağmen ülkemiz, gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Bunun geliştirilmesi konusunda sağlık alanında yeni reform ve teşvikler gerçekleştirilmeli ve sağlık alanına yapılan yatırımlar artırılmalıdır. Türkiye sağlık konusunda sahip olduğu avantajları daha da geliştirmeli, eksik ve zayıf yönlerini güçlendirmeyi amaçlayan politikalar uygulayarak geleceğin sağlık ekonomisinin temellerini atmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akdağ, Recep. 2008. **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**. İlerleme Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Aktan, Coşkun Can, Ulvi Saran. 2007. **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**. İstanbul: Aura Kitapları.
- Albayrak, Serap. 2019. **Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Araştırma**: 32-35.
- Alp, Mustafa. 2016. Sağlık Ekonomisi ve Etkileri Aydın Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Alptekin, Kamil. 2004. Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme. **Türkiye Klinikleri J Med Ethics** c. 12 s. 2: 132-139.
- Altay, Asuman. 2007. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. **Sayıştay Dergisi** s. 64: 33-58.
- Arrow, Kenneth Joseph. 1963. Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review** c. 53 s. 5: 941-973.
- Atasever, Mehmet. 2014. **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Yayın No:983.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler. 2008. **2008 Kavşağında Türkiye Siyaset, İktisat ve Toplum**. İstanbul: Ayhan Matbaası, Yayın No: 42.
- Baloğlu, Burhan. 2006. **Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık**. İstanbul: Der Yayınevi.
- Başkaya, Zafer, Fatma Özkılıç. 2017. Türkiye’de Doğurganlıkta Meydana Gelen Değişimler (1980-2013). **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi** c. 10 s. 54: 404-423.
- Bayram, Nuran. 2009. **Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi**. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Berman, Peter, Mehtap Tatar. 2004. **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları:1999-2000**. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Bora Başara, Berrak, İrem Soyututan Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem Özdemir. 2019. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018**. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.

- Chen, G.J., S.R. Feldman. 2000. Economic Aspect of Health Care Systems: Advantage and Disadvantage Incentives in Different Systems. **Dermatologic Clinics** s. 18: 211-214.
- Çalışkan, Zafer. 2008. Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** c. 26 s. 2: 29-50.
- Çelikay, Ferdi, Erdal Gümüş. 2010. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**. c. 11 s. 1: 177-216.
- Çiçeklioğlu, Meltem. 2011. **Türkiye’de Sağlık Reformları, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011**. Ankara. Türk Tabipleri Birliği. [20.06.2020]. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf>.
- Çoban, Hilmi. 2009. Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Maliye Anabilim Dalı, İzmir.
- Çoban, Sevinç. 2015. Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ekonomilerde Sağlık Harcamaları Finansmanı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Devlet Planlama Teşkilatı. 1983. **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu "Yararlanılan Haklar" Alt Komisyon Raporu**. Kalkınma Planı, Ankara: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı.
- _____. 1984. **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989**.
- _____. 2000. **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**. Ankara: DPT Yayınları.
- Dewar, Diane D. 2017. **Essentials of Health Economics**. New York: Jones and Bartlett Learning.
- Elbek, Osman, Emin Baki Adaş. 2009. Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**. c. 12 s. 1: 33-43.
- Feldstein, P. J. 2005. **Health care economics (Sixth edition)**. New York: Thomson Delmar Learning.
- Fişek, Nusret H. 1985. **Halk Sağlığına Giriş**. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi.
- Friedman, Milton, Simon Kuznets. 1954. **Income from Independent Professional Practice**. Cambridge: National Bureau of Economic Research-NBER Book.
- Funchs, Victor R. 2005. Health Care Expenditures Reexamined. **Annals of Internal Medicine** c. 1 s. 143: 76-78.

- Gardner, Harold H., Wendy D. Lynch. 2008. **Aligning Incentives, Information, and Choice: How to Optimize Health and Human Capital Performance.** Cheyenne: Health as Human Capital Foundation.
- Gertler, Paul J., Luis Locay, Warren C. Sanderson. 1987. Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru. **National Bureau of Economic Research-NBER. Working Paper 2299:** 1-31.
- Getzen, Thomas E. 1997. **Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds, 2nd Edition.** New York: Wiley and Sons.
- Ginzberg, Eli. 1954. What Every Economist Should Know About Health and Medicine. **The American Economic Review.** c. 44 s. 1: 104-119.
- _____. 1975. What Next in Health Policy? **New Series.** c. 188 s. 4194: 1184-1186.
- _____. 1982. Procompetition in Health Care: Policy or Fantasy? **The Milbank Memorial Fund Quarterly-Health and Society.** c. 60 s. 3: 386-398.
- Goodacre, Sonia, Chrissy Collins, Carolyn Slattery. 2013. **Cambridge VCE Health and Human Development Units 3 and 4 Bundle.** Cambridge University Press; 2 edition.
- Güney, Mustafa. 1998. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Güvercin, Ali, Halil İbrahim Mil, Bülent Tarım. 2016. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). **Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi.**
- Harris, Seymour E. 1951. The British Health Experiment: The First Two Years of the National Health Insurance (N. H. I.). **Journal of the American Association of University Teachers of Insurance:** 73-87.
- _____. 1951. The British Health Experiment: The First Two Years of the National Health Service. **The American Economic Review** c. 1 s. 2: 652-666.
- Karabulut, Kerem. 1999. Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** c. 13 s. 1: 139-152.
- Kasapoğlu, Aytül. 2016. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi** c. 19 s. 2: 131-174.
- Keeley, Brian. 2007. **Human Capital: How What You Know Shapes Your Life.** Paris: OECD Publishing.
- Kılıç, E. 2008. Türkiye'de Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi: Seçilmiş AB Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Bir Analiz. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Niğde: T.C. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı.

- Kızılyaylalı, Hüsnü. 2000. Sosyal Güvenlik Reformu. **Vergi Dünyası** s. 229.
- Klarman, Herbert E. 1979. Health Economics and Health Economics Research. **The Milbank Fund Quarterly - Health and Society** c. 57 s. 3: 371-379.
- Knoema. 2017. **Maternal Mortality Ratio, Turkey**. <https://knoema.com/atlas/Turkey/Maternal-mortality-ratio>. [06.11.2020].
- Koç, Çağatay. 2004. The Effects of Uncertainty on the Demand for Health Insurance. **The Journal of Risk and Insurance** c. 71 s. 1: 41-61.
- Köktaş, Altuğ Murat. 2014. **Sağlık Ekonomisi**. Ankara: 657 Yayınevi.
- Kubar, Yeşim. 2018. Teorik Açıdan Sağlık Ekonomisi Analizi. **Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları Güncel Sorunlar ve Araştırmalar** içinde, yazar Özge Uysal Şahin ve Nilay Köseoğlu. Çanakkale: Rating Academy Yayınları.
- Kurtulmuş, Sevgi. 1998. **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Loeffler, Elke. 2001. Defining and Measuring Quality in Public Administration. **Teaching and Research Review** s. 5.
- Markle, William H., Melanie A. Fisher, Raymond A. Smego. 2007. **Understanding Global Health**. New York: McGraw-Hill Companies Inc.
- Mcpake, Barbara, Charles Normand. 2007. **Health Economics: An International Perspective**. London and Newyork: Routledge.
- Mushkin, Selma J. 1958. Toward a Definition of Health Economics. **Public Health Reports** c. 73 s. 9: 785-794.
- Mutlu, Ayşegül, A. Kadir Işık. 2012. **Sağlık Ekonomisine Giriş (Üçüncü Basım)**. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Normand, Charles. 1991. Economics, Health, and The Economics of Health. **BMJ**. s. 303: 1572-1577.
- OECD. 2007. **Health At A Glance-OECD Indicators USA-OECD**. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>. [16.06.2020].
- _____. 2018. **OECD Health Data**. <https://data.oecd.org/health/hospital-beds.htm>. [12.06.2020]
- _____. 2019. **OECD Data**. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>. [16.06.2020].
- _____. 2019. **Health Spending**. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. [15.08.2020].

- _____. 2019. **Nurses**. <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart>. [30.07.2020].
- _____. 2019. **OECD DATA**. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>. [20.07.2020].
- _____. 2019. **OECD Medical Graduates**. <https://data.oecd.org/healthres/medical-graduates.htm#indicator-chart>. [20.07.2020].
- _____. 2019. **Pharmaceutical spending**. <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>. [20.08.2020].
- Okursoy, Algın. 2010. Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Aydın.
- Oral, A. İlhan. 2001. Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları. Doktora Tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Orhaner, Emine. 2006. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi** s. 1: 1-19.
- Öner, Hilal. 2018. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi.
- Özbay, Hüseyin, Hasan Gökhan Öncül , Mecit Gökçimen, Hakan Oğuz Arı, Salih Mollahaliloğlu . 2007. **Sağlık Sektörü Finansmanı, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**. Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bölük Ofset Matbaacılık.
- Öztek, Zafer. 1986. Temel Sağlık Hizmetleri. **Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Yayını**. s. 86: 33.
- Pehlivan, Osman. 2003. **Kamu Maliyesi**. Trabzon: Derya Kitabevi.
- Phelps, Charles Edward. 2003. **Health Economics. Third Edition**. Boston: Addison Wesley.
- Roemer, Milton I. 1982. Market Failure and Health Care Policy. **Journal of Public Health Policy** c. 3 s. 4: 419-431.
- Sağlık Bakanlığı. 2003. **Sağlıkta Dönüşüm Programı**. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Santerre, Rexford E., Stephen P. Neun. 2010. **Health Economics: Theory, Insights and Industry Studies (Fifth Edition)**. United States of America: South-Western Cengage Learning.
- Sargutan, A. Erdal. 2005. Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** c. 8 s. 3: 430-457.

- Sayım, Ferhat. 2009. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı. **Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi** içinde, yazar Ali Coşkun ve Ahmet Akın. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Schultz, Theodore W. 1961. Investment in Human Capital. **The American Economic Review** c. 51 s. 1: 1-17.
- Sıvacı, Celalettin. 2007. Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği. **Bütçe Dünyası** s. 24: 32-40.
- Somunoğlu, Sinem. 1999. Kavramsal Açından Sağlık. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** c. 4 s. 1: 51-62.
- Soyer, Ata. 2000. 1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu? **Toplum ve Hekim** s. 4: 259-264.
- _____. 2003. 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları. **Praksis** s. 9: 301-319.
- Sur, Haydar. 2011. Sağlık ve Sağlık ekonomisi. **3 aylık Ekonomi ve Düşünce Dergisi** c. 9 s. 55: 6-10.
- Şenatalar, Burhan. 2003. Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. **C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi** s. 1.
- Şenol, Vesile, Fevziye Çetinkaya, ve Elçin Balcı. 2010. Factors associated with health services utilization by the general population in the center of Kayseri, Turkey. **Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi** c. 30 s. 2: 721-730.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. 2013. **Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018**. Kalkınma Planı, Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı.
- _____. 2018. **11. Kalkınma Planı (2019-2023) Sosyal Güvenlik Sisteminin Sürdürülebilirliği**. Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2019. **Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması**. Genelge, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. 2020. **Şehir Hastaneleri**. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>. [16.06.2020].
- Tatar, Mehtap. 2009. **Teorik Çerçevesiyle Sağlık ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme**. http://scholar.google.com.tr/scholar_url?url=https://abs.cu.edu.tr/Dokumanlar/2015/PF%2520319/159230734_teorik_cercevesiyle_saglik_ekonomisi_ve_turkiye.doc&hl=tr&sa=X&scisig=AAGBfm0e16VXysiokwbdprlas5Z7haBc9Q&noss1=1&oi=scholar. [15.05.2020].
- Taubman, Paul, Sherwin Rosen. 1982. Healthiness, Education, and Marital Status. **Economic Aspects of Health** içinde, yazar Victor R. Fuchs. University of Chicago Press.

- The World Bank. 2018. **The World Bank Data.** <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?end=2018&locations=TR&start=1980&view=chart>. [10.06.2020].
- Tıraş, Hacı Hayrettin. 2013. Sağlık Ekonomisi : Teorik Bir İnceleme. **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** c. 3 s. 2: 125-151.
- Tokat, Mehmet. 1995. **Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı.** Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Türk Eczacılar Birliği. 2016. **Sağlık, İlaç Ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı.** Yıllık, Ankara: Mattek Matbaacılık Basım Yayın.
- _____. 2018. **Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı 2018.** Yıllık, Ankara: Türk Eczacıları Birliği.
- Türk Tabipleri Birliği. 2017. **Şehir Hastaneleri.** https://www.ttb.org.tr/kutuphane/s_hastane_br.pdf. [16.06.2020].
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. 2019. **On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023.** Kalkınma Planı, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
- Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu. 2016. **Genel sağlık sigortası hangi tarihten itibaren zorunlu hale geldi ve Kimler genel sağlık sigortası kapsamındadır?** http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci/gss_hangi_tarihden. [18.06.2020]
- Türkiye İstatistik Kurumu. 2019. **İstatistiksel Tablolar.** <https://web.tuik.gov.tr/elastic-search-st/>. [09.06.2020].
- Ulutürk, Süleyman. 2015. Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlıkın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği. **Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar** c. 52 s. 603: 47-63.
- Uysal, Yusuf. 2019. Kamu-Özel İşbirliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi** c. 14 s. 3: 877-898.
- Vujicic, Marko, Pascal Zurn, Khassoum Diallo, Orvill Adams, ve Mario R Dal Poz. 2004. The Role of Wages in The Migration of Health Care Professionals From Developing Countries. **Human Resources for Health.** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC419378/>. [20.05.2020]
- Williams, Alan. 1987. Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science? **Health and Economics** 1-11.
- Wonderling, David, Reinhold Gruen, Nick Black. 2004. Introduction to Health Economics. **Understanding Public Health** içinde, yazar David Wonderling, Reinhold Gruen ve Nick Black. New York: McGrawHill Education.

- World Health Organization. 2019. **European Health Information Gateway**. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_494-5250-physicians-per-100-000/visualizations/#id=19563&tab=table. [18.06.2020].
- Yıldırım, H. H. 1999. Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. **Amme İdaresi Dergisi** c. 32: 1-11.
- Yenimahalleli, Yaşar Gülbiye. 2007. **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Younkins, Edward W. 2006. **Jean-Baptiste Say's Law of Markets: A Fundamental, Conceptual Integration**. <http://www.solopassion.com/node/339>. [25.05.2020]
- 6428 Sayılı Kanununun Genel Gerekçesi. 2014. **Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında 6428 Sayılı Kanununun Genel Gerekçesi**.

ÖZ GEÇMİŞ

Meltem Kınacı

İktisat Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans

Eğitim

Y. Ls. 2018-... Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
İktisat Tezli Yüksek Lisans

Ls. 2012-2017 Bahçeşehir Üniversitesi, İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler
Fakültesi, İngilizce Ekonomi

Lise 2008-2012 Aydın Kuyucak Anadolu Lisesi, Türkçe Matematik Bölümü

İş Tecrübesi

2019-... KPMG Bağımsız Denetim A.Ş., Denetim Asistanı

2019 Reform Bağımsız Denetim A.Ş., Yardımcı Denetçi

Kişisel Bilgiler

Doğum Yeri : Van

Doğum Tarihi : 01.06.1994

Cinsiyeti : Kadın

Yabancı Dil : İngilizce

Email : meltemkinaci94@gmail.com