

**T.C.**  
**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İKTİSAT ANABİLİM DALI**

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK SİSTEMİ VE  
SAĞLIK HARCAMALARININ SEÇİLİ ÜLKELER İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS**

**Burçin Buket PALANCI**

**KASIM-2022**  
**GÜMÜŞHANE**



**T.C.  
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İKTİSAT ANABİLİM DALI**

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK SİSTEMİ VE  
SAĞLIK HARCAMALARININ SEÇİLİ ÜLKELER İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

**COMPARISON OF TURKEY'S HEALTH SYSTEM AND HEALTH  
EXPENDITURES WITH SELECTED COUNTRIES DURING THE COVID-19  
PANDEMIC PROCESS**

**YÜKSEK LİSANS**

**Burçin Buket PALANCI**

**KASIM-2022  
GÜMÜŞHANE**



**T.C.  
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İKTİSAT ANABİLİM DALI**

**COVID -19 PANDEMİ SÜRECİNDE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK SİSTEMİ VE  
SAĞLIK HARCAMALARININ SEÇİLİ ÜLKELER İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

**COMPARISON OF TURKEY'S HEALTH SYSTEM AND HEALTH  
EXPENDITURES WITH SELECTED COUNTRIES DURING THE COVID-19  
PANDEMIC PROCESS**

**YÜKSEK LİSANS**

**Burçin Buket PALANCI**

**Danışman: Doç. Dr. Hikmet Gülçin BEKEN**

**KASIM-2022  
GÜMÜŞHANE**



## **BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI**

**Yüksek Lisans Tezi** olarak hazırlamış olduğum “**Covid-19 Pandemi Sürecinde Türkiye’nin Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamalarının Seçili Ülkeler ile Karşılaştırılması**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğum intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

**04/ 11 /2022**

.....  
**Burçin Buket PALANCI**

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sũresince çalışma konumun belirlenmesinde dâhil, her tũrlũ bilgi ve tecrũbesini benimle paylaőan her zaman destek olan bana yol gũsteren, tez danıőmanım Doç. Dr. Hikmet Gũlin BEKEN' e ve bu sũrete desteklerini benden esirgemeyen sevgili ailem ve arkadaőlarım teőekkũrlerimi sunarım.

**Burçin Buket PALANCI**  
**GũMũŐHANE-2022**



## ÖZET

İnsanların hayatlarını daha iyi şekilde sürdürebilmesi için öncelikle sahip olması gereken en önemli unsur sağlıktır. İnsanların sağlıklı olması ülkelerin gelişmesine de yardımcı olmaktadır. Sağlığın olmadığı bir toplumda birçok sektörün olumsuz etkilendiği bundan dolayı da ülkelerin ekonomik yapılarının zarar gördüğü bilinmektedir. Bunun en güzel örneği yakın zamanda ortaya çıkan Covid-19 küresel salgınıdır. Sağlık krizi olarak kabul edilen Covid-19 salgını ülkelerin ekonomilerini olumsuz etkilerken aynı zamanda sağlık imkânlarını da oldukça zorlamıştır. Bu nedenle salgın sürecinde ülkelerin sağlık sistemleri, sağlık finansmanı ve sağlık harcamaları daha da önem arz eder hale gelmiştir.

Bu doğrultuda, çalışmada Türkiye'nin ve salgında en fazla vaka sayısına sahip olma özelliği gösteren ülkelerin (ABD, Brezilya, Hindistan) var olan sağlık sistem yapıları ve sağlık harcamaları incelenerek pandemi sürecinin etkisi analiz edilmektedir. Değerlendirmeler sonucunda salgın ile mücadelede başarının ülkelerin sağlık personel sayısı, yatak sayısı gibi sağlık göstergeleri ile yakından ilişkili olduğu, bu süreçte toplumun sağlık düzeyini koruyabilmek amacıyla sağlık harcamalarında artışın yaşandığı ve devletin hizmet sunumunda önemli bir yere sahip olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, Sağlık harcaması, Sağlık sistemi

## SUMMARY

Health is the most important element that people should have in order to lead their lives in a better way. The health of people also contributes to the development of their countries. It is known that in a society without health, many sectors are negatively affected and therefore the economic structures of the countries are damaged. The best example of this is the recent Covid-19 global pandemic. The Covid-19 pandemic, which is considered a health crisis, has negatively affected the economies of countries, while at the same time, it has also challenged their health opportunities. Hence, the health systems, the type of health financing, and the health expenditures of countries have become even more important during the pandemic process.

For this reason, the effect of the pandemic process is analyzed by examining the actual health system structures and health expenditures of Türkiye and the countries with the highest number of cases during the pandemic (USA, Brazil, India). As a result of the analysis, it is found that the success of countries in the fight against the pandemic is closely related to health indicators such as the number of health personnel and the number of beds with an increase in health expenditures in order to maintain the health level of the society in this process. Also, the state has an essential role in the provision of health services.

**Keywords:** Covid-19, Health expenditure, Health system

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VI
SUMMARY .....	VII
İÇİNDEKİLER .....	VIII
TABLOLAR DİZİNİ .....	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	XIV
1. GİRİŞ.....	1
2. COVID-19 HASTALIĞI VE PANDEMİSİ.....	2
2.1. Pandemi Kavramı.....	2
2.2. Tarihte Salgın Hastalıklar .....	2
2.3. Covid-19'un Tanımı.....	4
2.4. Covid-19'un Yayılımı .....	5
2.5. Covid-19'un Belirtileri.....	5
2.6. Covid-19'un Tanısı .....	7
2.7. Covid-19'un Tedavi Süreci.....	9
2.8. Covid-19'un Yayılmasını Önleyici Tedbirler .....	13
2.9. Covid-19'un Ortaya Çıkışı ve Uluslararası Yayılımı .....	14
3. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK SİSTEMLERİ .....	17
3.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hakkı.....	17
3.2. Sağlık Sisteminin Tanımı.....	18
3.3. Sağlık Sisteminin Amaçları .....	19
3.3.1. Temel Amaçlar .....	20
3.3.2. Yardımcı Amaçlar .....	21
3.4. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları .....	21
3.4.1. Hizmet sunumu .....	22
3.4.2. Yönetim .....	22
3.4.3. Kaynak Sağlama .....	23
3.4.4. Finansman.....	23
3.5. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması .....	25

3.5.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi .....	26
3.5.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi .....	26
3.5.3. Kapsayıcı Tıp Sağlık Sistemi.....	27
3.5.4. Sosyalist Tıp Sağlık Sistemi .....	27
3.6. Sağlık Hizmetleri .....	27
3.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	28
3.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	29
3.6.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	29
3.6.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	31
3.6.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	32
3.6.3. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri .....	32
3.6.3.1. Kamusal Finansman Yöntemleri.....	33
3.6.3.2. Özel Finansman Yöntemleri .....	35
3.7. Sağlık Harcamaları ve Harcamaları Etkileyen Faktörler .....	38
3.7.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler .....	39
3.8. Sağlık Düzeyi Göstergeleri .....	40
4. TÜRKİYE VE SEÇİLİ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	43
4.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi.....	43
4.1.1. 1920-1938 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	44
4.1.2. 1938- 1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	44
4.1.3. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	45
4.1.4. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	47
4.1.5. 2003 ve Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP).....	48
4.1.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Alanında Yaşanılan Sorunlar .....	51
4.1.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve İlkeleri .....	51
4.1.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Bileşenleri .....	52
4.1.5.4. SDP ile Sağlık Sisteminde Yapılan Reform ve Yenilikler .....	58
4.2. Türkiye’de Sağlık Hizmet Sunumu ve Finansmanı .....	59
4.3. Türkiye’nin Demografik ve Sağlık Göstergeleri .....	60
4.4. Türkiye’nin Sağlık Harcamaları.....	66
4.5. ABD Sağlık Sistemi.....	71
4.5.1. Yönetim ve Organizasyon .....	72
4.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu .....	73
4.5.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanı .....	74

4.5.3.1. Kâr Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri.....	75
4.5.3.2. Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması.....	75
4.5.3.3. Kamu Sigortaları ( Medicare ve Medicaid) .....	75
4.5.3.4. Bağımsız Sigorta Planları.....	76
4.5.3.5. Obamacare .....	76
4.5.4. Nüfus ve Sağlık Göstergeleri Açısından ABD .....	77
4.5.5. Sağlık Harcamaları .....	78
4.6. Brezilya Sağlık Sistemi.....	79
4.6.1. Yönetim ve Organizasyon .....	79
4.6.2. Sağlık Hizmet Sunumu .....	80
4.6.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı .....	82
4.6.4. Nüfus ve Sağlık Göstergeleri açısından Brezilya .....	82
4.6.5. Sağlık Harcamaları .....	83
4.7. Hindistan Sağlık Sistemi.....	84
4.7.1. Yönetim ve Organizasyon .....	85
4.7.2. Sağlık Hizmet Sunumu .....	86
4.7.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı .....	87
3.7.4 Nüfus ve Sağlık Göstergeleri Açısından Hindistan .....	88
4.7.4. Sağlık Harcamaları .....	88
4.8. Ülkelerin Covid-19 Pandemi Sürecinde Uygulamış Oldukları Sağlık Politikaları .	89
4.8.1. Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikaları .....	90
4.8.2. ABD’de Uygulanan Sağlık Politikaları .....	91
4.8.3. Brezilya’da Uygulanan Sağlık Politikaları .....	92
4.8.4. Hindistan’da Uygulanan Sağlık Politikaları .....	93
4.9. Türkiye’nin ve Seçilmiş Ülkelerin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması .....	93
5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME .....	103
KAYNAKÇA.....	105
ÖZGEÇMİŞ .....	118

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Covid-19 aşılarının durumu .....	11
Tablo 2. 5 Nisan 2020 tarihinde Covid-19 vaka sayısı en çok olan 10 ülke.....	15
Tablo 3. 5 Nisan 2021 tarihinde Covid-19 vaka sayısı en çok olan 10 ülke.....	15
Tablo 4. 58. hükümet acil eylem plan hedefleri.....	49
Tablo 5. SDP ile sağlık sisteminde yapılan reform ve yenilikler.....	58
Tablo 6. 2010-2021 yılları arasında Türkiye'nin nüfusu (Milyon).....	60
Tablo 7. 2010-2021 yılları arasında Türkiye nüfusunun yaş grubuna göre dağılımı .....	61
Tablo 8. 2010- 2021 yılları arasında Türkiye'nin çeşitli bazı sağlık göstergeleri .....	61
Tablo 9. 2010-2021 yılları arasında Türkiye'de sağlık çalışan sayıları (Bin).....	62
Tablo 10.2010-2020 yılları arasında Türkiye' de sağlık personeli başına düşen hasta sayısı .....	63
Tablo 11. 2010- 2019 yılları arasında Türkiye'de sağlık hizmeti sunan kurum sayıları	64
Tablo 12.Türkiye' de sağlık kurumlarının yatak sayıları (Bin) ve 1000 kişi başına düşen yatak sayıları.....	64
Tablo 13.Türkiye'de sağlık hizmeti sunan kurumlara göre toplam hekime müracaat sayısı (Milyon).....	65
Tablo 14.2010-2020 yılları arası Türkiye'nin hizmet sunucularına göre sağlık harcaması ( Milyon TL).....	67
Tablo 15. 2010-2020 yılları arasında Türkiye'nin sağlık harcama göstergeleri .....	70
Tablo 16. ABD'nin demografik ve sağlık göstergeleri.....	77
Tablo 17. ABD'nin sağlık harcamaları .....	78
Tablo 18. Sağlık hizmetleri sınıflandırması .....	81
Tablo 19. Brezilyanın demografik ve sağlık göstergeleri .....	82
Tablo 20. Brezilya'nın sağlık harcamaları .....	84
Tablo 21. Hindistan sağlık sistemi finansmanı ve kapsamı. ....	87
Tablo 22. Hindistan'ın demografik ve sağlık göstergeleri.....	88
Tablo 23. Hindistan'ın sağlık harcamaları .....	89

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Covid-19, grip, soğuk algınlığı ve alerji belirtileri arasındaki farklar .....	7
Şekil 2. T.C. Sağlık Bakanlığı halk sağlığı genel müdürlüğü Covid-19 rehberi olası vaka algoritması .....	8
Şekil 3. Dünya’da en çok Covid-19 aşısının yapıldığı 20 ülke .....	12
Şekil 4. Küresel olarak toplam vaka ve ölüm sayıları .....	14
Şekil 5. Sağlık sisteminin amaçları ve diğer sistemler ile etkileşimi .....	19
Şekil 6. Sağlık sisteminin fonksiyonları .....	22
Şekil 7. Sağlık sisteminin fonksiyonları ve amaçları arasındaki ilişki .....	25
Şekil 8. Genel vergiler ile finansman .....	34
Şekil 9. Sosyal sağlık sigortası ile finansman .....	35
Şekil 10. Özel sağlık sigortası ile finansman .....	36
Şekil 11. Cepten ödeme yöntemi ile finansman .....	36
Şekil 12. Fon kaynakları, katkı yöntemleri, fon toplayan kurumlar .....	38
Şekil 13. Doğumda yaşam beklentisi .....	62
Şekil 14. 2010-2020 yılları arasında Türkiye’de toplam sağlık harcamaları .....	68
Şekil 15. 2010-2020 yılları arasında Türkiye’de cari ve yatırım harcamaları .....	68
Şekil 16. 2010-2020 yılları arasında Türkiye’de toplam hanehalkı sağlık harcaması ....	69
Şekil 17. 2010-2020 yılları arasında Türkiye’de kişi başı sağlık harcaması (TL) .....	71
Şekil 18. Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığının yapısı ve hizmet birimleri .....	73
Şekil 19. ABD hastane dağılımı .....	74
Şekil 20. Brezilya Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısı .....	80
Şekil 21. Hindistan Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısı .....	85
Şekil 22. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan’ın 2010-2020 yılları arasında doğumda yaşam beklentisi .....	94
Şekil 23. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan’ın 2010-2021 yılları arasında 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı .....	95
Şekil 24. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan’ın 2010-2021 yılları arasında 1000 kişi başına düşen hekim sayısı .....	96
Şekil 25. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan’ın 2010-2020 yılları arasında 1000 kişi başına düşen yatak sayısı .....	97
Şekil 26. OECD ülkelerine ait ortalama yıllık sağlık harcamaları ve GSYH’deki büyüme yüzdesi .....	98

Şekil 27. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2021 yılları arasında Gayri safi yurtiçi hasıla içinde sağlığa ayrılan pay .....	99
Şekil 28. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2019 yılları arasında kişi başına düşen sağlık harcaması .....	100
Şekil 29. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2020 yılları arasında devlet sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı.....	101
Şekil 30. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2020 yılları arasında sağlık harcamaları içerisinde cepten sağlık harcamalarının payı .....	102



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACA	: Ekonomik Bakım Yasası
ARDS	: Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
CEPI	: Salgın Hazırlık Yenilikleri Koalisyonu
COVAX	: Covid-19 Aşıları Küresel Erişim Programı
COVID-19	: Corona Virus Disease / Korona Virüs
ÇEKÜS	: Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HHS	: ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı
HMO	: Sağlığa Destek Organizasyonları
HTK	: Hindistan Tıbbi Konseyi
HDK	: Hindistan Dış Konseyi
HHK	: Hindistan Hemşirelik Konseyi
IDSA	: Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome Coronavirüs /Orta Doğu Solunum Sendromu
NIH	: Ulusal Sağlık Enstitüleri
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PPO	: Tercihli Hizmet Organizasyonları
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirüs / Ağır Akut Solunum Yetmezliği Sendromu
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SUS	: Birleştirilmiş Sağlık Sistemi
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezleri
UNICEF	: Birleştirilmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO, DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

## 1. GİRİŞ

Binlerce yıldır önemli bir halk sağlığı sorunu olan salgın hastalıklar, dünya genelinde tüm toplumları etkilemiş ve gelecek yıllarda da etkilemeye devam edecektir. İnsanlık tarihi boyunca veba, kolera, çiçek, grip gibi birçok salgın hastalıkla karşılaşmış ve oldukça fazla can kayıpları yaşanmıştır. Son olarak 31 Aralık 2019'da Çin'in Vuhan şehrinde insanı hasta eden ve büyük can kayıplarına neden olan SARS-CoV-2 virüsü olarak bilinen ve insanlara taşınması sonucu tüm dünyayı etkisi altına alan yeni bir salgın hastalık ortaya çıkmıştır. Bu hastalığa Covid-19 adı verilmiştir.

İki ay içerisinde tüm dünyayı etkisi altına alan salgın bir sağlık krizi olarak görülmüş ve ülkelerin sağlık sistemleri başta olmak üzere ekonomik, sosyal ve siyasal yapılarını önemli ölçüde etkilenmiştir. Salgının aniden ortaya çıkması ile gelişmiş ülkelerde dâhil olmak üzere bütün ülkelerin salgın hastalıklara karşı yeterince önlem almadığı görülmüştür ve bu durum özellikle salgının her ülkede farklı vaka ve ölüm oranları ortaya çıkarmasına neden olmuştur. Artan vaka ve ölüm oranları ise beraberinde sağlık hizmetleri sunum ve finansman ihtiyacını meydana getirmiştir.

Ülkelerin sağlık sistem yapıları birbirinden farklıdır. Her ülkenin kendine özgü hizmet sunumu ve finansman yapısı bulunmaktadır. Bu durum Covid-19 pandemi sürecinde daha da önem arz eder hale gelmiştir.

Bu doğrultuda "Covid-19 pandemi sürecinde Türkiye'nin sağlık sistem yapısı ve sağlık harcamalarının seçili ülkeler ile karşılaştırılması" adlı bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin ve salgında en fazla vaka sayısına sahip olma özelliği gösteren ülkelerin sağlık sistem yapıları ve sağlık harcamalarını pandemi sürecinde analiz etmektir. Bu amaçla hazırlanan tezin, birinci bölümünde tarihte görülen salgın hastalıklar ve Covid-19 salgınından bahsedilmiştir.

İkinci bölümde sağlık kavramı, sağlık sistemi kavramı, sağlık hizmetleri, sağlık finansmanı ve sağlık harcama kavramının tanımları yapılmış ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörler üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde ise ülkelerin sağlık sistem yapıları, pandemi sürecinde almış oldukları önlemler ve sağlık göstergelerine yer verilmiştir. Çalışmanın sonuç bölümünde ise elde edilen veriler ile ülkelerin sağlık sistemleri ve sağlık harcamaları üzerine genel bir değerlendirme yapılmıştır.

## 2. COVID-19 HASTALIĞI VE PANDEMİSİ

### 2.1. Pandemi Kavramı

Pandemi, bir ülke, kıta veya dünya ölçeğinde yayılarak etkisini gösteren bulaşıcı hastalıklara verilen isimdir. Grekçe kaynaklı olan pandemi kelimesi pan:tüm ve demos: insanlar köklerinden türetilmiştir (Şeker vd., 2020: 20) .

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bir hastalığın pandemi olarak ilan edilmesi hastalığın yeni ortaya çıkmış olması, insanlara kolayca bulaşabiliyor olması ve hızlı yayılımına bağlıdır. Pandemi ilanı, var olan durumun ciddiyetinin bir göstergesi olup yerel ve küresel düzeyde sosyal, ekonomik ve politik birçok soruna yol açmaktadır (Şeker vd., 2020: 19; Yenen, 2020: 104).

### 2.2. Tarihte Salgın Hastalıklar

İnsanlık tarihi boyunca bulaşıcı hastalıklar bazı salgınlara yol açarak toplumun sağlığını ciddi bir biçimde etkilemiştir. Dünya genelinde tüm toplumlar salgın hastalıklarla çok sık karşılaşmıştır. Bu salgınlardan en etkili olanlar; veba, kolera, çiçek, ebola ve griptir (Şeker vd., 2020: 21). Salgına neden olan virüs ve bakteriler kan, su, hava vb. yollarla insanlar arasında yayılım gösterebilmektedir. 18.yy'dan önce kanalizasyon sisteminin olmaması, temiz suyun çok bulunmaması, dezenfeksiyon işleminin sağlanamaması ve tıbbi mikrobiyoloji alanının tam olarak gelişmemesinden dolayı salgınlarda yaşanan artış, tüm dünyaya yayılarak yüzlerce insanın ölümüne neden olmuştur (Temel, 2012: 1).

Tarihi süreçte en etkili salgınlardan ilki vebadır. Geçmişte iki büyük veba salgını yaşanmıştır. Bunlardan ilki MS 541 yılında ortaya çıkıp Bizans ve Avrupa'yı etkisi altına alan Jüstinyen Vebası'dır. 6. yy da ortaya çıkan bu hastalık fare ve benzeri kemirgenlerde bulunan pirelerin ısırması ile insanlara bulaşmaktadır. Hızlı yayılım göstermesi sonucu kısa sürede Avrupa'nın en büyük şehri olan Konstantinopolis'in nüfusunu % 40, Bizans'ın nüfusunu %25-30 civarlarında azalttığı varsayılmaktadır. İki asır süren bu veba, Avrupa kıtasının ve Bizans devletinin dönüm noktası olmuştur. İkinci veba salgını ise 1347 yılında Çin ve Orta Asya'dan başlayıp Avrupa' ya uzanan ve daha sonraki süreçlerde de sık sık görülen Kara Veba'dır (Aktan, 2020; Pamuk, 2020: 34). Avrupa nüfusunun yaklaşık üçte birinin ölümüne neden olan bu salgın 75 milyondan fazla kişinin de hayatını kaybetmesine neden olmuştur. Veba salgını

dünyanın değişik yerlerinde 19.yy'a kadar devam etmiştir (Aktan, 2020; Şeker vd., 2020: 21) .

Veba salgını dünya üzerinde etkisini sürdürürken insanlar, 15- 17. yy'da her yaşta görülen, irinli kabarcıklar şeklinde özellikle yüzde izler bırakan, ateşli, ağır ve bulaşıcı bir hastalık olan çiçek hastalığı ile mücadele etmeye başlamıştır. 25 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olan bu hastalık doktor Edward Jenner'in 1796 yılında geliştirdiği inek çiçeği aşısı ile insanların virüse karşı bağışıklık kazanmasını sağlamış ve aynı zamanda tarihte ilk aşı olarak kayıtlara geçmiştir (Kocabay, 2020; Çetinkaya ve Yılmaz, 2020).

19. yy başlarından itibaren ortaya çıkarak birçok ülkeyi etkisi altına alan kolera salgını küresel çapta bir salgındır. Tarihte 7 büyük Kolera <sup>1</sup>salgını görülmüştür. Bunlar içinde en ölümcül ve en büyük olanı 1852-1860 yılları arasında Hindistan'da ortaya çıkarak dünya geneline yayılan 3.kolera salgınıdır. Koleranın ortaya çıkmasının ana nedeni su ve kanalizasyon sistemlerinin gelişmemiş olması, bundan dolayı da içme sularının kirlenmesidir. 7 büyük kolera salgınında ölenlerin sayısı tam olarak bilinmese de milyonlara ulaştığı belirtilmektedir. Ülkemizde en son 1970'lerde ölüme neden olan salgın günümüzde Yemen gibi ülkelerde hâlâ ölümlere neden olmaktadır (Aktan, 2020; Çetinkaya ve Yılmaz, 2020)

İlk kez 1976 yılında Orta Afrika'da ortaya çıkan Ebola virüsü, domuz ve yarası gibi yabani hayvanlardan insanlara bulaşmış; daha sonra insanlar arasında kan, vücut sıvısı ve salgıları ile yayılım göstererek, yüksek ölüm oranlarına neden olmuştur. Daha sonra 2014-2016 yılları arasında Batı Afrika'da tekrar görülen ebola virüsü, aylar içinde küresel bir salgın haline gelmiştir. Bu salgında 11.300 kişinin hayatını kaybettiği bildirilmiştir (Team vd., 2014'den aktaran Demir ve Şahin, 2020: 65).

Dünya tarihinde grip salgınlarına yol açan A,B ve C olmak üzere üç tip virüs vardır. Bu virüs tiplerinden A ve B her dönem salgınlara neden olurken C tipi virüs daha hafif hastalıklara neden olmaktadır. Grip virüsleri, 1500'lü yıllardan 1918 yılına kadar birçok grip salgınına yol açmıştır. Bunlardan en önemlisi 1889-1890 yılları arasında bir milyondan fazla kişinin yaşamını yitirmesine neden olan Rus gribidir. Bu grip ilk olarak Özbekistan'ın Buhara şehrinde ortaya çıkmış daha sonra Kafkasya ve Amerika gibi batı ülkelerine yayılmıştır (Demir ve Şahin, 2020: 62).

20.yy'da A tipi virüsün alt türlerinden etkilenerek ortaya çıkan grip salgınları 1918,1956 ve 1968 yıllarında ortaya çıkmışlardır. Bu grip salgınları:

---

<sup>1</sup> 1817-1824, 1829-1851, 1852-1860, 1863-1875, 1881-1896, 1899-1923, 1961-1991

*İspanyol gribi*, 1918-1920 yılları arasında ilk olarak ABD’de tespit edilmiştir. Daha sonra I. Dünya Savaşının etkisiyle dünya çapında salgın haline gelmiştir. 18 ay süren bu salgın yaklaşık 50 milyon insanın ölümüne neden olmuştur (Çetinkaya ve Yılmaz, 2020).

*Asya gribi*, 1956-1958 yılları arasında Çin’de ortaya çıkmıştır. Daha sonra Uzakdoğu, Amerika ve Avrupa’ya yayılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 2 milyon insanın ölümüne neden olmuştur.

*Hong Kong gribi*, 13 Temmuz 1968’de Hong Kong’da görülen ilk salgın daha sonraki süreçlerde Singapur, Hindistan, Filipinler, Kuzey Avustralya, Avrupa ve Amerika’ya yayılmış; 1970’li yıllarda yeni salgınlara yol açmıştır. Dünya genelinde 1 milyon insanın ölümüne neden olmuştur (Demir ve Şahin, 2020: 63).

Daha yakın tarihli salgınlar ise SARS (2003) , Kuş gribi (2007), Domuz gribi ( 2009), MERS (2012) , Zika (2015) ve en son ortaya çıkan Covid-19 (2019)’dur (Şeker vd., 2020: 22).

### **2.3. Covid-19’un Tanımı**

Koronavirüsler<sup>2</sup>, solunum yolu enfeksiyonuna neden olabilen zarflı RNA virüsleridir. Yüzeylerinde sivriuçlu glikoproteinler bulunur ve bu proteinlerin yüzeyde oluşturduğu çıkıntılardan dolayı şekli (kraliyet tacına ) taca benzetilerek “ Taçlı virüs” ismini almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020a: 7). Tarih boyunca koronavirüslerin hayvanlar aracılığıyla insanlara taşındığı görülmektedir. Buna, 18 yy’da sığırlardan insanlara bulaşan OC43 virüsü ve 2005 yılında farelerden insanlara taşınan HKU1 virüsü örnek gösterilebilir (Şeker vd., 2020: 24) . İnsanın hayatının her anında karşılaşılabileceği bu virüsler daha hafif /orta üst solunum yolu hastalıklarına neden olurken 2002 yılı itibariyle ortaya çıkan yeni virüs türleri SARS ve MERS daha ağır solunum yolu hastalıklarına neden olmaktadır. (Til, 2020: 54).

Yeni virüs türünün ilki olan SARS-CoV-1<sup>3</sup> 2003 yılında Çin’de ortaya çıkmış ve 37 ülkeye yayılım göstermiştir. Palmiye misk (civet) kedisinden insanlara taşınarak ortaya çıkan bu virüs binlerce insanı etkilemiş ve ölümüne neden olmuştur. Bu virüs bir yıl içinde kaybolmuş ve daha sonra görülmemiştir. Bir diğer yeni virüs olan MERS-CoV<sup>4</sup> 2012 yılında Suudi Arabistan’da ortaya çıkmış ve 27 ülkeye yayılım göstermiştir. Tek hörgüçlü develerden insana taşınan bu virüs birçok insanın ölümüne neden olmuştur (Tekeli, 2020: 79) .

<sup>2</sup> *korona* Latince taç anlamını taşır.

<sup>3</sup> Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirüs / Ağır Akut Solunum Yetmezliği Sendromu

<sup>4</sup> Middle East Respiratory Syndrome Coronavirüs /Orta Doğu Solunum Sendromu

31 Aralık 2019'da Çin'in Vuhan şehrinde insanı hasta eden yeni bir koronavirüs alt türü ortaya çıkmış ve 2019-nCoV olarak adlandırılmıştır. Daha sonra SARS-CoV-1 virüsü ile benzerlik göstermesinden dolayı SARS-CoV-2 virüsü denilmiş ve bu virüsün insanlara taşınması sonucu Covid-19 hastalığı ortaya çıkmıştır.

#### **2.4. Covid-19'un Yayılımı**

Yeni koronavirüs alt türü olan SARS-CoV-2 diğer koronavirüs türleri gibi zoonotik<sup>5</sup> kaynaklı olup daha sonra insandan insana bulaş özelliği kazanmıştır. Oldukça küçük boyutta olan bu virüs, hasta kişilerin hapşırma, öksürme ve konuşma esnasında havada ve yüzeylerde asılı kalan damlacıklarının, sağlıklı kişilerin nefes alması ve yüzeylerle temas etmesi sonucu vücuda girmesi ile bulaşmaktadır (Dikmen vd., 2020: 34).

DSÖ'ye göre bu virüslerin kişiler arasındaki bulaş özelliği sosyal mesafenin korunmadığı koşullarda ve kapalı alanlarda daha fazla görülmektedir. (URL-1,2021) Kapalı alanlarda uzun süre kalındığında damlacık riskine daha fazla maruz kalındığından hastalık riski artmaktadır. Bundan dolayı bulaşma riskine karşı kişiler arasında 2 metre sosyal mesafe gereklidir (Karcıoğlu, 2020: 68).

SARS-CoV-2 virüsünün bulaştırıcılık süresi kesin olarak bilinmemektedir. Hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasından 1-2 gün önce başlayıp belirtilerin kaybolmasıyla sona erdiği düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020a: 11). Yapılan analizlerde belirtilerin başlamasından 1 gün önce bulaşıcılığın en zirvede olduğu ve bu bulaşıcılığın bir hafta içinde azaldığı tespit edilmiştir (Meyerowitz vd.,2020'den aktaran Çoktaş, 2020: 5).

Yeni tip koronavirüsü (SARS-CoV-2) genel olarak dış ortamlarda fazla dayanıklı değildir ancak nesnelere ve enfekte yüzeyler üzerinden bulaşma süresi yüzeyin tipi, ortamın sıcaklığı ve nem oranı gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Yapılan bir araştırmada bu virüsün bakır yüzeylerde 4 saat, karton yüzeylerde 24 saat, plastik veya çelikte ise 72 saat canlı kalarak bulaşıcılık özelliğini koruduğu gözlenmiştir (URL-2, 2020).

#### **2.5. Covid-19'un Belirtileri**

İnsanlarda solunum yolu enfeksiyonuna neden olan ve kişiden kişiye değişik belirtiler gösteren bu virüs, bulaştıktan 3-14 gün içinde ortaya çıkmaktadır. Genel olarak

---

<sup>5</sup> Hayvanlardan insanlara bulaşan hastalıklar.

belirtileri: yüksek ateş, solunum sıkıntısı, öksürük, halsizlik, kas ağrısı, baş ağrısı, ishal, tat ve koku kaybıdır.

Kişinin kronik hastalığı olmasa bile tehlike teşkil eden virüs, belirli yaş düzeyini geçen ve hipertansiyon, kanser, diyabet vb. hastalıklara sahip kişilerde daha ciddi belirtiler olan yüz ve dudaklarda morarma, ağır solunum yetmezliği, zatürre, böbrek yetmezliği ve ölüm gibi sonuçlara neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020a: 13).

Covid-19 hastalığı grip, soğuk algınlığı (nezle) ve alerji gibi hastalık belirtileriyle karıştırılabilmektedir. Aşağıda Şekil 1’de hastalıklarla ilgili benzer ve farklı belirtileri gösteren bilgiler yer almaktadır. Şekil incelendiğinde,

- Ateş, Covid-19 ve gripte daha belirgin olarak görülürken; soğuk algınlığı ve mevsimsel alerjide görülmemektedir.

- Hapşırma ve burun akıntısı, alerji ve soğuk algınlığında daha belirgin, Covid-19’da daha nadir görülmektedir.

- Grip ve soğuk algınlığı ani bir şekilde başlarken, Covid-19’da bu süreç kademeli olarak görülür. Tabi ki bu durum kişinin bağışıklık sistemine göre farklılık göstermektedir.

- Öksürük, genel olarak hastalıkların hepsinde görülmektedir. Ancak soğuk algınlığı ile alerji de daha hafif görülürken, Covid-19 ve gripte göğüste yanma hissi daha belirgin görülmektedir.


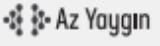

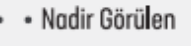


































































- Vücut ağrıları gripte çok daha fazla görülürken Covid-19’da pek yaygın olmasa da görülebilmektedir.

- Koku ve tat kaybı Covid-19’da daha fazla görülür. Ve bu belirti Covid-19’u diğer hastalık belirtilerinden daha net bir şekilde ayırmaktadır.

- Covid-19’un diğer hastalıklardan farkı çok çabuk akciğere inip zatürreye neden olmasıdır.

- İshal, grip ile Covid-19’da görülebilirken alerjide görülmemektedir.

- Gözlerde kaşıntı, sulanma ise mevsimsel alerjide daha belirgin görülmektedir.

	 Yaygın	 Az Yaygın	 Yaygın Olmayan	 Nadir Görülen	 Görülmeyen
BELİRTİ	COVID-19	GRİP	SOĞUK ALGINLIĞI	MEVSİMSEL ALERJİLER	
 Ateş					
 Baş Ağrısı					
 Bitkinlik					
 Boğaz Ağrısı					
 Bulantı veya Kusma					
 Burun Akıntısı veya Tıkanıklığı					
 Gözlerde Kaşıntı veya Sulanma					
 Hapşırma					
 İshal					
 Koku veya Tat Kaybı					
 Nefes Darlığı					
 Öksürük					
 Vücut Ağrıları					

Şekil 1. Covid-19, grip, soğuk algınlığı ve alerji belirtileri arasındaki farklar (URL-3, 2021).

## 2.6. Covid-19'un Tanısı

Öncelikle yüksek ateş, öksürük, nefes darlığı, tat-koku kaybı vb belirtilerden birini taşıyan kişilerin Covid-19 enfeksiyonu olabileceği düşünülmelidir. Özellikle son 14 gün içinde virüsün yaygın olduğu ülkelerden yolculuk yapan, virüsün tedavi edildiği birimlerde çalışan sağlık çalışanı ile görüşen ve olası ya da kesinleşmiş Covid-19 hastasıyla yakın temasta bulunan herkeste enfeksiyon riski düşünülmelidir (Karcıoğlu, 2020: 66).

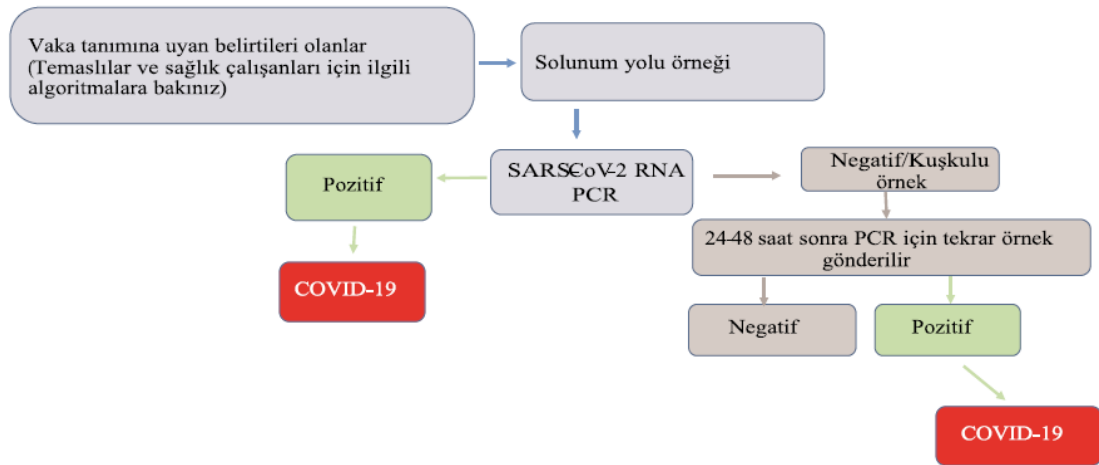
Covid-19 enfeksiyonundan şüphelenen kişilerde teşhisin doğrulanması için laboratuvar testi gereklidir. Bu testlerden kastedilen virüsün teşhisi aşamasında en sık kullanılan rRT-PCR yöntemi ve antikor testleridir. rRT-PCR yöntemi hastanın burun ve boğazın arka tarafından sürüntü veya sekresyonlarından alınan örneğin laboratuvarlarda

incelenerek virüse ait genetik materyali (virüsün RNAsını) tespit etmektedir (Şeker vd., 2020: 27) . Antikor testleri genellikle hastalığın ilk aşamalarında teşhis amacıyla kullanılmaz. Virüs ile enfekte olmuş kişilerin bağışıklık sisteminde bu enfeksiyon ile mücadele eden antikorlar üretilir ve kişiden alınan kanda antikor tespit edilir. Ancak antikorların kanda bulunması kişinin o anda virüse sahip olduğunu veya o anda vücutta bulunduğunu göstermez. Antikor testleri hastalık belirtisi görülmesine rağmen rRT-PCR testinin negatif olan kişilerde teşhisin doğruluğu için ve daha sonraki süreçlerde enfekte olmuş hastaların tedavisinde kullanılmak için yapılmaktadır. Örneğin, virüse karşı bağışıklık sağlayan kişi covid hastalarına kan bağışında bulunabilir (Alp, 2021: 29-31).

rRT-PCR yöntemiyle yapılan testler duyarlılığı yüksek olsa da bazen enfekte olmuş kişilerde negatif sonuca neden olabilmektedir. Bunun nedeni: (Sağlık Bakanlığı, 2020a: 14)

- Enfekte kişiden alınan sürüntünün yetersiz olması
- Enfekte kişiden alınan örneğin uygun evrede alınmaması
- Alınan örneğin uygun şartlarda alınmaması ve muhafaza edilmemesi
- Alan kişiden kaynaklanmayan virüsün değişen yapısından ve PCR inhibisyonundan<sup>6</sup> kaynaklanan hatalardan

Sağlık Bakanlığı Covid-19 rehberinde hastalık şüphesi yüksek kişilerden alınan test örneklerinin negatif çıkması halinde üst solunum yolundan alınan (burun ve boğazdan alınan sürüntü) örneklerine ek olarak alt solunum yolu (akciğer zarları arasında biriken su ve doku parçaları vb.) örneklerine de başvurulması gerektiği belirtilmektedir. Şekil 2’de Sağlık Bakanlığı olası vaka algoritması görülmektedir.



Şekil 2. T.C. Sağlık bakanlığı halk sağlığı genel müdürlüğü Covid-19 rehberi olası vaka algoritması (2020b).

<sup>6</sup> Testin kendinden kaynaklanan teknik hata.

Bu testler ile birlikte hastalığın teşhisinde akciğer grafi, akciğer ultrasonu, toraks bilgisayarlı tomografisi (toraks BT) gibi radyolojik incelemeler de birlikte değerlendirilmelidir ( Şeker vd., 2020: 27 ).

## 2.7. Covid-19'un Tedavi Süreci

Virüsün ortaya çıkmasıyla Covid-19 enfeksiyonuna karşı onaylanmış etkili ve özgün bir tedavi bulunmamaktadır; ancak virüsün hızlı yayılımı nedeniyle ilaç tedavisinin mümkün olan en kısa sürede belirlenmesi için randomize kontrollü çalışmalar yapılmaktadır. Günümüzde dünyanın değişik ülkelerinde remdesivir, favipiravir, hidrosiklorokin, klorokin, umifenovir, lopinavir/ritonavir gibi kanıt seviyesi düşük birçok tedavi esas alınarak enfekte olmuş tüm hastalara uygulanmış ve ülkemizde de geçici olarak tedavi rehberinde yerini almıştır (Taş vd. 2021: 46-51). Tedavi sürecinin ilk adımı enfekte olmuş hastalardan korunmak için gerekli izolasyon koşullarının sağlanmasıdır (Uludağ, 2020: 123). Enfekte hastalarda noninvaziv ventilasyon veya invaziv ventilasyon ile gerekli oksijen tedavisi uygulanmalı, aynı zamanda yüksek ateşe karşı vücut sıcaklığını düşürücü antipiretik ilaçlar kullanılmalıdır. Akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) bulunmayan hastalarda kortikosteroid kullanımı önerilmemektedir. Enfekte olmuş hastalarda koenfeksiyon geliyorsa ülkelerin tedavi rehberindeki tedavi yöntemine göre antibiyotik kullanılmalıdır (Karcıoğlu, 2020: 69). Covid-19 enfeksiyonu kesinleşmiş kişilerde antiviral tedavinin erken dönemlerde başlaması önerilmektedir ( Uludağ, 2020: 123) . Şimdiye kadar uygulanan tedavilerde en etkin antiviral ajan remdesivir olarak görülmektedir. Yapılan bir çalışmada oksijen ihtiyacı olan hastalarda ve mortalitede düşüşe neden olduğu gözlemlenmiş, bundan dolayı daha ciddi hastalarda kullanılması önerilmektedir (Taş vd., 2021: 51)

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), 22 Ekim 2020 tarihinde, remdesiviri yatarak tedavi olan enfekte hastaların tedavisi için onaylamıştır ( National Institutes of Health, 2020'den aktaran Çoktaş, 2020: 13),

Hidrosiklorokin / klorokin, uzun yıllar sıtma tedavisinin yanında eklem romatizması, sistemik lupus eritematozus, anti-fosfolipid sendromu gibi otoimmün hastaların tedavisinde de kullanılmıştır. Yapılan araştırmalarda söz konusu ilaçların bağışıklık sistemini güçlendirdiği tespit edilmiştir. Covid-19 tedavisinde erken dönemde kullanılması tavsiye edilen bu ilaçlar virüsün hücre içine girmesini engelleyerek hastalığın daha hafif atlatılmasını sağlar (Taş vd., 2021: 47). Ancak bu ilacın kullanımı

daha sonra DSÖ tarafından durdurulmuş ve 7 Mayıs 2021 itibari ile Sağlık Bakanlığı tarafından tedavi rehberinden çıkarılmıştır (URL-4, 2021a).

Favipiravir; influenza, ebola gibi RNA'lı virüslere karşı kullanılan antiviral ilaçtır. Kullanımı ile Covid-19 tedavisinde hastalarda iyileşme, mortalite oranında düşüş gözlemlenmiştir (Cascella vd., 2021). Çin'de yapılan bir araştırmada enfekte hastaların tedavisinde favipiravir ile umifenoviri ilaçları kullanılmıştır, ancak favipiravir tedavisinde ateş ve öksürüğün belirtilerinin daha kısa sürede iyileştiği görülmüştür (Chen vd., 2020'den aktaran Yörük ve Memikoğlu, 2020: 92).

Lopinavir/ritonavir ilaç tedavisinin yapılan çalışmalarda Covid-19 hastalığında hiçbir etkisinin olmadığı görülmektedir. Bundan dolayı Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (IDSA) enfekte hastaların tedavisinde Lopinavir/ritonavir tedavisini, National Institutes of Health (NIH) ise klinik çalışmalar dışında kullanılmasını önermemektedir (Taş vd., 2021: 49).

İlaçlara ilişkin çeşitli tedavi yöntemleri denense de Covid-19 salgınından kurtulmanın en güvenilir ve en kısa yolu aşılardır. Aşılar, enfeksiyon hastalıklarını önlemede en etkin yöntemlerdir. Aşılamadaki amaç kişinin ve yaşadığı toplumun bağışıklık sistemini güçlendirerek oluşabilecek salgınların önlenmesidir. Aşılar ile gerçekleşen bağışıklama genellikle daha ucuz ve daha uzun süre etkili olmaktadır. Aşılama, morbidite ve mortalite hızlarını düşürür (Dayan, 2021: 98). Covid-19 aşıları inaktif, viral vektör (adenovirüs), mRNA ve protein bazlı olmak üzere 4 farklı şekilde üretilmektedir (Kahraman ve Altındış, 2020: 243-244) .

1) *İnaktif aşı*, geleneksel aşı yöntemlerinden birisidir. Bu yöntemde virüs kimyasal veya fiziksel yollar ile etkisiz ve hastalık yapmayacak kadar zayıflatılarak bir dokuda çoğaltılmaktadır. Daha sonra kişilere enjekte edilmektedir. Bu aşıların üretimi daha zor iken zayıflatılmış yapıları nedeniyle bağışıklık sistemi gelişmemiş kişilere ilk aşamada güvenilir şekilde uygulanabilmektedir. Çin menşeli Sinovac aşısı bu yöntemde örnektir (URL-5, 2021).

2) *Viral vektör (adenovirüs) aşıları*, yeni aşı geliştirme yöntemlerinden birisidir. Bu yöntemde virüsün genetik materyalinin bir bölümü başka bir virüs içine yerleştirilerek kişilere enjekte edilmektedir. Bu virüsler zayıflatıldıklarından dolayı insanları hasta etmemektedir ve bu aşılar daha az maliyetlidir. Sputnik-V ve Oxford/AstraZeneca aşıları bu yöntem ile üretilmektedir (Okyay, 2020: 235) .











3) *mRNA aşıları*, koronavirüs'te taç görünümüne neden olan proteinlerin bulunduğu mRNA kullanılmaktadır. Genetik kodu taşıyan mRNA kişilere enjekte edilerek vücutta antikor üretimini sağlar ve hastalığa karşı hazır hale gelir. Bu aşıların

dezavantajı çok soğuk ortamlarda saklanabiliyor olmasıdır. Pfizer/Biontech, Moderna aşıları bu yöntem ile üretilmektedir (Fix vd., 2021: 1051; Kahraman ve Altındış, 2020: 244).

4) *Protein bazlı aşılar*, virüsün dışındaki protein yapısı doğrudan ya da laboratuvar ortamında üretilerek oluşturulan aşılardır. Novavax aşısı bu yönetime örnektir (Kahraman ve Altındış, 2020: 243).

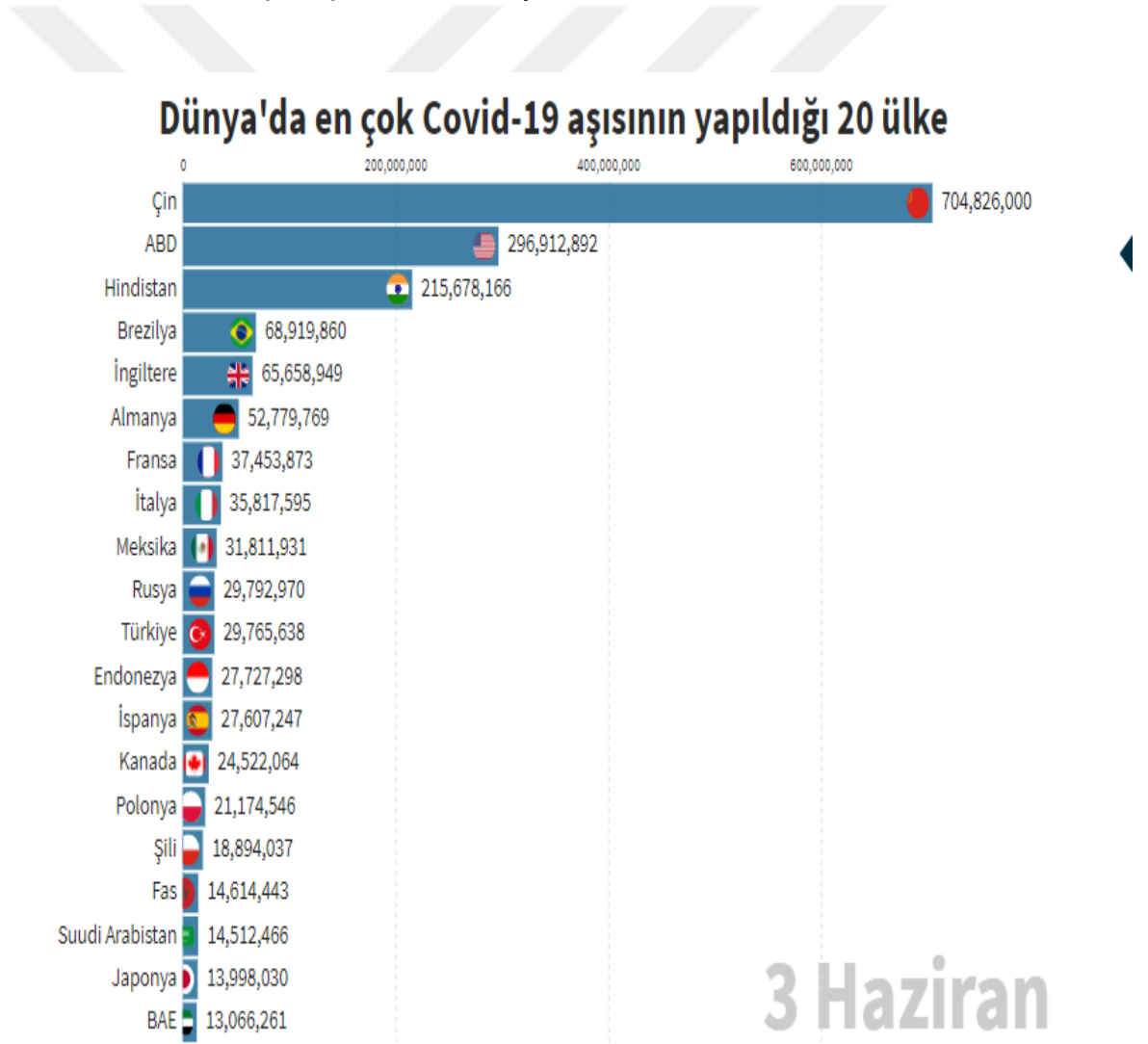
3 Haziran 2021 itibari ile 19 firma tarafından aşı geliştirilmiş ancak bu aşılardan 7 tanesi DSÖ tarafından kullanım izni ve onayı almıştır. Bu aşılardan; Pfizer/Biontech, AstroZeneca/Oxford, Johnson ve Johnson (Ad26.COV2.S), Moderna, Sinopharm, Sinovac, Covishield'dır. Bu aşılardan yanı sıra Rus aşısı olan Sputnik V ve Novavax ise DSÖ tarafından kullanım izni beklemektedir. Tablo 1'de bu aşılardan kayıtlı oldukları üretim teknolojileri ve beklenen karar tarihleri yer almaktadır.

Tablo 1. Covid-19 aşılardan durumları (URL-6, 2021).

Üretici Firma	Aşı Adı	Platform (üretim teknolojileri)	Beklenen Karar Tarihi
	BNT162b2/COMIRNATY Tozinameran (INN)	mRNA	31.12.2020
	AZD1222	Viral vektör	16.04.2021
	AZD1222	Viral vektör	15.02.2021
	Covishield (ChAdOx1_nCoV-19)	Viral vektör	15.02.2021
	Ad26.COV2.S	Viral vektör	12.03.2021
	mRNA-1273	mRNA	30.04.2021
	SARS-CoV-2 Vaccine (Vero Cell), Inactivated (InCoV)	İnaktif	07.05.2021
	SARS-CoV-2 Vaccine (Vero Cell), Inactivated	İnaktif	01.06.2021
	Sputnik V	Viral vektör	Onay beklemekte
	NVX-CoV2373/Covovax	Protein bazlı	Onay beklemekte

Üretilen aşular Çin, Almanya, ABD, Rusya ve İngiltere menşeli olup dünya geneline dağıtılmaktadır. Bu dağıtım aşamasında aşulara adil ve hakkaniyetli erişim sağlanmalı, aşı stokçuluğu ve adaletsizliğinin önüne geçilmelidir.

Aşılama sürecinde en önemli sorunlardan bir tanesi aşı dağıtımındaki adaletsizliktir. Bu durum genel olarak bazı gelişmiş ve zengin ülkelerin ihtiyaçlarından fazla aşı alarak stoklaması sonucu, daha yoksul ülkelerin yeteri kadar aşuya ulaşamıyor olmasıdır. Kanada'nın nüfusunun 5 katı, Avustralya'da kişi başı 5 doz ve ABD'de kişi başı 3 doz aşı alırken; Afrika'da bazı ülkelerin aşı tedarik etmede zorluk çekmesi bu duruma örnek gösterilebilir (URL-7; URL-8, 2021). DSÖ, aşı adaletsizliğinin önüne geçilmesi ve aşılama çalışmalarının hızlandırılmasının ve her ülkenin nüfusunun en az %10'luk kısmının kısa bir sürede aşılmasını gerektiğini belirtmiştir. Aşağıda 3 Haziran 2021 tarihinde en çok aşılanan 20 ülke yer almaktadır.



Şekil 3. Dünya'da en çok Covid-19 aşısının yapıldığı 20 ülke (URL-9, 2021).

Aşı stokçuluğunun önüne geçilmesi daha adil ve hakkaniyetli erişimin sağlanabilmesi amacıyla Nisan 2020 tarihinde UNICEF, CEPI, Gavi<sup>7</sup> ve DSÖ tarafından ortaklaşa kurulan Covid-19 Aşıları Küresel Erişim Programı (COVAX) küresel çapta yapılmış bir işbirliğidir. COVAX ile satın alma gücü olmayan ülkeler veya mülteci, sığınmacı, vatansız vb. kişiler aşıya hızlı bir şekilde ulaşabilmektedir. 2 Kasım 2021 tarihinde COVAX kapsamında 144 katılımcıya 435 milyondan fazla aşı gönderilmiştir (URL-10, 2021). DSÖ, aşılama çalışmaları ile birlikte salgın sürecinin kontrol altına alınmasının kolaylaşacağını, aynı zamanda aşılama çalışmaları ile küresel ekonomide de her ay 375 milyar dolar kaybın önleneceğini belirtmiştir (URL-11, 2021).

## 2.8. Covid-19'un Yayılmasını Önleyici Tedbirler

Covid-19 virüsünün toplum içinde yayılımını önlemek amacıyla antiviral tedavi ve koruyucu aşıların yanı sıra çeşitli tedbirler alınmalıdır. Bu tedbirler diğer enfeksiyon hastalıklarında alınabilecek önlemlerden farklı değildir.

*Kişisel önleyici tedbirler:* SARS-CoV-2 virüsü damlacık yoluyla bulaş özelliğine sahip olmasından dolayı kişilerin olabildiğince kalabalık ortamlardan kaçınması, maske kullanması, kişiler arasında sosyal mesafenin (2 metrelik) korunması, özellikle hasta kişilerden yakın temastan kaçınılması gerekmektedir. Bunların yanı sıra virüsün bulaşma riskini azaltmak için uygulanması gereken diğer önlemler: öksürme/ hapşırma esnasında ağız ve burnu kapatmak, kalabalık ortamlarda yüzeylerle temas sonrası el yıkamak, el yıkamanın mümkün olmadığı durumlarda alkol bazlı antiseptikler kullanmak, dezenfekte olmamış eller ile yüze dokunmamak, sürekli kullanılan nesne ve yüzeylerin temizlenmesi ve kullanılan ortamın sıklıkla havalandırılmasıdır (Saydam, 2020: 4).

*Sosyal ve kurumsal önleyici tedbirler:* Genel olarak devlet tarafından uygulanan önlemlerdir. Bunlar; zorunlu maske ve sosyal mesafe kuralları, seyahat kısıtlaması ve yolcu sayısının azaltılması, sokağa çıkma kısıtlamasının uygulanması, okul ve zorunlu olmayan iş yerlerinin kapatılması veya mümkün oldukça evden çalışılması, hasta kişilerin izolasyonu, temaslı kişileri ayırt etme ve karantina süreci takibinin yapılmasıdır (URL-12, 2021).

Covid-19'un önlenmesi için tüm ülkelerde aşılama çalışmaları başlamasına ve devam etmesine rağmen virüsü önleyici tedbirlerin uygulanması sürdürülmektedir.

---

<sup>7</sup> Yoksul ülkelerin aşılama çalışmalarının arttırılmasını sağlayan uluslararası kamu özel ortaklığıdır.

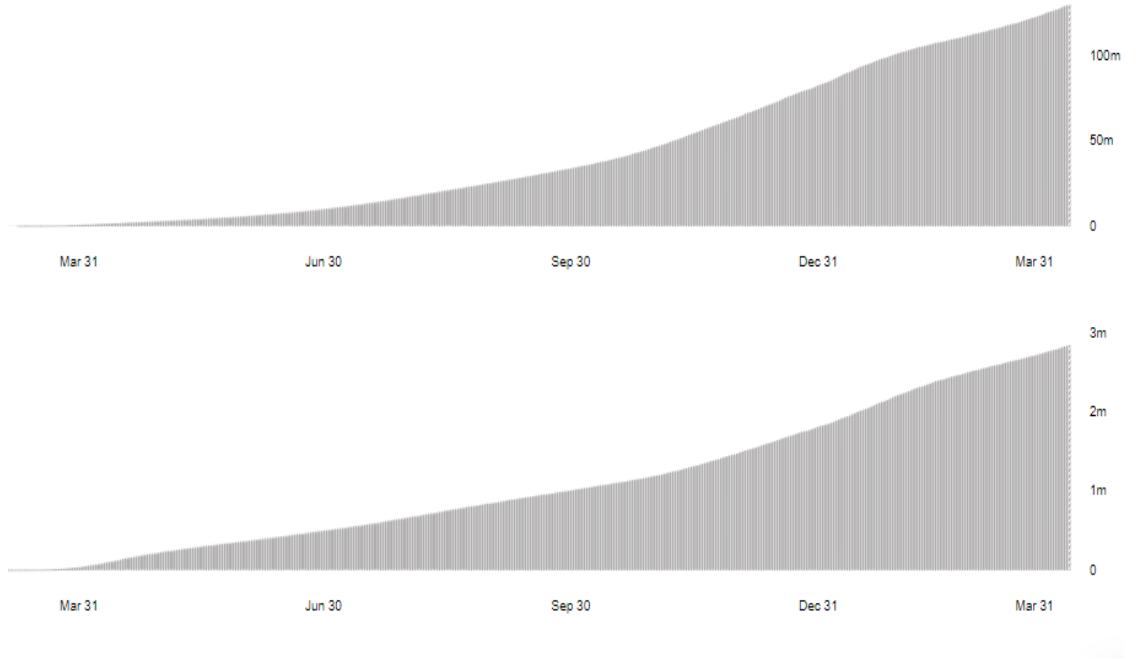
## 2.9. Covid-19'un Ortaya Çıkışı ve Uluslararası Yayılımı

2019 yılı sonunda Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde bulunan Deniz Ürünleri Satış Pazarında ortaya çıkan ve kısa sürede küresel salgına yol açan yeni bir koronavirüs (SARS-CoV-2) tespit edilmiştir. İnsandan insana bulaş özelliği gösteren bu virüs Çin'den sonra ilk olarak 13 Ocak 'da Tayland 'da görülmüştür. Daha sonra Japonya, Güney Kore gibi Doğu Asya ülkelerinden Avrupa, Amerika gibi bütün dünya ülkelerine yayılım göstermeye başlamıştır. Virüsün hızla yayılımı ve şiddeti nedeniyle DSÖ 30 Ocak tarihinde uluslararası halk sağlığı acil durum, 11 Mart 2020' de ise pandemi ilan etti (Sağlık Bakanlığı, 2020a: 5-8). Pandemi kararı veren DSÖ, tüm ülkeleri kapsayan politika önerilerinde bulunmuştur;

- Virüse karşı sakin ve hazır olmak
- Virüsün yayılımını tespit etmek, önlemek ve tedavi etmek
- Virüsün hızlı yayılımını ve şiddetini kontrol altına almak
- Virüse karşı geliştirilen yöntemleri ve bilgileri tüm ülkeler ile paylaşmak

Bunlara ek olarak bilimsel çalışmaların nasıl yapılması gerektiğini anlatan yol haritası ve rehberlik paketi yayınlamıştır (Şeker vd., 2020: 15).

DSÖ istatistiklerine göre 5 Nisan 2021 itibariyle dünya genelinde toplam 131.020.967 vaka sayısına ulaşılmış, 547727000 aşı dozu uygulanmış ve 2850521 kişi hayatını kaybetmiştir (URL-13, 2021 ).



Şekil 4. Küresel olarak toplam vaka ve ölüm sayıları

Tablo 2. 5 Nisan 2020 tarihinde Covid-19 vaka sayısı en çok olan 10 ülke (URL-13, 2021).

Ülke	Vaka Sayısı (Bin)	Ölüm Sayısı (Bin)	Ölüm Oranı (%)
<b>ABD</b>	273808	7020	2.56
<b>İspanya</b>	145122	12928	8.90
<b>İtalya</b>	124632	15362	12.32
<b>Almanya</b>	91714	1342	1.46
<b>Çin</b>	82930	3338	4.02
<b>Fransa</b>	67757	7546	11.13
<b>Birleşik Krallık</b>	53164	5274	9.92
<b>İran</b>	55743	3603	6.46
<b>Türkiye</b>	23934	501	2.09
<b>Brezilya</b>	9056	359	3.96

Asya'da başlayıp bütün dünyayı etkisi altına alan salgın, ülkelerin nüfus yapısı, gelir düzeyi, sağlık sistem yapıları, virüsün tanı ve tedavisinde kullanılacak test ve ilaçlar, virüse karşı alınan tedbirler gibi pek çok değişkene bağlı olarak vaka ve ölüm sayısını etkilemektedir (Üner, 2020: 90). Tablo 2'de 2020 yılı nisan ayı Covid-19 vaka ve ölüm sayıları yer almaktadır. Veriler incelendiğinde vaka sayısı açısından en fazla vakanın ABD'de (273.808), ABD'yi ise İspanya (145.122), İtalya (124.632), Almanya (91.714) ve Çin (82.930)'nin takip ettiği görülmektedir. Ölüm oranları ele alındığında ilk sırada İtalya (15.362)'nin yer aldığı onu İspanya(12.928), Fransa(7.546) ve ABD (7020)'nin takip ettiği görülmektedir.

Tablo 3. 5 Nisan 2021 tarihinde Covid-19 vaka sayısı en çok olan 10 ülke (URL-13, 2021).

Ülke	Vaka Sayısı (Milyon)	Ölüm Sayısı (Bin)	Ölüm Oranı (%)	Aşı dozu (Milyon)
<b>ABD</b>	30372016	551391	1.81	154238865
<b>Brezilya</b>	12953597	330193	2.54	19474264
<b>Hindistan</b>	12589067	165101	1.31	54665820
<b>Rusya</b>	4589540	100717	2.19	11373572
<b>Meksika</b>	2249195	204011	9.07	7214746
<b>Birleşik Krallık</b>	4359392	126836	2.90	35014074
<b>Fransa</b>	4746588	96032	2.02	10453534
<b>İtalya</b>	3668264	111030	3.02	9272731
<b>İspanya</b>	3309078	75773	2.28	7572588
<b>Türkiye</b>	3487050	32263	0.92	15834787

2021 yılının nisan ayında en fazla vakanın görüldüğü ülke ABD (30372016)'dir. Vaka sayısı açısından ABD'yi Brezilya (12953597), Hindistan(12589067), Rusya (4589540) ve Birleşik Krallık (4359392) takip etmektedir. Ölüm oranları ele alındığında

ilk sırada yine ABD (551391)'nin yer aldığı onu Brezilya (330193) , Hindistan(165101) ve Meksika (204011)'nın takip ettiği görülmektedir.



### 3. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK SİSTEMLERİ

#### 3.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hakkı

Toplumların var oldukları andan itibaren temel amacı hayatta kalabilmektir. Yaşamları boyunca yapmış oldukları bütün faaliyetler bu amaç içindir. Hayatta kalabilmeyi başaran toplumların bir başka amacı ise sağlıklı bir yaşam sürebilmektir. Sağlık, toplumun en önemli ihtiyacıdır ve kaybedildiğinde diğer mal ve hizmetlerin hiçbir anlamı yoktur. Bundan dolayı sağlık kavramı geçmişten günümüze önemini arttırarak gelmiştir (Özuysal, 2011: 3).

Sağlık kavramı, nispi bir kavram olmasından dolayı tek bir anlama sahip değildir. Her alanın kendine özgü bir sağlık tanımı bulunmaktadır. En basit haliyle sağlık kavramı kişiler tarafından günlük yaşamda kullanılan “hastaliksız olma hali” olarak tanımlanırken, DSÖ Anayasasında (1948) sağlık “yalnızca hastalık veya bedensel engelin bulunmaması değil, aynı zamanda fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan da yeterli olması durumu” olarak daha kapsamlı bir biçimde tanımlanmaktadır (WHO, 2009: 1). DSÖ yapmış olduğu bu tanımda sağlığı yalnızca hastaliksız hali olarak ele almamış aynı zamanda sağlığın sosyal, fiziksel, zihinsel, ekonomik açılardan da ilişkili olduğunu vurgulamıştır (Altındış, 2021: 3).

Sağlık hakkı, yaşamakta olan bütün canlıların hayatlarını sürdürebilmek için korunması gereken temel değerdir (İleri vd., 2016: 176). İlk defa 1947’de Dünya Sağlık Örgütü anayasasında soy, din, dil, siyasi görüş, iktisadi ve sosyal durum ayrımı yapılmaksızın, bireyin doğumuyla birlikte ortaya çıkan temel haklardan biri olduğu belirtilmiştir (Alcan, 2015: 1). Aynı zamanda sağlık hakkı, uluslararası düzeyde ve ulusal mevzuatlar ile koruma altına alınmıştır. Uluslararası düzeyde uygulanan en önemli çalışma, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesidir. 1948’de kabul edilen bu bildirmede sağlık hakkı;

Kişi gerek kendisinin gerek ailesinin gıda, giyim, konut ve tıbbi bakım gibi gerekli sosyal yardımlar da dâhil olmak üzere, sağlık ve refahını arttıracak daha iyi yaşam şartlarına, aynı zamanda işsizlik, hastalık, sakatlık, yaşlılık, geçim derdi gibi kendi isteği dışında oluşabilecek durumlarda herkesin sahip olması gereken temel haklardan biri olarak” açıklanmaktadır (Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 1948: 64). Ulusal ve uluslararası anlaşmalarla korunan bu hak, devletlerin bireylere karşı esas sorumlulukları arasında yer almaktadır (İleri vd., 2016: 176).

### 3.2. Sağlık Sisteminin Tanımı

Toplumun daha refah bir yaşam sürebilmesi ve neslinin devam edebilmesi için sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık olgusu ne kadar önemli ise bu olguyu doğru bir şekilde yerine getirebilecek olan sağlık sistemleri de o derecede önemlidir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin kavramsal bir çerçevede ortaya konulması gerekmektedir (Çelebi ve Cura, 2013: 48).

Sağlık sistemi, sosyal bir sistemdir. Sosyal sistemler, sınırlarının belirlenmesindeki zorluklar nedeniyle karmaşık yapıya sahiptir. Sağlık sistemleri de birbirinden farklı amaçlara sahip birçok kurum ve birey ile etkileşim içinde olmasından dolayı sosyal sistemler içerisinde yer almaktadır (Okursoy, 2010: 55). Her ülkenin kendine özgü bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Ülkelerin uyguladıkları sağlık sistem yapılarının tanımlanmasının en önemli faydası, ülkelerin sağlık sistemlerinin sınıflara ayrılması ve bu sistemlerin birbiriyle daha kolay mukayese edilebilir hale gelmesidir. Bunun için sağlık sistem kavramının tanımlanabilmesi büyük önem arz etmektedir (Çelebi ve Cura, 2013: 48).

Sağlık sisteminin literatürde birçok tanımı bulunmakla birlikte en basit tanımı “sağlığı geliştirmek amacıyla yapılan bütün faaliyetlerdir”. En geniş kapsamlı tanımı ise 2000 yılında DSÖ tarafından yayınlanmış “Sağlık Sistemleri: Performansı Arttırmak” raporunda yer alan tanımdır. Bu raporda sağlık sistemi; temel amacı sağlığı korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan sistem olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2000: 5). Sağlık sistemi, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının yanı sıra tıbbi cihaz ve malzeme üreticilerinin, ilaç şirketlerinin bu alanda eğitim veren kuruluşların oluşturduğu alt sistemler bütünüdür (Ateş, 2016: 48).

İyi işleyen bir sağlık sistemi, toplumda yaşayan kişilerin yaşam düzeylerini olumlu etkilemektedir. Bundan dolayı, iyi bir sağlık sisteminin taşıması gereken özellikler şunlardır (Roemer, 1982: 428-429):

- Sistem; kişilerin demografik, ekonomik ve diğer özelliklerinden dolayı ayırım yapılmaksızın tüm topluma uygulanmalıdır.
- Sunulan sağlık hizmetleri kapsamlı olmalı ve fiziksel, ruhsal sağlığa faydalı olabilecek teknolojik desteği içermelidir.
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda önleyici tedbirlere daha çok önem verilmelidir.
- Sağlık eğitimi veren birimler ve diğer kurumlar, sağlık hizmeti ağıyla uyum içinde çalışmalıdır.
- Yeterli sayıda sağlık personeli bulunmalıdır.
- Sağlık sistemi yeterli mali desteğe sahip olmalıdır.

Tüm bu özellikleri örnekler yardımıyla açıklamak gerekirse iyi bir sağlık sistemi, çocuğunun bağışıklık sistemini tehdit eden hastalıklara karşı ebeveynleri aşı tarihleri konusunda bilgilendirirken, kırsal kesimlerde yaşayan kişilerin temiz su kullanımını da güvence altına almalıdır. Aynı şekilde toplumdaki her bireyin mevcut bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgilendirilmesi de sağlık sisteminin görevleri arasında yer almaktadır (Okursoy, 2010: 58 ).

Genel olarak bakıldığında, her ülkenin kendine özgü bir sağlık sistemi bulursa da sağlık sistemlerinin temel amacı toplumda var olan herkese ihtiyaç duyduğu anda ve ölçüde en iyi hizmeti sunmaktır. Sunulan hizmetler kentsel bölgelerden kırsal kesimlerdeki çok küçük insan topluluklarına kadar eşit ölçüde ulaştırılmalıdır.

### 3.3. Sağlık Sisteminin Amaçları

Her sistem tanımlanmış bir amaç üzerine kurulmuştur. Örneğin sağlık sisteminin en belirleyici ve temel amacı “sağlık”tır. Sağlık sistemleri amaçlarını gerçekleştirirken diğer toplumsal sistemler ile etkileşim içindedir. Tüm toplumsal sistemlerin ortak amacı adil finansman ve beklentilerin karşılanmasıdır (WHO, 2000: 23). Bu durum Şekil 5’de gösterilmektedir.

Şekil 5 özetlenecek olursa her sistemin belirli bir amacı bulunmaktadır. Sağlık sisteminin temel amacı da sağlığı geliştirmek, etkin ve verimli bir şekilde sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık sisteminin amacı eğitim, ekonomi, politika ve diğer sistemler gibi birçok sistemi etkilemektedir. Tüm bu sistemlerin ortak amacı ise beklentileri karşılamak ve adil finansmanı sağlamaktır.

Sistemler Amaçlar	Sağlık	Eğitim	Ekonomi	Politika	Diğerleri
Sağlık					
Beklentileri Karşılama					
Mali katkının adaleti (Adil finansman)					

Şekil 5. Sağlık sisteminin amaçları ve diğer sistemler ile etkileşimi (Murray ve Frenk, 2000: 719).

Ana amaçlar
  Ortak amaçlar
  Etkilenen diğer sistemler

DSÖ 2000 yılındaki sağlık raporunda sağlık sisteminin temel amaçlarını üç başlık altında toplamıştır. Bunlar; sağlığın geliştirilmesi, nüfus beklentilerini karşılama ve mali katkının adaleti (adil finansman)'dır (WHO, 2000: 23). Gerek DSÖ çalışmasında gerekse yapılan diğer çalışmalarda sağlık sisteminin amaçları, temel ve yardımcı amaçlar olmak üzere iki başlık altında ortaya konulmaktadır (Karagan, 2008: 40). Aşağıda bu amaçlar kısaca ele alınmaktadır.

### 3.3.1. Temel Amaçlar

Bir ülkenin sağlık sisteminin ne kadar etkin ve verimli çalıştığını değerlendirebilmek için gerekli unsurlar olarak tanımlanmaktadır. Bu amaç kapsamında sağlığın geliştirilmesi, beklentilerin karşılanması (cevap verilebilirlik), adil finansman yer almaktadır (Murray ve Frenk, 2000: 719) .

*a)Sağlığın geliştirilmesi:* Bir sağlık sisteminin öncelikli amacı toplum sağlığını ve toplumu oluşturan kişilerin sağlık düzeylerini iyileştirmek ve geliştirmektir. Böylece bir ülkenin gelişen sağlık sistemine bağlı olarak bebek ölüm oranları, ortalama yaşam süresi, sosyal, ekonomik ve kültürel yapısı da değişebilmektedir (Murray ve Frenk, 2000: 719).

*b)Beklentilerin karşılanması (Cevap verilebilirlik):* Kişilerin sağlık hizmetleri dışında kalan meşru beklentilerini kapsamaktadır. Bunlar, bireye saygı ve müşteri odaklılığıdır.

*b.1) Bireye saygı;* kişilerin sağlık sistemi ile etkileşiminin genellikle önemli bir etik boyutu olduğunu vurgulamaktadır. Bunlar, itibara, bireysel özerkliğe (kişiler sağlıkları hakkında karar verirken bağımsız olabilmelidir) ve gizliliğe saygıdır.

*b.2) Müşteri odaklılığı;* kişilerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanma sürecinde talep edilen hizmetin zamanında giderilmesini ve algılanan kalitenin yüksek standartlarda tutulmasına yönelik faaliyetleri ifade eder. Buna tüketici memnuniyetini sağlamak için yapılan hizmetler de denilmektedir. Örneğin, kişiler sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anda sağlık erişimine engel olacak durumlar (randevu alamama, uzun kuyruklarla karşılaşma) ortadan kaldırılmalı ve temiz oda, uygun yatak, yiyecek-içecek gibi temel gereklilikler karşılamalıdır (Gün ve Kumbasar, 2016: 51; Murray ve Frenk, 2000: 719).

*c)Adil finansman:* Sağlık sistemlerinin finansmanı yapılırken oluşabilecek gelir eşitsizliğinin önüne geçilmelidir. Kişilerden gelir düzeylerine göre pay alınmalıdır. Gelir düzeyi yüksek olan kesimden daha fazla pay alınırken, düşük gelire sahip kişilerden daha az pay alınmalıdır (Murray ve Frenk, 2000: 720; WHO, 2000: 24).

### 3.3.2. Yardımcı Amaçlar

Sağlık sisteminin çalışma şeklinin değerlendirilmesinin daha doğru bir şekilde yapılabilmesi için temel amaçları tamamlayıcı unsurlar olarak tanımlanmaktadır (A. Şen, 2019: 21). Bu amaçlar, bakıma erişim (sağlık hizmetlerine ulaşım), toplum katılımı, yenilikçilik ve sürdürülebilirliktir.

*a)Bakıma erişim:* Bakıma erişim, kişinin sağlık hizmetlerinden ne kadar yararlanabildiği ile ilgilenmektedir. İnsanlar sunulan sağlık hizmetinden yararlanırken sunulan hizmet finansal olarak kişilerin bütçesine uygun olacak düzeyde olmalı, herkes tarafından kabul görmeli ve konum olarak da rahatça ulaşabilecek uzaklıkta olmalıdır (Olmen vd., 2010: 25-26'dan aktaran Çetintürk, 2019: 6).

*b)Toplum katılımı:* Sağlık hizmetleri içinde özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplumun daha bilinçli ve duyarlı olmasını sağlayacak düzenlemelere başvurulmalıdır.

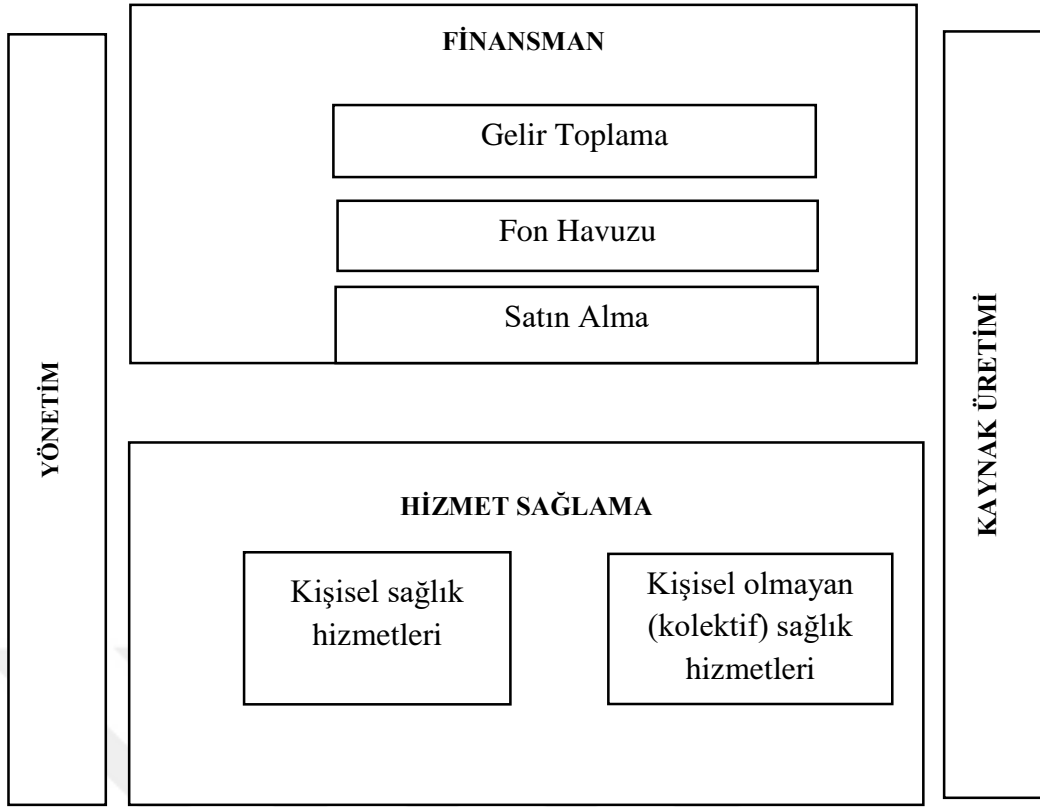
*c)Yenilikçilik:* Değişen dünya ile gelişen bilim ve teknoloji her daim sağlık sektörüyle uyum içinde olmalıdır (Çelebi ve Cura, 2013: 49).

*d)Sürdürülebilirlik:* Sunulan sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanmasıdır.

### 3.4. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Herhangi bir ülkenin tercih etmiş olduğu sağlık sisteminden beklenen temel fayda, o sistemin amaçlarını her yönüyle tam ve etkin bir şekilde sağlayabiliyor olmasıdır (Çelebi ve Cura, 2013: 50). Bundan dolayı sağlık sistemi amaçlarının gerçekleştirilebilmesi ve performansının değerlendirilmesi, sistemin fonksiyonlarının ne kadar iyi yerine getirilebildiğine bağlıdır.

Sağlık sistemi fonksiyonları DSÖ'ye göre dört temel başlıkta sınıflandırılmaktadır. Bunlar; hizmet sunumu, yönetim, kaynak sağlama ve finansmandır (WHO, 2000: 25). Şekil 6 ile sağlık sistemi fonksiyonları detaylı bir şekilde gösterilmektedir.



Şekil 6.Sağlık sisteminin fonksiyonları (Murray ve Frenk, 2000: 724).

### 3.4.1. Hizmet sunumu

Hizmet sunum fonksiyonu, bireylerin ve toplumun sağlığının korunması ve önlenmesi ile mevcut sağlık statüsünün geliştirilmesine yönelik yapılan bütün faaliyetlerdir. Bu faaliyetler insan kaynakları, ilaç kullanımı ve tıbbi araç gereç yardımıyla genel olarak birinci (sağlığın korunması ve oluşabilecek hastalıkların önlenmesi), ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarınca (tedavilerin sağlanması ve geliştirilmesi) sunulmaktadır (Byambaa, 2018: 6; Çetintürk, 2019: 9 ). Sağlık hizmet sunumu iki şekilde ele alınmaktadır. Bunlar;

Kişisel sağlık hizmet sunumu; tek bir bireye uygulanan tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Kişisel olmayan (kolektif) sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde yer alan ve tek bir bireye değil, topluma sunulan hizmetlerdir (Çetintürk, 2019: 9).

### 3.4.2. Yönetim

Genel olarak kamunun sorumluluğunda yürütülen yönetim fonksiyonu, ülkelerin mevcut sağlık sistemlerinin kapsadığı kişilerin sağlıklı olma durumu ve bu var olan durumun yönetimi olarak tanımlanmaktadır. Kamunun sağlık sistemi içerisindeki

sorumlulukları şunlardır (The Child Survival Program, 2005: 5-6'dan aktaran Okursoy, 2010: 60);

- Sağlık sisteminin koordinasyonundan,
- Toplumun eğitim düzeyinden,
- Sistemin finansman kaynağından,
- Sağlık sisteminde yer alan kurum ve kuruluşların (STK, özel sağlık kurumları, klinikler) performansından,
- Sağlık politikalarının toplumdaki işlerliğini arttıracak teşviklerden sorumludur.

Kamunun sorumluluğu ülkelerin sağlık sistem yapılarının güçlü olmasında tek etken değildir. Aynı zamanda yerel yönetimler(valilik, kaymakamlık, belediyeler) ve özel sağlık kurumları da bu alanda önem arz etmektedir.

### **3.4.3. Kaynak Sağlama**

Bir sağlık sisteminin varlığından söz edebilmek için öncelikle kaynaklarının olması gerekmektedir. Bu kaynaklar; insan unsurları (sağlık çalışanları ve yardımcıları), sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar (hastane, sağlık merkezleri, laboratuvarlar v.s), sağlık bakım organizasyonları için gerekli olan tıbbi teçhizat ve malzemeler ile hastalıkların iyileştirilmesi ve sağlığın geliştirilmesi için kullanılan bilimsel bilgidir. Mevcut kaynakların üretimde ayrı ayrı kullanılması hiçbir anlam ifade etmemektedir. Bundan dolayı kullanılan kaynakların belli bir düzen içerisinde sunulması gerekmektedir. Söz konusu bu düzen “örgütlenme fonksiyonu” olarak ifade edilmektedir (Sargutan, 2005: 96).

Her ülkenin sağlık örgütlenmesi diğerine göre değişiklik göstermesine rağmen, genel olarak belli başlı kurum ve kuruluşlar tarafından yerine getirilmektedir. Bunlar; ülkede en üst düzey kuruluş olan Sağlık Bakanlığı, özel sektör ile kamu kurumları, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve sağlık sigorta programlarıdır (Roemer, 1993: 335).

### **3.4.4. Finansman**

Sağlık finansmanı, tüm bireylerin olağan ve olağanüstü dönemlerde yeterli ve kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri için kaynak yaratma olarak tanımlanmaktadır. Bundan dolayı sağlık finansmanı, parasal yükün kimler tarafından giderildiği, finansal riskin nasıl paylaşıldığı, fonların kimler tarafından denetleneceği ve elde edilen paranın kullanılabilirlik durumu ile ilgilenmektedir. Ülkeler uyguladıkları finansman yönteminde hangi kaynağın ne kadar miktarda kullanıldığı ile ilgilenmektedir (Roberts

vd., 2009: 179'dan aktaran Çetintürk, 2019: 7). Aynı zamanda ülkelerin finansman modelleri o ülkelerin sağlık sistemlerinin kalitesini göstermektedir (A. Şen, 2019: 22).

Sağlık finansman fonksiyonunun üç alt bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; gelir toplamak, fon havuzlamak ve hizmet sunucularına ödeme yapmak (satın alma)'tır.

Gelir toplama; sağlık sisteminin kişi, kurum ve kuruluşlardan veya bağışçılardan para topladığı süreçtir. Bu süreç içerisinde gelir, kamu kuruluşları tarafından toplanabileceği gibi kâr amacı taşıyan ya da taşımayan özel kuruluşlar tarafından da toplanabilmektedir. Genel olarak sağlık sistemleri, genel vergilendirme, zorunlu sosyal sağlık sigortası primleri, gönüllü özel sağlık sigortası primleri, cepten ödeme <sup>8</sup>bağışlar ve tıbbi tasarruf hesapları gibi çeşitli gelir toplama yöntemlerine sahiptir. Gelir toplama yöntemlerinde cepten yapılan ödemeler dışındaki ödeme yöntemleri hizmet sunum öncesi toplanılırken, cepten ödemeler ise hizmetten yararlandıktan sonra yapılmaktadır. (WHO, 2000: 95).

Fon havuzlama; tüm katılımcıların finansal riski paylaşarak, ortak yararları için gelirlerin belirli bir alanda toplanması olarak ifade edilmektedir. Havuzlama, sağlık sistemi içinde "sigorta işlevi" olarak bilinmektedir. Bundan dolayı, havuzda toplanan kaynaklardan belirli bir katılımcı değil; havuzu oluşturan bütün katılımcılar yararlanmaktadır. Havuzlama, hem vatandaşlar hem de hizmet sunucuları için belirsizliği azaltır. Talebi ve fon akışını artırarak ve dengeleyerek, hastaların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilme olasılığını artırabilmektedir (WHO, 2000: 96).

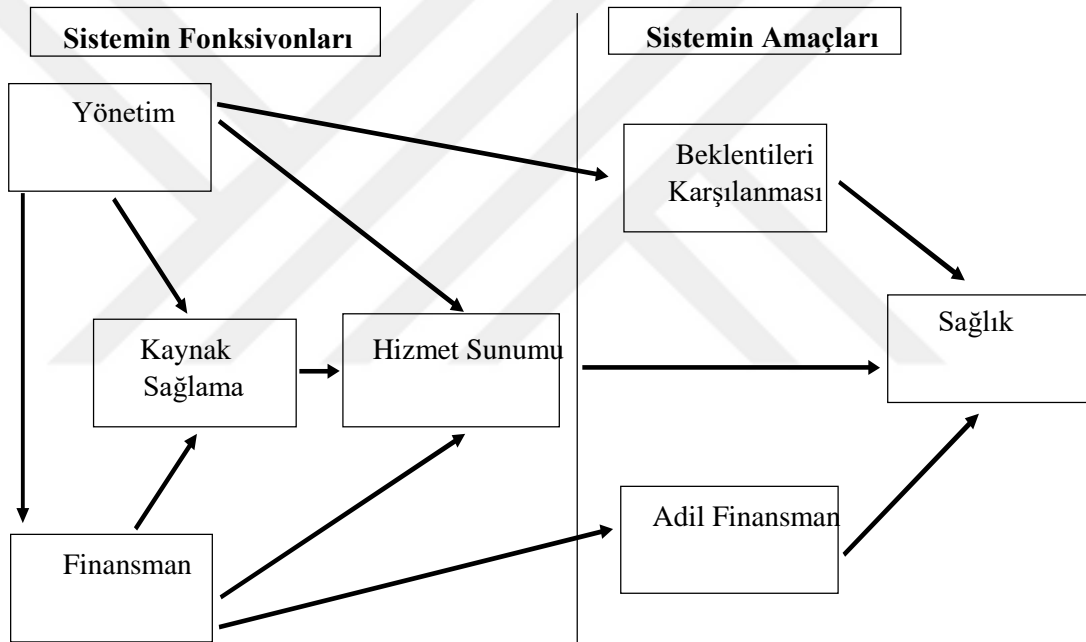
Satın alma; katılımcıların sağlık hizmetinden yararlanması karşılığında, havuzda toplanan fonlardan hizmet sunucularına yapılan ödemelerdir. Fon havuzlayan ve ödeme yapan kurum ve kuruluşlar genel olarak aynıdır. Aynı zamanda fon havuzlamada olduğu gibi ödemede de kime ödeme yapılacağı bellidir. Satın alma, pasif veya stratejik olarak gerçekleştirilmektedir. Pasif satın alma, önceden belirlenmiş bir bütçeyi takip etmeyi veya sadece sunulduğunda faturaları ödemeyi ifade eder. Stratejik satın alma; hangi sağlık sunumunun, nasıl ve kimden satın alınması gerektiğine karar vererek, sağlık sistemi performansını en üst düzeye çıkarmanın en iyi yollarını sürekli olarak araştırmayı içerir. Satın alma işlevinde hizmet sunucularına farklı yöntemlerde ödemeler yapılmaktadır. Bu yöntemler; vaka başına, hizmet başına, gün başına, kişi başına ve maaş ödemesi şeklindedir (WHO, 2000: 97; İstanbulluoğlu vd., 2010: 90)

Sağlık sisteminin fonksiyonları ve amaçları arasındaki ilişki özetlenecek olursa, her ülke farklı bir sağlık sistem yapısına sahip olsa da belirli üç amaç üzerine kurulmuştur. Bu amaçlardan en önemlisi sağlığın geliştirilmesi iken; diğer iki amaç,

---

<sup>8</sup> Kişilerin sağlık hizmetinden faydalanabilmesi için kendi bütçelerinden yaptıkları harcamalardır.

bütün sistemlerde ortak amaç olarak kabul edilen beklentilerin karşılanması ve adil finansmandır. Bu üç amacın gerçekleştirilebilmesi sistemin, fonksiyonlarını ne kadar iyi yerine getirebildiğine bağlıdır. Sağlık sisteminin fonksiyonları ile amaçları arasında ilişki Şekil 7’de verilmektedir. Amaçları gerçekleştirmeye yönelik olarak yönetimler (hükümet), sağlık hizmetinde kullanılacak kaynakları sağlamalı, hizmet sunumunu düzenlemeli, beklentileri karşılamalı ve hem kaynaklar hem de hizmet sunumu için finansman sağlamalıdır. Finansman fonksiyonu, sistem içerisindeki kişilerin yoksullaşmasının önüne geçerek, kişiler arasındaki gelir kaynaklı adaleti sağlamalıdır. Sonuç olarak, sistemi oluşturan fonksiyonlar ile ortak iki amaç, toplumların ve toplumu oluşturan kişilerin sağlık düzeylerinin iyileştirilmesine ve geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (Okursoy, 2010: 62).



Şekil 7. Sağlık sisteminin fonksiyonları ve amaçları arasındaki ilişki (WHO, 2000).

### 3.5. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması

Bugün dünyada sağlık sistemlerini sınıflandırma amacıyla çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bunun nedeni, sağlık sistemlerinin dinamik bir süreç içerisinde olmasından dolayı sürekli değişime uğramasıdır. Her ülkenin ekonomik, siyasal, sosyal ve kültürel açılarından farklılıkları bulunmaktadır. Dolayısıyla bu farklılıktan kaynaklanan ilişkiler, ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda sistemler arasında benzerliklerin yanı sıra ayrıldıkları noktalar ele alınarak sınıflandırmalar yapılmıştır (Ateş, 2016: 52; Gün ve Kumbasar, 2016: 57).

İlk kapsamlı ulusal çalışma Arthur Newsholme (1931) tarafından yapılmıştır. Newsholme çalışmasında bazı Avrupa ülkelerinin sağlık sigortalarını incelemiştir. Sağlık sistemlerinin uluslararası düzeyde çalışmaları ise II. Dünya Savaşı'ndan sonra başlamış ve daha sonraki yıllarda ülkelerin sağlık sistemlerini gruplar halinde sınıflandıran çalışmalar ön plana çıkmıştır. Ülkelerin sağlık sistemlerinin kıyaslanmasına karşı en kapsamlı çalışma, M.I. Roemer tarafından gerçekleştirilmiştir. Roemer, ülkelerin sağlık sistemlerine yönelik çok çeşitli çalışmalar yapmış, ancak 1991-1993 yıllarındaki çalışmaları genel kabul görmüştür. Roemer (1991-1993) çalışmasında devletin, sağlık sistemine müdahalesini en azdan en çoğa doğru; serbest piyasa tipi, refah yönelimli, kapsayıcı tip ve sosyalist tip olarak dört sınıfa ayırmıştır ( Gün ve Kumbasar, 2016: 57; Sargutan, 2005: 87) .

### **3.5.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi**

Liberal anlayışın benimsendiği bu sistemde sağlık hizmetleri özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı piyasa koşullarına bırakılmıştır. Özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinde devletin rolü sınırlıyken, koruyucu sağlık hizmetlerinde daha aktif role sahiptir. Girişimci sağlık sistemi olarak da bilinen sistemde, sunulan hizmetler kişisel ödemeler veya özel sağlık sigorta primleriyle finanse edilmektedir. Dolayısıyla bu sistemde maddi olanağı olan kişiler sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilirken, olanağı olmayan yoksul kesim hizmetten faydalanamayacağı için hastalık ya da sakatlık durumuyla karşı karşıya kalabilmektedir. Serbest piyasa tipi sağlık sistemine sahip ülkelerin başında ABD gelmektedir. Güney Afrika, Bangladeş gibi ülkeler de bu sistemi benimseyen ülkeler arasında yer almaktadır (A. Şen, 2019: 24; Yüksel, 2017: 17) .

### **3.5.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi**

1883 yılında Almanya'da Otto Von Bismarck tarafından ortaya atılan ve Bismarck modeli olarak da bilinen sistemde, sunulan hizmetler işverenlerin veya çalışanların ödediği zorunlu sigorta primleri ile finanse edilmektedir. Sosyal sigortacılık anlayışının benimsendiği bu sistemde sağlık hizmetleri kamu ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerinde özel sektör daha çok tamamlayıcı niteliktedir (Gün ve Kumbasar, 2016: 59).

Sosyal sigorta modeli, tüm vatandaşları kapsamamaktadır. İşgücü piyasasında istihdam edilen kişileri (çalışanları), emekliler ve bağımlıları içermektedir. Refah yönelimli sağlık sistemi uygulayan ülkelerin başında Almanya gelmektedir. Bunun yanı

sıra Fransa, Japonya, Brezilya, Hindistan gibi ülkeler de bu sistemi uygulamaktadır (Gün ve Kumbasar, 2016: 59).

### **3.5.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi**

Beveridge modeli olarak da bilinen sistemde, sağlık hizmetlerinin tümü devlet tarafından bütün vatandaşlara ücretsiz olarak sunulmaktadır. Sunulan sağlık hizmetleri genel vergiler ile finanse edilmektedir. Hizmet sunumunda kamu ve özel sektör işbirliği bulunurken, genel olarak sağlık ihtiyaçları kamu sağlık kurumlarınca karşılanmaktadır (Yüksel, 2017: 17).

Kapsayıcı sağlık sistemi, evrensellik (sadece çalışanlara değil tüm vatandaşların hizmetten yararlanması gerektiğini) , birlik (yönetimin tek bir çatı altında yer alması) ve benzerlik (kişilerin gelir düzeyleri fark etmeksizin sağlık hizmetinden yararlanması) olmak üzere üç temel ilkeye dayanmaktadır (Gün ve Kumbasar, 2016: 60).

Herkesi kapsayan, finansman ve sunumunda devletin aktif rol aldığı sistem, aynı zamanda ulusal sağlık hizmetleri sistemi olarak da adlandırılmaktadır. Başta İngiltere olmak üzere İsrail, Norveç, Yeni Zelanda gibi ülkeler de bu sistemi uygulamaktadırlar (Yüksel, 2017: 17).

### **3.5.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemi**

Toplumsal ve kişisel anlamda sunulan tüm sağlık hizmetlerinde kişilerden herhangi bir ücret talep etmeyen sistemdir. Sosyalist sağlık sisteminde, sunulan hizmet devlet tarafından finanse edilmektedir. Bundan dolayı, kişiler doğrudan ya da dolaylı olarak hiçbir şekilde harcama yapmazlar. Tüm hizmetlerin devlet eliyle gerçekleştiriliyor olması nedeniyle sağlık alanında özel sektörün yeri yoktur. Bu sistemi en başarılı uygulayan ülke Küba'dır (Pişkin, 2017: 30) . Eski SSCB de bu sistemi uzun yıllar kullanmıştır.

### **3.6. Sağlık Hizmetleri**

Sağlık sistemlerinin temel işlevleri sağlık hizmetlerince sunulmaktadır (WHO, 2000: 49). Sağlık sistemleri sağlığın geliştirilmesi, beklentilerin karşılanması (cevap verilebilirlik), adil finansman olmak üzere üç temel amaca sahiptir (Murray ve Frenk, 2000: 719). Bu amaçlar gerçekleştirilirken sunulan sağlık hizmetinin kalitesi önem teşkil etmektedir.

Sağlık hizmeti kavramının birbirine yakın birçok tanımı bulunmaktadır. Yapılan bir tanıma göre sağlık hizmetleri; bireylerin ve bireylerin oluşturduğu toplumun diğer

üyelerinin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılması gereken hizmetler” (Mutlu ve Işık, 2012: 14) olarak açıklanırken; başka bir tanımda ise “hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak yürütülen faaliyetlerin yanında, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünüdür” şeklinde ifade edilmektedir (Somunoğlu, 2012: 8).

DSÖ ise sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” (Arslan Kurtuluş ve Kumbasar, 2016: 7) biçiminde tanımlamaktadır.

Yapılan tanımlardan da anlaşılacağı üzere toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıklı olabilme durumunun sürekliliğinin sağlanması, kişilerin hastalıklardan korunması, hasta kişilerin tedavilerinin yapılması ve başkalarına ihtiyaç duymadan yaşamlarını sürdürebilmeleri sağlık hizmetlerinin temel amaçları arasında yer almaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda, kişilerin yaşam sürelerinin uzaması, işgücüne katılımın artması ve kişilerin ruhsal açıdan kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayarak daha sağlıklı ve daha üretken bir toplum hedeflenmektedir. Hedeflenen bu amaçların gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin taşınması gereken bazı özellikler bulunmaktadır (Somunoğlu, 2012: 10; Tıraş, 2013: 128).

### **3.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmetleri taşıdığı özellikler bakımından diğer mal ve hizmet sektörlerinden ayrılmaktadır. Bu özellikler şunlardır;

• *Hastalık riski ve tüketimi önceden belirlenmemektedir:* Hizmete olan ihtiyacın ne zaman ortaya çıkacağı belli değildir. İhtiyacın ortaya çıktığı anda giderilmesi gerekir, ertelenemez. Başka hizmetlerle karşılanamayacağı için ikamesi bulunmamaktadır.

• *Emek yoğun, soyut hizmetlerdir:* Sağlık sektörü ileri düzey teknolojinin kullanıldığı sektörlerden biri olmasına rağmen hizmet üretiminde ve sunumunda kişilerin daha fazla bulunması sağlık sektörünün emek yoğun olduğunu göstermektedir (Ateş, 2016: 3).

• *Uzmanlaşma düzeyi yüksektir:* Sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olmasından dolayı belirli mesleki bilgiye sahip, profesyonelleşmenin olduğu hizmetler sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda hizmet talebi doktorlar tarafından belirlenmektedir (Somunoğlu, 2012: 10).

• *Hizmeti alanlar ve verenler arasındaki eşitsizlik (Arz- Talep eşitsizliği), Bilgi asimetrisinin olması:* Sağlık hizmetleri ileri derecede uzmanlık gerektirdiğinden hizmet alanlar (tüketici, hastalar), alacakları hizmet hakkında tam bilgiye sahip değildir dolayısıyla alacakları hizmetlerin miktar ve kalitesini belirleyemezler. Bu durum hizmet talebinin belirsizliğine neden olmaktadır (Arslan Kurtuluş ve Kumbasar, 2016: 10).

• *Kamusal mallardır:* Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallardır<sup>9</sup>. Bu mallar her iki kesim ( kamu ve özel) tarafından da üretilmektedir. Kamusal kesim tarafından sunulan sağlık hizmetleri genellikle sosyal fayda sağladığından toplumun geneli yararlanmaktadır ve ödeme yapılmadığında hizmetten dışlanılmamaktadır. Özel kesim tarafından üretilen sağlık hizmetlerinde ise genellikle bireysel fayda sağlanmaktadır ve ödeme yapılmadığında birey hizmetten dışlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun tümüne sunulduğu için kamu yararı sağladığından, kamusal kısımda oluşmaktadır. Bu hizmetlere bulaşıcı hastalıklarda yapılan aşılama çalışmaları, temiz su ihtiyacının sağlanması vb. örnekler gösterilebilmektedir. Tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri her iki kesim tarafından da üretilmektedir (Ateş, 2016: 4; Mutlu ve Işık, 2012: 47).

### **3.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri önem sırasına göre koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç farklı şekilde sınıflandırılmaktadır (Demir ve Tanyıldızı, 2017: 101).

#### **3.6.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Hastalık hali ortaya çıkmadan önce alınan her türlü tedbir ve müdahaleyi kapsamaktadır. Bireyin ve toplumun sağlığını korumak ve hastalık riskini minimuma indirmek koruyucu sağlık hizmetleri ile mümkündür. Bu hizmetler toplum sağlığını önemli ölçüde etkilediği için devlet eliyle sunulmaktadır. Sunulan hizmet sonucunda

---

<sup>9</sup> Kamusal mallar, ekonomide üretilmesi zorunlu olan ve devlet tarafından üretilmediği takdirde özel kesimce de üretilmeyen mal ve hizmetlerdir. Yarı kamusal mallar ise devlet ve özel kesim tarafından üretilen mal ve hizmetleri kapsamaktadır. Yarı kamusal mallarda devlet, özel kesim tarafından üretilen mal ve hizmetlerin yeterince üretilmediğinde ortaya çıkabilecek toplumsal maliyetin giderilmesi için üretime katılmaktadır.

Kamusal ve yarı kamusal mal birbirlerinden farklı olduğu noktalar şunlardır:

- Kamusal malların faydaları bölünemez bundan dolayı fiyatlandırılmaz. Mal ve hizmetten yararlanmada bir bedel söz konusu olmadığından pazarlanamamaktadır. Yarı kamusal mallar ise faydaları bölünebilen bundan dolayı fiyatlandırılabilen ve bir bedel karşılığında piyasada pazarlanabilmektedir.
- Kamusal mallar faydasından kimsenin mahrum bırakılmadığı (dışlanmanın olmadığı), Yarı kamusal mallar ise bedelin ödenmediği takdirde kişiyi tüketimden mahrum bırakabilen (dışlanmanın olduğu) mallardır.
- Kamusal mallar vergiler ile finanse edilir. Yarı kamusal malların bölünemeyen kısmı vergiler ile finanse edilirken bölünebilen kısmı hizmetten yararlananlardan harç, resim, şerefiye, katılım payı gibi bedellerle finanse edilir (Karadeniz, 2021: 11-12 ).

elde edilen toplumsal (sosyal) fayda, bireysel faydadan daha fazladır (Erginöz, 2010: 21; Karaman, 2019: 11) .

Koruyucu sağlık hizmetlerinin, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerine göre maliyeti daha düşük olup etkisi daha büyüktür ( URL-14, 2021 ). Bu hizmetler sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, halk sağlığı laboratuvarları, aile ve toplum sağlık merkezleri, sağlık evi v.b birimler tarafından sunulmaktadır. Bu tür hizmetler kişiye ve çevreye yönelik olarak iki şekilde incelenmektedir (Özmen, 2013: 9).

*a) Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri:* Kişileri dolayısıyla toplumu hastalıklara karşı korumayı ve hastalanmaları halinde erken dönem tanı ile gerekli tedavinin başlatılmasını sağlayan hizmetlerdir (Akkavak, 2018: 16) . Bu hizmetler; doktor, hemşire, ebe gibi sağlık personelleri tarafından verilmektedir (Ateş, 2016: 9). Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri şunlardır;

- Bağışıklık sağlama,
- Yeterli beslenme,
- Erken tanı,
- Aile planlaması,
- Anne-çocuk sağlığı,
- Sağlığı geliştirici eğitim,
- Koruyucu ilaç tedavisidir (ilaçla koruma) (Fişek, 1983: 5).

*b) Çevreyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri:* Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörleri iyileştirerek toplum açısından daha faydalı hale getirmek amacıyla sunulan hizmetlerdir. Sağlıklı bir toplumun varlığından söz edilebilmesinin ilk koşulu, sağlıklı bir çevreye sahip olmaktan geçer. Örneğin, sağlıklı bir kişinin olumsuz çevre faktörlerine sahip bir çevrede bulunması, o kişinin sağlığının bozup hastalık riskinin artmasına neden olabilmektedir (Çoban, 2009: 17; Somunoğlu, 2012: 11).

Çevreyeye yönelik hizmetlerde, sağlık sektörü daha çok danışmanlık, denetim gibi hizmetleri yürütürken, diğer sektör ( Belediyeler, Tarım ve Orman Bakanlığı, Çevre, Şehircilik ve İklim değişikliği Bakanlığı ) ve meslek grupları (kimyager, gıda ve çevre mühendisi, veteriner hekim vb.) hizmet sunumunda daha aktif rol almaktadır (Erginöz, 2010: 21; MEB, 2015: 5). Bu hizmetler; güvenilir besin sağlanması, temiz ve güvenilir içme suyunun sağlanması ve denetimi, iş sağlığı, gürültü kirliliği ile mücadele, radyasyon ve hava kirliliği ile mücadele, konut sağlığı, katı ve sıvı atık denetimidir (Arslantaş, 2013: 6).

### 3.6.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Alınan sağlık önlemlerine rağmen sağlığını kaybeden kişilerin, sağlıklarına yeniden kavuşabilmesi için sunulan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık halinin ortaya çıkmasından, hastalığın iyileştirilmesine kadar geçen süreci kapsamaktadır. Bu hizmet türü kişiler üzerinde yoğunlaştığından, bireysel faydası sosyal faydadan daha yüksek olup koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha maliyetlidir (Erten, 2016: 12).

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalığın boyutuna göre 3 basamakta incelenmektedir.

a) *1. Basamak Sağlık Hizmetleri:* Hastalara evlerinde ya da aile hekim merkezleri, özel muayenehaneler, dispanser gibi ulaşımı kolay (yataksız) kuruluşlarda ayakta uygulanan tedavi hizmetleridir (Akdağ, 2012: 17). Bu basamakta sunulan hizmetlerin iyi düzenlenmesi ile diğer basamaklarda oluşabilecek yığılmaların önüne geçilebilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalığın tanı ve tedavisinin yapıldığı ilk basamak olmasından dolayı maliyetler diğer basamaklara göre daha düşük olacağından sağlık harcamalarının kontrolü daha kolay yapılabilmektedir (Yüksel, 2017: 11) .

b) *2. Basamak Sağlık Hizmetleri:* Birinci basamakta tedavisi yapılamayan hastaların hastaneye yatırılarak tedavi edildiği hizmetlerdir. Genel hastaneler, yataklı sağlık kuruluşları bu basamakta hizmeti sunan birimlerdir (Aygün, 2020: 11) .

c) *3. Basamak Sağlık Hizmetleri:* İleri düzey yüksek teknolojinin kullanıldığı, belirli alanda uzmanlaşmış yataklı tedavi hizmetleridir. Kadın doğum hastaneleri, üniversite hastaneleri, pediatri, onkoloji, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri bu basamakta hizmet sunan birimlerdir (Ateş, 2016: 12). Bu basamakta sunulan hizmetler, birinci ve ikinci basamağa göre daha maliyetlidir. Bunun nedeni, hastalığın tedavisinin daha zor ve iyileşme sürecinin daha uzun olmasıdır ( Yüksel, 2017: 11).

Sağlık hizmetlerinin daha iyi bir şekilde sunulabilmesi ve kişilerin bu hizmetten daha iyi faydalanabilmesi için, basamaklar arasında sevk zincirinin iyi düzenlenmiş olması gerekmektedir. Yataksız sağlık kuruluşlarının bulunduğu birinci basamakta sunulan hizmetin yeterli olmaması halinde, hastalığın giderilebilmesi için kişilerin yatarak tedavi edildiği diğer basamaklara sevk edilmesi söz konusu olabilmektedir. Sevk zincirinin iyi düzenlenmiş olması, kişilerin ihtiyaçlarının daha hızlı giderilmesini sağlarken; sağlık kurumlarında da gereksiz yığılmanın önüne geçerek daha etkin ve daha verimli hizmet sunumunu sağlamaktadır (Somunoğlu, 2012: 12) .

### 3.6.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Bedensel ve ruhsal yönden hasta ve sakat olan kişilerin günlük yaşamlarında fiziki, sosyal ve ekonomik açılardan başkalarına bağımlı olmadan hayatlarına devam edebilmeleri için sunulan hizmetlerdir (Akdur, 2006: 14). Rehabilitasyon hizmetlerinin temel amacı kişilerin kendi ihtiyaçlarını karşılamasının yanı sıra toplum içerisinde de uyum içinde yaşamalarını sağlamaktır (Arslan Kurtuluş ve Kumbasar, 2016: 13). Bu hizmetler sosyal rehabilitasyon ve tıbbi rehabilitasyon hizmetleri olarak iki şekilde incelenmektedir.

a) *Sosyal Rehabilitasyon:* Sağlıklı iken çalıştığı işine daha sonra ortaya çıkan sakatlık nedeniyle devam edemeyen kişiye yeni iş bulma, öğretme ve beceri kazandırarak işe uyum sağlamasına yardımcı olan hizmetlerdir (Özkara, 2006: 78).

b) *Tıbbi Rehabilitasyon:* Bedensel sakatlıkların tıbbi müdahaleler ile olabildiğince azaltılması amacıyla uygulanan hizmetlerdir. Sakatlıklar doğuştan olabileceği gibi herhangi bir hastalık ya da kaza sonucunda da oluşabilmektedir. Bu hizmet türüne işitme cihazı, ortez, protez, tekerlekli sandalye ve fizik tedavi gibi hizmetler örnek gösterilmektedir (Çoban, 2009: 19; Özkara, 2006: 78).

### 3.6.3. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmet sunumunun asıl amacı sağlık düzeyini iyileştirmek ve geliştirmek iken sağlık hizmetleri finansmanı bu amaçlara ulaşmada önemli bir araçtır. Dolayısıyla sunulan sağlık hizmetleri ne kadar önemli ise finansman şekli de o kadar önemlidir (Çelik, 2019: 169).

Sağlık hizmetleri finansmanı, toplum tarafından talep edilen düzeyde sağlık hizmeti gerçekleştirebilmek için gerekli olan parasal (mali) kaynakların nasıl kullanılması gerektiğini içermektedir. Sağlık sektörü uzmanlaşma ve ileri düzey teknolojinin kullanıldığı bir sektör olmasından dolayı maliyeti oldukça yüksektir. Buna bağlı olarak sağlık harcamalarına ayrılan pay da zamanla artmaktadır. Bu durum sağlık hizmet finansmanının önemini daha da arttırmaktadır. (Çelik, 2019: 169; Korucu ve Oksay, 2018: 267).

Artan maliyetlerin nasıl finanse edileceğine dair yıllar içerisinde birçok yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntemler tarihsel açıdan ele alındığında, sağlık finansal sistemlerinin kurulmasından önce sağlık finansmanı; dini örgütler, hayır kurumları veya vakıflar tarafından ücretsiz olarak karşılanmaktadır. Sonraki dönemlerde bir grup işçinin bir araya gelerek kurmuş oldukları dernek ile özel sağlık sigorta anlayışı benimsenmeye başlanmıştır. Bu durum, ilerleyen dönemde ortaya çıkan sosyal sigorta yönteminin

temelini oluşturmuştur. 19. yy sonlarında ortaya çıkan sosyal sigorta yöntemi çalışan ve işverenlerin primleri ile karşılanırken, 20.yy başlarında tüm toplumu kapsayan ve vergiler ile finanse edilen ulusal sağlık hizmet sistemleri geliştirilmiştir. Sağlık hizmetleri finansman şeklinin yıllar içerisinde bireysel ödemeden kamusal ödemelere doğru bir değişim gösterdiği söylenebilmektedir (Tatar, 2011: 123; Yenimahalleli Yaşar, 2007: 15).

Bu açıdan sağlık hizmetleri finansmanında tek bir yöntemden bahsedilmemektedir. Genel olarak ülkelerin kamu ve özel sektör finansman kaynakları şeklinde iki yöntemi benimsedikleri görülmektedir (Somunoğlu, 2012: 18).

- (1) Kamusal finansman kaynakları
  - (a) Vergiler
  - (b) Sosyal sağlık sigorta
- (2) Özel finansman kaynakları
  - (a) Özel sağlık sigortası
  - (b) Cepten ödemeler
  - (c) Tıbbi tasarruf hesapları

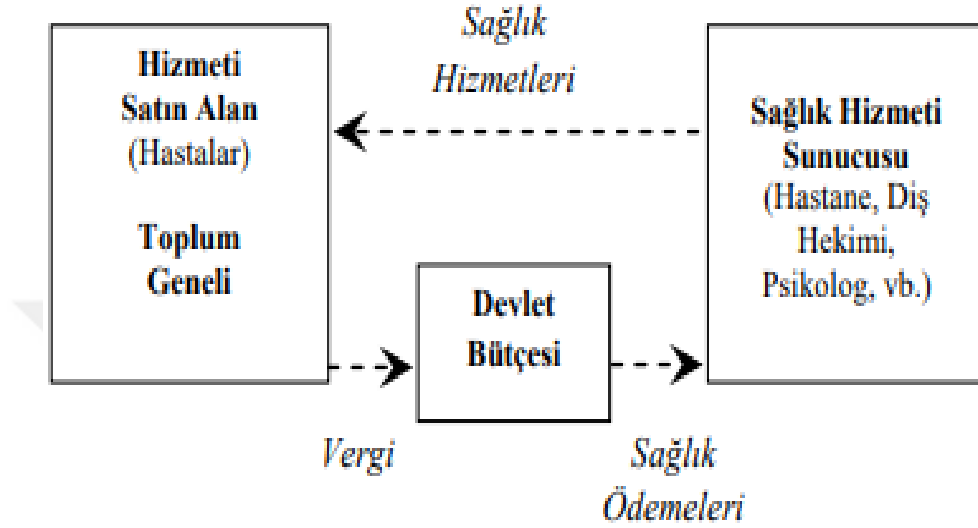
### **3.6.3.1. Kamusal Finansman Yöntemleri**

Kamusal finansman yöntemi, vergiler ve sosyal sigorta yöntemi ile finansman olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Bu yöntemde sağlık hizmetleri finansmanı devlet eliyle sunulmaktadır.

Birçok ülkede sağlık anayasal bir hak olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen kişilerin gelirlerinin farklı olması, sağlıklı yaşam hakkını riske sokacağından devlet kamu gücünü kullanarak sahip olduğu araçlar ile yapacağı düzenlemeler sonucunda tüm topluma eşit ve hakkaniyetli bir hizmet sunumu sağlar. Kısaca kamusal finansman yöntemlerinde devlet, satın alma gücünün oluşturduğu eşitsizliği ortadan kaldırmak amacıyla müdahale etmektedir (Şenatalar, 2003: 26).

Kamusal finansman yöntemlerinde vergiler, kamu bütçesinde yer aldığı için kamu bütçesine dayalı finansman ya da genel vergiler ile finansman olarak da bilinmektedir. Aynı zamanda literatürde 'Beveridge modeli' olarak da yer almaktadır (Çelik, 2019: 174). Bu yöntemde sağlık hizmetleri finansmanı, bireylerden doğrudan veya dolaylı olarak alınan vergilerin bir havuzda toplanarak diğer sektörleri de kapsayacak şekilde dağıtılması ile gerçekleşmektedir. Bireyler sistem tarafından belirlenen şekilde ve miktarda katkı payı sağlar ve ödedikleri vergiler ile bu payı karşılar (Erten, 2016: 18).

Vergi gelirleri ile finansman bütün nüfusu kapsadığından her vatandaş için risk paylaşmakta ve fırsat eşitliği sağlanmaktadır. Ancak var olan sistemin daha iyi işleyebilmesi için vatandaşların vergi ahlakı ve bilincine sahip olmaları, devletin ise vergi tahsilinde aktif rol alması gerekmektedir (Yüksel, 2017: 13). Bu yöntem Şekil 8’de gösterilmektedir.

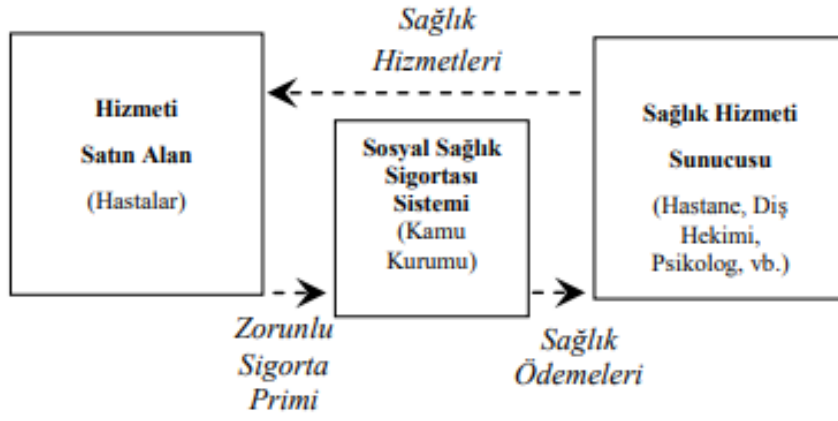


Şekil 8. Genel vergiler ile finansman (Getzen, 1997’den aktaran Çelikay ve Gümüş, 2010: 196).

Sosyal sağlık sigorta yöntemi ile finansman, zorunlu kamu sigortası ya da literatürde ‘Bismarck modeli’ olarak da bilinmektedir. Çalışan ve işveren gibi belirli kişiler tarafından kamu sigorta kurumuna belirli oranda yapılan prim ödemeleri ile uygulanan yöntemdir. Bu yöntemde de primler havuzda toplanmakta ve ihtiyaç anında hizmet bedelini karşılamaktadır. Sosyal sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin finansmanının yanı sıra yaşlılık, sakatlık ve ölüm gibi durumları da kapsamaktadır.

Sosyal sağlık sigortası belirli kişi ve kesimlere uygulanacağı<sup>10</sup> gibi genel sağlık sigortası kapsamında tüm vatandaşlara uygulanabilmektedir. Bu sigorta kapsamındaki kişilerin prim ödemeleri zorunlu olup kamu her zaman aktif rol almaktadır (Çelik, 2019: 179). Bu yöntem Şekil 9’da gösterilmektedir.

<sup>10</sup> Bu kişi ve kesimler ile ifade edilen çalışan, işveren, serbest meslek mensupları ve kendi bütçesinden prim ödemek zorunda olan kişiler veya yasa koyucunun belirlediği kesimdir.



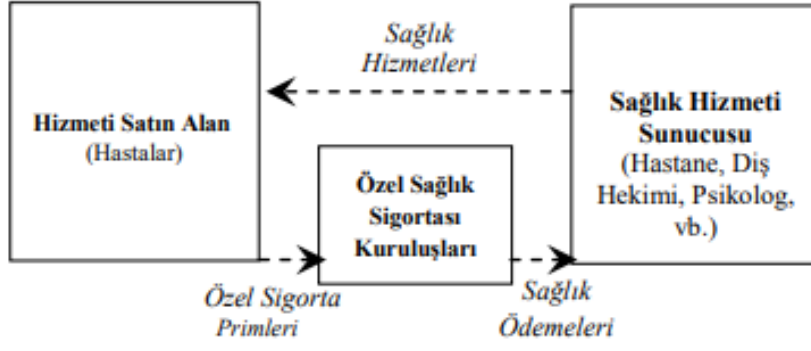
Şekil 9. Sosyal sağlık sigortası ile finansman (Getzen, 1997'den aktaran Çelikay ve Gümüş, 2010: 194).

### 3.6.3.2. Özel Finansman Yöntemleri

Özel finansman yöntemleri özel sağlık sigortası, cepten ödemeler ve tıbbi tasarruf hesapları olmak üzere üç şekilde incelenmektedir.

Özel sağlık sigortası, kişilerin kendi iradesi veya devletin zorunlu tuttuğu alanlarda özel sağlık sigorta şirketleri tarafından toplanan primler ile sağlık hizmet finansman ihtiyacını karşılayan sistemdir. Özel sağlık sigortasının temel amacı sigorta kapsamına giren kişilerin sigorta başlangıç tarihinden itibaren karşılaşılabileceği riskleri güvence altına alabilmektir. Özel sağlık sigortası ABD, İsviçre gibi bazı ülkelerde zorunlu olarak uygulanırken diğer ülkelerde kamu finansman yöntemini tamamlayıcı veya gönüllük esasına dayalı şekilde uygulanmaktadır (Çelik, 2019: 184-185; Yüksel, 2017: 14).

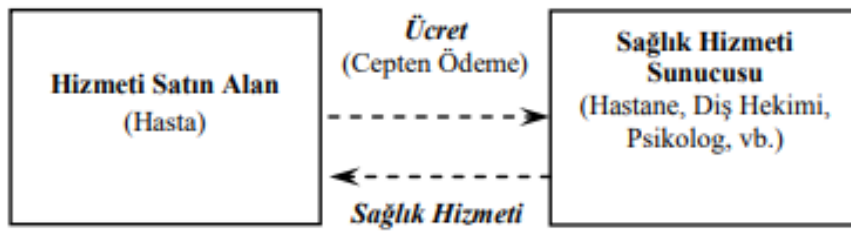
Sigorta şirketleri kâr amacı güttüğünden kişilerin sağlık riskleri, ekonomik ve sosyal statüleri önem arz etmektedir. Örneğin, risk oranı yüksek kişilerden daha fazla prim alınırken, risk oranı düşük kişilerden daha az prim alınmaktadır ya da yaşlı ve kronik hastalar için sigorta kapsamına alınamama gibi durumlar söz konusu olabilmektedir. Özel sağlık sigortalarının, sosyal sağlık sigortaları gibi gelirle ilişkisi bulunmamaktadır. Sosyal sağlık sigortasında primler bir havuzda toplanıp sağlık riski ve sağlık statüsü göz önüne alınmaksızın hizmetler finanse edilirken, özel sağlık sigortasında kişinin sağlık riski ve sağlık statüleri prim ödemesinde önem teşkil etmektedir (Çelik, 2019: 184-185; Yüksel, 2017: 14). Şekil 10'da özel sağlık sigorta yönteminin finansman şekli gösterilmektedir.



Şekil 10. Özel sağlık sigortası ile finansman (Getzen, 1997'den aktaran Çelikay ve Gümüş, 2010: 190).

Özel finansman yönteminde diğer bir ödeme şekli ise cepten ödemelerdir. Cepten ödeme yöntemi, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin kendi bütçelerinden yaptıkları harcamalar olarak tanımlanmaktadır. Bu ödeme yöntemi hastalık sonucu ortaya çıkabilecek mali risklere karşı kişilere koruma sağlamamaktadır (Çelik, 2019: 191).

Cepten ödeme yöntemi genellikle sağlık hizmet sunumunu sağlayamayacak kadar gelir seviyesi düşük, az gelişmiş ülkelerde veya sağlık sistemi gelişmemiş ülkelerde daha çok görülmektedir. Bu ülkelerde hizmetten yararlanabilmek için belirli bir ücret ödemek gerekmektedir. Dolayısıyla gelir düzeyi yüksek olan kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanabilirken, geliri düşük olan kişiler hizmetten dışlanmaktadır. Hizmetten dışlanan kişiler; hastalık, sakatlık ve ölüm gibi yaşam hakkını tehdit eden durumlarla karşılaşabilmektedir. Bu yöntemi benimseyenlere Çin, Hindistan ve Afrika ülkeleri örnek olarak gösterilebilir (Erten, 2016: 28). Şekil 11' de cepten ödeme yöntemi finansman şekli yer almaktadır.



Şekil 11. Cepten ödeme yöntemi ile finansman (Getzen, 1997'den aktaran Çelikay ve Gümüş, 2010: 188).

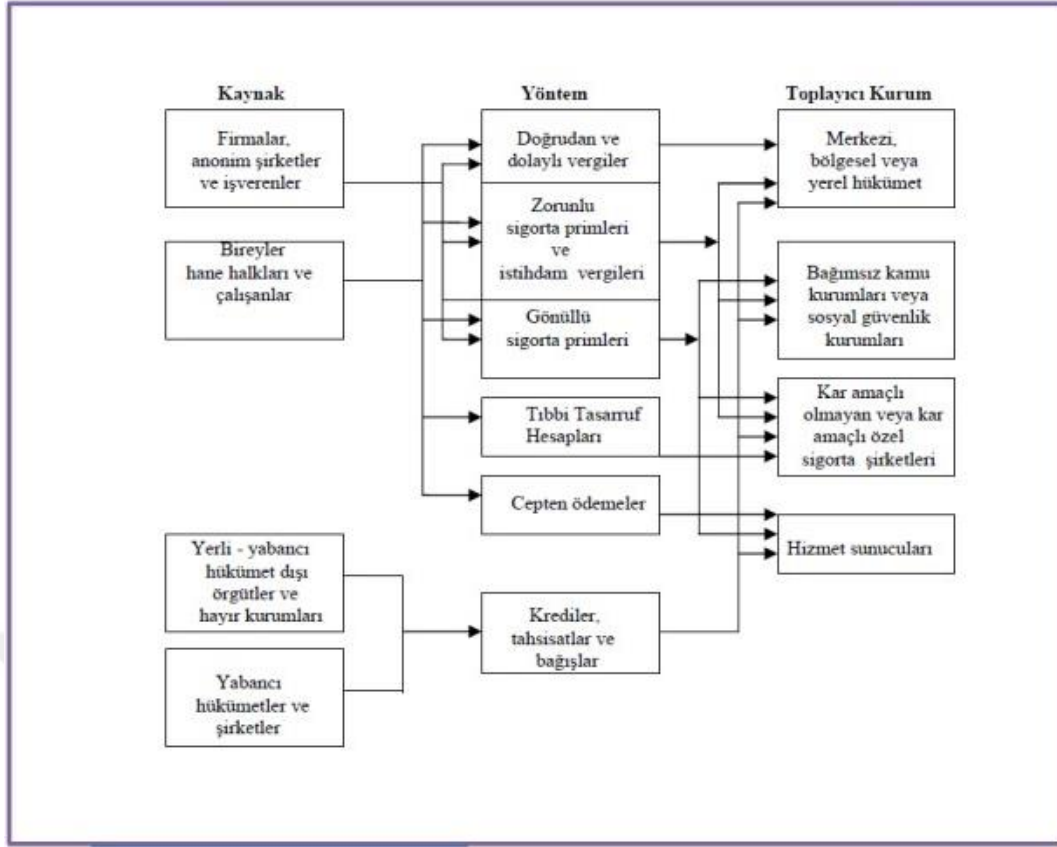
Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve enformel ödemeler olarak üç şekilde ele alınmaktadır. Doğrudan ödemeler, hiçbir sosyal güvencesi olmayan veya ihtiyacın daha erken giderilebilmesi amacıyla yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler

çoğunlukla diş hekimleri, özel klinik ve hastaneler gibi özel sektör tarafından sunulan hizmetlere yapılmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 90). Kullanıcı katkıları, herhangi bir sağlık güvencesine sahip olan kişilerin aldıkları hizmet karşılığında yapmış oldukları belirli ödemelerdir (Tıraş, 2013: 144). Muayene ve reçete katkı payları, üç kutu ilaçtan fazla alımda kutu başı katkı payı veya ölkemizde 1.basamak sağlık hizmet kullanımında çalışan kesimden alınan %20'lik ilaç bedelleri örnek gösterilebilmektedir (Erginöz, 2010: 34).

Kullanıcı katkılarının alınması finansman yükünü kamudan özel sektöre aktarmak, ek gelir elde etmek, sağlık harcamalarının düşmesi halinde kaynak yaratmak veya sağlık harcamalarının artması halinde gereksiz talebi önleyerek maliyetleri (harcamaları) sınırlamak amacıyla kullanılmaktadır (Erginöz, 2010: 34). Enformel ödemeler ise doğrudan ödemeler ve kullanıcı katkılarından farklı olarak yasal olmayan ödemelerdir. Sağlık güvencesine sahip kişilerin güvence kapsamında yapmış oldukları ödemeler dışında hizmet sunan kişilere yapılan kayıt dışı ödemelerdir. Bu ödemeler kişiye yeni bir maliyet çıkarmaktadır. Toplum tarafından bıçak parası, zarfla ödeme, teşekkür hediyesi olarak da bilinmektedir (Yüksel, 2017: 14).

Özel finansman yönteminin son finansman şekli ise tıbbi tasarruf hesaplarıdır. Bu hesaplar, kişilerin sağlık durumlarının bozulması halinde (hastalık risklerine karşı) hizmet finansmanını sağlayabilmek amacıyla hesaplarında tuttukları paralardır. Tıbbi tasarruf hesapları genellikle diğer sosyal güvence yöntemleri ile birlikte sunulmaktadır. Bu hesaplar, ahlaki tehlikeyi önlemek, sağlık harcamalarını kontrol altına almak, 3. taraf ödeyici sorunlarını gidermek ve gelecekte sağlık harcamalarının artma beklentisine karşı kişilere ek kaynak oluşturmak amacıyla kullanılmaktadır. İlk olarak Singapur'da daha sonraki yıllarda ise Çin, ABD ve Güney Afrika ölkelerinde kullanılmaya başlanmıştır (Çelik, 2019: 197-198; Tıraş, 2013: 145).

Sağlık hizmetleri finansman yöntemlerini Şekil 12 yardımıyla özetleyecek olursak, daha iyi sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla genel olarak hanehalkı (kişiler) ve şirketlerden toplanan mali kaynakların nasıl kullanılması gerektiğini içermektedir. Mali kaynaklar; vergi gelirleri, sosyal ve özel sağlık sigorta primleri, cepten ödemeler, bireysel tıbbi tasarruf hesapları ve bağışlar şeklinde kamu kuruluşları, kâr amaçlı ya da kâr amacı olmayan sigorta şirketleri tarafından toplanmaktadır. Toplanan kaynaklar doğrudan veya dolaylı olarak kişilerden alınmaktadır ve ölkeler arasında finansman yöntemleri farklılık gösterebilmektedir (Korucu ve Oksay, 2018: 273).



Şekil 12. Fon kaynakları, katkı yöntemleri, fon toplayan kurumlar (Kutzin 2001'den aktaran Mossialos ve Dixon 2002: 5).

### 3.7. Sağlık Harcamaları ve Harcamaları Etkileyen Faktörler

Sağlık harcamaları genellikle kişi ve toplumun sağlığını korumak ve sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan harcamaları kapsamaktadır.

“Ülkelerin sağlıklı toplumlara sahip olabilmesi için ekonomilerinin güçlü ve sürdürülebilir olması gerekir. Sağlıklı bir toplum için de, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını giderecek sağlık hizmetlerinin takdim edilmesi gerekmektedir. Bu sağlık hizmetleri sırasında yapılan giderlere ‘sağlık harcaması’ denilmektedir” (Kaya, 2019: 13).

Hastalıkların iyileştirilmesi sürecinde uygulanan tetkik ve tedavilerin yanı sıra bağışıklama, cinsel hastalıklarla mücadele vb. koruyucu hizmetler ile birlikte sağlık sektörüne yapılan her türlü yatırım sağlık harcaması olarak kabul edilmektedir (USH, 2000, xiii’ den aktaran Akın, 2007: 29). Sağlık alanına yapılan yatırımlar kişi ve toplumun daha etkin, verimli ve kaliteli bir hayat sürmelerini sağlamaktadır.

Sağlık harcamalarının bilinmesi, ülkelerin sağlık alanına ayırdıkları kaynaklar açısından önem arz ederken; aynı zamanda ülkelerarası ve sektörler arası mukayese yapılabilmesi açısından da önem içermektedir. Sağlık harcamalarının yapılması ile ülkelerin sağlık statüleri ve gelişmişlik düzeyleri ortaya konulmaktadır (Mutlu ve Işık,

2012: 207). Örneğin gelişmiş ülkeler tarafından yapılan sağlık harcamaları gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelere oranla daha fazladır (Yanar, 2011: 20).

Sağlık harcamaları açısından gelişmiş ülkelerin verilerine ulaşmak daha kolay iken az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere bu verilere erişim konusunda sorunlar yaşanmaktadır. Bu nedenle DSÖ, OECD, Dünya Bankası, UNICEF gibi uluslararası kuruluşların raporları önemli bir yer tutmaktadır (Erten, 2016: 34).

### **3.7.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler**

Sağlık harcamaları son 25- 30 yıldır tüm dünyada hızlı bir artış göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde bu artış gelişmekte olan ülkelere göre daha hızlıdır. Genel olarak ülkelerin sağlık harcamalarının artması aynı nedenlere dayanmaktadır. Bu nedenler; ekonomik, sosyal, teknolojik ve kültürel etmenler olarak sıralanabilir (Akın, 2007: 31; Mutlu ve Işık, 2012: 216).

Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler daha detaylı ele alınacak olursa:

a) *Kişi Başına Gelirin Yükselmesi:* Küreselleşen dünya ile ülkelerin milli gelirlerinde yaşanan artış kişinin gelirini de olumlu etkilemektedir. Kişi başı gelirin artması ile birey daha refah bir yaşam sürmek isteyecektir ve yaşam standardını yükseltirken sağlığına da daha fazla dikkat edecektir. Geliri artmadan önce kamu sağlık hizmetlerinden yararlanan birey gelirin artmasıyla kamu hizmetlerinin yanında özel sektör sağlık hizmetlerinden de yararlanmaya başlayacaktır. Bu durumda beraberinde sağlık harcamalarında artışa neden olacaktır (Mutlu ve Işık, 2012: 218). Gelirin artmasıyla bireyin koruyucu sağlık hizmetlerine olan talebi de artacaktır. Örneğin, düzenli check-up vb. kontroller yaptıracaktır (Demir ve Tanyıldızı, 2017: 103) .

b) *Eğitim Düzeyinin Yükselmesi:* Bireyin eğitim seviyesinin yükselmesi sağlık bilincini de arttırmaktadır. Sağlık konusunda daha bilinçli olan birey sağlığına daha fazla önem vereceğinden sağlık hizmetine olan talep, sağlık harcamalarını da arttıracaktır. Yüksek gelir düzeyine sahip gelişmiş ülkelere eğitim seviyesi daha yüksek olduğundan, sağlık bilinci de daha gelişmiştir. Böylelikle bu ülkelere sağlık harcamaları düşük gelirli ülkelere göre daha yüksektir (Erten, 2016: 37; Yüksel, 2017: 21) .

c) *Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi:* İçinde bulunduğumuz dünya küreselleşmenin etkisiyle devamlı değişim ve dönüşüm geçirmektedir. Özellikle son yıllarda bu durum daha da hız kazanmış olup toplumların yaşam şekillerini ve sosyal değerler yargılarını da değiştirmeye başlamıştır. Küreselleşmenin etkisiyle insan hareketliliğinin artması hastalık riskini arttırabileceği gibi insanların sağlık konusunda

daha bilinçli hareket etmelerini sağlayarak, sağlığa olan bakış açılarını değiştirebilmektedir. Bunların yanı sıra alkol ve uyuşturucu bağımlılığı veya yaşlı bakımının aile içinde yapılmaması gibi durumlar sağlık harcamalarının artmasına neden olabilmektedir (Erten, 2016: 36; Mutlu ve Işık, 2012: 219) .

*d) Teknolojik Gelişmeler:* Sağlık alanında ileri düzey teknolojinin kullanılması ile sağlık hizmetlerinde kullanılan alet ve ekipmanın kalitesi de artmaktadır. Kullanılan teknolojinin ileri düzeyde gelişmiş olması, hastalıkların teşhis ve tedavi süresini kısaltarak yüksek maliyetlerin önüne geçmektedir. Ancak, cihazların sürekli geliştirilmesi bu cihazların kullanımında uzman personel yetiştirilmesi ve düzenli aralıklarla bakımının yapılması maliyetleri arttıracığından sağlık harcamalarını da arttırmaktadır (Yüksel, 2017: 22).

*e) Şehirleşme:* Ekonomik büyüme ve sanayileşme sonucunda ortaya çıkan şehirleşme (kentleşme) olgusu bireylere, daha fazla bir arada yaşama zorunluluğu getirmiştir. Şehirleşmenin olduğu bölgelerde insanların daha çok iç içe olması aynı zamanda trafik sorunu, geçim stresi, hava ve çevre kirliliği gibi birçok olumsuz koşulun bulunması hastalık riskini arttıracığından bu bölgelerde yeterli sayıda etkin ve verimli çalışan sağlık kuruluşlarının (yeterli altyapı, uzman personel, malzeme, ilaç vb.) bulunması gerekmektedir. Bu durum sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Akın, 2007: 34).

*f) Yaşam Süresinin Uzaması:* Kişi ve toplumların sağlık bilincinin artması, tıpta uzmanlaşmanın ve ileri düzey teknolojinin kullanılması dünyada ortalama yaşam süresini uzatarak yaşlı nüfusunu arttırmaktadır. Bu durum daha çok gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Örneğin çoğu gelişmiş ülkede 1990 yılında 60 yaş ve üstü kişilerin toplam nüfusa oranı % 17.1 iken, 2000 yılında % 18,7 düzeyinde gerçekleşmiş ve 2025 yılında da %25,3 düzeyinde olması beklenmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 221; Tokalaş, 2006: 29).

Yaşam süresi ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık için yapılan harcamalar ortalama yaşam süresini yükseltirken, beraberinde sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Bunun nedeni ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak sağlık hizmet talebindeki artış ve sunulan hizmetin maliyetli olmasıdır (Tokalaş, 2006: 29; Warnes, 1995:157-158'den aktaran Loş, 2016: 75).

### **3.8. Sağlık Düzeyi Göstergeleri**

Sağlık düzeyi göstergeleri ülkelerin sağlık hizmet yapısı ve sağlık harcamalarının yeterli olup olmadığı konusunda, sağlık politikalarını hazırlayan kurum ve kuruluşlara

yardımcı olabilmek için sunulan önemli verilerdir. Bu veriler sayesinde kaynaklar daha kullanılabilir hale getirilerek toplumun sağlık düzeyini arttıran hizmetler sunulabilmektedir ve sağlık harcamaları için ayrılan kaynak dağılımı daha etkin şekilde yapılabilmektedir. Bu nedenle sağlık düzeyi göstergeleri ile ülkelerin sağlık sistemlerinin işlevselliği daha belirgin bir şekilde ortaya konulacağından ülkeler arası karşılaştırmalar daha kolay yapılabilmektedir. Sağlık harcamalarında olduğu gibi bu göstergelerde de gelişmekte olan ülkelere ait verilerde sıkıntı olabileceği için uluslararası kuruluşlar tarafından hesaplanıp yayınlanmaktadır (Çelik, 2019: 27). Bu göstergeler; doğum ve ölüm oranları, doğumda yaşam beklentisi, hastalık ölçümleri ve sağlık sistemine ilişkin göstergelerdir.

a) *Doğum ve Ölüm Oranları*: Toplumun sağlık statüsünün belirlenmesinde doğum ve ölüm oranları önemli bir yere sahiptir. Bu oranlar yardımıyla ülkelerin sağlık hizmetlerinin kalitesi belirlenebilmektedir. Bu göstergeler şunlardır:

• *Kaba Doğum Hızı*: Genellikle bir yıl içinde belirli bir bölgede gerçekleşen doğumların, aynı bölgenin yıl ortası nüfusuna bölümünün binde olarak ifade edilmesidir.

• *Kaba Ölüm Hızı*: Genellikle bir yıl içinde belirli bir bölgede gerçekleşen ölümlerin, aynı bölgenin yıl ortası nüfusuna bölümünün binde olarak ifade edilmesidir. Sadece kaba ölüm hızının bilinmesi pek fazla bir şey ifade etmez. Bunun için yaş ve cinsiyet ayrımları da yapılmalıdır.

• *Bebek Ölüm Hızı*: 1 yaşını doldurmadan ölen bebeklerin aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranıdır. Bebek ölüm hızı, bir bölgenin gelişmişlik ve kalkınmışlık düzeyinin göstergesidir.

• *5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı*: 5 yaşını doldurmadan ölen çocuk sayısının bir yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranıdır.

• *Anne Ölüm Oranı*: Gebelik, doğum veya lohusalık esnasında ölen anne sayısının o yıl içinde doğan canlı bebek sayısına oranıdır (Yüksel, 2017: 7-8; Ö. R. Önder, 2017).

b) *Doğumda Yaşam Beklentisi*: Kişinin hayatta kaldığı ortalama yıl sayısı olarak tanımlanmaktadır. Doğumda yaşam beklentisi ülkelerin sosyo-ekonomik yapılarından etkilenmektedir. Ekonomisi gelişmiş ülkelerde sosyal şartlar olumlu etkileneceğinden kişinin ortalama yaşam süresi de artacaktır. Aynı zamanda sağlık sektöründe yaşanan olumlu gelişmeler de ortalama ömrü uzatmaktadır (Şahin, 2018: 2).

c) *Hastalık Ölçümleri*: Ülkelerde görülen hastalık çeşitleri de sağlık düzeyini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Hastalıkların güvenilir ve doğru yöntemler ile ölçümünün yapılması hastalığın kapsamı hakkında doğru bilgi vereceğinden

kaynakların bu alana yönelimi ile toplumda var olan hastalıkların giderilmesi sağlanmaktadır (Çelik, 2019: 33).

*d) Sağlık Sistemine İlişkin Göstergeler:* Son olarak sağlık sistemine ilişkin göstergeler, toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesinde önemli kaynaklardır. Bu kaynaklar beşeri ve maddi olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Beşeri kaynaklar, insanlar tarafından sunulan bedensel hizmetlerdir. Dolayısıyla sağlık sektöründe çalışan doktor, hemşire ve diğer personeller beşeri kaynaklar içerisinde yer almaktadır. Maddi kaynaklar ise GSYH, kişi başına düşen GSYH gibi sağlık sistemine ayrılan kaynak miktarıdır (Yüksel, 2017: 8).



## 4. TÜRKİYE VE SEÇİLİ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

### 4.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi

Ülkemizde sağlık sisteminin gelişimi için yapılan çalışmaların Cumhuriyet’in ilanından öncesine dayandığı görülmektedir. Osmanlı Devleti döneminde 19.yy sonlarına kadar yapılan birtakım sağlık hizmet çalışmaları hükümetlerin asıl görevleri arasında yer almamıştır. Bu dönemde uygulanan sağlık politikaları ve sağlık hizmetleri daha çok orduya ve saraya yönelik sunulmaktadır. İnsanlar belirli bir ücret karşılığında serbest çalışan doktorlardan hizmet alabilmektedir. Dönemin hizmet sunan tek kurumu ise Reisul Etıbbı (Hekim Başı)’dır.<sup>11</sup> Ancak dönemin değişen ve gelişen yapısıyla paralellik gösteren sağlık hizmetleri 1839 yılında kurulan, "Beynelmilel Sıhhiye Meclisi" ile geniş kitleleri kapsar hale gelmiş ve sağlık, artık hükümetlerin asıl görevleri arasında yerini almaya başlamıştır. Bu gelişmelere rağmen ilk anayasa olan Kanuni Esasi (1876)’de sağlıkla ilgili olarak hiçbir düzenlemeye yer verilmemiştir (Akdur, 1998: 2).

Cumhuriyetin ilanından önce ve Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılmasından kısa bir süre sonra 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile sağlık hizmetlerinin yürütülmesi tamamen devlet yönetimine geçmiştir. Sağlık Bakanlığının ilk önceliği sağlık alanındaki eksiklikleri belirlemek, sağlık kazanımlarını artırmak ve elde edilen kaynakların en verimli şekilde kullanımını sağlamaktır. Cumhuriyetin ilanı ile Mustafa Kemal Atatürk sağlık alanında yaşanan sorunlara daha hızlı ve kalıcı çözümler aramış ve benimsemiş olduğu “topluma sunulan sağlık hizmeti devletin bir görevidir” anlayışı ile bu alanda önemli gelişmelerin devamlılığını sağlamıştır (Aydın, 2002: 183; Yeginboy ve Sayın, 2008’den aktaran İleri vd., 2016: 179). Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık politikaları beş dönem altında incelenmektedir.

---

<sup>11</sup> Osmanlı Devleti’nde hükümdar ve sarayda yaşayanların sağlığından sorumlu olan, en yüksek sağlık işleri görevlisidir.

#### 4.1.1. 1920-1938 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1920 ve 1923 yılları arasında uzun yıllar savaş içerisinde olan ülkede yapılan sağlık politikaları daha çok savaş yaralarını iyileştirme, mevzuat oluşturma gibi çalışmaları kapsamaktadır (Yüksel, 2017: 27).

Türkiye Cumhuriyet Hükümetinin ilk sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam görev süresince ülkenin sağlık sisteminin kurulması ve geliştirilmesinde çok önemli katkılarda bulunmuştur. Bu dönemde numune hastaneleri açılmış<sup>12</sup>, sağlık hizmetlerinin denetimleri Sağlık Bakanlığınca yapılmaya başlanmış, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928)<sup>13</sup> ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930)<sup>14</sup> olmak üzere iki önemli kanun uygulamaya konulmuştur. Aynı zamanda bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla (cüzzam, trahom, frengi, verem, sıtma) mücadelede önemli adımlar atılmıştır. Ayrıca hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru gibi nitelikli insanların sayısı arttırılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezi yönetime tedavi edici hizmetlerin ise mahalli idareler tarafından yürütülmesine yönelik sağlık politikaları uygulanmıştır (Akdağ vd., 2008:13; Karar, 2013: 40). Bunların yanı sıra tıp fakültelerinin sayısı arttırılmış, doktorların serbest çalışmaları yasaklanmıştır ve ilçelerde hükümet tabipliği kurulmuştur (Akdağ vd., 2008: 14; Yüksel, 2017: 28).

Önemli gelişmelerin yaşandığı Dr. Saydam döneminin 1923 yılında sağlık hizmetleri 69 eczacı, 554 hekim, 4 hemşire, 136 ebe, 560 sağlık memuru ile sunulmaktadır (Akdağ vd., 2008: 13). 1924 ve 1936 yılında nüfusun fazla olduğu yerlerden başlayarak sırasıyla 150 ve 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmıştır (Çiftçi, 2011: 22).

Bu dönemden önce her ne kadar sağlık alanında adımlar atılmış olsa da çok yeterli olamamıştır. 1923 yılı ile sağlık personel sayısı gibi göstergelerdeki artış bu dönemde atılan adımların önemini ortaya koymaktadır. Örneğin, 1923 yılında hekim başına düşen nüfus oranı yaklaşık 30.000 civarında iken bu oran 1930 yılında 12.183, 1935 yılında ise 9.846'ya düşmektedir (Eren ve Tanrıtanır, 1998: 11).

#### 4.1.2. 1938- 1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Dr. Refik Saydam döneminde uygulanan sağlık politikalarından sonra ilk önemli çalışmalar Dr. Behçet Uz tarafından yapılmıştır. Bu dönemde yapılan çalışmalardan ilki 1946 yılında açıklanan 'Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı' dır (İleri vd., 2016: 179).

<sup>12</sup> Sivas, Kayseri, Ankara, İstanbul, Erzurum ve Diyarbakır (1924), Haydarpaşa(1936)'da açılmıştır.

<sup>13</sup> Sağlık personelinin yetki ve sorumluluklarını belirleyen kanundur.

<sup>14</sup> İşçi sağlığı, çocuk işçilerin güvenliği, dul ve yetimlerin devletten aylık alması başta olmak üzere çalışma hayatıyla ilgili çeşitli hususlara ilişkin yasal düzenlemelerdir.

Sağlık planının amacı sunulan sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu sağlayarak, ülkenin geneline yaygınlaştırmaktır. Dolayısıyla bu amaç doğrultusunda kırsal kesimdeki pek çok köye koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmet merkezlerinin açılması (Fişek, 1991: 3), sağlık hizmetlerinin tek elden (merkezden yönetim) yürütülmesi, az ya da eksik olan yatak ve malzeme ihtiyacını tamamlamak, isteyen kişilere belirli bir ücret ile sigorta yapmak gibi sağlık sistemini iyileştirmek adına birçok çözüm önerisi sunulmuştur (Dirican, 2001: 466). Ancak plan Cumhuriyet tarihinin yazılmış ilk sağlık planı olmasına rağmen Behçet Uz'un bakanlıktan ayrılması ve hükümet değişikliği gibi nedenlerden dolayı kanunlaşmamıştır (Akdağ vd., 2008: 14; İleri vd., 2016: 179).

Milli Sağlık Planı her ne kadar kanunlaşmasa da ülkemizin sağlık alanına önemli katkılar sağlamıştır. Bu katkılar, mahalli hizmetler tarafından yürütülen yataklı tedavi hizmetlerinin merkezi yönetime bırakılması, köy ve köylüler için sağlık merkezlerinin kurulması, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte verilmeye başlanması, sağlık merkezi sayılarının 1945 yılında 8, 1950 yılında 22, 1960 yılında 283 adet olmak üzere her geçen yıl artması, anne çocuk sağlığının korunması, enfeksiyon hastalıklarının iyileştirilmesi ve nüfus artırıcı politikaların uygulanmasına yönelik yapılan çalışmalardır (Akdağ vd., 2008: 15).

1954 yılında Bakan Uz'un tekrar göreve gelmesi ile hazırlanmış olduğu Milli Sağlık Programı ilk sağlık planından daha kapsamlıdır. İlk sağlık planına göre 7 sağlık bölgesine (Seyhan, Samsun, Erzurum, İzmir, Ankara, Diyarbakır, Balıkesir) ayrılan ülkemizin Milli Sağlık Programı'na göre bu bölgelere ek Antalya, Elazığ, Bursa, İstanbul, Van, Eskişehir, Sakarya, Trabzon, Konya, Sivas olarak 16 sağlık bölgesine ayrılması planlanmıştır (Akdağ vd., 2008: 15-16).

Bu dönem içerisinde 1946 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuştur. Daha sonraki yıllarda ise sigortalı çalışanlar için sağlık hizmet kuruluşları açılmıştır. 1947 yılında Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu çalışmaya başlamıştır. 1948 yılında ülkemizde ilk boğmaca aşısı üretilmeye başlamıştır. Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953), Eczacılar ve Eczacılar Kanunu (1953), Hemşirelik Kanunu (1954), Türk Eczacılar Birliği Kanunu (1956) gibi bazı tıp mesleklerinin ve sivil toplum örgütlerinin altyapılarını oluşturan mevzuatlar oluşturulmuştur (URL-15, 2022'den aktaran Akkavak, 2018: 33).

#### **4.1.3. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları**

27 Mayıs 1960'da yapılan ilk askeri darbe ile başlayan bu dönem sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik çalışmaları kapsamaktadır (B. Önder, 2013:

71). Bu dönemde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri anayasal bir hak olarak kabul edilerek devletin görevleri arasında yer almaktadır. 1961 Anayasasının 49. Maddesi “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir” ifadesi ile 1961 Anayasasının 48. Maddesi “Herkes; sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir” ifadeleri yer almaktadır (URL-16, 2022) .

Türkiye’de bu tarihten sonra planlı kalkınma dönemine geçilmiştir. Dönemin en önemli çalışması sağlıkta sosyalizasyon amacıyla 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanundur. Bu kanun ile günümüz sağlık sisteminin temelleri oluşturulmaya başlanmıştır. Kanunun temel ilkeleri; herkese eşit, sürekli, öncelikli, entegre, basamaklandırılmış, denetlenen ve sağlık kurumlarında tam süre çalışan bir ekip tarafından sunulan hizmetler olarak belirlenmiştir. Bu kanun ile sağlık ocakları, sağlık evleri, il ve ilçe hastaneleri gibi sağlık kurumlarında hastaların sağlık hizmetlerinden daha hızlı şekilde yararlanabilmesi amaçlanmıştır. (Hastalar öncelikli olarak sağlık ocağına başvuracak, doktoru tarafından gerekli görülür ise hastaneye gönderilecektir) (Görgün, 2009: 108).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunda yer alan maddeler şunlardır;

- Sunulan hizmetlerde tüm vatandaşların eşit haklara sahip olması,
- Doktorların devlet veya özel sektörden sadece birinde çalışabilir olması,
- Sunulan hizmetin ücretsiz olması, finansmanının kamu bütçesinden karşılanması,
- Doktor ve sağlık kurumu seçiminde bağımsız olunması,
- Doktorların ve sağlık çalışanlarının devlette 3 yıl sözleşmeli çalışması sonucunda kıdem, terfi ve emeklilik hakkının bulunması,
- Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte yürütülmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin herkesin ulaşabileceği kırsal kesimlere kadar götürülmesidir (Akkavak, 2018:33).

Bu kanun sağlık alanında önemli gelişmeler sağlamaktadır. 1963-1965 yıllarında başarılı bir şekilde uygulanan kanun, 1966 yılından sonra başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür. Bu durum kanunun desteklenmemesinden (sağlık yöneticilerinin kanunun gereğine inanmamaları, yeterli sağlık personeli ve doktorun olmaması, yönetim yetersizliği ve ödeneklerin yetersiz olması ) kaynaklanmaktadır. Aslında kanunun uygulanabilirliğinin en büyük kanıtı üniversite hastanelerine verilen eğitim ve araştırma

görevi ile Etimesgut (1965)'ta ve Çubuk (1975)'da kurulan Eğitim ve Araştırma Bölgeleriydi. (B. Önder, 2013: 72; Pala, 2007: 13).

Aynı zamanda bu dönemde daha önceki dönemlerde uygulanan nüfus arttırıcı politikaların kalkınmayı olumsuz etkilediği düşüncesinden dolayı nüfus sınırlandırılmasına gidilmiş ve 1965 yılında bu alanda 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmıştır. Bu dönemden sonra kürtajın serbest bırakılması, yurtdışına gönderilen işçi göçünde genç nüfusun fazla olması ve şehirleşmenin artması gibi hususlar doğum oranlarında bir düşüşe neden olmuştur. Bu durum da nüfus artış hızını düşürmüştür. Ayrıca bu dönemde, sağlık çalışanlarının çalışma şartları üzerinde çeşitli sağlık politikaları uygulanmış ve Genel Sağlık Sigortası taslağı oluşturulmuştur fakat kabul edilmemiştir (İleri vd., 2016: 180; Özbay ve Yücel, 2001: 15'den aktaran Gelekçi, 2015: 590-591) .

#### **4.1.4. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları**

24 Ocak 1980 kararları ile devletin resmi politikaları arasında yerini alan neoliberal görüş ile aktif özelleştirme dönemine geçilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda da bu bağlamda yeni düzenlemeler yapılmıştır. 1961 Anayasasının 48. ve 49. maddelerinde yer alan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devletin görevidir ifadesi 1982 Anayasası ile devletin plan ve denetimi altındadır şeklinde değiştirilmiştir (Akdur, 2008: 6). Bu maddeler,

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.. (56. Madde)

*“Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliğini sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar” (60.madde) (URL-17, 2022).*

Bu dönemde aile planlaması (1983), nüfus planlaması, Bağ-Kur (1986) ve sosyal güvencesi olmayan yoksullara yeşil kart uygulaması ( 1992) gibi çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca 1987'de “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. Bu kanun ile sağlık hizmetleri örgütlenme biçimi ve finansman yönteminin önemli hâl alması, genel sağlık sigortasını gündeme getirmiş ve kamu hastanelerinin özelleştirilmesinin yolunu açmıştır (Kumbasar ve Arslan Kurtuluş, 2016: 214). Ancak bazı maddelerin Anayasa mahkemesi tarafından onaylanmaması kanunun bütünüyle uygulamaya konulamamasına neden olmuştur (Yüksel, 2017: 32). Yine bu dönemde sağlık reform

kapsamında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 1990 yılında yapılan ‘‘Sağlık Sektörü Master Plan Etüt çalışması’’ ile 1992 – 1993 yıllarında yapılan Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri ve ulusal sağlık politikaları da yer almaktadır. 1993 yılındaki İkinci Ulusal Sağlık Kongresi ile belirlenen Ulusal Sağlık Politikaları sağlık hizmetlerinin sunumu, yaşam biçimi, çevre sağlığı, sağlıklı Türkiye hedefleri gibi temel konuları kapsamaktadır Genel Sağlık Sigortası ise 1998 ve 2000 yılında kanun tasarı şeklinde gündeme gelmiş ancak kanunlaşmamıştır (İleri vd., 2016: 181; Karar, 2013: 45).

1990’lı yıllarda; aile hekimliği sisteminin oluşturulması, Genel Sağlık Sigortasının kurulması, devlet hastanelerinin özerk yapılara dönüştürülmesi ve sağlık hizmet sunumunda Sağlık Bakanlığı’nın plan ve denetimden sorumlu olması gibi birçok sağlık politika çalışmaları yapılmıştır. Sağlıkta yapılması istenilen bu değişiklikler 2002 yılında açıklanan Acil Eylem Planı’nda da belirtilmiştir. Bu plan kapsamında Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı uygulamıştır (Erdoğan, 2010: 52).

#### **4.1.5. 2003 ve Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)**

2002 genel seçimlerinin hemen ardından yeni hükümetin (AK Parti ) başa gelmesiyle sağlık alanında yapılması planlanan değişiklikler Acil Eylem Planı’nda belirtilmiştir. Bu plan çerçevesinde Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında ‘‘ Herkese Sağlık’’ başlığı altında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’ nı halka duyurmuştur. Bu program 1980 sonrası değişen dünya anlayışı doğrultusunda neoliberal sağlık politikalarına uyum sağlamaktadır. Aynı zamanda daha önceki dönemlerde sağlık sisteminde yaşanan sorunları daha etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde gidermeyi amaçlamaktadır (Erdoğan, 2010: 53; Özuysal, 2011: 19).

3 Ocak 2003 tarihinde 58. Hükümet Acil Eylem Plan hedefleri belirlenmiştir. Bu hedefler Tablo 4’de yer almaktadır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2003: 99-101).

Tablo 4. 58. hükümet acil eylem plan hedefleri

Faaliyetler	Sorumlu kuruluş	İş birliği yapılacak kuruluş	Yapılacak işlem türü	Açıklama	Süre
Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak	Sağlık Bakanlığı	Devlet planlama teşkilatı ( DPT)	Kanun	Sağlık Bakanlığı, günün koşullarına ve yeni sağlık sistemine göre yeniden yapılandırılacaktır.	6-12 ay
Devlet hastanesi, kurum hastane ayrımı kaldırılacak; tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak	Sağlık Bakanlığı	DPT, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Hastanesi olan KİT'ler Belediyeler, Tabip Odaları	Kanun	Ölçek ekonomilerinden yararlanılabilmesi ve kuruluşlar arasındaki yükün daha dengeli dağıtılarak toplumun tüm kesimlerine daha hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmesi ve Genel Sağlık Sigortası Sisteminin hayata geçirilebilmesi için hastanelerin yönetimi birleştirilecektir.	12 ay
Hastane idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacak	Sağlık Bakanlığı	DPT, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Hastanesi olan KİT'ler, Tabip Odaları, Maliye Bakanlığı	Kanun	Yeni kurulacak sağlık sistemi ve Genel Sağlık Sigortası Sisteminin etkin bir şekilde uygulanabilmesi, hizmette kalitenin artırılması ve maliyetlerin düşürülebilmesi için hastanelerden uygun olanlar idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacak, sağlık sektörüne rekabet getirilecektir.	12 ay ve Uzun Vadeli
Sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanı ayrılacak	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	DPT, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Tabip Odaları, Eczacılar Birliği, Üniversiteler	Kanun	Oluşturulacak Genel Sağlık Sigortası Sistemi çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacak, maliyetler düşürülecek, hizmette kalite ve standart birliği sağlanacaktır.	12 ay
Genel sağlık sigortası sistemi ve kurumu kurulacak	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	DPT, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı	Kanun	Mevcut sağlık sistemi bütün yönleriyle çağdaş gelişmelerin dışında kalmış, maliyetler sistem kaçakları nedeniyle çok artmış, sağlık hizmetleri ulaşılamaz hale gelmiş, standart birliği kalmamıştır. Sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulması kaçınılmaz hale gelmiştir. Sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleri ile uğraşması, bu kuruluşları verimsiz hale getirmiştir. Bu nedenlerle, gelişmiş ülkelerle aynı düzeye gelebilmek ve tüm vatandaşlara kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacaktır. Sosyal güvenlik kuruluşlarının asli görevlerini yapabilmesini de sağlayacak olan bu sistem ile, prim ödeme gücü bulunmayan vatandaşların primleri devlet tarafından ödenecek, yeşil kart uygulaması ortadan kaldırılacaktır.	12 ay

Tablo 4. (Devamı)

Faaliyetler	Sorumlu kuruluş	İş birliği yapılacak kuruluş	Yapılacak işlem türü	Açıklama	Süre
Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak	Sağlık Bakanlığı	DPT		Genel Sağlık Sigortası Sistemi içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilerek hastanelerin basit işlerle meşgul edilmesi önlenecek, vatandaşlar acil durumlar dışında ilk olarak aile hekimlerine müracaat edecek, ancak aile hekiminin yönlendirmesi ile hastanelere gidebileceklerdir.	12 ay ve Sürekli
Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilecek	Sağlık Bakanlığı			Ana-çocuk sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetleri ile bütünleştirilecek ve üreme sağlığı eğitimi ve hizmetleri yaygınlaştırılarak ulaşılabilirlik ve hizmette kalite artırılabilecektir.	Sürekli
Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak	Sağlık Bakanlığı			Koruma/Önleme tazminden önce gelir ilkesi çerçevesinde koruyucu hekimlik öne çıkacağından, Sağlık Bakanlığı bu alana yönelecektir.	Sürekli
Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek	Hazine müsteşarlığı	Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı	Kararname	Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasını bölgesel dengesizlikleri de giderecek şekilde özendirilecek teşvik tedbirleri geliştirilecektir.	Sürekli

#### **4.1.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Program Öncesi Sağlık Alanında Yaşanılan Sorunlar**

2003 yılı SDP ile sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi açısından yeni bir döneme girilmiştir. Bu program kapsamında sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında yeni kararlar alınmıştır. Bu kararlar alınırken SDP öncesi sağlık sisteminde var olan veya eksik olduğu düşünülen konular üzerine odaklanılmıştır. Bunlar:

- Vatandaşlar sağlık hizmetlerinden yeterli ve eşit oranlarda yararlanamamaktadır.
- Koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince finansal kaynak ayrılmamaktadır.
- Sosyal güvenlik kurumları arasında standart bir kural ve uzlaşma olmadığından, sağlık hizmetlerine ulaşımında adaletsizlikler yaşanmaktadır.
- Sosyal sigorta kapsamında kayıt dışılık ile mücadele edilememektedir.
- İnsanlar, sunulan sağlık hizmetinin kalitesinden ve sosyal sigorta sisteminin işleyişinden memnuniyetsizdir.
- Sağlık hizmet sunumu ve finansmanındaki bölünmüş-parçalı yapı, sunulan hizmetlerde verimsizliğe neden olmaktadır.
- Hastaların ihtiyaç ve sorunları çok fazla önemsenmemektedir.
- Hizmet sunumunda bürokratik engeller, uzun bekleme süreleri, bakımsız hastaneler, sevk sisteminin uygulanmaması dolayısıyla gereksiz yığılmalar sonucunda aksaklıklar görülmektedir.
- Devlet hastanelerinde doktor seçme hakkı bulunmamaktadır. Tetkik ve tedavide kullanılacak teçhizat ve cihaz eksikliği bulunmaktadır.
- Yoksul kesim ve prim ödeyemeyen sosyal güvencesiz kişiler için yeterli düzeyde finansal koruma ve sağlığa ulaşım imkânı sunulmamaktadır (Akdağ, 2012: 21; Arıcı, 2009: 149).

Yaşanılan bu sorunlar sağlık ve sosyal güvenlik alanında yeni düzenlemelerin yapılmasına neden olmuştur. Bu doğrultuda daha etkin ve adaletli hizmetlerin sunulması amacıyla yeni sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması ve sağlık alanında yeni politika çalışmalarının yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu değişim ve dönüşüm, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlatılmasına zemin hazırlamıştır.

#### **4.1.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve İlkeleri**

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel amacı herkesi kapsayan kaliteli, adil (hakkaniyetli) ve kolay ulaşılabilir hizmetin sunulduğu, kaynakların etkili ve verimli kullanıldığı bir finansman sistemi sağlamaktır (Karar,2013:72).

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkelerini 9 madde şeklinde sıralamak mümkündür. Bu ilkeler (Çirpici, 2010: 56):

- İnsan odaklılık: Hizmetten yararlanacak olan kişilerin istek ve beklentilerini karşılamayı ifade etmektedir.

- Sürdürülebilirlik: Oluşturulacak sağlık sistemi ülke şartlarına göre hazırlanırken, kaynakların da bu yönde yeterli olması ve sistemin uzun vadede devamlılık sağlamasını gerektiğini belirtmektedir. Sürdürülebilirlik, hizmet finansmanının düzenli çalışmasıyla sağlanmaktadır.

- Sürekli kalite gelişimi: Kişilere her daim daha kaliteli ve verimli hizmetlerin sunulması amacıyla geri bildirim mekanizmasının oluşturmasını ifade etmektedir.

- Katılımcılık: Sağlık sisteminin oluşturulmasında ilgili tarafların fikirleri alınarak ortak kararların alındığı platformlar amaçlanmaktadır.

- Uzlaşmacılık: Demokratik yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkar ve görüş ayrılığı kaldırılarak ortak noktalarda buluşması amaçlanmaktadır.

- Gönüllülük: Sistemde hizmet alan veya sunan herkesin belirlenen amaçlar doğrultusunda gönüllü olarak yer almasının sağlanmasıdır. Bunun için teşvik edici uygulamalar yapılmaktadır.

- Güçler ayrılığı: Çıkar çatışmalarını engelleyerek daha kaliteli hizmetin sunulması amacıyla hizmeti üreten, denetleyen, finanse eden kurumların görev alanlarının birbirinden ayrılmasıdır.

- Desantralizasyon: İşlemlerin daha hızlı ve doğru bir şekilde yapılabilmesi için görev, yetki ve kaynakların merkezi yönetimden yerel yönetimlere bırakılmasıdır. Böylelikle idari ve mali yönden ortaya çıkan özerk yapılar ile daha kaliteli hizmet sunumu sağlanmaktadır.

- Hizmette rekabet: Hizmet sunumunu devlet tekeli olmaktan çıkarıp farklı hizmet sunucularını sisteme dâhil ederek rekabet ortamının oluşturulmasına, böylelikle daha düşük maliyetle yüksek kaliteli hizmet alımını ifade etmektedir.

#### **4.1.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri**

SDP ile mevcut sağlık sistemi yeniden düzenlenmiş ve var olan sağlık sisteminin işleyiş ve kurumsal yapısı, kaynak kullanımı, hizmet finansmanı gibi sektörün genelinde köklü değişiklikler yapılmıştır (Akdağ, 2012: 79). Bu bağlamda SDP, 8 ana bileşenden oluşmaktadır.

• *Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı*: Yeniden yapılandırılan Sağlık Bakanlığı sisteminin, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı ile ilgilenmeyen sadece denetleyen, yeni politikalar geliştiren, belirli kuralları koyan, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarınca sağlık alanına ayrılan kaynakların daha etkin, adil ve verimli kullanılması için yönlendirmelerde bulunan bir yapıya dönüştürülmesi istenmektedir (Er, 2011: 157). Bu anlayış doğrultusunda Sağlık Bakanlığına bağlı birimlerin yerinden yönetim ilkesi kapsamında yeniden yapılandırılması sağlanarak, bakanlık tek elden planlama yapan bir yapıya dönüştürülmektedir (Çirpici, 2010: 57).

Bu süreç içerisinde Sağlık Bakanlığı sosyal devlet anlayışı gereği koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verirken, birinci basamak sağlık hizmetlerinin de güçlendirilmesini sağlayacak faaliyetlerde bulunmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmet kalitesinin izlenmesi, bulaşıcı hastalıkların gözetimi, kurum ve kuruluşların akreditasyonu, sigortanın düzen ve denetim gibi sorumlulukları da yerine getirmektedir ( Karar, 2013: 75).

• *Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası*: SDP'nin önemli bileşenlerinden biri olan GSS ile adil ve hakkaniyete uygun şekilde kişinin ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunabileceği ve sağlık hizmetlerini ihtiyacı doğrultusunda kullanabileceği bir sigorta modelinin oluşturulması hedeflenmektedir. Bu bağlamda önceki yıllarda SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve yeşil kart gibi parçalı bir yapıya sahip olan hizmet finansman kurumları GSS ile tek bir kurum altında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) toplanmıştır. Böylelikle kişiler, daha kaliteli ve hızlı sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir (Türk Tabipler Birliği, 2018a: 2).

GSS öncesi var olan çok parçalı yapı incelendiğinde Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), özel sektör çalışanları ve bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsayan bir sistemdir. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin finansmanı işveren ve çalışan primleri ile karşılanmaktadır. SSK, sosyal korumanın yanı sıra sağlık hizmeti sunumunda da rol almaktadır. Bağ-Kur; hizmet sunumunda yer almayıp bağımsız çalışanlara ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sigorta sistemi iken, daha sonraki süreçlerde çiftçileri de bünyesine dâhil etmiştir. Kurum emeklilik, malullük, yaşlılık sigortası gibi hizmetleri sunarken, 1986 yılı ile sağlık sigortacılığı sistemine başlamıştır (Yıldırım, 2013: 56'dan aktaran Akkavak, 2018: 50) . Emekli sandığı; devlet memurlarına ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişilere sosyal güvenlik hizmeti sunan kurumdur. Kurum, kişilerin gelirlerinden kesilen primler ile hizmet sağlamaktadır. Emekli memurların hizmet finansmanı bu sandıktan karşılanırken, çalışan memurların finansmanı genel bütçeden karşılanmaktadır. Yeşil kart uygulaması ise ekonomik durumu kötü olan yoksul kişilere

veya herhangi bir sigorta kapsamında olmayan kişilere, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için ücretsiz verilen hizmettir. Hizmetlerin finansmanı genel vergilerle karşılanmaktadır (Yüksel, 2017: 39-41).

Tüm bu sosyal güvenlik kurumlarının teminat paketlerinin birbirinden farklı hizmet sunması, fırsat eşitsizliğine neden olmaktadır. Günümüzde de bu eşitsizliği ortadan kaldıran herkese eşit, etkin ve kaliteli sağlık hizmetinden yararlanma fırsatı GSS kapsamında sunulmaktadır. GSS bütün vatandaşları zorunlu sigorta kapsamına almaktadır. SDP ile özel sağlık sigortaları, zorunlu sağlık sigortasını tamamlayıcı nitelikte bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişiler özel sağlık sigortaları aracılığıyla bu ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir (Türk Tabipler Birliği, 2018a: 2).

• *Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi*: SDP temelinde bütün topluma eşit bir hizmet sunulması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda insanların sosyo-ekonomik yapısının önem arz etmediği dolayısıyla kent ve kırsal kesimde yaşayan her vatandaşın sağlık hizmetlerinden aynı oranda yararlanabilmesi için sağlık hizmet sunucuları arasında bir rekabet ortamının oluşturulması gerektiği düşünülmüştür. Bu rekabet ortamı oluşturulurken aynı zamanda sağlık hizmet ihtiyacı olan yerlerde devlet imkânlarının geliştirilmesi, niteliğinin artırılması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile sağlık evi-sağlık ocağı hizmetleri güçlendirilirken, diğer yandan da özel sektör, dernek ve vakıf gibi kuruluşların da sisteme dâhil edilmesi öngörülmüştür. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi 3 alt bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; aile hekimliği, etkin ve kademeli sevk zinciri, özerk sağlık işletmeleridir (Çirpici, 2010: 59).

- *Aile hekimliği modeli*: SDP ile birlikte geliştirilen aile hekimliği, kişiler arasında ayırım yapmadan tüm toplumun sağlık problemlerinin çözümünde herhangi bir engelle karşılaşmadan kolayca ulaşabileceği bir sistemi amaçlamaktadır. Aile hekimliği sisteminde kişiler hekim seçmede bağımsız olup, kendi seçtikleri hekimler tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Sistemde kişilerin ihtiyacına göre (sosyal, fiziksel, ruhsal yönlerden) sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetler aile hekiminin sorumluluğu altındadır (Oğuz, 2009: 9-10).

Hastaların ilk başvuru yapacağı, sevk zincirinin de ilk basamağı olan aile hekimlikleri, hastanın ihtiyacı doğrultusunda diğer basamak sağlık hizmetlerinden yararlanması için koordinasyonun sağlanmasından da sorumludur. 2004 yılında çıkarılan 5258 sayılı 'Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun' ile sistemin nasıl uygulanacağı belirtilmiştir. Kanuna ek olarak, 2011 yılında 663 sayılı Kanun

Hükmünde Kararname (KHK) ile 2013 yılında çıkarılan uygulama yönetmeliği kapsamında yapılan düzenlemeler günümüz aile hekimliği sisteminin mevzuatını oluşturmuştur. Söz konusu mevzuatın unsurları şunlardır (Kömürlü, 2010:78):

- Aile hekimliği birimi, bir aile hekimi ve ebe, hemşire gibi bir sağlık elemanından oluşmaktadır. Tüm vatandaşların bir aile hekiminin olması zorunludur ancak hekim tercihinde kişiler bağımsızdır. Her vatandaş istediği bir aile hekimini seçebilmektedir.

- Hekim seçme özgürlüğü kırsal kesimlerde yaşayan vatandaşları içermemektedir.

- Bir aile hekimi en az 1000 en çok 4000 kişiye bakmakla yükümlüdür.

- Hekim de hasta seçme özgürlüğüne sahiptir ve ücretini listesinde kayıtlı kişi sayısına göre alır.

- Hekimler, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan sözleşme kapsamında çalışır.

- Sağlık ocağı pratisyen hekimleri belirli eğitimler alarak aile doktoru unvanı ile aile hekimi olarak çalışabileceklerdir.

- Her ilçeye Toplum Sağlığı Merkezi kurulacak ve bu merkezde gıda kontrol hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin merkezi laboratuvar görevi ve bölge dışından gelen hastaların muayeneleri yapılacaktır.

- Aile hekimleri ev ziyaretleri yapıp, kendilerine bağlı olan köylere de mobil hizmet vereceklerdir.

Aile hekimliği uygulaması ilk olarak Düzce ilinde uygulanmaya başlamış olup 2010 yılı ile birlikte tüm ülkede aktif bir şekilde uygulanmaktadır. Bu uygulama bazı olumsuz eleştirileri de beraberinde getirmiştir. Bu eleştirilerden bazıları; kişinin aile hekimi seçiminde özgür olmasının sistemin işlevini değiştireceği üzerinedir. Aile hekimliği altında sunulan hizmetler bireysel hekimlikmiş gibi sunulmaktadır. Diğer bir eleştiri, hekimin hasta seçiminde özgür olması kronik ya da bulaşıcı hastalığı bulunan kişilerin hekim bulması konusunda sorunlar meydana getirebileceğinden, hastanın tedavi ihtiyacında aksamalar ya da gecikmeler oluşabilmesine ilişkindir. Merkezlerde yaşayan kişilere kırsal kesimlerde yaşayanlardan daha fazla öncelik tanınması gibi çeşitli eleştirilerle literatürde karşılaşılmaktadır (Er, 2011: 158)

- *Etkin ve Kademeli Sevk Zinciri*: Hastaların sağlık hizmetlerinden daha hızlı yararlanabilmesi için öngörülen sistemdir. Etkin ve kademeli sevk zinciri, sağlık hizmet basamakları arasındaki ilişkiyi düzenleyip, gereksiz yığılmaların önüne geçerken kaynaklarında daha verimli kullanılmasını sağlayacaktır (Çirpici, 2010: 60).

Sevk sisteminde sevk işlemi sadece yukarıdaki basamaklara tek yönlü bir işlem olmayıp üst basamaklardan alt basamaklara doğru da olabilmektedir. Bu durum sunulan

sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırırken aynı zamanda daha düşük maliyetle sağlık hizmetlerinden yararlanmayı sağlamaktadır. Sevk zinciri içerisinde girmeyip aile hekimlikleri yerine direkt hastanelere başvuran kişiler ek maliyetlere katlanmaktadır (Er, 2011: 159).

- *Özerk Sağlık İşletmeciliği*: Uygulanacak sistemde ülkemizde bulunan tüm hastanelerde kamu veya özel ayrımı yapılmaksızın SGK tarafından yapılan sözleşme çerçevesinde toplumun tamamına sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır. Hastaneler bu hizmeti sunarken fiyat ve hizmet kalitesi açısından denetime tâbi tutulacaktır (Çiftçi,2011: 46).

Kamu hastanelerinin yeniden yapılandırılması ve değişen bu yapıya uyum sağlaması, merkeze bağımlı olmayan kurumların farklı hizmet sunucuları ile rekabet ortamı yaratarak, verimliliğin arttırılması doğrultusundadır. Bu verimlilik artışı için Sağlık Bakanlığının tüm kamu hastanelerini hem yönetimi açısından hem de mali ve idari açıdan özerk bir yapıya dönüştüreceği belirtilmiştir. Böylece kamu hastaneleri bakanlık denetimi altında kendini yöneten, kendi bütçe ve çalışanını kendi belirleyen duruma gelecektir. Bu özerk yapılarda sunulan hizmet kalitesini düşürmeden belli maliyet düzeyinde hizmet verilerek, yüksek kârlılığın önüne geçilecektir (Türk Tabipler Birliği Kamu Hastane Birlikleri, 2018b: 2) .

• *Bilgi ve Beceri ile Donatılmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü*: Toplumun sağlık hizmet ihtiyacını giderme, sağlık düzeyini yükseltme ve geliştirme amacıyla yapılan her türlü etkinlikte görev alan uygun nitelikli ve gerekli sağlık insan gücünü (sağlık hizmeti üreten personelin tamamı) kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri emek yoğun, ikamenin mümkün olmadığı, belli bir uzmanlaşmanın olduğu ve erteleme mümkün olmadığı bir yapıda olmasından dolayı sunulan hizmetin etkin ve verimli şekilde sağlanması, yeterli sayıda nitelikli sağlık çalışanı ile mümkündür. Sağlık çalışan kavramı; doktor, eczacı, sağlık teknisyeni, diş hekimi, destek personeli, laborant, biyomedikal ve idari yönetimi içermektedir (Tatar, 1996: 44'den aktaran H. Şen, 2013: 49).

SDP ile birlikte kaynakların en iyi şekilde kullanılabilir olması, yönetici kadrosunun hekimlik dışındaki birimlerden seçilmiş olması, sağlık personelinin daha istekli çalışabilmesi için teşvik edici programların uygulanması, aile hekimliği uygulamasının güçlendirilerek birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yerini alması, hemşirelik eğitiminin üniversitelerde verilmesi, yerel yönetim ve sivil toplum kuruluşlarının sistemde rol alması gibi hususların gerçekleştirilmesi sağlık insan gücü

hedefleri arasında yer almaktadır ( Sağlık Bakanlığı, 2003: 33-34'den aktaran Eke, 2014: 139).

•*Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları:* SDP'yi uygulamak ve başarısını sürdürülebilir kılabilmek için sağlık ekonomisi, sağlık planlaması, sağlık işletmeciliği ve sağlık politikası konularında eğitim almış halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, yetkin kişilere gereksinim duyulmaktadır (Memişoğlu,2011:78.). Bu sürdürülebilirliği sağlayacak bileşenlerden biri de eğitim ve bilim kurumlarıdır. Bu kurumların başında günümüz koşullarına uyan yeni düzenlemeler ile yeniden canlandırılması amaçlanan Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında var olan Hıfzısıhha Eğitim Mektebi yer almaktadır. SDP'ye göre ülkemizde bu tarz kurumların varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kurumların ülkemizde, sektörel değerlendirme, hükümetlere danışmanlık yapmak, ihtiyaç doğrultusunda mezun kişilere eğitimler vermek gibi görevleri bulunmaktadır. Günümüzde bu kurumlar arasında Sağlık Akademileri bulunmaktadır (Görgün, 2009: 126).

•*Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon:* Kaliteli bir sağlık hizmet sunumu akreditasyon sürecinin iyi yönetilmesinden geçmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede işleyen akreditasyon süreci, sağlık sistemlerinin ayrılmaz parçalarından birisidir. “Akreditasyon; organizasyonların kalite, etkinlik ve verimliliğini artırmak için kullanılan, belirlenmiş standartlara uygunluğun etkili bir kurum tarafından değerlendirilerek onaylanmasını içeren, genellikle gönüllülük esasına ve uluslararası kabul görmüş ilkelere dayanan bir programdır” (URL-18, 2022).

SDP ile bu sürece daha fazla önem verilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Bu süreçte sunulan sağlık hizmet kalitesini iyileştirmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak, hasta ve çalışan memnuniyetini arttırmak, etkin kaynak yönetimini sağlamak ve hizmet sunucularının performanslarını değerlendirmek oldukça önemlidir. Bu doğrultuda SDP sonrası akreditasyon, sertifikasyon ve ruhsatlandırma konularında düzenlemeler yapan özerk yapılı “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” kurulacağı belirtilmiştir (Er, 2011: 166).

•*Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi:* SDP'nin tüm bileşenlerinin uyum içinde çalışabilmesi ve hastaların sağlık hizmetlerinden daha hızlı ve kaliteli bir şekilde yararlanması için bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bilgi sistemi ile hastaların tıbbi geçmişinin tüm açıklığıyla ortaya konulabilmesi ve basamaklar arasında düzenli bilgi aktarımının sağlanabilmesi amaçlanmıştır. Bu sistem; aynı zamanda e-reçete, MEDULA gibi sistemlerin de uygulanmasının önünü açarak

evrak işlerinin azaltılmasına yardımcı olmuştur. 2006 yılında bu uygulama bakanlığa bağlı hastanelerin hepsinde kullanılmaya başlanmıştır (Kumbasar ve Hoşgör, 2016: 254; Memişoğlu, 2011: 79).

• *Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma*: Sağlık alanında gereksiz ilaç, malzeme ve tıbbi cihaz kullanımının önüne geçilebilmesi daha bilinçli hizmetlerin sunulabilmesi amacıyla yapılan faaliyetlerdir. Bu faaliyetleri düzenlemek ve yerine getirmek, özerk yapıya sahip siyasi yaptırımlardan uzak kurum ve kuruluşlar ile mümkün olabilmektedir. Bu bağlamda SDP ile bu alanlarda etkili olabilecek kurumların kurulması planlanmıştır. Bu kurumlardan ilki, ilaçların daha doğru tedavilerde bilinçli bir şekilde kullanılmasını sağlayacak, ilacın üretim, satış, tanıtımı ve ruhsatlandırma işlemlerini yapacak, bununla birlikte bu alanlarda araştırma- geliştirme faaliyetlerini yürütecek olan Ulusal İlaç Kurumu'dur. Bir diğer kurum ise malzeme ve tıbbi cihazların alımını, kontrolünü, planlaması ile klinik mühendislik uygulamalarını yapabilen Tıbbi Cihaz Kurumu'dur (Sağlık Bakanlığı, 2003: 34-35'den aktaran Memişoğlu, 2011: 78-79).

#### 4.1.5.4. SDP ile Sağlık Sisteminde Yapılan Reform ve Yenilikler

SDP ile sağlık sisteminde çeşitli reform ve yenilikler yapılmıştır. Yapılan bu düzenlemeler Tablo 5'de yer almaktadır.

Tablo 5. SDP ile sağlık sisteminde yapılan reform ve yenilikler (Altındağ ve Yıldız, 2020: 175; Gülay, 2017: 57-58).

Yıl	Yapılan Reform ve Yenilikler
2003	<ul style="list-style-type: none"><li>• SDP uygulanmaya başlanmıştır.</li><li>• Ödeme yapamayan hastanın rehin tutulması yasaklanmıştır.</li><li>• Performansa dayalı ödeme sistemine geçilmiştir.</li></ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"><li>• İlaçta referans fiyat uygulama sistemine geçilmiştir.</li><li>• İlaçta geri ödeme komisyonu kurulmuş. KDV %18 'den %8 'e indirilmiştir.</li><li>• Yeşil kartlı kişiler ayakta tedavi hizmet kapsamına alınmıştır.</li><li>• Aile Hekimliği pilot uygulama hakkındaki kanun yürürlüğe girmiştir.</li><li>• Bakanlığa bağlı hastanelerde hekim seçebilme hakkı sağlanmıştır.</li><li>• Performansa dayalı ücret sistemi tüm hastanelerde uygulanmaya başlanmıştır.</li></ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"><li>• SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiş.</li><li>• İlk Aile Hekimliği pilot uygulamasına başlanmıştır.</li><li>• Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmuş.</li><li>• 112 Acil servis hizmetleri herkese ücretsiz verilmeye başlanmıştır.</li><li>• Performansa dayalı ek ödeme uygulamasına geçilmiştir.</li></ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"><li>• SGK kurulmuştur. MEDULA sistemi uygulanmaya başlanmıştır.</li><li>• GSS kurulmuştur.</li><li>• Kamu -Özel sektör ortaklığı kabul edilmiştir.</li></ul>

Tablo 5. (Devamı)

Yıl	Yapılan Reform ve Yenilikler
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>T.C kimlik numarası üzerinden hizmet alınmaya başlanmıştır.</li> <li>Sigorta kapsamındaki kişiler SGK ile anlaşmalı hastanelerde hizmet almaya başlamıştır.</li> <li>Sağlık uygulama tebliği kabul edilmiştir.</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>GSS fiilen yürürlüğe girmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. Sosyal güvencesi olmayan kişiler de GSS kapsamına alınmıştır.</li> <li>Zorunlu sevk zinciri kaldırılmıştır.</li> <li>İlaçta karekod uygulaması başlatılmıştır.</li> <li>Yoğun bakım ve acil tedavi hizmetleri tüm sağlık kurumlarında herkese ücretsiz vermeye başlanmıştır.</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>E- reçete uygulaması ile ilk düzenlemeler yapılmıştır.</li> <li>İlaç harcamalarında sürdürülebilirliği sağlamak için global bütçe uygulamasına geçilmiştir.</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tam gün çalışma yasası kanunlaşmıştır.</li> <li>Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) başlatılmıştır.</li> <li>Aile hekimliği uygulaması tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır.</li> <li>İlaç takip ve izleme uygulaması başlatılmıştır.</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlanması yeniden yapılandırıldı. Türkiye Kamu Hastane Kurumları, Halk Sağlığı Kurumu kuruldu.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>E- reçete pilot uygulaması başlatılmıştır.</li> <li>Yeşil kart sahiplerinin sağlık finansmanı SGK tarafından karşılanmaya başlanmıştır.</li> </ul>
2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK) kurulmuştur.</li> </ul>
2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>694 sayılı KHK ile Türkiye Kamu Hastaneleri ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kapatıldı. Bakanlığa bağlı Genel Müdürlük haline dönüştürüldü.</li> <li>İlk şehir hastanesi Yozgat'ta açılmıştır.</li> </ul>

#### 4.2. Türkiye’de Sağlık Hizmet Sunumu ve Finansmanı

SDP ile ülkemizin sağlık hizmet sunum ve finansmanında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. SDP öncesi hizmet sunum ve finansmanında yer alan kurum ve kuruluşlar ayrılmaya başlamış, sağlık hizmetleri liberal politikalar ve hizmette yerleşme anlayışı bağlamında kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı, kamu adına hizmet sağlayan hastane ve birimlerinden doğrudan sorumlu olan kurumların başında gelmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri sadece devlet eliyle yürütülürken, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri kamunun yanı sıra özel sektör tarafından da sağlanmaktadır. Hastaların tedavi süreçlerinde ilk başvuru yapmaları gereken yerler birinci basamakta aile hekimlikleridir. Bu basamakta giderilemeyen problemler diğer basamaklarda yer alan hastanelerce sağlanmaktadır (Karaman, 2019: 34).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı GSS adı altında SGK tarafından yönetilmektedir. GSS her vatandaşın sağlık hizmetlerinden rahatça yararlanabilmesi amacıyla herkesin gelirene orantılı bir şekilde alınarak hizmet finansmanını karşılamaktadır. GSS, prim

usulü çalışmasından dolayı finansman yöntemlerinden ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortacılığı sistemidir. Ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Finansman yöntemleri; vergiler, sosyal sağlık sigortacılığı, özel sağlık sigortası, cepten ödemeler ve tıbbi tasarruf hesaplarıdır. GSS ile hizmet finansmanları da bu kaynaklardan sağlanmaktadır (Gülay, 2017: 43). Finansman yöntemleri ikinci bölümde detaylı olarak ele alınmıştır.

#### 4.3. Türkiye'nin Demografik ve Sağlık Göstergeleri

Tablo 6. 2010-2021 yılları arasında Türkiye'nin nüfusu (Milyon) (URL-19, 2022).

Yıl	Toplam nüfus	Kadın	Erkek	İl ve ilçe merkezleri	Belde ve köyler
2010	73722988	36679806	37043182	56222356	17500632
2011	74724269	37191315	37532954	57385706	17338563
2012	75627384	37671216	37956168	58448431	17178953
2013 <sup>1</sup>	76667864	38194504	38473360	70034413	6633451
2014	77695904	38711602	38984302	71286182	6409722
2015	78741053	39229862	39511191	72523134	6217919
2016	79814871	39771221	40043650	73671748	6143123
2017	80810525	40275390	40535135	74761132	6049393
2018	82003882	40863902	41139980	75666497	6337385
2019	83154997	41433861	41721136	77151280	6003717
2020	83614362	41698377	41915985	77736041	5878321
2021	84680273	42252172	42428101	78908631	5771642

**Not 1:** Bu tarihte 6360 sayılı kanun uyarınca büyükşehir ve ilçe belediyelerine yönelik yapılan planlamaya dair değişiklikler uygulanmıştır. Verilerin yorumlanması açısından bu bilgi gerekli görülmüştür.

Tablo 6'da 2010-2021 yılları arasındaki nüfus verileri incelendiğinde Türkiye'de toplam nüfusun her yıl istikrarlı bir şekilde arttığı ve erkek nüfusun kadın nüfusundan daha fazla olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler arasında yer alan şehirleşme faktörüne bakıldığında 2010 yılında nüfusun %23'ü belde ve köylerde yaşarken 2021 yılında bu oran %6.8'e düşmüştür. Belde ve köylerde yaşayan nüfusun azalması şehirleşmeyi arttırdığından 2021 yılında şehirleşme oranı % 93 civarındadır. Şehirleşme ile birlikte insanların daha fazla bir arada yaşamaya başlaması, geçim sıkıntısı, hava ve çevre kirliliği gibi olumsuz koşulların ortaya çıkması ve kırsal kesime göre daha gelişmiş sağlık hizmetinin sunulması sağlık harcamalarında bir artışa neden olmaktadır.

Tablo 7. 2010-2021 yılları arasında Türkiye nüfusunun yaş grubuna göre dağılımı (Milyon) (URL-19, 2022).

Yıl	0-14 yaş	15-64	65+
2010	18878582	49516670	5327736
2011	18886575	50346979	5490715
2012	18857179	51088202	5682003
2013	18849814	51926356	5891694
2014	18862430	52640512	6192962
2015	18886220	53359594	6495239
2016	18925782	54237586	6651503
2017	19033488	54881652	6895385
2018	19184329	55633349	7186204
2019	19212345	56391925	7550727
2020	19068237	56592570	7953555
2021	18975963	57459186	8245124

Tablo 7’de Türkiye nüfusunun yaş grupları arasındaki dağılımı yer almaktadır. 2010 yılından 2021 yılına kadar geçen süreçte 0-14 yaş grubunda 2015 yılına kadar geçen süreçte önemli ölçüde bir artış olmadığı 2016 yılı itibari ile bu yaş grubunda artışın gerçekleştiği görülmektedir. 15-64 ve 65 yaş üstü nüfusun ise her geçen yıl arttığı görülmektedir. 65 yaş üstü nüfusun yıllar içerisinde artış göstermesi, sağlık harcamaları üzerinde de bir artışa neden olabileceken sağlık hizmetleri açısından da gelişmelerin yaşandığını bizlere göstermektedir.

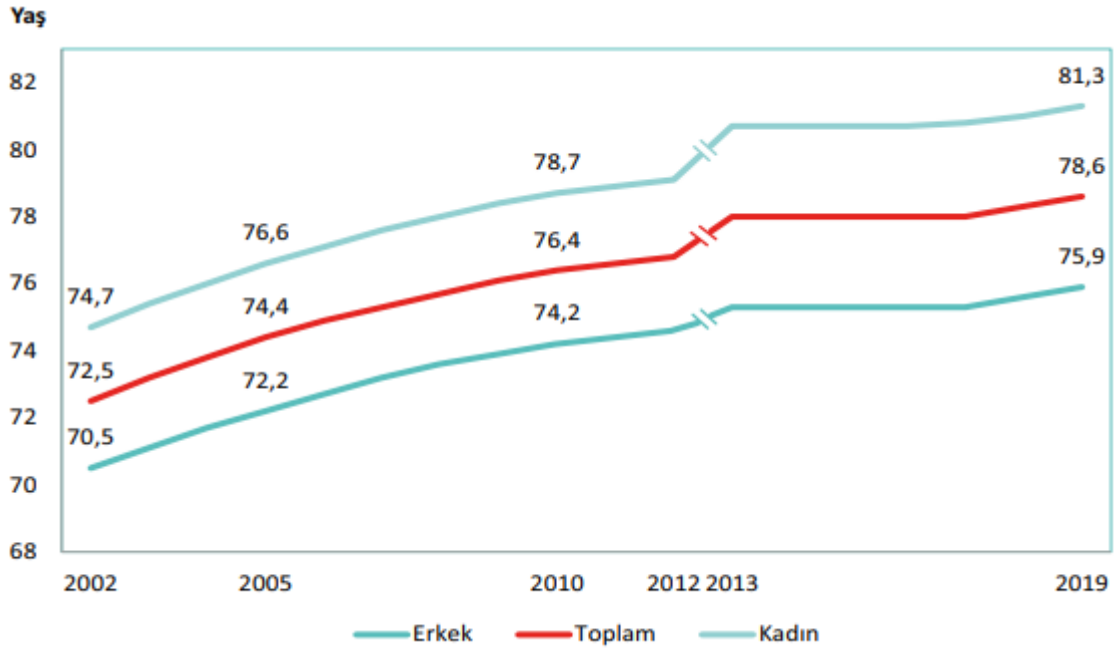
Tablo 8. 2010- 2021 yılları arasında Türkiye’nin çeşitli bazı sağlık göstergeleri (URL-20, 2022).

Yıl	Toplam doğurganlık hızı (çocuk sayısı)	Kaba doğum hızı (Binde)	Kaba ölüm hızı (Binde)	Bebek ölüm hızı (Binde)
2010	2.08	17.2	5.0	12.0
2011	2.05	16.9	5.1	11.6
2012	2.11	17.2	5.0	11.6
2013	2.11	17.0	4.9	10.8
2014	2.19	17.5	5.1	11.1
2015	2.16	17.1	5.2	10.2
2016	2.11	16.6	5.3	9.8
2017	2.08	16.2	5.3	9.3
2018	2.00	15.4	5.2	9.3
2019	1.88	14.4	5.3	9.1
2020	1.76	13.4	*	*
2021	1.70	12.8	*	*

\*İlgili yıllarda veriler elde edilememiştir.

Tablo 8’de Türkiye İstatistik Kurumundan (TÜİK) alınan veriler incelendiğinde 2010-2021 yılları arasında toplam doğurganlık hızının bu süreç içerisinde artış ve azalış

göstermiş olduğu 2021 yılında ise 1.70 seviyesine inerek doğurganlığın nüfusu yenilenme düzeyi olan 2.10'un altında kaldığı görülmektedir. Bin nüfus başına düşen canlı doğum sayısını ifade eden kaba doğum hızı ise yıllar itibariyle azalarak 2021 yılında 12.8 olarak en düşük seviyeyi görmüştür. Bu süreç içerisinde kaba ölüm hızında kayda değer bir değişim olmamakla beraber bebek ölüm hızında ciddi anlamda bir düşüş görülmektedir.



Şekil 13. Doğumda yaşam beklentisi (Sağlık Bakanlığı, 2022: 18 ).

Kişilerin gelir düzeyi ve yaşam kalitesi gibi sosyo- ekonomik yapılarında meydana gelen iyileşmeler doğumda yaşam beklentisini önemli ölçüde etkilemektedir. Şekil 13'de doğuşta beklenen yaşam süresinin her yıl artmakta olduğu görülmektedir. 2019 yılında 78.6 yıla yükselen yaşam süresi sağlık sektöründe yaşanan olumlu gelişmelerin varlığını göstermektedir. Bu dönem içerisinde yaşam süresi sürekli bir artış göstermiş olsa da gelişmiş ülkelerde bu süre ( Japonya'da 85 yıl) daha yüksektir.

Tablo 9. 2010-2021 yılları arasında Türkiye'de sağlık çalışan sayıları (Bin) (URL-21; Sağlık Bakanlığı, 2022: 210)

Yıl	Hekim sayısı	Hemşire sayısı	Diş hekimi sayısı	Ebe sayısı	Sağlık memuru sayısı	Eczacı	Diğer personel
2010	123447	114772	21432	50343	99302	26506	-
2011	126029	124982	21099	51905	110862	26089	260693
2012	129772	134906	21404	53466	122663	26571	273616
2013	133775	139544	22295	53427	131652	27012	290363

Tablo 9. (Devamı)

Yıl	Hekim sayısı	Hemşire sayısı	Diş hekimi sayısı	Ebe sayısı	Sağlık memuru sayısı	Eczacı	Diğer personel
2014	135616	142432	22996	52838	138878	27199	303110
2015	141259	152803	24834	53086	145943	27530	311337
2016	144827	152952	26674	52456	144609	27864	321952
2017	149997	166142	27889	53741	155417	28512	339241
2018	153128	190499	30615	56351	177409	32032	376367
2019	160810	198103	32925	55972	182456	33841	369660
2020	171259	227292	34830	59040	206103	35364	408581

Tablo 9’ da 2010 ve 2020 yılları arasında sağlık çalışan sayıları verilmiştir. Yıllar itibari ile tüm branşların personel sayılarında artış yaşandığı Covid- 19 pandemi sürecinde de bu artışın önemli ölçüde olduğu görülmektedir.

Tablo 10. 2010-2020 yılları arasında Türkiye’ de sağlık personeli başına düşen hasta sayısı ( URL-21, 2022).

Yıllar	Hekim başına düşen hasta sayısı	Hemşire başına düşen hasta sayısı	Diş hekimi başına düşen hasta sayısı	Ebe başına düşen hasta sayısı	Sağlık memuru başına düşen hasta sayısı	Eczacı başına düşen hasta sayısı
2010	597	642	3440	1464	742	2781
2011	593	598	3542	1440	675	2864
2012	583	561	3533	1414	617	2846
2013	573	549	3439	1435	582	2838
2014	573	545	3379	1470	559	2857
2015	557	515	3171	1483	540	2860
2016	551	522	2992	1522	552	2864
2017	539	486	2898	1504	520	2834
2018	536	430	2679	1455	462	2560
2019	517	420	2526	1486	456	2457
2020	488	368	2401	1416	406	2364

Tablo 10’da sağlık personeli başına düşen hasta sayısı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde her branş için personel başına düşen hasta sayısında azalış olduğu ve bu azalışın artan sağlık personel sayısı ile ters ilişkili olduğu görülmektedir. Bir ülkede sağlık personeli başına düşen hasta sayısı azaldıkça sunulan sağlık hizmetinin kalitesi artmaktadır. Bu durum sağlık sektöründe iyileşmelerin olduğunu göstermektedir.

Tablo 11. 2010- 2019 yılları arasında Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kurum sayıları (URL-21, 2022).

Yıllar	Genel toplam	Toplam (Bin)	Sağlık Bakanlığına bağlı hastane sayısı	Üniversite’ye bağlı hastane sayısı	Özel sektöre bağlı hastane sayısı	Yataksız sağlık kurumu (Bin)	Diğer
2010	26993	1439	843	62	489	25554	45
2011	27997	1453	840	65	503	26544	45
2012	29960	1483	832	65	541	28477	45
2013	30116	1517	854	69	550	28599	44
2014	30176	1528	866	69	556	28645	37
2015	30449	1533	865	70	562	28916	36
2016	32981	1510	876	69	565	31471	*
2017	33587	1518	879	68	571	32069	*
2018	34559	1534	889	68	577	33025	*
2019	34595	1538	895	68	575	33057	*

\*İlgili yıllarda veriler elde edilememiştir.

Tablo 11’de 2010 ve 2019 yılları arası yataklı ve yataksız sağlık kurumlarının sayısı verilmiştir. Yıllar itibariyle sağlık kurum sayılarında bir artış olduğu görülmektedir. 2003 SDP ile özel sektörün daha önemli ve öncelikli bir hâl alması özel sektör kurum sayısını daha da arttırmıştır.

Tablo 12. Türkiye’ de sağlık kurumlarının yatak sayıları (Bin) ve 1000 kişi başına düşen yatak sayıları (URL-21, 2022 ).

Yıllar	Toplam	Sağlık bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	1000 kişi başına düşen yatak sayısı
2010	200239	120180	35001	28063	16995	2.72
2011	194504	121297	34802	31648	6757	2.60
2012	200072	122322	35150	35767	6833	2.65
2013	202031	121269	36056	37983	6723	2.64
2014	206836	123690	36670	40509	5967	2.66
2015	209648	122331	38361	43645	5311	2.66
2016	217771	132921	37707	47143	*	2.73
2017	225863	135339	41324	49200	*	2.79
2018	231913	139651	42066	50196	*	2.83
2019	237504	143412	42925	51167	*	2.86

\*İlgili yıllarda veriler elde edilememiştir.

Tablo 12’de sağlık kurumlarına göre yatak sayıları ve 1000 kişi başına düşen yatak sayıları gösterilmiştir. Hastane yatak sayısı sağlık sisteminin etkinliğini gösteren önemli göstergelerden birisidir. Hizmet sunumunda yatarak tedavinin yapılması gerektiği durumlar ile karşılaşılabilir. Tedavi sürecinde insanların yatak sıkıntısı

ile bekletilmesi ölümcül sonuçlara neden olabileceğinden, sağlık hizmetleri bu anlamda kişileri mağdur etmeyecek kalite ve kapsamda olmalıdır.

Tablo 12'deki verilere göre kurum yatak sayılarının hastane sayıları ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Sağlık kurum sayılarındaki artış beraberinde yatak sayısını da arttırmıştır. 2010-2019 yılları arasında özel sektör yatak sayısında daha fazla bir artış olduğu görülmektedir. 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ise yıllar itibariyle değişkenlik gösterse de önceki yıllara göre artış göstererek 2019 yılında 2.86' ya ulaşmıştır.

Tablo 13. Türkiye'de sağlık hizmeti sunan kurumlara göre toplam hekime müracaat sayısı (Milyon) (Sağlık Bakanlığı, 2022: 149).

	2016	2017	2018	2019	2020
Aile Hekimliği	205549931	228098527	258436607	278043149	247273830
Verem Savaş Dispanseri	1374153	1391817	1332580	1256364	769343
ÇEKÜS	525011	646856	366095	309984	153890
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	8080631	4496425	4821348	3959746	1767606
Özel Poliklinikler (Bin)	461013	501993	539593	629221	435764
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri <sup>15</sup>	3205116	3356809	3577348	3903402	2719502
<b>Birinci Basamak Toplamı</b>	<b>219195855</b>	<b>238492427</b>	<b>269073571</b>	<b>288101866</b>	<b>253119935</b>
Özel Tıp Merkezleri	22069610	18912829	19055722	18298592	14527627
Hastaneler	444443714	461519553	494385911	506503164	332613569
Sağlık Bakanlığı	336875423	350347005	377045707	387622848	239981820
Üniversite	36420413	38963933	42665139	46211148	31725506
Özel	71147878	72208615	74675065	72669168	60906243
<b>İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı</b>	<b>466513324</b>	<b>480432382</b>	<b>513441633</b>	<b>524801756</b>	<b>347141196</b>
<b>Genel Toplam</b>	<b>685709179</b>	<b>718924809</b>	<b>782515204</b>	<b>812903622</b>	<b>600261131</b>

Salgının ortaya çıkmasıyla birlikte hastalık yükünün azaltılması amacıyla tüm ülkeler sağlık hizmet sunumunda değişikliğe gitmiştir. Oldukça hızlı yayılan virüs

<sup>15</sup> İlçe hastanelerinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetinin aile sağlığı merkezleri ile birlikte verildiği sağlık kurumlarıdır.

nedeniyle hükümetler ve sağlık otoriteleri tarafından belirli önlemler alınmıştır. Alınan bu önlemler arasında acil nedenler dışında kişilerin hastanelere başvurmaması gerektiği belirtilmiştir. Bu durum karşısında Covid-19 dışı sağlık hizmetine erişim oranında oldukça büyük bir düşüş yaşanmıştır (Aközlü ve Öztürk Şahin, 2021: 149).

Tablo 13’de 2016- 2020 yılları arasında Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kurumlara göre toplam hekime müracaat sayıları incelenmektedir. Yıllar içerisinde hekime müracaat sayısında sürekli bir artış görülürken, 2020 yılında ciddi anlamda bir düşüşün olduğu görülmektedir (2019 yılında 812.903.622 iken 2020 yılında 600.261.131 düşmüştür). Türkiye’de salgın sürecinde birçok kamu hastanesinin pandemi hastanesine dönüşmesi ve genel olarak enfekte hastaların tedavisine öncelik verilmesi bu düşüşün nedenleri arasında yer almaktadır (Demir ve Kılıç, 2021: 190).

#### **4.4. Türkiye’nin Sağlık Harcamaları**

Bir ülkenin ekonomisinin güçlü ve istikrarlı olabilmesi için sağlıklı bir topluma sahip olması gerekmektedir. Sağlıklı bir toplum da iyi işleyen bir sağlık sistemi ile mümkündür. 2003 yılı SDP ile birlikte sağlık sisteminin iyileştirilmesi doğrultusunda önemli adımlar atılmıştır. Bu doğrultuda Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanı birbirinden ayrılmış, GSS uygulanmaya başlanmıştır.

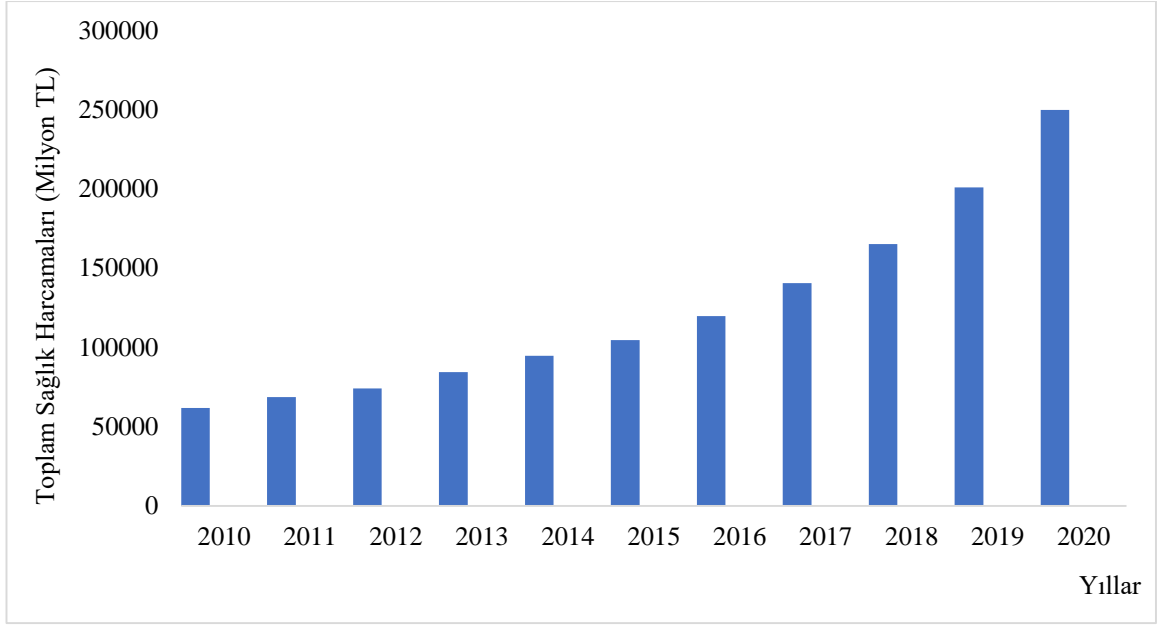
Bu başlık altında Türkiye İstatistik Kurumundan elde edilen veriler ile ülkenin sağlık harcamaları incelenmektedir. Sağlık harcamalarının bilinmesi, ülkelerin sağlık alanına ayırdıkları kaynaklar açısından önem arz ederken; aynı zamanda ülkelerarası ve sektörler arası mukayese yapılabilmesi açısından da önem taşımaktadır. Sağlık harcamalarının yapılması ile ülkelerin sağlık statüleri ve gelişmişlik düzeyleri ortaya konulmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 207).

Tablo 14’e göre toplam sağlık harcamaları düzenli ve sürekli bir artış halindedir. Bununla birlikte cari sağlık harcamaları ve yatırım harcamaları da düzenli olarak bir artış göstermektedir. Kamunun yapmış olduğu sağlık harcamaları ele alındığında, merkezi ve yerel devletin gerçekleştirmiş olduğu harcamalar süreç içerisinde artarken; toplam sağlık harcamaları içerisinde, sosyal güvenlik harcamaları genel devlet harcamalarının büyük bir kısmını kapsamaktadır. Ancak sosyal güvenlik harcamaları içerisinde yatırım harcamaları, merkezi devlet yatırım harcamalarının altında kalmıştır. Özel sektör sağlık harcamaları içerisinde ise hanehalkı (cepten ) ödemeleri büyük bir paya sahiptir.

Tablo 14. 2010-2020 yılları arası Türkiye'nin hizmet sunucularına göre sağlık harcaması ( Milyon TL) (Sağlık Bakanlığı, 2022: 242).

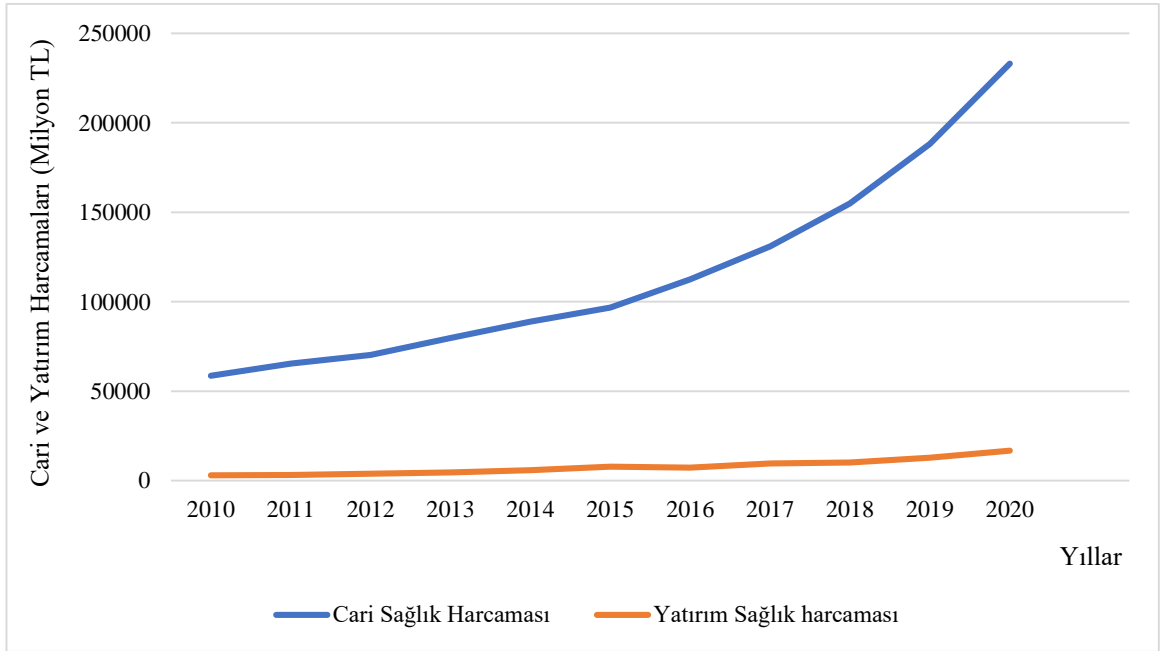
	Yıllar	KAMU SEKTÖRÜ					ÖZEL SEKTÖR		
		Genel toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hanehalkı	Diğer
Toplam sağlık harcaması	2010	61678	48482	17209	577	30695	13196	10062	3134
	2011	68607	54580	19086	557	34937	14028	10590	3438
	2012	74189	58785	16493	662	41630	15404	11750	3654
	2013	84390	66228	18425	810	46993	18162	14156	4006
	2014	94750	73382	21282	744	51356	21368	16819	4549
	2015	104568	82121	25286	927	55908	22446	17315	5131
	2016	119756	94012	28731	1118	64163	25744	19562	6182
	2017	140647	109744	35316	1303	73125	30904	24004	6900
	2018	165234	128021	40461	1439	86121	37213	28655	8558
	2019	201031	156819	51492	1373	103954	44212	33626	10585
	2020	249932	198062	68927	1632	127504	51869	40105	11764
Cari sağlık harcamaları	2010	58623	45726	15307	477	29941	12897	9891	3007
	2011	65372	51728	17230	445	34052	13644	10391	3253
	2012	70288	55648	14465	531	40652	14640	11198	3442
	2013	79702	62447	15682	638	46127	17255	13491	3764
	2014	88878	68974	18213	704	50058	19904	15754	4150
	2015	96786	75622	20265	893	54464	21163	16404	4760
	2016	112540	88279	24290	1064	62925	24261	18531	5730
	2017	130981	101786	27694	1216	72876	29195	22770	6425
	2018	154998	119941	34027	1316	84598	35057	27111	7946
	2019	188237	146232	42650	1357	102226	42004	32090	9915
	2020	233062	183759	56376	1598	125784	49303	38294	11010
Yatırım	2010	3054	2756	1902	100	754	299	172	127
	2011	3236	2852	1856	112	885	384	199	185
	2012	3901	3137	2028	131	978	764	552	212
	2013	4688	3781	2743	172	866	907	665	242
	2014	5871	4407	3069	40	1298	1464	1065	398
	2015	7782	6499	5021	34	1444	1283	912	371
	2016	7216	5733	4441	54	1238	1483	1031	452
	2017	9666	7958	7623	86	249	1709	1234	475
	2018	10236	8080	6433	123	1523	2156	1543	612
	2019	12794	10586	8842	16	1728	2207	1537	671
	2020	16870	14304	12551	34	1719	2566	1812	754

Şekil 14'de 2010-2020 yılları arasında toplam sağlık harcamaları verileri bakıldığında toplam harcamaların yıllar içerisinde sürekli bir artış gösterdiği görülmektedir. 2020 yılında ise bu harcama kaleminde gözle görülür bir artışın olduğu ve bu artışa Covid-19 pandemi sürecinde yapılan test, aşı, yatak ve personel sayısı, ilave koruyucu ekipman gibi birçok faktörün neden olduğunu söylenebilir.



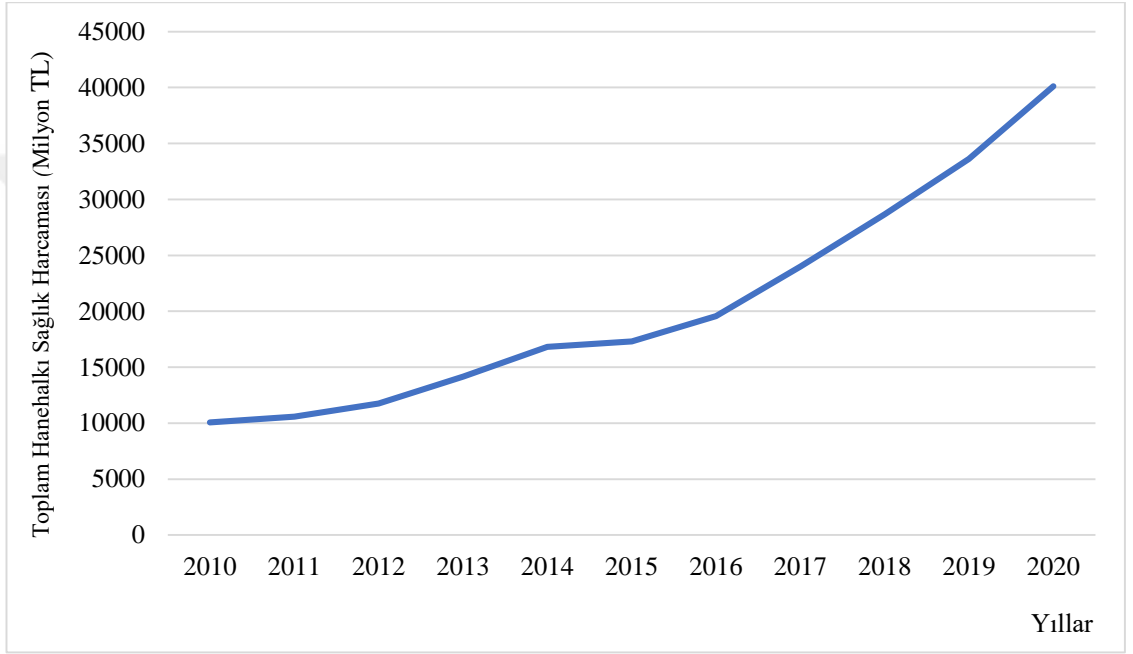
Şekil 14. 2010-2020 yılları arasında Türkiye’de toplam sağlık harcamaları (Milyon TL) (Sağlık Bakanlığı, 2022: 242).

Şekil 15’de 2010-2020 yılları arasında cari ve yatırım harcamalarının seyrine bakıldığında harcama kalemlerinin yıllar içerisinde düzenli olarak arttığı 2020 yılına gelindiğinde ise önceki yıllara göre daha fazla bir artışın olduğu görülmüştür. Bunun nedeni toplam sağlık harcamalarında daha önce belirtilen Covid-19 pandemi sürecinin etkisi olarak görülebilir.



Şekil 15. 2010-2020 yılları arasında Türkiye’de cari ve yatırım harcamaları (Milyon TL) (Sağlık Bakanlığı, 2022: 242).

Özel sektör sağlık harcamaları içerisinde önemli bir paya sahip olan hanehalkı harcamalarının yıllar içerisindeki seyri Şekil 16’da gösterilmiştir. Seçilen yıllar içerisinde cepten harcamaların düzenli olarak arttığı görülmektedir. 2020 yılı Covid-19 pandemi sürecinde ise cepten yapılan sağlık harcamalarının önemli ölçüde bir artışa sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bunun nedeni ise pandemi sürecinde kamu hastanelerinin çoğunun pandemi hastanesine dönüştürülmesi ve kişilerin özel hastanelere yönelmek zorunda kalmış olması, ilaç, maske, ateş ölçer, solunum cihazı, vitaminler gibi birçok değişkenin ücretlerinin eklenmesidir (Demir ve Kılıç, 2021: 183)



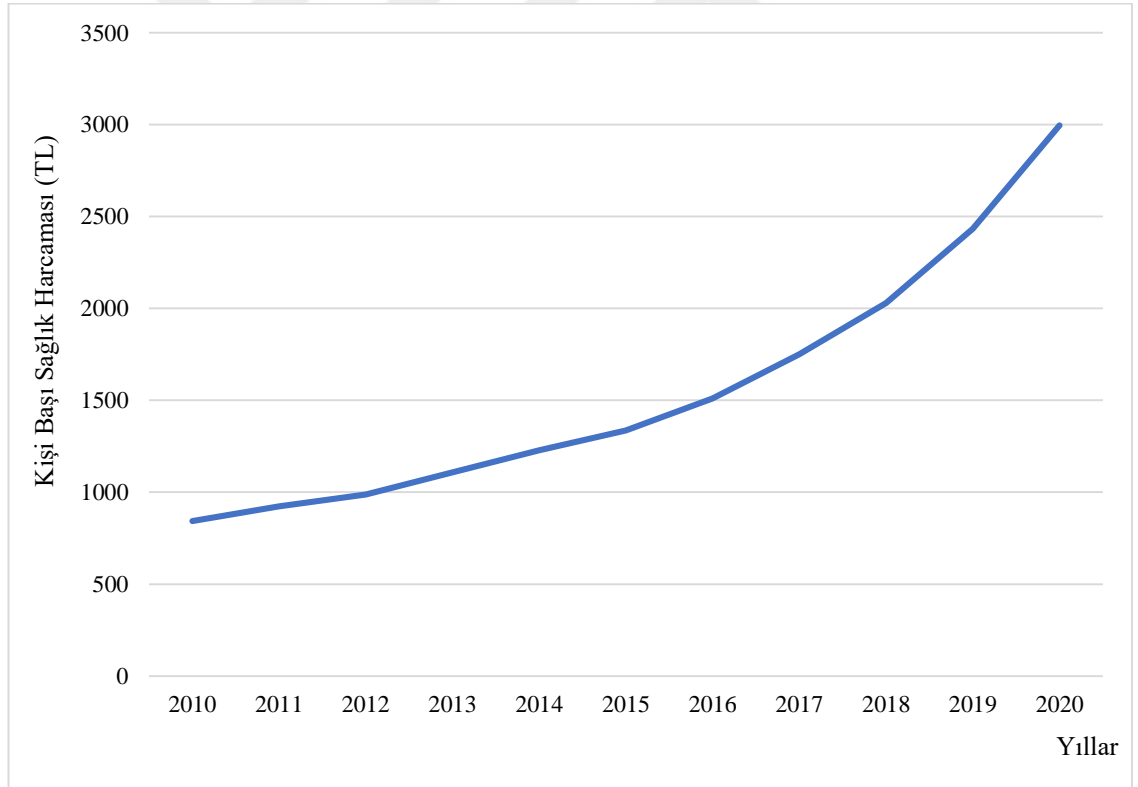
Şekil 16. 2010-2020 yılları arasında Türkiye’de toplam hanehalkı sağlık harcaması (Milyon TL) (Sağlık Bakanlığı, 2022: 242).

Tablo 15. 2010-2020 yılları arasında Türkiye'nin sağlık harcama göstergeleri (URL-21, 2022).

	<b>Toplam sağlık harcamaları( milyon TL)</b>	<b>Kişi başı sağlık harcaması (TL)(bin)</b>	<b>Toplam sağlık harcamalarının GSYH oranı (%)</b>	<b>Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasına oranı (%)</b>	<b>Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasına oranı (%)</b>	<b>Hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)</b>
<b>2010</b>	61678	843	5.3	78.6	19	16
<b>2011</b>	68607	924	4.9	79.6	21.4	15.4
<b>2012</b>	74189	987	4.7	79.2	20.4	15.8
<b>2013</b>	84390	1108	4.6	78.5	20.8	16.1
<b>2014</b>	94750	1228	4.6	77.4	22.6	17.7
<b>2015</b>	104568	1337	4.4	78.5	21.5	16.5
<b>2016</b>	119756	1511	4.6	78.5	21.5	16.3
<b>2017</b>	140647	1751	4.5	78	22	17.1
<b>2018</b>	165234	2030	4.4	77.5	22.5	17.3
<b>2019</b>	201031	2434	4.7	78	22	16.7
<b>2020</b>	249932	2997	5.0	79.2	20.8	16

Bir ülkenin sağlık sistemi ortaya konulurken bakılan diğer bir gösterge ise toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH) içerisindeki payıdır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça GSYH'den sağlık harcamalarına ayrılan pay da artmaktadır. Tablo 15'de 2010 -2020 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı incelendiğinde ilgili yıllar arasında belirgin bir değişiklik görülmemektedir. 2020 yılı Covid-19 pandemi sürecinde ise önceki yıllara göre artış göstererek % 5 oranına ulaşmıştır. Gelişmiş ülkelerde bu oran daha yüksek (Japonya'da 10.74 ) düzeylerde seyretmektedir.

Tablo 15 ve Şekil 17' de görüldüğü üzere 2010 yılında 843 TL olan kişi başı sağlık harcama miktarı, 2019 yılında 2434 TL, 2020 yılında ise 2997 TL olmuştur. İlgili yıllar arasında çok yüksek olmamakla birlikte düzenli olarak bir artış olduğu görülmektedir. Büyük bir kısmı kamu sağlık harcamalarındaki artıştan kaynaklanan kişi başı sağlık harcamaları, pandemi sürecinde 563 TL'lik bir artış göstererek bir önceki yıla göre % 23.1 oranına yükselmiştir.



Şekil 17. 2010-2020 yılları arasında Türkiye’de kişi başı sağlık harcaması (TL)

#### 4.5. ABD Sağlık Sistemi

ABD, 50 eyalete sahip federal bir devlettir. Aynı zamanda dünyanın en büyük ekonomisine sahip, kişi başı gelirin en yüksek olduğu ülkeler arasında yer almaktadır.

Bu federal devlet anlayışı doğrultusunda eyaletler iç bağımsızlıklarını koruyup kendileri yasal düzenlemeler yapabilmektedir. Her eyalet kendi içinde ayrı bir yapılanmaya sahiptir bu durum sağlık alanında da söz konusu olabilmektedir. Ülkenin sağlık sistemi parçalı bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmet sunum ve finansmanı federal hükümet, eyaletler, yerel yönetimler ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Serbest piyasa tipi sağlık sistemine sahip olan ülke, özel sektör ağırlıklı hizmet sunum ve finansmanına sahiptir.

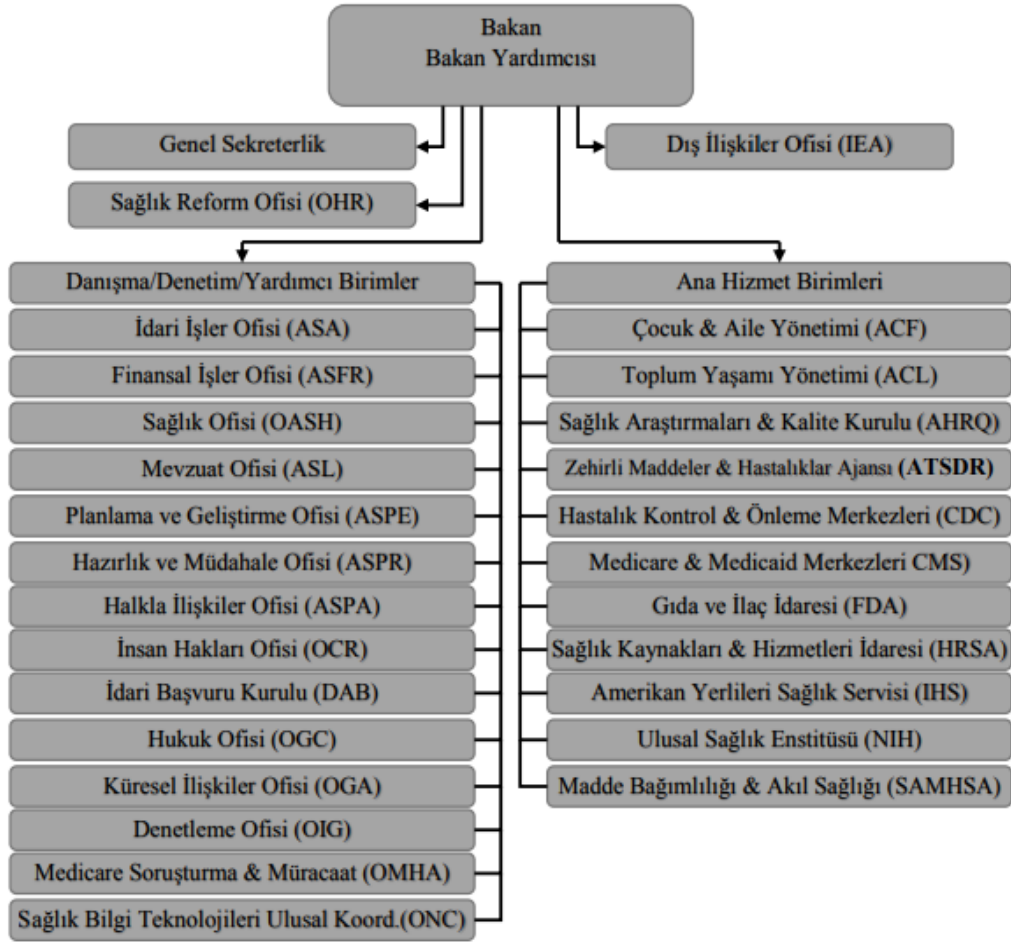
ABD’de tüm vatandaşları kapsayan bir genel sağlık sigortası sistemi bulunmamaktadır. Hizmet sunumu ve finansmanı ağırlıklı olarak özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Bu da kâr amacı güden kurum ve kuruluşların varlığını ortaya çıkarmaktadır (Erginöz, 2010: 96).

#### **4.5.1. Yönetim ve Organizasyon**

Federal devletin sağlık hizmet yönetiminde en önemli ve en üst kurumu, Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı (HHS)’dir. Bakanlığın yerel yönetim ve eyaletlerde denetleme, düzenleme yapmak ve bünyesinde yer alan kurumları yönetmek gibi görevleri bulunmaktadır. Şekil 18’de, Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığının yapısı ve hizmet birimleri yer almaktadır. Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı birimleri sağlık ve sosyal bilim araştırmaları yapar, salgın hastalıkları önlemek için çalışır, gıda ve ilaç güvenliğini sağlar ve herkesin sağlık sigorta kapsamına girebilmesi için çalışır. HHS, Medicare ve Medicaid’i <sup>16</sup>yönetmeye ek olarak, Ulusal Sağlık Enstitülerini, Gıda ve İlaç İdaresini ve Hastalık Kontrol Merkezlerini de denetlemektedir (URL-22, 2022)

---

<sup>16</sup> Medicare; 65 yaş ve üstü (veya) 65 yaşın altındaki belirli engelli veya son aşama böbrek hastalığı gibi tıbbi koşullara sahip bireyler için geçerli olan federal hükümet tarafından sağlanan sağlık sigortasıdır. Medicaid; gelir düzeyi düşük her yaşta insana hizmet sağlayan sağlık sigortasıdır (bk. Başlık 3.5.3.3 ).



Şekil 18. Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığının yapısı ve hizmet birimleri (URL-23, 2022).

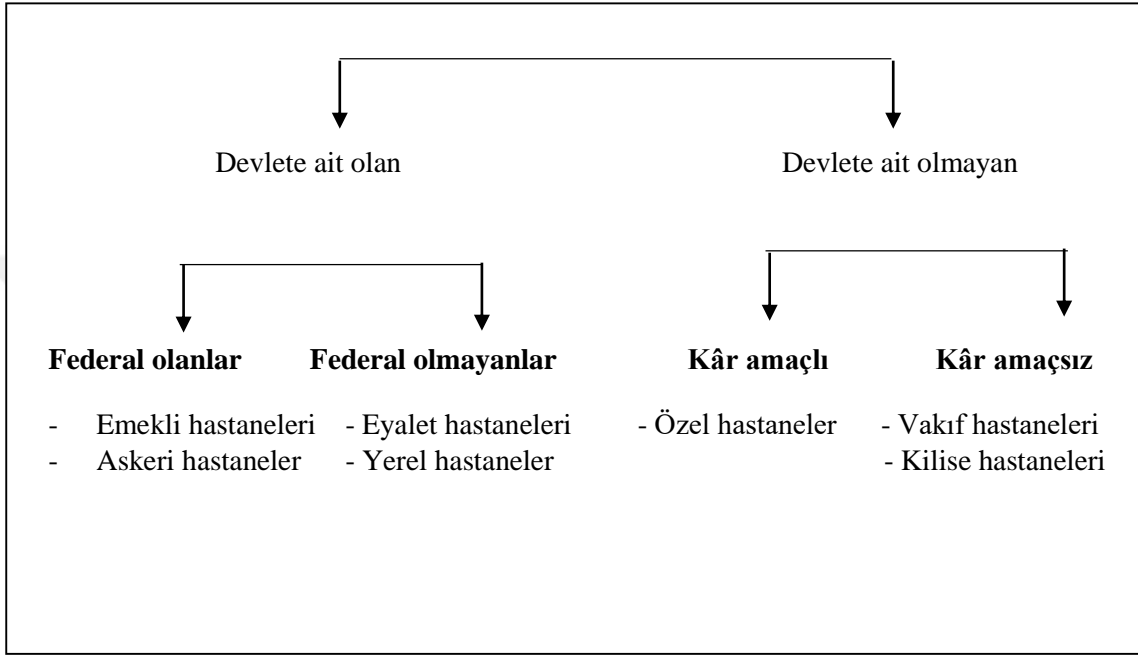
#### 4.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

ABD’de sağlık hizmet sunumunda basamaklar arası sevk zinciri bulunmamaktadır. Hastalar istediği hekim ve hastaneyi seçebilmektedir. Bu anlayış üzerine kurulan sistemde birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaneler veya özel hekim muayenehanelerinde sunulmaktadır. Hizmet sunumunda ücretlerin oldukça yüksek olmasından dolayı hizmetten yararlanacak olan kişilerin satın alma güçlerinin olması gerekmektedir. Aksi takdirde herhangi bir sigorta kapsamında olmayan veya gelir düzeyi düşük olan kişiler bu hizmetlerden yararlanamamaktadır. Devletin de birinci basamak sağlık hizmeti sunduğu kurumlar mevcuttur ancak yeterli düzeyde bulunmamaktadır (Gün ve Kumbasar, 2016: 298).

Birinci basamakta tedavi hizmeti sunan hekimler toplam hekimlerin 1/3’ünü kapsamaktadır. Bu hekimler arasında bebek ve çocuk doktorları, kadın doğum uzmanları, genel pratisyenler ve aile hekimleri bulunmaktadır (Sargutan,2006a: 197). Özel muayenehanesi olan hekim tek başına çalışabileceği gibi grup halinde de çalışabilmektedir. Grup çalışmaları son dönemlerde yaygınlaşmıştır. Bunun en önemli

sebeplerinden birisi işletme maliyetini düşürmektir. Çünkü yapılan ödemeler hekimin cebinden çıkmaktadır (Erginöz, 2010: 103).

Hastane hizmetleri genel olarak eyaletler ve yerel yönetimler tarafından sağlanırken, askeri hastanelerde hizmet sunumu ise federal hükümet tarafından sağlanmaktadır. Bunların yanı sıra kâr amacı olan ve olmayan hastaneler de bulunmaktadır (A. Şen, 2019: 56). Şekil 19’da hastane dağılımı görülmektedir.



Şekil 19. ABD hastane dağılımı (A. Şen, 2019: 56).

Devlet hastaneleri; akıl ve ruh sağlığı, verem ve diğer solunum yolu hastalıkları, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, kronik hastalıklar gibi uzun süren tedavi hizmetleri sağlayan kurumlardır. Bu kurumların finansmanı; hasta gelirleri, vergi gelirleri ve büyük bir kısmı medicaid (tıbbi yardım sigortası) tarafından sağlanmaktadır. Eyalet hastaneleri, üç tiptir. Bunlardan ilki devlet ile birlikte tıp fakültelerince işletilen hastanelerdir. İkincisi yoksul kesimlere hizmet sunan hastaneler, üçüncüsü ise ceza sisteminde kullanılan hastanelerdir. Devlete ait olmayan hastaneler ise kısa süreli hizmetler sunmaktadır (Sargutan, 2006a: 202-203).

#### 4.5.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

ABD’de koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından ücretsiz sağlanırken, herhangi bir tedavi hizmetinden yararlanabilmek için bir sigorta kapsamında olunması gerekmektedir (URL-24, 2022). Ülkede sağlık hizmet finansmanı kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Ancak özel sektör kamudan daha ağırlıklıdır. Buna göre

sağlık hizmet finansmanı beş şekilde sıralanabilmektedir. Bunlar; Kâr amaçlı özel sigorta şirketleri, Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması, Kamu sigortaları (Medicare ve Medicaid), Bağımsız sigorta planları, Obamacare' dir (Erginöz, 2010: 99; Kılıç, 1995: 32).

#### **4.5.3.1. Kâr Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri**

Kâr amaçlı özel sigorta şirketleri, sağlık hizmet finansmanının büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Çoğunlukla bir işverene bağlı çalışan kişiler özel sigorta kapsamına alınmaktadır ve primleri işverenler tarafından karşılanmaktadır. Ancak bireysel olarak kişiler de primlerini cepten ödeyerek sigorta kapsamına girebilmektedir. Bu sigorta şirketleri, işletmelere yönelik grup sigorta imkanları sağlamaktadır. Grup sigortası tüm çalışanlara eşit haklar sunmaktadır. Örneğin, kronik hastalığı olan bir kişi için prim ödemesi daha fazla olabileceken grup sigortasına sahip herkes için belirli bir oranda prim ödenmektedir. Bireysel olarak satın alan kişiler içinse risk durumuna göre prim ödemeleri ayarlanmaktadır. Özel sağlık sigorta şirketleri kesinti yapma, katkı payı ödeme ve reçeteli ilaçlar dışındakileri karşılamama gibi çeşitli ödeme uygulamalarında bulunabilmektedir (Raffel M.W.'den aktaran Mutlu ve Işık, 2012: 316).

#### **4.5.3.2. Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması**

Kâr amacı gütmeyen özel sigorta şirketi olarak hizmet sağlamaktadırlar. Diğer özel sigorta şirketleri gibi rekabet ortamı bulunmamaktadır. Tedavi hizmetleri olabildiğince düşük maliyetlidir. Bu hizmetlerin daha ucuza sağlanmasının ana nedeni, sağlık hizmetlerinin de bu şirketlerin sağlık kurumları tarafından sağlanıyor olmasıdır. Ancak sigorta şirketinin yapacağı bazı anlaşmalar ile hastalar başka hastane hizmetlerinden de yararlanabilmektedir. Bu şirketler bazı hekim ve hastane sahipleri tarafından kurulmuştur ve sadece sağlık sigortası çerçevesinde hizmet sunmaktadır. Mavi kalkan hekim ödemelerini karşılarken, mavi haç hastane ödemelerini karşılamaktadır ve tüm eyaletlerde hizmet sunmaktadır. İsteyen bireysel sigorta yaptırabileceği gibi grup sigortası da yaptırılabilir (Kılıç, 1995: 33).

#### **4.5.3.3. Kamu Sigortaları ( Medicare ve Medicaid)**

Kamu sigorta türleri, medicare (tıbbi bakım) ve medicaid (tıbbi yardım ) olarak iki şekilde çalışmaktadır.

Medicare, 65 yaş ve üstü (veya) 65 yaşın altındaki belirli engelli veya son aşama böbrek hastalığı gibi tıbbi koşullara sahip bireyler için geçerli olan federal hükümetin

sağladığı sağlık sigortasıdır. Bu koşulları taşıyan herkes doğrudan sigorta kapsamına alınır ve finansmanı vergi gelirleri ve kişilerin ödedikleri primler ile karşılanır. Medicare, A ve B olarak iki ana ödeme planından oluşmaktadır. Medicare A, hastane ödemelerini içerirken; Medicare B, ayakta tedavi ve tıbbi malzemeler, doktor hizmetleri, dayanıklı tıbbi ekipmanı (tekerli sandalye, yürüteç v.b) ve koruyucu hizmetleri (aşı, tarama testleri v.b) içermektedir. Medicare'nin en önemli sorunu kesinti uygulamasıdır. Kişilerden tedavi süreçlerinde belirli miktarda ödeme yapmalarını isteyebilmektedir. Örneğin, hastanede yatarak tedavi gören hasta en fazla 90 gün bu hizmetten yararlanabilmektedir veya 100 gün nitelikli hemşire bakımı alabilmektedir. Sürelerin aşımı halinde kişilerden ek ödeme yapılması talep edilmektedir (URL-25, 2022). Medicare A ve B; ilaç, diş, işitme cihazı, göz muayenesi gibi yüksek ücretli tedavileri de karşılamayabilir. Bunun için tamamlayıcı nitelikte farklı bir sigortanın yapılması gerekmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 318).

Medicaid ise gelir düzeyi düşük her yaştan insana hizmet sağlamaktadır. Hizmet finansmanı federal hükümet ile eyalet hükümetleri tarafından karşılanmaktadır. Her eyalette medicaid sigortası kullanılmaktadır ancak eyaletler arası hizmet farklılıkları söz konusu olabilmektedir. Medicaid kapsamında iken 65 yaşını dolduran kişiler medicare programından da yararlanabilmektedir. Aynı zamanda bu kapsamdaki kişiler herhangi bir ödeme yapmamaktadır, alınan hizmetler vergiler ile finanse edilmektedir. Zamanla gelir düzeyi artan kişiler bu sigorta kapsamından çıkabilmektedir. Medicaid aynı zamanda ek maliyet gerektirecek (diş, protez cihaz, fizik tedavi v.b) birçok sağlık hizmetini sağlamaktadır (URL-26, 2022).

#### **4.5.3.4. Bağımsız Sigorta Planları**

Sağlığa destek organizasyonları (HMO) ve tercihli hizmet organizasyonlarının (PPO) yapmış oldukları sağlık sigortalarıdır. Kâr amacı bulunmayan bu kurumlar topladıkları primler ile finansman sağlamaktadır. Bağımsız sigorta şirketlerinin yanı sıra isteğe bağlı olarak mavi haç ve mavi kalkan veya özel sigorta şirketlerine de finansman sağlayabilmektedirler (Mutlu ve Işık, 2012: 317).

#### **4.5.3.5. Obamacare**

Barack Obama, 2010 yılında onayladığı ekonomik bakım yasası (ACA) ile ABD sağlık sistemine yeni bir bakış getirmiştir. Obama ülke genelinde uygulamak istediği bu yasa ile yoksul ya da herhangi bir sigorta primi ödeyemeyen vatandaşları kamu veya özel sigorta çatısı altına sokmak istemektedir. Yapılan bu yeni düzenleme bazı

eyaletlerce uygulanmaya konurken bazı eyaletler bu uygulamayı kullanmamaktadır. Aynı zamanda, her eyalet farklı prim uygulamaktadır. Örneğin, Kaliforniya eyaletinde 187 dolar olan sağlık sigortası, Massachusetts'te 388 dolar, Ohio eyaletinde 80 dolardır. Vermont ve Rhode Island eyaletlerinde ise bu uygulama kullanılmamaktadır (URL-27, 2022 ).

Kamu tarafından sağlanan medicaid sigortasının ACA ile hizmet alanı genişletilmiştir. Medicaid'e göre gelir düzeyleri yüksek olan kişiler de gelirlerine uygun olarak prim yükümlüsü yapılmıştır. Kısaca Obamacare, tüm vatandaşları gelirine göre sigorta kapsamına alan, daha ucuz ve daha kaliteli sağlık hizmetinden yararlanmak amacıyla yapılmıştır (Erginöz, 2010: 102).

#### 4.5.4. Nüfus ve Sağlık Göstergeleri Açısından ABD

Tablo 16. ABD'nin demografik ve sağlık göstergeleri ( URL-28, 2022; URL-29, 2022 ).

	Doğumda beklenen yaşam süresi	65 yaş üstü nüfus (Toplam nüfusa oranı)	5 yaş altı ölüm oranı (Bin canlı doğumda)	1000 kişi başına düşen doktor sayısı	1000 kişiye düşen hemşire sayısı	1000 kişi başına düşen yatak sayısı
<b>2010</b>	81	12.98	7.3	2.43	10.94	3.05
<b>2011</b>	81.1	13.25	7.2	2.46	11.08	2.97
<b>2012</b>	81.2	13.56	7.1	2.50	11.15	2.93
<b>2013</b>	81.2	13.90	7.0	2.56	11.14	2.89
<b>2014</b>	81.3	14.26	6.9	2.58	11.18	2.83
<b>2015</b>	81.2	14.64	6.8	2.58	11.31	2.8
<b>2016</b>	81.1	15.03	6.7	2.59	11.63	2.77
<b>2017</b>	81.1	15.41	6.6	2.61	11.76	2.87
<b>2018</b>	81.2	15.80	6.5	2.61	11.88	2,83
<b>2019</b>	81.4	16.20	6.4	2.64	11.97	2,80
<b>2020</b>	80.2	16.63	6.3	*	11.83	*
<b>2021</b>	*	17.03	*	*	11.98	*

\*İlgili yıllarda veriler elde edilememiştir.

2021 nüfus sayımına göre ABD'nin nüfusu 331893745 kişidir. Tablo 16'ya göre ABD'nin doğumda yaşam beklentisi 2010 yılında 81 iken 2020 yılında bu yaş 80.2' e düşmüştür. 5 yaş altı ölüm oranları incelendiğinde 2010 yılında 7.3 olan bu oran 2020 yılında 6.3 düzeyine gerilemiştir. 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı ise 2010 yılında 12.98 iken 2021 yılına gelindiğinde bu oran 17.03 düzeyine yükselmiştir. Sağlık işgücü ülkelerin sağlık hizmeti sunumu noktasında önemli bir gösterge olduğundan, 2010-2019 yılları arasında OECD verilerine bakıldığında 1000 kişi başına düşen hekim

sayısı 2.43'den 2.64 düzeyine yükselmiştir. 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı ise 10.94 iken 2021 yılında bu oran 11.98 düzeyine yükselmiştir. 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ise yıllar itibariyle genel olarak bir azalış göstermektedir.

#### 4.5.5. Sağlık Harcamaları

ABD, M.I. Roemer (1991-1993) tarafından yapılan sınıflandırılmaya göre serbest piyasa tipi sağlık sistem yapısına sahiptir. Sağlık hizmet finansmanında kamu ve özel sektörün yer aldığı ülkede özel sektör daha ağırlıklıdır. Sağlık harcama göstergelerinin yer aldığı Tablo 17'ye göre 2010- 2019 yılları arasında pandemi öncesi kişi başına düşen sağlık harcaması incelendiğinde geçen süre içerisinde kişi başı sağlık harcamasının 9214 dolardan 10921 dolara doğru bir artışın olduğu görülmektedir. Oldukça yüksek olan bu miktarla gelişmiş ülkeler arasında da ilk sıralarda yer almaktadır. Sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı bakıldığında yıllar içerisinde sürekli olmasa da bir artış göstererek 2021 yılında 17.78 seviyesine ulaşmıştır. Gelişmişlik göstergesi olarak da bilinen bu oranın ABD' de oldukça yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Toplam sağlık harcaması içerisinde kamunun payı yıllar itibariyle yüksek bir artış göstermemekle birlikte düzenli olarak artmıştır (2010 yılında 48.86 iken 2019 yılında 50.84 düzeyindedir) . Hizmet finansmanında özel sağlık sigortası oldukça büyük bir yer sahiptir. 2010-2013 yıllar arasında DSÖ'nün açıkladığı verilerde bu oranın oldukça yüksek olduğu görülmektedir

Tablo 17. ABD'nin sağlık harcamaları (URL- 28, 2022; URL- 30, 2022).

	Sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı	Kişi başına düşen sağlık harcaması (ABD doları)	Sağlık harcamalarında devletin oranı (%)	Devletin kişi başına sağlık harcaması	Özel sağlık sigortasının payı (%)	Sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların oranı (%)
2010	16.26	9214	48.86	4502	33.49	12.36
2011	16.20	9245	48.94	4525	33.66	12.32
2012	16.18	9366	48.84	4574	33.39	12.33
2013	16.06	9402	49.46	4651	33.62	12.25
2014	16.25	9683	50.69	4909	*	11.93
2015	16.52	10078	51.15	5155	*	11.74
2016	16.84	10380	50.80	5273	*	11.63
2017	16.81	10530	50.65	5333	*	11.40
2018	16.69	10703	50.77	5434	*	11.30
2019	16.77	10921	50.84	5553	*	11.31
2020	18.81	*	*	*	*	9.89
2021	17.78	*	*	*	*	9.94

\*İlgili yıllarda veriler elde edilememiştir.

#### **4.6. Brezilya Sağlık Sistemi**

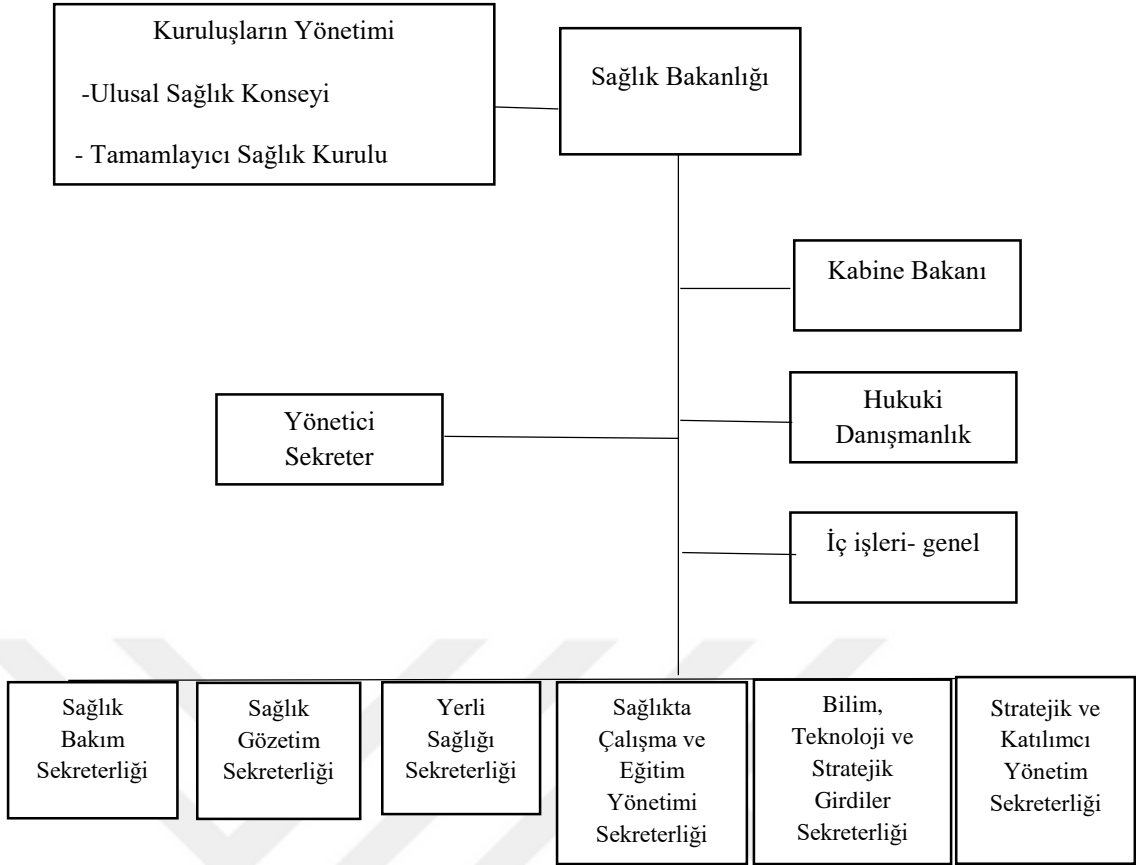
Güney Amerika kıtasının en büyük ve en kalabalık ülkesi olan Brezilya Federal Cumhuriyeti, 26 eyalet ve bir federal bölgeden oluşmaktadır. Ülkenin sağlık sistemi desantralize bir yapıya sahiptir. Yani sağlık hizmet sunumunda merkezi yönetim değil belediye gibi yerel yönetimler daha etkili olmaktadır.

1988 öncesi aşırı merkezileşme, yetersiz ve sınırlı hizmet sunumu gibi sorunlar ele alınarak 1988 yılında federal anayasa ile sağlık alanında da yeni reform çalışmaları yapılmıştır. Bu reformlar ile ülkede sağlık anayasal bir hak olarak benimsenmiş, tüm vatandaşları kapsayan federal düzeyde birleşik sağlık sistemi kurulmuştur. Ülkede sağlık, her ne kadar anayasal bir hak kabul edilse de neoliberal politikaların benimsenmesiyle özel sektörün varlığı da her alanda olduğu gibi sağlık alanında da görülmeye başlamıştır (Kutlu ve Yıldırım, 2015: 153).

1990 yılında Fernando Collor hükümeti ile uygulanmaya başlayan neoliberal politikalar, devletin müdahaleci gücünün zayıflamasına neden olarak şehirleşme, işsizlik, beslenme, gıda güvenliği, çevre kirliliği, çalışma koşulları gibi sağlığın ekonomik ve sosyal değişkenlerini olumsuz etkileyerek toplum sağlığının bozulmasına neden olmuştur ( Beaglehole ve Bonita, 1997: xiii' den aktaran Gönç, 2017: 160). Örneğin, neoliberal politikalar sonucu işsizlik oranındaki artış, daha düşük ücret ile işçi çalıştırma kişilerde depresyon, kalp rahatsızlıkları gibi hastalıkların görülme riskini arttırmaktadır (Marsh vd., 1938'den aktaran Gönç, 2017: 160).

##### **4.6.1. Yönetim ve Organizasyon**

Brezilya sağlık sistemi, sağlık bakanlığı, eyalet sağlık sekreterliği ve belediye sağlık sekreterliği tarafından yönetilmektedir. Federal yapıdaki sağlık bakanlığının görevleri; yeni politikalar geliştirmek, birleşik sağlık sisteminin koordinasyonunu sağlamak, özel ve kamu ilişkisini düzenlemek, sağlık hizmet kurumlarının denetim, kontrol ve planlamasını yapmak, yerel yönetim (belediye) ve eyaletlere finansman sağlamaktır (URL-31, 2022). Bakanlık bu hizmetleri sağlarken; görevleri, yönetici sekreter ve ilgili alt birim sekreterlikleri arasında dağıtarak sistemin yönetimini sağlamaktadır. Şekil 20'de sağlık bakanlığı organizasyon yapısı görülmektedir.



Şekil 20. Brezilya Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısı (Brezilya Sağlık Bakanlığı'ndan aktaran Kutlu ve Yıldırım, 2015: 159).

Eyalet sağlık sekreterliğinin, bölgesel sağlık organizasyonu, stratejik programların koordinasyonu (yüksek maliyetli ilaçların sağlanması gibi) ve belediyeler ile işbirliğinde bulunmak gibi görevleri yer almaktadır. Belediye sağlık sekreterliğinin ise yerel sağlık sisteminin organizasyonunu sağlamak; birleşik sağlık sisteminin yönetimi, sağlık hizmet sunumu, sağlık kuruluşlarını düzenleme, izleme, değerlendirme gibi görevleri bulunmaktadır (Ateş, 2016: 60; URL-31, 2022).

#### 4.6.2. Sağlık Hizmet Sunumu

Brezilya'da sağlığın hak olarak kabul edilmesi ile ülkede yaşayan kişilerin gelirlerine bakılmaksızın herkesi kapsayan evrensel bir halk sağlığı sistemine geçilmiştir. Sağlık hizmet sunumu kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Kamu sağlık hizmetleri Birleştirilmiş Sağlık Sistemi (SUS) tarafından sunulmaktadır. Özel sektör ise daha çok birleşik sağlık sistemini tamamlayıcı niteliktedir (Türkkan,2007: 32). SUS; yerelleşme, evrensellik, kamu finansmanı ve eşitlik ilkeleri üzerine kurulmuştur. Ülke nüfusunun %70' i SUS kapsamındadır ve bu kapsamdaki kişiler organ nakli, diş hekim hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, onkoloji ve doğum gibi birçok hizmetten ücretsiz olarak

yararlanabilmektedir (URL-31, 2022). SUS içerisinde sunulan sağlık hizmetleri federal sağlık bakanlığı, eyalet ve belediye sağlık sekreterlikleri tarafından yürütülmektedir. Sağlık bakanlığı sistemin denetiminde rol oynarken; hizmetler, eyalet ve belediyelerce yerine getirilmektedir. Sağlık hizmetleri; sağlık merkezleri, özel dal merkezleri, kamu hastaneleri, sağlık postaları, bağımsız acil istasyonları ve özel sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır (Sargutan, 2006b: 640-641).

Tamamlayıcı sağlık sistemi olan özel sektör ise SUS 'un karşılamadığı hizmetlerden yararlanmak amacıyla oluşturulan sistemdir. Gönüllülük esasına dayanmaktadır ve kişilerin belirli bir prim ödeme zorunluluğu bulunmaktadır. Ülke nüfusunun %30'u tamamlayıcı sağlık sistemi ve tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamındadır. Bu sistemden yararlanan kişiler aynı zamanda SUS 'tan da yararlanabilme imkânına sahiptir. (Ateş, 2016: 61).

1994 yılında Aile Sağlık Programı uygulanmaya başlamıştır. Bu program birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmek amacıyla yapılmıştır. Aile Sağlık Programı çerçevesinde bir hekim, bir hemşire, bir yardımcı hemşire ve 4-6 toplum sağlığı çalışanı bulunmaktadır ve 600 ile 1000 arasında aileye bakmakla yükümlüdür. Birinci basamak hizmetleri genellikle gelişmemiş bölgelerde, kamu sektörü tarafından sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları (poliklinikler ve hastaneler) özel sektör tarafından daha gelişmiş bölgelerde hizmet sunulmaktadır ancak bu basamaktaki hizmetler kamu tarafından da sağlanabilmektedir (Aydoğdu, 2016: 39; URL-32, 2022).

Brezilya'daki kamu hastanelerinde ücretsiz sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması vatandaş için ne kadar iyi ise aşırı kalabalık nedeniyle uzun bekleme süreleri, tedavi alamama ya da tedavinin devamlılığının sağlanmaması veya uzman doktor ve hasta yatağı eksikliği gibi problemlerin varlığından da söz edilmektedir. Kamu hastanelerindeki koşullar, özel sektöre göre daha düşüktür, örneğin bazı tıbbi malzeme eksikliği gibi durumlarla karşılaşılabilir. Yabancılar bu kamu hastanelerinde ücretsiz sağlık hizmeti alabilse de çoğu hasta özel hizmetleri tercih etmektedir (URL-32, 2022). Tablo 18'de Brezilya sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yer almaktadır.

Tablo 18. Sağlık hizmetleri sınıflandırması (URL-33, 2022).

Seviye	Servis tipi	Sorumlu hükümet düzeyi	Hizmet sunumu kurumu	Finansman kaynakları
1.basamak	Genel ayakta tedavi hizmetleri	Belediye	Aile sağlığı merkezleri,	Federal transferler, Belediye kaynakları

Tablo 18.(Devamı)

Seviye	Servis tipi	Sorumlu hükümet düzeyi	Hizmet sunumu kurumu	Finansman kaynakları
2. basamak	Uzman poliklinik ve yatan hasta	Belediye, Eyaletler, Federal hükümet	Özel sektör, Sevk hastaneleri	Federal transferler, Belediye kaynakları, özel sigorta
3.basamak	Belli bir dal hizmetleri	Eyalet ve Federal hükümet	Kamu hastanesi, özel sektör	Eyaletlere federal transferler, kamu hastanelerine devlet finansmanı

#### 4.6.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Brezilya sağlık sisteminde Sağlık Bakanlığı, sağlık alanına yapılan AR-GE ve yatırım hizmetlerinin finansmanından sorumludur (Ateş, 2016: 62). Sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu ve özel kaynaklarının bulunduğu karma bir yapıdadır. Kamu finansmanı; federal, eyalet, belediyeler tarafından alınan vergi gelirleri ve federal hükümetin toplamış olduğu sosyal fonlar ile karşılanmaktadır. Finansman kaynakları federal düzeyden yerel düzeye doğru aktarılmaktadır. Özel (tamamlayıcı) sigorta ise gönüllük esasına dayalı olup, önceden prim ödemeleri ile finanse edilmektedir. SUS kapsamındaki hastalar temel prensip olarak tüm ilaçları ücretsiz alabilecekken, yalnızca belirli ilaçları ücretsiz olarak alabilmektedir dolayısıyla ilaçların maliyeti cepten ödeme yöntemi ile finanse edilmektedir. Bu da gelir düzeyi düşük kişilere daha fazla yük getirmektedir (URL-31, 2022).

#### 4.6.4. Nüfus ve Sağlık Göstergeleri açısından Brezilya

Tablo 19. Brezilyanın demografik ve sağlık göstergeleri ( URL-28, 2022; URL-29, 2022).

	Doğumda beklenen yaşam süresi	65 yaş üstü nüfus (Toplam nüfusa oranı)	5 yaş altı ölüm oranı (Bin canlı doğumda)	1000 kişi başına düşen doktor sayısı	1000 kişiye düşen hemşire sayısı	1000 kişi başına düşen yatak sayısı
<b>2010</b>	73.6	6.82	18.6	1.52	0.67	2.37
<b>2011</b>	73.9	7.03	17.9	1.50	0.73	2.31
<b>2012</b>	74.2	7.25	17.2	1.55	0.80	2.27
<b>2013</b>	74.2	7.48	16.7	1.62	0.97	2.25

Tablo 19. (Devamı)

	Doğumda beklenen yaşam süresi	65 yaş üstü nüfus (Toplam nüfusa oranı)	5 yaş altı ölüm oranı (Bin canlı doğumda)	1000 kişi başına düşen doktor sayısı	1000 kişiye düşen hemşire sayısı	1000 kişi başına düşen yatak sayısı
2014	74.7	7.74	16.3	1.71	1.03	2.22
2015	74.9	8.01	15.9	1.73	1.08	2.15
2016	75.2	8.30	16.7	1.79	1.14	2.11
2017	75.4	8.60	15.4	1.86	1.21	2.09
2018	75.6	8.92	15.2	1.90	1.27	*
2019	75.8	9.25	14.9	1.97	1.42	*
2020	76	9.59	14.7	2.05	1.55	*
2021	*	9.93	*	2.15	*	*

\*İlgili yıllarda veriler elde edilememiştir.

2021 nüfus sayımına göre Brezilya'nın nüfusu 213993441 kişidir. Güney Amerika kıtasının en büyük ve en kalabalık ülkesi olan Brezilya'nın demografik ve sağlık göstergeleri Tablo 19'da yer almaktadır. Tablo 19 incelendiğinde doğumda yaşam beklentisi 2010 yılında 73.6 iken 2020 yılında bu yaş 76' a yükselmiştir. 5 yaş altı ölüm oranları incelendiğinde 2010 yılında 18.6 bu oran 2020 yılında 14.7 düzeyine gerilemiştir. 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı ise 2010 yılında 6.82 iken 2021 yılına gelindiğinde 9.93 düzeyine yükselmiştir. Etkili ve verimli bir sağlık hizmet sunumunda sağlık işgücünün önemi büyüktür. 2010- 2021 yılları arasında OECD verilerine bakıldığında 1000 kişi başına düşen hekim sayısı 1.52 'den 2.15 seviyesine yükselmiştir. 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı ise 2010 yılında 0.67 düzeyinden 1.55'e bir artış göstermiştir. 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ise 2010 yılında 2.37 düzeyinden yıllar itibari ile azalış göstererek 2017 yılında 2.09 düzeyine düşmüştür.

#### 4.6.5. Sağlık Harcamaları

Brezilya, M.I. Roemer (1991-1993) tarafından yapılan sınıflandırılmaya göre refah yönelimli bir sağlık sistem yapısına sahiptir. Hizmet sunum ve finansmanında kamu ve özel sektörün yer aldığı ülkede sağlık harcama göstergeleri Tablo 20'de yer almaktadır. 2010- 2019 yılları arasında pandemi öncesi kişi başına düşen sağlık harcaması incelendiğinde geçen süreç içerisinde kişi başı sağlık harcamasının 712 dolardan 853 dolara bir artış gösterdiği görülmektedir. Sağlık harcamalarının GSYH oranı ise geçen süre içerisinde sürekli artış halinde olup 2019 yılında 9.59 seviyesine ulaşmıştır. Ülkenin gelişmişlik düzeyi arttıkça GSYH'ye sağlık harcamalarına ayrılan pay da artmaktadır. Brezilya sağlık sisteminde hizmet finansmanı kamu ve özel sektör

tarafından sağlanmaktadır. Sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı her geçen yıl azalırken (2010 yılında 45.02 iken 2019 yılında 40.74 düzeyindedir), özel sağlık sigortasında sürekli bir artış gerçekleştiği görülmektedir (2010 yılında 24.05 iken 2019 yılında 29.75 düzeyine çıkmıştır.) Bunun nedeni sağlık hizmetinden memnun olmayan vatandaşların özel sağlık sigortası kapsamında hizmet sunumundan faydalanmak istemeleri olabilmektedir. Cepten harcamaların sağlık harcamaları içerisindeki payı ise yıllar itibarı ile azalış göstermiştir (2010 yılında 29.39 iken 2019 yılında 24.88 düzeyindedir). Geçen süre içerisinde bir azalış olsa dahi bu oran oldukça yüksek bir paya sahiptir. Bunun nedeni SUS kapsamı dışında kalan ilaç vb. ihtiyaçların cepten ödeme ile finanse edilmesidir.

Tablo 20. Brezilya'nın sağlık harcamaları (URL-30, 2022).

	Sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı	Kişi başına düşen sağlık harcaması (ABD doları)	Sağlık harcamalarında devletin oranı (%)	Devletin kişi başına sağlık harcaması	Özel sağlık sigortasının payı (%)	Sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların oranı (%)
2010	7.95	712	45.02	321	24.05	29.39
2011	7.79	719	44.50	320	24.75	29.30
2012	7.74	722	43.36	312	25.56	29.68
2013	7.98	760	44.52	338	25.64	28.18
2014	8.40	797	44.05	351	26.67	28.18
2015	8.91	809	43.26	350	27.69	24.71
2016	9.17	798	43.06	344	29.19	24.42
2017	9.47	829	41.74	346	29.27	24.47
2018	9.46	837	41.09	344	29.61	24.83
2019	9.59	853	40.74	348	29.75	24.88

#### 4.7. Hindistan Sağlık Sistemi

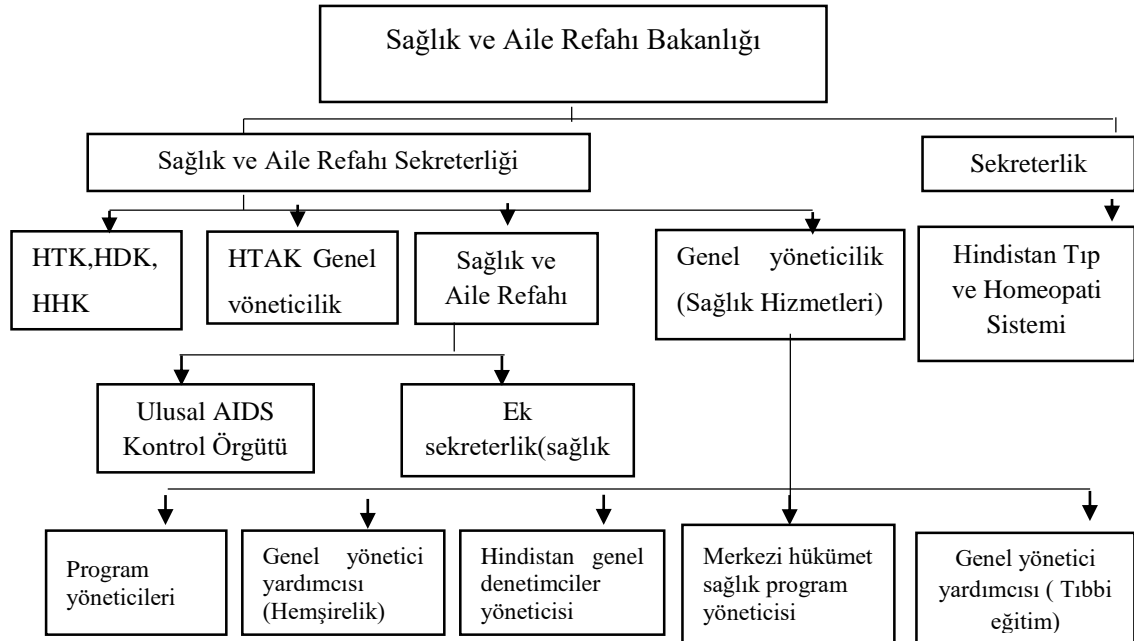
Hindistan, 28 eyalet ve 7 birlik bölgesine sahip federal bir devlettir. Asya kıtasının güneyinde bulunan Hindistan artan nüfus nedeniyle Çin'den sonra dünyanın ikinci kalabalık ülkesi konumundadır. Güney Asya'nın önemli bir bölümünü kapsayan Hindistan, binlerce etnik grup ve çeşitli dillerin konuşulduğu, farklı inanışların benimsendiği çok çeşitli nüfusa sahip olan bir anayasal cumhuriyettir (URL-34, 2022). Laik ve demokratik bir anayasa ile yönetilen ülkede kast sistemi, dini gruplar veya bölgesel farklılıkların neden olduğu problemler politikacıların üzerinde durduğu önemli konular arasında yer almaktadır. Kast sistemi <sup>17</sup>iyi bir sağlık sistem oluşumunu zorlaştırmaktadır. Ülkede bölgeler arası sosyal ve ekonomik farklılıkların varlığı kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini önemli ölçüde etkilemektedir (Gerçek, 2007: 45-46). Aynı zamanda sürekli artan nüfusu ülkenin sağlık, ekonomik ve sosyal yapısını genel olarak olumsuzluk etkilemektedir.

<sup>17</sup> İnsanları ekonomik ve sosyal açıdan sınıflandırmak için kullanılan bir sistemdir.

Hindistan sağlık sistemi; merkezi, eyalet ve bölgesel olarak yürütülmekte olup öncelik eyaletlere verilmektedir. Sağlık hizmet sunumunda kamu ve özel sektör yer almaktadır. Hastalar özel sektör sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaktadır. Bu nedenle hizmet sunumunda özel sektörün payı, kamudan daha fazladır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise ağırlıklı olarak cepten ödeme yöntemi ile yapılmaktadır (Sargutan, 2006c: 1136).

#### 4.7.1. Yönetim ve Organizasyon

Federal devletin sağlık hizmet yönetiminde en önemli ve en üst kurumu Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı'dır. Bakanlığın temel amacı, ulusal sağlık politikalarının planlanmasını sağlamaktır. Bakanlık sağlık, aile refahı, tıp ve homeopati bölümleri olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Sağlık bölümü, tıbbi sağlık hizmetleri, halk sağlığı, ilaç standartları, tıp eğitimi ve sağlık araştırmaları gibi alanlar ile ilgilenmektedir. Ayrıca eğitim-araştırma kuruluşlarının çalışmalarını desteklemektedir. Aile refahı bölümü, anne çocuk sağlığı, aile planlaması alanlarından sorumlu olup aynı zamanda kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerini desteklemektedir. Tıp ve Homeopati bölümü ise alternatif tıp alanı ile ilgilenmekte olup bu alan ile ilgili eğitim, araştırma, geliştirme, düzenlemeler yapmaktadır. Eyalet hükümetleri, sağlık hizmetlerini organize etmekten ve sunmaktan sorumludur (Sargutan, 2006c: 1153-1155) .



Şekil 21. Hindistan Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısı (Report of the National Commission on Macroeconomics and Health Ministry Of Health And Family Welfare Government Of India, 2005: 106).

#### 4.7.2. Sağlık Hizmet Sunumu

Ülkede sağlık hizmet sunumu merkezi hükümete ait sağlık kurumları, belediyeler ve özel sağlık kuruluşları gibi kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır (Tekbaş, 2021: 473). Kamu sağlık kuruluşları; toplum sağlığı merkezleri, 2.basamak sağlık hizmet hastaneleri (bölgesel hastaneler), dispanserler ve alt merkezler olarak hizmet sunmaktadır (Sargutan, 2006c: 1151).

Hindistan genel olarak gelişmiş bir sağlık hizmet yapısına sahip olmasına rağmen sağlık sistemi sağlık göstergeleri (sağlık harcaması, doğumda beklenen yaşam süresi v.b) açısından gelişmiş birçok ülkenin gerisinde kalmıştır. Ülkede sunulan sağlık hizmetlerinde tutarsızlıklar söz konusu olmaktadır. Örneğin sağlık turizmi ve orta sınıfa mensup Hintliler kaliteli bir sağlık hizmetinden yararlanabilirken, nüfusun büyük bir kesimi bu hizmetten yararlanamamaktadır (URL-35, 2022) . Bu tutarsızlıklar aynı zamanda eyaletler arasında, kırsal ve kentsel bölgeler arasında önemli ölçüde görülmektedir. Birçok eyalette sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetleri kötü durumdayken Kerala eyaletinde bu durum, değişmektedir. Kerala eyaleti gelişmiş ülkelerle kıyaslanabilecek düzeyde olup sağlık göstergeleri iyi bir durumdadır.

Kırsal alanlarda sağlık hizmetleri 3.000 ila 5.000 kişilik nüfus için alt merkezler, 20.000 ila 30.000 kişilik birinci basamak sağlık merkezleri ve 80.000 ila 120.000'i kapsayan toplum sağlığı merkezlerince verilmektedir. Bu alanlarda sağlık hizmetleri daha çok koruyucu ve geliştirici nitelikte olup birinci basamak hizmetleri olarak sunulmaktadır. Bu basamakta ayakta sunulan hizmetler yeterli düzeyde verilmemektedir. Dolayısıyla gerekli durumlarda bu bölgelerde yaşayan bireyler kentlerde bulunan hastane veya dispanserler tarafından ayakta veya yatarak tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Kamuda çalışan birinci basamak hekimleri, yerel yönetimler tarafından ücretli olarak istihdam edilmektedir (Bhatia, 2016: 79).

Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetleri ücretsiz olmasına rağmen hastalar sunulan sağlık hizmetinin kalitesinden memnun olmadığından, pahalı olmasına rağmen özel sektör sağlık hizmetinden yararlanmak istemektedir. Özel sektör sağlık hizmetleri birçok tedavinin sunumunda yer almaktadır (URL-36, 2022). Hindistan alternatif-geleneksel tıp alanında da hem kamu hem de özel sektör eliyle hizmet sunmaktadır. Hindistan tıp bilimi gelişmiş bir ülkedir ancak kendi vatandaşının bu hizmetinden yararlanması kısıtlı düzeydedir.

### 4.7.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Hindistan sağlık hizmet finansmanında kamu ve özel sağlık sigortaları aktif rol almaktadır. Kamu sağlık hizmetleri ilkesel olarak tüm topluma koruma sağlayan bir hizmet anlayışına sahip olduğundan (evrensellik) genel vergiler ile finanse edilmektedir. Ulusal sağlık politikası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ve aşular, anne ve çocuk sağlığı gibi birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmaktadır. Ulusal Politika Belgesi'nde, vergiye dayalı finansmanın, yoksul olan nüfusun %70'ini kapsayan ana finansman kaynağı olmaya devam etmesi önerilmektedir. Buna rağmen uygulamada, kamu sağlık hizmetlerinin ulaşımında yaşanan güçlükler, hastaları özel sektöre yönelteceğinden oldukça yüksek maliyetlerin cepten ödenmesine neden olmaktadır. Özel sağlık sigortası ise hizmet finansmanın %5'ini karşılamakta olup, geri kalan kısım cepten ödeme ile karşılanmaktadır. Sigorta primleri için vergi muafiyetleri yapılmaktadır. Buna rağmen, yalnızca üst sınıf kentsel nüfus, özel sağlık sigortasından yararlanabilmektedir (Bhatia, 2016: 77). Tablo 21'de Hindistan sağlık sisteminin finansmanı ve kapsamı yer almaktadır.

Tablo 21. Hindistan sağlık sistemi finansmanı ve kapsamı (Mossialos ve Wenzl, 2016: 6).

Kamu ve özel sağlık sigortası	Hükümetin rolü	18 yaşından küçük çocuklar ve ergenler muaf tutulmaktadır.
	Kamu kaynaklı finansman	Genel vergi gelirleri
Fayda paylaşımı	Özel sağlık sigortası	Üst sınıf kentsel nüfusu kapsamakta olup hizmet finansmanın %5'ini karşılamaktadır.
	Maliyet paylaşımının üst sınırı	Üst sınır yoktur. Cepten ödemeler önemlidir. (Toplam sağlık harcamalarının >%70'ini kapsamaktadır.)
	Muafiyet ve düşük gelirlerin korunması	Hükümet tarafından yoksul ve savunmasız kişiler için cepten ödemeleri azaltacak, hizmete ulaşımı sağlayacak sağlık sigorta programları mevcuttur.

### 3.7.4 Nüfus ve Sağlık Göstergeleri Açısından Hindistan

Tablo 22. Hindistan'ın demografik ve sağlık göstergeleri (URL-28, 2022; URL-29, 2022).

	Doğumda beklenen yaşam süresi	65 yaş üstü nüfus (Toplam nüfusa oranı)	5 yaş altı ölüm oranı (Bin canlı doğumda)	1000 kişi başına düşen doktor sayısı	1000 kişiye düşen hemşire sayısı	1000 kişi başına düşen yatak sayısı
2010	66.6	5.08	58.2	0.69	0.87	0.47
2011	67.1	5.17	55	0.74	0.99	0.63
2012	67.5	5.26	52	0.70	1.11	0.49
2013	67.9	5.36	49	0.72	1.22	0.49
2014	68.2	5.47	46.2	0.72	1.37	0.52
2015	68.6	5.61	43.5	0.73	1.45	0.58
2016	68.8	5.79	41	0.76	1.50	0.48
2017	69.1	5.98	38.6	0.78	1.53	0.53
2018	69.4	6.17	36.3	0.85	1.57	*
2019	69.6	6.37	34.4	0.90	*	*
2020	69.8	6.57	32.6	*	*	*
2021	*	6.77	*	*	*	*

\*İlgili yıllarda veriler elde edilememiştir.

2021 yılı nüfus sayımına göre Hindistan'ın nüfusu 1393409003 kişidir. Dünyanın en kalabalık ülkelerinden biri olan Hindistan'ın demografik ve sağlık göstergeleri Tablo 22'de yer almaktadır. Tablo 22 incelendiğinde doğumda yaşam beklentisi 2010 yılında 66.6 iken 2021 yılında bu yaş 68.8'e yükselmiştir. Geçen zaman içerisinde yaşam beklentisinde düzenli bir artış görülse de bu artış oldukça düşük düzeydedir. 5 yaş altı ölüm oranları incelendiğinde 2010 yılında 58.2 olan bu oran 2020 yılında 32.6 düzeyine gerilemiştir. 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı ise 2010 yılında 5.08 iken 2021 yılına gelindiğinde bu oran 6.77 düzeyine yükselmiştir. Etkili ve verimli bir sağlık hizmet sunumunda sağlık işgücünün önemi büyüktür. 2010- 2019 yılları arasında OECD verilerine bakıldığında başına düşen hekim sayısında 0.69'dan 0.90'a bir artış gözlemlenmektedir. 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı ise yıllar itibariyle artış göstererek 0.87'den 1.57 düzeyine yükselmiştir. 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ise 0.47'den 2017 yılında 0.53 düzeylerine yükselmiştir.

#### 4.7.4. Sağlık Harcamaları

Hindistan, M.I. Roemer (1991-1993) tarafından yapılan sınıflandırılmaya göre refah yönelimli bir sağlık sistem yapısına sahiptir. Hizmet sunum ve finansmanında kamu ve özel sektörün yer aldığı ülkede sağlık harcama göstergeleri Tablo 23'de yer

almaktadır. 2010- 2019 yılları arasında pandemi öncesi kişi başına düşen sağlık harcaması incelendiğinde geçen süreç içerisinde kişi başı sağlık harcamasında 43 dolardan 64 dolara bir artışın olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarının GSYH'ye oranına bakıldığında 2019 yılında 3.01 düzeyine yükseldiği görülmektedir. Kalkınmışlık göstergesi olan bu oran birçok gelişmiş ülkenin oldukça gerisinde kalmaktadır. Hindistan sağlık sisteminde hizmet sunumu kamu tarafından ücretsiz olarak sunulmaktadır ancak sunulan hizmetten memnun olmayan vatandaşlar tedavi olabilmek amacıyla özel sektöre başvurmaktadır. Bu anlamda tablo incelendiğinde sağlık harcamalarında devletin payı yıllar itibariyle düzenli olarak bir artış (2010 yılında 2.61 iken 2019 yılında bu oran 32. 79 düzeyindedir) göstermektedir. Özel sağlık sigortası sağlık hizmet finansmanının %5'ini karşıladığından dolayı gelir düzeyi yüksek olan vatandaşlar tarafından yararlanılmaktadır. Bu nedenle özel sağlık sigortasının payı yıllar itibari ile artsa da bu oran oldukça düşük düzeydedir ( 2010 yılında 3.5 iken 2019 yılında 6.55 düzeyine yükselmiştir). Hizmet sunumu için özel sektöre başvuran vatandaşlar ve özel sağlık sigortası kapsamında %5'lik payın dışında kalan hizmet finansmanı vatandaşın cebinden çıkmaktadır. Bu nedenle Hindistan'da sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamalarının payı oldukça yüksektir. Yıllar içerisinde bu oranda azalma gerçekleşmiş olsa bile benzerine rastlanılmayacak kadar yüksek düzeyde seyretmektedir. Devletin kişi başına yapmış olduğu sağlık harcaması da oldukça düşük düzeydedir.

Tablo 23. Hindistan'ın sağlık harcamaları (URL-30, 2022).

	Sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı	Kişi başına düşen sağlık harcaması (ABD doları)	Sağlık harcamalarında devletin oranı (%)	Devletin kişi başına sağlık harcaması	Özel sağlık sigortasının payı (%)	Sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların oranı (%)
2010	3.27	43	26.21	11	3.50	65.18
2011	3.25	45	28.87	13	3.85	62.22
2012	3.33	48	27.99	13	3.99	63.0
2013	3.75	57	23.07	13	3.69	69.07
2014	3.62	58	23.66	14	3.98	67.01
2015	3.60	62	25.64	16	4.45	64.66
2016	3.50	64	26.84	17	5.07	63.21
2017	2.94	57	32.95	19	6.59	55.11
2018	2.95	60	30.08	18	6.62	55.32
2019	3.01	64	32.79	21	6.55	54.78

#### 4.8. Ülkelerin Covid-19 Pandemi Sürecinde Uygulamış Oldukları Sağlık Politikaları

Covid-19 pandemisi gelişmiş ya da gelişmekte olan bütün dünya ülkelerinin sağlık sistem yapılarını etkilemiş olup hükümetleri yeni tedbir ve politik kararlar almaya

(seyahat kısıtlamaları gibi kişisel, sosyal ve kurumsal tedbirler) yönelmiştir. Hükümetler tarafından erken ya da geç alınan bu kararlar, salgının ülkeler üzerinde yayılımını etkilemiştir (Duran ve Acar, 2020: 57).

Çalışmanın bu başlığında Türkiye'nin ve salgında en fazla vaka sayısı özelliği gösteren ülkelerin ( ABD, Brezilya, Hindistan) pandemi süresince almış oldukları tedbir ve sağlık politikalarına değinilmektedir.

#### **4.8.1. Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikaları**

Aralık 2019'da ortaya çıkan SARS-CoV-2 virüsü Türkiye'de 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür. Salgın tüm dünyaya hızla yayılırken ülkemiz bu anlamda virüs ile tanışan en son ülkelerden birisi olmuştur. Salgının dünya geneline yayılmaya başlamasıyla ülkemizde 10 Ocak 2020 tarihinde çeşitli alanlarda uzman kişilerin bir araya gelmesi ile "Koronavirüs Bilim Danışma Kurulu" oluşturulmuştur. Kurul, öncelikle hastalığa yönelik tanı, tedavi, alınabilecek önlemler gibi hastalıkla ilgili bilgilerin yer aldığı Covid-19 hastalık rehberini hazırlamıştır. Daha sonra ülkeye giriş çıkışlar yasaklanmış, Doğu ve Güneydoğu sınır kapılarında acil müdahale üniteleri ve seyyar hastaneler kurulmuştur. Aynı zamanda ülke genelinde pandemi hastaneleri açılmıştır. 65 yaş üzeri kişilerin korunması öncelikli hale getirilmiştir (İşlek vd., 2021: 56-58; Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2020: 124).

Pandemi sürecinde toplumun doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesi, yeterli sayıda sağlık hizmet personeli, malzeme ve teçhizat bulunması önem arz etmektedir. Ülkemizde bu anlamda gerekli kamu kurumlarınca yapılan günlük açıklamalar ile halkımız sürekli olarak bilgilendirilmiştir. 90.000'den fazla sağlık personeli göreve başlatılmış, aile hekimlikleri ve filyasyon ekipleri hasta takibinde önemli rol oynamıştır. Sağlık hizmetleri herkese ücretsiz sağlanmıştır. Malzeme ve teçhizat sayısı arttırılmıştır (URL-37, 2022) .

Sağlık Bakanlığı 2020 yılı faaliyet raporunda yer alan bilgiye göre kişisel koruyucu ekipman, kit, ilaç ve diğer malzemeler için 2830848186 TL harcanmıştır. Salgının önlenbilmesinin en güvenilir ve en kısa yolu olan aşılara ise 286000000 TL harcanmıştır (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2020:101).

Ülkemizde, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından 1 yıllık pandemi sürecinde hastalığın tanı ve tedavisi için yapılan harcamaların maliyeti araştırılmıştır. Yapılan araştırmada Covid-19 hastalığının ülkemize maliyetininin 3.7 milyar TL olduğu bunun ise toplam sağlık harcamalarının %2'lik kısmını kapsadığı sonucuna ulaşılmıştır (URL-38, 2021).

#### 4.8.2. ABD’de Uygulanan Sağlık Politikaları

ABD, Covid- 19 vaka ve ölüm sayıları açısından dünya ülkeleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Ülkede ilk vaka 21 Ocak 2020 tarihinde görülmüştür. Piyasa yaklaşımının benimsendiği ülkede salgın öncesinde ve sonrasında ortaya çıkan bir takım sorunlar (yanlış yönetim, yetersiz sağlık sistemine sahip olunması, herkesin sağlık hizmetinden eşit yararlanamaması, ülkede sosyal ve ırksal eşitsizliklerin bulunması, önlemlerin geç alınması, malzeme ve teçhizat eksikliği) salgının ülkede yayılımını daha da hızlandırırken, pandemi sürecinde ülkenin başarısız olma nedenini de ortaya koymuştur.

Salgının dünya geneline yayılımının başlamasıyla hükümetler önlemler almaya başlamıştır. ABD federal hükümeti de Ocak ayında bu süreci takip edebilecek “Koronavirüs Görev Gücü” adında bir kurul oluşturmuştur. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı tarafından kamu sağlığı acil durum ilan edilmiş, acil durum operasyon merkezi aktifleştirilmiş, önleyici tedbirlere yönelik bildirimler yayımlanmış ve sayılı hava limanlarında taramalar başlatılmıştır (NAO, 2020’den aktaran Çağlayan, 2022: 31-32). Salgına yönelik federal düzeyde ciddi önlemler Nisan ayının başında alınmaya başlanmıştır aynı zamanda federal hükümet pandemi ile mücadelede sorumluluklarını zamanla yerel yönetimlere devretmiştir. Ülke desantralize bir yapıya sahip olduğundan alınan önlemler eyaletler arasında farklılık göstermiştir (Lasry vd., 2020; Schuchat, 2020)

Pandemi sürecinde toplumun doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesi, yeterli sayıda sağlık hizmet personeli, malzeme ve teçhizat bulunması önem arz etmektedir. Ancak bu durum ABD’de sağlanamamıştır. Pandemi’nin başında Trump yönetiminde olan ülke doğru yönetilmemiş, ülke genelinde personel eksikliği, kişisel koruyucu ekipman eksikliği, hastane malzeme ve teçhizat eksikliği, tanı testlerinin yeterli sayıda yapılmaması ve tedavi ücretlerinin pahalı olmasından dolayı hastaların tedaviden kaçınması gibi sorunlar yaşanmıştır (URL-39, 2022 ).

20 Mayıs 2022 tarihinde ABD küresel anlamda vaka ve ölümlerin %30’unu kapsamaktadır. Ülke genelinde vaka ve ölüm sayısındaki artışta gelir eşitsizliği yüksek olan bölgelerdeki (siyah ve latin topluluklarının fazla olduğu) eşitsiz yapı ve bakım evi ölümleri etkili olmuştur (URL-40, 2022).

Federal hükümetin değişmesi ile başa gelen Joe Biden, pandemi sürecini daha iyi yönetebilmek için politikalar önermiş (tedavi sürecinde cepten harcamaları azaltmak, yapılan test sayısını arttırmak, kişisel koruyucu ekipman sayısını arttırmak, ırksal eşitsizliği önlemek) ve başlayan aşı çalışmaları için teşviklerde bulunmuştur.

### 4.8.3. Brezilya’da Uygulanan Sağlık Politikaları

Brezilya, küresel açıdan ele alındığında Covid-19 vaka sayıları açısından 3. sırada, ölüm sayıları açısından 2. sırada yer almaktadır. Ülkede ilk vaka 25 Şubat 2020 tarihinde görülmüştür. Salgın tüm dünyaya hızla yayılırken Brezilya bu süreci oldukça kötü yöneten ülkeler arasında yer almaktadır. Bunun nedeni gerek salgın öncesi var olan sosyal eşitsizlikler gerekse salgın sonrası hükümetlerin yanlış yönetimi, önlemlerin geç alınması, malzeme ve teçhizat eksikliğidir (The Lancet, 2020: 1461)

Pandemi süreci her ne kadar kötü yönetilmiş olsa da Sağlık Bakanlığı tarafından salgına yönelik bazı önlemler alınmıştır. Bu önlemlerden ilki salgın sürecini takip edip planlama yapmak, halka bilgi vermek amacıyla görevlendirdiği Sağlık Gözetim Sekreteryasıdır. İkincisi, salgına yönelik çıkarılan yayımlar ve günlük yapılan basın toplantılarıdır. Bir diğeri ise araştırma-geliştirmenin teşvik edilmesidir. Ancak alınan bu önlemler salgın yönetimi için yeterli olmamıştır. Pandemiye yönelik alınması gereken birçok ciddi önem 25 Şubat sonrası alınmaya başlanmış ve alınan önlemler federal düzeyde zorunlu tutulmamıştır. Dolayısıyla her eyalet farklı önlemler almıştır (De Oliveira vd., 2020:1).

Pandemi sürecinde toplumun doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesi, yeterli sayıda sağlık hizmet personeli, malzeme ve teçhizat bulunması önem arz etmektedir. ABD ile benzer eksikliklerin görüldüğü Brezilya’da da bu süreç doğru yönetilememiştir (Özkan, 2022:200).

Hastalıktan korunmanın en güvenilir ve hızlı yolu olan aşılar, Jair Bolsonaro hükümeti tarafından reddedilse de muhalif kişiler tarafından bu duruma karşı çıkılması, salgının da ülke genelinde artması aşılama çalışmaları için adımların atılmasına neden olmuştur. 2020 yılının sonunda Brezilya Yüksek Mahkemesi aşılama çalışmalarının zorunlu tutulacağını ancak halkın buna zorlanamayacağını ve tüm aşılama çalışmalarının ücretsiz yapılacağını açıklamıştır (URL-41, 2022).

17 Mart 2021 tarihinde Brezilya sağlık kuruluşu Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)’un yayımladığı bildiriye göre, ülke sağlık sistemi çökme noktasına gelmiştir. Bu durum ile başa çıkabilmek için ülke genelinde zorunlu olmayan faaliyetlerin kısıtlanması, fiziksel ve sosyal mesafe önlemlerinin genişletilmesi, maske kullanımının artırılması ve aşılama çalışmalarının hızlandırılması gerektiği belirtilmiştir (URL-42, 2022).

19 Mayıs 2022 tarihinde ülke nüfusunun yaklaşık % 85’i hastalığa karşı en az bir doz, % 77’si ise tam doz olarak aşılanmıştır. 20 Mayıs 2022 tarihinde, Brezilya küresel

anlamda vaka ve ölümlerin %15.9'unu oluşturmaktadır (URL-43, 2022; URL-13, 2022)

#### **4.8.4. Hindistan'da Uygulanan Sağlık Politikaları**

Hindistan, 20 Mayıs 2022 tarihinde küresel açıdan ele alındığında vaka ve ölümlerin %16.3 ünü oluşturmaktadır (URL-13, 2022) . Covid-19 vaka sayıları açısından 2. sırada, ölüm sayıları açısından 3. sırada yer almaktadır. Ülkede ilk vaka 30 Ocak 2020 tarihinde görülmüştür. Salgın tüm dünyaya hızla yayılırken, Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı salgın ile mücadele için birimler oluşturmuş ve 11 Mart itibari ile hükümet salgına yönelik birçok ciddi önlemi (okulların kapatılması, sınırların kapatılması, sokağa çıkma yasağı vb.) zorunlu tutmuştur (Tekbaş, 2021: 477). Salgının başlarında oldukça iyi mücadele eden Hindistan hükümeti daha sonraki süreçte salgın ile mücadele edemez hâle gelmiştir. Bunun nedenini uzmanlar gevşeme politikalarının erken alınmasına ve dini festivaller gibi halkı bir araya getirecek etkinliklere dayandırmaktadır (URL-44, 2022).

Pandemi sürecinde toplumun doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesi, yeterli sayıda sağlık hizmet personeli, malzeme ve teçhizat bulunması önem arz etmektedir. Hindistan'da ilk zamanlarda alınan sıkı karantina önlemleri ile süreç her ne kadar güzel idare edilmiş olsa da salgının daha sonraki süreçte patlak vermesi personel eksikliği, kişisel koruyucu ekipman eksikliği, hastane malzeme ve teçhizat eksikliği, tanı testi eksikliği gibi birçok sorunu ortaya çıkarmıştır (URL-45, 2022).

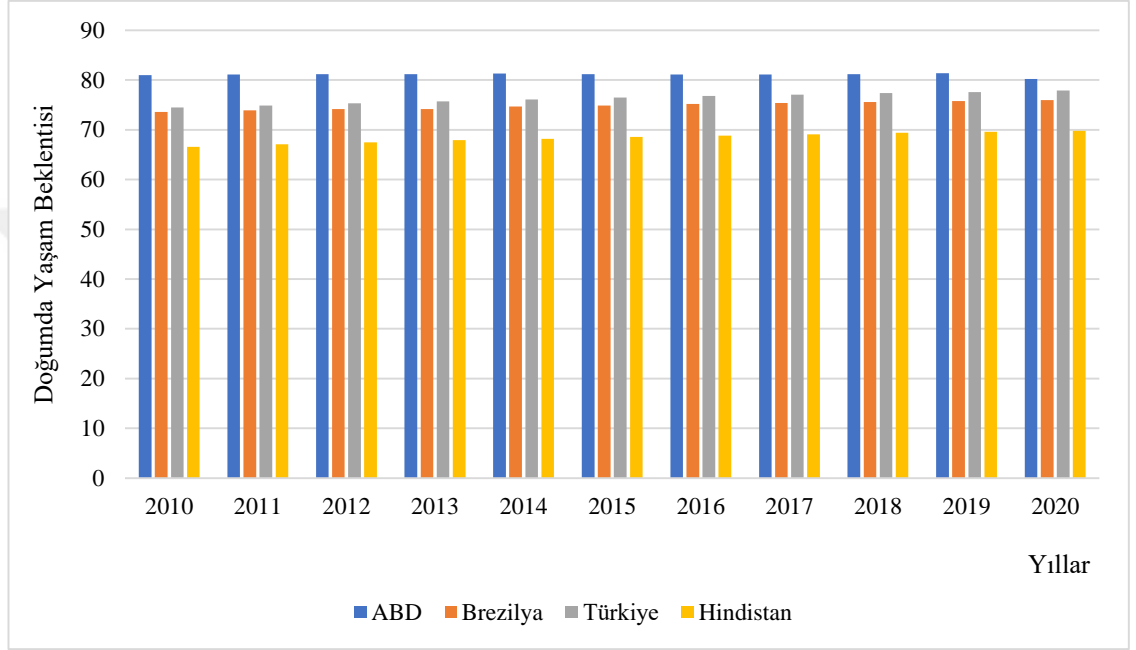
Hindistan sağlık alanında oldukça gelişmiş bir ülkedir. Dünyanın en büyük aşı şirketine sahip olan ülke Covid-19 aşılarının %60'ını üretmektedir. Aynı zamanda pandeminin başında virüsün yapısını çözümleyerek kısa sürede hızlı tanı kiti, test kiti, ilaç gibi hastalığın tanı ve tedavi sürecini hızlandıracak gelişmelerde bulunmuştur. Hindistan sağlık sistemi her ne kadar gelişmiş olsa da ülkedeki etnik farklılıklar, dini inanışlar ve alternatif tıbbın yaygın olması salgına karşı bilimsel olmayan birçok önlemin alınmasına neden olmuştur. Kimi insanlar salgının, burun deliklerine susam yağı dökerek veya belirli karışımlar içerek geçeceğine inanırken, kimi insanlar ise inek idrarı ile duş alarak geçeceğine inanmaktadır. Bu durum Hindistan'ın sosyal yapısındaki büyük farklılıkları da ortaya koymaktadır (Tekbaş, 2021: 477; URL-46, 2022).

#### **4.9. Türkiye'nin ve Seçilmiş Ülkelerin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması**

Salgının ortaya çıkması ile birlikte ülkelerin ekonomileri olumsuz etkilenirken mevcut sağlık sistem yapıları daha önem arz eder bir hâl almıştır. Sağlık krizi olarak

kabul edilen Covid-19 salgını her ülkede farklı vaka ve ölüm oranlarının görülmesine neden olmuştur. Ülkeler arasında bu farklılığın ana nedeni ise sunulan sağlık hizmet yapısı ve sağlığa ayrılan bütçedir.

Bu başlık altında Türkiye'nin ve Covid-19 pandemi sürecinde en fazla vaka sayısına sahip olma özelliği gösteren ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları DSÖ, OECD ve Dünya Bankası tarafında paylaşılan son veriler baz alınarak analiz edilmektedir.

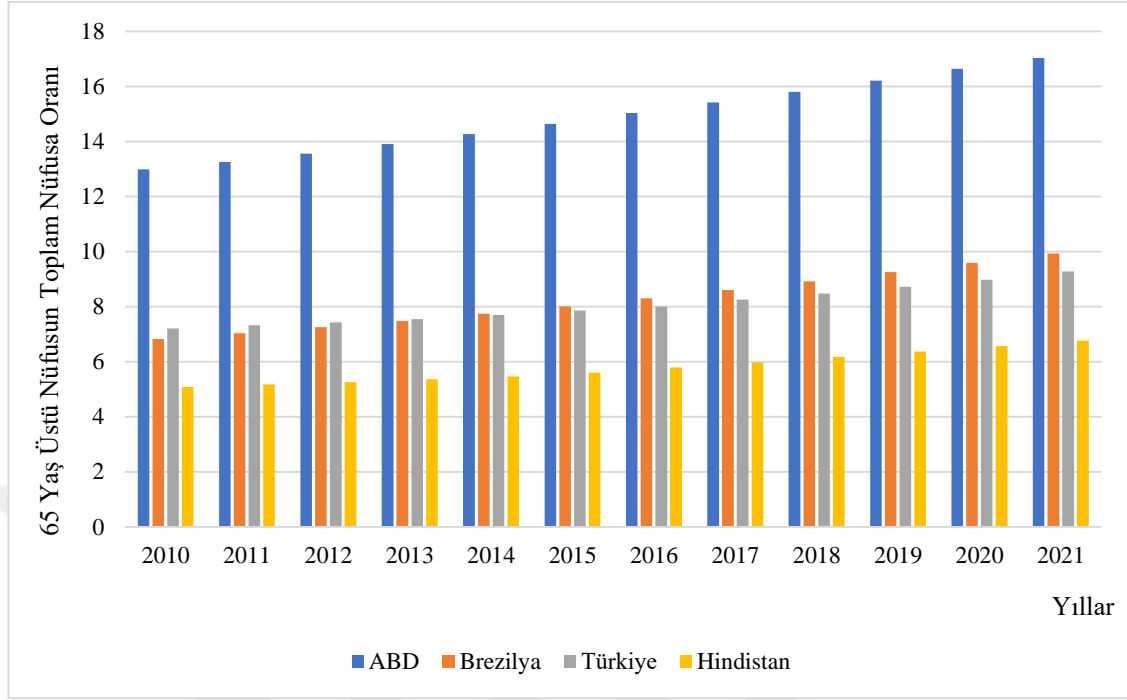


Şekil 22. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2020 yılları arasında doğumda yaşam beklentisi (URL-29, 2022).

Sık kullanılan sağlık göstergelerinden biri olan doğumda yaşam beklentisi, toplumun sosyo-ekonomik yapısında meydana gelen iyileşmeler ile paralellik göstermektedir. Şekil 22'ye göre ilgili yıllar arasında doğumda yaşam beklentisi verileri incelendiğinde seçili ülkelerin yıllar itibariyle genel olarak sürekli bir artış gösterdiği görülmektedir. En yüksek yaşam beklentisine sahip olan ülke ABD olmasına rağmen bu süre gelişmiş (Japonya) birçok ülkenin gerisinde kalmış olup 2020 yılında ise bir düşüş yaşandığı görülmektedir. Türkiye ve Brezilya ülkelerinde bu süre birbirine yakın iken sağlık sisteminde ciddi sorunların yaşandığı Hindistan'da ise oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Covid-19 salgını nedeniyle ölüm oranlarında artışın devam etmesi durumunda yıllar itibariyle doğumda yaşam süresini etkileyeceği söylenebilmektedir. 1918 influenza pandemisi ile 2014 Ebola virüsü salgını bu duruma örnek gösterilebilir. Bu

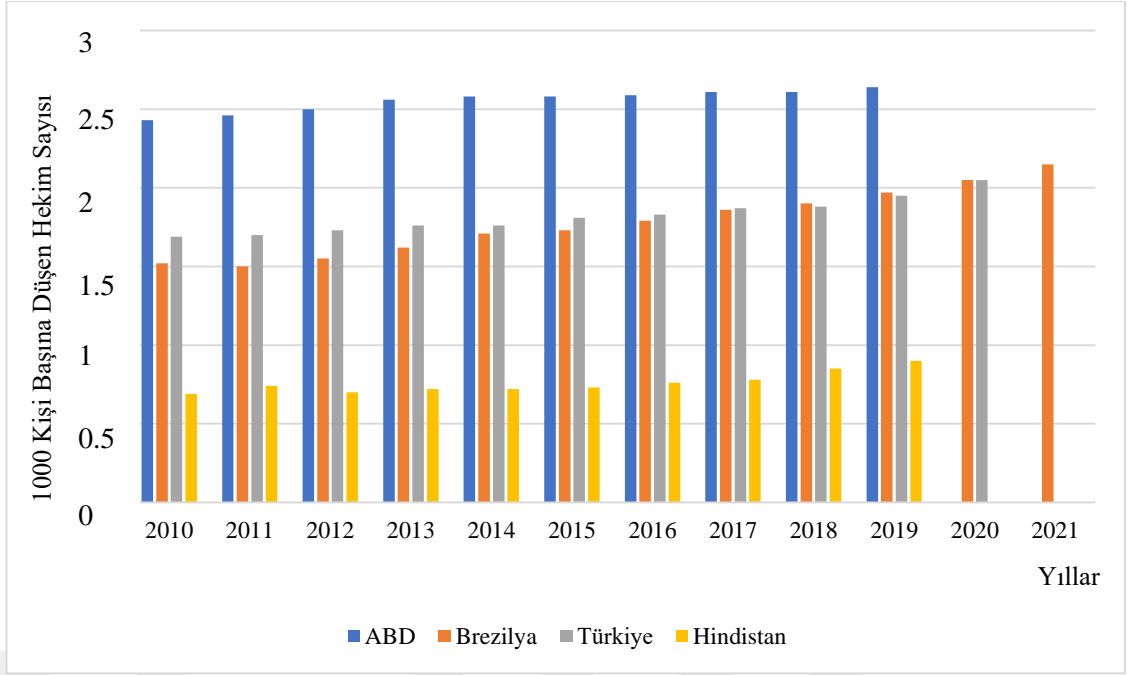
salgınlar nedeniyle doğumda beklenen yaşam süresinde sırasıyla ABD’ de 11.8 yıl ve Liberya’da ise 1.6-5.6 yıla kadar bir düşüşe neden olmuştur (Marois vd., 2020: 3).



Şekil 23. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan’ın 2010-2021 yılları arasında 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı (URL-29, 2022).

Şekil 23’e göre ilgili yıllar arasında seçili ülkelerin 65 yaş üstü nüfus oranında sürekli bir artışın olduğu görülmektedir. Bu ülkeler arasında ABD’nin ciddi bir üstünlüğe sahip olduğu Brezilya ve Türkiye’nin birbirine yakın düzeyde seyir izlediği, Hindistan’da ise bu oranın diğer ülkelere göre daha düşük olduğu görülmektedir.

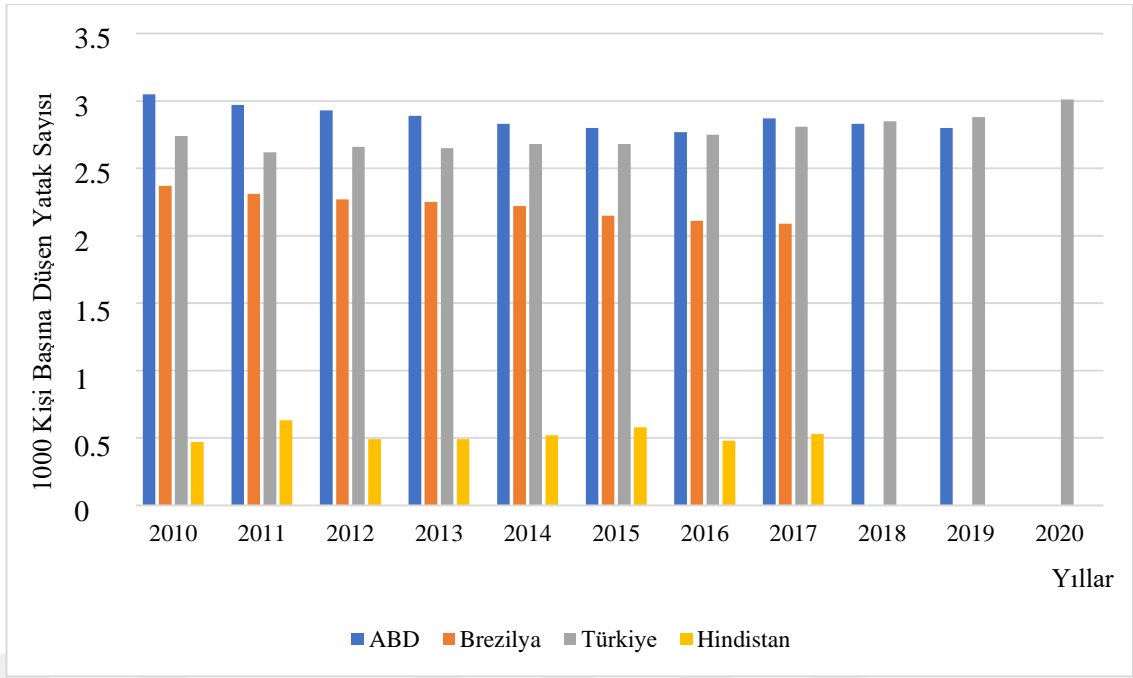
Pandemi sürecinde bütün yaş grupları hastalık ile karşı karşıya kalmaktadır. Ancak bu süreçte 65 yaş ve üzeri nüfusun daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir. Bunun nedeni yaşlılık ile görülebilecek hastalık oranlarının (bağışıklık sisteminin düşmesi, şeker ve kalp hastalıkları) artmasıdır. Salgına bağlı olarak ölüm hızı yaş ile birlikte artmaktadır: (80 yaş üzeri; %14.8, 70-79 yaş; %8.0, 60-69 yaş; %3.6, 50-59 yaş; %1.3) (Hasuder, 2020). Bir ülkede 65 yaş üstü nüfusun artması sağlık sisteminin iyi işlemini göstermekle birlikte sağlık harcamalarında bir artışa neden olabilmektedir. Gelişmekte olan ülkeler daha fazla genç nüfusa sahip iken, gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranı daha yüksektir. Bu durum gelişmiş ülkelerin yaşlı nüfusa bakma zorunluluğu oluşturduğundan, bakım giderlerini arttırmaktadır. Dolayısıyla sağlık harcamalarında bir artışa neden olmaktadır.



Şekil 24. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2021 yılları arasında 1000 kişi başına düşen hekim sayısı (URL-28, 2022).

Şekil 24'e göre ilgili yıllar arasında 1000 kişi başına düşen hekim sayısına bakıldığında yıllar itibariyle sürekli bir artışın olduğu görülmektedir. Seçili ülkeler arasında ABD'nin daha yüksek bir orana sahip olduğu görülmektedir. Hindistan ise yüksek nüfusa sahip olması göz önünde bulundurularak en az doktor sayısına sahip ülke olmaktadır. OECD tarafından paylaşılan verilere göre pandemi sürecinde Brezilya ve Türkiye'nin hekim sayısında önemli bir artışın olduğu görülmektedir.

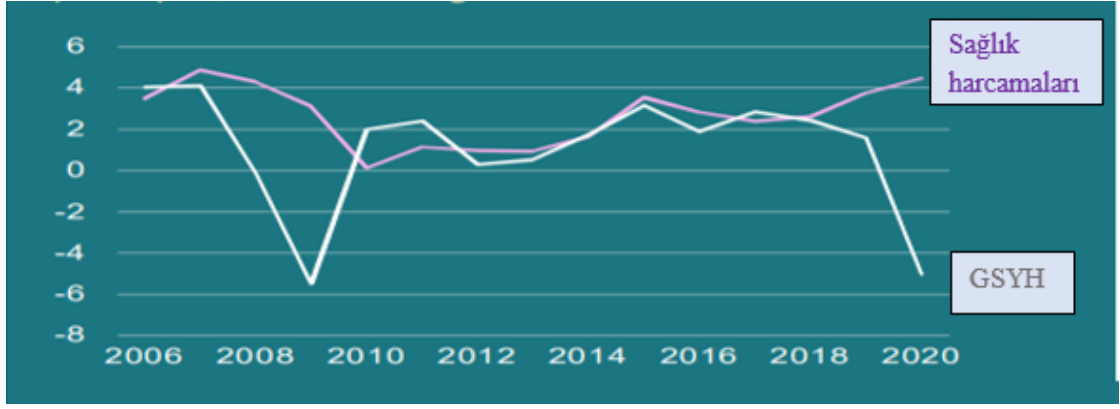
Nüfus başına düşen hekim sayısı arttıkça hasta sayısı azalacağından sunulan hizmetin (hastanın tanı ve tedavi süreci hızlanacağından) kalitesi de artmaktadır. Pandemi sürecinde personel başına düşen hasta sayısının azalması salgın ile mücadeleyi daha da kolaylaştıracaktır. Bu süreçte personel sayısının yanı sıra hekimin sağlık kaynaklarından (pandemi sürecinde koruyucu ekipman v.s) yararlanması hasta bireyin ise bu süreçte sağlık kurumlarına (hastane) başvurabilmesi eşit ve kaliteli bir hizmet alması da önem arz etmektedir.



Şekil 25. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2020 yılları arasında 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ( URL-28, 2022; URL-29, 2022).

Sağlık personelinin yanı sıra hastane yatak sayısı da önemli sağlık göstergeleri arasında yer almaktadır. Hizmet sunumunda yatarak tedavinin yapılması gerektiği durumlar ile karşılaşılabilir. Sunulan sağlık hizmet ihtiyacını karşılayabilmek için yatak sayısının yeterli düzeyde olması gerekmektedir. Şekil 25'e göre 1000 kişi başına düşen yatak sayısı Brezilya ve ABD'de sürekli azalma eğiliminde iken Türkiye'de ise istikrarlı bir şekilde artış göstermektedir. Seçili ülkeler arasında en düşük yatak kapasitesine sahip olan ülke ise Hindistan'dır.

Pandemi sürecinde birçok ülkede yatak sayısının kısıtlı olması önemli sorunlardan biri haline gelmiştir (Deschepper, vd., 2021: 1). Yatak sayısının yetersiz olması ülkelerde daha fazla vaka sayısının görülmesine (hastanın tedavisinin geç yapılması veya hastane dışında yapılması sonucu izolasyonun sağlanamaması) neden olabilmektedir. Bu durum ülkelerin sağlık sistemine daha fazla baskı yaratmaktadır. Şekil 25'e göre 2020 yılında Türkiye'nin yatak sayısını artırdığı görülmektedir. Khan vd. (2020)'nin, yapmış olduğu çalışmada ABD'nin pandemi sürecinde yatak sayısını artırmak amacıyla harcamalarını iki katına çıkarttığı belirtilmiştir. Hindistan ise oldukça düşük olan yatak sayısını bu süreçte arttırabilmek için farklı yöntemlere (karton yatak) başvurmuştur.



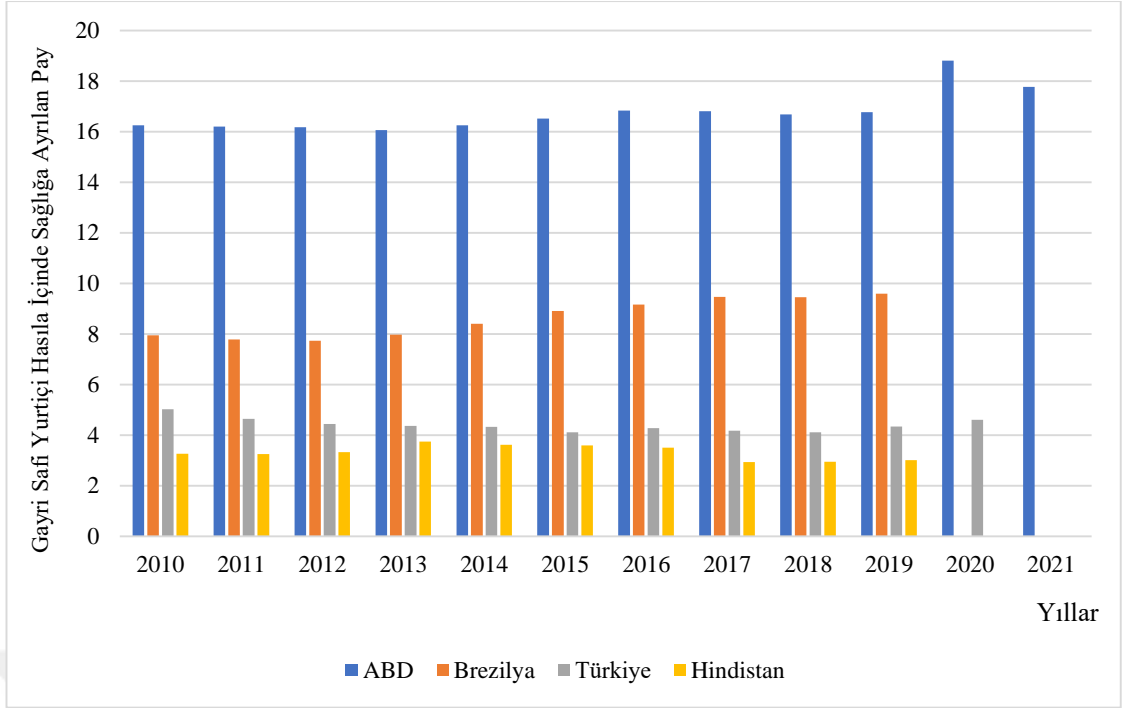
Şekil 26. OECD ülkelerine ait ortalama yıllık sağlık harcamaları ve GSYH'deki büyüme yüzdesi (OECD Health at a Glance 2021: 16).

Küresel salgın ile birlikte ülke ekonomileri olumsuz etkilenirken sağlık harcamalarının normalden fazla artması birçok ülke ve örgütün esas konuları arasında yer almıştır (bk. Şekil 26). DSÖ toplumun sağlık düzeyini koruyabilmek amacıyla sağlık harcamalarının artırılması gerektiğini belirtmiş ve kamu harcamalarına değinmiştir.

Buna bağlı olarak DSÖ yetkilileri tüm ülkeler için,

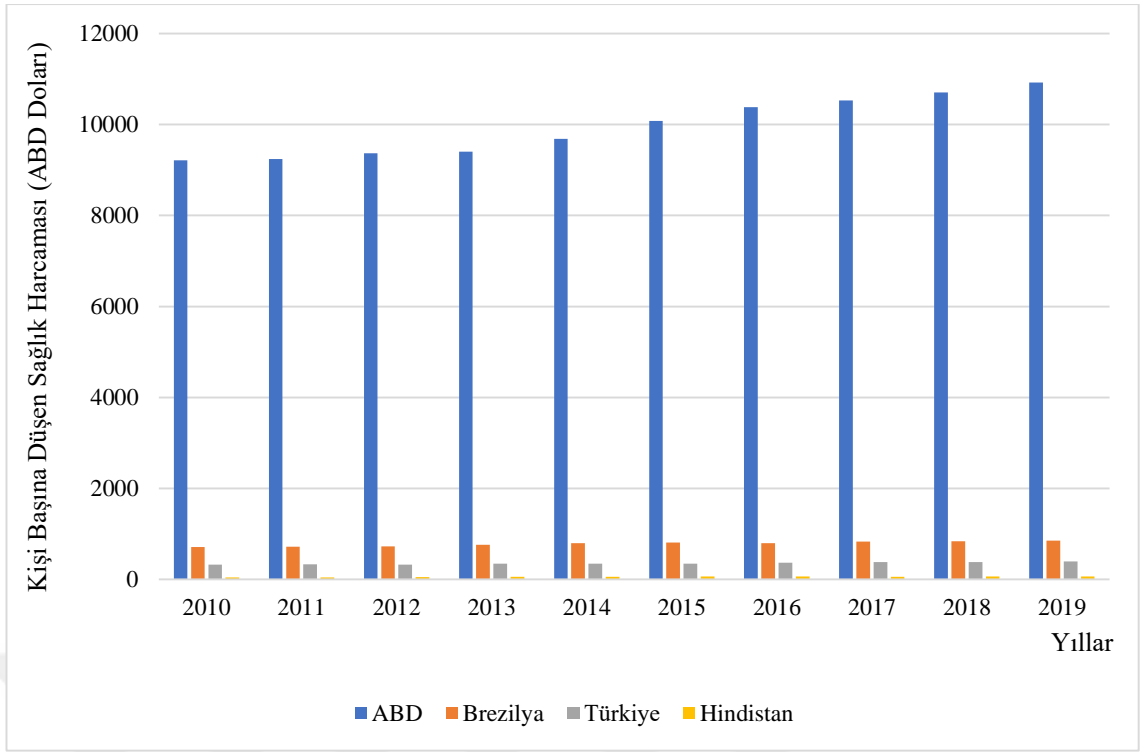
artan bütçe baskısına rağmen, kamu harcamalarına ağırlık vererek, sunulan sağlık hizmetinin kalitesine daha fazla önem verilmesi gerektiğini belirtmiş. Bunun yanı sıra bu süreçte ortaya çıkabilecek eşitsizlikleri gidermek, işsizlik ve yoksulluk gibi durumların sağlık üzerinde oluşturabileceği olumsuz etkileri en aza indirerek, kaynak kullanımının da kontrol altında tutulması” gerektiğini belirtmiştir (Batbaylı, 2021: 50).

Dünya genelinde 2020 yılında sağlık harcamalarının büyük bir kısmı salgın ile mücadele etmeye yönelik yapılmıştır. Salgına yönelik yapılan aşı vb. çalışmalar sağlık harcamalarında artışa neden olmuştur. Aynı zamanda bu dönemde bulaşma riskini azaltabilmek amacıyla hastane vb. sağlık kuruluşlarına başvurular kısıtlanmıştır. Bu durum bütün ülkeleri etkilerken, gelişmiş ülkelerde daha fazla bir sağlık harcamasına neden olabileceği belirtilmektedir (URL-47, 2022).



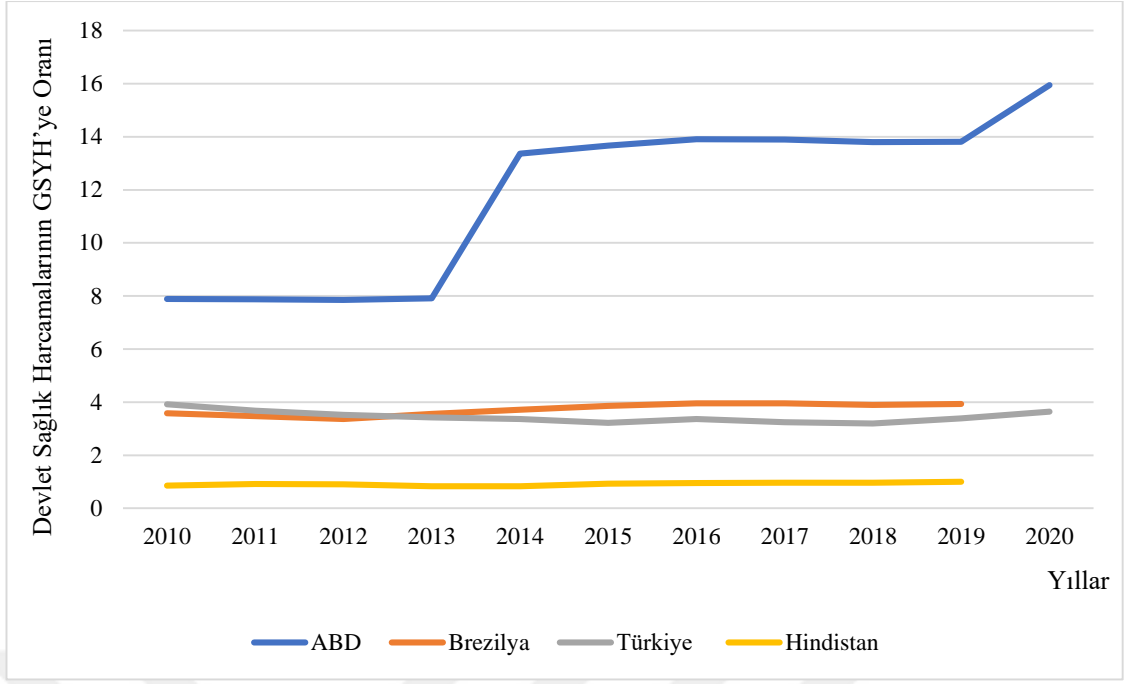
Şekil 27.ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2021 yılları arasında Gayri safi yurtiçi hasıla içinde sağlığa ayrılan pay (URL-28, 2022; URL-30, 2022).

Şekil 27'de ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın Gayri safi yurtiçi hasıla içinde sağlığa ayrılan payı incelenmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arttıkça sağlığa ayrılan pay da artmaktadır. Seçili ülkeler incelendiğinde yıllar itibariyle sağlık harcamalarına ayırdıkları pay sürekli artış göstermektedir. Bu ülkeler arasında en yüksek orana sahip olan ülke ABD'dir. ABD'yi ise Brezilya izlemektedir. Hindistan ise oldukça düşük bir paya sahiptir. OECD tarafından ulaşılan 2020 yılı verilerinde ABD ve Türkiye'nin sağlığa ayırdıkları payda bir artış olduğu görülmektedir. ABD'de bu artış önceki yıllara göre daha fazla olup nedeninin ise Covid-19 salgını olduğu, verilerine ulaşılamayan Brezilya ve Hindistan'da ise bu durumun benzerlik gösterebileceği düşünülmektedir.



Şekil 28. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2019 yılları arasında kişi başına düşen sağlık harcaması (ABD doları) (URL-30, 2022).

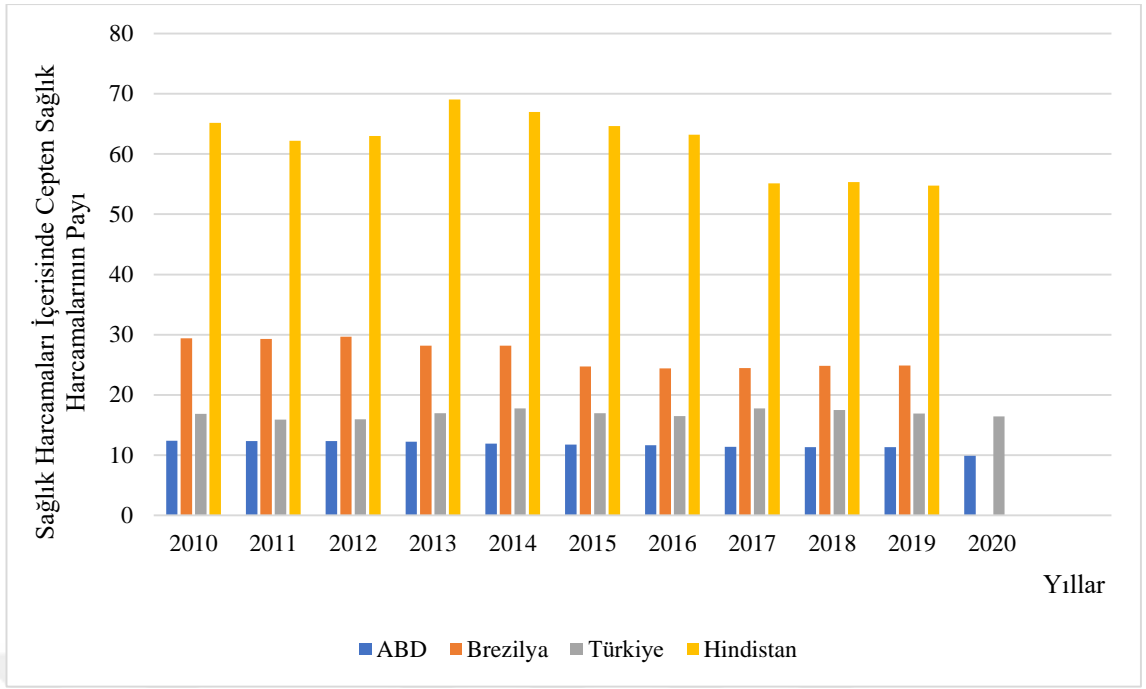
Şekil 28'de ise seçili ülkelerin kişi başına düşen sağlık harcamaları yer almaktadır. Sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı benzer özellik gösteren ülkeler, ilgili yıllar arasında sürekli olarak artmıştır. Kişi başı sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke ABD'dir. ABD'yi ise Brezilya izlemektedir. Hindistan'ın ise geliri düşük olup, seçili ülkelerin oldukça gerisinde kalmıştır. Pandemi sürecinde kişi başı sağlık harcamalarının düşük olduğu gelişmekte olan ülkelerde hastalık yükünün daha ağır olduğu söylenmektedir (Khan, vd., 2020: 2).



Şekil 29. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2020 yılları arasında devlet sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı (URL-48, 2022).

Şekil 29'da ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2020 yılları arasında devlet sağlık harcamalarının GSYH'ye oranına bakıldığında; ABD ve Hindistan'ın sürekli olarak payının arttığı görülmektedir. 2014 yılı itibari ile ABD'de gözle görülür bir artışın olduğu, Hindistan'ın ise yıllar itibariyle artış göstermiş olmasına rağmen oldukça düşük bir orana sahip olduğu, Türkiye ve Brezilya'nın ise istikrarsız bir görünüm sergilediği gözlenmektedir.

2020 yılı verileri incelendiğinde, ABD ve Türkiye'nin devlet sağlık harcamalarının GSYH'ye oranında artış olduğu, bu artış ile birlikte kamunun pandemi sürecinde üstlenici bir rol oynadığı görülmektedir. Örneğin, Türkiye gibi sosyal devlet anlayışına sahip olan ülkelerin, salgın sürecinde sağlık hizmet ihtiyacı kamu finansmanı ile karşılanırken, ABD gibi özel sektör ağırlıklı ülkeler de bu süreçte Covid-19 test, aşı vb. ihtiyaçlarını cepten harcama olmadan kamu kaynaklı (federal) düzeyde karşılamaktadır. Bu durumun seçili diğer ülkelerde de benzer özellik gösterebileceği düşünülmektedir.



Şekil 30. ABD, Brezilya, Türkiye ve Hindistan'ın 2010-2020 yılları arasında sağlık harcamaları içerisinde cepten sağlık harcamalarının payı (URL-30, 2022).

Şekil 30'da seçili ülkelerin sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamalarının oranı incelenmektedir. Özel kesim harcamalarının içerisinde yer alan cepten harcamalar, ilgili yıllar arasında azaldığı görülmektedir. Ülkeler benzer seyir göstermiş olsa dâhi Hindistan ve Brezilya ülkelerinde oldukça yüksek düzeyde seyretmektedir.

OECD tarafından ulaşılan 2020 yılı verileri incelendiğinde ABD ve Türkiye'nin cepten harcama oranında azalışın devam ettiği, ABD'de bu azalışın Türkiye'ye göre daha fazla olduğu gözlenmektedir. Bunun nedeninin pandemi sürecinde salgına yönelik alınan önlemlerde kamu sağlık harcamalarında meydana gelen artışın olabileceği düşünülmektedir.

## 5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık insan hayatının vazgeçilmez unsurlarından biridir. Sağlığın olmadığı bir yaşam mümkün olmayacağından dünyanın hemen her noktasında sağlık bir hak olarak kabul görmektedir. Bu hakkı korumak hem insan ve toplum sağlığı açısından hem de ülkelerin büyüme ve kalkınması açısından önem arz etmektedir. Sağlıklı bir toplumun olmadığı ülkede birçok sektörün olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Bu durumun en güzel ve en yakın örneği son birkaç yıldır kendinden oldukça söz ettiren ve tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 küresel salgınıdır.

2019 yılında Çin'in Vuhan şehrinde ortaya çıkan ve yeni bir koronavirüs türü olduğu tespit edilen Covid-19 hastalığı, insandan insana bulaş özelliği göstererek tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Hızla yayılması sonucu salgına dönüşen hastalık nedeniyle, DSÖ 30 Ocak tarihinde uluslararası halk sağlığı acil durum, 11 Mart 2020' de ise pandemi ilan etmiştir. Ülkeler bu süreçte salgının hızını azaltmak ve yayılımını önlemek amacıyla ilaç, aşı gibi çeşitli koruyucu ve tedavi edici önlemler almıştır. Bir sağlık krizi olarak görülen salgın, ülkelerin ekonomilerini olumsuz etkilerken mevcut sağlık sistem yapılarına da büyük yükler yüklemiştir. Ülkeler arasında sağlık sistem yapılarının farklılık göstermesi salgın sürecinde görülen vaka ve ölüm oranlarını, ülkelerin sağlık harcamalarını ve hizmet sunumunu etkilemektedir.

Çalışmanın konusu olan Türkiye ve salgında en fazla vaka sayısına sahip olma özelliği gösteren ülkelerin (ABD, Brezilya, Hindistan) sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları incelendiğinde sağlık göstergeleri kapsamında; hekim sayısı, hastane yatak sayısı, 65 yaş üzeri nüfus ve doğumda yaşam beklentisi ile sağlık harcaması göstergesi olarak; GSYH içinde sağlık harcamaları, kişi başına düşen sağlık harcaması, sağlık harcamaları içerisinde cepten sağlık harcamalarının payı ve kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı ele alınmaktadır.

Sağlık göstergeleri kapsamında yapılan değerlendirme sonucunda yıllar itibariyle ülkelerin farklılık göz etmekle birlikte aynı doğrultuda seyir izlediği görülmektedir. Sağlık hizmet göstergesi olan hekim ve hastane yatak sayısında ABD üstünlüğe sahip iken Hindistan oldukça düşük oranlara sahiptir. Bu göstergelerin Covid-19 salgını ile mücadelede önemli bir yere sahip olduğu söylenebilmektedir. Bir ülkenin yatak ve personel sayısının yetersiz olması, hasta kişilerin tanı ve tedavi süresinin uzamasına neden olarak, vaka sayısında artışa yol açmaktadır. Bu anlamda ABD ve Türkiye'nin,

ulaşılan veriler dâhilinde, pandemi sürecinde hastane yatak sayısında artırıma gittiği görölmektedir.

Covid-19 pandemi sürecinde salgının seyri açısından 65 yaş üzeri nüfusta önemli göstergelerden birisidir. Gelişmiş ölkelerde yaşlı nüfus oranı gelişmekte olan ölkelere göre daha yüksektir. Salgının ortaya çıkması ile birlikte birçok ölkede, 65 yaş üstü nüfusun salgından daha az etkilenmesi amacıyla belirli karantina önlemleri alınmıştır. Bunun nedeni toplum sağlığını korumanın yanı sıra hastalık yükünü azaltmak ve ortaya çıkabilecek bakım giderlerini düşürmektir. Pandemi sürecinde yaşlı nüfusa sahip gelişmiş ölkeleri de bu anlamda vaka, ölüm ve sağlık harcamalarında bir artışın olabileceği söylenebilmektedir.

Salgının oldukça hızlı bulaş özelliği göstermesi sonucu kısa bir sürede yayılması, hasta sayısında artışa neden olmuştur. Toplumun sağlık düzeyini koruyabilmek ve hasta sayısını azaltabilmek amacıyla ölkeler belirli tanı, tedavi yöntemleri uygulamaya başlamıştır. Daha sonraki süreçte aşının bulunması, aşılama çalışmalarının yapılmaya başlanması vb. yöntemler ile salgınla mücadeleye devam edilmiştir. Bu durum ölkelerin sağlık harcamalarında bir artışa neden olmuştur.

Sonuç olarak, Covid-19 salgını çalışmanın konusu olan ölkeler de (ABD, Türkiye, Brezilya ve Hindistan) dâhil olmak üzere bütün ölkelerin ekonomilerini olumsuz etkilerken, sağlık harcamalarında bir artışa neden olmuştur. Bunun yanı sıra hükümetler tarafından alınan karar ve önlemler de vaka ve ölüm oranlarını etkilemekte olup pandeminin seyrini değiştirmektedir. Bu süreçte devletin aktif rol alması salgının önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Tüm ölkeler sağlık altyapılarına, sağlık hizmet kalite ve teknolojisine önem vererek, sağlığa daha fazla pay ayırarak sağlık göstergelerini optimum düzeyde tutmalı, salgın ve benzeri durumlara her zaman hazırlıklı olarak daha hızlı müdahale edilebilmelidir.

Bu dönem Covid-19 dışında sağlık problemi olan hastaların diğer sağlık hizmetlerine erişimi, tedavi ve bakım alma ihtiyaçlarının gerektiği şekilde karşılanamamasına neden olmuştur. Bu durumun ilerleyen dönemlerde sağlık sistemlerine yeni bir yük yükleyip yüklemeyeceği, sağlık harcamaları üzerinde nasıl bir etki yaratacağı ayrı bir inceleme konusunu oluşturmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Akdağ, R., Aydın, S. ve Demirel, H. (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu. Ankara, TC. Sağlık Bakanlığı Yayın, (749),13-20.
- Akdağ, Y. (2012). *Sağlık harcamalarının hayatın kalitesine yaptığı etkinin ölçülmesi: Denizli örneği. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (322410).*
- Akdur, R. (1998). Türkiye’de sağlık politika ve hizmetleri. *Yeni Türkiye*, 4(23-24), 1984-1995.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları*. Ç. Erhan (Ed.), Sağlık Sektörü" Temel Kavramlar ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu" içinde (s.12-15). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten günümüze Türkiye’de sağlık. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008 Ankara) Kitabı. s. 45-71
- Akın, C. S. (2007). *Sağlık ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye’de sağlık sektörü ve harcamaları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Akkavak, T. (2018). *Türkiye’de sağlık sisteminin gelişimi: Sağlıkta dönüşüm programı (2003-2011). Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (510255).*
- Aköz, Z., ve Şahin, Ö. Ö. (2021). Covid-19 pandemisinde sağlık hizmetlerine erişim: çocuk sağlığı nasıl etkilendi?. *Çocuk Dergisi*, 21(2), 149-156.
- Aktan, S. (2020, Mayıs 12). *Tarihteki en ölümcül salgın hastalıklar neden ortaya çıktı ve nasıl sona erdi?* Euronews. Erişim adresi: <https://tr.euronews.com/2020/05/12/tarihteki-en-olumcul-salginlar-hangileriydi-neden-olustular-ve-nasil-sona-erdiler>.
- Alcan, E. (2015). AB ilerleme sürecinde Türkiye’de sağlık. Kulüp İstanbul Konsey Kurulu. 14.08.2015.
- Alp, A. (2021). *SARS CoV-2 İnfeksiyonunda Tanısal Testler*. A. Topeli İskit, M. Durusu Tanrıöver ve Ö. Uzun (Ed.), Covid-19 pandemi raporu (20 Mart-20 Kasım 2020) içinde (s.29-33).Ankara, Hacettepe İç Hastalıkları Derneği Yayınları:6.
- Altındağ, Ö. ve Yıldız, A. (2020). Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (1), 157-184.

- Altındış, M. (2021). Sağlık ve sağlık hizmetleri (PDF belgesi). 17 Haziran 2021 tarihinde <https://docplayer.biz.tr/25424315-Unite-saglik-ve-saglik-hizmetleri-saglik-kurumlari-yonetimi-i-prof-dr-mustafa-altindis-icindekiler-hedefler.html> adresinden erişildi.
- Arıcı, K. (2009). Türk genel sağlık sigortası sisteminin yeterliliği sorunu. *Sicil İş Hukuku Dergisi*, Yıl, 4(13), 148-159.
- Arslan Kurtuluş, S. ve Kumbasar, A. (2016). *Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri*. A. Kumbasar (Ed.), Sağlık Politikaları içinde (s.42-61). İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Arslantaş, D. (2013). *Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı*. D. Arslantaş (Ed.), Temel Sağlık Hizmetleri içinde (s. 2-20). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Ateş, M. (2016). “Sağlık Sistemleri”, 2. Baskı, İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarında sağlık hizmetleri. *Ankara Ecz. Fak. Dergisi*, 31(3), 183-192.
- Aydoğdu, A.L. F (2016). *Türkiye ve Brezilya'da sağlık turizmi: bir karşılaştırma. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (434480)*.
- Aygün, A. (2020). *Seçili OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin ekonometrik analizi. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (638806)*.
- Batbaylı, Ş. (2021). Sağlık ekonomisi perspektifinde seçilmiş ülkelerin sağlık göstergelerinin değerlendirilmesi. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, 8(1), 43-57.
- Bhatia, M. (2016). *The indian health care system*, 2015. E. Mossialos ve M. Wenzl (Ed.) *International Profiles of Health Care Systems*, 2015 içinde (s.77-85). London School of Economics and Political Science.
- Birleşmiş Milletler Genel Kurulu (1948). İnsan hakları evrensel beyanname. İnsan ve İnsan, 61, 795-808.
- Byambaa, T. A. (2018). *Moğolistan sağlık sisteminin incelenmesi ve bir değerlendirme. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (509927)*.
- Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C., ve Napoli, R. D. (2021). Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). Erişim Tarihi: 1 Mart 2021. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>.
- Çağlayan, Ç. (2022). Covid-19 pandemisi ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 37(1), 26-49.

- Çelebi, A. K. ve Cura, S. (2013). Etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemleri: karşılaştırmalı bir analiz. *Maliye Dergisi*, (164), 47-67.
- Çelik, Y. (2019). *Sağlık Ekonomisi*, Siyasal kitapevi, Ankara.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Çetinkaya, B. ve Yılmaz, M. Ş.(2020, Temmuz 11). *Dünyada salgın hastalıklar 120 yılda 110 milyon can aldı*. Anadolu Ajansı. Erişim adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/dunyada-salgin-hastaliklar-120-yilda-110-milyon-can-aldi-/1906845>.
- Çetintürk, İ. (2019). *OECD ülkelerinin sağlık harcama göstergelerinin kümeleme analizi ile sınıflandırılması*. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (542839).
- Çiftçi, H. İ. (2011). *Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler*, Doktora tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (290816).
- Çirpici, E. (2010). *Türkiye’de kamu sağlık hizmetlerinde 1980’den sonra uygulanan neo-liberal ekonominin sağlık hizmetlerine yönelik olarak tasarlanmalıdır: Sözleşmeli sağlık personelinin tercihi bir değerlendirme*. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (249634).
- Çoban, H. (2009). *Sağlık ekonomisi ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması*. Doktora tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (236083).
- Çoktaş, F. (2020). *Sağlık Çalışanlarında Covid-19 Hastalığı İle İlgili Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (652039).
- Dayan, S. (2021). Covid-19 ve aşı. *Dicle Tıp Dergisi*, 48, 98-113.
- De Oliveira, WKD, Duarte, E., França, GVAD ve Garcia, LP (2020). Como o Brasil pode deter a Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), 1-8.
- Demir, E. ve Kılıç, G.(2021). *Pandemide Sosyal Güvenlik*. O. Elbek ve K. Pala (Der.), Pandeminin düşürdüğü maskeler içinde (s.190). İstanbul, İletişim yayınları.
- Demir, Ö. ve Tanyıldızı, İ. (2017). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1(1), 89-119.
- Demir, S. ve Şahin, F. (2020). *Virüsler, Viral Pandemileri Etkileyen Faktörler ve Sonuçları*. M. Şeker, A. Özer ve C. Korkut (Ed.), Küresel Salgının Anatomisi

- İnsan ve Toplumun Geleceği içinde (s.57-74). Ankara. Türkiye Bilimler Akademisi.
- Deschepper, M., Eeckloo, K., Malfait, S., Benoit, D., Callens, S. ve Vansteelandt, S. (2021). Prediction of hospital bed capacity during the COVID- 19 pandemic. BMC Health Services Research. doi.org/10.1186/s12913-021-06492-3, 1-10.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) (2003). TC 58. Hükümet Acil Eylem Planı. DPT, 2003.
- Dikmen, A. U., Kına, M. H., Özkan, S., ve İlhan, M. N. (2020). Covid-19 epidemiyolojisi: Pandemi den ne öğrendik. *Journal of biotechnology and strategic health research*, (1), 29-36.
- Dirican, R. (2001). Dr. Behçet Uz (1893-1986) ve Ulusal sağlık planı. *Toplum ve Hekim*, 16(6), 465-467.
- Duran, M. S. ve Acar, M.(2020). Bir virüsün dünyaya ettikleri: Covid-19 pandemisinin makroekonomik etkileri. *International Journal of Social and Economic Sciences*, 10(1), 54-67.
- Eke, E. (2014). *Neoliberal devlet döneminde sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarına yönelik sektördeki paydaşların algısı. Doktora tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (369120).*
- Er, Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı: Genel Sağlık Sigortası. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (302257).*
- Erdoğan, M. S.(2010). *Türkiye Cumhuriyeti'nde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi. E. Erginöz ve M. S. Erdoğan (Ed.), Dünyada ve Türkiye'de sağlık sistemleri içinde (s.47-54). İstanbul Üniversitesi.*
- Eren, N., ve Tanrıtanır, N. (1998). Cumhuriyet ve sağlık. Türk Tabipler Birliği. Ankara.
- Erginöz, E. (2010). *Sağlık Hizmetleri. E. Erginöz ve M. S. Erdoğan (Ed.), Dünyada ve Türkiye'de sağlık sistemleri içinde (s.1-16). İstanbul Üniversitesi.*
- Erten, Z. (2016). *Sağlık harcamaları ve sağlık statüsü açısından sağlığın yakınsaması OECD örneği (2003-2014). Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (448274).*
- Fişek, N. H. (1983). Halk sağlığına giriş. Ankara. Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No:2 (s.1-216).
- Fişek, N. H. (1991). Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinde sağlık politikaları. *Toplum ve Hekim*, 48, 2-4.

- Fix O.K., Blumberg E.A., Chang, K., Chang, K., Chu,J.,Chung, R.T., Goacher, E.K.,... Fontana, R.J. (2021 ). American association for the study of liver diseases expert panel consensus statement: vaccines to prevent coronavirus disease 2019 infection in patients with liver disease. *Hepatology special article*, 74(2):1049-1064.
- Gelekçi, C. (2015). 1960 sonrası dönemde Türkiye’de nüfus yapısı ve bazı temel özellikleri üzerine tespitler. *Istanbul Journal of Sociological Studies*, (52), 587-607.
- Gerçek, H. (2007). Hindistan sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim Dergisi*. Sayı 1-2 cilt 22, 45-52.
- Gönç, T. (2017). Neoliberal politikaların küresel düzeyde sağlık üzerindeki etkileri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 159-178.
- Görgün, H. (2009). *Örgütlerdeki değişimin hizmet yapısı üzerindeki etkisinin incelenmesi: sağlıkta dönüşüm programının Çanakkale yerelindeki etkileri*. On sekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çanakkale.
- Gülay, A. (2017). *Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanı ve ingiltere ile karşılaştırılması*. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (465985).
- Gün ve Kumbasar (2016). *Sistem ve Sağlık Sistemi*. E. Kumbasar (Ed.), Sağlık politikaları içinde (s.42-61). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Hasuder (2020). Yeni Koronavirüs (Covid-19) Hastalığı İçin Yaşlılık Riskli Bir Dönem! - Yeni Koronavirüs Hastalığı 2019. Tarihinde 30 Ekim 2022, adresinden erişildi <https://korona.hasuder.org.tr/yeni-koronavirus-covid-19-hastaligi-icin-yaslilik-riskli-bir-donem/>
- İleri, H. Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186.
- İstanbulluoğlu, H. Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), s.86-99.
- Kahraman, E. P.ve Altındış, M. (2020). Covid-19 aşılı; Pandemide sona doğru?. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 4(3), 240-249.
- Karadeniz, M.(2021). *Üstadı Maliye*, Savaş Kitap Yayınevi, Ankara.
- Karagan, E. (2008). *Bazı Avrupa Birliği ülke sağlık sistemleri ile Türk sağlık sisteminin karşılaştırılması*. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (236822).

- Karaman, S. (2019). *Avrupa Birliği üyesi ülkelerin sağlık sistemi ile Türk sağlık sisteminin karşılaştırılması: Türkiye Almanya örneği. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (574121).*
- Karar, Ş. (2013). *Türkiye'de sağlık sistemi ve 2003 sonrası sağlıkta dönüşüm programı. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (344356).*
- Karcıoğlu, Ö. (2020). *Coronavirüs nedir, nasıl korunabiliriz?. Anka Tıp Dergisi, 2(1), 66-71.*
- Kaya, G. (2019). *Sağlık harcamalarının milli gelire etkisi ve Bilecik ili özelinde Türkiye'de sağlık harcamaları. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (560755).*
- Khan, J. R., Awan, N., Islam, M. M. ve Muurlink, O. (2020). *Healthcare capacity, health expenditure, and civil society as predictors of COVID-19 case fatalities: A global analysis. Frontiers in Public Health, 8 (34), 1-10.*
- Kılıç, B.(1995). *Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemi. Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı 64-65 cilt 9*
- Kocabay, M. (2020, Şubat 17). *Dünyanın ilk eradike hastalığı: çiçek hastalığı nasıl yok edildi? Tekyolbilim. Erişim adresi: <https://www.tekyolbilim.com/dunyanin-ilk-eradike-hastaligi-cicek-hastaligi-nasil-yok-edildi>.*
- Korucu, K. S. ve Oksay, A. (2018). *Sağlık hizmetlerinde cepten ödemelerin bir çeşidi: katkı payları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(32), 265-313.*
- Kömürlü, Y. G.(2010). *Birinci basamak sağlık hizmetlerinden aile hekimliğine geçiş süreci. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (257953).*
- Kumbasar ve Hoşgör (2016). *Sağlıkta Dönüşüm Programı- II. E. Kumbasar (Ed.), Sağlık Politikaları içinde (s.242-256). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.*
- Kutlu, G. ve Yıldırım, T. (2015). *Brezilya sağlık sisteminin değerlendirilmesi. PESA Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(2), 148-171.*
- Lasry, A., Kidder, D., Hast, M., Poovey, J., Sunshine G., Winglee K.,... Ethier, K. A. (2020). *Timing of Community Mitigation and Changes in Reported COVID-19 and Community Mobility — Four U.S. Metropolitan Areas, February 26–April 1, 2020. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 69(15), 451–457. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e2>*
- Loş, N. (2016). *Sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırmalı analizi: OECD ülkeleri ve Türkiye örneği. Doktora tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (443217).*

- Marois, G., Muttarak, R. ve Scherbov, S. (2020). Assessing the potential impact of Covid-19 on life expectancy. *Plos One* 15(9), 1-12.
- Memişoğlu, D. (2011). *Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm ve etkileri: Batı Akdeniz bölgesi il merkezleri örneği. Doktora tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (321707).*
- Milli Eğitim Bakanlığı. (2015). *Sağlık Hizmetleri ve Personel Yönetimi. Ankara: MEB Yayınları.*
- Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). *Funding health care: an introduction.* E. Mossialos, A. Dixon, J.Figuera ve J. Kutzin (Ed.), *Funding health care: options for Europe içinde (s.1-31).* European Observatory on Health Care Systems Series, World Health Organization 2002.
- Mossialos, E. ve Wenzl, M.(2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems.* London School of Economics and Political Science.
- Murray, C. J., ve Frenk, J. (2000). A Framework For Assessing The Performance Of Health Systems. *Bulletin Of The World Health Organization*, 78, 717-731.
- Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş,* Ekin Basın Yayın Dağıtım, Bursa.
- OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators,* OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Oğuz, D. (2009). *Aile Hekimliği Akademik Gastroentoloji Toplantıları,* Ankara.
- Okursoy, A. (2010). *Türkiye'de sağlık sistemi ve kamu hastanelerinin performanslarının değerlendirilmesi. Doktora tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (312349).*
- Okyay, P. (2020). Covid-19 aşı çalışmaları. *Türk Tabipleri Birliği Covid-19 Pandemisi altıncı ay değerlendirme raporu,*(s. 228-249), 52.
- Önder, B. (2013). *Türk sağlık reformları kapsamında sağlıkta dönüşüm programının incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (327404).*
- Önder, Ö.R. (2017).Demografik sağlık ölçütleri hız ve oran kavramı/farklar [PowerPoint sunumu]. 15 Kasım 2021 tarihinde <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=5491> adresinden erişildi.
- Özkan, Ö. (2022). Brezilya'nın Covid-19 pandemisine yönelik yanıtları. *Toplum ve Hekim*, 37(3), 200-230.

- Özkara, Y. (2006). *Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlık ekonomisindeki yeri ve önemi: bir uygulama. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (250406).*
- Özmen, S. (2013). *Genel sağlık sigortasının özel sağlık hizmeti sunucularına ve hasta memnuniyetine olan etkileri. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (328668).*
- Özuysal, H. (2011). *Türkiye’de sağlık harcamaları; Ekonometrik Bir Uygulama. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (279479).*
- Pala, K. (2007). Türkiye için nasıl bir sağlık reformu. Milliyet İnceleme Ödülü, Bursa.
- Pamuk, Ş. (2020). *Tarihte Küresel Salgınlar ve İktisadi Etkileri. Ö. F. Çolak (Ed.), Salgın ekonomisi içinde (s.34-49). Ankara, Efil Yayınları.*
- Pişkin, B. (2017). *Sağlık sistemleri içerisinde özel sağlık sigorta şirketleri ve Türkiye. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (523156).*
- Report of the National Commission on Macroeconomics and Health Ministry Of Health And Family Welfare Government Of India, 2005. <https://ruralindiaonline.org/en/library/resource/report-of-the-national-commission-on-macroeconomics-and-health/>
- Roemer, M. I. (1982). Market failure and health care policy. *Journal Of Public Health Policy*, 3(4), 419-431.
- Roemer, M. I. (1993). National health systems throughout the world. *Annual Review Of Public Health*, 14(1), 335-353.
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020a). Covid-19 (Sarscov2 Enfeksiyonu) Rehberi (Bilim Kurulu Çalışması) 27 Kasım 2020.
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020b). Covid-19 (Sars-Cov2 Enfeksiyonu). 16 Temmuz 2020 tarihinde [https://Covid19bilgi.Saglik.Gov.Tr/Depo/Rehberler/Covid-19\\_Rehberi](https://Covid19bilgi.Saglik.Gov.Tr/Depo/Rehberler/Covid-19_Rehberi) adresinden erişildi.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). TC Sağlık Bakanlığı 2019 Faaliyet Raporu. <https://sgb.saglik.gov.tr/TR-78823/tc-saglik-bakanligi-2020-yili-faaliyet-raporu-yayinlanmistir.html>
- Sağlık Bakanlığı (2022). Sağlık istatistikleri yılı 2020. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2022. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/43399/0/siy2020-tur-26052022pdf.pdf>. Erişim tarihi: 22 Haziran 2022.
- Sargutan, E. (2005). Karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımı kavram, metot ve uygulamalar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 81-111.

- Sargutan, E. (2006a). *Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Sargutan, E. (2006b). *Brezilya Sağlık Sistemi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Sargutan, E.(2006c). *Hindistan Sağlık Sistemi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Saydam, N. (2020). Covid-19 enfeksiyonunda epidemiyoloji ve korunma. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 1-7.
- Schuchat, A. (2020). Public Health Response to the Initiation and Spread of Pandemic COVID-19 in the United States, February 24–April 21, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(18);551–556. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6918e2>
- Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık-Sağlık hizmetleri ve Türk sağlık sistemi*. M. Tatar (Ed.), Sağlık Kurumları Yönetimi-I içinde (s. 2-26). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Şahin, D. (2018). Doğumda yaşam beklentisinin belirleyicilerinin analizi: APEC ülkeleri örneği. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(1), 1-7.
- Şeker, M., Özer, A., Korkut, C., Tosun, Z., ve Doğrul, M. (Ed.). (2020). Covid-19 Pandemi değerlendirme raporu. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları No: 34. Ankara.
- Şen, A. (2019). *Sağlık hukuku yaklaşımıyla OECD ülkelerinin Türkiye ile sağlık sisteminin karşılaştırılması*. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (571906).
- Şen, H. (2013). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı bağlamında toplam kalite yönetimi ile insan kaynakları yönetimi ilişkisi (kamu ve özel hastane uygulamaları)*. Yayımlanmamış Doktora tezi, TC Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık ekonomisine genel bir bakış, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 25-30.
- Taş, Z., Kara, E., ve İnkaya, A. Ç. (2021). *Covid-19’un Güncel Tedavisi: Antiviral tedavi*. A. Topeli İskit, M. Durusu Tanrıöver ve Ö. Uzun (Ed.), Covid-19 Pandemi Raporu (20 Mart-20 Kasım 2020) içinde (s. 46-51). Ankara. Hacettepe İç Hastalıkları Derneği Yayınları:6.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.

- Tekbaş, Ö. F. (2021). Covid-19 pandemisinde Hindistan. *Toplum ve Hekim*, 36(6), 470-480.
- Tekeli, İ. (2020). *Salgınlar ve Kentler Sarmalında Dünyanın Geldiği Nokta: Covid-19*. Ömer Faruk Çolak, Salgın Ekonomisi içinde (ss.79). Ankara, Efil Yayınları.
- Temel, M.K. (2012). *1918 Grip pandemisi. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (316975)*.
- The Lancet. (2020). Covid-19 in Brazil: "So what?" *Lancet*, 395 (10235), 1461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3).
- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık ekonomisi: Teorik bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.
- Til, A. (2020). Yeni koronavirüs hastalığı hakkında bilinmesi gerekenler. *Ayrıntı Dergisi*, 8(85).
- Tokalaş, S. (2006). *Kamu sağlık hizmetlerinin satın alınması. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (208588)*.
- Türk Tabipler Birliği (2018a). Sağlıkta Dönüşüm Programı Çöktü. Genel Sağlık Sigortası: Ne Dediler, Ne Oldu?
- Türk Tabipler Birliği (2018b). Sağlıkta Dönüşüm Programı Çöktü. Kamu Hastane Birlikleri: Ne Dediler, Ne Oldu?
- Türkkan, A. (2007). Brezilya federal cumhuriyeti sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Sayı 1-2 cilt 22.
- Uludağ, Ö. (2020). Koronavirüs enfeksiyonları ve yeni düşman: Covid-19. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 118-127.
- URL-1, <https://www.Medicalpark.Com.Tr/Coronavirus/Hg-2287>. 18 Mart 2020.
- URL-2, <https://www.Bbc.Com/Turkce/Haberler-Dunya-51943651>. 18 Mart 2020.
- URL-3, <https://covid19.saglik.gov.tr/> 19 Nisan 2021.
- URL-4, [www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-57036321](http://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-57036321), 8 Mayıs 2021 (a)
- URL-5, <https://covid19asi.saglik.gov.tr>. 15 Mayıs 2021.
- URL-6, [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)
- URL-7, <https://www.setav.org/5-soru-dunya-genelinde-asi-adaletsizligi/> 7 Nisan 2021
- URL-8, <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-57022932>. 7 Mayıs 2021 (b)
- URL-9, <https://tr.euronews.com/2021/06/03/hangi-ulkede-kac-kisiye-covid-19-as-s-yap-l>
- URL-10, <https://www.gavi.org/covax-facility>,
- URL-11, <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>

- URL-12, [Www.Uptodate.Com/Contents/Covid-19-Epidemiology-Virology-And-Prevention?Search=Coronavirus-Disease-2019-Covid-19-Epidemiology-Virology-And-Source=Search\\_Result&Selectedtitle=1~150&Usage\\_Type=Default&Display\\_Rank=1](http://www.Uptodate.Com/Contents/Covid-19-Epidemiology-Virology-And-Prevention?Search=Coronavirus-Disease-2019-Covid-19-Epidemiology-Virology-And-Source=Search_Result&Selectedtitle=1~150&Usage_Type=Default&Display_Rank=1) . 12 Mart 2021
- URL-13, <https://covid19.who.int/>
- URL-14, <https://www.uzmandoktor.net/koruyucu-saglik-hizmetleri>.
- URL-15, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
- URL-16, <https://www.anayasa.gen.tr/1961ay.htm>
- URL-17, <https://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>
- URL-18, <http://tuseb.gov.tr/tuska/akreditasyonnedir>
- URL-19, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=45500> 30 Ekim 2022
- URL-20, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710#>
- URL-21, <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101>
- URL-22, <https://www.whitehouse.gov/about-the-white-house/our-government/the-executive-branch>, 1 Nisan 2022
- URL-23, <https://www.hhs.gov/about/agencies/orgchart/index.html>
- URL-24, <https://amerikarehberi.com/amerika-saglik-sistemi-nasil-isliyor/>
- URL-25, <https://www.bcbs.com/medicare/medicare-overview>
- URL-26, <https://tr.thelittlecollection.com/medicare-vs-medicaid-4657#menu-2>
- URL-27, <https://www.ehealthinsurance.com/affordable-health-insurance-by-state>
- URL-28, <https://data.oecd.org/health.htm>
- URL-29, <https://datatopics.worldbank.org/health>
- URL-30, [https://apps.who.int/nha/database/country\\_profile/Index/en](https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en)
- URL-31, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil>, 9 Nisan 2022
- URL-32, <https://www.publichealth.columbia.edu/research/comparative-health-policy-library/brazil-summary>
- URL-33, <https://slideplayer.biz.tr/slide/18055119>
- URL-34, <https://www.britannica.com/place/India>. 19 Nisan 2022
- URL-35, [https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/63239/mod\\_resource/content/1/KY%20329%20KSS%2014.hafta.pdf](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/63239/mod_resource/content/1/KY%20329%20KSS%2014.hafta.pdf)
- URL-36, <https://www.internationalstudentinsurance.com/india-student-insurance/healthcare-system-in-india.php>

- URL-37, <https://www.tuseb.gov.tr/tuspe/uploads/genel/files/TUSPEZirve-ZirveKitabi-07062021.pdf>
- URL-38, <https://www.dunya.com/gundem/cerrahpasa-ve-baskent-universitelerinden-carpici-rapor-covid-19un-tibbi-maliyeti-37-milyar-tl-haberi-614154>. 12 Mart 2021
- URL-39, <https://getusppe.org/data/>, 2022
- URL-40, <https://covidtracking.com/nursing-homes-long-term-care-facilities>; WHO
- URL-41, <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/brezilya-yuksekk-mahkemesi-kovid-19-asisinin-zorunlu-tutulabilecegine-karar-verdi/2081242>
- URL-42, <https://portal.fiocruz.br/en/news/covid-19-observatory-points-biggest-health-system-collapse-history-brazil>
- URL-43, [www.statista.com](http://www.statista.com)
- URL-44, <https://tr.euronews.com/2021/02/27/hindistan-da-covid-19-a-ragmen-dunyan-n-en-buyuk-dini-festivali-suruyor>; <https://www.aa.com.tr/tr/analiz/hindistandaki-kovid-kabusunun-kuresel-etkileri-olabilir/2254535>
- URL-45, <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-56909887>
- URL-46, <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-55552791>
- URL-47, [https://onesite.eiu.com/campaigns/covid-19-the-impact-on-healthcare-expenditure/#mktoForm\\_anchor](https://onesite.eiu.com/campaigns/covid-19-the-impact-on-healthcare-expenditure/#mktoForm_anchor) 31 Ekim 2022
- URL-48, <https://ourworldindata.org/grapher/public-health-expenditure-share-GDP-OWID?time=2000..2021&country=BRA~TUR~USA~IND>
- Üner, S. (2020). Pandemide küresel durum. Türk Tabipleri Birliği Covid-19 Pandemisi altıncı ay değerlendirme raporu, 52, (s. 88-101).
- World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. WHO.
- World Health Organization. (2009). Basic Documents- Forty-seventh Edition. WHO.
- Yanar, Y. (2011). *Gaziantep ilinde sağlık sektörü ve sağlık harcamaları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Yenen, O. Ş. (2020). *Epidemi ve Pandemi*. O.Şadi Yenen ve S. Badur (Ed.), Pandemi ve Covid-19 içinde (ss.98-128). İstanbul, Ayrıntı Yayınları.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2007). *Sağlığın finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi*. Doktora tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (208286).

Yörük,F. ve Memikoğlu, O. (2020). *Tedavide Gelişmeler*. K. Osman Memikoğlu ve Volkan Genç (Ed.), (s. 89-100). Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.

Yüksel, O. (2017). *Sağlık reformları sürecinde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları: seçilmiş ülkeler ve Türkiye örneği*. Yüksek lisans tezi, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, (473524).



## ÖZGEÇMİŞ

Burçin Buket PALANCI, Lisans eğitimini Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat bölümünde tamamlamıştır. Gümüşhane Üniversitesi İktisat Anabilim dalında tezli yüksek lisans yapmaktadır.

