



**SAĞLIK EKONOMİSİNİN EKONOMİK
BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Emine KARACA

Yüksek Lisans Tezi

İktisat Ana Bilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Murat BEŞER

AĞRI-2022

(Her hakkı saklıdır.)

T.C.
AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI

Emine KARACA

SAĞLIK EKONOMİSİNİN EKONOMİK BÜYÜME
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ YÖNETİCİSİ
Dr. Öğr. Üyesi Murat BEŞER

AĞRI-2022

13.06.2022

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum “Sağlık Ekonomisinin Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi” adlı tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Lisansüstü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylıyorum.

Lisansüstü Eğitim-Öğretim yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

☐

Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

☐

Tezim sadece Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.

☐

Tezimin yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

13.06.2022

Emine KARACA

TEZ KABUL VE ONAY TUTANAĞI
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

.....danışmanlığında, ... tarafından
hazırlanan bu çalışma/...../..... tarihinde aşağıdaki jüri tarafından.
..... Anabilim Dalı'nda
.....tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : **İmza:**

Jüri Üyesi : **İmza:**

Jüri Üyesi : **İmza:**

Yukarıdaki imzalar adı geçen öğretim üyelerine ait olup;

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../202.. tarih ve / nolu kararı ile
onaylanmıştır.

.... /...../.....

Prof. Dr. İbrahim HAN

Enstitü Müdürü

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK EKONOMİSİNİN EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Emine KARACA

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Murat BEŞER

2022, 81 sayfa

Jüri: Dr. Öğr. Üyesi Murat BEŞER

Sağlık alanında yapılan çalışmaların geçmişi 1978 yılına kadar uzanmaktadır. Uluslararası Sağlık Örgütlerinin toplanarak sağlık sorunlarına ortak çözüm arayışları için 1978 yılında Kazakistan’da Almaata bildirisi ile başlamıştır. Sağlıkta hizmet standartlarını yükseltmek amacıyla 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü’ nün kurulmuştur. Yaşadığımız yüz yıl insan ömrünün uzaması, tüm dünyada ve ülkemizde kronik hastalıkların en önemli mortalite ve morbidite nedeni olması nedeniyle sağlık alanında da yeni yaklaşımların geliştirilmesini gerektirmektedir. Sağlık alanında ki bu çalışmalar için tüm Ülkelerin standartlarına göre Sağlık harcamalarına Ülke bütçesinden pay ayrılması gerekmektedir. Ülkelerin ayırmış oldukları bütçeleri ile sağlık alanındaki harcamaların sağlıklı yaşam standartlarını yükselteceği ve nüfusun ortalama yaş ömrünün uzayacağı günümüze kadar yapılmış araştırmalar sonucunda kanıtlanmış doğru ve kesin bilgilerdir.

Bu tezde yapılan araştırmalar ve elde edilen sonuçlar ile bugüne kadar oluşturulmuş örgütler ve kurumların yapmış olduğu istatistiki verilerden yararlanılarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi araştırılmaktadır. Dünyada ilaç sektörünün payının ekonomik göstergeler de her geçen gün daha fazla arttığı düşünüldüğünde, gelişmekte olan Ülkelerin ithalat payını azaltmak için Ar-GE teşvikleri ile bu sektöre yapacakları yatırımların biyobenzer ilaç üretimine katkıda bulunacağı ve Ülke ekonomisini kalkındıracağı kaçınılmaz bir gerçektir. Sağlıkla ilgili ekonomik kavram ve göstergelerin incelendiği ilk üç bölümden sonra dördüncü bölümde Türkiye’nin gelişmekte olan ülkeler arasında olduğu düşünüldüğünde yapılan harcamaların ilaç sektörüne ayrılan payının araştırılarak geleceğe dair beklentilere yönelik çıkarımların yapıldığı ampirik bir çalışmadır.

Anahtar Sözcükler: Ekonomik büyüme, Sağlık ekonomisi, Sağlık harcamaları, Ekonomik göstergeler

ABSTRACT

MASTER THESIS

SAĞLIK EKONOMİSİNİN EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Emine KARACA

Advisor: Assist. Prof. Dr. Murat BEŞER

2022, Page: 81

Jury: Assist. Prof. Dr. Murat BEŞER

The history of studies in the field of health dates back to 1978. It started with the Almaata declaration in Kazakhstan in 1978 for the search for common solutions to health problems by meeting of International Health Organizations. The World Health Organization was established in 1948 in order to raise the standards of service in health. The prolongation of human life span in the century we live in requires the development of new approaches in the field of health, since chronic diseases are the most important cause of mortality and morbidity all over the world and in our country. For these studies in the field of health, it is necessary to allocate a share from the Country's budget for Health expenditures according to the standards of all countries. It is the correct and precise information that has been proven as a result of the researches made to date that the budgets allocated by the countries and the expenditures in the field of health will increase the healthy living standards and the average age of the population will increase.

In this thesis, the effect of health expenditures on economic growth is investigated by making use of the researches and the results obtained and the statistical data of the organizations and institutions that have been created so far. Considering that the share of the pharmaceutical industry in the world is increasing day by day in economic indicators, it is an inevitable fact that the investments to be made in this sector with R&D incentives in order to reduce the import share of the developing countries will contribute to the production of biosimilar drugs and develop the country's economy. After the first three chapters in which the economic concepts and indicators related to health are examined, the fourth chapter is an empirical study in which inferences for the future expectations are made by investigating the share of expenditures allocated to the pharmaceutical sector, considering that Turkey is among the developing countries.

Keywords: Economic Growth, Health Economics, Health Expenditures, Economic Indicators

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Sağlık alanında yapılan her türlü çalışma ve iş birliği bireylerin “Sağlıklı Yaşam Hakkı” için büyük önem taşımaktadır. Ülkelerin kalkınma ve büyüme göstergeleri en başta sağlıklı bireyler yetişmesi doğrultusunda gerçekleşecektir. Beşeri sermayenin önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Bunun için sağlık alanında yapılan her türlü yatırım ve harcama Ülkelerin kalkınma ve refahına katkıda bulunacaktır. Bu doğrultuda incelenen ve irdelenen her türlü çalışma ve veriler Ülkeleri daha doğru yatırımlar ve harcamalar yapma konusunda teşvik edecektir.

Yapmış olduğum tez çalışmasında bilgi ve tecrübesine saygı duyduğum, öğreneceğim ve yararlanacağımı düşündüğüm bir çok konuda bir danışman Öğretim Üyesi olarak verdiği bilgiler dışında, her konuda yardımını esirgemeyen, hakkaniyet, adalet, özveri, sevgi ve saygı içinde kendisiyle geçirmiş olduğum bu sürede bütün katkılarından dolayı danışmam hocam Dr. Murat BEŞER’e ve kendisiyle geç tanışma olanağı bulduğum, tez aşamasında yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer eşi Dr. Nazife BEŞER hanımefendiye teşekkürü bir borç biliyorum. Uzun süren bu tez süreci içinde çalışmam için daha fazla fedâkarlıkta bulunmak zorunda kalan biricik ablam Sare AK’a, her zaman her konuda maddi ve manevi desteğini esirgemeyip bu süre zarfında benimle birlikte yıpranan eşim Ömer Faruk KARACA’ ya, varlığıyla huzur ve mutluluk veren oğlum Muhammet ALİ KARACA ve kızım Buğlem KARACA’ ya, uzun ve meşakkatli süren bu süreçte her zaman yanımda olan AK ailesinin her bir üyesine teşekkürümü iletmekten mutluluk duyuyorum.

Ağrı-2022

Emine KARACA

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR	vi
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1. SAĞLIK EKONOMİSİ	3
1.1. Sağlık Kavramı Nedir?	3
1.2. Sağlık Standartları	4
1.3. Sağlık Ekonomisi Tanımı	4
1.4. Sağlık Sektöründe Ekonomi Biliminden Faydalanma Sebepleri	6
1.5. Sağlık Ekonomisinin Temel Amacı	6
1.6. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı	7
1.7. Sağlık Ekonomisinin İşleyiş Sistemi	10
1.7.1. Sağlık hizmetlerinde esneklik	11
1.8. Sağlık Hizmetleri.....	14
1.8.1. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması.....	15
1.8.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri.....	16
1.8.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri	17
1.9. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	18
1.9.1. Cumhuriyet öncesi dönem sağlık hizmetleri	18
1.9.2. Cumhuriyet sonrası dönem sağlık hizmetleri	19
1.10. Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Teşviği	21
1.10.1. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi	21
1.11. Tarihsel Süreç ve Evrensel Bildiriler	22
1.11.1. 1974 Lalonde Raporu	22
1.11.2. 1978 Almaata Bildirisi.....	22
1.11.3. 1986 Ottawa Sözleşmesi.....	24
1.11.4. 1988 Adelaide Sağlığı Geliştirme Konferansı	24

1.11.5. Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi (1991)	26
1.11.6. Jakarta Bildirgesi (1997).....	26
1.11.7. Meksika Bakanlık Bildirgesi (2000).....	27
1.10.8. Bangkok Şartı (2005).....	27
1.10.9. Nairobi Küresel Sağlığı İyileştirme Konferansı (2009).....	28
1.10.10. Helsinki Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (2013).....	41
İKİNCİ BÖLÜM	28
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN İKTİSADİ YÖNÜ	28
2.1. Kamu Sektöründe Sağlık Hizmetleri Kamusalılık Özelliği	28
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Yöntemleri.....	30
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kamu Finansmanı	30
2.3.1. Sosyal sigorta ile finansman	31
2.3.2. Genel vergi gelirleri ile finansman	34
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Özel Finansman Yöntemleri.....	35
2.4.1. Özel sağlık sigortacılığı	36
2.5. Kamu, Özel Sektör Ortaklığı ve İş Birliği.....	39
2.6. Türkiyede Sağlık Hizmetleri ve Kamu Özel İşbirliği Uygulaması	41
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	44
3. SAĞLIK HARCAMALARI.....	44
3.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Kapsamı	44
3.2. Sağlık Harcamalarına Etki Eden Ekonomik Faktörler	45
3.2.1. Beşeri sermaye.....	46
3.2.2. Gelir dağılımı.....	48
3.2.3. Teknoloji düzeyi	51
3.2.4. Nüfus artış hızının istihdama etkisi	53
3.3. Seçilmiş Oecd Ükelerinde Sağlık Harcamaları	55
3.3.1. Ülkelere göre toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı.....	55
3.3.2. Toplam sağlık harcamalarının kişi başına düşen gelir ile ölçümü.....	56
3.3.3. Cari sağlık harcamasının GSYİH içindeki karşılaştırması	57
3.4. Toplam Sağlık Harcaması İçinde İlaç Harcama Oranları	58
3.5. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi	59
3.6. Türkiye’de Sağlık Harcamaları	59

3.6.1. Kamu-özel sağlık harcamaları	61
3.6.2. Kişi başına düşen sağlık harcamaları.....	63
3.6.3. Cari-yatırım harcamaları.....	64
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	67
4. TÜRKİYE’DE İLAÇ SANAYİ SEKTÖRÜ	67
4.1. İlaç Sanayi Sektörü.....	67
4.2. Türkiye’de İlaç Sektörü.....	70
4.3. Sektörde Üretilen Başlıca Ürünler ve İşyeri İstihdam Sayıları	72
4.4. İlaç Sektöründe AR-GE Faaliyeti.....	72
4.5. Dış Ticaret Payları.....	73
4.6. Referans Eş Değer ilaçlar	75
4.7. Biyoteknolojik İlaçlar	76
4.8. Tedavi Grupları	78
4.9. Tıbbi Ürün Pazarı	79
4.10. Yatırım Teşvikleri	79
SONUÇ	80
KAYNAKLAR	83
ÖZGEÇMİŞ	89

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Ar-Ge	: Araştırma ve Geliştirme
BDDK	: Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurumu
BES	: Bireysel Emeklilik Sistemi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	: Gayri Safı Milli hasıla
GSYH	: Gayri Safı Yurtiçi Hasıla
İGE	: İnsani Gelişmişlik Endeksi
İŞKUR	: Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü
KDV	: Katma Değer Vergisi
KG	: Kişisel Gelir
MG	: Milli Gelir
OECD	: İktisadi İş Birliği ve Kalkınma Örgütü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigorta Kurumu
TCMB	: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Sağlık ekonomisi kapsamının şematik gösterimi	9
Şekil 1.2. Sürdürülebilir hizmet düzeyi	10
Şekil 2.1. Sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi aracılığıyla finansmanı	35
Şekil 2.2. Sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası aracılığıyla finansmanı	39
Şekil 2.3. Kamu/özel sektör ortaklıklarının başlıca türleri	41
Şekil 3.1. Türkiye’de en fazla ar-ge harcaması yapılan ilk beş sosyo ekonomik hedef.....	52
Şekil 3.2. 2008-2021 yılları arası endüstriyel üretim ve teknoloji için ayrılan pay ...	53
Şekil 3.3. 2011-2020 Türkiye’de enflasyon ve işsizlik oranları	54
Şekil 3.4. 2019-2020 yılları arası ülkelere göre toplam sağlık harcamalarının kişi başına düşen gelir ile ölçümü	56
Şekil 3.5. 2018 yılı cari sağlık harcamasının GSYİH içindeki karşılaştırması %	57
Şekil 3.6. 2017-2022 yılları arası ilaç harcama oranları	58
Şekil 3.7. 2010-2019 kamu-özel sağlık harcaması	62
Şekil 3.8. Kişi başına sağlık harcaması 2011, 2020.....	64
Şekil 4.1. İhracatta ilk 20 ülke (Milyar \$) 2019.....	68
Şekil 4.2. İlaç İthalatında ilk 20 ülke	69
Şekil 4.3. İlaç pazarı (üretici fiyatlarıyla)	71
Şekil 4.6. Referans eş değer ilaçlar 2015-2020.....	75
Şekil 4.7. Biyobenzer-referans ilaçlar 2015-2020	76
Şekil 4.8. Biyoteknolojik ilaçlar milyon kutu 2015-2020.....	77

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Türkiye’de SGK kapsamındaki kişi sayısı (2016-2020).....	34
Tablo 3.1. İnsani gelişme endeksine göre Türkiye (1990-2020) İGE değerleri.....	48
Tablo 3.2. Türkiye’de kişi başına düşen hanehalkı gelirine göre gini katsayısı ve P/80-P/20 oranları 2019/2020	50
Tablo 3.3. 2011-2020 Türkiye’de Enflasyon ve İşsizlik Oranları.....	54
Tablo 3.4. Ülkelere göre toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı	55
Tablo 3.5. Sağlık harcaması istatistikleri 2011/2020	60
Tablo 3.6. 2019-2020 sağlık harcamalarının genel devlet, özel sektör payları.....	60
Tablo 3.7. 2011-2020 kamu-özel sağlık harcaması oranları	62
Tablo 3.8. 2011-2020 Türkiye’de Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması	63
Tablo 3.9. 2019-2020 cari-yatırım harcamaları.....	64
Tablo 3.10. 2010-2019 Cari-Yatırım Harcamalarının GSYİH’ye Oranı	65
Tablo 4.1. Küresel satışa göre ilk 10 ilaç firması	69
Tablo 4.2. Satışlara göre Türkiye’de ilk 8 ilaç firması.....	72

GİRİŞ

Bu çalışmada Sağlık ekonomisi kavramının genel açıklaması yapılarak, sağlık alanında yapılan harcama türleri (tıbbi sarf malzemeler, kullanılan ilaçlar, medikal malzemeler, yeterlilik oranları vb...) özel ve kamu harcamalarını kapsamaktadır.

Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ile ilişkili olan göstergeler, gelişen ve gelişmekte olan Ülkelerde anne, bebek doğum ve ölüm oranları, nüfus sayısı, kentleşme oranları, teknolojik gelişmeler sağlık harcamalarına olan payı artırmakta, artan harcamalar sağlık göstergeleri üzerinde etkisini göstermektedir. Sağlık düzeylerindeki iyileşme ile birlikte toplumdaki yaşam standartları yükselmektedir.

Sağlık sektöründe meydana gelen her türlü değişim; harcama ve yatırım oranları ile ilişkilidir. Sağlık alanında gerçekleşen ilaç-tıbbi malzeme alımları, personel istihdamı, hastane ve yatak sayılarının artması, medikal cihaz temini, Sağlık sektörüne ayrılan kaynağın her geçen gün artması anlamını taşımaktadır. Bu harcamaların beşeri sermayeye büyük katkısı bulunmaktadır. Sağlık alanında harcanan paraların hangi sebeple nereye kullanıldığının gösterilmesi, doğru yatırımlar yapıp yapılmadığı konusunda önemlidir. Kaynakların etkin kullanımı ekonomi bilimi ile sağlık harcamaları arasındaki doğru yönlü ilişkiyi gösterir. Yapılacak olan çalışmalarda doğru bilgiye daha kolay ulaşılabilecek olup, devamlı süre gelen sağlık harcama oranlarındaki artışı analiz ederek doğru yönlü yatırımlara harcamaların yönlendirilmesini kolaylaştıracaktır.

Gelişmekte olan ülkelere nazaran gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan pay oldukça yüksektir. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile olan ilişki pozitif yönlüdür. Yeterli beslenme, sağlığı teşvik edici mal ve hizmetlere olan talep ve arzı artırmaktadır. Fiziksel olarak nüfus üzerinde etkili olan beslenme alışkanlıkları, sağlıklı yaşam ve kalite standartlarını yükseltecektir. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile çalışma çağındaki nüfus artacak ve eğitime daha fazla pay ayrılacaktır.

Bu alışma 4 ana bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünde tez ana hatlarıyla özetlenmiştir. İkinci bölümde sağlık alanındaki önemli kavramlar ana hatlarıyla açıklanmaktadır. nc bölüm OECD lkelerinde ve Türkiye’de yapılan sağlık harcamaları ile istatistiki verilerin açıklandığı bölümdür. Dördüncü bölümde Türkiye’de ve Dünyada ilaç sektörlerine ait yapılan harcamalar, verilen teşvikler, Ar-Ge teşvikleri ve üretilen hammadde sayılarına ait istatistiki verilerin açıklandığı, çalışmanın değerlendirilmesinin yapıldığı sonuç bölümüdür.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK EKONOMİSİ

1.1. Sağlık Kavramı Nedir?

Sağlığın birçok tanımı olmakla birlikte; vücudun zinde ve sıhhatte bulunması, beden ve ruhen fiziki yeterliliğe sahip olma durumudur. İnsan bedeninde meydana gelen her türlü değişim duygu ve düşünce, ruhen ve fiziken iyi hissetme durumu bütün olarak ele alınır: “Sağlık, insan gelişimine katkıda bulunan, kendisini iyi hissetmesini sağlayan, fiziki yeterliliklerini tek başına yapabilme becerisidir (Anonim 2021a)”. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan ve genel kabul gören bir açıklamada; “Hastalık belirtisinin olmaması, fiziken ve ruhen tam bir iyi olma durumudur (Anonymous 2022a)” olarak tanımlanmıştır.

Yapılan çalışmalarda sağlık kavramının birçok tanımı yapılmış olmasına rağmen öne çıkan birkaç kavramdan biri olan; sosyal kaynaklar ve kişisel kaynakların fiziksel kapasiteyi artırarak sağlığı öne çıkaran pozitif bir kavram olduğu yönündedir (Anonim 2022b) Bu yönüyle bakıldığında sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını, toplumsal yönünün de bulunduğunu belirtmek gerekir. Sosyal hayattaki ilişkilerinin sağlıklı olması, sosyal yönden tam refah halinde olmasının ön koşuludur. Günümüz koşullarında iş bulma olanağının bir önceki güne daha da zorlaştığı şu günlerde, çalışma ortamında ve günlük yaşamda tam güvenliğin sağlanamadığı, gelir dağılımının daha da bozulduğu, huzursuzluğun giderilemediği toplumlarda bireylerin tam refahı bulma olasılığı oldukça düşüktür (Anonim 2022b). Diğer yandan sağlık, bireylerin dinsel, kültürel ya da sosyal durumuna göre değişebilmektedir. Hastalığı algılama ve rahatsızlık, eğitilmiş kişiler arasında farklı iken gelir durumu düşük olanlar arasında farklı olmaktadır.

Sağlık kavramına öznel ve nesnel bir durum olarak bakıldığında öznel durumu tanımlarken; “Kendi kendine yetebilme ve ruhen kendini iyi hissetme durumu” olarak tanımlanabilir. Nesnel durumu tanımlarken; bireyin ancak bir uzman yardımıyla koymuş olduğu teşhis sonucunda iyi hissetmesiyle sağlık kavramının gerçekleştiğini açıklamaktadır (Kuşun 2013).

1.2. Sağlık Standartları

Dünya Sağlık örgütünün (WHO) sağlık için belirlemiş olduğu “İyi bir dinlenme ile alabileceği uyku, sağlıklı bir vücut için yapılan diyet ve egzersiz, ruhen kendini dinleme” gerekmektedir. Sağlıklı bir kişi aşağıdaki özellikleri taşır (Anonim 2021a):

1. Günlük hayattaki rutin olan hareketleri zorlanmadan yapabilmek ve kendini yorgun hissetmemek.
2. Pozitif davranabilmek, olayla olumlu yönden bakıp pozitif kararlar alabilmek.
3. Soğukkanlı davranarak olaylara karşı net tavır sergilemek.
4. Dirençli olabilmek, soğuğa ve yaygın görülen hastalıklara karşı
5. Kiloyla orantılı bir vücut.
6. Parlak gözler, sinirlerine hakim olma
7. Sağlıklı görünen parlak saçlar,
8. Diş eti yapısının bozulmaması, sağlıklı bir ağız ve çene yapısı,
9. Kas hareketlerinin elastik olması ve dik bir duruş,
10. Uykuyu iyi alabilme ve dinlenme kabiliyeti,

1.3. Sağlık Ekonomisi Tanımı

Tokat (2008), Şenatalar (2003) ve Çilingiroğlu (2001) tarafından bildirildiğine göre; Sağlık ekonomisi “Ekonomi bilimiyle ilişkili kurallar, kullanılan farklı yöntem ve analiz tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanabilme kabiliyetini ortaya koyan ekonominin alt bir bilim dalı” olarak tanımlanmıştır. Sağlık ekonomisi, ekonomiye yön veren kural, yöntem ve analizleri yorumlayarak sağlık ekonomisi alanına yön verir (Çoban 2009).

Sağlık ekonomisi: Hastalıkların tedavi edilebilmesi, hastalıklardan korunabilme, sağlıkla ilgili yapılabilecek diğer hizmetlerin, var olan kaynaklarla kişiler, fertler ve sosyal gruplar arasındaki adil dağılımını fayda ve maliyet düzeyine göre ekonomi bilimi ile ilişkisini inceler (Kaya 2019).

Yapılan tanımlamalardan genel olarak çıkarılacak tanım: Sağlık ekonomisinin, ekonomi biliminden yararlanarak sağlık hizmeti alanında yapılacak tüm çalışmalara uygulanabilmesidir.

Sağlık sektöründe üretim için elde bulunan k t kaynakların kullanılması ile, maksimum düzeyde faydayı sağlayabilecek kaynak üretilmesi sağlık ekonomisi kapsamında değerlendirilir.

Tanımlardan yola çıkararak sağlık ekonomisinin;

1. Fertlerin ihtiya ı hangi miktarda olmalıdır?
2. Hizmetler kim tarafından nasıl  retilcektir?
3. Kimler için hizmet üretilmelidir? Sorularına cevap verebilmelidir.

Kaynak kullanımında etkinliğin sağlanması için; teknolojik alt yapının oluşturulması, mal ve hizmet ihtiya ında eldeki k t kaynaklarla faydanın maksimum yarar sağlayacağı harcamaların yapılması, olabilecek hasar ve kayıpların minimuma indirilmesi için gerekli önlemlerin alınması sağlık ekonomisinin alanına girmektedir. Bu alanda yapılacak her türlü çalışma, etkinlik ve verimliliği en üst seviyeye çıkarmayı hedeflemelidir. Sağlıklı yaşam için alınacak tedbir ve önlemler sağlık ekonomisi alanında faydanın artması ve maliyetlerin azalmasına önemli ölçüde katkı sağlayacaktır.

Mazg t (2002) tarafından bildirildiğine göre; Sağlık ekonomisinin mikro ekonomik bir bakı a sahip olmasını, sağlık ekonomisinin ekonomik büyüme üzerindeki etkileri, hasta ve hekim sayıları, nüfusun sağlık yapısını incelemesine bağlar. Sağlık sektöründe kullanılan kaynakların yıllar itibariyle daha fazla artması, sağlık ekonomi alanında araştırmaların artmasına ve gelişmesine katkıda bulunmuştur. Bunun temel nedenleri arasında; sağlıklı bireylerin yetişmesi bilincinde eğitimli kesimin sağlık hizmeti talebini artırması, ortalama yaşam süresinin uzaması, teknolojinin gelişimine bağlı kullanılan teknolojik ürünlerin maliyetinin artması, kronik hastalıkların yaygınlaşması sayılabilir. Sağlık ekonomisi sektörünün arz ve talebe bağlı ekonomik özellikleri söyle sıralanabilir.

- Talep esnekliği katıdır.
- Sağlık hizmetlerine olan talep toplumun yapısına göre değişir.
- Toplumsal fayda özelliği vardır.
- Kişinin talebini hekim belirler.
- Sağlık hizmetleri sosyal amaçlıdır. Kâr amacı yoktur.
- Kalkınmaya önemli fayda sağlamaktadır.

- Hizmetten ne ölçüde fayda alındığını bireyler tahmin edemez. (Kılınç ve Tutar 2007).

1.4. Sağlık Sektöründe Ekonomi Biliminden Faydalanma Sebepleri

- 1- Ekonomik kalkınma hedeflerinin sağlık alanında büyümeyi hızlandırması
- 2- Sosyal sigortadan yararlanan kişi sayısının artması ve cepten ödemelerin azalması
- 3- Genel sağlık sigortasının yaygınlaşması
- 4- Sağlık personeli sayısındaki artış
- 5- 1. derecede tedavi sunan kurum sayısındaki artış
- 6- Kurum sayısındaki artış
- 7- Sağlık sektöründe hizmet sunumu ve finansmanın ayrılması
- 8- Teknolojinin gelişmesi sonucu sağlık sektöründeki maliyetlerin artması
- 9- Sağlık hizmetlerinde kalitesi yüksek hizmetlerin tercih edilmesi
- 10- Enflasyon artış hızının sağlık alanındaki göstergeleri daha kısa sürede etkilemesi (Anonim 2016a)

1.5. Sağlık Ekonomisinin Temel Amacı

Sağlık ekonomisinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin hastalara mümkün olan en kısa zaman ve en yüksek kalite ile mümkün olabilecek en düşük maliyet ile sunulmasıdır. Ekonomide bulunan kıt kaynakların sağlık hizmeti üretiminde maksimum faydayı sağlayabilecek şekilde kullanılmasıdır.

Somuncuoğlu (2012) tarafından bildirildiğine göre: sağlık ekonomisinin temel amacını: "Kişilerin ve tüm halkın hastalıklarının önlenmesi, hastalıkların teşhis ve tedavisi ile sağlıkların iyileştirilmesi" olarak tanımlar. Hastalıklardan korunabilmek ve ilerlemesini önlemek için yapılan hizmet ve alımlar, daha sağlıklı bir toplumda yetişen sağlıklı bireylerin sayısının artmasına ve toplumun kalkınmasına yardımcı olur. Sağlık hizmetlerinde olması gereken bazı özellikler; emek yoğun, ikamesinin olmaması, ertelenememe, arzın talebe eşit olmaması, asimetrik bilgi, hizmetin stoklanamaması, tesadüfi olması, sağlık ekonomisinin diğer mal ve hizmetlerden ayrılan özelliklerinin en belirgin ve önemli olan kısımlarıdır (Tıraş 2013)

Ekonomik analizlerin yapılması sırasında, analizlerden sağlanacak faydanın maksimum düzeyde gerçekleştirilebilmesi, analiz edilen toplumun sağlık durumunun

genel olarak iyi olması, sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine eşit ve adil hizmet sunması için gerçekleştirilmesi gereken iki temel koşuldur. Bu iki amacı bir arada gerçekleştirebilmek için en çok fayda sağlayacak amaca yönelmek diğer amacın aynı ölçüde gerçekleştirilememesi durumunda fayda sağlayabilecek kadar bu amaçtan kısmen yararlanmak maksimum düzeyde yarar sağlayacaktır (Çoban 2009).

1.6. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, kaynakların etkin kullanımının sağlanması, tüketicilerin fayda düzeyinin artırılması, yönetim ve organizasyon yapısı, arz ve talebi, sağlık ekonomisinin alanında yer alır.

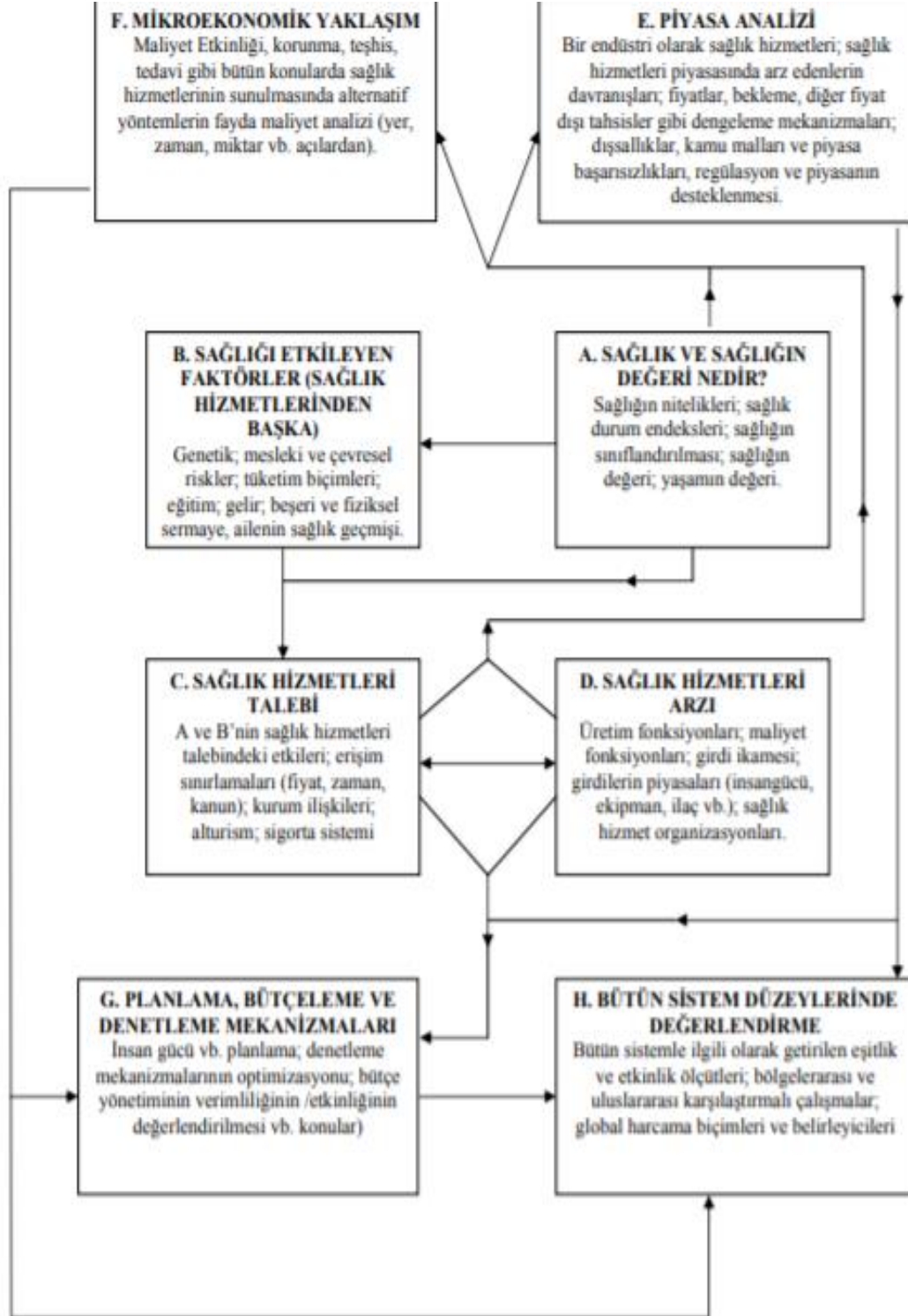
Şekil 1.2’de Sağlık ekonomisinin kapsamı ile ilgili sağlığın nitelikleri, sağlığın yaşam değeri nedir sorularına, sağlığı etkileyen faktörler (genetik, tüketim biçimleri, çevresel riskler, eğitim vb.) piyasa analizi ve mikro ekonomik yaklaşım ile cevap aranmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talep ve arz piyasa analizleri sonucu mikro ekonomik açıdan değerlendirilmekte olan dönüşümlü bir süreci kapsamaktadır. Bu sürecin son aşamasında yapılan piyasa analizleri; planlama, bütçeleme ve denetleme mekanizmalarının yönetimin etkinliği ve verimliliğin değerlendirilmesi süreci sonrası, tüm sistem açısından uluslararası karşılaştırarak ekonominin kapsamı hakkında detaylı bilgi vermektedir (Çoban 2009).

Sağlık ekonomisi alanında değerlendirilmesi gereken, önem arz eden konular ve kavramlar birlikte ele alındığında; toplumun ve bireylerin ekonomik açıdan sağlıklarını korumak ve var olan hastalıkların tedavisi için belirli oranlarda yapmış oldukları harcamaların bütçelerini ne ölçüde etkilediği, devletin bu harcamalara görevli birimlerince hangi ölçülerde nasıl düzenlemeler yaptığı da sağlık ekonomisinin kapsamında ele alınır.

Sağlık alanında yapılan çalışmalarda; toplumu meydana getiren fertlerin sağlık hizmetleri ile ilgili memnuniyetleri, hizmeti talep ettikleri sürede alıp almadıkları, iktisadi açıdan yapılan düzenlemelerin sonucu ekonomiye nasıl yansıdığı, mal ve hizmet alımlarında hasta, hekim ve diğer sağlık personelinin bu hizmetlerden sağladıkları fayda ve memnuniyet ile ilgili bütün sonuçlar her yönüyle değerlendirilecektir. Bir bütün olarak bakıldığında; beşeri sermayeye verilen sağlık hizmetlerinin ekonomik kalkınmaya ve gerçekleştirilecek ekonomik hedeflere yansması büyük ölçüde pozitif değerde olacaktır. (Çoban 2009)

Sağlık ekonomisinde ele alınan kavramlar tüm toplum tarafından açıklanabilir ve anlaşılabilir düzeyde olmalıdır. Sağlık hizmetlerinden yararlanan halkın bilgiyi anlayabilir düzeyde hizmet alması, etkinlik ve verimlilik artışı sağlayabilecek etkin politika tasarılarının halkın memnuniyet ölçütlerini karşılaması, sağlık elemanlarının donanımı-eğitimi, sağlık alanında üretim yapanların üretim arzı, tüketicilerin hizmete olan talebi sağlık ekonomisi kapsamındadır.





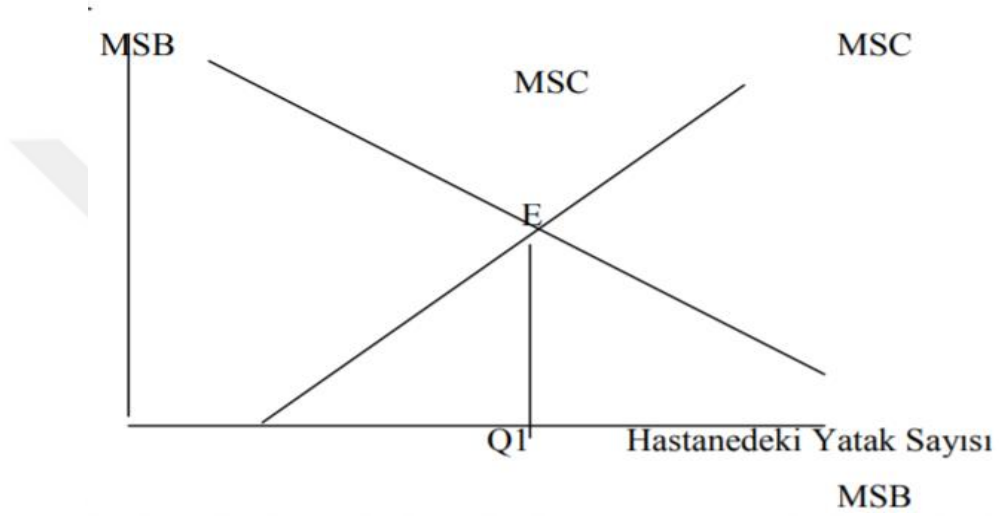
Şekil 1.1. Sağlık ekonomisi kapsamının şematik gösterimi (Culyer, 1991: X)

Dar anlamda kapsam; sağlık hizmetlerinde finansman nedeniyle ortaya çıkan gelişmelerin, sağlık ödeme sistemindeki değişmelerin, organizasyonel şema ile değerlendirilmesi sonucu ortaya çıkar. Geniş anlamda ise üretime bağlı arz ve tüketime

bağlı talep yapılarının sağlık hizmet sunucuları tarafından etkin ve verimli çalışabilecek şekilde düzenlenmesi, geliştirilmesi, planlanması, bütçeye uygun tasarlanması ve sunumunu kapsar (Çoban 2009).

1.7. Sağlık Ekonomisinin İşleyiş Sistemi

Sağlık hizmetlerinde etkin hizmet düzeyine ulaşmanın temel amacı; Özelde ve kamuda tüm topluma verilecek hizmetlerin adaletli ve eşit sunulması, verimli ve sürdürülebilir hizmet düzeyini etkin kılmaktır .



Şekil 1.2. Sürdürülebilir hizmet düzeyi

Yatay ekseninde yatak sayıları ve dikey ekseninde marjinal sosyal fayda yer almaktadır. Yatak sayısının $q1'$ 'in solunda kalması marjinal sosyal faydanın marjinal sosyal maliyetten küçük olduğu durumu ifade eder. Yatak sayısının $q1'$ 'in sağında kaldığı durumda marjinal sosyal faydanın marjinal sosyal maliyetten büyük olduğu durumu ifade eder. Her ilave yatakta sosyal fayda düzeyi artar maliyetler azalır. $Q1'$ 'in E düzeyinde olduğu bölgede sosyal fayda ve maliyet birbirine eşitlenir (Kılınç ve Tutar 2007).

1.7.1. Sağlık hizmetlerinde esneklik

1.7.1.1. Sağlık hizmetlerinin arzı

Sağlık hizmetlerinde arz; hizmet için sunulan tüm girdilerin optimum seviyede kullanılarak en iyi ve modern sağlık hizmetini üreterek bireylere bu hizmeti sunmak anlamına gelir. Fiyat ve miktar artışı doğru orantılıdır. Sağlık hizmetlerinin fiyatında meydana gelecek her ilave bir birim artış, sağlık hizmeti üretiminde bulunanların fiyatı yükselen hizmetten sunmak istediği miktarı artırmasıdır. Sağlık hizmetleri alanında görev alan hastaneler, hekimler, eczaneler, sağlık kurumları, sağlık personelleri, sağlık hizmeti üretimin arzını oluştururlar. Hizmet piyasasında üreticilerin fiyata göre miktarı belirlemeleri, arttırmaları veya azaltmaları mümkündür (Sayım 2011). Sağlık hizmetlerinin sunumunda ise bu mekanizma daha yavaş işler. Sağlık hizmetinde arzı etkileyen faktörler;

- Teknolojideki gelişmeler,
- Üretim alanındaki girdi fiyatlarındaki değişim,
- İlişkili mal ve hizmet fiyatları,
- Endüstrinin büyüklüğü
- Devlet teşvik ve politikaları
- Geleceğe yönelik beklentiler
- Ulusal ve uluslararası sağlık kurulları (Anonim 2022d)

Sağlık hizmetlerinin arz fonksiyonunu önemli ölçüde hastaneler ve hekimler belirler. Sağlık hizmetinde temel sorun sağlık hizmetinin ölçülebilir durumunun tespit edilme zorluğudur. Hastaneye gelip hizmet alan hasta ve yakınlarının memnuniyetini ölçmek, sağlık kurumu çalışanlarının hizmet alanlara yaklaşımının memnuniyeti ne ölçüde etkilediği zaman alabilecek ve tamamen ölçülebilmesi zor bir durumdur (Çoban 2009).

Günaydın 1994 çalışmasında, Sağlık hizmeti üretiminde bulunanlar piyasada hizmet verirken maksimum faydayı sağlamayı amaçlarlar, kâr amacı gütmazler. Bu durum normal piyasa belirleyicileri açısından tam tersidir. Devlet kurumları açısından kamu destekleri ve sağlık hizmetinin sunumunun kalitesi ilk sırada yer alır. Belirli bir kâr marjını düşünerek hareket etmezler (Kaya 2019).

Bireyler sağlık hizmetine; hasta olduklarında veya hastalığa yakalanma şüphesi nedeniyle tedbir almak amacıyla başvururlar. Hastalıktan korunma nedeniyle ileriye dönük kendilerini güvence altına almak isteyen bireyler bir çeşit yatırım olarak düşündükleri sağlık hizmetine ayırdıkları payı, gelecek için bir çeşit sigorta olarak görürler (Kaya 2019).

Sağlık piyasasında finansmanı sağlayan ve girişimci üretim faktörlerinin bir araya getirilmesi için önemli rol oynayan iki faktör vardır. Finansman olanağının artması durumunda yatırımlar açısından piyasa arzını genişletir. Finansman olanağının azalması durumunda ise yatırımlar açısından piyasa arzı daralır. Kısa dönemde piyasadaki üretim faktörleri açısından arz esnekliği katıdır, arz esnekliği malın fiyatındaki değişimlere karşı duyarlılığı ölçer. Arz esnekliği, malın fiyatındaki nispi değişimin arz miktarındaki nispi değişmeye oranını ortaya koymaktadır.

$$e_a = \Delta q / q \div \Delta p / p$$

Sağlık hizmetlerinde arz kısa dönem olarak değerlendirilemez. Kısa dönemde arz esnek değildir. Uzun dönemde esnektir. Bunun sebebi hizmetlerin fiyatında meydana gelen değişmeler karşısında hizmetlerin miktarının artırılmasının uzun dönemi kapsamasıdır (Çoban 2009).

Üretim miktarlarındaki değişimler sağlık hizmetleri açısından esnekliğine bakıldığında katı olmasına karşın, sağlık turizmi açısından değerlendirildiğinde bu durum tam tersidir. Son dönemlerde hastanelerde açılan oteller sağlık hizmeti sunucularına hizmet vermektedir. Hastanelerde uzun süre tedavi gören ve uzaktan gelen hasta yakınlarının otellere olan talebi arzını da artırmaktadır. Bu durumda arz esnekliği 1'den büyüktür. Üretim miktarı ve fiyatı doğru orantılı artmaktadır.

1.7.1.2. Sağlık Hizmetleri Talebi

Hizmeti satın alma istek ve arzusu olarak tanımlanır. Sağlık hizmetlerinde talebin iki temel özelliği bulunmaktadır. Piyasa ekonomisinde tüketiciler almak istedikleri mal ve hizmeti satın aldıklarında fayda düzeyi aynı kalırken, sağlık hizmetlerinde mal veya hizmetten yararlananlar aynı fayda düzeyinde kalamazlar. Piyasa ekonomisinde birbiri yerine ikame edilebilir malların talebi birbirinden bağımsızdır. Sağlık ekonomisinde ise birbiri yerine ikame edilebilir mallar birbirinden bağımsız değildir (Anonim 2022e). Bunun sebebi tüketicilerin talebi belirleyememesi,

daha çok hekimler tarafından belirlenmesi nedeniyledir. Sağlık sektöründe talebi etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık hizmetlerinin fiyatı,
- Zaman maliyeti,
- Gelir düzeyinde meydana gelen değişimler
- İkame ve tamamlayıcı mal ve hizmetlerin fiyatları,
- Sağlık sigortası
- Mal ve hizmet kalitesi,
- Sağlık durumunun ciddiyeti
- Nüfusun demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim vb.) (Anonim 2022f)

Sağlık ekonomisinde talep, kişilerin sağlık durumlarının kötüleşmesi sonucu istekte bulunulan bir durumdur. Talepte bulunan bireyler hizmetten yararlanmak için ödemek zorunda oldukları ücreti işlem yapıldığı anda öğrenirler. Yapılan hizmetin bedeli özel yada kamu ayırımına tabi ise; tüketici bireysel faydalarını maksimize edecek tutarı hizmet için ön görülen özel, kamu ayırımına göre tercih etmek zorundadır (Topçu 2021).

Sağlık hizmetlerinde talepte bulunan hasta bireyler hizmetten yararlanırken hizmeti en kısa zamanda sağlık sorunlarının giderilebileceği hizmet sunucusundan almak isterler. Hastane, personel, hekim, yatak sayılarının yeterli oranda olması hizmetin etkin biçimde sunulması açısından önem taşır (Kaya 2019).

Sağlık hizmetleri talebi ihtiyaca göre ortaya çıkan bir durumdur. Piyasalarda görülen talep yasası kanunu sağlık hizmetlerinde geçerli olan bir durum değildir. Sağlığını eski durumuna getirmek isteyen bireyler sağlık hizmetine başvururlar. Sağlık hizmetlerinde hizmeti alabileceğin tek yer sağlık merkezleridir. Bu sebeple ikamesi bulunmaz (Çoban 2009).

Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörlere, kişilerin gelir düzeyi açısından bakıldığında üretim miktarı ve fiyatı ile talep yasasına uygun ters orantılıdır. Özel hastanelerin sundukları hizmetin fiyatı düştüğünde talebi artmaktadır. Tüketici fiyatı düşen hizmete daha kolay ulaşılabilir olması fayda düzeyinin yüksek olması nedeniyle daha fazla tercih etmektedir.

1.8. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 sayılı kanunda tanımlanmıştır; “birey ve toplumun fiziken ve ruhen iyilik halinde bulunmaları, sağlık durumlarının korunması, hastalık durumunun gerekli tedavi ve hizmeti alarak iyileştirilmesi, engeli olan bireylere gerekli desteğin sağlanmasıdır” (Resmi Gazete, 1961:2).

Sağlık hizmeti; bireylerin tam olarak iyi olma durumunun kaybolması ya da azalması nedeniyle fiziksel ve zihinsel bozukluğu bulunan kişilere sağlık hizmeti sunucularında hekimler ve yardımcı sağlık personeli tarafından sunulan hizmetler sonrası hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi durumudur.

Sağlık hizmeti talep eden tüketicilerin aldıkları tıbbi müdahale haricinde; sağlık personelinin davranışları, hizmete en kısa zamanda ulaşım, hizmet sunucularının tedavi harici ilgi ve alaka durumları önem arz eder. Hizmetin sunulmuş şekline ve kalitesine bağlı olarak maliyet ve fiyatlar da değişkenlik göstermektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi açısından doğru bilgiye ulaşmayı zorlaştırmaktadır (Aslan 1998, Ünal 2021). Hizmetten yararlanan hasta birey ile hizmeti sunan kişiler arasında asimetrik bilgi söz konusudur. Hizmeti alan hasta birey hastalığı hakkında bilgi sahibi değildir. Hekim hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan tüketici uygulanacak tedavinin süresini, miktarını ve kalitesini belirleyemez. Bu daha çok hekim tarafından belirlenen bir durumdur. Hekim burada talebi belirleyen kişi konumundadır (Anonim 2022g). Hizmeti sunan kişilerin sunduğu bilgi yanlış dahi olsa yanlış bilginin doğruluğuna inanır. Bu yüzden tüketicinin değerlendirebileceği alanlar hizmet sunumunun memnuniyeti ile sınırlıdır (Anonim 2021b).

1982 Anayasası’nda sağlık hizmeti ile ilgili: “Sağlık kuruluşlarını tek çatı altında toplayıp hizmet verimini düzenlemek devletin asli görevidir” cümlesi sağlık hizmetinin devletin kontrolünde düzenleneceğini belirtmektedir. Sağlık hizmeti, sağlık kurumları aracılığıyla aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri ve hastanelerde sağlık personeli tarafından (hemşire, hekim, laborant, hastabakıcı gibi) sunulan emek etkenlerinden oluşan ekonomik bir maldır. Sağlık hizmetlerinin özellikle devlet eliyle yapılmasının bazı sebepleri bulunmaktadır. Bunlar;

- ✓ Sağlık hizmetlerinde özel kesimin varlığı; kamunun yatırım gücü kadar etkin değildir ve sağlık hizmeti talebini karşılamaya yetmez.

- ✓ Sağlık hizmetlerinin üretimi ve iyileştirilmesi, bireyler ve toplumun bütünlüğü açısından önemlidir.
- ✓ Gelir dağılımındaki adaletsizlik, sağlık hizmetlerinin kalitesi, bilgi asimetrisi nedeniyle Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi zordur. Bu yüzden, devlet sağlık hizmetleri talebini kendi elinde bulunan bilgilere göre belirler.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde dışsallık vardır. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirdiğinden, ülke çapında hizmet götürülmelidir.
- ✓ Özel kesimde karlılık oranı esastır ve kara göre hareket ettiklerinden, sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir. Devlet, bu durumu engellemek durumundadır (Ekiz 2013)

1.8.1. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri adı altında sunulmaktadır. Bu hizmetler arasında en az maliyete sahip olan ve tercih edilen koruyucu tedavi hizmetleridir. Hizmet sınıflarına dahil olan laboratuvar, ilaç ve eczacılık hizmetleri de tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir.

1.7.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Hastalık ortaya çıkmadan uygulanabilecek tedavileri kapsayan hizmetlerdir. Bu hizmetler Devlet tarafından karşılıksız olarak gerçekleştirilmektedir. Meydana gelecek sakatlık ve hastalıkların önlenmesi için alınacak tedbirler ve sağlık hizmetini sunan hekimler tarafından verilecek bilgilerin; sağlığın korunması eğitimi, aşılama, sağlık sorunlarının önlenmesi ve hasta olan bireylerin alacağı hizmeti nerede alacağı hakkında bilgilendirilerek, sağlığın korunmasında toplum bilincinin artırılmasıdır (Ekiz 2013).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin hastalıklardan korunma dışında, erken tanı ve tedavi sonrası hastalığın nüks etmesi ve komplikasyonları azaltıcı etkisi bulunmaktadır. Faydasından onu talep edenler dışında tüm toplumda yaşayan kişiler de fayda sağlar (Karahan 2020). Çevremizde sağlığımızı olumsuz etkileyecek biyolojik, fiziki ve sosyal etkenlerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olur. Aşılama, aile planlaması, beslenme, kişisel hijyen, hastalıkların erken tanı ve tedavisi gibi

uygulamalar hizmetin kapsamını oluşturur (Okursoy 2010). Sağlığı koruyucu önlemler:

Primer Koruma: Risk faktörlerinin mevcut olduğu durumda koruyucu önlemler alarak hastalığın oluşmasını önlemek ve derecesini azaltmak birincil koruma kapsamındadır.

Sekonder (İkincil) Koruma: Hastalıkların en erken zamanda belirlenmesi, sağlığın bozulması durumunda erken tanı ve tedavi önlemlerinin alınması sekonder koruma kapsamında değerlendirilir.

Tersiyer Koruma: Bir hastalığın tespiti sonrası tedavi ile yavaşlatılması veya durdurulması sonrası yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Anonim 2017a)

Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde ikiye ayrılır:

- Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Çevreyi olumlu hale getirecek çevre koşullarının olumsuz yönlerinin giderilmesi çalışmalarıdır. Örnek olarak hava kirliliği ile mücadele sayılabilir.
- Kişiye yönelik sağlık hizmetleri: Birinci basamak sağlık kurumları tarafından bireylere verilen sağlık hizmetlerini kapsar. Kişilerin bilgilendirilmesi ve korunması için verilen hizmetlerdir.

1.8.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Bireysel faydası koruyucu sağlık hizmetleri ile kıyaslandığında daha fazla bireysel fayda sağlayan hizmetlere denir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; sağlık önlemleri alınsa dahi oluşabilecek olası tehditlere karşı hastalığın erken teşhis edilerek tedavisinin yapılması ve hastanın sağlığına en erken sürede kavuşturulması sürecini kapsar. Bu alanda kişisel yarar vardır ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda sunulan hizmetlerdendir. Koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine nazaran bu alanda yeni teknoloji ile geliştirilmiş ürünlere daha fazla ihtiyaç bulunmaktadır. Bu nedenle hizmet maliyetleri daha yüksektir. (Ekiz 2013).

Yapılan bir çalışma neticesinde sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcama tutarlarının %70-80' i oranında payın tedavi edici hizmetler için harcandığı yönünde bulgular elde edilmiştir. Ülkemizde, temel sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın planlamasında ve denetiminde devam etmektedir. Toplumdaki risk gruplarının iyi belirlenmesi özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda oldukça önemlidir

ve devletin yoksul ve muhtaç kesime yapacağı sınırsız tedavi hizmeti sosyal bir sorumluluk ve görev olarak ön plana çıkmaktadır (Altay 2007 ve Ekiz 2013).

Hastalık ve sakatlık durumunda uygulanan tıbbi bakım hizmetleri üç grupta incelenmektedir:

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların tedavisinin sağlık kuruluşunda ayakta olarak yapıldığı sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte gününbirlik yataksız hizmet veren sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır.

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Hastanelerde teşhis ve tedavinin yatırılarak yapıldığı sağlık hizmetleridir. İkinci basamak sağlık kuruluşları yataklı tedavinin yapıldığı en pahalı sistemdir. Bu sistemde en alt noktada ayakta tedavinin yapıldığı hizmetler ile hastalığın teşhisine göre en üst seviyeye ulaşan tedavi birimlerince görülen hizmetler yer alır.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Tek bir konu üzerinde uzmanlaşmış bu alanda hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda ve daha yüksek teknoloji gerektiren hastalıkların tedavisi için hastalar bu kuruluşlara sevk edilirler. Hizmetlerin sevk sistemi için üç basamak halinde yapılma sebebi; sağlık sorunu olan hastaların tedavisinin hastalığın derecesine göre daha kolay erişilebilir olması ve üçüncü basamakta yığılmayı ve hizmetlerin aksamasını en aza indirmektir.

1.8.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri

Koruyucu ve tedavi edici hizmetler sonrası tedavisinde kalıcı bozukluklar ve sakatlıklar görülen hastaların günlük yaşama daha kolay ayak uydurabilmeleri ve başkalarına bağımlı olmadan kendilerine yetebilecek durumda yaşamlarını idame ettirebilmeleri için sunulan hizmetlerdir. Temel amaç oluşabilecek sakatlıkları en aza indirgeyerek bireylerin ihtiyaçlarını tek başına görebilmelerini sağlamak ve engeli olan bireylerin işte, evde, okulda toplum içerisinde uyum içinde yaşamlarını sağlamaktır (Karahana 2020). Bu hizmetler iki şekilde verilmektedir:

Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların olabilecek minimum düzeye düşürülmesi ve bireyin kendini idare edebileceği duruma getirilmesi tıbbi rehabilitasyon sürecinde verilen hizmetlerdir.

Sosyal Rehabilitasyon: İş kazaları sonucu tedavi sonrası kalıcı hasar kalan hastaların günlük yaşamda sosyal çevreyle ilişkilerinin daha uyumlu hale getirilmesi için iş bulma, bir iş öğretme veya işle uyumunu sağlayacak hizmetlerin verilmesidir (Anonim 2022ı).

1.9. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

1.9.1. Cumhuriyet öncesi dönem sağlık hizmetleri

Anadolu Selçukluları döneminde sağlık hizmeti özel hizmet olarak görülmekte idi. Zenginler ve soylular sağlık hizmetini özel hekimlerden bedelini ödeyerek satın alırlardı. Bu durum yönetim katındakilerin dikkatini çekmişti. Çözüm olarak “vakıf tıp okulları ve hastaneleri” ni kurdular. Savaş durumunda gezici hastaneler kurmuşlardı.

Kars’ta 11. yy’ de Alparslan’ın yaptırdığı hastane Anadolu da Türkler tarafından yaptırılan ilk hastanedir (Güven 2020).

Osmanlı döneminde Selçuklulardan kalan vakıf hastanelerini korunmuş ve yenileri eklenmiştir. En önemli yenilik Hekimbaşılik kurumlarını kurmaları olmuştur. İlk hekimbaşı Fatih döneminde görev yapmıştır. Hekim başları sarayın özel doktorları olmakla birlikte Ülkede çalışan tüm doktorların denetleyicisi durumundaydılar.

Bursa’da Yıldırım Beyazıt tarafından yaptırılan Bursa Yıldırım Darüşşifası Osmanlı döneminde yapılan ilk hastanedir (Güven 2020).

1827 yılına hekim başlarının hizmet verdiği, sağlık sorunlarına devletin kamu görevi olarak bakmadığı bir sistem mevcuttu. 14 Mart 1827’ de Sağlık hizmeti vermek için kurulan Tıphane-i Amire bu sürecin başlangıcı olarak kabul edilir. 1830’ da devam eden süreçte cerrahhane ve 1839’ da Beynelmilel Sıhhiye meclisi kuruldu (Sağlık Bakanlığı görevini yerine getiren kurum), bu kurum 1878 yılında kaldırılıp yerine Cemiyet-i Tıbbiye-i Mülkiye kuruldu. 1871 yılında kurulan Memleket tabiplikleri ile sağlık sistemine geçilmiş oldu. Sağlık alanında önemli gelişmelerin yaşandığı birinci ve ikinci meşrutiyet dönemi olmuştur. İtalya’ nın özellikle örnek alındığı bu dönemde sağlık teşkilatı tamamen yenilenmiştir. 1908 yılında Ülkenin genel sağlık durumunu değerlendirmek ve gerekli önlemleri almak için Meclis-i Umur-u Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye dairesi’ nin kurulması sağlık teşkilatının yenilenmesine örnek gösterilebilir (Kasapoğlu 2016)

1.9.2. Cumhuriyet sonrası dönem sağlık hizmetleri

23 Nisan 1920’de, Türkiye’de daha sağlıklı yaşam koşullarının anlaşılması için ulusal kurtuluş savaşının başladığı zamanda Ankara’da kurulan ilk hkmetin sağlık alanında politika oluşturmak için kurumsallaşma yolunda attığı ilk adım, 3 Mayıs 1920 tarihinde sağlık teşkilatı görevlerinin bakanlık nezdinde yürütülmesi (Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekāleti) nedeniyle bakanlık kurulması olmuştur. Bu dönemde atanan ilk bakan Dr. Adnan ADIVAR olmuştur. Yeni bakanlıkça hazırlanan ilk btde Hıfzısıhha Dairesi kurulmuştur (Anonim 2022i). 1930 tarih ve 1593 sayılı Hıfzısıhha kanununun 1,2,3 ve 4. Maddeleri sağlık hizmetlerinin görev ve yetkileri ile ilgili düzenlenmiştir.

1593 sayılı 3. Maddede şu konulara değinilmiştir.

- Doğum ve ocuk ölümlerini azaltacak önlemlerin alınması
- Salgın ve bulaşıcı hastalıkların nlenmesi
- Hekimlik mesleğinin uygulanışının denetimi
- Aşı ve serumların denetimi
- Okul sağlığı hizmetlerinin denetimi
- Mesleki eğitim kurumlarının açılması ve denetlenmesi

1933 yılında yayımlanan 2252 sayılı kanun ile Yüksek ğrenim ve tıp eğitiminde akademisyen yetiştirilmesi amacıyla İstanbul Tıp Fakültesi kurulmuştur. Almanya’dan gelen hocalar da bu dönemde Türk hocalarla birlikte eğitim vermiştir. (Nesipoğlu 2018).

Sağlık Bakanlığı 1923 yılında hekim, eczacı, ebe ve sağlık personelleri ile tüm ülkede hizmet vermeye başlamıştır, hekim başına düşen hasta sayısının 20 bin olduğu saptanmıştır (Anonim 2022i; zkaya 2016). Cumhuriyet ilan edilmeden önce nüfusun artması için salgın ve bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye başlanmıştır (Nesipoğlu 2018).

Bu dönemde verilen hizmetler tek bir kurum tarafından verilmiştir. Bu hizmetler yerel yönetimlerin sorumluluğunda grdrlmeye başlanmıştır. Bu dönemde sayılarının yeterli olmadığı dşnlmş bu sebeple hekimler ve sağlık memurlarıyla ilgili çalışmalar yapılmıştır. 1924 yılından itibaren sağlıkta personel yetişmesi amacıyla sağlık okulları açılmaya başlanmıştır (TTA 1998).

1937 yılına gelinceye kadar 15 yılı aşan süre içerisinde hekim ve sağlık çalışanı sayısı önemli ölçüde artmıştır; hekim, eczacı, hemşire, sağlık personeli hizmet verdiği bu süreçte sayılarının sürekli arttığı gözlemlenmiştir (Nesipoğlu 2018).

1923 yılında hastane ve yatak sayılarının nüfusa göre yeterli olmaması nedeniyle yaşanan sıkıntılar giderilmeye çalışılmıştır (Anonim 2022c). Hastane ve personel sayıları artırılmaya çalışılmış, 1000 hastaya bir yatak düşmesinin yarattığı sıkıntılar çözüme kavuşturulmaya çalışılmıştır. Her ne kadar bu yönde adımlar atılmaya çalışılmış olsa da birinci dünya savaşının devam ettiği bu yıllarda salgınlar ve yaralı askerlerin sayısının çokluğu, ekonomik sıkıntılar nedeniyle yeterli sayıya ulaşamamıştır.

Doğu ve batıda ilk örnekleri görülen numune hastaneleri sağlık hizmeti vermeye başlamış önemli kuruluşlardır. Günümüze kadar bu kurumların sayısı artmış, şehir hastanelerinin açılmaya başlanması ile bu kurumların çoğu kapanmıştır. Taşrada ayaktan tedavi hizmeti veren 1924 yılında 150 dispanser açılmıştır (Aydın 2019).

1930 yılında Etimesgut Numune Dispanseri, 1961 yılında da sağlık ocağı adını almıştır. Atatürk tarafından da takip edilen bu çalışmalar takdir görmüş ve 1934 yılında şu konuşmayı yapmıştır:” Ulusun, ulus gençlerinin, çocuklarının sağlıkları, sağlamlıkları, gurbüzlükleri üzerine düştüğümüz çok gerekli bir dirilik işidir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın bu yönden bize kıvanç verecek çalışmalar yapmakta olduğunu görmekteyiz”(TTB 1998).

1940’lı yılların başında Sağlık örgütlenme modelinde değişiklikler yapıldı. 1927 yılında veremle ilgili aşılar yapılmaya başlanmış, 1942 yılında Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü’ nde; BCG (Bacillus Calmette-Guérin) aşısı veremli annelerden doğan ilk 100 çocuğa uygulanmıştır. 1943 yılında bu aşının üretimine başlanmıştır. 1937’de kuduz serumu üretilmeye başlanmıştır. Tifüs ve çiçek aşısı da aynı dönemde üretimi yapılan aşılardır(Nesipoğlu 2018).

1940 yılına kadar hastane ve yatak sayıları önemli ölçüde artmıştır. 4871 sayılı Sıtma Savaş Kanunu (1946) yayımlanmış ve yapılan çalışmaların karşılığı alınmıştır. Bu dönemde kolera aşısı üretimi yapılmış ve Mısır ve Suriye’ de bu aşılar kullanılmıştır (Nesipoğlu 2018).

1947’de kanserle savaş ve mücadele için Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu açılmıştır. Dr. Behçet Uz’un sağlık bakanı olarak göreve başlamasıyla Birinci

On Yıllık Sağlık Planı hedeflenmiştir. Bu hedeflerden biri de ilaç üretimine başlanması gerekliliğidir. 1952 yılında Eczacıbaşı İlaç Fabrikasının kurulmasıyla bu hedeflerden biri gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (Nesipoğlu 2018).

1992-1993 yıllarında 1. ve 2. Ulusal sağlık kongreleri düzenlenmiştir. 1992 yılında yeşil kart uygulamasına başlanmıştır. 2003-2013 Sağlıkta dönüşüm programı ile ilaç giderleri ve ayakta tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. İlaçlarda KDV indirimine gidilmiştir. Tüm Ülkede aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır (Güven 2020).

1.10. Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Teşviği

1.10.1. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi

Bireyin ve toplumun insan yaşantısına değer katan, gelişimini sağlayan ve diri tutan her türlü olumlu davranış ve tutumun bireylerin çabaları, sivil toplum kuruluşları ve kamu kurumlarının ortak çabaları ile geliştirilmesi ve desteklenmesi ile oluşan bir süreçtir. Sağlığın geliştirmesi çalışmalarında birey ve gruplara verilecek sağlık eğitimi ile risk gözlemlenen birey ve gruplara ekonomik olarak çevresel desteğin sağlanması amaçlanmaktadır. Sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi için yapılan her türlü çalışma farklı amaçlar içermektedir. Sağlığın geliştirilmesi ile birey ve toplumun tehlikeli olan hastalıklara karşı eğitilmesi ve hastalıkların önlenmesi amaçlanırken, sağlık eğitimi ile gönüllü olarak bireylerin davranışlarını kontrol edebilmeleri amaçlanmaktadır (Anonim 2022j)

Ülkelerin sürdürülebilir kalkınma hedefleri açısından sağlığın geliştirilmesi önemlidir. 1980’li yıllardan itibaren Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için sosyal farkındalık oluşmuştur

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin amacı

- Halkın sağlık eğitimi ile ilgili bilinçlendirilmesi,
- Bilgi ve becerilerin birey yönünden artırılması
- Risk faktörlerinin minimuma indirilmesi,
- Talep ve performansını artıracak projelerin hazırlanması
- Hizmet kalitesinin artırılması ile uzun ve kaliteli yaşam standartlarının oluşturulması,

1.11. Tarihsel Süreç ve Evrensel Bildiriler

1.11.1. 1974 Lalonde Raporu

1974'te Kanada Sağlık bakanı olarak göreve yapan Lalonde , tıbbi bakımdan farklı olarak yeni bir "sağlık alanı" konsepti önerdi. Lalonde, "sağlık alanına ilişkin geleneksel ya da genel kabul görmüş görüş, tıp sanatının ya da biliminin, sağlıktaki tüm gelişmelerin kaynaklandığı kaynak olduğu ve popüler inancın, sağlık düzeyini tıbbın kalitesiyle eşitlediğidir. "Rapor, Hubert (Bert) Laframboise liderliğindeki bir grup memur tarafından, bakımın dünyadaki etnik açıdan en çeşitli nüfuslardan birine hitap etmeyi amaçladığı Kanada'daki nüfus araştırmalarına dayanarak yazılmıştır. Raporun bir başka yeniliği de, halk sağlığı müdahalelerinin, nüfusun en yüksek düzeyde riske maruz kalan kesimine odaklanması gerektiğini önermesiydi. Bu anlamda, rapor sağlık açısından risk taşıyan davranışların sağlık eşitsizliklerinin bir belirleyicisi olarak belirlenmesinde temeldi (Sağlık Bakanlığı 2011).

1.11.2. 1978 Almaata Bildirisi

1978' de AlmaAta'da yapılan uluslararası konferansın ana teması temel sağlık hizmetleri olmuştur. Ülkelerin sağlık alanındaki yetersizliğine dikkat çekilmesi ve herkes için sağlık başlığı altında insanların sağlık durumlarının daha iyi hale gelmesi ve sağlığı tehdit eden sorunlara önlem alınması için Ülkelerin sorumluluk alarak kalkınma hedeflerinin gerçekleştirilmesine katkıda bulunması yönünde kararlar alınmıştır. Bildirgede 2000 yılı sağlık düzeyi hedef yılı olarak belirlenmiştir. Bildiride alınan kararlardan şu sonuçlar çıkarılmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011):

- **Toplumsal Eşitlik:** Temel insan haklarından olan herkesin sağlık hizmetlerine erişimden eşit yararlanması temel insan haklarındandır. Bu hizmetlerden herkes, sosyal refah ve adalet anlayışı kapsamında gelir düzeyleri ya da sağlık güvencelerinin kapsamına bakılmaksızın eşit olarak yararlanmalıdır.
- **Çevreyle Bütünlük:** insanı etkileyen çevresel faktörler bireyden ayrı olarak düşünülemez. Sağlık söz konusu ise bu etmenlerde analize dahil edilmelidir.

- Yaşamın Bütünlüğü: İnsan yaşamı sadece hastalık dönemlerinde değil doğum öncesinden ölüme kadar bir bütündür ve her aşama sağlığın konusudur.
- Toplumsal Etmenler: Toplumsal nedenlerden kaynaklanan etmenlerde sağlığın konusudur. İnsanların yaşayış biçimleri ve ekonomik durumları sağlıkla ilgilidir.
- Hizmetin Boyutu: Sağlık hizmetleri, yalnızca sağlık ile ilgili kurumların üretimine bırakılmayacak kadar kapsamlı ve stratejiktir. Sağlık hizmetleri tarım, eğitim, ulaşım, sanayi gibi pek çok sektörle ilişkilidir. Bireylere sağlanan sosyal fayda sağlık sektörünün sorumlulukları arasında değildir ancak sağlık hizmetleri sunumunu etkileyecek bir durumdur.
- Korumaya Öncelik: Hastalıklar oluşmadan önce sağlığın korunması için yapılacak koruma faaliyetleri daha düşük maliyetle birlikte daha yüksek fayda sağlar. Kaynakların etkin kullanımının sağlanabilmesi açısından sağlığın korunması hizmetleri güçlendirilmelidir.
- Risk Gruplarına Öncelik: Kaynak kıtlığı sorununun bulunduğu sağlık sistemlerinde hizmetler öncelikle ve özellikle yüksek risk gruplarına götürülmelidir. Bakıma muhtaç yaşlılar ve çocuklar örnek olarak verilebilir.
- Entegre Hizmet: Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki ile bir bütündür. Bu hizmetler birbirleriyle iç içe geçmiştir. Bir ülkede sağlık hizmetlerinin başarısı, tüm alt hizmetlerin başarısının doğal bir sonucudur.
- Sağlık-Kalkınma İlişkisi: Kalkınmışlık düzeyi artan toplumlarda sağlık düzeyide iyileşecektir. Toplumun sağlık düzeyini olumlu etkileyen bu durum, sağlıklı bir toplum yapısıyla birlikte ekonomik kalkınmaya katkıda bulunacak önemli bir gelişmedir.
- Öz Sorumluluk: Bireyler kendi sağlıklarını korumak konusunda sorumluluk bilinci taşımalıdır ancak bu öz sorumluluğun gelişmesinde etkili bir sağlık eğitimi ve bilinçlendirme önemli role sahiptir.
- Evrensellik: Yaygın sağlık sorunları ülkeler arasında değişiklik gösterebilir, ancak sağlık alanında yapılan bilimsel çalışmalar ve teknolojik gelişmeler evrenseldir (Sağlık Bakanlığı 2011).

- Koşullara Uygunluk: Bir ülke içinde belli bölgelerde meydana gelen kaynak farklılıkları ve çevresel farklar, sağlık açısından da farklılaşmalara neden olabilir. Bu nedenle her ülke ve her ülke içerisindeki çeşitli bölgeler, sahip oldukları kaynaklara göre sağlık hizmeti alabilmelidir.

Ülkelerin sahip oldukları kaynakların önemli bölümünü güvenlik alanına aktarmalarını eleştiren bildirge, kaynakların sağlık gibi daha barışçıl alanlara yönlendirilmesini tavsiye etmektedir. Böylece sağlık ve kalkınma arasındaki ilişki kullanılarak kalkınma hızının artırılacağı vurgulanmıştır (Loş 2016).

1.11.3. 1986 Ottawa Sözleşmesi

1986 yılında Ottawa kentinde gerçekleşen Birinci Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı, 2000 yılı ve sonrası sağlığın her kesime ulaşması hedefi ile gerekli şartların gerçekleşmesi üzerine kurulmuştur. Konferans, Sağlık sektörü dışında diğer sektörlerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için tüm alanlarda Ülkelere verilecek eğitim ve projelerin artırılması yönünde davette bulunmaktadır. Konferansta tüm ülkelerin, sivil toplum kuruluşlarının, uluslararası örgütlerin yapacakları çalışmalar ve bilinçlendirme amaçlı programlar ile hedeflerin belirlendiği 2000 yılında Herkes İçin Sağlık gerçekleşmesi imkansız olmayan gerçek bir proje olacaktır.

Sağlık geliştirme faaliyetlerinin temel amaçlarından biri sağlığa destek vererek politik, ekonomik, biyolojik ve çevresel faktörlerin sağlık için daha yararlı kılınmasını hedeflemektedir. Diğer bir amacı ise; mevcut sağlık koşullarından kaynaklanan farklılıkların giderilerek, tüm bireylere eşit olanaklar sağlamaktır. Sanayileşmiş olan Ülkelerin ihtiyaçları üzerinde daha çok durulsa da diğer Ülkelerin sorunları üzerinde de durulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ottawa’da gerçekleştirilen sağlık konferansının dünyada yükselen sağlık bilincine katkıda bulunduğunu ve sağlık hareketlerini ileriye taşıdığını söylemek doğru olacaktır (Loş 2016).

1.11.4. 1988 Adelaide Sağlık Geliştirme Konferansı

1988 yılında Adelaide’de toplanan İkinci Uluslararası Sağlık Geliştirme konferansında halk için oluşturulacak sağlık politikaları belirlenmiştir. Ottawa’da kabul edilen sözleşmenin geliştirilmiş halidir. 42 Ülkeden 220 katılımcı katılmıştır.

Sağlık alanında gerçekleştirilecek eşitsizliklerin giderilmesi üzerinde durulmuştur. Karşılaşılabilecek zorluklara karşı Uluslararası iş birliği vurgulanmıştır.

Sözleşme’de belirlenen eylem alanları şu şekildedir;

- **Halk için Sağlık Politikası:** İnsanların sağlıklı yaşam sürebilecekleri stratejilerin oluşturularak sağlık alanında gerçekleştirilecek çevresel olumsuz etkilerin giderilmesini amaçlar.
- **Destekleyici Çevreler Yaratılması:** Sağlık için tarım ve sanayinin gelişmesi kapsamında yapılacak her türlü çalışma için tüm sektörlerin destekleyecek çevrelerin oluşması, hükümetlerin bu uygulamaların her aşamasına destek vermesi,
- **Sağlık Değeri:** Hükümetlerin vatandaşların sağlıklı yaşam sürebilmeleri için gerekli tedbirleri alması. Temel ilke adalet için halkın sağlıklı bir yaşam sürebilmesi, gıda ve beslenme ihtiyaçlarının giderilmesi gerekmektedir. Sosyal açıdan uygulanan politikalar kısa dönemli olarak görülse de uzun dönemli fayda sağlarlar.
- **Hakkaniyet, Erişim ve Gelişme:** Sağlık hizmetlerine erişimde eşit şartlardan yararlanmak en temel etkidir. Toplumun sağlık alanında sunulan hizmetlerden aynı ölçüde yararlanması, mal ve hizmetlere eşit şartlarda erişim olanakları, sağlığa ulaşımındaki zorlukların giderilmesi sosyal açıdan avantajlı görünen kesime karşı oluşturulan politikalar ile sosyal açıdan dezavantajlı konumda olan kesimin korunmasını hedefler.
- **Sağlığa Yönelik Hesap Verebilirlik:** Sağlığa yönelik amaç ve hedeflerin belirlenmesi uluslararası ve yerel düzeyde hükümetlerin sağlam temellere dayalı sağlık politikaları ile daha şeffaf bilgiler sunacaktır.
- **Politika Sürecindeki ortaklar:** Akademik çevreler, sendikalar, kurum ve kuruluşlar, dini örgütler, şirketler, ticaret ve sanayi sektörleri hükümetler ile ortak hedefler belirleyerek toplumun yararına hareket etmeleri gerekmektedir. Hükümetlere bu çevrelerin destek vermesi sağlığın yararına olacaktır.
- **Gıda ve Beslenme:** Hükümetlerin sağlık ve tarım alanında uygulayacakları vergiler ve teşvikler, sağlıklı gıdaya erişimde kolaylık sağlayacaktır. Hem özelde hem kamuda eşit fiyatlara ulaşmak gıda ve beslenmeye eşit şartlarda

ulaşan bireylere daha sağlıklı bir yaşam sunacaktır. Diyet ve beslenme için oluşturulan sağlıklı gıdaya erişim gıda ve beslenmeye yönelik şartların daha iyi koşullarda sunulmasını sağlayacaktır (Sağlık Bakanlığı 2011).

1.11.5. Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi (1991)

81 Ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen Üçüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı: Sağlık ve çevre meselelerin ele alındığı konferansta Sağlığı Destekleyen çevreler dünyadaki her insanın aktif olarak çevreyi destekler sağlık hizmetlerine katılmaya davet etmiştir. Her geçen gün kötüye giden çevre şartlarında yoksullukla mücadele eden insanların sağlıklarının daha da çok etkilendiği görülmektedir. Çevre şartlarının iyileştirilmesi toplumun her bireyinin sağlıklı çevre oluşturmaya katkıda bulunmaları gerekir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Sundsvall Konferansında, sağlık ve çevre sektörlerindeki destekleyici çevreler için örnek eylem ve yaklaşımlar şöyledir;

2. Eylem Çağrısı: Herkes için sağlık sosyal hedefi doğrultusunda sosyal hedefleri aynı olan çevrelerin ortak eylem planları için ittifak kurmaları gerekmektedir.

3. Sağlığı destekleyen çevrelere ilişkin eylemin boyutları: Toplumsal boyut, ekonomik boyut, politik boyut ve kadınların becerilerinin farkına varılması eylemlerini kapsamaktadır.

4. Eylem önerileri: Halk eylemi için sağlığı destekleyen çevrelerin birbirlerine bağımlılığı önerilir.

5. Küresel Hesap Verebilirliğin Sağlanması: Sundsvall Konferansı, uluslararası toplulukları sağlıklı bir çevre için hesap verebilir mekanizmaların oluşturulması gerekir. Bu durum sağlık ve çevresel etki değerlendirilmesi ile mümkün olabilecektir (Sağlık Bakanlığı 2011).

1.11.6. Jakarta Bildirgesi (1997)

1997’de Jakarta’da düzenlenen Dördüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, gelişmekte olan bir Ülkede gerçekleştirilmesi yönünden önemli bir adımdır. İlk defa özel sektörün de dâhil edildiği bir konferanstır.

Konferanstaki ana konu ve hedef; sağlığın Ülke ve gruplar arasında herkes için eşit şartlarda gerçekleştirilerek farkın azaltılmasıdır. Bu konferansta en geniş çapta kaynaklardan yararlanma hedef alınmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011)

Konferansta alınan kararlar; sağlık geliştirilmesi için yatırımları artırma, sosyal sorumluluğun teşviği, bireylerin güçlendirilmesi için topluluğun kapasitesinin artırılması, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için alt yapı güvencesinin sağlanması, sağlık ortaklıklarının güçlendirilmesi şeklindedir.

1.11.7. Meksika Bakanlık Bildirgesi (2000)

2000 yılında Meksika’da Sağlık bakanlarının bir araya gelerek imzaladıkları konular için alınan kararlar;

- Sağlık standardının yükseltilmesi hem bireylerin yaşam sevincini artıracak hem de kalkınma için gerekli ekonomik bir değerdir.
- Sağlığın teşvik edilmesi, hükümetlerin temel görevidir ve toplumu oluşturan tüm sektörler bu görevin paydaşıdır.
- Hükümetlerin ve toplumun çeşitli kesimlerinin sürdürülebilir çabaları sayesinde dünya üzerinde çok sayıda ülkede sağlığın teşviki ve gelişimi konusunda önemli ilerlemeler meydana gelmektedir
- Tüm bu gelişmelere karşılık birçok sağlık sorunu sosyal ve ekonomik gelişmeye engel olmaktadır. Bu nedenle sağlık alanındaki ekonomik sorunlar ve hakkaniyet problemleri acilen ele alınmalıdır.
- Sağlığı etkileyen sosyal, ekonomik ve çevresel etmenler bütünsel olarak acilen ele alınmalıdır ve bu amaçla tüm ülkeyi kapsayacak etkili bir işbirliği mekanizması geliştirilmelidir (Sağlık Bakanlığı 2011).

1.10.8. Bangkok Şartı (2005)

2005 yılında Tayland’da gerçekleşen Altıncı Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi konulu konferans; halk için sağlık ve çevre desteği alma politikaları, bireysel yeteneklerin geliştirilmesi, toplu yapılacak eylemleri güçlendirme ve sağlık hizmetlerine yön verme ele alınan başlıkların önemli kısımlarıdır (Anonim 2022k).

Bangkok şartıyla alınan eylem ve önlemler şu şekildedir;

- 1- Zengin ile yoksul arasındaki eşitsizliklerin Hükümetler tarafından giderilmesi.
- 2- Yerel, bölgesel ve ulusal hükümetler; sağlık yatırımlarına öncelik vermesi, sağlık için sürdürülebilir finansmanın sağlanması,

3- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesini temel odak noktası haline getirmek.

1.10.9. Nairobi Küresel Sağlığı İyileştirme Konferansı (2009)

2009’da Nairobi’ de düzenlenen Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için düzenlenen yedinci uluslararası konferanstır. Konferansın aynı zamanda Afrika’ da gerçekleştirilmesi küresel boyut kazanmasını sağlamıştır. Konferansta ağız sağlığına da değinilmiştir (Aydın 2019).

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAğLIK HİZMETLERİNİN İKTİSADİ YÖNÜ

Sağlık hizmetleri, ekonomik konjonktürde önemli bir yere sahip sürekli olarak gelişen iktisadi boyutta taze bir alandır. Sağlık piyasası sürekli gelişen teknolojiye ayak uydurmak ve piyasanın sürdürülebilirliği açısından sürekli olarak yenilenmesi gerekmektedir. Devlet müdahalesinin gerekli olduğu durumlarda kamu sektörü ve özel sektör ayrımında sağlık hizmetlerinin sunumu ekonomik açıdan piyasa dışsallıklarının yönü ile ilgili iktisadi açıdan incelenmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda dışsallık söz konusudur, bu dışsallık bireylere devlet tarafından hizmet verildiği için fayda sağlamaktadır. Bu durum dışsallığının pozitif olumlu yönü olarak değerlendirilir. Tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde pozitif dışsallık koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha düşüktür. Bunun sebebi piyasa tarafından hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesidir. Kamu ve özel sektör ayrımı sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli rol oynamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda finansman yöntemi önemli yer tutar. Özel sektör tarafından sunulan hizmetler finansman yöntemine bakıldığında piyasa ekonomisi açısından daha uygun görülmektedir. Finansmanı Devlet tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinin sunumu genel kabule daha uygundur (oban 2009).

2.1. Kamu Sektöründe Sağlık Hizmetleri Kamusallık zelliği

Kamusal mallar, kamu aracılığıyla sunulan mal ve hizmetlerin en önemli özelliği bedel denmemesidir. Bireylerin sağlığının korunması, gelir durumu düşük

olan bireylerin de bu haklardan eşit olarak yararlanması ve faydasından dışlanamaması sonucu serbest piyasaya bırakılmayan mal ve hizmetlerdir (Saraçoğlu ve Öztürk 2017)

Kamusal malların öne çıkan iki temel özelliği bulunmaktadır:

- Rakipsizlik (Nonrivalry): Kamusal mal veya hizmetler üretildikten sonra ilave bir bireyin tüketiminin maliyeti sıfırdır. Kamusal mal veya hizmet tüketiminde bireylerin hizmeti tüketmesi diğer bireylerin tüketimini etkilememektedir. Dışsal faydanın yüksek olması arzu edilen bir durumdur (Saraçoğlu ve Öztürk 2017).
- Dışlanamazlık (Nonexcludability): Dewar, (2010) tarafından bildirildiğine göre; kamusal mal ve hizmetlerin tüketiminde bireyler bedel ödemezler, herhangi bir bedelin olmaması nedeniyle tüketiminden dışlanmaları söz konusu olamaz. Bu durum mal ve hizmetlerin bölünemezlik özelliğinden kaynaklanmaktadır. Faydasının pazarlanamaması nedeniyle piyasa fiyatıyla fiyatlandırılmazlar (Saraçoğlu ve Öztürk 2017).

Piyasa aksaklıkları nedeniyle Devlet tarafından Sağlık hizmetlerinin sunumu zorunlu olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin müdahalesinin gerekli olmasının arkasında ortaya çıkan pozitif dışsallıklar bulunmaktadır. Sağlıklı bireylerin toplumdaki sosyal faydasının yüksek olması devletin müdahalesini zorunlu kılmaktadır (Çoban 2009).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan pozitif dışsallık kamu malı niteliğini verir. Dışsallık faktörü sağlık hizmetlerinin tümünde bulunur. Bu durumun temel nedeni sağlık hizmetlerinin kamu malı niteliğini taşımasından kaynaklanır.

Sağlık Hizmetlerinde Kamu Müdahalesini Gerekli Kılan Faktörler

Devlet sağlık hizmetlerini sunarken pozitif ve negatif dışsallıklar ortaya çıkmaktadır. Bu durum piyasa aksaklıklarına neden olmaktadır. Devletin sağlık alanında görülen negatif dışsallıkları en aza indirmesi için bu alanda kamu müdahalesini zorunlu hale getiriyor. Bu faktörler;

1. Piyasa aksaklıklarının giderilmesi,
2. Sağlık hizmetlerinin dengeli ve adaletli dağılımının sağlanması için; sağlık hizmetlerinin devlet eliyle görülmesi,
3. Koruyucu sağlık hizmetlerinin dışsal faydasının yüksek olması,

4. Sağlık alanında yapılacak tüm denetim mekanizmalarının Devlet kontrolünde bulundurulmak istemesi (Çelikay ve Gümüş 2010)

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Yöntemleri

Sağlık hizmetleri arzına ilişkin ortaya çıkan fon ihtiyacının sağlık alanındaki hizmet talebini karşılaması, Sağlık hizmetlerinin finansmanı için gereklidir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık gösteren fon ihtiyacı için GSMH'nın önemli bir kısmı sağlık hizmetleri finansmanı için ayrılmaktadır.

Tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi için gerekli finansman kaynaklarının sürdürülebilir olması, sağlık hizmetlerinin belirsiz ve sınırsız talebinin karşılanması için gerekli şartlardandır. Sağlık sistemleri için gerekli olan, bina ve ekipman yatırımları, personel giderleri, eğitim açısından hizmet verilmesini sağlama, ilaç ve tıbbi malzemelerin temini için gerekli ödemeler finansman ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Bina ve ekipman giderleri için fon ihtiyacı miktarı oldukça yüksektir. Yüksek teknoloji içeren ekipmanlara olan ihtiyaç, finansman kaynaklarının önemini arttırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların sınırlı olması ve sağlık hizmetlerinde kullanılan mal ve hizmetlerin yoğun teknoloji gerektirmesi sağlık hizmetleri talebini etkilemekte, hizmet talebiyle birlikte finansman ihtiyacı da doğru orantılı artmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansman ihtiyacının karşılanması için Sosyal Güvenlik kurumlarından yararlanılmaktadır. Sosyal sigorta kapsamında sosyal güvenlik sisteminden yararlanan bireylerin sağlık hizmetine olan taleplerinin karşılanmasında sağlık hizmetleri finansmanının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. (Çoban 2009)

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kamu Finansmanı

Kamu finansmanı için özel toplanan vergiler (Beveridge Modeli) veya toplanan primler yoluyla (Bismark Modeli) sağlanmaktadır (Özmen 2017). Bismark modeli zorunlu sosyal sigorta sistemi ile toplanan primlere dayalı bir model iken, beveridge modeli genel bütçede toplanan özel vergiler yoluyla finanse edilen bir modeldir (Uzun 2014). Sağlık harcamalarının çoğunluğu devlet tarafından karşılanır. Devlet bu harcamaları vergi veya sigorta kapsamında finanse etmektedir. Sosyal sigortaya yapılan ödemeler ve alınan vergiler gelir olarak görülse de sağlık hizmeti sunucularına

yapılan harcamalar yönünden bakıldığında sağlık harcama kalemleri arasında yer almaktadır.

Kamu sektörünün sağlık sisteminde etkin rol oynaması, sağlıklı yaşam ortamının sürdürülebilir olması ve bireylerin sosyal faydalarının artırılması için gereklidir. Kamu sektörünün sağlık alanında garantör olarak bulunma sebebi, toplumun faydasının artırılması ve sistemin daha etkin kullanılmasından kaynaklanmaktadır (Çelikay ve Gümüş 2010).

Sağlık hizmetlerinin sunumu birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında, sağlık bakanlığının görev alanındadır. Türkiye’ de sağlık hizmetlerinde kamu finansmanı; Sağlık bakanlığı SSK, Emekli Sandığı, Bağkur, Üniversiteler, Kamu İktisadi Teşebbüsleri, Belediyeler ve fonların yaptığı harcama kalemlerinden oluşmaktadır.

2.3.1. Sosyal sigorta ile finansman

Bismarck modeli olarak bilinen 1883 yılında Almanya’ da uygulamaya konulmuş zorunlu sigorta sistemidir. Bu sistemde aylık olarak belirli tutarlarda yatırılan prim esasına dayanır. Aktif olarak çalışma hayatında faaliyet gösteren işçi ve işverenlerin ödeme yaptığı bu sistemde ortak bir havuzda toplanan sigorta primleri, sağlık problemi yaşayan sigortalılara sunulacak sağlık hizmetinin finansmanı sigorta primleri ile karşılanmaktadır. Bu sistemde sağlık risklerini prim yatıran tüm üyeler ortak olarak paylaşmaktadır (Çelikay ve Gümüş 2010).

Sosyal sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası arasında ödenilen primler yönünden birbirlerinden ayrılan yönler bulunmaktadır. Piyasa koşulları tarafından şekillenen sigorta sisteminde fayda ön plandayken, hizmeti üstlenen kuruluş açısından düşük maliyetler ve kâr temel amaçtır. Devletin aracı kuruluşu tarafından yapılan sigorta sisteminde ise bireylerin refah seviyesi ön plâna çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal refah ön plândadır (Çelikay ve Gümüş 2010).

Sosyal sigorta ile sağlık hizmetinin finanse edilmesinde; bireylerin yaptığı prim ödemeleri ve bu primlerin bir havuzda toplanması söz konusudur. Sağlık ihtiyacı olan prim ödemesi yapan bireyler havuzda biriken kaynakları kullanarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Sosyal sağlık sigortasında ülkeler arasında bazı farklıklar bulunmaktadır: bunlar primlerin miktarı ve toplanma şekli, gelirlerin

toplanması, kurumların sayısı, sağlık hizmetlerinin sunum şeklidir. Sosyal sağlık sigortasının bazı özellikleri:

1. Sigortalı bireylerin düzenli prim ödemeleri.
2. Kurumların bağımsızlığı ön plana çıkmaktadır.
3. Sosyal sağlık sigortasını yaptırmak kişilerin gönüllüğü esasına dayanmaz. Toplumun büyük bir bölümünün çalışma karşılığı zorunlu sigortalıdır. Hollanda da görülen sosyal sağlık sigortasında gelir seviyesi düzeyine göre belirlenebilirken, Almanya’da özel yada zorunlu sigorta arasında seçim yapılabilmektedir (Tatar 2011).

Sağlık hizmetlerinde sosyal sigorta ödemeleri devamlı ve öngörülebilirdir. Bu yönden önemli bir finansman kaynağıdır. Kısa, orta ve uzun vadeli projeksiyonların yapılabilmesinin temel nedeni; nüfusun demografik yapısı ve çalışma alanında yapılacak politika seçimlerinin sosyal sigortalara uzun vadede yapılacak ödemeleri kapsamasıdır. Uzun vadeli gerçekleştirilen bu çalışmalar, politika yapıcılara önemli bilgiler sunmaktadır. Sigorta için önemli olan finansman sorununun çözümü için alternatifler sunar. Resmi kurum niteliğinde olmayan sektörlerin çalışanları açısından sigorta sistemine dahil edilmelerinde yaşanan problemler ve bu sektörün maliyetlerinin tam olarak bilinmemesi karşılaşılan en önemli sorunlardır (Tatar 2011).

Prim gelirlerinin azalmasının sebeplerinden biri kayıt dışı çalışanların varlığıdır. Hükümetlerin uyguladığı prim affı, hizmet borçlanması ya da sistemin diğer bazı haklarının sağlanması giderlerin artmasına yol açmaktadır. Sosyal güvenlik sistemi bir kesime özel değil toplumun tümüne uygulanabilir bir sistemdir. Kayıt dışı çalışanların pek çoğu yoksulluk sınırının altındadır. Sosyal adalet açısından güvenliklerinin temini gereklidir (Ekiz 2013).

Türkiye’de sosyal güvenlik kapsamında yapılan hizmetlere ilk olarak 1967 yılında 30. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından başlanmıştır. 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu kabul edilmiş, yapılan değişiklikler sonrası en son haliyle 2012 yılında genel sağlık sigortası adı altında birleştirilmiştir. Türkiye’de Sosyal sigorta ile ilgili yapılan gelişmelere bakıldığında 45 yıllık bir süreci kapsadığı görülmektedir (Özsarı 2010).

2020 yılı verilerine göre Türkiye’de aktif çalışan kişi sayısı 23.344.547’ dir. Aktif çalışanların Türkiye nüfusuna oranı %34.2’ dir. Türkiye genelinde sosyal güvenlik kapsamında bakmakla yükümlü tutulanların (bağımlıların) sayısı 35.556.141’ dir. Sosyal güvenlik kapsamındaki kişi sayısı 72.593.383’ tür. Sosyal Güvenlik Kurumunun 2019 yılında yapmış olduğu toplam sağlık harcama tutarı 103.954 Milyon TL’ dir (SGK 2020).



Tablo 2.1. Türkiye’de SGK kapsamındaki kişi sayısı (2016-2020)

	2016	2017	2018	2019	2020
I- Aktif sigortalı	21.131.838	22.280.463	22.072.840	22.000.964	23.344.547
1- Zorunlu sigorta	19.099.026	20.241.389	20.093.780	20.172.891	21.064.613
Tarım zorunlu sigortalılar	717.876	705.592	696.175	600.787	547.075
2- Yurtdışı topluluk	24.710	21.592	22.899	21.002	16.219
3- Tarım isteğe bağlı sigortalılar	36.125	50.602	45.384	41.108	31.250
4- Diğer sigortalılar	442.552 Yıl	462.452	407.996	364.434	445.079

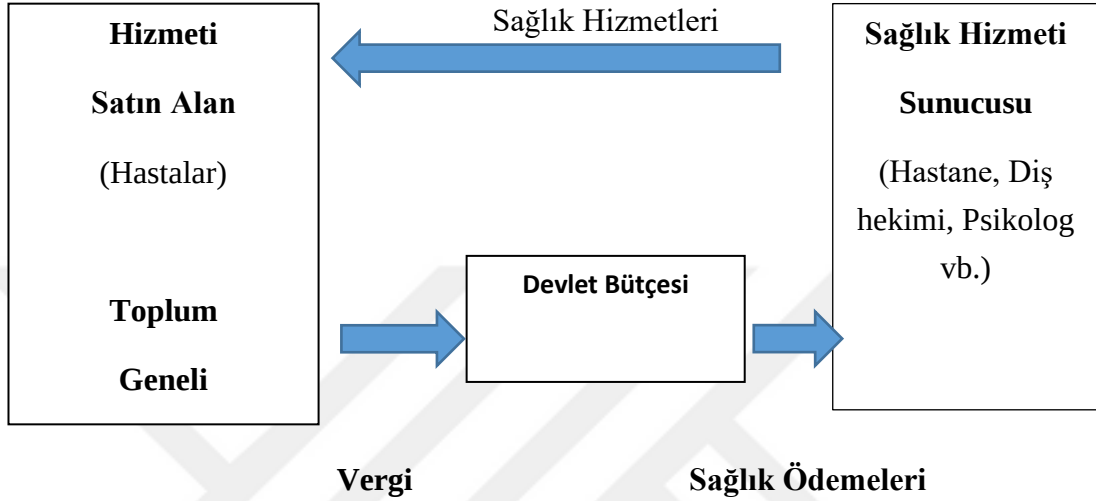
Kaynak: www.sgk.gov.tr / sgk istatistik yıllığı

2.3.2. Genel vergi gelirleri ile finansman

Zorunlu sağlık sigortasının uygulanma alanı ve genişletilme çabaları sonucu tüm ulus için uygulanan bir sistemin varlığının önemli olması nedeniyle vergi gelirleri ile finansman modelinden söz edilmeye ve hükümetler tarafından uygulanılmaya başlanmıştır. İngiltere bu uygulamayı 1948 yılında kullanan ilk Batı ülkesidir.

Devletin karar mekanizmaları tarafından bir havuzda çeşitli nedenlerle toplanarak ihtiyaca yönelik olarak Kamuda gerekli alanlarda yapılan harcamalar için kullanılmaktadır. Bireylerin alacakları hizmetler için yapmış oldukları vergi ödemeleri belirli dönemlerde alınır. Hizmetleri kullanma aşamasında vatandaşlardan tekrar vergi alınmaz vergiler iki türlü alınmaktadır. Doğrudan alınan gelire bağlı vergiler ve dolaylı olarak alından harcama tutarına göre alınan vergiler, dolaylı vergiler yoluyla alınacak vergilerde adaletsiz bir dağılım söz konusudur. Bu sebeple doğrudan alınan vergiler adaletsizliğin en aza indirgenmesi daha kolaydır. Vergi gelirlerinin finansmanının nasıl toplandığı ve adaletli bir şekilde dağılımının kontrol edilmesi vergi gelirinin nasıl alındığıyla doğrudan ilgilidir. Vergi gelirlerinin sağlık hizmetlerinin finansmanına olumlu ve olumsuz etkileri yönüyle de incelenebilir. Toplanan vergilerin ekonomik olarak bırakacağı etki belirsizdir. Toplanan vergilerin beklenenden daha fazla olması Ulusal refah düzeyini toplumun alım gücü azalacağından olumsuz yönde etkileyebilir. (Tatar 2011).

II. Dünya Savaşı sonrası İngiltere'nin eğitim ve sağlık hizmetlerini genel vergiler yoluyla finanse edilmesi kararlaştırılmıştır bu sistem “Beveridge sistemi” olarak adlandırılmaktadır. Sosyal adaletin ve adil dağılımın gerçekleşmesi için öngörülen bu model tüm İngiltere halkının görülecek hizmetlerden eşit şartlarda faydalanmasını amaçlamaktadır. (Çelikay ve Gümüş 2010)



Şekil 2.1. Sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi aracılığıyla finansmanı (Çelikay ve Gümüş 2010)

Şekil 2.1’de sağlık hizmetlerinin finansmanı için vergi gelirleri devlet bütçesine aktarılmakta devletin sağlık ödemeleri için gelirden ayırdığı paydan karşılanmaktadır.

Vergilere dayalı finansmanda en önemli sorunlardan biri ülkede ekonomik durgunluğun varlığıdır. Bu durumlarda devle girmiş olduğu dar boğazdan almış olduğu vergilerin miktarını artırmak suretiyle halktan daha fazla vergi alacaktır. İstenilmeyen bu durumda sağlık hizmet harcamalarının kısılmasına neden olacaktır. Sosyal sigorta ve vergi ile finansmanda kimin sağlık hizmetinden ne ölçüde yararlandığı sorusudur. Bu iki sistemde de alınan vergi ve prim ödemeleri sağlık sorunları için kimin ne kadar ihtiyacı varsa ihtiyaca göre o ölçüde karşılanır olacaktır. (Tatar 2011).

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Özel Finansman Yöntemleri

Hane halkları, özel kurulan sosyal güvenlik sandıkları, Vakıf Üniversiteleri, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin özel olarak yaptığı harcamaları

kapsayan bu yöntem, sağlık hizmetleri finansmanı açısından ülkelere bakıldığında devlet kaynaklı yapılan harcamaların daha önemli bir yere sahip olsa da özel finansman yönteminin sağladığı sosyal fayda ve imkanlar dahilinde payının her geçen gün artmaktadır.

2.4.1. Özel sağlık sigortacılığı

Ortaçağ Avrupa'sında zanaatkârların oluşturdukları sandıklara yapılan fon ödemeleri ile başlayan ve 19. yy'de çiftçiler ve işçilerin karşılıklı ihtiyaçlarını karşılamak için oluşturdukları bu sandıklar özel sağlık sigortacılığının temelini oluşturmaktadır. Kâr amacı gütmeyen ve karşılıklı ihtiyaçların karşılanması için oluşturulan bu sandıklar kendi sağlık sistemini kurmakta güçlük çeken Ülkeler için sağlık alanında gerekli hizmet alımları için oluşturulan bir sisteme dönüşmüştür(Çoban 2009).

Sağlık alanında küresel düzeyde çok uluslu şirketlerin özel sigorta için ayrılan paylarının yüksek düzeyde olması sağlık sektörüne yön veren egemen güç haline gelmelerini sağlamıştır. Bu durum nedeniyle sağlık sektörünün özelleştirilmesi ve piyasaya açılması öngörülmüştür(Çoban 2009).

Artan maliyetler nedeniyle sağlıkta yatırım harcamalarının bütçeyi ekonomik yönden etkileyecek kadar büyük olması, kamunun finansmanını zorlaştırmaktadır. Bina ve teçhizat alımlarının yüksek maliyeti, alınacak tıbbi malzeme ve cihazların yeni teknoloji ile yapılması ve artan maliyetler kamuyu zorlamaktadır. Bütçeye ayrılan payın kısıtlı olması ve zaman açısından kaynak ayırma sıkıntısı kamu finansmanı yerine özel finansman yöntemine başvurulmasını daha cazip hale getirmektedir. Kaynaklara erişim kolaylığı ve yeni teknolojilerin kullanımı konusunda özele avantaj sağlamaktadır. (Çoban 2009)

II. Dünya Savaşı sonrası sağlık sorunlarının artması, daha iyi yaşam standartlarının oluşması ve teknolojik gelişmeler sonrası 1980' lere kadar özel sağlık sigortacılığı alanında olumlu gelişmeler yaşanmıştır.

Günümüzde özel sağlık sigortaları, sigorta şirketlerinin statüsüne, prim edeme türlerine göre ikiye ayrılmaktadır. Birincisi tamamlayıcı sağlık sigortasıdır, kamu finansmanının yetersiz kaldığı ekonomik nedenlerden dolayı uygulanamadığı durumlarda özel sağlık sigortacılığı ile birlikte zorunlu kamu finansmanı şeklinde

uygulanmıştır. İkincisi ise ikame edici özel sağlık sigortasıdır. Bu sigorta türünde kişilerin yapmış olduğu prim ödemeleri önemli yer tutar. Zorunlu sağlık sigortasından yararlanamayan bireylerin tercih ettiği sigorta türüdür (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur 2010).

Özel sağlık sigortacılığı ulusal ve sosyal sigorta sisteminin uygulandığı Ülkelerde daha çok gelişme alanı bulmuştur. Farklı beklenti ve ihtiyaçları olan bireylerin özel sağlık sigorta sistemini daha fazla tercih ettikleri görülmektedir. Özel sağlık sigortacılığın kullanıldığı durumlarda bireylerin almış olduğu riskler sigorta şirketleri primlerinden karşılanmaktadır. Fransa ve ABD’de örnekleri görülen bu uygulamalarda Fransa Zorunlu sağlık sigortasını kamu ve özelle birlikte uygulamaktadır. ABD’de ise özel sağlık sigortası daha yaygın bir uygulama alanı bulmuştur. Sosyal sigortanın uygulanması ve özel sigortanın uygulanması arasında alınan riskler açısından bazı farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Sosyal sigortaya sağlık alanı için özel bir prim ödemesi yapılmamaktadır. Ödenen genel primlerden karşılanmaktadır. Özel sağlık sigortası için belirlenen sağlık prim ödeme tutarları bir havuzda toplanmakta, bu havuzdan karşılanmaktadır. (Tatar 2011)

Özel sağlık sigortasına ulaşımı etkileyen etmenler: istihdam, iş yeri büyüklüğü, işverenin statüsü ve prim ödeme güçlüğüdür. Bazı ülkelerde gelire göre sigortadan yararlanabilme hakkı bulunurken, bazı ülkelerde sadece kamu için bu hak mevcuttur. (Yenimahalleli ve Yaşar 2007) Böyle durumlarda bireylerin sigortadan yararlanması kısıtlı kalmaktadır. Sağlık hizmetine ulaşan bireyler arasında adaletsizlikler ortaya çıkmaktadır.

ABD’ de kamu finansman sıkıntısı nedeniyle daha çok gelişen özel sağlık sigortacılığı gelire göre azalan oranlı artmaktadır. İsviçre’nin tamamı özel sağlık sigortası kapsamındadır. Almanya ve Hollanda’da ise gelir seviyesi yüksek grupların tercih edebilmesi açısından daha az uygulama alanı bulunmaktadır. gelire göre olduğu için artan oranlıdır (Yenimahalleli ve Yaşar 2007).

Özel sağlık sigortacılığında vergi-harcama sübvansiyonlarında verimsizliklerin nedenleri arasında; vergi-harcama sübvansiyonları uygulanmasının işlem maliyetlerini artırması, piyasada oluşacak fiyat düşüşü ve talebin artması ile prim ödemelerinin artması, sahtekarlık ve vergi kaçakçılığına yeni ortam yaratması sayılabilir (Yenimahalleli ve Yaşar 2007).

Birçok Ülkede sigortacılık vergi yoluyla sübvansé edilmektedir. Özel sağlık sigortası bazı kuruluşlar tarafından kâr amacı gütmeyen vergi yoluyla sübvansé edilmektedir. Kâr amacı güden kuruluşlar da vardır. Belirli oranlarda vergiden bu kuruluşlarda yararlanabilmektedir (Yenimahalleli ve Yaşar 2007).

Özel sağlık sigortası serbest piyasa koşullarında gerçekleştirilmektedir. Birey ve sigorta şirketleri karşılıklı fayda ve kâr maksimizasyonuna göre hareket etmektedir. Bu sebeple sigorta şirketleri aldıkları primleri bireylerin risk durumlarına göre düzenleyebilme hakkına sahiptirler. Riski yüksek olanlardan daha fazla prim ödemesi, riski düşük gruplardan daha düşük prim ödemeleri alabilirler. Prim ödeyenlerin tercih hakkı bulunması ödemelerin karşılıklı faydasına bağlı olduğu için ödemelerde herhangi bir sıkıntı yaşanmamaktadır. Gelir seviyesi iyi olan kesimin hastalık oluşmadan önce alabilecekleri tedbirler düşük olan kesime göre daha fazladır. Bu nedenle hastalığa yakalanma durumu düşük kesimde daha fazladır.

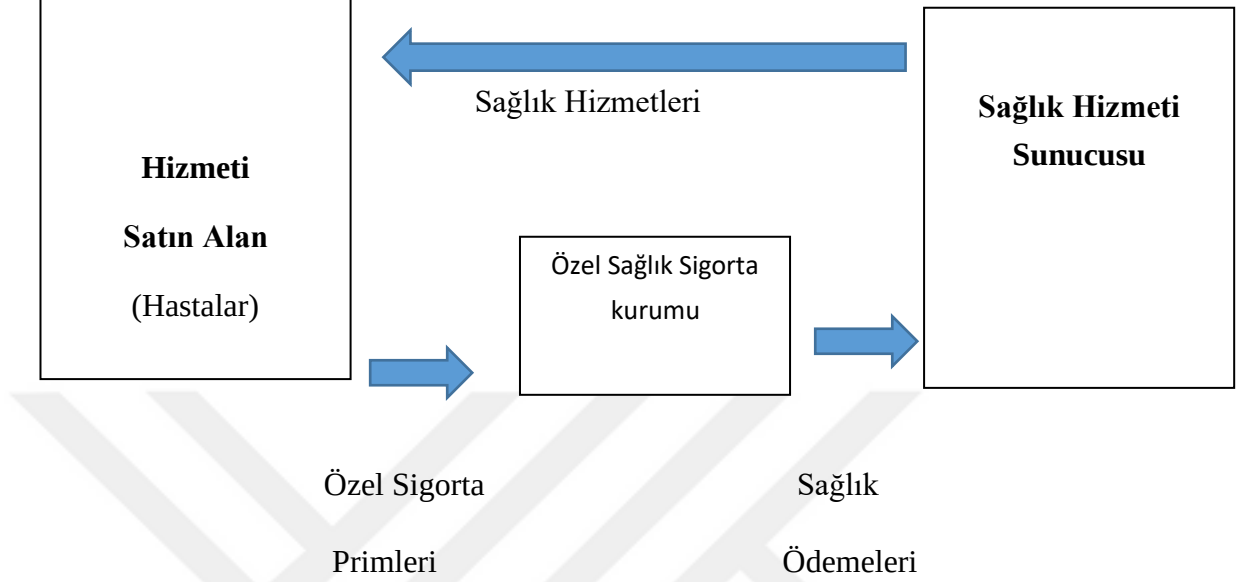
Gelir seviyesine göre kişilerin karşı karşıya kaldığı gıda ve tüketim açısından farklılıklar, hijyen koşulları nedeniyle çıkan sağlık sorunları gelir seviyesi düşük olan kesimi daha fazla etkileyecektir. Buna bağlı olarak, özel sağlık sigortası sisteminin görece olarak gelir seviyesi düşük kesim daha fazla risk primi ödeyecektir. Bu da gelir dağılımı adaletsizliğine neden olacaktır (Çelikay ve Gümüş 2010).

Gelir dağılımında görülen adaletsizlik piyasa başarısızlığına neden olmaktadır. Riskli grupların sigortadan yüksek primler alması ve alım gücü olmayan hastaların özel sigortadan yararlanamaması durumunu ortaya çıkarırken, riski düşük olan grupların alım gücü nedeniyle daha fazla yararlanmasının önünü açmaktadır (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur 2010). Özel sigorta şirketleri böyle durumlarda aşırı kâr elde etmiş olur. Piyasa başarısızlığının etkisini azaltacak zorunlu genel kapsam ve ömür boyu üyelik, anti-tiröst yasalar, bireylerin risk seçimine göre prim ödemesi uygulamalarıyla bu durum engellenebilir.

Ülkede bulunan özel sigorta kuruluşlarının sayısının fazla olması durumunda, rekabet ortamı oluşacağı için primler daha düşük oranlarda alınacaktır. Böyle durumların varlığı halinde hastalar daha avantajlı bir konuma geçer.

Üçüncü taraf ödeme yapanların aktif rol oynaması durumunda, cepten yapılan ödemelerde birey sayısı artacaktır. Bireylerin yaptığı ödemelerde artan sayıyla birlikte riski diğer sigortalılar ile paylaşma durumu maliyetlerini azaltacaktır. Asimetrik

bilgiden dolayı piyasa başarısızlığı olarak görülen bu durum kamusal denetimi zorunlu kılmaktadır¹. (Çelikay ve Gümüş 2010)



Şekil 2.2. Sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası aracılığıyla finansmanı (Çelikay ve Gümüş 2010)

2.5. Kamu, Özel Sektör Ortaklığı ve İş Birliği

Kamu özel sektör ortaklığı risklerin, maliyetlerin, kârın ve iş bölümünün paylaşıldığı bir sözleşmedir. Özel sektörün veya kamunun bir projenin finansmanını tek başına üstlenebildiği gibi iki taraf tarafından ortak olarak da üstlenilebilir. Kamu Özel ortaklığında, kamunun elindeki imtiyazı özele devretmek istememesi; fakat finansman yetersizliği nedeniyle finansman yükünü özelle paylaşarak azaltmak istemesi, özel sektöründe tek başına sunmak istemediği hizmetler nedeniyle

¹ Ahlaki tehlike ekonomistler tarafından, sigortalı olmanın bireylerin davranışlarını değiştirebileceği durumunu tanımlamak için kullanılmaktadır. Sınırsız miktarda verilen ücretsiz verilen hizmetler ile sınırlı miktarda ücretli verilen hizmetler arasında tüketici ücretsiz olan hizmeti tercih edecektir. Sigorta yaptıran bireylerin sigortalanan mala karşı duyarsızlaşması örnek olarak gösterilebilir. Bu özelliğiyle sigorta savurganlığa gereksiz harcamalara sebep olabilir. Ücretsiz alınan hizmetler de talebi artıracaktır için sağlık hizmetinin ücretsiz sunumunda da aynı problem geçerli olacaktır.

Talebi artırıcı bu olumsuz yönde probleme getirilecek çözümler aranmalıdır. Özel sigorta yaptıran bireylerin riski kusurları ölçüsünde sigorta şirketiyle paylaşımları ve zorunlu sigortada primlerin bir bölümünü sigortalının ödemesi getirilecek çözümlerden bazılarıdır. Talebin olumsuz yöndeki etkilerini gidermek için kullanılan yöntemlerin olumlu talebi de etkileyerek eşitsiz bir durum ortaya çıkarması durumu da alacak riskler açısından değerlendirilmelidir. Meme kanserine yakalanma riskine karşı her yıl yapılan ultrasonografi ve mamografinin meme kanserini önleyeceği ve bu sayede sağlıkta tasarrufun ön plana çıkacağı örnek olarak verilebilir. (Yenimahalleli ve Yaşar 2007)

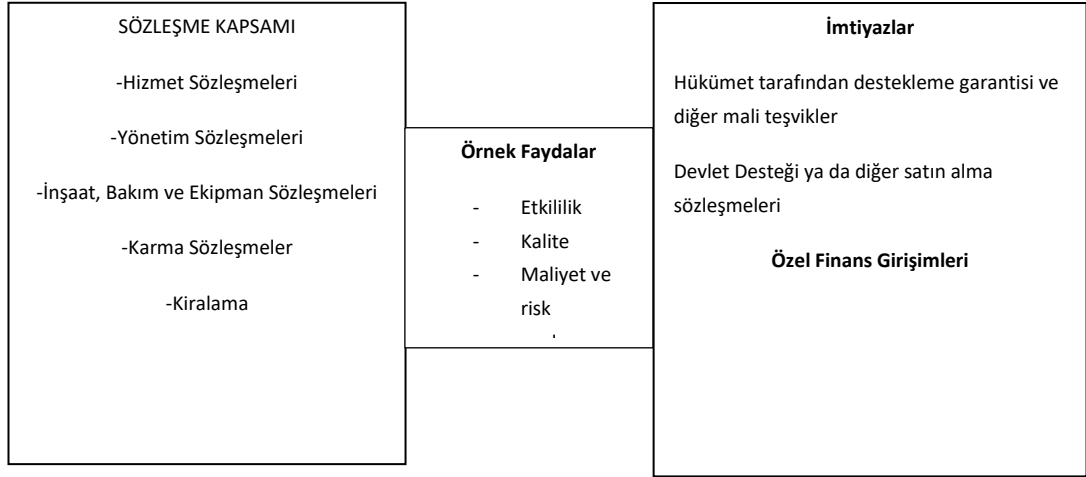
geliştirilen bir modeldir. (Eker 2007) bu ortaklıklar bir tür imtiyaz sözleşmesine dayanır. Kamuya ait bir taşınmazın özel sektör tarafından kurulup işletilmesi ve belirli bir süre sonunda kamuya devredilmesi şeklindedir. Özel firmanın belirli bir kira bedeli ödemesi sonucu kiralaması veya kamu adına işletmesi şeklinde yapılan sözleşmelerdir.

Kamu özel ortaklıklarının ortaya çıkış sürecinde Amerika’da ve İngiltere’de örnekleri görülen projeler, bu alandaki ilk örneklerdir² (Çelik 2011).

Kamu özel ortaklıkları, Almanya, Hollanda, İsveç gibi Avrupa Ülkelerinde de üzerine konuşulan bir yöntemdir. Kamu özel ortaklıklarıyla ilgili 2004 yılında Avrupa Birliğinde yayımlanmış olan “Yeşil Kitap” üye Ülkelere bilgi veren yol gösterici bir kitaptır. 2005 yılında Almanya’da kamu özel ortaklığı yasası çıkarılmış ihale ve bütçe mevzuatında önemli değişiklikler yapılmıştır (Erkman, Altan, Aktel ve EKE 2012).

2000’li yıllardan itibaren Ülkemizin sağlık turizmi açısından önemli hale gelmesi Kamu-özel iş birliğine yönelmesini cazip hale getirmiştir. 2000’li yıllardan sonra yaşanan kamusal reformlar ile birlikte; merkezi, yerel ve kamu kurumları olmak üzere bu alanlarda kanun koyucuların yaptıkları kanuni düzenlemeler reformlarla birlikte yapılmıştır. Mali saydamlık, hesap verebilirlik, şeffaflığın düzenlendiği Kamu özel ortaklığı yönteminde kamu finansmanının daha etkin kullanılabileceği, veriminin daha yüksek olabileceği mal ve hizmet sözleşmeleri yapılabilir. Karma özel ortaklığı yönteminin düşük maliyet, riskin paylaşımı ve yatırımların daha etkin kullanımını sağlayacaktır. Politika yapıcılar tarafından verilen mali teşvikler, destek garantisi vb. imtiyazlar özel finans girişimleri sağlanmaktadır.

² Joint Venture, Private Finance Initiative, Best Value



Şekil 2.3. Kamu/özel sektör ortaklıklarının başlıca türleri (Irina and Maikisch **tarikh**)

1.10.10. Helsinki Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı (2013)

Haziran 2013'te Helsinki'de yapılan son uluslararası sağlık geliştirme konferansında ana tema “Tüm Politikalarda Sağlık” olarak belirlenmiştir. Tüm politikalarda sağlık, toplum sağlığını geliştirmek ve sağlığa erişimde hakkaniyeti sağlayabilmek için oluşturulan kamu politikalarında toplumun tüm kesimlerini ve ekonomideki tüm sektörlerini kapsayacak stratejilere yer vermektir. “Tüm Politikalarda Sağlık” yaklaşımının temelinde; tüm politikaların oluşturulması aşamasında sağlık sektörünü de dikkate almak ve eşgüdümü sağlayan sektör olarak kabul etmek yatmaktadır.

Bu yaklaşım, politika ve yasalara ek olarak bütçedeki kaynakların kullanımından, vergilerin hangi harcamalara dönüştürüleceğine kadar çok sayıda unsur ile ilgilenen kapsamlı bir yaklaşımdır (Özvarış 2014 ve Loş 2016)

Konferansta yer verilen hedefler şu şekildedir (WHO):

- Öğrenilen deneyimlerin ve derslerin ülkelerarası alışverişini kolaylaştırmak ve sektörler arası iletişimi teşvik etmek için etkili mekanizmalar konusunda rehberlik vermek;
- Tüm Politikalarda Sağlık prensibinin uygulanması için kapasite oluşturmak;
- Tüm Politikalarda Sağlık prensibi için Dünya Sağlık Örgütü komisyonlarının sunduğu önerileri uygulamak için ortaya çıkabilecek fırsatları belirlemek;
- Sağlık konusunda sosyal durum analizi yapmak.
- Birinci basamak hizmetleri için reformlar oluşturulması

- Ottawa Konferansı’ndan elde edilen sağlıkla ilgili yaşanan olumlu gelişmeleri ilerletmek.

2.6. Türkiyede Sağlık Hizmetleri ve Kamu zel işbirliği Uygulaması

Kamu zel ortaklığının amaçları şöyle sıralanabilir;

- Özel sektörün finansman kaynaklarına ihtiyaç duyulması
- Karar alma ve uygulayabilme becerisi, riskin paylaşılması, proje sürecinin entegrasyonu
- Her kesimin uzman olduğu ana konu ile ilgili iş bölümünün yapılması,
- Kamu adına herhangi bir maliyetin tesis faaliyete geçene kadar ödenmemesi,
- denek yetersizliği, binalarının yapım aşamasının uzaması,
- Uzun yılları alan kira bedeli uygulamalarının kısıtlı kamu kaynaklarıyla yapılması,
- Özel sektöre daha fazla iş yükünün bırakılması (Erkman, Altan, Aktel ve EKE 2012)

Sağlık sektörünün Türkiye’deki yapılanma sürecinin başlangıcı 1980’lere dayanır. Bu kapsamda yapılan en önemli çalışmalar 2003 yılında başlayan ‘‘Sağlıkta Dönüşüm’’ programıdır. Sağlık sektöründe özel kamu işbirliğinin tercih edilmesinin nedeni kamunun iş yükünün azaltılmasıdır. Bu kapsamda sağlık bakanlığının yapısı değiştirilmiştir. 663 sayılı kararname ile 1. Basamak ve 2. Basamak sağlık hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Merkezi ve yerel yönetimlerde görülen sağlık hizmetleri merkezde kamu idare birliklerine, yerelde ise sağlık müdürlüklerine devir edilmiştir. (ınar, Türkoğlu ve Ttnsatar 2017).

1987 yılında çıkan Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık hizmetlerinin görülme usullerine Kamu tüzel kişiliğine haiz kurumları ibaresinin eklenmesi; sağlık hizmetlerinin sadece bağlı bulundukları bakanlıkça değil tüzel kişiliği olan firmalara da bu işlerin gördürülebileceği anlamını taşır. 1999 yılında sağlık kurumlarında yapılan yardımcı hizmetler ile ilgili ihaleler buna örnek teşkil eder. 2003 yılında yapılan değişiklikle sağlık hizmetleri sınıfında yer alan yardımcı hizmetlere ait işlerin temininin bu alanda hizmet veren yardımcı firmalar tarafından görülebileceği ile ilgili 657 sayılı devlet memurları kanununda belirtilmiştir. 2003 yılından sonra yardımcı

hizmetlerde görev alan personellerin taşeron firmalar aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. (Karasu 2011).

Sağlık hizmetleri alanında yasalarla getirilen değişiklikler ile halen devam etmekte olan taşeron uygulaması, ucuz emek ile daha fazla işin görülmesi, kadrolu taşeron ücret farkları, işten çıkarılmaların yaşanması nedeniyle bu alanda çalışan işçilerde güvensizlik yaratmıştır. Bu uygulamaya taşeron işçilerin kadroya alınma süreci ile 1 Nisan 2018'de aracı firmalar uygulamasına son verilmiştir.

21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı yasa ile bu alanda yapılacak tesis, inşaat, bakım ve onarım giderleri ile ilgili Kamu özel işbirliği modeli kanunda yer verilerek resmi hizmet alanına dahil olmuştur. (Boz 2013).

Şehir hastaneleri modeli kamu özel iş birliğine örnek olarak gösterilen sağlık hizmet kuruluşlarıdır. Kamu özel ortaklığı ile gerçekleştirilen şehir hastaneleri modeli İngiltere'den alınmıştır. Şehir hastaneleri modelinin kamuya daha fazla finansal yük getirdiği ile ilgili İngiltere'de 2017 yılına ait raporlar bulunmaktadır. Türkiye'de ilk örneği Mersin' de tamamlanan Şehir Hastanesi için hastaların şikayetçi olduğu en önemli konu: hastanelerin merkezden uzakta kurulması olmuştur. Bu yapılar için devletin özele ödediği kira bedelleri bulunmaktadır. 10,5 milyar dolarlık yatırım için toplamda 30,2 milyar dolar kira bedeli ödenecektir (Anonim 2021).

Şehir hastanelerinin avantaj ve dezavantajlarına bakılacak olursa: fiziksel imkânların ve teknolojik ekipmanların yeterliliği, otelcilik hizmetleri, olumlu sayılacak özellikleri arasındadır. Ulaşım problemleri, olumsuz yurtdışı örnekleri, yapının büyüklüğünden kaynaklanan sorunlar, kamu özel ortaklığından kaynaklı maliyetlerin yüksekliği, vb.. olumsuz sayılacak özellikleri arasında yer alır (Gökkaya ve Erdem 2021).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK HARCAMALARI

3.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Kapsamı

Sağlık alanında bireylerin ve toplumun ihtiyaçlarına yönelik yapılan iyi olmalarına katkı sağlayan beslenme, korumaya yönelik tüm harcamalar sağlık harcaması kapsamındadır. Toplum için Sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla gerçekleştirilmesi gereken ilk şart; bu hizmetin finansmanı için yeterli miktarda bütçeden pay ayrılmasıdır. İkinci olarak; finansmanın doğru yatırımlarda kullanılarak, halka ulaşacak sağlık hizmetlerinden sağlanacak faydanın en yüksek düzeyde gerçekleşmesidir. Sağlığın üretilmesi ve hizmetin sunulması için Ülkeler harcoma yapmak zorundadır. Her ülke; nüfusun demografik yapısı, teknolojiadaki değişim, kültür yapısı, sağlık hizmetlerine erişim, ekonomik güç, ulusal gelir gibi faktörlerle orantılı olarak belirli düzeylerde sağlık harcaması için bütçeden pay ayırır. Sağlık harcamaları ülke Gayri Safi Yurt İçi Hâsılasından (GSYİH) ayrılan payla önemi artan sektörlerden biri konumundadır. Sağlık harcamaları nereden, nasıl ve hangi kurumlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir? sorularına ulusal sağlık hesapları (USH) ile cevap veren bir sistem mevcuttur (Arı 2018).

OECD tarafından geliştirilen Sağlık Hesapları Sistemine (SHS) uygun olarak, ülkelerin sağlık harcamalarını izlemeleri amacıyla oluşturulan Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması sonuçları, sağlık sistemindeki finansal akışları ortaya koymaktadır.

Sağlık harcamaları özünde bir tüketim harcaması olarak görülmesine rağmen aslında bir yatırım harcamasıdır. Sağlık kazanımı hem verimli çalışma açısından hem de çalışma süresinin uzaması gibi sebeplerden dolayı ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye katkılarına değinmek gerekirse eğer: hastalıktan dolayı meydana gelecek iş kaybını engeller. Bunun yanında çocukların daha sağlıklı bir eğitim almasını sağlar. Sağlığa yönelik ayrılan kaynak kullanımı başka sektörler kaydırılır. Ancak uygulamaya konulacak sağlık politikalarının doğru seçilmesi gerekmektedir. Doğru ve yerinde yatırımların yapılması önem arz etmektedir. Sağlığa yapılacak harcamaların gider olarak düşünülmesinden ziyade yatırım olarak düşünülmesi daha uygun olacaktır.

Yatırımların bilimsel çalışmalara uygun olarak yapılması harcamaların verimliliğinde de artış sağlayacaktır. Bunun Ampirik çalışmalarda, ekonominin gelişmesinde hem sağlığa hem de eğitime yapılan yatırımların etkisinin olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu açıdan hem sağlıklı hem de eğitilmiş bireylerin, toplumda üretici ve tüketici davranışları daha etkili sonuçlar vermiştir. Sağlıklı bireylerin verilen eğitim sonucunda alınan verim daha net görülmektedir. Sağlıklı bireyin, iş hayatı uzun olacaktır ve bu sürede üretken olabilmektedirler (Kocabadak 2021)

Tüm dünyanın temel hedefi sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun varlığıdır. Ruh ve beden sağlığı olan bireyler refah, istikrar, güvenlik, mutluluğun unsurlarına sahiptirler (Ersöz 2008). Sağlık hizmetinin bütün topluma eşit olarak verilmesi ile sağlık harcamalarının kullanımının doğru yönde yapıldığının bir kanıtı olacaktır.

Sağlık ekonomisinde karşılaşılan en büyük problemlerden biri, sağlık harcamaları kriterlerinin belirlenmesi zorluğudur. Temel sağlık hizmetleri denilen tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici sağlık harcamalarının yanı sıra günümüzde artık sıkça yapılan yağ aldırma, saç ektirme gibi kozmetik amaçlı harcamaların ve rekreasyon (Fitness, kaplıca vb.) faaliyetlerinin de sağlık harcamalarına girip giremeyeceği tartışma konusu olmuştur. Kişi başına düşen gelir ile yapılan sağlık harcamaları, GSYİH'dan ilaç sektörüne aktarılan pay, GSYİH ile yapılan toplam sağlık harcamalarını gösterir. Bu harcamalar standart tanımlamalar olarak sağlık göstergeleri arasında gözlem ve kıyaslama yapmak isteyen Ülkeler'in veri kaynağı olacaktır. Ülke GSYİH' sinin sağlık harcamaları için en az % 5 oranında bir pay ayrılması Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlemiş olduğu bir ölçüttür. Ülkelerin, WHO' nun belirlediği standartlara ulaşmak için çaba sarf etmeleri, sağlık alanında gelişime katkıda bulunacaktır. (Ateş, 2011)

3.2. Sağlık Harcamalarına Etki Eden Ekonomik Faktörler

Sağlık hizmetinde meydana gelen olumlu gelişmeler fiziki ve beşeri sermaye yatırımlarını artırarak ekonominin iyileşmesine olumlu katkı sağlamaktadır. Sağlık harcamalarında meydana gelen artış çarpan etkisiyle ekonomik büyümeye etki eden dinamikleri olumlu yönde etkileyecektir (Giray ve Çimen 2018). Ekonomik büyümenin belirleyicileri olan bu dinamikler; beşeri sermaye, gelir dağılımı,

teknolojinin gelişimi, nüfus artış hızının istihdama etkisi olmak üzere sağlık harcamalarına yön vermektedirler.

3.2.1. Beşeri sermaye

Sağlık sektörünün gelişim süreci incelendiğinde 1960' lı yıllardan sonra yapılan sağlık harcamaları öne çıkmaktadır. Beşeri sermaye olarak nitelendirilen insan gücünde fiziken ve ruhen zinde olabilmenin ön koşulu sağlıklı yetişen bireyler ile mümkün olabilmektedir. Sanayi devrimi ile başlayan ve 1945 yılında sona eren ikinci dünya savaşı sonrası insan gücüne olan ihtiyacın önemi artmıştır. Bilginin ve nitelikli işgücü olarak nitelendirilen beşeri sermayenin iktisadi gelişme üzerindeki etkilerini ölçmeye yönelik teorik ve ampirik çalışmalar halen yapılmakta ve beşeri sermayenin ekonomik büyümenin en önemli faktörlerinden biri olduğu görülmektedir.

Denison, (1962) tarafından bildirildiğine göre; yapılan çalışmada 1929-1960 yılları arası ABD ekonomisinde yıllık ortalama büyümenin %2.93 olduğu tespit edilmiştir. Bu büyümenin % 2'ye varan büyük bölümü beşeri sermaye ile açıklanırken % 0,92'lik kısmı emek ve sermayeye ayrılmıştır. Emek ve sermayenin beşeri sermayenin varlığına bağlı olduğu yapılan birçok çalışma ile ortaya konulmuştur (Karagül 2003).

Beşeri sermaye gelir dağılımında adaletin sağlanmasında, tarım ve sanayi sektöründe verimliliğin artmasına bağlı olarak istihdamın artması ve işsizliğin önemli ölçüde azalmasına, ülkeler arası gelişmişlik düzeylerinin farklılıklarının azalmasına önemli ölçüde katkı sağlamıştır (Eser ve Gökmen 2009: 43).

Mikro açıdan bakıldığında; Bireylerin beşeri sermayelerine yapılan yatırım arttıkça gelir seviyeleri de artmaktadır. Bu durum özellikle eğitim yatırımları için daha da geçerlidir. Yani eğitim seviyesi arttıkça elde edilen gelir miktarı da belli bir oran ile yükselmektedir (Emirkadı 2019).

Makro açıdan bakıldığında; neo klasik iktisatta görülen azalan verimler kanununun aksine beşeri sermaye için yapılan yatırımlar artan getiriye sahiptir. İkinci dünya savaşı sonrası Japonya ve Almanya'nın milli gelirlerinin artması ve iktisadi açıdan gelişmiş ekonomiye sahip olmalarının temel sebebi insana yapılan yatırımdan kaynaklanmaktadır. Doğal kaynaklar açısından fakir olan bu Ülkelerin savaş sonrası sermaye gücü önemli ölçüde tahrip edilmiştir. Bilgi ve beceri düzeyi yüksek beşeri

sermayeye yaptıkları yatırımlar sonrası teknolojik ürünlerin üretim ve ihracatında dünyanın ikinci ve üçüncü Ülkeleri arasına girmeyi başarmışlardır (Emirkadı 2019).

Bireylerin yaşam koşullarının iyileştirilmesi, eğitim harcamaları ve sağlık harcamalarına yapılan yatırımlarının artırılmasıyla mümkün olmaktadır. Sağlık harcamalarına yapılan yatırımlar kalkınma amacı doğrultusunda çoğunluğu devlet tarafından gerçekleştirilen uzun dönemde getirisi yüksek yatırımlardır. Kalkınma amacı ile yapılan bu yatırımların kamu eli ile gerçekleştirilmesinin diğer bir sebebi de sosyal faydasının özel faydasından daha fazla olmasıdır.

Anne ve bebek ölüm oranları, doğumda yaşam beklentisi, sağlıklı genç nüfus, nüfusun eğitim durumu, yaşam süresinin uzaması; sağlık harcamalarında beşeri sermayeye etki eden unsurlar olarak incelenmektedir. Bu göstergelere bakılarak sağlık hizmetlerine ayrılan payın ileriye dönük olarak beşeri sermayeye etkisinin önemi ortaya koyulmaktadır.

Amerika, Almanya, İsviçre, Norveç başta olmak üzere birçok Ülke ilaç endüstrisinin kârlılığı nedeniyle sağlık harcamalarına önemli oranlarda pay ayırmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların pandemi ile sonuçlandığı dönemlerde ölüm oranlarının artması dünya nüfusunun azalmasına; iktisadi açıdan enflasyonun yükselmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların bu dönemlerde etkisi daha net görülebilmektedir. Ülkelerin Araştırma ve geliştirmeye harcadıkları tutarlar ne kadar fazla olursa elde ettikleri başarı ve kârlılık oranları o kadar yüksek olacaktır. Son yaşanan pandemi ile ilaç endüstrisinde kendini geliştiren Almanya, İngiltere, Çin’de hastalık için bulunan aşılar Ülkede görülen bulaşıcı hastalığın yayılma hızını yavaşlatmakla birlikte büyük oranlarda kâr elde etmelerini sağlamıştır.

Beşeri kalkınma endeksi (HDI), birleşmiş milletler kalkınma programı (UNDP) tarafından geliştirilen hem ekonomik hem de sosyal kalkınmayı dikkate alan ve yaşam kalitesinin bir göstergesi olan çok yönlü bir ölçüttür. Beşeri kalkınma endeksi 3 göstergeye dayanılarak hesaplanmaktadır. Birincisi ortalama ömür, İkincisi eğitim durumu, Üçüncüsü satın alma gücü paritesine göre hesaplanan kişi başına reel milli gelirle ölçülen hayat standardıdır (UNDP 2020).

Tablo 3.1. İnsani gelişme endeksine göre Türkiye (1990-2020) İGE değerleri

YIL	DOĞUMDA YAŞAM BEKLENTİSİ	KİŞİ BAŞINA GSMH	İGE DEĞERİ
1990	64,3	11,214	0,579
1995	67,0	12,089	0,607
2000	70,0	13,656	0,655
2005	72,5	16,129	0,690
2010	74,2	17,804	0,734
2015	75,5	23,125	0,783
2020	77,7	27,701	0,820

Kaynak: Human Development Report Office, UNHDR 1990 -2020

Türkiye insani gelişme endeksi sıralamasında 1990-2020 yılına kadar geçen sürede % 40,7’lik bir artışla yüksek beşeri kalkınma gösteren Ülkeler arasına girmiştir. Beşeri sermayeye yapılan yatırımların kişi başına düşen gelirle aynı yönlü artış gösterdiği, kişi başına düşen milli gelirin % 121,4 artışla 27,701 dolara yükseldiği görülmektedir. Beklenen yaşam süresinin 13 yıl uzamasının sebebi sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların artırılmasından kaynaklanmaktadır (UNHDR 1990-2020).

3.2.2. Gelir dağılımı

Toplumun tüm fertlerinin refah düzeyini belirleyen kişi başına düşen gelir miktarıdır. Temel tüketim ihtiyaçlarını karşılamak için yapılan tüm harcamalar insan sağlığını doğrudan etkiler. Bireylerin temel tüketim ihtiyaçları haricinde gelirleriyle doğru orantılı artan, yatırım ve özel sağlık harcamaları ise tamamen tercihe dayanan lüks harcamalardır. Kişilerin gelir düzeyi yükseldikçe sağlık harcamaları için ayrılan pay artmaktadır. Gelir düzeyi düşük olan kişilerin temel gıda tüketimi gelirlerine oranla daha yüksek iken; gelir düzeyi yükseldikçe temel gıda tüketimleri gelir seviyesine oranla azalan oranla artmaktadır. Örnek olarak verilecek olursa yüksek gelir düzeyine sahip bireyin tüketimini temel gıdalar için artırmak yerine geliriyle ileriye dönük tasarruf amaçlı taşınmaz yatırımına yönelmesi; özele giren estetik amaçlı sağlık hizmetlerinden yararlanması sayılabilir. Sağlık harcamaları ile gelir dağılımı arasında aynı yönlü ilişki; gelir düzeyi ve temel tüketim ihtiyaçları ile ters yönlüdür (Aygün 2020).

Toplumun büyük çoğunluğunun kişi başına düşen gelirin belirtilen düzeyden daha düşük olduğu, gelir dağılımında adaletsizliğin giderilmediği ve arttığı durumlarda gıda yetersizliği nedeniyle fiziken ve bedenen sağlıklı insan sayısı artacaktır. Bu durumda sağlık harcamaları da artarak bütçe açığına neden olacaktır. İstenmeyen bir durum olsa da gelir dağılımı adaletsizliği hemen hemen tüm Ülkelerde görülen bir durumdur. Ülkenin milli gelirin artması durumunda kişi başına düşen gelirde artacak ve daha adil bir dağılım gerçekleşecektir. Buda Ülkelerin gelişmişlik düzeyine ve sağlıklı bireylerin sayısının artmasına katkıda bulunacaktır. Bu sebeple sağlık alanında yapılacak yatırımlar gelişmiş Ülke ekonomilerinin varlığı için gerekli olan birincil şarttır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan Ülkelerde yapılan sağlık harcamaları gelir elastikiyeti açısından değerlendirildiğinde normal ve lüks mal olarak ikiye ayrılır. Gelişmiş ülkelerde gelir elastikiyeti 1'e doğru azalma eğilimindedir ve normal mal olarak değerlendirilir (Getzen 1997, Işık 2010). Gelişmekte olan ülkelerde ise gelir elastikiyeti genelde 1'den büyüktür ve lüks mal olduğu sonucuna ulaşılır (Işık 2010)

Kişi başına düşen gelir artışı Ülkedeki refah seviyesindeki artışı yansıtır. Kişi başına düşen gelirin toplam nüfusa eşit olarak dağıtılmadığı, gelirin belirli bir kesim tarafından paylaşıldığı durumlarda refah artışından bahsedilemez (Acar 2002; Berkman 2008). Kişi başına düşen gelirin artması için Kamu kesiminin sağlık, eğitim ve yatırım harcamalarında finansman giderlerini artırması gerekmektedir. Birinci olarak yapılması gereken vergi ve sübvansiyonlarla gelir dağılımında adaletsizliğin zengin kesimden fakir kesime doğru aktarılmasını sağlamaktır.

Gelir dağılımında adaletsizliğin hesaplanmasında kullanılan iki yöntem vardır. Birincisi; Ülkeler için hesaplanan gini katsayısı ile gelirin belirli bir dönemde ekonomideki karar vericiler tarafından adil dağıtılıp dağıtılmadığıdır. İkincisi ise; 5 grupta kümülatif olarak sınıflandırılan her % 20'lik gruba düşen hanelerin kullanılabilir gelirlerinin, toplam kullanılabilir gelire oranlanması ile hanelerin gelire ilişkin yüzde paylarına ulaşılan ve her gruba düşen oranın birbirine yakın olması durumunda mutlak eşitlik durumundan söz edilebilen P/80- P/20 oranlarıdır. En zengin ve en fakir %20'lik grup arasında farkın 10 kata ulaşması halinde ekonomik bunalımın görüleceği ifade edilmektedir (Akbulut 2020).

Tablo 3.2. Türkiye’de kişi başına düşen hanehalkı gelirine göre gini katsayısı ve P/80-P/20 oranları 2019/2020

	Kişi Başına Düşen Gelir		Gini Katsayısı		P/80-P/20	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
TR, Türkiye	28.522	33.428	0,395	0,410	7,4	8,0
TR1, İstanbul	40.749	49.739	0,428	0,451	7,8	8,6
TR2, Batı Marmara	29.505	33.141	0,371	0,367	6,6	6,7
TR3, Ege	30.337	35.785	0,349	0,368	5,7	6,4
TR4, Doğu Marmara	29.249	33.579	0,305	0,302	4,6	4,6
TR5, Batı Anadolu	32.384	38.022	0,362	0,385	6,0	6,8
TR6, Akdeniz	24.969	29.520	0,375	0,391	6,7	7,2
TR7, Orta Anadolu	25.159	27.564	0,348	0,345	5,6	5,8
TR8, Batı Karadeniz	25.295	28.369	0,334	0,343	5,5	6,0
TR9,Doğu Karadeniz	26.851	31.064	0,348	0,346	5,9	5,8
TRA,Kuzeydoğu Anadolu	19.055	20.925	0,346	0,366	5,8	6,7
TRB,Ortadoğu Anadolu	17.420	19.185	0,345	0,362	5,6	6,4
TRC,Güneydoğu Anadolu	15.706	18.927	0,379	0,383	6,5	6,5

Kaynak: TUIK.gov.tr/ Gelir ve yaşam Koşulları Araştırma Bölgesel Sonuçları 2020

Türkiye’de 2019 yılı verileri baz alınarak yapılan araştırma sonuçlarına göre ortalama hane halkı geliri 28.522 TL’den 33.428 TL’ye yükselmiştir. 0,395 olan Gini katsayısı ise 0,410’a yükselmiştir. P/80-P/20 oranı ise 7,4’ten 8,0’a yükselmiştir. Türkiye’de ve bölgeler bazında değerlendirildiğinde gelir dağılımında adaletsizliğin bir sene içinde arttığı görülmektedir. 2010-2020 yılları arasında ise gini katsayısının 0,430’dan 0,400’e düşmesi, en zengin % 20’lik grupta en fakir %20’lik grup arasındaki farkın 8,0’dan 7,4’e düşmesi genel olarak adaletsizliğin azaldığını göstermektedir. Bölgelere bakıldığında en yüksek hane halkı geliri 49.739 TL ile İstanbul, en düşük hane halkı geliri 18.927 TL ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde olmuştur. Gini katsayıları ve P/80 P/20 oranlarına bakıldığında İstanbul’da 0,451-8,6 oranlar ile gelir dağılımındaki eşitsizliğin daha fazla görüldüğü bölge olmuştur. Adaletsizliğin en az olduğu bölge ise 0.302 ve 4,6 ile Doğu Marmara bölgesi olmuştur.

3.2.3. Teknoloji düzeyi

Teknoloji alt yapısının gelişebilmesi Ülkelerin Araştırma ve Geliştirmeye ayıracakları harcama tutarları ile doğru orantılıdır. Araştırma geliştirme için ayrılan payın artırılması yenilikçi ürünlerin geliştirilmesine, yetişecek bilim insanlarının başka ülkelere iş gücünün transfer edilmemesine, kâr marjı yüksek ürün tekniklerinin geliştirilmesi ve ihracına, yeni bulunan buluşların patent haklarını elinde bulundurmasına, ekonomilerin kalkınmasına imkân sağlayacaktır. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarda da gelişmiş teknoloji ile üretilen ürünlere ihtiyaç her geçen gün artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulması için kullanılan geliştirilmiş ürün, medikal cihaz ve biyobenzer ilaç çeşitliliği sunulan hizmete olan talebi hem kamu hem özel kesim için artıracaktır.

Teknolojik alt yapı Ülke çapında ve birimsel olarak kullanımı gerçekleştirilen bir süreçtir. Ülke çapında değerlendirildiğinde; ekonomik karar vericilerin bu alanda uygulayacakları politikalara bağlı plân ve projelerle gerçekleştirilir. Bunun için karar vericilerin uygulayacakları politikanın tek merkezden kontrol edilebilir olması problem yaşanmaması açısından önemli bir husustur. Üniversite-Sanayi iş birliği bu kapsamda ele alınır. Alınan politik kararlar ve gerçekleştirilecek projelerin ileriye dönük etkinliği deneysel boyutlarda incelenerek halka sunulmalıdır. Böylece insan sağlığının ön plânda tutulduğu, hataya yer vermeyecek geliştirilebilir ve yenilenebilir teknolojiye ulaşılır. Kamu ve özel kesim için maliyetleri düşürücü, emek ve iş gücü için pratik yöntemler sunan, zamandan tasarruf sağlayarak hizmet sunumunu kolaylaştıran hizmet ve ürünler elde edilmesi sağlık hizmetlerine katkı ve deneyim sunacaktır (Sargutan 2005).

Teknolojik alt yapının birim olarak kullanımı; en son teknoloji ile geliştirilen ürün çeşitliliğinin kamu ve özel kesim olarak sağlık hizmeti sunan birimlerce tercih edilerek tüketime sunulmasıdır. Tüketime sunulan hizmetlerin içeriğinde sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilmeyecek ürünlerin varlığı hizmetin sunumunu kolaylaştırmak için gereklidir (Sargutan 2005). Örnek olarak verilecek olursa hasta kayıtları ve işlenecek tahlil ve tetkikler için oluşturulan programlar, tıbbi ve tıbbi olmayan cihazların denetimi, bakımı, onarımı, uygulanabilirlik denetimi de bu kapsamda ele alınır. Gerekli alt yapının oluşturularak sunulması için yönetim yapısının

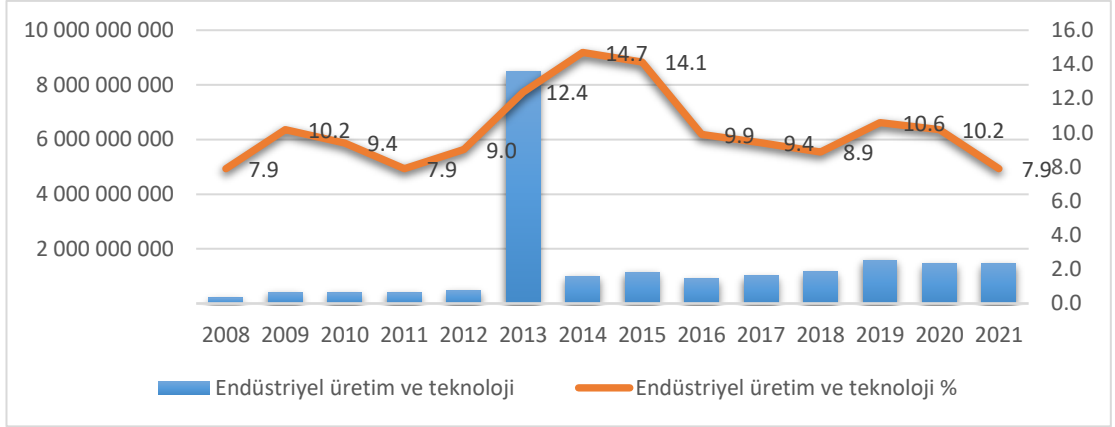
yeni yöntemlerle çeşitlendirilerek en uygun alt yapıyı uygulamaya koyabilmek gerekir.



Kaynak: data.tuik.gov.tr/AR_GE faaliyetleri için ayrılan ödenek ve harcamalar

Şekil 3.1. Türkiye’de en fazla ar-ge harcaması yapılan ilk beş sosyo ekonomik hedef

Tablo 3.3’de görüldüğü gibi 2020 yılında endüstriyel üretim ve teknoloji için devletin % 10, 2 pay ayırdığı görülmektedir. 2021 bütçe ödeneklerine göre bu alanda % 7,9 pay ayrılmıştır. 2008 yılında endüstriyel üretime sağlık harcamaları içinden 210.785.673 TL’lik toplam Ar-GE harcamalarına oranla % 7,9’ dur. 2020 yılında bu tutar 1.458.757.285 TL’ ye çıkarılmıştır. 2008-2021 yılları arasında sağlık harcamaları içinden ayrılan en yüksek yatırım payı %14,7 ile 2014 yılında olmuştur. Genel itibari ile bakıldığında 2014 yılına kadar artırılan yatırım harcama tutarı 2014 yılından sonra düşme eğilimindedir.



Kaynak: data.tuik.gov.tr/AR_GE faaliyetleri için ayrılan ödenek ve harcamalar

Şekil 3.2. 2008-2021 yılları arası endüstriyel üretim ve teknoloji için ayrılan pay

3.2.4. Nüfus artış hızının istihdama etkisi

Sağlığa yapılan yatırımların temeli insan olduğu için insana yapılan yatırım sağlıklı bireylerin sayısının artmasını ve ortalama ömrün yaş aralığının yükselmesini sağlayacaktır. Nüfusun artış hızının hem olumlu hem olumsuz yanları bulunmaktadır. Olumsuz yönleri daha çok, gelişmekte olan ülke ekonomilerinde görülen bir durumdur. Nüfusun artması ile kişi başına düşen gelir azalmakta bu da emeğin ucuzlaştırılmasına neden olmaktadır. İşgücü arzının iş gücü talebine eşit olmayacağı; emeğin ucuzlaması ile çalışmak isteyen kişi sayısının azalacağı böyle bir durumda istihdam olumsuz etkilenecektir. Yani nüfus artış hızına oranla işsizlik ters yönlü artacaktır. İş gücü arzı ve talebi aynı ölçüde değişmeyecektir.

Olumlu yönü ise gelişmiş ülkeler için geçerli bir durumdur. Teknolojik alt yapısı kuvvetli üreten gelişmiş Ülkelerde nüfus artışı sağlıklı bireylerin üretkenliğini artırmaya katkıda bulunacaktır. Sanayileşmiş ve üreten bir toplumda daima işgücüne ihtiyaç artacaktır. Çalışabilecek genç nüfusun artması ile daha fazla üretim gerçekleşecek, ihracat artacak, kişi başına düşen gelirden artacaktır. Nüfusun artış hızı işgücü arz ve talebini olumlu etkileyecek işsizlik azalacaktır.

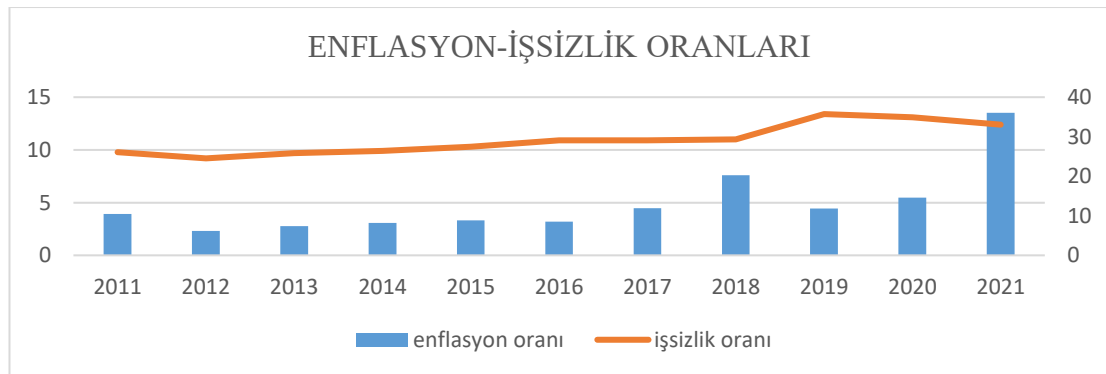
İşsizlik ile enflasyon arasındaki ters yönlü ilişkinin varlığını ilk olarak 1958 yılında İngiltere’de yaptığı çalışma sonucu bulan William Philips’in geliştirdiği Philips eğrisi ile açıklanan işsizlik değerleri; nüfus artışından enflasyon yönüyle de etkilenebilmektedir. Nüfus artışı ile kişi başına düşen harcamalardaki artışın talebi artırması, talep artışı ile arzında artması sonucu fiyat değişimelerindeki yukarı yönlü

hareket enflasyon oranlarını da yukarı yönde artıracaktır. Bu nedenle nüfusun istihdama etkisinin incelendiği çalışmalarda işsizlikle enflasyon ilişkisine de bakılmaktadır. Kısa dönem işsizlik ile enflasyon arasında ters yönlü ilişkinin varlığını açıklayan philips eğrisi enflasyonist beklentilerin etkilerine yer vermediği için uzun dönemde geçerli olan bir durum değildir. Yani uzun dönemde işsizlik ile enflasyon haddi arasında bir ilişki yoktur.

Tablo 3.3. 2011-2020 Türkiye’de Enflasyon ve İşsizlik Oranları

Yıl	Enflasyon oranı	İşsizlik oranı
2011	10,45	9,8
2012	6,16	9,2
2013	7,4	9,7
2014	8,17	9,9
2015	8,81	10,3
2016	8,53	10,9
2017	11,92	10,9
2018	20,3	11
2019	11,84	13,4
2020	14,6	13,1
2021	36,08	12,4

Kaynak: data.tuik.gov.tr/ enflasyon ve işsizlik oranları



Şekil 3.3. 2011-2020 Türkiye’de enflasyon ve işsizlik oranları

Şekil 3.3’de 2011-2020 yılları arası Türkiye’ de enflasyon oranlarında 2012 ve 2018 yıllarında bir önceki yıla göre düşüş izlenmiş diğer yıllarda enflasyon oranı artmıştır. 2011 yılından sonra döviz piyasasında yaşanan artışların finansal piyasaları etkilemesi nedeniyle 2012 yılında merkez bankasının fiyat istikrarına paralel olarak finansal istikrarı sağlamak için para politikasında yapmış olduğu uygulamalar kısa dönemde etkili olsa da 2012 yılından sonra alınan politik kararların etkisiyle döviz kurunun yükselişi önlenememiştir. Enflasyon oranının bir önceki yıla göre en çok artış gösterdiği yıllara bakıldığında 2018 ve 2021 yılları ön plana çıkmaktadır. 2018 yılında döviz kurlarında görülen ani yükselişlerin etkisiyle kamu alanında yapılan harcamaların borç yükünü artırması finansal piyasalardaki çöküşü hızlandırmıştır. 2021 yılında görülen yüksek enflasyon seviyesinin bir sebebi de 2019 yılında görülen küresel salgının etkilerinin sağlık harcamalarını artırmasıdır. İşsizlikteki artışlar 2011-2021 yılları arası enflasyon oranıyla aynı yönlü artış göstermiştir. İşsizlik oranlarının en yüksek olduğu yıllara bakıldığında 2018 yılında görülen finansal istikrarsızlık sonrası % 13,4 olarak gerçekleşen 2019 yılı ve % 13,1 ile küresel salgının görüldüğü 2020 yıllarıdır.

3.3. Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları

3.3.1. Ülkelere göre toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı

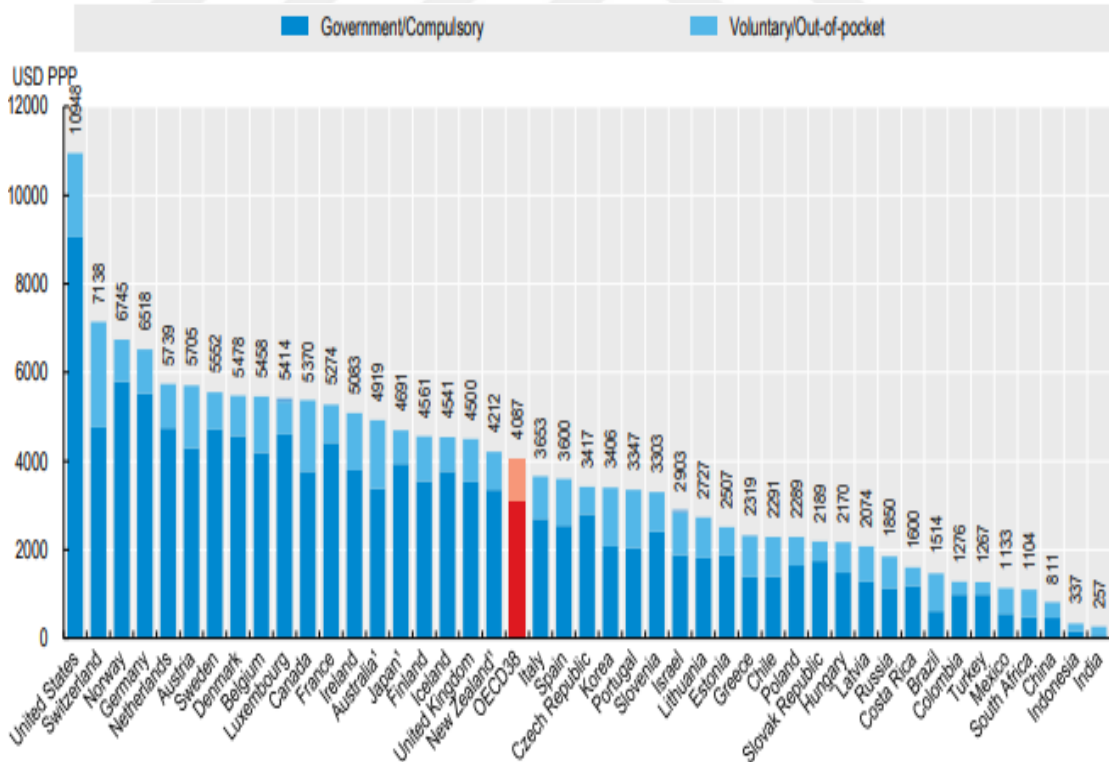
Tablo 3.4. Ülkelere göre toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı

Ülkeler %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Avusturalya	8.4	8.5	8.7	8.8	9.0	9.3	9.2	9.3	9.2	9.4	-
Fransa	9.6	9.2	8.9	8.4	7.9	8.1	8.3	8.1	8.0	7.8	-
Almanya	8.4	8.2	8.2	8.2	8.2	8.1	8.1	8.3	8.4	8.6	-
Yunanistan	10.5	10.7	10.7	10.3	9.5	7.3	7.4	7.1	6.9	6.7	7.2
İtalya	5.9	6.0	6.1	6.2	6.5	6.7	6.9	7.1	7.5	8.2	8.4
Japonya	6.8	6.5	6.3	6.1	6.2	6.5	6.6	6.5	6.5	7.0	7.6
Hollanda	10.0	9.7	9.7	9.4	9.3	9.3	9.4	9.3	9.4	9.5	10.1
Norveç	9.1	9.2	9.2	9.1	9.1	9.1	9.0	9.0	9.0	9.1	-
İsveç	5.0	4.8	4.9	5.1	5.2	5.3	5.3	5.4	5.3	5.6	-
Amerika	16.3	16.2	16.2	16.1	16.3	16.5	16.8	16.8	16.7	16.8	-
Birleşik Krallık	9.8	9.8	9.9	10.0	10.0	9.9	9.9	9.8	9.9	10.2	12.8
Türkiye	5.3	4.9	4.7	4.6	4.6	4.4	4.6	4.5	4.4	4.7	5.0

Kaynak: OECD Sağlık Data 2020 verileriyle hazırlanmıştır.

Tablo 3.4’de, Türkiye Sağlık harcamaları konusunda en az pay ayıran Ülke olmuştur. Avrupa Ülkelerinde Sağlık Harcamalarına ayrılan pay % 8’ in üzerinde yer almaktadır. Türkiye Sağlık harcamalarına ayrılan payda Avrupa Ülkeleri arasında en düşük paya sahip Ülkeler arasındadır. Amerika, İngiltere, Almanya, Hollanda, Norveç, Fransa vb. Avrupa Ülkelerinin GSYİH’ sının Türkiye’ ye göre daha yüksek olması bu farkın yüksek olmasının başlıca nedenlerindendir. Yukarıdaki tabloya göre Ülkelerin 2010-2020 arası sağlık harcamalarına ayırdıkları pay genel itibariyle artış göstermiş olup, 2019-2020 yıllarında diğer yıllara göre artışın daha fazla olduğu söylenebilir. 2019-2020 arasındaki sağlık harcamalarının payının daha yüksek olmasının sebepleri arasında 2019 yılında ortaya çıkan Covid-19 salgınının etkisi büyük ölçüde harcamalara yansımıştır. GSYİH’ ye göre gösterilen oranların Kişi başına düşen gelir ile ölçümü yapıldığında oranlar farklılık göstermekte olup, bu oranlar aşağıdaki tabloya göre değerlendirilmelidir.

3.3.2. Toplam sağlık harcamalarının kişi başına düşen gelir ile ölçümü

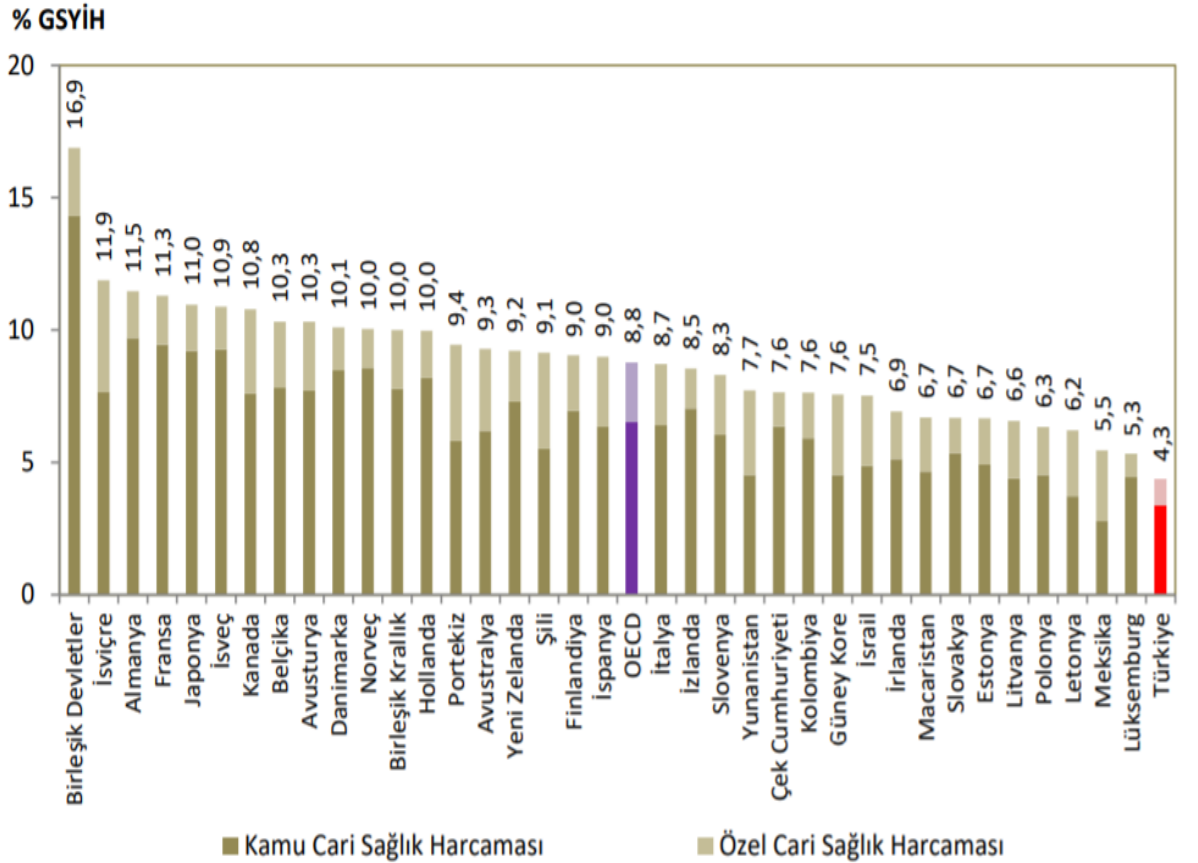


Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2021, DSÖ Küresel Sağlık Harcamaları Veritabanı

Şekil 3.4. 2019-2020 yılları arası ülkelere göre toplam sağlık harcamalarının kişi başına düşen gelir ile ölçümü

2019 yılına bakıldığında OECD verilerine göre kişi başına düşen sağlık harcama tutarının 4.000 doların üzerinde olduğu tahin edilmektedir. Sağlık harcamalarında Amerika Birleşik Devletleri neredeyse 11.000 dolar ile en yüksek değere sahip, İsviçre bir sonraki en çok harcama yapan Ülke, OECD Ülkelerine bakıldığında Norveç, Almanya, İsveç ABD’ nin yarısından fazlası tutarında harcama yapmış durumda. Japonya ve Birleşik Krallığın Sağlık Harcamaları OECD ortalaması civarında. OECD Ülkeleri arasında en düşük harcama yapan Ülkeler Kolombiya, Türkiye ve Meksika oldu. Çin’de Kişi başına düşen harcama tutarı OECD ortalamasının % 20’ sinin altındayken, hem Hindistan hem de Endonezya bu rakamın % 6 ila % 8’ini harcadı. (OECD 2021)

3.3.3. Cari sağlık harcamasının GSYİH içindeki karşılaştırması



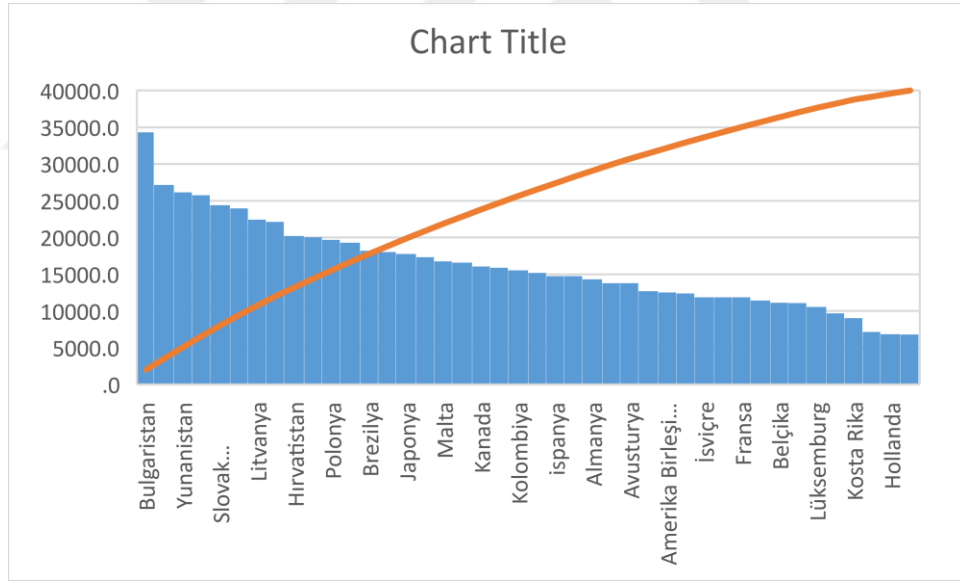
Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2021, DSÖ Küresel Sağlık Harcamaları Veritabanı

Şekil 3.5. 2018 yılı cari sağlık harcamasının GSYİH içindeki karşılaştırması %

Şekil 3.5 sağlık harcamalarının dağılımını göstermektedir. Sağlık hizmetinin kapsamı Kamu-özel zorunlu sigorta, gönüllü sigorta veya haneler tarafından doğrudan ödemeler yoluyla finanse edilir. Tüm sağlık harcamalarının % 76'sından fazlası Devlet tarafından veya zorunlu sigorta ile finanse edildi.

Şekil 3.5'e bakıldığında Birleşik devletler % 16,9 ile sağlık harcamalarına en fazla bütçe ayıran Ülke konumundadır. İsviçre, Almanya, Fransa, Japonya, Birleşik Devletlerden sonra % 11'in üzerinde sağlık harcamasına pay ayıran Ülkeler arasındadır. Türkiye % 4,3 ile en az paya sahip Ülkeler arasındadır. Kamu özel ayırımına bakıldığında ise cari harcamaların çoğunluğu kamu tarafından gerçekleştirilirken özel cari harcamalar genele bakıldığında % 4'lük oranlara yakın gerçekleşti. Özel cari harcamalara en fazla pay ayıran Ülkeler İsviçre, İsveç, Portekiz ve Şili oldu.

3.4. Toplam Sağlık Harcaması İçinde İlaç Harcama Oranları



Kaynak: data.oecd.org.tr/ sağlık istatistikleri

Şekil 3.6. 2017 2022 yılları arası ilaç harcama oranları

Şekil 3.6'da 2017-2022 yılları arasında 44 OECD Ülkesine ait toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcama oranları verilmiştir. Bu oranlara bakıldığında en fazla ilaç harcaması yapan Ülke % 34 ile Bulgaristan olmuştur. Bulgaristan'ı % 27 ile Macaristan % 26 ile Yunanistan takip etmektedir. En az ilaç harcama oranına sahip Ülke % 6,88 ile Hollanda olmuştur. Danimarka % 6,81 ile ilaç harcama oranının en

düşük olduğu ikinci ülkedir. Perakende satış ve hastane ilaç harcamalarında 2010-2019 yılları arası ortalama reel büyüme oranı en yüksek Ülke hastane ilaç harcamalarında % 15 ile İzlanda olurken, perakende satışta % 3.8 ile İsrail ve Kore olmuştur. Türkiye'nin en son veri seti 2000 yılında % 27,81 olarak verilmiştir (OECD 2020). Türkiye'de ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı 2015 yılı verilerine göre % 44 ile batı Ülkelerine göre daha yüksektir (SAĞ-DER 2020).

3.5. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Gelişimi

1961 tarihinde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili çıkarılan yasada sağlık hizmetlerinin tek elden devlet tarafından sunulması kabul edilmiştir (Kaya 2019). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, kırsal bölgelere kadar götürülerek herkesin bu haktan faydalanması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili 1961 tarihinde çıkarılan kanun 1982 Anayasasının 56.maddesine göre değiştirilmiştir. Değiştirilen yasada sağlık hizmetleri ile ilgili görevler devlet ile birlikte sağlık kurum ve kuruluşlarına da aynı yetki verilmiştir (Kaya 2019).

Sağlıkta dönüşüm programı 1999 yılında yapılan sağlık reformu çalışmalarındandır. Kaynakların etkin, verimli ve adaletli dağılımını sağlamak, kamunun harcama yükünü azaltmak bu programın temel amaçları arasındadır. Kamu harcamalarının yükünün azaltılması ile sağlık harcamalarının kullanım alanları kontrol altına alınacaktır. Bu dönemde ilaçlar için alınan katkı payı ödemeleri ile Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda bazı hizmetlerin bireyin cebinden ödenmesi yapılan sağlık reformu ile yasal hale getirilmiştir.

3.6. Türkiye'de Sağlık Harcamaları

Türkiye sağlık sistemine ayrılmış fonlarını daha çok tedavi edici hizmetler kapsamında hizmet sunumu için kullanmakta iken; günümüzde bu fonların kullanım alanını genişleterek genel sağlık sigortası, ilaç sektörü için araştırma geliştirme faaliyetleri, tıbbi ve tıbbi olmayan cihazların üretimi-tedariki, personel giderleri vb.. alanda çeşitli alt yapı yatırımları için kullanır hale gelmiştir. Buda sağlık harcama tutarlarını yıllar içinde daha da artırmıştır. Aşağıdaki tabloda 2011-2020 yılları arası sağlık harcamalarının toplam GSYİH' ye oranları verilmiştir.

Tablo 3.5. Sağlık harcama istatistikleri 2011/2020

YIL	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%) (R)
2011	68.607	4.9
2012	74.189	4.7
2013	84.390	4.6
2014	94.750	4.6
2015	104.568	4.4
2016	119.756	4.6
2017	140.647	4.5
2018	165.234	4.4
2019	201.031	4.7
2020	249.932	5.0

Kaynak: data.tuik.gov.tr/Sağlık Harcama İstatistikleri

Tablo 5 incelendiğinde 2011-2020 yıllarında sağlık harcaması 4 kat artmıştır. Sağlık harcama toplamının Gayri Safi Yurtiçi hasılaya oranı 2012 yılında azalırken sonraki senelerde bir önceki yıla oranla artış göstermiştir. Bu harcama tutarlarının büyük çoğunluğu kamu tarafından gerçekleştirilen harcamalardır. Sağlık harcama tutarlarının GSYİH' ye oranı 2011 yılından sonra bir önceki seneye göre 2018 yılına kadar azalış gösterirken, 2019- 2020 yıllarında bu oran artmıştır.

Tablo 3.6. 2019-2020 sağlık harcamalarının genel devlet, özel sektör payları

	2019 (Milyon TL)	Pay (%)	2020 (Milyon TL)	Pay(%)
Toplam Sağlık Harcaması	201 031	100.00	249 932	100.00
Genel Devlet	156 819	78.0	198 062	79.2
Merkezi Devlet	51 492	25.6	68 927	27.6
Mahalli İdareler	1 373	0.7	1 632	0.7
Sosyal Güvenlik Kurumu	103 954	51.7	127 504	51.0
Özel Sektör	44 212	22.0	51 869	20.8
Hane halkları	33 626	16.7	40 105	16.0
Sigorta Şirketleri	5 801	2.9	6 458	2.6
Diğer	4 785	2.4	5 306	2.1

Kaynak: data.tuik.gov.tr/Sağlık Harcama İstatistikleri

Devletin 2019 yılında yapmış olduğu sağlık harcamasının toplam harcamaya oranı %78,0'la ilk sıradadır. Sosyal Güvenlik Kurumu 103.954 milyon TL ile % 51,7 oranında harcama yaparak ikinci en büyük harcamaya sahip kurumdur. Merkezi bütçeden 51.492 milyon TL ile % 25,6 oranında toplam harcama oranında paya sahiptir. Mahalli idarelerin payı 1.373 milyon TL ile harcama yapan kurumlar arasında en düşük paya sahiptir. Bir önceki seneye göre toplam harcama içindeki payında % 0,2 oranında bir azalma olmuştur. Özel sektör harcama payı bir önceki seneye göre kıyaslandığında % 22,5'ten % 22' ye gerilemiştir. Hane halkının yaptığı harcamalar 33.626 milyon TL ile % 16,7 oranında paya sahiptir.

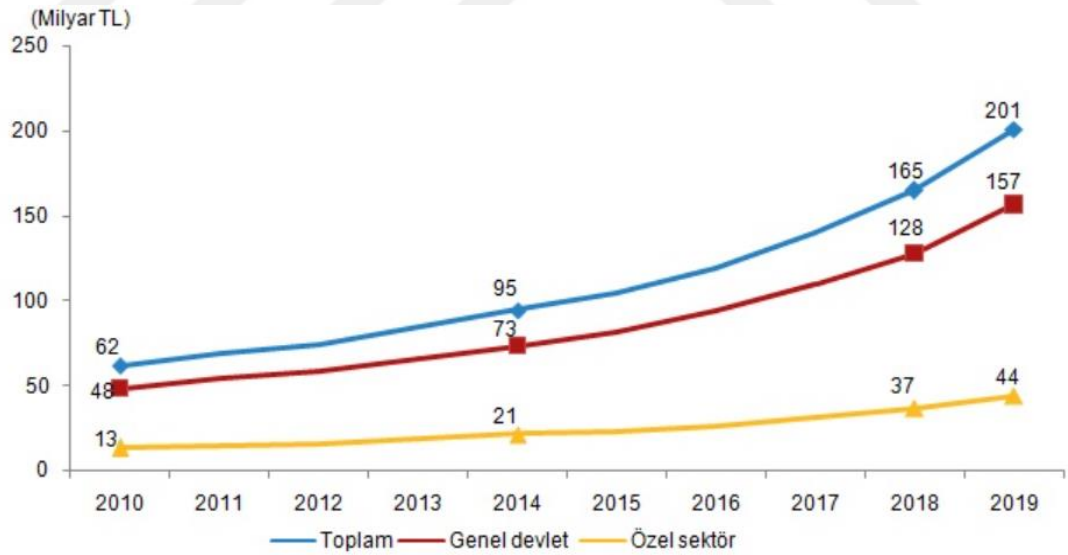
3.6.1. Kamu-özel sağlık harcamaları

10 yıllık sağlık harcama tutarları incelendiğinde genel itibari ile harcama oranlarının büyük çoğunluğu devlet tarafından kamu eliyle gerçekleştirilmekte olduğu görölmektedir. Sağlık harcamalarının kamu finansmanı ile yapılan bölümü; Sağlık Bakanlığı bünyesindeki birinci ve ikinci basamak kuruluşlar, Üniversitelerdeki üçüncü basamak sağlık kuruluşları, Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu, yerel yönetimlerin Valilik bünyesinde koruma kapsamında olan İl Göç İdare Müdürlüklerince karşılanmaktadır. 2011 yılından itibaren % 80'e yakın oran kamuya aittir. % 20'lik bir kısmı özel kesim tarafından karşılanmaktadır. Özel kesimin harcama oranları 2011 yılından 2019 yılına kadar artış göstermiştir. 2019 yılında özel sektördeki azalışın nedeni; 2019 yılında çıkan ve 2021 yılına kadar devam eden pandemi nedeniyle devlet destekli harcamaların daha fazla yapılma gerekliliğidir.

Tablo 3.7. 2011-2020 kamu-özel sağlık harcama oranları

YIL	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Genel Devlet Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık harcamasına Oranı (%)	Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)
2011	68.607	79.6	20.4
2012	74.189	79.2	20.8
2013	84.390	78.5	21.5
2014	94.750	77.4	22.6
2015	104.568	78.5	21.5
2016	119.756	78.5	21.5
2017	140.647	78.0	22.0
2018	165.234	77.5	22.5
2019	201.031	78.0	22.0
2020	249.932	79.2	20.8

Kaynak: Sağlık Bakanlığı/Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020



Kaynak: data.tuik.gov.tr/Sağlık harcama istatistikleri 2020

Şekil 3.7. 2010-2019 kamu-özel sağlık harcaması

Toplam sağlık harcaması 2019 yılında 201 milyar TL'ye ulaşmıştır. 2018 yılına göre % 21,7'lik bir artışla 31 milyon TL'lik daha fazla harcama yapılmıştır. Bu

harcamaların 157 milyar TL’lik kısmı Devlet tarafından karşılanmıştır. Devletin yapmış olduğu sağlık harcaması bir önceki yıla göre % 22,5 oranında artmıştır. Bu harcamaların 44 milyar TL’lik kısmı Özel sektöre aittir. Bir önceki yıla göre % 18,8’lik bir artış görülmüştür.

3.6.2. Kişi başına düşen sağlık harcamaları

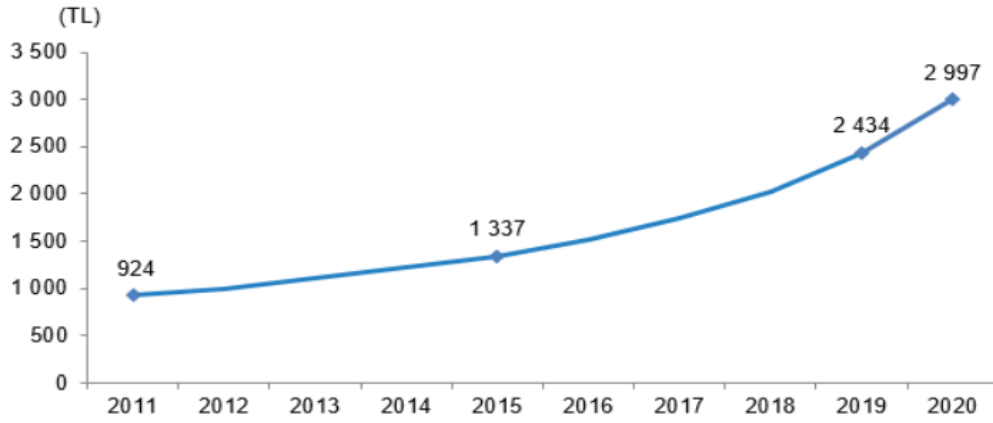
Sağlık harcamaları sağlık hizmetleri kapsamında her bir fert için ayrı ayrı verilir. Bir yıl içinde yapılan harcama tutarlarının toplamının kişi başına düşen maliyeti toplam harcama tutarının ülke nüfusuna bölünmesiyle elde edilir. Dünya Sağlık Örgütünün 2016 baz yılı verileri ile hesapladığı toplam sağlık harcama tutarı 7,3 trilyon dolardır. Gelişmiş ülkelerde kişi başına düşen tutar 2.257 dolara kadar çıkmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise 270 dolar civarındadır. Gelişmemiş Ülkelerde ise bu tutar 58 dolara kadar düşmektedir.

Tablo 3.8. 2011-2020 Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcaması

YIL	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (TL)
2011	924
2012	987
2013	1108
2014	1228
2015	1337
2016	1511
2017	1751
2018	2030
2019	2434
2020	2997

Kaynak: Sağlık Bakanlığı/Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020

Tablo 3.8’e bakıldığında kişi başına düşen sağlık harcama oranları her yıl artmıştır. Bu artışın nedeni toplam sağlık harcama tutarlarının da artmasından kaynaklanmaktadır. Dünya sağlık örgütünün verileri ile bakıldığında 2020 yılında 180 dolar ile gelişmekte olan ülkelerin ayırdığı kaynağın altında kalmıştır.



Kaynak: data.tuik.gov.tr/ sağlık harcama istatistikleri

Şekil 3.8. Kişı Başına Sağlık Harcaması 2011, 2020

Şekil 3.8’de Kişı başına sağlık harcamaları 2011 yılından itibaren düzenli aralıklarla artış göstermiştir. 2015 yılından sonra 2 milyon 434 bin TL ile iki katına kadar çıkmıştır. 2019-2020 aralığı değerlendirildiğinde %23,1 oranında artışla 2 milyon 997 bin TL’ye yükselmiştir.

3.6.3. Cari-yatırım harcamaları

Tablo 3.9. 2019-2020 cari-yatırım harcamaları

	2019 (Milyon TL)	Pay (%)	2020 (Milyon TL)	Pay(%)
Toplam Sağlık Harcaması	201 031	100.00	249 932	100.00
Cari sağlık harcaması	188 237	93.6	233 062	93.3
Hastaneler	97 446	48.5	123 397	49.4
Evde Hemşirelik Bakımı	1	0.0	1	0.0
Ayakta bakım sunanlar	23 971	11.9	25 664	10.3
Perakende satış ve tıbbi malzeme sunanlar	51 922	25.8	63 053	25.2
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	8 884	4.4	13 055	5.2
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	949	0.5	1 166	0.5
Sınıflandırılmayan kategori	5 065	2.5	6 726	2.7
Yatırım	12 794	6.4	16 870	6.7

Kaynak: data.tuik.gov.tr/ sağlık harcama istatistikleri

Tablo 3.9’da 2019 yılı toplam sağlık harcaması 201.031 milyon TL’dir. Bu harcamalar içinde en yüksek paya sahip olan cari sağlık harcamalarıdır 2019’da 188 milyar 237 milyon TL’lik harcama % 23,8 oranında artışla 2020 yılında 233 milyar 062 milyon TL’ye yükseldi. Harcama tutarı artarken toplam harcama içindeki payı % 93,3’e geriledi. Cari harcamalar içinde en yüksek pay yine Hastanelerin oldu 123 milyar 397 milyon TL’lik harcama oranı ile % 49,4’lük bir paya sahip oldu. Yatırım harcamalarına bakıldığında 2019’da 12 milyar 794 milyon TL’lik harcama tutarı % 31,9 artışla 16 milyar 870 milyon TL’ye yükseldi. Yatırım harcamalarının artış oranı ile doğru orantılı cari harcamalarda artış göstermiştir.

Cari sağlık harcamalarının GSYİH’ ye oranı bir önceki yıla göre % 4,4’ten % 4,6’ya yükselmiştir. Hane halkının cepten yapmış olduğu harcamalar ise 2019 yılına göre % 16,7’den % 16’ ya düşmüştür. İlaç ve tedavi amaçlı yapılan hane halkı harcamaları 2020 yılında 40 milyar 105 milyon TL tutarında gerçekleşmiş olup, harcama tutarı bir önceki yıla göre % 19,3 oranında arttı. Harcama tutarının yüzde olarak artmasının nedeni artan enflasyona bağlı olarak ilaç fiyatlarının yükselmesi iken, kutu adedi bazında 2020 yılındaki düşüşün sebebi ise fiyatlardaki artış ile birlikte ithalattaki azalmalar olarak değerlendirilebilir.

Tablo 3.10. 2010-2019 Cari-Yatırım Harcamalarının GSYİH’ye Oranı

YIL	GSYİH	CARİ SAĞLIK HARCAMASI	CARİ SAĞLIK HARCAMASININ GSYİH’ YE ORANI (%)	YATIRIM HARCAMASI	YATIRIM HARCAMASININ GSYİH’ YE ORANI(%)
2010	1 167 664	58 623	5.0	3 054	0.3
2011	1 404 928	65 372	4.7	3 236	0.2
2012	1 581 479	70 288	4.4	3 901	0.2
2013	1 823 427	79 702	4.4	4 688	0.3
2014	2 054 898	88 878	4.3	5 871	0.3
2015	2 350 941	96 786	4.1	7 782	0.3
2016	2 626 560	112 540	4.3	7 216	0.3
2017	3 133 704	130 981	4.2	9 666	0.3
2018	3 758 316	154 998	4.1	10 236	0.3
2019	4 320 191	187 673	4.3	13 357	0.3

Kaynak: data.tuik.gov.tr/ sağlık harcama istatistikleri

Tablo 3.10'a bakıldığında cari, yatırım harcaması verileri değerlendirildiğinde cari ve yatırım harcaması tutarları 10 yıl içinde artmış olup GSYİH' ye oranla düşüş görülmüştür. Cari sağlık ve yatırım harcamalarında GSYİH' ye oranla görülen düşüşün nedeni 2010 öncesinde yaşanan 2008 ekonomik krizinden etkilenmiş olmasıdır. 2019 yılında sağlık harcaması oranlarında diğer yıllara göre artış görülmüştür. 2019 Mart ayında çıkan salgın ile birlikte sağlık harcaması kalemlerinde özelden genele doğru harcaması tutarları artmıştır. Dünya geneli görülen salgının tüm Ülkeler tarafından bütçelerinde ayrılan payların büyüklüğü düşünüldüğünde Ülkemiz açısından da kamudaki sağlık harcaması oranlarına daha fazla yer ayrılmış olduğu görülmektedir.



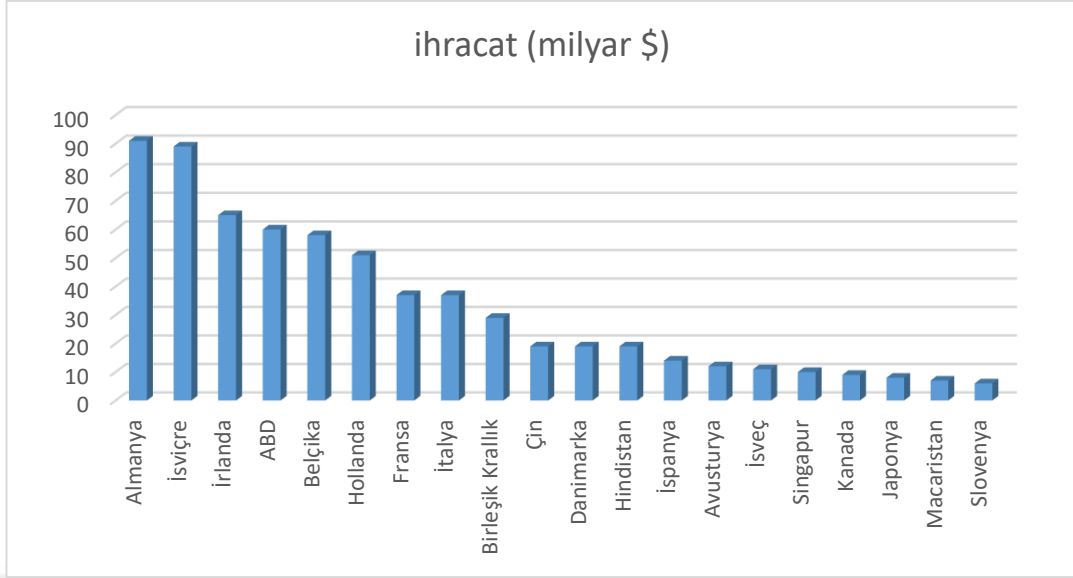
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TÜRKİYE’DE İLAÇ SANAYİ SEKTÖRÜ

4.1. İlaç Sanayi Sektörü

İlaç sektörü 2019 yılına kadar Covid-19 salgınının da etkisiyle istenilen düzeyde ilerleme gerçekleştirememiştir. 2020 yılından sonra Ülkelerin salgın ile mücadeleye alışması ve aşı çalışmalarına verilen ağırlık nedeniyle; Türkiye’de de ilaç sektöründe üretim ve pazar payı diğer yıllara oranla artış göstermiştir. İhracat oranı 2020 yılında % 27,3 oranında büyümüştür. Bu oran 1.84 milyar dolara tekabül etmektedir. Bu dönemde ithalatımızın ihracatı karşılama oranı % 1,5 artarak 5,64 milyar dolara yaklaşmıştır. 2018 yılına bakıldığında ithalat rakamları 4,9 milyar dolar tutarında gerçekleşmiştir. İthalat bağımlılık oranı bir önceki yıla göre artış göstermiştir. İhracat rakamları ise yaklaşık 1,2 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir. 2018 yılında ihracatın ithalatı karşılama oranı % 25,9 olarak gerçekleşirken 2020 yılında % 32,6 olmuştur. Bu rakamlara bakıldığında dış ticaret açığı %13,9 seviyelerinden % 7,6 seviyelerine kadar gerilemiştir. İhracatta görülen büyüme ilk defa % 1’in üzerinde gerçekleşmiştir. İlerleyen dönemlerde bu oranın çok daha fazla büyümesi Ülke ekonomisinin refah düzeyini ve memnuniyet ölçütünü daha da artıracaktır (Anonim 2021c).

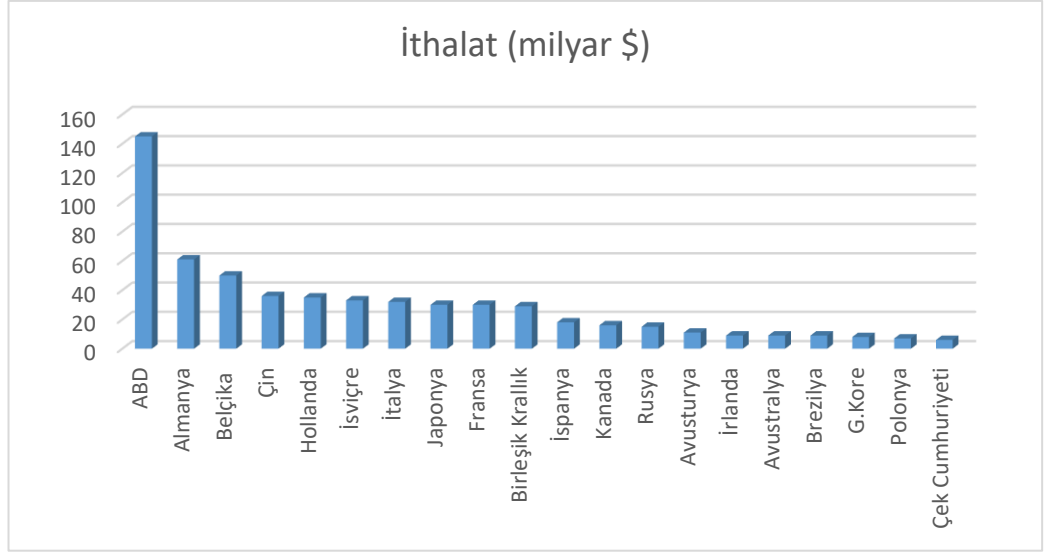
2018 yılı dünya ilaç ihracatı 656 milyar dolar ve ilaç ihracatı yapan On Ülkenin toplam ihracat içerisindeki payı %78’dir. Türkiye ihracat sıralamasında 30. sırada yer almaktadır. Bu ülkelerin % 78’lik bir oranla ilaç piyasasına hakim konumdadırlar. Bu firmalar ve bağlı oldukları Ülkelerin tedarik zincirinde tekel olarak fiyatları etkileyebilme güçleri oldukça yüksektir. İlaç arzının kesilmemesi amacıyla ilaç bağımlılık oranları yüksek olan Ülkeler yüksek maliyetleri kabul etmek zorunda kalabilirler. Küresel salgınların yaygın olarak görüldüğü dönemlerde malzemeye ve ilaca olan ihtiyaç daha da artacaktır. İlaç stoğunu artırmak isteyen dışa bağımlı Ülkeler daha fazla maliyete katlanarak ilaç stoğunu artırmak zorunda kalacaktır. Son görülen Covid-19 salgınında Türkiye’nin Çin ile meydana gelen ilaç ithalatındaki sıkıntı buna örnek gösterilebilir.



Kaynak: Trademap SVGm hesapları 2020

Şekil 4.1. İhracatta ilk 20 ülke (Milyar \$) 2019

Şekil 4.1’de 2019 yılına ait ihracat verilerine bakıldığında 91 milyar dolarla Almanya ilk sırada yer almaktadır. İsviçre 89 milyar dolarla ikinci sırada Almanya’yı izlemektedir. Sırasıyla İrlanda, ABD, Belçika, Hollanda ihracatta önemli paya sahip ilk 5 Ülke arasındadır. Slovenya ve Macaristan’ da ilk yirmide ilaç sektöründe faaliyet gösteren ihracat yapan Ülkeler arasındadırlar. Toplam ilaç ihracatı 656 milyar dolardır. İhracatta payı verilen ilk on Ülkenin toplam ihracat içindeki payı % 77’dir. Türkiye ihracat sıralamasında 29. sırada yer almaktadır. Bir önceki yıla göre 1 sıra yükselmiştir. İhracat payının yüksek olduğu ilk beş ülke ihracat rakamları dünya ihracat payının yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Ekonomik kalkınma düzeylerine bakıldığında refah düzeyi yüksek olan Ülkelerin ihracata ve ilaç sektörüne hakim Ülkeler olduğu görülmektedir. İGE değerleri de yüksek olan bu Ülkeler GSYİH’ye göre sağlık harcamalarına daha yüksek oranlarda pay ayıran Ülkeler arasındadır (Anonim 2019a).



Kaynak: Trademap SVG M Hesaplamaları 2020

Şekil 4.2. İlaç İthalatında ilk 20 ülke

Şekil 4.2’de 2019 yılında ilaç ithalatında ilk 20’de yer alan Ülkeler verilmiştir. 145 milyar dolarla ABD ilk sırada yer almaktadır. İhracat rakamlarında ilk sırada yer alan Almanya 61 milyar dolarla ikinci sıradadır. Sırasıyla Belçika, Çin, Hollanda ilk beşte yer almaktadır. İlk 20 Ülke arasında yer alan Polonya 7 milyar dolarla on dokuzuncu ve Çek Cumhuriyeti 6 milyar dolarla yirminci sıradadır. Toplam ithalat rakamı 730 milyar tutarındadır. Türkiye ithallata 22. Sıradadır. On Ülkeye ait ithalat rakamları toplam ithalatın % 66’sıyla yarısından fazlasını oluşturmaktadır.

Tablo 4.1. Küresel satışa göre ilk 10 ilaç firması

Firma	Ülke	Satış (milyar \$)	Ar-Ge Harcaması (Milyar \$)
Roche	İsviçre	48,247	10,293
Novartis	İsviçre	46,085	8,386
Pfizer	ABD	43,662	7,988
Merck&Co	ABD	40,903	8,73
Bristol Myers Squibb	ABD	40,689	9,381
Jhonson&Jhonson	ABD	40,083	8,834
Sanofi	Fransa	34,924	6,071
AbbVie	ABD	32,351	4,989
Glaxo Smith Kline	İngiltere	31,288	5,541
Takeda	Japonya	29,247	4,432

Kaynak: Forbes Global 2000, 2020

2500 firmanın ilaç firma verilerinin toplanması ile elde edilen Ar-Ge araştırma sonuçları Tablo 4.1’de verilmiştir. İlk 10 arasında yer alan bu firmalar Ar-Ge harcamalarına en çok pay ayıran; Ar-Ge harcamalarının % 76’ sına sahip firmalardır. Ar-Ge harcaması ve satış hacmi yüksek olan firmaların birinci sırasında Roche ile İsviçre gelmektedir. Aynı ülkede faaliyet gösteren Novartis ikinci sırada yer almaktadır. Ülke olarak ABD’ de faaliyet gösteren Pfizer, Merck&Co, Bristol Myers Squibb ilk beşte yer alan firmalardır. Harcanan Ar-Ge harcama tutarıyla orantılı yüksek satış hacmine sahip bu firmalar piyasada küresel çapta ilaç satışı gerçekleştiren önemli ilaç firmalardır.

Evaluate Pharma 500 büyük ilaç ve biyoteknoloji firması verileri ile elde ettiği analiz sonuçlarına göre; 2019 yılında 186 milyar dolar tutarında Ar-Ge harcaması yapılmıştır. 2019 yılında 910 milyar dolarlık reçeteli ilaç satışı gerçekleştirilmiştir. Harcamalara ayrılan paydan 7 kat fazla gerçekleşen ilaç satış rakamları AR-Ge harcamalarının önemini göstermektedir. Harcamalara ayrılan paydan 7 kat fazla gerçekleşen ilaç satış rakamları AR-Ge harcamalarının önemini göstermektedir (Anonim 2022m).

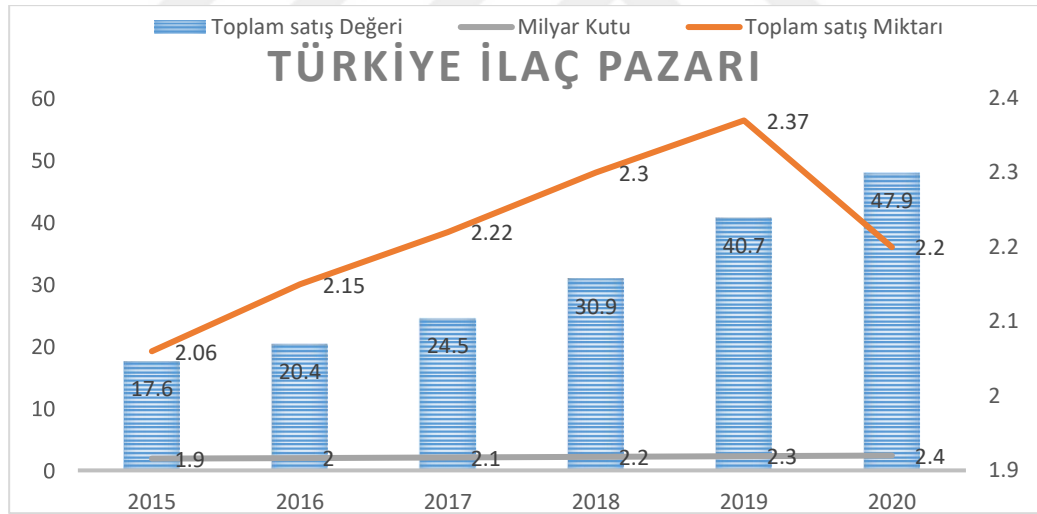
Reçeteli ilaç satışında ilk sırada onkoloji ilaçları yer almaktadır. Diyabet ilaçları, bağışıklık sistemi zayıf veya çökmüş durumda olan hastalara verilen immünösüpresif ilaçlar, romatizma ilaçları ve aşılar da en çok reçeteli satış yapılan ilaçlar arasındadır. Ar-Ge harcamaların sektörlere göre dağılımında ilaç ve biyoteknoloji sektörünün payı 2019 yılında % 15’e yakındır. Yüksek maliyetli olması ve Ar-Ge sonuçlarının zaman alması nedeniyle Ar-Ge payları düşüktür.

4.2. Türkiye’de İlaç Sektörü

Türkiye 1990’lı yıllardan itibaren ilaç pazarında faaliyet göstermektedir. 2001 yılından sonra ilaç sektörüne harcamalar yönünden daha fazla bütçe ayrılmaya başlanmıştır. SSK ilaç fabrikası 2005 yılında kapatılmıştır. Tekelciliğe neden olabilecek Jenerik ilaç üretiminin önemli olduğu dünya pazarında Türkiye’nin ilaç pazarını genişletme olanağı bulunan bir ilaç fabrikasının kapatılması olumsuz bir durumdur. Devlet bünyesinde hizmet veren fabrikanın kapatılması ve özel sektörün payını artıracak ilaç protokolleri ile özel sektör bu alanda hakim duruma gelmiştir. Kârlılık oranları ile sektörde etkinliklerini artırmışlardır (Anonim 2022n).

İlaç sektörünün üretim hacmi ve ticaret kapasitesinin çok yüksek düzeylerde olması, insan sağlığına yönelik olması bu sektörün önemini artırmaktadır. Türkiye ilaç pazarı olarak dünyanın en büyük 18. pazarı arasındadır. İlaç sektörünün yükselen kârlılık payı küresel olarak rekabetçi olduğu bu ortamda Türkiye’ de yer almaktadır. Özel üretim teknolojisi gereken ilaçlar (biyoteknolojik) dışında ilaç sektöründe Türkiye’de yer almaktadır. Sektöre yeni kazandırılmış ilaçlar buluş sahibine patent ile koruma sağlamaktadır. Fikri ve sınai mülkiyet hakkı 20 yıl sürmektedir. Orijinal içeriğe sahip ilaçlar patentini almış firmaya büyük ölçüde kâr ve ayrıcalık getirmektedir. Bu açıdan bakıldığında Türkiye’nin orijinal ilaç üretiminde bulunması ekonomik göstergeler açısından oldukça önemlidir.

Türkiye’de ilaç pazarı verilerine bakıldığında, 2019 yılında 41 milyar TL tutarında satış gerçekleştirmiştir. Bir önceki yıla kıyaslandığında 9 milyar TL satış hacmini artırmıştır. Kutu olarak ilaç satış rakamlarına bakıldığında 2,4 milyar TL ile bir önceki yıla göre yarım milyara yakın kutu satış hacmi genişlemiştir.



Kaynak: IQVIA,İEİS

Şekil 4.3. İlaç pazarı (üretici fiyatlarıyla)

Şekil 4.3’te ilaç pazarında meydana gelen toplam satış miktarının, toplam satış değeri kutu bazında ölçülmüştür. 2019 yılına kadar meydana gelen satış miktarındaki artış, 2020 yılında kutu bazında ve satış değerindeki artışa rağmen % 7 küçülerek 2,2 milyar hacme daralmıştır (Anonim 2022o).

4.3. Sektörde Üretilen Başlıca Ürünler ve İşyeri İstihdam Sayıları

İlaç sektörü tarım, gıda ve kimya sektörleri başta olmak üzere birçok sektörle etkileşim halindedir. Genetik ve moleküler biyoloji alanında yapılan çalışmalar biyoteknolojik ilaçların geliştirilmesine ve üretilmesine katkıda bulunmaktadır. 2019 yılında Türkiye’de ilaç pazarında da 21 milyar TL’lik ilaç satışı gerçekleşmiştir. Bu ilaçların üretiminin çoğu Marmara Bölgesinde ve şehir olarak İstanbul’da bulunmaktadır. İlaç pazarının bu bölgelerde yoğunlaşmasının nedeni ulaşım ve altyapıya erişimin kolay olması, personel tedarikinin daha kolay olması gösterilebilir.

Tablo 4.2. Satışlara göre Türkiye’de ilk 8 ilaç firması

Firma	Üretimden Net Satış (TL)	İhracat (Bin \$)	Ücretle Çalışan Ortalaması (adet)
Abdi İbrahim İlaç ve San. ve Tic. A.Ş	2.141.053.054	61.747	3.544
Koçak Farma İlaç ve Kimya San. A.Ş.	1.448.246.088	–	–
Deva Holding A.Ş.	1.374.156.778	26.867	2.237
Nobel İlaç San. ve Tic. A.Ş.	968.904.769	85.226	1.340
Santa Farma İlaç San. A.Ş.	654.688.795	3.266	1.051
İ.E Ulagay İlaç San. T.A.Ş	325.920.977	–	-
Biofarma İlaç San. T.A.Ş	203.976.944	5.303	576
Adeka İlaç San. T.A.Ş	196.023.200	–	490

Kaynak: www.iso500.org.tr

Tablo 4.2’deki 8 ilaç firmasının net satışlarına bakıldığında Abdi İbrahim İlaç en çok satış hacmine ve ihracat hacmine sahip firmadır. Koçak Farma Türkiye genelinde satış hacmi bir milyonun üstünde ve ikinci sıradadır. Deva Holding net satış tutarı ile ilk üç firma arasındadır. İhracat payıyla ikinci sıradadır. 8 firmada çalışan toplam kişi 9.241 kişidir. Bu çalışanların yarısından fazlası eğitim seviyesi yüksek kalifiye elemanlardan oluşmaktadır. Bu 8 firmadan 5’i ihracat yapmaktadır.

4.4. İlaç Sektöründe AR-GE Faaliyeti

İnsan ve toplumun bilgisinden yararlanılarak sistem ve uygulamalar tasarlamak üzere sistematik bir temelde yürütülen çalışmalar Ar-Ge faaliyeti olarak değerlendirilir. İlaç sektöründe Ar-Ge çalışmaları önemli bir yere sahiptir. Teknolojik alt yapının güçlü olması Ar-Ge çalışmalarının sonuçları açısından oldukça önemlidir.

Yeni bir molekülün keşfi, keşfedilen molekülün güvenilir ve yararlı olabileceğine dair klinik araştırmalar ve var olan ürünler için geliştirilen yeni eş değer ürünlere yönelik çalışmalar bu kapsamda değerlendirilirler.

Ülkemizde referans/eşdeğer ilaç üretimi yapılmaktadır. Gelişmiş Ülkelerdeki yeni buluşlar ve alınan patentlerin getirmiş olduğu tekel hakları, yeni bir araştırmaya yapılacak maliyetlerin yüksek oluşu, teknolojik alt yapıya uygunluğu, toplam talebi karşılayabilme kapasitesi, Ülkede ilaç fiyatlarında uygulanan baskılar nedeniyle kâr marjının düşük olması, araştırması yapılan yeni ilaç molekülünün uzun bir süreç içermesi nedeniyle Ar-Ge çalışmaları yapan firmalar; ilaç sektöründe yenilikçi bir ilaç yerine ilacın geliştirilmiş yeni versiyonlarını üretmeye yönelmişlerdir. 2018 yılında Eczacılık ürünlerinin imalatı için 584 milyon TL Ar-Ge harcaması yapılmış olması ve ürünlerin imalatı için harcanan tutarın bir önceki yıl ile kıyaslandığında % 86'lık bir yükselme AR-Ge'ye verilen teşviklerin oranlarının arttığını göstermektedir. Be sebeple henüz gelişmiş ülkelerde görülen ilaç sektörleri paylarıyla rekabet edebilecek pazar paylarımızın oluşması daha çok zaman isteyen bir konudur. Ülkemizde toplam 34 ilaç firması Ar-Ge merkezi olarak hizmet vermektedir. Bu merkezlerin yarısına yakın kısmı İstanbul ve yakın illerde bulunmaktadır.

4.5. Dış Ticaret Payları

Teknolojik alt yapının el vermediği, telif hakkı bulunan önemli gruptaki hastalıklara yönelik ilaçların çoğu dışarıdan ithal edilmektedir. Kronik hastalıklar, kemoterapi ilaçları, insülin ilaçları ve bazı aşılar ithalatı yapılan ilaç grubunun en yüksek payına sahiptirler.

Bir önceki yıla göre ithalat oranı %8 oranında bir artışla 5,3 milyar dolara yükselmiştir. 2019 yılında toplam ithalat 203 milyar dolardır. Bir önceki seneye oranla 20 milyar dolarlık bir düşüş görülmüştür. Satış miktarlarına yansıyan bu düşüşler daha yüksek maliyetle temin edilen ithal ilaçların satış miktarına yansımış, toplam ithal ilaçların payı %2,3'ten %2,6'ya yükselmiştir. Sektörde en fazla ithalat yapılan ilk 4 Ülke 2018'de ve 2019'da Almanya, ABD, Güney Kore, İtalya olmuştur. 2018 yılında ilk beş Ülke arasında olan İsviçre yerine 2019 yılında Fransa geçmiştir. 5 yıllık ithalat oranlarına bakıldığında % 14,3 oranında artış göstermiştir (Anonim 2022o).

2020 yılında yıllık bazda % 27,3 oranında bir artışla 1,84 milyara ulaşmıştır. Bu artış % 12,3'lük bir büyümeyi göstermektedir. 2018 yılı yaklaşık 168 milyar dolar

seviyesinde gerçekleşen toplam ihracat oranı 2019 yılında 171 milyar dolara yükselmiştir. 2018 yılında en çok ihracat yapılan Ülke Güney Kore olmuş, 2019 yılında da değişmemiştir. Irak, İsviçre, Kıbrıs, Slovenya da ihracat Pazar paylarının yüksek olduğu Ülkeler arasındadır (Anonim 2022o).

1983 yılında Amerika’da, 1993’te Japonya’da, 1997’de Avusturalya’da, 1999’da Avrupa Ülkelerinde yürürlüğe giren kanunlarla yetim ilaçlar ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Nadir görülen çoğunluğu gen hastalığı olan bu hastalık için 40 Ülkenin bir araya gelerek 8000 gen için araştırmalar yapılmaktadır (Anonim 2022ö).

Toplunun yaklaşık % 6-8’ini etkileyen sebebi bilinmeyen bu hastalıkların görülme sıklığı oldukça düşük olduğu için bu alanda ilaç sıkıntısı yaşanmaktadır. 2019 yılı itibariyle 127 milyar dolarlık bir satış hacmine ulaşan sektörün ilerleyen yıllarla ilgili iki bu sayının iki katına çıkacağı yönündedir (Anonim 2022ö). Bu ilaçların Pazar payının çok küçük olması, uzun süren gen çalışmalarının yoğun teknoloji isteyen alt yapısı nedeniyle ilaçların ithali oldukça pahalı olup, Ülkeler bu ilaçların belirli bir kısmını sigorta kapsamında karşılamaktadır. Son yıllarda Ülkemizde görülen SMA hastalarının yakınlarının ilacı bulmakta çektikleri sıkıntılar ve SMA ilaçlarının sigorta kapsamına alınması için yapılan çalışmalar buna örnek gösterilebilir.

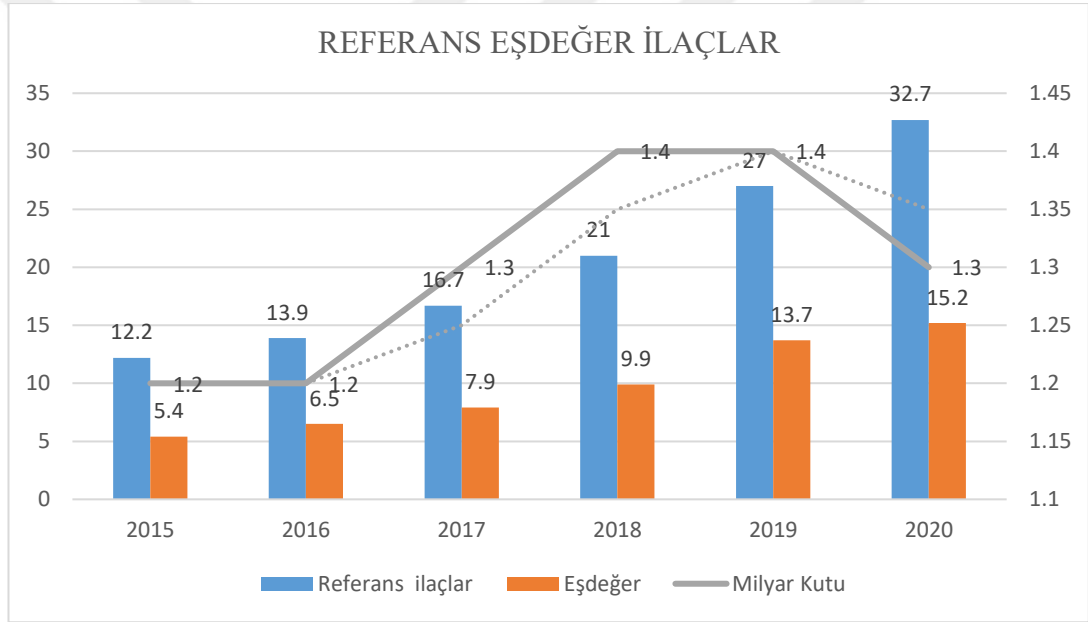
İlaç pazarının genişlemesinde; sağlık hizmetlerine ve hekime erişimin daha kolay olması, ortalama yaşam süresinin uzaması, nüfusun artması vb. faktörler etkili olmuştur. 47,9 milyara yakın ilaç pazarına sahip Türkiye’nin 2019’da %30’luk bir büyüme ile 2015’ten bu yana görülen en hızlı büyüme rakamlarına ulaştığı görülmektedir. Reçeteli ilaç satışlarının yılda ortalama % 7 oranında büyüdüğü düşünülrse; 2024 yılı için yapılan tahminlerde ilaç pazarının 1.1 trilyon dolarlık bir büyümeye ulaşacağı öngörülmektedir (Tıraş 2020). Türkiye’nin pazar potansiyelinin yüksek olması, ilaç maliyetlerinin kıyaslanabilir düzeyde düşük olması, teknolojik alt yapısının yeterli olması, ekonomik göstergelerinin olumlu yönde ilerlemesi ve büyüme trendine ayak uydurabilme çabaları nedeniyle oldukça önem taşıyor. Bu çalışmaların yapılmasına engel olan öncelikli sorunlarımızın çözülmesi için ilk adım olarak dış ticaret açığının kapatılması ve Ar-Ge ye yeterli ölçüde kaynak aktarılmasıdır.

2018 yılında 44 adet yeni ilaç girmiş ve büyümeye 2 puanlık (483 milyon TL) katkı yapmıştır. Biyoteknolojik ilaçlarda meydana gelen % 2’lik büyüme ilaç sektörü

açısından önemli bir gelişmedir. 2019 yılında ise pazara 327 adet yeni ürün girmiştir. İlk sıralamada antibiyotikler yer alırken, ikinci sırayı onkoloji ilaçları almıştır. Onkoloji ilaçlarına olan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır. 56 adet onkoloji ilacı %12,6'lık bir Pazar payına sahiptir ve bu rakam oldukça yüksektir.

Pazara giren 327 adet yeni ürününün toplam satış hacmi 400 milyon TL olarak gerçekleşti. 2018 yılında pazara giren 55 referans ilaçtan 6 tanesinin Türkiye' de üretiliyor olması oldukça önemli bir gelişmedir. Yerli üretimde satış hacmi %37'lik bir artış göstermiş kutu adedi olarak ise % 3'lük bir büyüme kaydetmiştir (Anonim 2022o).

4.6. Referans Eş Değer ilaçlar



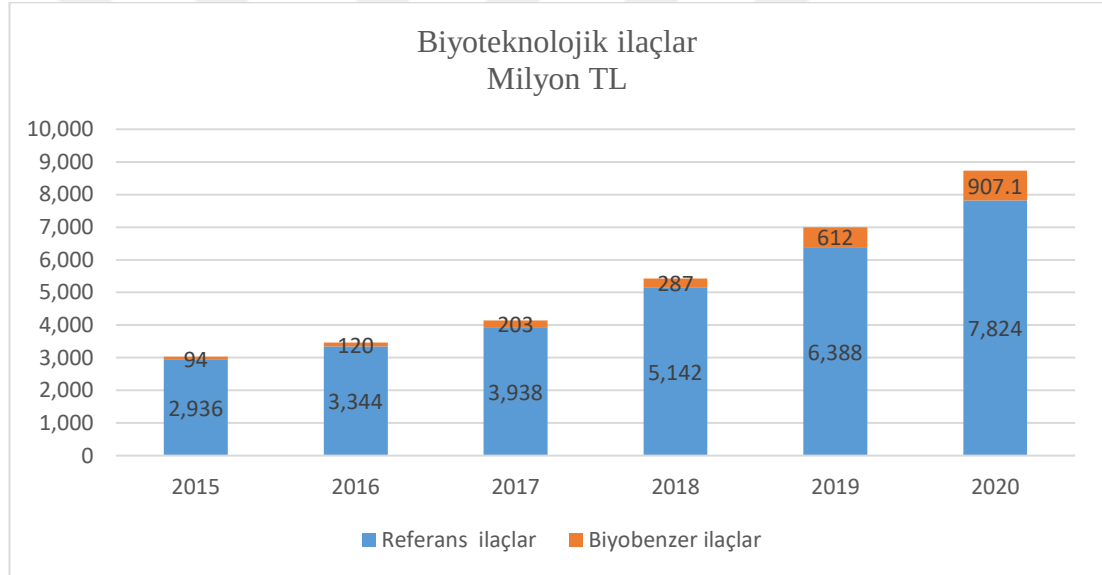
Kaynak: IQVIA,İEİS

Şekil 4.6. Referans eş değer ilaçlar 2015-2020

Şekil 4.6'da referans, eşdeğer ilaçlarda son 5 yılda meydana gelen değer ve kutu bazındaki değişimlere bakıldığında referans ilaçların 2015 yılında 12,2 milyar TL'lik satışı 2020 yılında 2 kata yakına artarak 32,7 milyar TL'ye ulaşmıştır. Kutu ölçeğinde ise 0,9 milyar kutu satış gerçekleşmiştir. Eşdeğer ilaçlara bakıldığında 2015 yılında 5,4 milyar TL'lik satış gerçekleşmiştir. 2020 yılına gelindiğinde 15,2 milyar TL ile iki katına çıkmıştır. Kutu ölçeğine bakıldığında 1,31 milyar hacme sahiptir.

Referans eş değer ilaçların 2015-2020 yılı pazar paylarına bakıldığında; referans ilaçlarda 2015 yılında değer olarak % 69,4 olan Pazar payı 2020 yılında % 68,3'e düşmüştür. Eşdeğer ilaçlarda ise 2015 yılında değer olarak %30,6 olan Pazar payı % 31,7'ye yükselmiştir. Referans ilaçlarda kutu bazında 2015 yılı % 43,6'dan 2020 yılında %40,3'e gerilemiştir. Eşdeğer ilaçlarda ise 2015 yılı % 56,4 iken 2020 yılında %59,6'ya yükselmiştir. Değer ve kutu bazında değerlendirildiğinde referans ilaçların payının % olarak azaldığı görülmektedir. Eşdeğer ilaçlarda ise değer ve kutu bazında Pazar payı ve miktarının % olarak arttığı görülmektedir. Bu durum Ülkemizde referans ilaçlara ayrılan üretim miktarının eş değer ilaçlara doğru kaydığını göstermektedir.

4.7. Biyoteknolojik İlaçlar

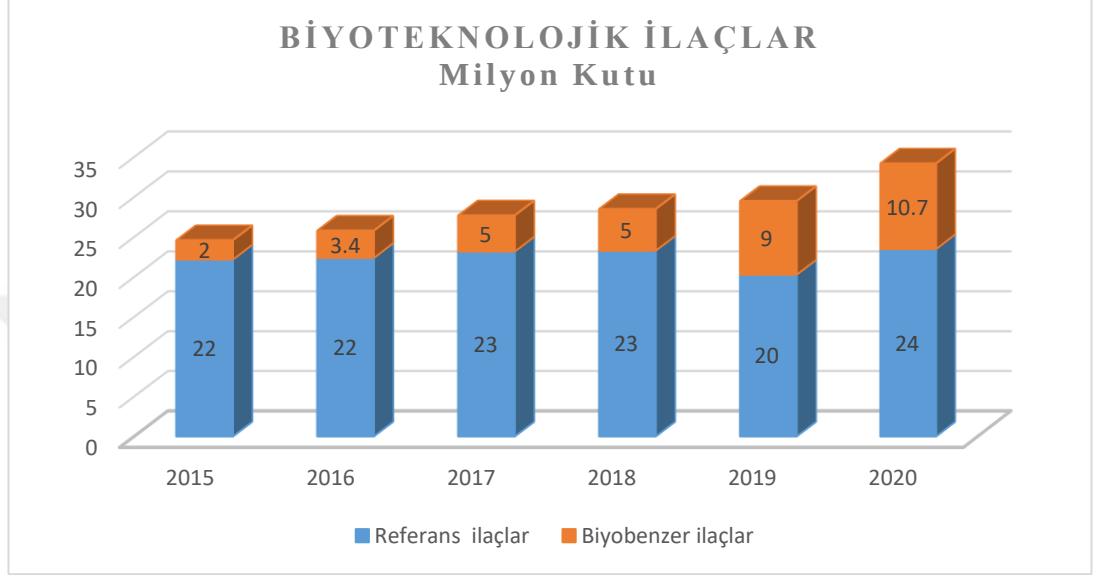


Kaynak: IQVIA,İEİS

Şekil 4.7. Biyobenzer-referans ilaçlar 2015-2020

Şekil 4.7’de 2015-2020 yılları arası Biyoteknoloji ile üretilen Referans ilaçlar ve biyobenzer ilaçların değer bazında her iki grupta da yıllara göre artış izlenmiştir. Referans ilaçlardaki artış 2020 yılında 4 katına çıkarak % 22,5 oranında artışla 7.824,1 milyon TL olmuştur. Biyobenzer ilaçlarda ise 2015 yılında değer bazında 94 milyon TL’lik satış yapılmış, 2020 yılına kadar 907,1 milyon TL’lik satış ile % 48,7 oranında artış göstermiştir. Bu artış toplamın yarısına yakın üretimin arttığını göstermektedir.

Biyobenzer ilaçların referans ilaçlara göre artışının yıllara göre daha fazla olmasına karşın Referans ilaçlar 8 milyona yakın satış ile değer bazında daha yüksek oranlara sahiptir. Oranların daha yüksek olmasının sebebi ise referans ilaçların maliyetlerinin fiyatlara yansımından kaynaklanmasıdır.



Kaynak: IQVIA,İEİS

Şekil 4.8. Biyoteknolojik ilaçlar milyon kutu 2015-2020

Şekil 4.8’de 2015-2020 yılları arasında referans ilaçlar ve biyobenzer ilaçların kutu bazında satış payları verilmiştir. 2015 yılında 2,4 milyon olan kutu adedi 2020 yılında 4 kat artarak 10,7 milyon kutuya yükselmiştir. Biyobenzer ilaçlar kutu bazında 2015 yılında 22 milyon kutu üretilirken 2020 yılında 2 milyon kutu artarak 24 milyon kutuya yükselmiştir. Kutu adedinde 2019 yılında görülen düşüşün küresel salgının etkileri nedeniyle üretimin bir kısım duraksamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Biyoteknolojik ilaçlar 2020 yılında 34,3 milyon kutu satışa ulaşmıştır.

Türkiye’de ilaç ithalatının % 46’sının biyoteknolojik ilaçlardan oluşması bu alana olan ilgiyi artırmaktadır. Sektörde faaliyet gösteren üretici firmalar bu alanın yatırımlarının kârlılık oranının yükselmesi, yerli firmalara sağlanan fiyat avantajları nedeniyle bu ürünlerinin paylarını artırmaktadırlar. 2019 yılında biyoteknolojik ürünlerde 11’i referans 4’ü biyobenzer olmak üzere 15 adet yeni ilacın pazara girmesi satışların toplam değerini artırdı.

Türkiye’de kan ve kan yapıcı inhibitörler, romatoid artrit tedavisi için kullanılan TNF inhibitörleri, venöz tromboemboli tedavisi, kronik böbrek yetmezliği tedavisi otoimmün hastalıkların tedavisi, diyabet tedavisi, yara ülserlerinin tedavisi, lenfoma ve lösemi tedavisi, büyüme bozuklukları tedavisi, kanser tedavisi için kullanılan biyobenzer ürünler ruhsata sahiptir (Anonim 2022o). Türkiye’de enoksaparin sodyum, epoetin alfa, filgrastim, infliksimab ve insülin glargine etkin maddeleri bu tedaviler için üretimi gerçekleştirilen ilaçlardır. Biyobenzer ürünlerin sayısının artması bu ilaçların ithalat payını azaltacaktır.

4.8. Tedavi Grupları

Tedavi alanları arasında onkoloji ilaçlarının satışları en büyük paya sahiptir. 2019 yılında pazar payı % 14,5 ile en çok satışa sahip tedavi grubudur. Değer bazında kan ürünleri ve diyabet ilaçları satışı artan tedavi grupları arasındadır. Kutu ölçeğinde ise kardiyovasküler ilaçlar ve %10,2 ile antiromatizmal ilaçlar yer almaktadır. Antibiyotikler, analjezikler, sindirim sistemi ilaçlar kutu adedinde satışı artan ilaçlar arasındadır. Onkoloji ilaçlarında 2014 yılı için %19,3 artış olacağı yönünde öngörüler bulunmaktadır. Onkoloji ilaç oranlarına bakıldığında bu ilaçların üretim payının artması, referans eş değer ilaç ithalatının azalmasına katkıda bulunacaktır. İlaçlara erişim konusunda sıkıntı yaşayan bu tedavi grubundaki insanlara erişim kolaylığı ve sağlık harcamalarının finansmanına katkı sağlayacaktır.

Kardiyovasküler ilaçlar 2019 yılına kadar satış rakamları düşük olan ilaç kategorisinde yer almakta idi. Kutu ölçeğinde en çok satışı gerçekleşen ilaçlar arasında yer almasının sebepleri arasında; küresel salgın nedeniyle getirilen dışarı çıkma yasaklarının 65 yaş üstü insanların hareketsiz kalması ve kısıtlı hareket eden riskli yaş grubundaki insanların kardiyovasküler rahatsızlıklarının artmasına sebebiyet vermesi gösterilebilir.

Antibiyotik ilaçların 2019 -2020 yıllarında değer ve kutu bazında azalmasının sebepleri arasında maske kullanımının artması ve kapalı ortamlarda bulunan kişi sayılarının azalması sonucu soğuk algınlığı vakalarının azalması antibiyotik kullanan kişi sayısını düşürmüştür (Anonim 2022o).

4.9. Tıbbi Ürün Pazarı

Son yıllarda kozmetik ürünlere olan taleplerin artması, dermatoloji alanında kozmetik ürünlere yer verilmesi ilaç firmalarını kozmetik ürünlerin üretimine yönlendirmiştir. Günlük yaşamda sağlıksız beslenme, hareketsiz kalma vb. nedenlerle gıda takviyeleri, devletin raporlu olmakla birlikte katkı payı ödediği tıbbi amaçlı mamalarda üretimi artan tıbbi ürün grupları arasında yer almaktadır.

4.10. Yatırım Teşvikleri

08/04/2015 tarih ve 29320 sayılı resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren; “eczacılık-ilâç ürünlerin imalatı” öncelikli yatırımlar kapsamındadır. Kimyasal ve bitkisel yenilikçi ürünlerin imalatı; vitaminler, antibiyotikler, hormon ilaçları, toksinler vb. Eczacılık müstahzarları; penisilin, insülin, serum, aşılar, ortopedik bandajlar, kulak temizleme çubuğu, bandajlar, gazlı bezler, cerrahi dikiş ürünleri, ilk yardım çantaları ve kutuları vb. malzemeler için 5. bölge teşvikleri verilmektedir. Cazibe merkezli 23 ile 6. Bölge teşviklerine ek olarak % 30 enerji desteği verilmektedir (Anonim 2022p).

Yeni Yatırım teşvik sistemimizde eczacılık-ilâç ürünlerin imalatı yatırım sektörlerine; cazibe iller için 6. ve 5. Bölge teşvikleri verilmektedir. Medikal ürünlerin üretimi imalat sektörü grubunda da yer aldığı için ayrıca yatırım ortamının iyileştirmesine yönelik çıkartılan bir kanunla da ilave teşviklerin verilmesi de sağlanmıştır (Anonim 2022p).

SONUÇ

19.yy başlarına kadar literatürde iktisadi kalkınma için sadece fiziki sermaye yeterli görülürken özellikle 20.yy ortalarından itibaren ülkelerin kalkınma sürecinde yaşadıkları sorunların çözümünde beşeri sermaye dikkat çekmeye başlamıştır. 21. yy’ da yaşanan teknolojik gelişmeler beşeri sermayenin öneminin anlaşılması konusunda açıklayıcı ve yol gösterici olmuştur. Tüketim toplumları açısından üreten toplumlar kârlı çıkarken, üretmeyen tüketen toplumlar her yönüyle zararlı çıkmıştır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından sağlık harcamaları değerlendirmeye alındığında; gelişmekte olan ülkeler için eğitim düzeyi yüksek, sağlıklı bir toplum ve iş gücünün etkin kullanımı önemli rol oynamaktadır.

Klasik iktisadın üretkenliğinin sadece fiziki sermaye yönünden açıklanması zamanla insanları yeni arayışlara yönlendirmiş ve bu bağlamda beşeri sermayenin önemini açıklayan yeni çalışmalar yapılmıştır. Ülkelerin farklı gelişmişlik düzeyleri de bunu açıklamak için kullanılmıştır. Bilgi, beceri ve yetenekleri kapsayan insan sermayesi eğitim ve sağlığa verilen önemin artmasına katkıda bulunmuştur. Nitelikli insan gücünün ekonomik kalkınmaya olan katkıları günümüze kadar süre gelmiştir. Ülkelerin teknolojik gelişmeye katkı sağlamak için yapmış olduğu çalışmalar yine beşeri sermayeyi ön plana çıkarmıştır.

Günümüz koşullarında bilgiyi doğru kullanan, eğitim ve sağlık alanında yatırım yapan ekonomiler ön plana çıkmıştır. Eğitim ve sağlık alanında görülen gelişmeler ülkeleri niceliksel ve niteliksel olarak gelişme gösteren daha üretken toplumlara dönüştürmüştür. Üreten toplumlarda Ülkeye yapılan yatırımlar da artış göstererek ülkenin gelir düzeyini artırmış ve yeni yatırımlara dönüşmesini sağlayarak bir döngü içinde ekonomik kalkınma sürecini tetiklemiştir.

Birleşmiş milletler tarafından yayınlanan İnsani gelişmişlik düzeyini gösteren İGE değerlerine bakıldığında; gelişmiş ülkelerin eğitim ve sağlık alanında yapılan harcama tutarları ne kadar artmışsa ekonomik büyümede o kadar hızlı artmıştır.

Sağlık kavramının önemi yaşanan pandemi ile daha fazla gün yüzüne çıkmıştır. Amerika, Almanya, Japonya, Çin, İngiltere, Fransa, Rusya, İtalya gibi gelişmiş Ülke ekonomilerinin pandeminin ilk günlerinde yaşadığı maske, ilaç, cihaz, yatak vb. sağlık ekipmanlarının yetersiz kalması; ekonomik açıdan açıklanacak yeni paketlerle giderilmeye çalışılmıştır. Buda bütçelerinde sağlık için ayrılan payın

yetersiz olduğunu göstermiştir. Olağanüstü beklenmeyen durumlarda Ülkelerin bu durumlara hazırlıksız yakalanması alınacak tedbirlerle birlikte ekonomik açıdan yüksek enflasyonla sonuçlanmıştır. Merkez bankalarının aldığı faiz kararları çoğu Ülke açısından iyi sonuçlar vermemiş, enflasyon artışı faiz artışına paralel daha hızlı artmıştır. Gıda tüketimi açısından yeterince stoğu bulunmayan üretmeyen Ülke ekonomileri yüksek enflasyonla birlikte fiyat artışlarına müdahalede bulunmuş fakat; ithal mal stoğuna ihtiyaç duyulduğu için bu müdahaleler artışları engelleyememiştir.

İlaç sektörü açısından bakıldığında elinde ilaç stoğu bulunmayan üretmeyen toplumlarda ilaca ulaşma maliyetleri artmış, ithal ilaçların temin edilebilmesi Ülkeler açısından daha zor bir hale gelmiştir. Temin edilemeyen ilaçlar nedeniyle ilaç eksikliğinden kaynaklı ölümler bu dönemde artmıştır. Sağlık harcamalarına ayrılan AR-GE payını daha da artıran Ülke ekonomileri pandemi dönemini daha doğru yöneterek ilaç üretimini daha hızlı gerçekleştirmiş, hastalığın yayılma hızını azaltarak ilaç ihracatıyla kâr oranlarını artırmışlardır.

Türkiye’ de yapılan teşvikler ve AR-GE çalışmalarına ayrılan payın son 10 yılda artmış olması, İthalat payının yüksek olduğu ilaç sektörü açısından olumlu bir gelişmedir. Biyobenzer ve referans eş değer ilaç dağılımına bakıldığında bazı ilaçların ithalatının azalmış olduğu görülmektedir. Bu oran ithalat payının minimum seviyeye düşürülmesi gerekliliği düşünüldüğünde yeterli olmamakla birlikte teşviklerin ve AR-GE’ ye ayrılan payın daha fazla artırılması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Ülkelerin ilaç sektörleri için yapmış oldukları sağlık harcamaları yatırım yönünden artı değer taşımakta ve Ülkelerin ekonomik büyümeyle ilgili göstergeleri açısından önemli ölçüde rol oynamaktadır. Geliştirilen ilaçların ihracatı kamuya olan maliyetleri düşürmektedir.

Gerek yeni bulunmuş ilaçlar, gerekse daha önce çıkarılan ilaçların elde bulunmaması veya satışının Ülkeler tarafından yasaklanması durumunda, Sağlık kurumlarında ciddi sıkıntılar yaşanmasına sebep olmakta ve sağlık olumsuz etkilenmektedir. Bu durumlarda İlaçların Ülkeye giriş maliyetleri artmakta, kişilerin cepten yapmış olduğu ödemelerde de artış görülmektedir. Sağlığın korunması, maliyetlerin minimuma indirilmesi ve Ülkelerin ilaç sanayi sektöründen gelir elde etmesi hem ekonomiye nefes aldıracak hem de sağlıklı bireylerin yetişmesine ortam hazırlayacaktır. Bu bilgiler ışığında Ülkemiz açısından düşünüldüğünde ilaç

sektöründeki ithalat oranının azaltılması ve ihracat oranının yükselmesi için yapılacak harcamalar ekonomiyi önemli ölçüde rahatlatacaktır.

Ekonomik büyüme hedefini gerçekleştirebilen Ülkelerin sağlık harcama oranlarına bakıldığında gelişmekte olan ve az gelişmiş Ükelere göre ortalamanın üstünde pay ayrıldığı yapılan araştırmalar sonucu gözlemlenmiştir. Diğer taraftan az gelişmiş Ülkelerin sağlık harcama oranlarının düşük, ilaç harcama oranlarının daha yüksek oranlarda olması ekonomik açıdan gelişmiş Ükelere olan bağımlılığı artırmıştır. Sağlık harcama oranları, kişi başına düşen sağlık harcama oranları, cari-yatırım harcama oranları, ilaç harcama oranlarına bakıldığında; yapılan harcama tutarlarıyla orantılı olarak refah düzeyi artacak, refah düzeyi artan toplumların sağlık alanında yapacakları gelişmelere paralel sağlıklı birey sayısındaki artış ile birlikte Ülkelerin ekonomik büyüme hedefini gerçekleştirebilecek düzeye ulaşması mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

- ACAR, Y. (2002). İktisadi Büyüme ve Büyüme Modelleri, Vipaş Yayınları: Bursa
- AKBULUT, E., 2020. Sağlık Harcamaları ve Gelir Dağılım İlişkisi: Türkiye ve OECD Ülkeleri Karşılaştırmalı Analizi. Maliye Araştırmaları Dergisi, 6(3), 2149-5203.
- Anonim 2016a www.silo.tips/ekonomi
- Anonim 2017a www.365gun.com/koruyucu-saglik
- Anonim 2019a [www.sanayi.gov.tr/deloitte/Sağlık ve İlaç Sektörü 2019 raporu](http://www.sanayi.gov.tr/deloitte/Saglik%20ve%20Ila%C3%A7%20Sektoru%202019%20raporu)
- Anonim 2021a. [www.dunya saglik orgütü 2011/sağlığın tanımı](http://www.dunya-saglik.org/2011/sagligin-tanimi)
- Anonim 2021b [www.cdn.acikögretim.istanbul.edu.tr/2021-sağlık](http://www.cdn.acikogretim.istanbul.edu.tr/2021-saglik) hizmetleri ve özellikleri
- Anonim 2021a. www.euro.who.int. Sağlık kavramı
- Anonim 2021b. [http://sbu.saglik.gov.tr / sağlık kavramı](http://sbu.saglik.gov.tr/saglik-kavrami)
- Anonim 2021c. [www.turkrating.com/](http://www.turkrating.com) Türkiye ilaç sektörü Mayıs 2021
- Anonim 2022c. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/ Sağlık yönetimi
- Anonim 2022d. www.researchgate.com. Sağlık hizmetleri Arzını Etkileyen faktörler Analitik Ağ Prosesi ile Ağırlıklandırması
- Anonim 2022e. https://www.academia.edu/36806003/How_to_spend_for_universal_healthcare
- Anonim 2022f. [www.sekeris.org.tr/sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirleyicileri](http://www.sekeris.org.tr/saglik-hizmetlerine-yonelik-talebin-belirleyicileri)
- Anonim 2022g. [www.sekeris.org.tr/saglik hizmetlerine yönelik talebin belirleyicileri türkiye üzerine bir uygulama](http://www.sekeris.org.tr/saglik-hizmetlerine-yonelik-talebin-belirleyicileri-turkiye-uzerine-bir-uygulama)
- Anonim 2022ı. [www.acikögretim.istanbul.edu.tr. / sağlık politikaları](http://www.acikogretim.istanbul.edu.tr/saglik-politikalari)
- Anonim 2022i. [www.ttb.org.tr/ cumhuriyet ve sağlık](http://www.ttb.org.tr/cumhuriyet-ve-saglik)
- Anonim 2022j. [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/cumhuriyet_saglik.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/cumhuriyet-saglik.pdf)
- Anonim 2022k. [www.jagjournalagent.com/Evrensel Sağlık bildirgeleri ve Türkiye’de sağlık reformları](http://www.jagjournalagent.com/Evrensel-Saglik-bildirgeleri-ve-Turkiye-de-saglik-reformlari)
- Anonim 2022l. [www.ttb.org.tr/şehir hastaneleri](http://www.ttb.org.tr/sehir-hastaneleri)
- Anonim 2022m. [www.pharmaboardroom.com / global 10 İlaç firması analizleri](http://www.pharmaboardroom.com/global-10-ila%C3%A7-firnas%C4%B1-analizleri)
- Anonim 2022n. [www.petrolis.org.tr/ Dünyada ve Türkiye’de ilaç sektörü](http://www.petrolis.org.tr/Dunyada-ve-Turkiye-de-ila%C3%A7-sektoru)
- Anonim 2022o. [www.ieis.org.tr/türkiye ilaç pazarı](http://www.ieis.org.tr/turkiye-ila%C3%A7-pazar%C4%B1)
- Anonim 2022ö. [www.orpha.net/yetim ilaçlar](http://www.orpha.net/yetim-ila%C3%A7lar)

- Anonim 2022p. www.kobiturkiye.com/eczacilik ve ilaç ürünleri yatırım teşvikleri
- Anonim, 2022b. <http://sbu.saglik.gov.tr/> / sağlık kavramı
- Anonymous 2022a. www.euro.who.int. Sağlık kavramı
- ARI O,H. “Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016” 2018-Ankara, www.tuseb.gov.tr/ Türkiye’de Sağlık Harcamaları /Tuspeanaliz04
- ASLAN M. H. (1998), “Hizmet Ekonomisi”, Alfa Yayınları, Yayın No: 459, Haziran.
- ATEŞ M. , (2011) “Sağlık İşletmeciliği”, Beta Basım Yayın
- AYDIN, N. “Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi” ,Black Sea Journal of Health Science 2(1): 21-29 (2019), Derleme
- AYGÜN A, “Seçili OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Ekonometrik Analizi” Aydın 2020, 180;33, Y
- BERKMAN K. , “Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Türkiye Örneği” Denizli 2008, 122;41, Y
- BOZ, S., 2013. Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 4(2), 277-332
- ÇELİK. Y, 2011, Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Dergisi 62(1), 64-68
- ÇELİKAY, F, GÜMÜŞ, E., 2010. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (11;1), 173-216
- ÇETİN M, Yabancı Yatırımların Türkiye’deki İlaç Sektörü Üzerine Etkileri “İstanbul Aydın Üniversitesi 2019”
- ÇINAR F, Türkoğlu Ç, Tütünsatar A., 2017. Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli Ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (29), 215-232
- ÇOBAN H., 2009. Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, /Doktora tezi/Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

- EKİZ K,A. “Sosyal Refah Devletinde Sağlık Harcamaları Ve Türkiye’deki Sağlık Harcamalarının Genel Bir Analizi: Giresun Örneği” 2013/Trabzon, Yüksek Lisans Tezi
- EMİRKADI, Ö., 2019. Ekonomik Kalkınma ve Beşeri Sermaye İlişkisi: Türkiye Ekonomisi Üzerine Teorik bir Değerlendirme. Van Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 46, 97-116.
- ERKMAN U, Altan Y, Aktel M, Eke E. “Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2012, C.17, S.3, s.1-23.
- ERSÖZ, F.,2008. Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi. İstatikçiler Dergisi, 2, 95-104
- DEMİRCAN, F., 2012. İyi Laboratuar Uygulamaları:İlaç Sektöründe Faaliyet Gösteren Bir Ar-Ge Kurulusunda Vak’a Analizi. “Abant İzzet Baysal Üniversitesi”
- GETZEN, F., 1997 Health Economics and Financing. Temple Universities Pres. Newyork
- GİRAY, F., Çimen G. Ekim-Aralık 2018, “Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye Ve OECD Ülkeleri Analizi”. Sayıştay Dergisi 111 (143), 150-155
- GÜVEN, E., 2020 Sağlık Ekonomisinde Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri: Bir Uygulama. Doktora tezi, İstanbul
- GÖKKAYA, D., ERDEM, R., 2021. Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. International Journal of Economic and Administrative Studies, (31), 73-96
- İRİNA A. Nikolic ve Harald Maikisch, “Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector”
- İSTANBULLUOĞLU, H., GÜLEÇ, M., OĞUR, R., (2010) Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi 85(2):86-99
- İŞİK, A., 2010. Kamu Sağlık Harcamalarının Gelir Elastikiyeti ve Engel Eğrileri. E-Journal Of New World Sciences Academy 5(1), 37-45

- KARAHAN, T., 2020. Bireylerin Gelir Seviyesi ile Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üsküdar Üniversitesi
- KARAGÜL, M., 2003. Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyümeyle İlişkisi ve Etkin Kullanımı. Akdeniz İİBF Dergisi, 5, 79-90.
- KARASU, K., 2011. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(3), 217-262.
- KASAPOĞLU, A., 2016. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 19(2):131-174
- KAYA, G., 2019. Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi ve Bilecik İli Özelinde Türkiye’de Sağlık Harcamaları. Yüksek Lisans Tezi, Bilecik.
- KOCABADAK, Y., 2021. Kriz Ve Salgın Dönemlerinde Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- KURŞUN, A., 2013. Sosyal Refah Devletinde Sağlık Harcamaları Ve Türkiye’deki Sağlık Harcamalarının Genel Bir Analizi: Giresun Örneği. Yüksek lisans tezi, TRABZON.
- LOŞ, N., 2016. Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri Ve Türkiye Örneği. Doktora tezi, İstanbul.
- NESİPOĞLU, G., Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2018; 21(1): 165-177, Derleme
- OECD. 2021. Bir Bakışta Sağlık 2021. <http://www.oecd-ilibrary.org.tr>, erişim tarihi:2021
- OKURSOY A. (2010) Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora tezi
- ÖZKAYA H., Cumhuriyet döneminde bulaşıcı hastalıklarla mücadele. Türk Aile Hekimleri Dergisi, 2016;20(2):77-84
- ÖZMEN, Z., Avrupa’da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2017, 7 (2), 600-620

- ÖZSARI, H., 2010. Sağlık Ekonomisi. İstanbul Üniversitesi Açıkta ve Uzaktan Eğitim Fakültesi <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikkurumlariisletmeciligi>
- ÖZVARIŞ, Ş. B., “Stratejik Hedefler-Girişim Yöntemleri”, Türkiye Sağlık Raporu 2014, HASUDER, ss.8-23, Ankara.
- SAĞLIK-DER, 2020 Türkiye Sağlık Sektörü Raporu 2020. Sağlık Finansmanı olumlu ve Olumsuz Yönleri, 35,36. <http://www.wihu.org.tr/raporlar/Turkiyesaglikraporu2020>, erişim tarihi:10.01.2020
- SAĞLIK TURİZMİ TEŞVİKLERİ, <https://dengemusavirlik.com>, Erişim tarihi: 03.03.2020
- SAĞLIK TURİZMİ VERİLERİ, <https://www.ushas.com.tr>, Erişim Tarihi:29.12.2020,
- SARAÇOĞLU, S., ÖZTÜRK, F., Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. 2016, 2(4); 293-342
- SARGUTAN, E., 2005. Sağlık Teknolojisi Yönetimi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), 115-143
- SAYIM F. “Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler” Bursa 2011, SS 107-115
- SGK., 2020. <http://www.sgk.gov.tr/İstatistik> yıllıkları
- TATAR, M., 2011. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, mtatar@hacettepe.edu.tr
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2018, Sağlık İstatistikleri Yıllığı. İllere Göre Bazı Sağlık Göstergeleri, <https://www.sbsgm.saglik.gov.tr>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2019, Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sağlık Ekonomisi ve Finansmanı, <https://www.sbsgm.saglik.gov.tr>
- T.C. Sanayi ve Teknoloji bakanlığı. 2019. İlaç Sektör Raporu. <https://www.sanayi.gov.tr>, erişim tarihi:2019
- T.C. Sanayi ve Teknoloji bakanlığı. 2020. İlaç Sektör Raporu. <https://www.sanayi.gov.tr>, erişim tarihi:2020
- T.C. Sanayi ve Teknoloji bakanlığı. 2021. İlaç Sektör Raporu. <https://www.sanayi.gov.tr>, erişim tarihi:2021

- TIRAŞ, H., Sağlık Ekonomisi, Teorik Bir İnceleme. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2013, 3(2);125-152
- TOPCU, M., 202. Sağlık Ekonomisinde Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebine Yönelik Bir Çalışma: Konya Örneği. Yüksek lisans tezi, Konya.
- TUTAR, F., KILIÇ, N., Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli Ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 2007, 9(1),31-54
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ. 1998. [http://www.ttb.org.tr/cumhuriyet ve saglik](http://www.ttb.org.tr/cumhuriyet-ve-saglik)
- UNDP, (2020) Human Development Report Turkey. <http://www.undp.org.tr>. erişim tarihi:2020
- UZUN, A., 2014. Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Bakımından Avrupa Birliği Ve Türkiye'de İlaç Sektörünün Regülasyonu: İlaçlara Erişimin İdare Hukuku Bakımından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- ÜNAL, M. 2021. Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Enformasyon Sorunu ve Çözüm Önerileri. Journal Of Medical Science, 30 2(1), 6-11.
- WHO. 2021. Sağlık Harcamaları: Küresel Bir Bakış. Sağlıkı teşviki-Ottawa
- YENİMAHALLELİ, G., YAŞAR., 2007 “Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Doktora tezi, Ankara.
- Yetim İlaç Raporu. 2020. EvaluatePharma World Preview 2019 Outlook to 2024, <https://www.evaluate.com/orphan-drugs>, erişim tarihi:01.01.2020

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	EMİNE KARACA
Doğum Yeri ve Tarihi	
Eğitim Durumu	
Lisans Öğrenimi	
Yüksek Lisans Öğrenimi	Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Anabilim Dalı İktisat Politikası Bilim Dalı
Bildiği Yabancı Diller	
İş Deneyimi	
Stajlar	
Çalıştığı Kurumlar	
İletişim	
E-posta Adresi	
Mezuniyet Tarihi	