

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
İKTİSAT TEORİSİ BİLİM DALI

**SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İSTİHDAM ÜZERİNE ETKİSİ VE TÜRKİYE
UYGULAMASI**

Yüksek Lisans Tezi

BAHRİ GÖKALP

İSTANBUL, 2020

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
İKTİSAT TEORİSİ BİLİM DALI

**SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İSTİHDAM ÜZERİNE ETKİSİ VE TÜRKİYE
UYGULAMASI**

Yüksek Lisans Tezi

BAHRİ GÖKALP

Danışman: Prof. Dr. GÜLSÜM AKALIN

İSTANBUL, 2020

ÖZET

SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İSTİHDAM ÜZERİNE ETKİSİ VE TÜRKİYE UYGULAMASI

Sağlık kavramı, kişinin beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali içinde olması şeklinde tanımlanabilir. Küreselleşme ile birlikte dünya genelinde nüfus popülasyonu değişmiş, bu durum sağlık hizmetine olan talepte de bir değişiklik yaşanmasına neden olmuştur. Sağlık teknolojileri her geçen gün daha fazla kullanılmış bu alanda yeni bir pazar ortaya çıkmıştır. Sağlıkta yaşanan talep artışı, devletleri de harekete geçirmiş pek çok ülke artan talebi karşılamak için yeni birtakım politikalar geliştirmek zorunda kalmıştır. Türkiye de dünya genelinde yaşanan bu değişime paralel bir biçimde zaman içerisinde sağlık sektöründe pek çok yönden ciddi değişikliklere gitmiştir. Küresel eğilimler doğrultusunda istihdamın niteliği artmış ayrıca istihdamın şekli de değişmiştir. Sağlık teknolojilerinden daha fazla yararlanılmış bu durum istihdamı hem olumlu hem de olumsuz bir biçimde etkilemiştir. Nüfusun yaşlanması ve sağlık ihtiyacının artması, sağlık teknolojilerinin yaygınlık kazanması, Türkiye’de sağlık personeli noktasında bir açığın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu çalışmada Türkiye’deki sağlık sektörü, istihdam kavramı ekseninde değerlendirilmiş, yıllar içerisinde yaşanan değişimler resmi verilerle açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Sektörü, Sağlık Harcamaları, Finansman, İstihdam, Türkiye

ABSTRACT

IMPACT OF HEALTH SECTOR ON EMPLOYMENT AND ITS TURKEY PRACTICE

The concept of health can be defined as a person's physical, mental and social well-being. Population has changed worldwide with globalization. Then, that caused a change in the demand for health services. A new market has emerged in this area where health technologies are used more and more every day. The increase of demand in health has also mobilized states so, many countries have had to develop new policies to meet the increasing demand. Turkey has also made important changes in the health sector in line with this change happening around the world. The quality of employment has increased in line with global trends. Also, the pattern of employment has changed. Health technologies have been used more so this situation affected employment both positively and negatively. The aging of the population, the increasing need for health and the widespread use of health technologies have caused health staff shortage in Turkey. Health sector in Turkey has been evaluated in the concept of employment , changes occurred in the year have been explained with the official data in this research.

Keywords: Health, Health Sector, Healthcare Expenditure, Financing, Employment, Turkey

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın hazırlanması sırasında her zaman yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili aileme göstermiş oldukları sabır, anlayış ve destek için sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak bu süreçte başta arkadaşlarım olmak üzere çalışma süresi boyunca sağladıkları destek ve motivasyon ile bu çalışmayı bitirmemde emeği geçen herkese teşekkürlerimi borç bilirim.

Bahri GÖKALP

İstanbul,2020

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ.....	iii
KISALTMALAR.....	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	x
GİRİŞ.....	1
1. GENEL BAKIŞ: SAĞLIK, SAĞLIK KAVRAMI, GENEL ÖZELLİKLER, SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ	5
1.1. Sağlık Kavramı	5
1.2. Sağlığın Tanımı	6
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri	7
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	10
1.3.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	12
1.4. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri	13
1.4.1. Eğitim.....	18
1.4.2. Sosyo-Ekonomik Durum-Yoksulluk	20
1.4.3. Yoksunluk-Eşitsizlik.....	21

1.4.4. Çalışma Şartları.....	24
1.4.5. Küreselleşme ve Çevresel Belirleyiciler	26
1.4.6. Biyolojik – Genetik Özellikler.....	27
1.4.7. Sağlık Hizmetlerine Erişim.....	28
2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ VE ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ SAĞLIK SİSTEMİ ÖRNEKLERİ	29
2.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	29
2.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem.....	29
2.1.2. 1920-1960 Arası Yapılanma Dönemi	32
2.1.3. 1960-1980 Arası Sosyal Dönem	34
2.1.4. 1980-2003 Arası Liberal Dönem	36
2.1.5. 2003 Sonrası Dönüşüm Dönemi	38
2.2. Türkiye’deki Sağlık Sistemi Yapısı.....	40
2.3. Çeşitli Ülkelerdeki Sağlık Sistemi Örnekleri	44
2.3.1. Fransa.....	44
2.3.2. Hollanda.....	46
2.3.3. İngiltere.....	48
2.3.4. ABD	49
2.3.5. Almanya.....	51
2.4. Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Politikalarının Genel Özellikleri	52
2.5. Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Politikalarının Genel Özellikleri	54

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI..... 58

3.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Kapsamı.....	58
3.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	59
3.2.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi.....	59
3.2.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi	60
3.2.3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi.....	61
3.2.4. Teknolojik Gelişmeler	61
3.2.5. Şehirleşme.....	62
3.2.6. Yaşam Süresinin Uzaması	62
3.2.7. Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler	63
3.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve OECD Ülkeleri İle Karşılaştırılması	63
3.4. Türkiye’de Sağlık Alanında Ar-Ge Harcamaları.....	72
3.5. Finansman.....	80
3.5.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları ve İşlevleri.....	81
3.5.2. Sağlık Finansman Modelleri	82
3.5.2.1. Beveridge modeli	84
3.5.2.2. SSCB Örneğindeki Sosyalist Sağlık Sistemi	85
3.5.2.3. Özel Sektör Ağırlıklı Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi	86
3.5.2.4. Refah Yönelimli Karma Sağlık Sistemi (Bismarck Modeli)	86
3.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri	87

3.5.3.1. Kamu Finansman Yöntemleri	89
3.5.3.2. Özel Finansman Yöntemleri.....	91
4. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İSTİHDAM AÇISINDAN ELE ALINMASI	94
4.1. Tanımlar.....	94
4.1.1. İstihdamın Tanımı ve Çeşitleri.....	94
4.1.2. Hizmet Sektörü	96
4.1.3. Sağlık Sektörü	97
4.1.4. Sağlık Hizmetleri Piyasası	99
4.2. Sağlık – İstihdam İlişkisi	100
4.3. Sağlıkta İstihdam Yapısı.....	102
4.4. Sağlık – Büyüme İlişkisi.....	109
4.5. Covid-19’un Sağlık Sektörüne ve İstihdama Etkisi	113
4.6. Dünya Sağlık Örgütü ve Covid-19	114
SONUÇ.....	119
KAYNAKÇA	124

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HLS-EU	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı
İBBS	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırılması
İSO	: İstanbul Sanayi Odası
KİT	: Kamu iktisadi teşebbüsü
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSB	: Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNİCEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Seçilmiş Ülkelerde Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına GSYH (Dolar) ..	22
Tablo 2. TÜİK Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	23
Tablo 3. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamalarının Gelişimi (Milyon TL), 1999- 2019, Türkiye	65
Tablo 4. Reel GSYH ve Sağlık Harcamaları, Türkiye (1999-2019).....	69
Tablo 5. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (Milyon TL, %), (2003-2019).....	71
Tablo 6. Sağlık Ar-Ge Harcamaları (Milyon \$).....	74
Tablo 7. Hizmet Sektörü İstihdam Durumu (2014-2019) (15-64 Yaş, Bin Kişi)	96
Tablo 8. Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler.....	103

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları.....	8
Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Basamakları ve Sağlık Sunucuları	11
Şekil 3. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	12
Şekil 4. Sağlığın Temel Belirleyicileri	14
Şekil 5. Sağlığı Belirleyen Temel Etkenler	15
Şekil 6. Wagstaff Yoksulluk ve Sağlık Döngüsü	16
Şekil 7. Sağlık Alanında Sosyoekonomik Düzey.....	17
Şekil 8. Sağlık Harcamalarının Yapıldığı Birimler	64
Şekil 9. Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Yüzdesel Dağılımı, 1999- 2019, Türkiye.....	66
Şekil 10. 1999 ve 2019 Yılı Sağlık Harcamalarının Yüzdesel Dağılımı, Türkiye.....	67
Şekil 11. 1999-2019 Yılları Arasında Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı (%), Türkiye	68
Şekil 12. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (TL, 2002-2018), Türkiye	70
Şekil 13. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (2019)	72
Şekil 14. İlaç Endüstrisinde İhracatın İthalatı Karşılama Oranı.....	77
Şekil 15. Akredite Ar-Ge Merkezi Sayısı	77
Şekil 16. Ar-Ge Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (TÜİK, OECD Ve Eurostat)	78
Şekil 17. Kamu İlaç Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı.....	79

Şekil 18. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Üçgeni	89
Şekil 19. Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler.....	104
Şekil 20. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2018	105
Şekil 21. İBBS-1'e Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2018.....	106
Şekil 22. İBBS-1'e Göre 100.000 Kişiye Düşen Hemşire Ve Ebe Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2018.....	107
Şekil 23. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hekim Sayısının Dağılımı, (%).....	108
Şekil 24. Yıllara ve Sektörlere Göre Hemşire Ve Ebe Sayısının Dağılımı, (%).....	109

GİRİŞ

Ülkelerin refah düzeyinin anlaşılmasını sağlayan pek çok gösterge bulunmaktadır. Sağlık da bu göstergelerin başında gelmektedir. Ülkelerin temel amacı, sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasının sağlanmasıdır. Her ne kadar pek çok ülkenin amacı bu olsa da söz konusu hedef her ülke tarafından gerçekleştirilememektedir. Ülkelerin içinde bulundukları sosyal, siyasi ve ekonomik koşullar, sağlık durumu üzerinde de belirleyici bir etkiye sahip olmaktadır. Bu koşullar nedeniyle kimi ülkelerde sağlık hizmeti iyi bir biçimde sunulabilirken kimi ülkeler sağlık konusunda geri kalmış durumdadır. Gelişmiş ülkeler, sağlığa daha fazla ekonomik kaynak ayırabilmekte ve topluma daha kaliteli sağlık hizmeti sunabilmektedirler. Gelişmemiş olan ülkelere ise sağlığa ayrılan kaynaklar kısıtlıdır. Bu durum sağlık hizmetlerinde dünya genelinde bir standardın yakalanamadığını, ülkeler ve coğrafyalar arasında önemli eşitsizliklerin bulunduğunu göstermektedir.

Sağlık sektöründe emeğin sunulan hizmetlerin kalitesi bakımından temel bir faktör olduğu söylenebilir. Özellikle küreselleşme öncesi dönemde sağlık hizmetleri tamamen doktor ve yardımcı personellerin emeğine dayanmış söz konusu kişilerin yetenekleri ve bilgileri doğrultusunda şekillenmiştir. Küreselleşme ile birlikte sağlık hizmetlerinde önemli bir kalite artışı yaşanmış, yeni keşfedilen hastalıklara bile teknolojik imkânlardan yararlanılarak çözümler geliştirilebilmiştir. Özellikle teşhis ve tedavi aşamasında teknolojik imkânlardan yararlanılması, sağlık sektöründe başarının da artmasına neden olmuştur. Küreselleşme ile birlikte sağlık teknolojileri için yeni bir pazar alanı ortaya çıkmıştır. Gelişen sağlık teknolojileri, hizmet maliyetlerini azaltmış ve bu teknolojilerin kullanıldığı yeni istihdam alanlarının ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Dünya genelinde pek çok ülkede yaşanan bu gelişmeler benzer bir biçimde Türkiye’de de etkili olmuştur. Sağlık teknolojilerinin Türkiye’de yaygın bir biçimde kullanılması, sağlık istihdamını etkilemiştir. Sağlık teknolojileri yeni istihdam alanları ortaya çıkarmış aynı zamanda teşhis ve tedavilerin daha kolay yapılabilmesini sağlamıştır.

Nüfusun artması ile birlikte sağlık personellerine duyulan ihtiyaç da doğal olarak bir artış göstermektedir. Sağlık personeli sayısının ve hastane kapasitesinin aynı kaldığı hallerde artan nüfusa aynı kalitede hizmet sunulabilmesi mümkün olamayacaktır. Bu nedenle

Türkiye’de nüfusta yaşanan değişikliklerin sağlık sektörünü olumsuz bir biçimde etkilememesi için sağlık personeli sayısının artırılması yoluna gidilmiş, başta doktorlar olmak üzere personellerin daha nitelikli hale getirilerek hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmıştır. Ortaya çıkan hizmet açığının giderilebilmesi için idareciler tarafından geçici birtakım tedbirlere de başvurulmuş, taşeron firmalar aracılığıyla sağlık hizmetlerinin kalitesi korunmaya çalışılmıştır. Taşeron firmalar ile yardımcı sağlık personeli noktasında ortaya çıkan açık kapatılmak istenmiştir. Ancak bu durum Türkiye’de sağlık hizmeti bakımından çeşitli olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Sağlık istihdamı bu yönü ile yetersiz ve etkisiz kalabilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de sağlık sektörünün önemi ve sağlık sektörünün istihdam üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Belirlenen amaç doğrultusunda çalışmanın birinci bölümünde sağlık kavramı, genel özellikleri ve sağlığın sosyal belirleyicileri ele alınmıştır. Sağlık kavramı açıklanmış, sağlığın tanımı yapılmış, sağlık hizmetlerinin genel özellikleri açıklanmaya çalışılmıştır. WHO tarafından sağlık: "Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali" olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı olma durumunu sadece hastalıkla ilişkilendirmek ve biyolojik verilerle açıklamak eksik kalacaktır. Bunlara ek olarak sosyal etkenlerle de ilişkilendirmek gerekmektedir. Bu nedenle çalışmanın devamında sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde, Türkiye’de sağlık sisteminin gelişimi anlatılmış ve bazı ülkelerdeki sağlık sistemi örnekleri incelenmiştir. Sağlıklı yaşamak her insanın hakkı olan uluslararası bir kavramdır. Devletlerin, vatandaşlarına karşı olan sorumlulukları arasında vatandaşların sağlıklarının korunması ve vatandaşlara sağlık hizmetlerinin sunulması vardır. Sağlıklı bireylerle sağlıklı toplumlar oluşur. Sağlıklı toplumlar ise gelişmiş ülkelerin temelidir. Bu yönüyle sağlık hem bireyseldir hem de kamusal yöne sahiptir. Devletler, sağlık sistemlerini sağlık politikaları doğrultusunda oluşturmaktadır ve teknolojik gelişmelere ve günün şartlarına uyarlamaktadır. Türkiye’de sağlık alanındaki çalışmalar Osmanlı Devleti’ne kadar dayanmaktadır. Çalışmada sağlık sisteminin tarihsel gelişimi Cumhuriyet öncesi dönemden 2003 sonrası dönüşüm dönemi dahil olmak üzere incelenmiştir. Sonrasında Türkiye’deki sağlık sistemi yapısı ele alınmıştır. Fransa, Hollanda, İngiltere, ABD ve Almanya örnekleri üzerinde durulmuştur. İkinci bölümün son kısmında ise gelişmiş ülkelerin ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarının genel özellikleri incelenmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, Türkiye’de sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinin finansmanı açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlık harcamalarının tanımı ve kapsamı incelenmiş, harcamaları etkileyen faktörler üzerinde durulmuş, Türkiye’deki sağlık harcamalarının OECD ülkeleri ile karşılaştırılması yapılmıştır. Son yıllarda ekonominin her alanında olduğu gibi sağlık sektöründe de kaynakların verimli kullanılması önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin ekonomik yönden analizi, sağlık ekonomisinin konusunu oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisi hem sağlık hizmetlerini hem de sağlık hizmetleri finansman faaliyetlerini tek noktada buluşturmaktadır. Sağlık ekonomisinin gelişmesinin en önemli nedenleri; kaynak ihtiyacının artması ve bunun sonucunda ortaya çıkacak sağlık finansman yöntemleri ve sağlık harcamalarıdır. Sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar tıbbi oldukları kadar sosyal ve ekonomik amaçları da olan organizasyonlardır. Bu nedenle sağlık ve ekonomi birbiriyle bağlantılıdır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sunulduğu miktar ekonomik şartlara ve bu alanda yapılan harcamalara bağlıdır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan organizasyonların, finansman kaynakları ve finansman yöntemleri önem taşımaktadır. Çalışmanın bu bölümünün devamında sağlık hizmetlerinin finansmanını incelenmiştir. Bu amaçla sağlık hizmetleri finansmanının amaç ve işlevi, sağlık finansman modelleri incelenmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde ise, sağlık sektörü istihdam açısından ele alınmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türkiye sağlık sistemine neoliberal politikalar ekseninde önemli yapısal değişiklikler ve düzenlemeler getirmiş olması nedeniyle bir dönüm noktası özelliği taşımaktadır. Neoliberal zeminde gerçekleşen reformlar, kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerini piyasalaştırmıştır. Sağlık çalışanlarının koşulları, sağlık sisteminin içinde sosyal ve ekonomik yapının dönüşüm etkilerinden uzak kalamayacaktır. Sağlık işgücünün kadrolu istihdam biçimi, sözleşmeli istihdam biçimine doğru değişmiş, güvencesiz ve birbirinden farklı birçok kadro ortaya çıkmıştır. Çalışmanın son bölümü sağlıkla istihdam ve büyüme ilişkisini içermektedir. Buna ek olarak sağlıktaki istihdam yapısı üzerinde durulmuştur. Ayrıca Covid-19 ve Dünya Sağlık Örgütü’ne vurgu yapılmıştır.

Çalışma 2002-2019 yılları arasında sınırlandırılmıştır. Çeşitli ülkelerdeki bazı verilerin 2019 yılı bilgisine ulaşamaması durumunda ulaşılan en güncel bilgiye ver verilmiştir. Bu çalışmanın ana varsayımı “sağlık sektörü istihdam üzerinde etkilidir” şeklinde belirlenmiştir. Çalışmada uygulanan araştırma tekniği literatür taramasıdır. Bu bağlamda konu ile ilgili

yayınlanmış kitaplar, makaleler, dergiler, ilgili bakanlık raporları, yüksek lisans ve doktora tezleri taranmış ayrıca güvenilir internet kaynaklarından bilgi ve veriler derlenmiştir. Elde edilen veriler birbirleriyle ilişkilendirilip yorumlanmıştır. Resmi kurumlar tarafından paylaşılan veriler yıllık bazda bir değerlendirmeye tutulmuş, süreç içerisinde sağlık sektörünün kat ettiği ilerleme açıklanmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmada Türkiye’deki genel istihdam durumu üzerine yoğunlaşılmamış yalnızca sağlık istihdamı çalışmaya konu edilmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda genellikle sağlık sektöründeki istihdam üzerinde durulmuştur. Çirpici (2010) tarafından yapılan “Türkiye’de kamu sağlık hizmetlerinde 1980 sonrası uygulanan neo-liberal ekonomi politikalarının sağlık personeli istihdamı üzerindeki etkileri: Sözleşmeli sağlık personeli istihdamının eleştirel bir değerlendirmesi” başlıklı çalışmada Türkiye’de 1980’lerden itibaren uygulanmaya başlanan neo-liberal sağlık politikalarının, yardımcı sağlık personeli üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Bu bağlamda çalışmada sağlık hizmetleri tanımlanmış, dünyadaki sağlık sistemleri üzerinde durulmuş ve Türkiye’deki sağlık sistemi incelenmiştir. Kaplan (2013) tarafından yürütülen çalışmada ise Dünyada ve Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren uygulanan Yeni Kamu Yönetimi anlayışının sağlık personeli istihdam türleri üzerine etkileri araştırılmıştır. Acar (2018) “Sağlıkta Dönüşüm ve Yeni İstihdam Biçimleri: Taşeron Sağlık Çalışanları Üzerine Sosyolojik Bir İnceleme” çalışmasında kamu sağlık hizmetlerinde esnek istihdam politikalarından biri olan taşeronla çalışma biçiminin sağlık alanında asli işleri yapan sağlık çalışanları üzerinde ne gibi etkileri olduğunu analiz etmeyi amaçlamaktadır. Karakaya (2019) ise, çalışmasında SDP düzenlemeleri ile kamu hastanelerinde çalışan sağlık iş gücünün çalışma koşullarının istihdam biçimleri ve ücretlendirme açısından yansıyan etkilerin, nitel alan araştırması ile saptanmaya çalışılmıştır. Bu çalışmada ise sağlık sektörünün genel olarak istihdama etkisi incelenecektir. Bu anlamda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1. GENEL BAKIŞ: SAĞLIK, SAĞLIK KAVRAMI, GENEL ÖZELLİKLER, SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlığın tanımının genişliği, dünyada kabul gören ve bilimsel olarak ne ifade ettiği, diğer birçok bilim ve disiplin ile bir arada çalışma zorunluluğu, sağlığın önemini ve uygulamadaki giriftliği artırmaktadır. Sağlık kavramı, çok farklı şekillerde yorumlanmış ve zaman içerisinde kabul gören genel tanımları ve zihinde canlanan olgu devamlı değişiklik göstermiştir. Şu an en genel olarak kabul edilen tanım olan WHO anayasasında: “Sağlık sadece hastalıklar ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir”¹. Bu tanıma bakıldığında çok geniş bir çerçeve görmek kaçınılmazdır. Sağlıklı olmak için insanın tüm ihtiyaçlarının karşılanması gerekir. Bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik hali gerçekten çok zor bir durumdur. Çünkü insanın ihtiyaçları bitmez ve sürekli karşılanması gereken ihtiyaçlar insanda her zaman bir şeylerin eksik olduğu hissiyatına kapılmasına sebep olabilir. Bu hissiyat hasta olduğunda daha da yükselir. Tatminsizlik, alınganlık, hassaslık artar. Sağlık kavramına özellikle sosyal yönden bakıldığında; tam bir iyilik durumunun çerçevesi çok geniş ve sınırları belirsizdir. Özele bakıldığında insana, tüm sağlık sektörü düşünüldüğünde ise genel olarak bütün bir sistemin verimliliğinin en üst düzeyde tutulmasını hedefler². Tüm bunlar ışığında sağlık hizmetleri ele alındığında çeşitli gruplama ve bölümlere ayrılması kaçınılmazdır. Sağlık kavramı ve sağlığın tanımlanması yönünden bazı sağlık modelleri vardır. Bunlar³;

- “Bio Tıbbi Model; sağlık için, hastalık durumu veya herhangi bir bozukluk olmaması tanımını yapar.

- Davranışsal Model; sağlığa bakışı, sağlıklı bir yaşam tarzı seçmenin ve uygulamaların çıktısı olarak görür.

¹ WHO, **Basic Documents, Forty-Eighth Edition**, Geneva: WHO Press, 2014, s. 1-19.

² Jimoh Amzat ve Oliver Razum, **Medical Sociology in Africa**, Switzerland: Springer International Publishing, 2014, s. 21-23.

³ Ayla Okay, **Sağlık İletişimi**, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2016, s. 16.

- Sosyo-Çevresel Model; sağlığı, teşvik tedbirleri, bireylerin ve toplumun sağlığı noktasında bazı bariyer ve çerçeve oluşturan çevresel, sosyal ve ekonomik faktörlerin bir sonucu olarak nitelendirir”.

1.2. Sağlığın Tanımı

Canlılarda meydana gelen beslenme, çiftleşme, acı dindirme, tehlikelerden kaçınma gibi içgüdü ve davranışların kaynağı canlıların neslini sürdürme ve sağlığını koruma güdüsüdür⁴. İnsan ya da hayvanlar ile kıyaslandığında daha basit bir biyolojik yapısı olan bitkiler dahi güneş enerjisinden gün içinde daha fazla yararlanmak için çiçek ve yapraklarını sürekli güneşe döner ve gün içinde güneşin hareketini izlerler⁵. Doğal hayatta canlılarda gözlemlenen bu ve buna benzer birçok örnek bize sağlığı koruma ve neslin devamına yönelik davranış ve içgüdülerin canlıların oluşumundan günümüze kadar devam ettiğini göstermektedir⁶.

Sağlık ile ilgili olan tanımlara bakıldığında ilk tanımların “herhangi bir hastalığı bulunmayan insan sağlıklıdır” şeklinde basitçe yapıldığı görülmektedir⁷. WHO’nun tanımına göre sağlık sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil kişinin beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır⁸. Her bireyin kendine özgü bir sağlık algısı vardır. Bu nedenle sağlığın tanımının yapılması son derece zordur. Sağlık kavramının daha iyi bir şekilde anlaşılması için sağlık kavramının subjektif ve objektif olarak iki şekilde ele alınıp incelenmesi gerekmektedir⁹.

Sübjektif olarak sağlık; kişinin sosyal, fiziksel ve ruhsal açıdan durumunu algılaması hali olarak tanımlanmaktadır. Bu algılamada kişi hasta olduğu halde kendini sağlıklı veya

⁴ Recep Akdur, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması**, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2000, s. 2.

⁵ Nurgül Yavuz, “Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması”, (Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayınlanmamış Y.L.T.**) 2011, s. 10.

⁶ Ayşe Tekin, “Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)”, (Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayınlanmamış Y.L.T.**) 2007, s. 22.

⁷ Sağlık Bakanlığı, “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü”, 2011, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.p> (12 Eylül 2020).

⁸ Ethem Erginöz, “Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar”, **Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi**, Sayı 62, 2008, s. 32.

⁹ Nursen Bolsoy ve Ümran Sevil, “Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, Cilt 9, Sayı 3, 2006, s. 78.

sağlıklı olduğu halde hasta olarak algılayabilir¹⁰. Objektif olarak sağlık, doktor muayenesi ve uygulanan tanı testlerinde hastalığın olmamasıdır. Ayrıca bireyin sağlıklı olarak sınıflandırılmasında kendini subjektif olarak sağlıklı hissetmesi ve objektif olarak sağlıklı olması gerekmektedir¹¹.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri

Sağlık hizmetleri DSÖ tarafından; “Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem” olarak tanımlanmaktadır¹². Söz konusu tanım çerçevesinde sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Buna ek olarak modern sağlık tanımında belirtilen tam iyilik halinin anlaşılması için sağlığın geliştirilmesi başlığı da dördüncü başlık olarak ele alınmıştır¹³.

Kişilerin sağlıklı olmasını ve mevcut sağlıklarını koruyup geliştirerek toplumun sağlıklı olmasını sağlamak sağlık hizmetlerinin amacıdır. Sağlık hizmetlerinin son amacı ise sağlıklı dünyayı oluşturmaktır¹⁴. Sağlık hizmetleri bütün bireyleri ilgilendirmesi sebebiyle diğer hizmetlerden ayrılmaktadır. Sağlık işletmelerinde sıfır hata anlayışı vardır. Çünkü sağlık hizmetinde yapılabilecek en küçük bir hata, insan yaşamını geri dönüşü olmayan tehlikeye sokabilmektedir¹⁵.

¹⁰ Emine Onkun, “Halk Sağlığı ile İlgili Temel Kavramlar”, 2015, http://docs.neu.edu.tr/staff/emine.onkun/20.%20HALK%20SA%C4%9ELI%C4%9EI%20KAVRAMLAR_9.pdf (26 Eylül 2020).

¹¹ Emine Onkun, a.g.e., s. 6.

¹² Murat Yazgan, “Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi”, (Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **Yayınlanmamış Y.L.T**) 2009, s. 31.

¹³ Enes Ahmet Güven, “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Bazı Polikliniklerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin, Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının, Sağlık Sistemiyle İlgili Düşüncelerinin İncelenmesi”, (Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi **Yayınlanmamış Y.L.T.**) 2017, s. 41.

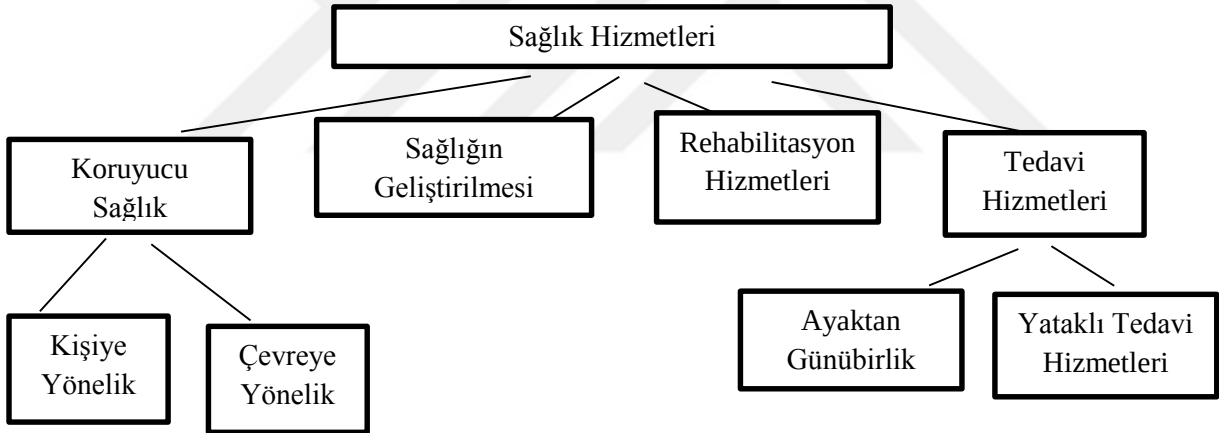
¹⁴ Erdal Sargutan, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8, Sayı 3, 2005, s. 403.

¹⁵ Murat Yazgan, a.g.e., s. 32.

Sağlık hizmetleri kendine özgü bazı özelliklere sahiptir. Bunlar şöyle sıralanmaktadır¹⁶:

- Sağlık hizmetleri ikame edilemez.
- Sağlık hizmetleri rastlantısalıdır.
- Kapsamını hizmet alan kişiler tarafından değil hekim tarafından belirlenir.
- Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez.
- Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin davranışları irrasyoneldir.
- Sunulan hizmetin doyumunun ve kalitesinin önceden belirlemesi güçtür.

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları



Kaynak: Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2018, s. 39.

Şekil 1’de görüldüğü üzere sağlık hizmetleri tedavi edici, rehabilite edici, koruyucu ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere toplam dört başlıkta ele alınmaktadır. Verilen hizmetin türüne göre sağlık kurumları birbirinden farklılaşmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık kurumlarının büyük bir kısmı dört başlık altında toplanan sağlık hizmetlerini farklı düzeylerde üretirler. Örnek verilecek olursa, bir aile sağlığı merkezinin üstlendiği temel işlev, koruyucu

¹⁶ Selman Coşğun, “İkinci ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların (Hastanelerin) Verdikleri Hizmetlere Göre Karşılaştırılması”, (İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2018, s. 41.

sağlık hizmetleri vermektir. Bahsi geçen işlevin yanı sıra teşhis ve tedavi hizmetleriyle de sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini sağlamaktadır¹⁷.

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin sağlık durumlarını korumanın yanı sıra onları yaralanmaktan, hastalanmaktan ve sakat kalmaktan korumayı amaçlayan hizmetler olarak tanımlanmaktadır¹⁸. Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici hizmetlere kıyasla çok daha düşük maliyetli hizmetler olarak ifade edilmektedir¹⁹. Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, muhtemel hastalık ve sakatlık gibi riskleri en aza indirmek ya da bu hastalıkların erken teşhis ve tedavisini yapmaktır²⁰. Bu çerçevede kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında doğrudan kişilere verilen; erken tanı, bağışıklama, ilaçla koruma, aile planlaması, sağlık eğitimi, beslenmenin iyileştirilmesi ve kişisel hijyenin geliştirilmesi gibi hizmetler yer almaktadır²¹. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler kapsamında ise sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenlerin yok edilmesine yönelik olarak verilen hizmetler yer almaktadır. Söz konusu hizmetler veteriner, mühendis, biyolog, kimyager ve benzeri meslek mensupları tarafından konuya yönelik özel eğitim alınarak verilir²². Bu hizmetlerde sağlık sektörünün rolü ise eğitim vermek, denetlemek, danışmanlık sunmak ve yönlendirmektir²³. Çevre sağlığı hizmetleri kapsamında yer alan bazı hizmetler şunlardır²⁴: “Su kaynaklarının sağlanması ve denetlenmesi, katı atıkların denetimi, besin sanitasyonu, hava kirliliğinin denetimi, gürültü kirliliğinin denetimi, radyolojik zararların denetimi”.

¹⁷ Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, a.g.e., s. 38-39.

¹⁸ Gülşin Yücel, “Sağlık Bilişim Sistemleri Etkinliğinin Bulanık Modellemesi”, (İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, **Yayımlanmamış D.T.**) 2010, s. 51.

¹⁹ Selver Uysal, “Bilişim Teknolojileri Ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinin Çalışanlar Tarafından Verimli Kullanımı Üzerine Bir Araştırma: Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama Araştırma Hastanesi Örneği”, (Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2019, s. 32.

²⁰ Orhan Özcan, “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003 - 2015 Yılları Arasında Ülkemize Katkısının İncelenmesi”, (Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2015, s. 27.

²¹ Enes Ahmet Güven, a.g.e., s. 44.

²² Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, a.g.e., s. 40.

²³ Hasan Akuzun, “Hastane Bilişim Sisteminin Uygulanmasına Yönelik Bir Değerlendirme: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği”, (Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2018, s. 41.

²⁴ Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, a.g.e., s. 40.

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ya da hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasının ardından hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi süreçlerini kapsayan hizmetler olarak ifade edilmektedir²⁵. Bu hizmetler genellikle sağlık durumu bozulan bireylere verilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri alanında uzmanlaşmış hekim, hemşire, ebe ve sağlık teknisyenleri gibi sağlık profesyonelleri tarafından verilir²⁶. Bu hizmetler birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere üç basamaktan oluşmaktadır²⁷.

- Birinci basamak tedavi hizmetleri: Bu hizmetler hastalara yataksız sağlık kuruluşlarında, evde veya ayakta verilmektedir²⁸. Birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri bir arada verilir. Ancak teşhisi ve tedavisi yapılamayan ya da daha kapsamlı tedavi gerekten hastalıklar için hastalar genellikle ikinci basamağa sevk edilmektedir²⁹. Bu basamakta yer alan tedavi hizmetleri ücretsizdir. Buna ek olarak bu hizmetler herkesin kolay bir şekilde ulaşabileceği yerlerde verilmektedir³⁰.

- İkinci basamak tedavi hizmetleri: Uzman hekimler tarafından yataklı sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir³¹. Bunların yanı sıra söz konusu hizmetler devlet hastaneleri ya da yatan hasta tedavi hizmeti sunan özel kuruluşlarda verilmektedir³². 1990'lı yıllarda Neoliberalizm görüşünün önem kazanması sonucunda özel sektörün sağlık işletmeleri kurması teşvik edilmiştir. Günümüzde özel sektörün yanı sıra kamu sektörü tarafından da ikinci basamak sağlık hizmeti verilmektedir³³.

- Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kurumlarında teşhisi ve tedavisi yapılamayan, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren tam

²⁵ Murat Yazgan, a.g.e., s. 34.

²⁶ Selman Coşgun, a.g.e., s. 42.

²⁷ Gülşin Yücel, a.g.e., s. 35-37.

²⁸ Enes Ahmet Güven, a.g.e., s. 46.

²⁹ Selman Coşgun, a.g.e., s. 43.

³⁰ Murat Yazgan, a.g.e., s. 34.

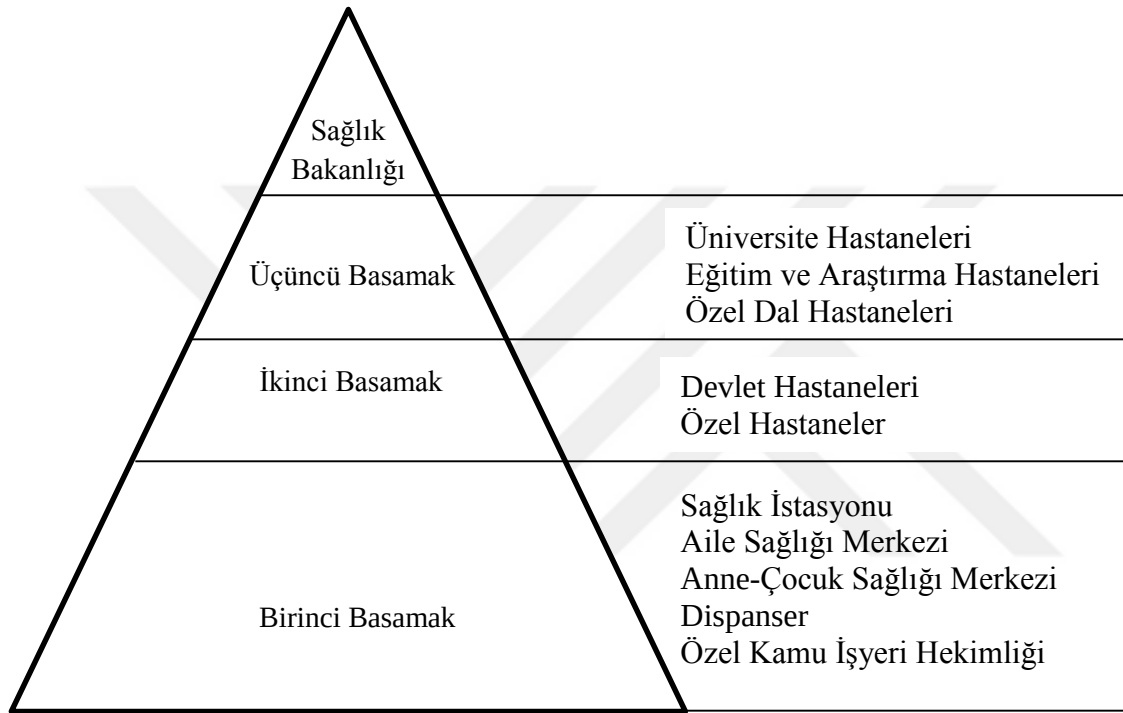
³¹ Enes Ahmet Güven, a.g.e., s. 46.

³² İrfan Onat Takak, "Hastanelerde Sağlık Bilişimi Hizmetlerinin Verilmesinde Hekimlerin Bilgi Teknolojileri Becerilerinin Değerlendirilmesi İçin Bir Yapı Önerisi", (Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2019, s. 19.

³³ Ayhan Görmüş, **Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri**, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2013, s. 136.

teşekküllü hastanelerde verilen hizmetler üçüncü basamak tedavi hizmetleridir³⁴. Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında eğitim ve araştırma hizmetlerinin de verilmesi ise bu kuruluşları birinci ve ikinci basamak kuruluşlardan ayıran bir özelliktir. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri genellikle ağır hastaların veya kronik hastalıkların tedavi süresi için geniş çaplı araştırmalar gerektirmesi bakımından diğer basamaklardan daha maliyetlidir³⁵.

Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Basamakları ve Sağlık Sunucuları



Kaynak: Selman Coşğun, “İkinci ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların (Hastanelerin) Verdikleri Hizmetlere Göre Karşılaştırılması”, (İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2018, s. 45.

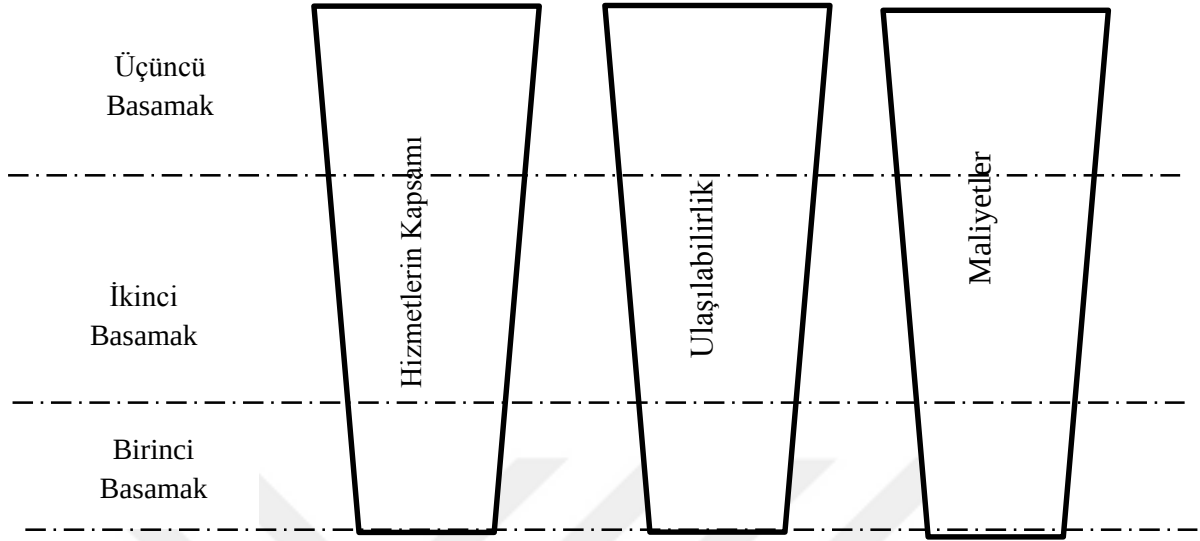
Tedavi edici sağlık hizmetleri, sevk sisteminin uygulanabilmesi için basamaklar biçiminde ele alınmaktadır. Sevk sisteminde kişilerin acil durumlar haricinde birinci basamağa başvurmaları gerekmekte ve hekimin gerekli gördüğü durumlarda bir üst basamağa sevk edilmeleri gerekmektedir. Böylece maliyetlerin azalmasının yanı sıra verilen hizmetin kalitesi de artacaktır³⁶.

³⁴ Selman Coşğun, a.g.e, s. 44.

³⁵ Murat Yazgan, a.g.e., s. 35.

³⁶ Enes Ahmet Güven, a.g.e., s. 46.

Şekil 3. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri



Kaynak: Selman Coşğun, “İkinci ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların (Hastanelerin) Verdikleri Hizmetlere Göre Karşılaştırılması”, (İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2018, s. 45.

Şekil 3’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin dar kapsamlı hizmetler olduğu görülmektedir. Toplum gereksinim duyduğunda kolay bir şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşabilmektedir. Bunun yanı sıra ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yüksek teknolojinin kullanılması sebebiyle tedavi maliyetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarına kıyasla çok daha yüksektir³⁷.

1.3.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Ruhsal bozukluklar, kazalar ve vücut organlarının etkili bir şekilde kullanılmasını engelleyen kısıtlılık gibi hallerle karşılaşan bireylerin, bu hal ile yaşamaya alışmaları ve yaşadıkları acıyı hafifletme amacı taşımaktadır³⁸. Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır³⁹.

- Tıbbi rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluklar ve sakatlıklar gibi durumların iyileştirilmesi için hastaya verilen hizmetlerdir.

³⁷ Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, a.g.e., s. 45.

³⁸ Murat Yazgan, a.g.e., s. 33.

³⁹ Orhan Özcan, a.g.e., s. 29.

- Sosyal rehabilitasyon: Sakatlık veya bedensel kalıcı bozukluk görülen bireylerin tekrar topluma kazandırılması için sunulan hizmetler olarak ifade edilmektedir.

1.4. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanım çerçevesinde sağlık kavramı “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak ifade edilmektedir. Sağlık yalnızca hastalıklar ile ilişkilendirilmemektedir. Aynı zamanda sosyal etkenlerin bir sonucu olarak görülmektedir. Yaşadığımız toplumun gelişmişlik düzeyi ve sosyoekonomik düzey, yaşam boyu nitelikli bir hayat sürdürmemizi belirleyen unsurlar olarak görülmektedir. Söz konusu yaşam tarzından sağlığımız da doğrudan etkilenmektedir. Sağlığın belirleyicileri arasında ise yaş, genetik, cinsiyet, cinsel tercihler gibi bireysel ve sosyal özellikler, eğitim, yaşam tarzı, sağlık, yoksulluk, sosyal ihtiyaçlara ulaşılabilirlik, işsizlik, dışlanma, sigara ve alkol kullanımı gibi özellikler yer almaktadır⁴⁰.

DSÖ tarafından sağlığın sosyal belirleyicileri 10 farklı şekilde ifade edilmektedir;

“- İnsan yaşamının sürdürülebilirliği için gerekli bazı olanaklardan ayrı kalması

- Stres etkisi

- Anne-çocuk sağlığının durumu

- Çalışma hayatının birey sağlığına etkisi

- Çalışmama ve iş sağlığı güvenliğinin eksik olması

- Sosyal çevre

- Ortamlardan dışlanma

- Sigara, alkol, uyuşturucu gibi madde kullanımları

- Güvenilir gıda kaynaklarından doğal ve sağlıklı gıda alım ve tüketimi

⁴⁰ Bilge Hapçioğlu, “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri”, 2006, <https://docplayer.biz.tr/56330329-Sagligin-sosyal-belirleyicileri-prof-dr-bilge-hapcioglu.html> (26 Eylül 2020), s. 1.

- Ulaşım”.

Şekil 4. Sağlıkın Temel Belirleyicileri



Kaynak: Bilge Hapcıoğlu, “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri”, 2006, <https://docplayer.biz.tr/56330329-Sagligin-sosyal-belirleyicileri-prof-dr-bilge-hapcioglu.html> (26 Eylül 2020), s. 1.

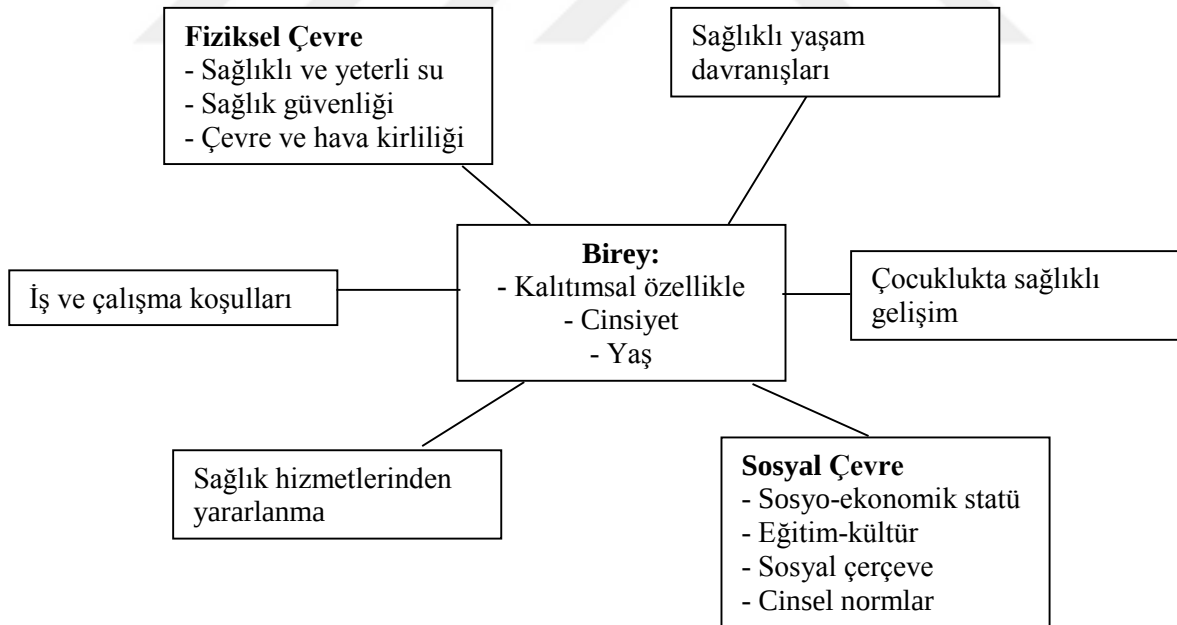
Dahlgren ve Whitehead’in geliştirdiği sağlığın sosyal modelinin ilk bölümünde yaş ve cinsiyet gibi faktörlere yer verilmiştir. Söz konusu faktörler sağlık bakımından son derece önemli faktörlerdir. Buna rağmen sağlık politikalarının belirleyebileceği mümkün olmayan faktörlerdir. Sağlığın sosyal modelinin ikinci bölümünde ise bireysel yaşam tarzına yönelik faktörlere yer verilmiştir. Bu bölüm kapsamında kişinin sigara ve alkol kullanımı, kötü beslenme gibi tercihlerinden meydana gelmektedir. Üçüncü bölümünde ise toplumsal ve sosyal ağlara değinilmiştir. Dördüncü bölümünde ise bireyin yaşama ve çalışma koşulları ile ilgili karşılaştığı koşullar ve bu ihtiyaçlara erişim imkanları detaylı bir şekilde incelenmektedir⁴¹. Modelin en dış halkasında ise genel, sosyoekonomik, kültürel ve çevresel koşullara yer verilmiştir. Bahsi geçen koşulların sağlığa doğrudan etki eden faktörlerden oluştuğu

⁴¹ Margaret Whitehead ve Göran Dahlgren, Whitehead M. “Regional Office for Europe Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1”. **World Heal Organ Reg Office Eur.** 2007, Sayı 2, s. 14.

görülmektedir⁴². Sağlığın Sosyal Belirleyicileri olarak kullanılan parametreler; “eğitim düzeyi, sosyo ekonomik düzey-yoksulluk, yoksunluk-eşitsizliktir”.

Söz konusu değişkenler her toplumda farklılık göstermektedir. Dolayısıyla sağlığın değerlendirilme aşamasında yalnızca biyolojik süreçlerin dikkate alınması, bu ölçütlerden kaynaklanacak faydanın azalmasına yol açmaktadır. Bireyin sağlık düzeyini etkileyen faktörlerin bir kısmı, bireye yönelik yaşamsal çevre, genetik özellikler, yaş ve cinsiyet faktörleri olarak yer almaktadır. Bu faktörlerin dışındaki faktörler ise dışsal etkenler ile ilgili faktörlerdir. Bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyecek olan her türlü ekolojik temelli olumsuz nedenler sağlığı da doğrudan etkilemektedir. Bireyin sağlığına etki eden diğer faktörler arasında sosyal çevre faktörleri kapsamında değerlendirebileceğimiz ve bireyin gelir düzeyi, sosyoekonomik düzeyi, eğitim ve sosyokültürel etkilenmeleri, sosyal çevresi ve bireysel algılanmış sağlık durumu yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı (health literacy) kavramı bireyin sağlıklı olması ve sürdürülebilir sağlık düzeyi bilgilerine erişimi ve bu bilgileri anlama düzeyidir⁴³.

Şekil 5. Sağlığı Belirleyen Temel Etkenler



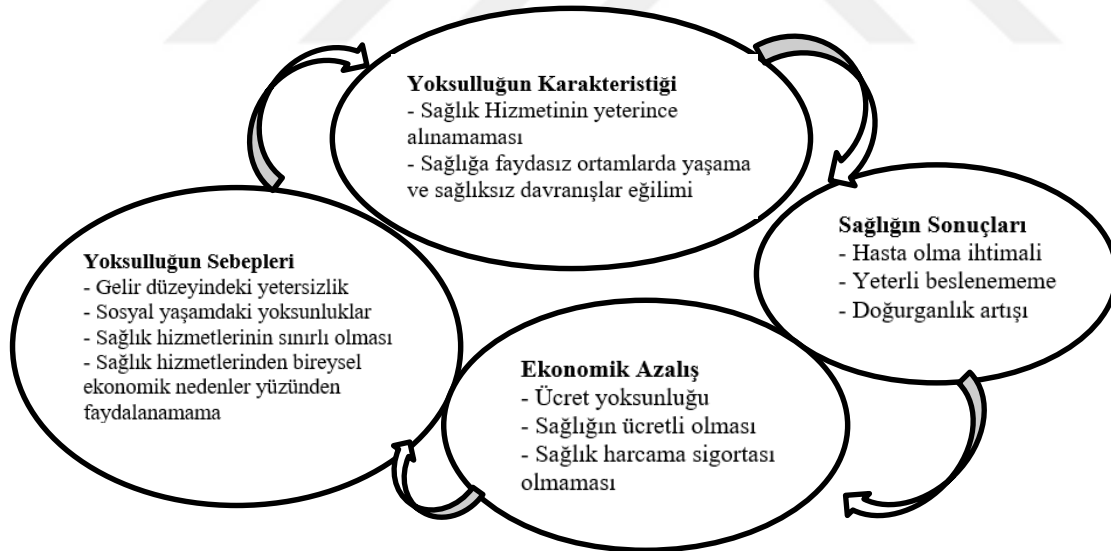
Kaynak: Don Nutbeam “Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century”, **Health Promot Int.**, Cilt 15, Sayı 3, 2000, s. 231.

⁴² Michael Marmot, “Social determinants and the health of Indigenous Australians”, **Med J Aust**, 2011; Cilt 194, Say 10, s. 512-513.

⁴³ Scott Ratzan, “Health Literacy: A Prescription to End Confusion”, **Health Literacy**, Sayı 42, 2005, s. 13.

Şekil 5'te Nutheam'a göre sağlığı belirleyen temel etmenler gösterilmiştir. Bu etmenleri fiziki çevre, iş ve çalışma koşulları, sağlık hizmetlerinden yararlanma, sosyal çevre, çocuklukta sağlıklı gelişim, sağlıklı yaşam davranışları ve bireysel özelliklerdir. Kişilerin yaşam kalitesi değerlendirilirken sağlığın göstergeleri arasında yer alan bazı sosyal belirleyicilerin etkilerinin de dikkate alınması gerekmektedir. Bu değişkenler Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (SSB) olarak adlandırılmaktadır⁴⁴. Bu değişkenler her toplumda farklılık göstermektedir. Bu nedenle sağlığın yalnızca biyolojik süreçler üzerinden değerlendirilmesi, söz konusu değişkenlerden kaynaklanacak olan etkinin azalmasına sebep olmaktadır⁴⁵. Son yıllarda sağlıksızlık verilerinin artması sonucunda uluslararası kuruluşlar tarafından bu etkinin dünya genelinde azaltılmasına yönelik çalışmaların yapıldığı görülmektedir⁴⁶. Wagstaff tarafından hazırlanan aşağıdaki döngü incelendiğinde gelirin yetersizliğinin ve sağlığın maddi bedelinin karşılanamamasının yoksulluğa yol açtığı görülmektedir. Buna ek olarak yoksul bireylerin mevcut sağlık hizmetlerinden yeteri düzeyde faydalanamaması, beslenme problemlerinin yaşanması sonucunda sağlıksız bir hayat sürülmesine neden olmaktadır⁴⁷.

Şekil 6. Wagstaff Yoksulluk ve Sağlık Döngüsü



Kaynak: Adam Wagstaff, "Editorial: Policy and practice", **Health Educ J.** Cilt 53, Sayı 1-2, 1994, s. 100.

⁴⁴ Michael Marmot ve Richard Wilkinson, "The Solid Facts", **World Heal Organ Reg Offi ce Eur**, Cilt 14, Sayı 4, 2003, s. 14.

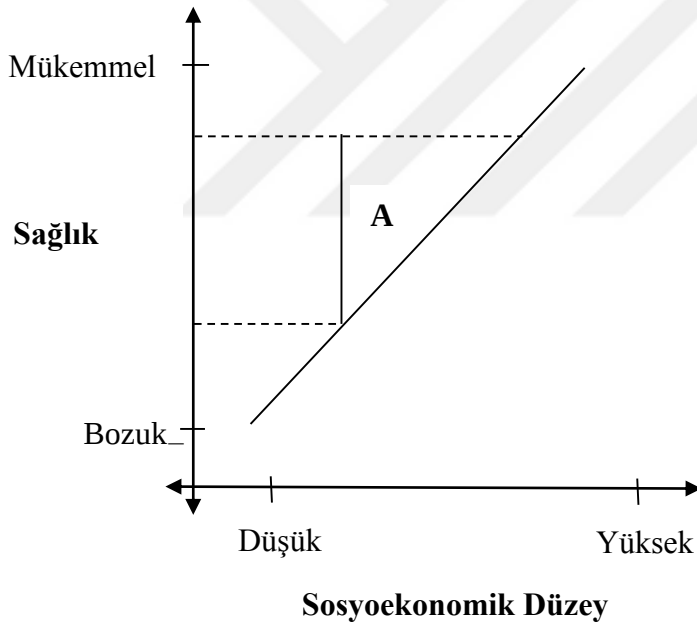
⁴⁵ Can Öner, "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi", **Türkiye Klin J Fam Med Special Top.** Cilt 5, Sayı 3, 2014, s. 16.

⁴⁶ Özge Arpacıoğlu, "Dünyada ve Türkiye'de Yoksulluğun Analizi", **Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Dergisi**, Cilt 4, Sayı 2, 2011, s. 42.

⁴⁷ Adam Wagstaff, "Editorial: Policy and practice", **Health Educ J.** Cilt 53, Sayı 1-2, 1994, s. 99.

Kut ve Salgür'ın (2015) ifadelerine göre doktor ve hasta iletişiminin iyi olduğu toplumlarda sosyoekonomik düzey de yüksektir⁴⁸. Toplumun ya da bireyin sosyoekonomik düzeyi yüksek olursa, sürdürülebilir sağlıklı yaşam olanağı da yükselecektir. Bu çerçevede yürütülen araştırmalarda kişilerin iyi bir eğitim almalarını ve iyi bir işte çalışıyor olmalarını hedefleyen yönlendirmelerin sunulduğu gözlenmektedir. Bu durumun bireylerin yaşam standartlarını artmasını sağlayacağı ve toplumun sosyoekonomik düzeyine katkıda bulunacağı ifade edilmektedir. Böylece toplumsal sağlığın iyileştirilmesine yönelik de gelişme sağlanabileceği belirtilmektedir⁴⁹. Bireylerin sağlığa yönelik haklardan eşit düzeyde yararlanabilmeleri ve sosyoekonomik düzeydeki gelişim düzeyleri aşağıdaki grafikte yer verilen ilişki çerçevesinde özetlenmiştir⁵⁰:

Şekil 7. Sağlık Alanında Sosyoekonomik Düzey



Kaynak: Özge Arpacıoğlu, “Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluğun Analizi”, **Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Dergisi**, Cilt 4, Sayı 2, 2011, s. 43.

⁴⁸ Semin Paksoy, “Ülke Göstergelerinin Vikor Yöntemi ile Değerlendirilmesi”, **Ekon ve Sos Araştırmalar Dergisi**, Cilt 11, Sayı 2, 2015, s. 159.

⁴⁹ Kemal Aydın, “Türkiye’de Kişisel Gelir Dağılımının Sosyo Ekonomik ve Demografik Belirleyicileri”, **Çalışma ve Toplum**, Sayı 32, 2012, s. 149.

⁵⁰ Altuğ Kut ve Funda Salgür, “Sağlık alanında sosyoekonomik düzey belirleme: Tıbbi araştırmalarda doğru uyguluyor muyuz?”, **Türkiye Aile Hekim Dergisi**, Cilt 19, Sayı 1, 2015, s. 7.

Preston (1975)'ın ifadelerine göre gelir düzeyi az olan bireylerin ölüm oranlarının, gelir düzeyi fazla olan bireylere kıyasla daha yüksektir. Bunun yanı sıra düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan yoksul bireylerin hayatta kalma sürelerinin ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu ileri sürülmektedir. Bu bireylerin diğer bireylere kıyasla hastalanmaya daha eğilimli oldukları ve ortalamaya göre erken yaşta öldükleri belirtilmektedir⁵¹. Aynı zamanda sağlıklı olmak gelir düzeyi düşük bireyleri daha fazla etkilemekte ve yoksulluğu oluşturan önemli sebeplerden biri olarak görülmektedir. Çünkü sağlık sektöründe tedavi ücretlerinin artması ve hasta olunması sebebiyle iş hayatından yoksun kalma durumu yoksulluğun ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Söz konusu durum yoksulluk tuzağı olarak da adlandırılabilir⁵². Özet olarak gelir düzeyinde düşme ve sağlıksızlık sonucunda yoksulluk tuzağı ortaya çıkmaktadır⁵³.

Sağlıktaki eşitsizlik bireylerin ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel gibi sebeplerden ötürü sağlığa erişim hususunda eksik kalmalarıyla ilgili farklılıklara dayanmaktadır. Bu eşitsizlik sorununu ortadan kaldırmak etik bir sorumluluk olarak görülmelidir. Sağlıktaki eşitsizlik sorunu bireylerin yaşamsal durumlarının ve sosyal adaletsizliğin bir neticesidir. Toplumsal eşitlik seviyelerine göre ülkeler karşılaştırıldığında eşitliğin yüksek olduğu toplumlarda doğuştan yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı ölçümleri daha iyi sonuçlar verirken, eşit olmayan toplumlarda daha kötü sonuçlar verdiği görülmektedir⁵⁴.

1.4.1. Eğitim

Eğitim bir süreç ve bir ürün olarak nitelendirilmektedir. Temel eğitim sağlıklı olmanın ayrılmaz bir parçasıdır. Eğer birey yaşamsal ve kendisine yönelik temel bilgileri, düşünme becerisini, kişisel farkındalığını, duygusal ifade ve sosyal etkileşim yeteneğini bulamıyorsa sağlıksız olarak nitelendirilmektedir⁵⁵.

⁵¹ David Hulme, David Lawson, "Development Economics and Public Policy", **Working Paper Series**, Sayı 19, 2006, s. 19.

⁵² Mahmut Bilen ve Mustafa Çalışır, "Türkiye'de Yoksulluk Tuzağının Politik Belirleyicileri", **Akad İncelemeler Dergisi**, Cilt 8, Sayı 1, 2013, s. 329.

⁵³ WHO, "The Urban Health Crisis. Organ World Heal", 1993, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37434> (26.09.2020), s. 11.

⁵⁴ Ali Kocabaş, "Sağlıkta Eşitsizlik", **Toraks Bülteni**, Sayı 9, s. 11.

⁵⁵ Robert Hahn ve Benedict Truman, "Education improves health and promotes health equality", **Int J Heal Serv**, Cilt 45, Sayı 4, 2015, s. 459.

Toplumsal yaşamda eğitim aracılığıyla bilgi ve becerilerin kuşaktan kuşağa aktarılması amaçlanmaktadır⁵⁶. Toplum içerisinde eğitim ile belirli nitelikteki insan gücüne sahip olunması, bireylerin arzu edilen davranışları kazanmaları ve istenmeyen davranışların engellenmesi sağlanmaktadır⁵⁷. Bu çerçevede eğitim durumu bireylerin toplumsal statülerini belirlemekte ve toplumsal yaşamdaki eşitsizliklere etki etmektedir⁵⁸. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler daha iyi gelir sağlayan işlerde istihdam edilmektedir. Bu nedenle daha iyi konutlarda yaşayabilmekte, beslenme konusunda daha fazla seçeneğe sahip olmakta ve daha iyi sağlık hizmeti alabilmektedirler⁵⁹.

Eğitim sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra eğitim sağlık üzerinde farklı mekanizmalarla etki etmektedir. Ailelerin sosyoekonomik durumlarını eğitim düzeyi büyük ölçüde etkilemekte ve eğitim yoluyla kazanılan bilgi ve beceriler kişilerin bilişsel düzeylerine yansımaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimlerine ve sağlık iletişimlerine de büyük oranda etki etmektedir. Söz konusu bilgi ve davranışlar fiziksel aktivitelerin özendirilmesi, doğru beslenme alışkanlığının kazanılması, günlük yaşamda sağlık riski oluşturacak davranışlardan kaçınma, hastalandıkları zaman sağlık hizmeti arama hususundaki eğilimleri gibi alanları kapsamaktadır. Düşük eğitim düzeyine sahip olan ailelerin kendi sağlıkları ile ilgili yetersiz bilgi ve davranışlara sahip oldukları görülmektedir. Bahsi geçen ailelerin çocuklarını büyütürken, onlara gerekli sağlık koşullarını sağlayamadıkları belirtilmektedir⁶⁰. Öte yandan bireylerin sağlık ve sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hususlarda bilgi kaynaklarına erişme, bilgiyi okuma ve anlama, sağlık ile ilgili yaşam kalitesini artırmaya dönük doğru kararlar verme ve uygulama ile ilgili kapasiteleri ve istekleri “sağlık okur yazarlığı” olarak adlandırılmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık okur yazarlığının geliştirilmesi ise genel eğitim düzeyiyle ilişkili bir durumdur.

⁵⁶ Fatih Yardımcıoğlu, “Eğitim ve Sağlık İlişkisi”, **Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Sayı 9, 2008, s. 52.

⁵⁷ Martin Weale ve Christopher Doyle, “Education , Externalities , Fertility , and Economic Growth”, **Education Economics**, Cilt 2, Sayı 2, 1994, s. 134.

⁵⁸ Seda Güven, “Türkiye’de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları”, **Sosyoloji Dergisi**, Cilt III, Sayı 29, 2014, s. 129.

⁵⁹ Anthony Giddens, **Sosyoloji**, Çev. İsmail Yılmaz, İstanbul: Kırmızı Yayınları, 2012, s. 304.

⁶⁰ John Germov, **Theorising Health: Major Theoretical Perspectives in Health Sociology**, Australia: Oxford University Press, 2014, s. 24.

Genel eğitim düzeyindeki artışa paralel olarak sağlık okur yazarlığı ile ilgili bilgi ve beceri düzeyinin de arttığı belirtilmektedir. Ayrıca bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak için toplumun sağlık okur yazarlığı düzeyinin yükseltilmesi son derece önemlidir⁶¹.

1.4.2. Sosyo-Ekonomik Durum-Yoksulluk

Yoksulluk geçmişten günümüze kadar insanlığın temel sorunlarından biri olmuştur. 1900'lerin başlarında Seeböhm Roventree tarafından yapılan tanım çerçevesinde yoksulluk kavramı; yaşamın sürdürülebilirliği için gereken temel ihtiyaçların karşılanamaması olarak ifade edilmiştir⁶².

Yoksulluğun gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde etkisi son derece farklı boyutlarda hissedilmektedir. Yoksulluk, özellikle sanayi devriminden sonra daha fazla kendini göstermeye başlamıştır. Sanayi devriminden önce güç temelinde gerçekleştirilen üretim, sonrasında yaşanan makineleşmeyle miktar olarak daha çok üretime bırakmıştır⁶³. Aynı zamanda toplumların yaşam tarzlarında da köklü değişiklikler yaşanmasına ve nüfusun hızla artmasına sebep olmuştur. Öte yandan sanayi devriminin temeli insanın temel ihtiyaçları arasında yer alan tekstil ihtiyacının karşılanması ile başlayarak ticari ve finansal başarının sömürgecilik arayışlarını hızlandırmasıyla birlikte bütün dünyaya yayılmıştır⁶⁴. Bu kapsamda iktisadi temelde yürütülen çalışmaların yanında psikoloji alanında yoksulluğun nasıl algılandığına yönelik de çok boyutlu çalışmalar yürütülmüştür⁶⁵.

Sosyal ve ekonomik koşulların kötü olması, ömür boyunca sağlığı da olumsuz etkileyen bir durum olarak nitelendirilmektedir. Bu çerçevede sosyoekonomik düzey düştükçe hastalık oranların artış gösterdiği, yaşam beklentisinin azaldığı, kötü beslenme, temiz olmayan ortamlarda bulunma ve ev kalabalığı gibi sebeplerle birlikte sağlıksızlığın da arttığı düşünülmektedir.

⁶¹ Dawid Wainwright, **The Changing Face of Medical Sociology**, India: C&M Digital Pvt Ltd, Chennai, 2008. s. 3.

⁶² Özge Arpacıoğlu, a.g.e., s. 47.

⁶³ Bekir Güzel, "Sanayi Devrimi'nin Ortaya Çıkardığı Toplumsal Sorunlar", **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Cilt 33, Sayı 7, 2014, s. 162.

⁶⁴ Reşat Açıkgöz ve Şükrü Yusifoğlu, "Türkiye'de yoksulluk olgusu ve toplumsal yansımaları", **İnsan ve Toplum Bilim Araştırmaları Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, 2012, s. 82.

⁶⁵ Serap Akfırat, Filiz Çömez, Ünsal Yetim, "How the Poor Deal with Their Own Poverty: A Social Psychological Analysis from the Social Identity Perspective", **Soc Indic Res.** Cilt 127, Sayı 1, 2016, s. 419.

Sağlık ile ilgili sorunların yalnızca kırsal alanlarda değil, kentsel alanlarda da farklı başlıklarda sağlık sorunları içerdiği görülmektedir. Kentsel alanlarda yaşayan bireylerin sağlığını etkileyen değişkenler arasında nüfus artış hızına bağlı değişimler, iklim değişiklikleri, beslenme ve barınma için gereken ekonomik düzeyin yüksekliği ve kent trafiği gibi değişkenler yer almaktadır. Söz konusu değişkenler bireylerin sağlığını hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkilemektedir⁶⁶. Ayrıca barınma yerleri, çevresel etkenlerin özellikleri ve gelir düzeyi arasında negatif yönlü ilişkinin var olduğu belirtilmektedir⁶⁷. Öte yandan yoksulluğu gelir ve gelir ile ilişkili endeksler üzerinden açıklamak bazı sorunları da beraberinde getirmektedir.

1.4.3. Yoksunluk-Eşitsizlik

Preston (1975) tarafından gelir eşitsizliğinin sağlık ile ilişkisi ve sağlıksızlığa yol açıp açmadığı sorusunun yanıtı araştırılmıştır. Ancak bu soru günümüzde hala güncelliğini korumaktadır⁶⁸.

Gelir düzeyi ve sağlıksızlık arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarabilmek için yürütülen çalışmaların birincisi, kişisel sağlığımızın kişisel gelir durumumuz ile doğrudan ilişkili olduğunu, ancak bireysel bir ekonomik iyileşmenin sağlık üzerindeki etkisinin birebir oranda olmayacağını ortaya koyan mutlak gelir hipotezi olarak ifade edilmektedir.

İkinci çalışma ise söz konusu hipoteze alternatif olarak ileri sürülen ve kişisel sağlık seviyelerimizin kişisel ekonomi yerine toplumsal ekonomik durumun etkisinde kaldığı düşüncesini öne süren karşılaştırmalı gelir hipotezidir. Bu alanda yürütülen son çalışma ise kişisel sağlık durumumuzun gelirden ortaya çıkan eşitsizlik ile belirlendiğini ileri süren çalışmalardan oluşmaktadır⁶⁹.

⁶⁶ WHO, s. 11.

⁶⁷ Bilge Hapçıoğlu, a.g.e., s. 22.

⁶⁸ Samuel Preston, "Population Investigation Committee", **The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development**, Sayı 29, Sayı 2, s. 235.

⁶⁹ Gürkan Bozma, Murat Eren ve Salim Başar, "Gelir Dağılımı Eşitsizliği ve Yaşam Beklentisi İlişkisi: Wilkinson Hipotezi", **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Dergisi**, Sayı 32, 2018, s. 799.

Tablo 1. Seçilmiş Ülkelerde Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına GSYH (dolar)

Ülkeler	2018	2019
İsviçre	64.649	65.707
ABD	62.606	64.767
Hollanda	56.383	58.255
İsveç	52.984	54.071
Almanya	52.559	53.854
Fransa	45.775	46.978
İngiltere	45.705	46.782
Japonya	44.227	45.565
Güney Kore	41.351	42.985
İspanya	40.139	41.538
İtalya	39.637	40.206
Polonya	31.939	33.747
Rusya	29.267	30.284
Türkiye	27.956	27.391
Meksika	20.602	21.107
Arjantin	20.537	20.425
Çin	18.110	19.520

Kaynak: TİSK, Rakamlarla Türkiye ve Dünya, 2019, <https://www.tisk.org.tr/yayin/46622-rakamlarla-turkiye-ve-dunya--mayis-2019--2019.pdf>. (9 Aralık 2020).

Toplumun ekonomisi iyi olduğunda o toplumda yaşayan bireylerin sağlık durumları daha iyi olmakta ve bireyler ruhsal açıdan da kendilerini daha iyi hissetmektedirler⁷⁰. Bu kapsamda OECD ve TÜİK tarafından yapılan araştırmalar kapsamında beklenen yaşam süresi verileri ve kişi başına düşen gelir verileri yıllara göre karşılaştırıldığında, gelirdeki artışa paralel

⁷⁰ Ferhat Yıldız, Filiz Abacıgil, Pınar Okyay, “Sağlıkta Ekonomik Eşitsizlik Ve Göreli Yoksunluğun Belirlenmesinde Yeni Bir Kavram: Yitzhaki İndeks”, **J Soc Sci**. Cilt 26, Sayı 5, 2018, s. 278-279.

olarak beklenen yaşam süresinin arttığı sonucuna ulaşılmaktadır. Bahsi geçen sonucun da Mutlak Yoksunluk teorisini açıkladığı ifade edilmektedir⁷¹.

Tablo 2. TÜİK Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi

Yıllar	Toplam	Kadın	Erkek
2013-2014	78	75,3	80,7
2013-2015	78	75,3	80,7
2014-2016	78	75,3	80,7
2015-2017	78	75,3	80,8
2016-2018	78,3	75,6	81
2017-2019	78,6	75,9	81,3

Kaynak: TÜİK, “Hayat Tabloları”, 2010 <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33711>. (27.09.2020).

Gelir artışının beklenen yaşam süresinde azalarak artan bir etki yarattığı da görülmektedir. Ancak mutlak gelir hipotezi, farklı ülkelerin sağlık ve gelir verilerinin karşılaştırıldığı durumlarda gelir artışının etkisinin ülkelerde neden farklılık gösterdiği sorusuna cevap veremeyebilmektedir⁷². Bunun yanı sıra sağlık düzeyinde iyileştirmenin sadece gelir dağılımında adaletin sağlanmasıyla mümkün olacağı öne sürülmektedir⁷³. Nilsson ve Bergh (2012) tarafından yürütülen çalışma sonucunda gelir eşitsizliğinin sağlığı olumsuz yönde etkilediği tahmin edilmiştir⁷⁴. Yoksul bireylerin kendilerini sosyoekonomik düzeyi yüksek bireylerle kıyaslarken güvensizlik, stres, saygı kaybı ve utanç hissettikleri bilinmektedir⁷⁵. Söz

⁷¹ Ferhat Yıldız ve diğerleri, a.g.e., s. 279.

⁷² David Coburn, “Income inequality, social cohesion, and the health status of populations”, **Soc Sci Med**, Sayı 51, 2000, s. 139.

⁷³ Gürkan Bozma ve diğerleri, a.g.e., s. 800.

⁷⁴ Andreas Bergh ve Therese Nilsson, “Income Inequality and Individual Health: Exploring the Association in a Developing Country”, **SSRN Electron J.**, Sayı 899, 2012, s. 241.

⁷⁵ Andreas Bergh ve Therese Nilsson, a.g.e., s. 243.

konusu durum, streten kaynaklanan hastalığın olasılığını artırmakta ve sağlıklı olmayan davranış biçimlerinin yanı sıra fiziksel rahatsızlıklara da dönüştürebilmektedir.

1.4.4. Çalışma Şartları

Meslek ve iş yaşamı insanların toplum içindeki sosyal konumlarını belirleyen en önemli faktördür. Kişiler yeteneklerini gösterdikleri ve geçimlerini sağladıkları bir işe sahip olduklarında psikolojik olarak doyuma ulaşırlar. Bu durum kişilerin kendine güven ve saygısını pekiştirmenin yanı sıra toplumsal aidiyet duygusunu da geliştirmektedir. Bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını elverişsiz çalışma koşulları ve işsizlik tehdit etmektedir⁷⁶. Bu alanda yapılan çalışmalarda ise bireyin eğitim düzeyi ve yetenekleri bakımından kendini gerçekleştiremediği düşük nitelikli işlerin psikolojik ve fiziksel sağlığını koruması için yeterli olmadığını ortaya çıkarmıştır. Bazı durumlarda tatminkâr olmayan işler kişilerin işsizlikte olduğu gibi depresyona sürüklenmesine yol açmaktadır⁷⁷. Toplumda her mesleğin farklı bir statüsü bulunmaktadır. Bu nedenle prestijli bir mesleğe sahip olmak bireyin özgüvenini artırırken, toplumun farklı açılardan olumsuz bakış açısına sahip oldukları meslek sahiplerinin benlik saygısı azalabilmektedir⁷⁸.

Sanayi devriminden sonra çalışma hayatının değişikliğe uğraması sonucunda sağlık ile çalışma koşulları arasında belirgin bir ilişkinin var olduğu saptanmıştır. Bu dönemde bireyler endüstriyel işlerde çalışmak üzere kentlere göç ederek kötü koşullarda uzun saatler boyunca çalışmak zorunda bırakılmışlardır. Bu işçiler düşük ücretle, sağlıksız ve kalabalık ortamlarda yaşamaya mecbur bırakılmıştır. Buna ek olarak işçiler kötü beslenme sonucunda ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmışlar ve bulaşıcı hastalıklara yakalanmışlardır. Bu dönemde Avrupa salgın hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalmıştır. Bu sorunun çözülmesi amacıyla 1851'de Paris'te düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'ndan bugüne kadar çalışma şartlarının sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini bertaraf etmek üzere işçi sağlığı çalışmaları sürdürülmektedir⁷⁹. Günümüzde iş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemek için birçok yasa ve yönetmelik çıkarılmıştır. Bununla birlikte, uzun çalışma saatleri, yetersiz ücret politikaları, sağlıksız ve güvensiz çalışma koşulları nedeniyle, çalışma hayatı kişisel sağlık üzerinde

⁷⁶ Talcott Parsons, **The Social System**, London: Taylor and Francis e-Library, 2005, s. 289-292.

⁷⁷ Sezgin Kızılcıkel, **Türkiye'nin Sağlık Sistemi**, İzmir: Saray Kitabevleri, 1996, s. 65.

⁷⁸ Talcott Parsons, a.g.e., s. 294.

⁷⁹ Talcott Parsons, a.g.e., s. 294.

belirleyici bir etkiye sahip olmaya devam etmektedir⁸⁰. Bu alanda yapılan araştırmalar çalışma koşullarının yanında işsizliğin de sağlık üzerine negatif yönlü etkileri olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu çerçevede işsiz olan kadınlarda ve erkeklerde hastalık ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bunların yanı sıra işsizliğin bireylerin psikolojik sağlığının bozulmasına yol açtığı da saptanmıştır. Söz konusu etki kişilerin diğer sağlık koşullarından bağımsız olarak gelişmektedir. Bu etki aynı zamanda yeniden iş sahibi olmakla tersine evrilebilmektedir⁸¹. Öte yandan bireyler henüz işsiz kalmamış olsalar bile işlerinin tehlike altında olduğunu gördükleri zaman kendilerini güvensiz hissetmektedirler. Bu baskı iş gvencesizliğinden kaynaklanmakta ve bireylerin yanı sıra ailelerinin de sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Fakat bu alanda yapılan araştırmalar incelendiğinde işsizlik ve sağlık arasında direkt bir nedensellik ilişkisinin kurulmasının kolay olmadığı görülmektedir. rnek verilecek olursa hasta olan bireyler işlerini kaybetmeye daha fazla eğilimli olabilirler ve bu kişilerin yeni bir iş bulmaları daha zor olabilir. Bireyler düşük eğitim seviyesi gibi başka sağlık risklerine sahip olduklarında da iş sahibi olma şansları son derece dřktr⁸². Yoksulluk da işsizlik ve sağlığın bozulmasıyla ilgili ilişkide önem arz eden bir belirleyici olarak görülmektedir. Bu çerçevede işsiz ya da düşük ücretli işlerde istihdam edilen kişiler yoksullaşmakta ve bu durum beslenme, uygun konutlarda yaşama ya da sağlık hizmetlerine erişimde yetersizliklere yol açmakta ve sağlığı negatif yönde etkilemektedir⁸³. Sağlık açısından mesleklerin de farklı riskler taşıdıkları bilinmektedir. Bazı meslek gruplarındaki bireylerde belirli hastalıklar daha çok görülmektedir. Bu hastalıklar meslek hastalığı olarak tanımlanmakta ve diş çürümesi, kanser gibi son derece farklı hastalıklar olabilmektedir. rnek verilecek olursa kömür madeninde çalışan kişilerde, iyonize radyasyona maruz kalan kişilerde, ürün ve bcekle mücadele ilaçlarına ve kanser yapıcı kimyasal maddelere maruz kalanlar kişilerde farklı sistemik hastalıklar görülmektedir. Bunların yanı sıra polis memuru, hemşire, diş hekimi ve ğretmen gibi uzun süre ayakta kalmayı gerektiren mesleklerde varis gibi hastalıklar daha sık görülmektedir. Diş hekimleri, cerrahlar ve hemşireler gibi kanla teması olan işlemler yapan sağlık mensuplarında kesilme ve yaralanmalar daha fazla görülmektedir. Bunun yanı sıra söz konusu mesleklerde bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski daha fazladır. Bu alanda yapılan bazı

⁸⁰ Burhan Baloglu, “Sağlık ve Sosyal Sınıflar,” **Sosyoloji Konferansları Dergisi**, Sayı XXXI, 2005, s. 146.

⁸¹ Bryan Turner, **Tıbbi G ve Toplumsal Bilgi**, ev. Ümit Tatlıcan, Bursa: Sentez Yayıncılık, 2011, s. 50.

⁸² Bryan Turner, a.g.e., s. 56.

⁸³ Zeki Arslantürk ve Tayfun Amman, **Sosyoloji**, İstanbul: amlıca Yayınları, 2014, s. 497.

araştırmalar sonucunda polis, hostes ve hemşire gibi gece nöbetleri olan mesleklerde istihdam edilen kadınların meme kanserine yakalanma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

1.4.5. Küreselleşme ve evresel Belirleyiciler

Sağlının evresel belirleyicileri farklı düzeylerde ele alınmaktadır. Bu başlık kapsamında kişilerin yaşadıkları alanlara ait özellikler ile ulusal ve uluslararası çevresel özellikler değerlendirilmektedir. Evsel evre kapsamında yer alan belirleyiciler önceki bölümlerde yer verilen gıda güvenliği, temiz su ve sanitasyon ve hava kirliliği gibi durumlardır. Yerel evresel belirleyiciler kapsamında ise su, toprak, gıda ve hava kirliliği ile atıkların yönetimi yer almaktadır. Bunların yanı sıra kötü yaşam şartları, hastalıkların sıklık ve şiddeti üzerinde etkili olup modern yaşam biçimi çevresel sağlık risklerinin ortaya çıkmasına yol amaktadır⁸⁴. Halk sağlınının temel konuları içinde sağlık ve hastalığın merkezi belirleyicileri olarak nitelendirilen küreselleşme ile küresel çevresel olaylar incelenmeye başlamıştır. Hızlı nüfus artışı ve çevresel kirlenme ve bozulma arasında çift yönlü bir neden sonuç ilişkisi vardır. Bir bölgede nüfusun hızının artması, bu bölgedeki gıda, su ve barınma ihtiyaının artmasına ve yönetimle ilgili ihtiyaçların da farklılaşmasına neden olmaktadır. Toplumsal eşitsizlikler sonucunda çevresel risklerden etkilenme hususunda da eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır. Böylece sosyal açıdan savunmasız ve yoksul bireyler olumsuz çevresel koşullarda yaşamak zorunda bırakılmaktadır. İklım koşulları, kuraklık, nem, aşırı sıcak, mevsimlerin süre ve geçiş dönemlerindeki değişmelerin çevresel-kurumsal temelde ve sosyal-davranışsal temelde bazı değişikliklere sebebiyet verdiği bilinmektedir. Bu değişimler iklim koşullarıyla birlikte enfeksiyon zincirinde bulaş yollarını da büyük ölçüde etkilemektedir. rnek verilecek olursa kolera/salmonella zincirini mevsimsel değişimlerin; patojen miktarındaki artış ile birlikte gıdaların hazırlanma ve pişirilme işlemlerindeki yanlış uygulamalarla birlikte etkilemesi gösterilmektedir. Çevresel belirleyiciler kapsamında incelenen bir başka kavram ise kişilerin doğduğu, bydğu, çalıştığı ve yaşlandığı sosyal evre olarak ifade edilmektedir. Sosyal evre kişiyi etkileyen ve kişi üzerinde etkisi olan inanç, kültür, dil, aile yapısı ve etnisite gibi özellikleri içermektedir. Yaşamını diğer insanlarla iş birliği ve dayanışma içinde sürdürebilen bireyin ilk etkileşimi aile yaşantısında görünmektedir. Bu etkileşim zaman içinde okul, iş,

⁸⁴ Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı**, Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013, s. 12.

eğlence ve diğer toplumsal amaçlar ile daha geniş bir alana yayılmakta ve karmaşık bir hale dönüşmektedir.

1.4.6. Biyolojik – Genetik Özellikler

Günümüzde genlerin sağlık ve hastalık temsiliyetinin son derece kısıtlı bir alanda olduğu ve öneminin gen olarak var oluşlarının da ötesinde sağlığın diğer belirleyicileriyle olan etkileşimlerinden kaynaklandığı kabul edilmektedir⁸⁵. Bazı bireyler özellikle bazı biyolojik ve genetik faktörlerden büyük oranda etkilenmektedir. Örnek verilecek olursa adolesanlar ile kıyaslandığında yaşlı bireyler yaşlanma sürecinin fiziksel ve kognitif etkileri neticesinde biyolojik olarak hasta olmaya daha eğilimli oldukları gösterilebilir. Bunların yanı sıra orak hücreli anemi önemli bir sağlığın genetik belirleyicisi olarak görülmektedir. “Orak hücreler çekinik olarak bu geni taşıyan iki ebeveynden çocuğa geçmektedir. Dolayısıyla bu hastalık, genetik orijinleri Akdeniz ülkeleri, Güney-Orta Amerika, Hindistan, Suudi Arabistan, Karayip Adaları ve Batı Afrika ülkelerinden gelen kişilerde sıklıkla görülmektedir. Bu çerçevede biyolojik ve genetik belirleyicileri cinsiyet, yaş, orak hücreli anemi, hemofili, kistik fibroz gibi genetik geçişli hastalıklar, BRCA1 ve BRCA2 gibi meme ve over kanseri oluşma riskinin artmasını sağlayan gen mutasyonları ve ailede kardiyovasküler hastalıklar şeklinde sıralanabilmektedir”⁸⁶.

Genetiğin halk sağlığı uygulamalarına dâhil edilmesi ise paydaşların tümünün katıldığı çok katmanlı, kanıta dayalı bilimsel bir çerçeveyi gerektirmektedir. Bunların yanı sıra bilimsel geçerlilik, klinik yararlılık ve halk sağlığı etiği boyutlarının dikkate alınması da temel gereklilikler olarak ifade edilmektedir. Halk sağlığı genetiğinin tanımı şöyledir: “Genoma dayalı bilgi ve teknolojinin toplumun yararı için sorumlu ve etkili bir biçimde aktarılmasıdır”⁸⁷. Fakat halk sağlığı ve genetik bir araya geldiğinde, zorlu bir tarihe sahip oldukları da unutulmaması gereken bir husustur. Bu durumun sebebi ise büyük ölçüde öjenik uygulamalar ve bunların bilimsel temelleri için bu iki alanın bilimsel verilerinin kullanılması olarak ifade edilmektedir. Günümüzde bazı etik kaygıların halen geçerliliğini koruduğu görülmektedir. Bu

⁸⁵ Walter Bortz “Biological Basis of Determinants of Health”, **American Journal of Public Health**, Cilt 95, Sayı 3, 2005, s. 390.

⁸⁶ Health People, Determinants of Health, 2020, <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health> (29.10.2020).

⁸⁷ Roger Detels Martin Gulliford, Quarraisha Karim, Chorh Tan, **Oxford Textbook of Public Health**, İngiltere: Oxford Üniversitesi Yayınları, 2015, s. 213.

çerçevede halk sağığının toplum düzeyindeki amaçları ile hassas ve kişisel genetik bilginin kullanımı arasında bir seçim söz konusudur. Biyolojik ve genetik etmenler, sağığın belirleyicileri olarak obezite, epidemiler, çevresel toksin ve kirleticiler ile etkilenim gibi önemli halk sağığı problemleri için bu alanda yapılan bilimsel araştırmalara konu edilmektedir.

1.4.7. Sağık Hizmetlerine Erişim

Sağık sistemleri genellikle üçüncül korumayı hedefleyen hastane ve hekimlerin ötesinde bir insan, kaynak ve uygulama bütünü olarak ifade edilmektedir. Tıbbi sağık bakımı hizmeti fiziksel aktiviteyi arttırma, tütün bıraktırma ve sağıklı beslenmeyi özendirme çalışmalarının, bağışıklama programlarının, tehlikeli çevresel etkenlerin ortadan kaldırılması ve toplum tarama programları gibi ikincil koruma çalışmalarının da yapıldığı pek çok uygulamaya katkı sunan diğerk halk sağığı hizmetleri ve politikalarının tümünü işaret etmektedir. Bir sağık sisteminin örgütlenmesinde sağık hizmetlerine erişim kavramı merkezi konumda yer alır ve diğerk kavramlar ile yakından ilişkilidir. Bu kavramlar: elverişlilik, ulaşılabilirlik, uyumluluk, karşılanabilirlik ve kabul edilebilirlik olarak sıralanmaktadır. Elverişlilik kavramı hizmetin boyutları ile hizmet talebi arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Ulaşılabilirlik, ihtiyaç sahibi kişilerin bulunduğu ve hizmetin sunulduğu bölgeler arasındaki coğrafik ilişkileri ifade etmektedir. Uyumluluk kavramı ise hizmetin sunulma tarzı ile kişilerin söz konusu hizmeti kabul etmelerinin önünde yer alan engellerin ilişkisini olarak ifade etmektedir. Hizmetin karşılanabilir olması maliyetler ile ihtiyaç sahibi bireylerin alım gücü arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Son olarak kabul edilebilirlik ise hizmetin hedefinde yer alan kişilerin bu hizmeti kolay bir biçimde kullanabilmesini ifade etmektedir.

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ VE ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ SAĞLIK SİSTEMİ ÖRNEKLERİ

2.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetleri insanlığın varoluşundan itibaren sürekli bir şekilde gelişme gösteren bir alan olarak bilinmektedir. Bu gelişme dünya çapındaki coğrafik, demografik ve politik yapı gibi sosyal nedenlerle ve hızla gelişen teknolojiyle birlikte günümüze kadar devam etmiştir. Benzer şekilde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin Selçuklu’ dan günümüze kadar yönetimlere göre farklılık göstermiş ve halkın ihtiyaçları çerçevesinde şekillenmiştir. Bu başlıkta Türk Sağlık Sisteminin tarihçesi Cumhuriyet Öncesi Dönem ve Cumhuriyet Dönemi olarak detaylı bir şekilde incelenecektir. Bu çerçevede Cumhuriyet Dönemi sağlık hizmetleri anlatılırken yeni rejim ilan edilmemesine rağmen imparatorluk hükûmetinin dışında bir hükûmet kurulmuş olduğu için 1920 yılından başlamak daha doğru olacaktır. Bu nedenle Cumhuriyet Dönemi 1920-1960 Arası Yapılanma Dönemi, 1960-1980 Arası Sosyal Dönem, 1980-2003 Arası Liberal Dönem ve 2003 Sonrası Dönüşüm Dönemi olmak üzere ayrı ayrı incelenecektir.

2.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Selçuklular ve sonrasını kapsayan Osmanlılar döneminde pek çok farklı sağlık ve tıbbi eğitim kurumlarının kurulmasına önem verilmiştir. Bu dönemde tıp bilgisi ile uygulamalarının gelişimi farklı yöntemlerle teşvik edilerek yürütülmüştür. Dönemin ilk örnekleri arasında sağlık hizmeti ve tıp eğitimi verilen Bimarhane, Darüşşifa ve Maristan adı ile anılan kurumlar yer almaktadır. Söz konusu kurumların zenginler ve hükûmet tarafından yaptırılmakta ve vakıflar tarafından da desteklenmekte olduğu bilinmektedir. Bu kurumlarda başta salgın hastalıklar olmak üzere bütün hastalıklar ile mücadele hususunda hizmet verilmekteydi. Bunların yanı sıra sağlık hizmetleri çerçevesinde genellikle din, dil, ırk ayrımı yapılmaksızın ve hastalardan bedel alınmadan muayene edilmekte ve reçetelendirme yapılmaktadır. Ancak günümüzde görülen devlet-birey ilişkilerinde devletin üstlendiği sorumlulukların ifa edilmesi şeklinde olmamıştır⁸⁸. Öte yandan eğitim boyutunda, diğer ülkelerden getirilen hekimler aracılığıyla hekim ve

⁸⁸ Ahmet Acıdumani, “Darüşşifalar Bağlamında Kitabeler, Vakıf Kayıtları ve Tıp Tarihi Açısından Önemleri-Anadolu Selçuklu Darüşşifaları Özelinde”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 63, Say 1, 2010, s. 9-10.

yardımcı sağlık personeli yetiştirilmesi hususunda katkı sunulmuştur. Selçuklu' da ve Osmanlı' da yürütülen bu uygulamalar, söz konusu dönemin batı ülkelerindeki uygulamaları ile karşılaştırıldığında daha fazla gelişme kaydedildiğini gözler önüne sermektedir⁸⁹. Hekim ve yardımcı sağlık personeli eğitiminin bugün görülen şekilde sistemli ve profesyoneller bir şekilde değil de kabul edilen kişiler tarafından usta-çırak ilişkisi içinde yürütülmesi ise uzun vadede sağlık hizmetleri sunumunda bazı aksaklıkların yaşanmasına yol açmıştır. Sistemli eğitimin gereği olarak 1827 yılında kurulan 1838 yılında değiştirilen adı ile Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane ile tıp öğretiminin daha çağdaş bir yapı haline dönüşmesi sağlanmıştır⁹⁰. 1838 yılından önce sağlık hizmetleri örgütlenmesinde Fatih Sultan Mehmet döneminde oluşturulan ve günümüzde sağlık bakanı yetkilerine sahip olan hekimbaşılık kurumu merkezlerde yer alan resmi ve özel bütün sağlık kuruluşlarını denetleme ve düzenleme görevlerini üstlenmişti. Hekimbaşılardan ihtiyaç olan yerlerde sağlık hizmeti veren kurumlar açmak, sağlık personelinin atamalarını ve azillerini gerçekleştirmek gibi görevleri bulunmaktadır.

Bunların yanı sıra hekimbaşılık kurumunun 380 yıl gibi uzun bir zaman boyunca uygulandığı ve uygulandığı dönemlerde de hükûmetler tarafından önem teşkil ettiği bilinmektedir. Söz konusu uygulamaya 1850 yılında Mektebi Tıbbiye Nezareti' nin kuruluşu ile son verilmiştir⁹¹. Türkiye'de kurulmuş olan ilk sağlık tesisleri ise Roma İmparatorluğu Dönemi'nde Kapadokya' da 369 senesinde Saint Basil tarafından ve İstanbul' da 398 senesinde İstanbul Patriği Saint John Chrysostom tarafından yaptırılan hastaneler olarak bilinmektedir. Ancak ülke topraklarında gerçek anlamda sağlık hizmetlerinin başlaması ise Türklerin Anadolu'ya yerleşmesiyle olmuştur⁹². Bunların yanı sıra ilk kurumlaşmış hizmet örneği ise 1206 yılında Anadolu Türk Devletleri içinde Kayseri' de Kılıç Arslan'ın kızı Gevher Nesibe Sultan tarafından has mal varlığıyla yaptırılan ilk tıp külliyesi olarak bilinmektedir. 1399 yılında Bursa'da Yıldırım Beyazıt tarafından inşa edilen Sultan Yıldırım Beyazıt Hastanesi ise Osmanlı' da kurulan ilk kurumsal yapıdaki hastane olarak bilinmektedir⁹³. Dünya tıp eğitiminde yeni bir döneme ve anlayışa geçilmesine rağmen duraklama döneminde olan

⁸⁹ Münire Erden, **Eğitimde Program Değerlendirme**, Ankara: Anı Yayıncılık, 2014, s. 91.

⁹⁰ Mehmet Tokat, **Sağlık Ekonomisi**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1994, s. 135.

⁹¹ Münire Erden, a.g.e., s. 100-101.

⁹² Mehmet Atasever, **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2014, s. 28.

⁹³ Şaban Ertekin, 1980 Sonrası Dönemde Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansmanı Sorunu, (Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2000, s. 55.

Osmanlı Devleti'nin bu gelişime uyum sağlayamaması ve sağlık hizmetleri yatırımlarının aksatılması gibi sebeplerle sağlık açısından da gerilemiş olduğu görülmektedir.

Öte yandan 18. yüzyılın sonlarından itibaren askeri boyutta sağlık hizmetleri ayrı bir kategori olarak değerlendirilmiştir. Bu çerçevede İstanbul' da özellikle Haydarpaşa, Gülhane ve Gümüşsuyu Askeri Hastaneleri kurulmuştur⁹⁴. Tanzimat Dönemi'nin ardından siviller için Guraba ve Hamidiye Hastaneleri yapılırken ve yoksullar için ise ücretsiz sağlık hizmeti sunulmuştur. Bunun yanı sıra vatandaşların yaşadıkları bölgede sivil hastane olmaması halinde aynı bölgede yer alan askeri hastanelerden sağlık hizmeti almalarına olanak sunan yönetmelik ile hüküm altına alınmıştır. Ayrıca askeri hastanelerde tedavi olan yoksulların tedavi masrafların kimsesizler ve mahkûmlar için ayrılmış olan ödenekten karşılanmasını sağlayan bir yönetmelikte çıkarılmıştır⁹⁵. Osmanlı' da yoksul kesim için alınan bu kararlar o dönemin şartlarında son derece önemli kararlardır. Ancak bu kararların sağlık ihtiyacını tam olarak karşılamaktan uzak olduğunun görülmesi ile birlikte sağlık örgütlenmesinin başkent İstanbul ve çevresinde yoğunlaşması, altyapı ve parasal imkanların yokluğu ve herkese ulaşabilen yaygın bir sağlık hizmeti sunumunun uygulanmaması temel sorun olarak görülmektedir. Bu durum yoksul kesim için hayatı daha fazla güçleştiren ve sağlık hizmetlerine ulaşmayı zorlaştıran bir duruma dönüşmüştür⁹⁶. Osmanlı'daki sosyal güvenlik uygulamaları, doğal ve geleneksel kurumlardan modern sosyal güvenlik uygulamalarına doğru bir aşama biçiminde ilerlemiştir. Avrupa'da modern anlamda sosyal güvenlik sisteminin oluşması ise sanayi devriminin gerçekleşmesi ve işçi sınıfının ortaya çıkması ile mümkün olmuştur. Ancak bu dönemde Osmanlı' da sanayileşme aşamasına geçilmemiş olması dolayısıyla sosyal korumayı talep edebilecek bir işçi kitlesi var olmamıştır. Osmanlı'da aile yapısının kendi koruyucu olma işlevini sürdürmesinin yanı sıra sosyal koruma önlemlerinin de sınırlı ve düzensiz olması gibi nedenler gerçek anlamda bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulmasına engel olmuştur⁹⁷. Batılı devletlerde olduğu gibi Osmanlı'da da sosyal güvenlik anlayışı karşılıklı yardımlaşma şeklinde başlayıp gelişmiştir. Bu çerçevede istihdam edilen işçilerin sosyal güvenliği genel

⁹⁴ Haluk Songur ve Tuba Saygın, “Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 7, Sayı 19, 2014, s. 202.

⁹⁵ Türk Tabipler Birliği, “Türk Tabipleri Birliği Örgütsel Öncelikler Raporu”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 10, Sayı 69-70, 1995, s.156-157.

⁹⁶ Mehmet Tokat, 1994. s. 151.

⁹⁷ Cemal Hüseyin Güvercin, “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 57, Sayı 2, 2004, s. 91.

olarak üç esasa dayandırılmıştır. Bunlar; aile içi yardımlaşma, meslek kuruluşları kapsamı içerisinde yardımlaşma ve sosyal yardımlar olarak ifade edilmektedir⁹⁸.

2.1.2. 1920-1960 Arası Yapılanma Dönemi

Nisan 1920 tarihinde TBMM tarafından Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti olarak anılan teşkilattan sağlık örgütlenmesi ayrılmış ve 2 Mayıs 1920 tarih 3 sayılı Kanun ile Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti kurulmuştur. Sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmeyen bu dönemde ve olumsuz koşullar altındaki bir yönetimde bakanlık seviyesinde yapılanmanın planlanması da yöneticilerinin sağlık alanına verdikleri önemin göstergesidir. Bu dönemde ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır. Sağlık alanında sağlam bir alt yapının, geçerli bir düzenlemenin ya da kanunun olmaması sebebiyle yeni baştan oluşturulmuştur. Bu yeni sistemin kurulması sonucunda dönemin ciddi bir sağlık sorunu olan salgın hastalıklara karşı gereken tedbirler alınmaya ve mevcut sağlık ihtiyaçları imkanlar doğrultusunda giderilmeye çalışılmıştır.

Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı olarak göreve başlayan Refik Saydam, Kurtuluş Savaşı'ndan sonra ülke sağlık problemlerinin tedavi edilmesine ve yeni sağlık teşkilatının oluşturulmasına büyük ölçüde destek vermiştir. Bunun yanı sıra Refik Saydam bakanlık yaptığı 1923-1937 yılları kapsayan dönemde benimsediği ilkeler ve faaliyetleri ile ülkenin sağlık politikası temellerini oluşturmuştur. Bu çerçevede 1923 yılı kayıtları incelendiğinde toplam yatak sayısı 6437 olurken, sağlık kurumları/kuruluşları sayısının da 86 olduğu görülmektedir. Bu kurumların sadece üçü merkezi yönetimin mülkiyetinde olurken, diğerleri yerel yönetimlere, yabancılara, azınlıklara ve özel sektöre ait olmuştur. Söz konusu dönemde belediye ve özel idareler tarafından hizmet veren hastanelerin teşvikiyle yönetimde yol göstermesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve bütün uzmanlıkları bünyesinde barındıran İstanbul, Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır illerinde Numune Hastaneleri açılmıştır. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığınca sağlık sisteminin kurulması ve örgütlenmesi amacıyla 13 yılda toplam 50 yasa 18 tüzük hazırlanmış ve yürürlüğe girmiştir⁹⁹. 1925 yılında Sağlık Bakanlığı

⁹⁸ Murat Şen, “Osmanlı Devleti’nde Sosyal Güvenlik: Ahi Birlikleri, Loncalar ve Vakıflar”, **Çimento İşveren Dergisi**. Cilt 16, Sayı 6, 2002, s. 23.

⁹⁹ Mehmet Tokat, 1994, s. 70.

tarafından hazırlanan ilk çalışma planı ile çözülmesi gereken aşağıdaki sorunlar odak noktası olarak belirlenmiştir ¹⁰⁰:

- Devlet tarafından sağlık teşkilatının geliştirmesi.
- Doktor, ebe ve sağlık memuru yetiştirilmesi.
- Numune Hastaneleri ve doğum ile çocuk bakımevleri kurulması.
- Verem, sıtma, frengi ve kuduz gibi salgın hastalıklar ile mücadele edilmesi.
- Merkez Hıfzıssıhha Okulu'nun açılması.
- Sağlık ile ilgili yeni yasaların çıkarılması.
- Sağlık ve sosyal yardım taşra teşkilatlanmasının yaygınlaştırılması.

1928 yılı 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1930 yılı 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu yürürlüğe konmuştur. Mevzuattaki aksaklıkların ise 1936 yılı 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ile giderilmesi amaçlanmıştır. Günümüzde birtakım değişiklikler ile varlığını sürdürmeye devam eden 1920-1938 dönem itibarıyla Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, dispanserler, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ve sağlık evleri kurulmuştur¹⁰¹.

Öte yandan 1950 yılı Türkiye kalkınmasında önem arz eden bir dönüm noktası olarak nitelendirilen batı tipi demokrasinin başlangıç noktası Demokrat Parti iktidarı ile diğer kamu hizmetlerine benzer olarak sağlık politikalarında ve faaliyetlerinde büyük dönüşümler yaşanmaya başlanmıştır. Bu dönemin en önemli gelişmesi ise 1953 yılında özel idareye bağlı hastanelerin merkezi yönetime devredilmesidir. Bu çerçevede alınan kararlar tedavi edici sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesine, illerde görece olarak hizmete erişimde kolaylık sağlanmasına, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesine olanak sağlaması açısından önem arz etmektedir. Ancak önceliği bulaşıcı hastalıklara karşı gereken

¹⁰⁰ Sağlık Bakanlığı, **Türkiye' de Sağlığa Bakış**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2007, s. 249-250.

¹⁰¹ Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık ve Mahmut Akbolat, **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2017, s. 134.

tedbirleri almayı amaç edinen koruyucu sağlık y6n6nden yanlış bulunmaktadır¹⁰². 1938-1960 yıllarını kapsayan d6nemde merkezi y6netimi g6çlendirmeye y6nelik ve sosyal içerikte var olan politikalar geliştirilmiştir. Bu d6nemde Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz, 1946 yılında yapılan 9. Milli Tıp Kongresi'nde Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nı sunmuştur. S6z konusu planın amaçları arasında; 6lkenin her b6lgesine tıp fak6ltesi kurulmasını 6ng6rerek yedi sağlık b6lgesine ayrılması ve b6lgelerin kendi alanında iyi bir şekilde sağlık hizmeti verecek konuma gelmesi, her 40 k6y için en az 10 yatak kapasitesine sahip olan sağlık hizmeti sunucusu oluşturulması ve her bir kurumda iki hekim, birer ebe, hemşire ve sağlık memuru çalıştırılması yer almaktadır. Bu plan kapsamında yer alan unsurlar ř6yle sıralanmaktadır¹⁰³:

- K6ylerde hizmet sunan 6rg6tlerin kurulması.
 - Koruyucu sağlık teşkilatlanması oluşturulması
 - İhtiyaçlar doğrultusunda sağlık personellerinin yetiştirilmesi.
 - Sağlık kurumları modernleştirilmesi.
 - Yeni sağlık tesislerinin kurulması.
 - Sağlık hizmetlerinin finansı için Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandığı açılması.
- Planın hazırlık aşamasında Dr. Uz g6revden ayrılmıştır. Bu plan Dr. Uz'un yerine gelen bakanlar tarafından planın gerçekçi bulunulmaması nedeniyle uygulamaya konulmamıştır. Bunun yanı sıra bakanlık tarafından anne-ocuk sağlığı geliştirilmesi ve t6berk6loz konuları çerçevesinde WHO ve UNICEF ile iş birliği yapılmış ve destek talebinde bulunulmuřtur¹⁰⁴.

2.1.3. 1960-1980 Arası Sosyal D6nem

D6neme damgasını vuran 27 Mayıs ihtilalinden sonra T6rkiye'nin sağlıktaki ihtiyaçları eskimiş ve rastgele tedbirlerle cevap verilemeyeceği temeline dayanan planlı d6neme geçmiştir. Planlar ile 6 6nemli d6zenleme yapılmıştır. Birinci d6zenleme 1961

¹⁰² M6nire Erden, a.g.e., s. 178.

¹⁰³ Recep Akdur, Meltem 6l, Aysel Işık, **Halk Sağlığı**. Ankara: Antıp A.ř. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, 1998, s. 30-31.

¹⁰⁴ Refik Korkusuz ve Bahar Burtan, "Sağlık Hakkının Sosyal G6venlik Sistemindeki Yeri ve 6nemi ile Gelişim S6recindeki Eğilimler", **Dicle 6niversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fak6ltesi Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, 2011, s. 72.

Anayasası'nda sağlık ile ilgili hükümler bulunmasıdır. İkincisi 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun yürürlüğe girmesi olarak ifade edilmektedir. Son olarak üçüncüsü ise 2822 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun.Sosyal devlet prensibinin benimsenmesi sonucunda ilerleyen dönemde sosyal güvenlik sistemi, primli-primsiz olarak iki farklı yöntemin bulunduğu karma yapıdır. Ancak planlanan karma yapı, sağlık hizmetinin tek bir çatı altında bütünlük oluşturmalarını engellemiştir¹⁰⁵.

224 sayılı Kanun ile sağlıklı bir ömür geçirmenin insanın temel hakkı olduğu fikri yasal olarak özellikle kırsal alanlarda sağlık hizmeti kolay erişilebilir ve kaliteli hizmet amacıyla devlet görevi olarak kabul edilmiştir. Bu kanun ile birlikte çağdaş anlamda sağlık yönetimi prensiplerine uygun koruyucu hekimliğe önem verilmiştir. Aynı zamanda tedavi edici hizmetlerin bunu tamamlayıcı etkiye sahip olması öngörülmüş ve ülkenin her bölgesine ulaştırılması hedeflenmiştir¹⁰⁶. Ayrıca 1980 yılına gelindiğinde kaldırılan bu kanun ile ülke toplam 16 sağlık bölgesine ayrılmış ve sağlık personelinin zor çalışma şartlarına sahip yerlerde görevlendirilmeleri için teşvik edici çalışmalar yürütülmüştür¹⁰⁷. Bu dönemden önce ülke sağlık hizmetlerinin dağınık bir şekilde yürütülmesi ve merkez etrafında yoğunlaşması sebebiyle taşra da yeteri düzeyde hizmet sunulamamaktaydı. Taşra da sağlık hizmeti vermek amacıyla kurulan örgütler merkezi yapıya sahip olmamaları ve finansal olanakların yetersiz olması sebebiyle sonuç elde edilememekteydi¹⁰⁸. 224 sayılı Kanun ile planlanan amaçlara ulaşmadaki başarısının sınırlı olduğu görülmüştür. Ancak söz konusu yasa öncesine kıyasla bu dönemde uygulanan programların taşraya hizmet götürülmesini amaçlaması nedeniyle modelin sürdürülmesinin gerekli olduğu ifade edilmiştir. 1967 yılında genel sağlık sigortası için ilk kez kanun taslağı düzenlenmesine rağmen bu taslak bakanlar kuruluna sunulamamıştır. Aynı şekilde 1974 yılında taslak tekrar sunulsa da mecliste sonuç alınamamıştır¹⁰⁹. 1970'li yılların hükûmetleri tarafından uygulanan neoliberal politikalarla dönemin sağlık politikaları çelişmek ile birlikte bazı zamanlar da sosyalleştirme politikalarını önlenmeye çalıştıkları da görülmektedir. Ancak bu konuda başarılı olunamamış ve amaçlanan sağlık hizmetinin

¹⁰⁵ Nazım Sözer, **Sosyal Devlet Uygulamaları**, İzmir: Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti, 1997, s. 35.

¹⁰⁶ Münire Erden, a.g.e., s. 175.

¹⁰⁷ Dilaver Tengilimoğlu vd., a.g.e., s. 137.

¹⁰⁸ Münire Erden, a.g.e., s. 188.

¹⁰⁹ Sağlık Bakanlığı, **Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008, s. 100.

özelleştirilmesi de uygulamaya konulamamıştır. Söz konusu dönemde genel olarak hükûmetlerin sağlık politika hedefleri şöyle sıralanmaktadır¹¹⁰:

- Ücretsiz Sağlık Hizmeti Sunumu ve Sağlık Düzeyinin Geliştirilmesi
- Öncelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri Olması ile Birlikte Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi
- Özel Sağlık Sigortacılığının Oluşturulması
- Yeterli ve Dengeli Şekilde Sağlık Personeli Rejimi Kurmak
- Yerli İlaç Şirketlerinin Teşvik Edilmesi ve Mevcut Olanların Güçlendirilmesi

2.1.4. 1980-2003 Arası Liberal Dönem

1980’de ekonomiye büyük ölçüde etki eden 24 Ocak Kararları ile sağlık alanında da önemli gelişmeler ve değişimler yaşanmıştır. Söz konusu kararların temelinde yatan neoliberal düşünceye göre devlete gereken miktarda daha az görev alarak etkin ve verimli bir biçimde çalışabilmesi için model olarak özel sektörün yönetim yaklaşımlarının alınması gerektiği düşüncesi benimsenmiştir. Bahsi geçen süreç boyunca devletin uyguladığı sosyal politikalardan vazgeçilmesi veya bunların içerik olarak daraltılması, ekonomide kamunun payının küçültülmesi, özel sektörün geliştirilmesinin özendirilmesi ve kamu kurum/kuruluşlarının özelleştirilmesi konularını öngörmektedir¹¹¹. Bu döneme ilişkin bir diğer önemli olay ise 12 Eylül ihtilaliyle birlikte askeri yönetimin hazırladığı 1982 Anayasası doğrultusunda çerçevelendirilen, kamunun sağlık alanındaki görevlerinin azaltılması tercihi doğrultusundaki politikalar ile yönlendirilmiştir. Söz konusu yönelişin temelinde kamu sağlık kaynaklarının eksik olması, sağlık yönetiminde ortaya çıkan sorunlar ve hastanelerin özel sektörün elinde daha başarılı olacağı öngörüsü ile teşvik edilmesi düşüncesi yatmaktadır. Sağlık kavramı 1961 Anayasasında (49. Madde) temel insan hakkı olarak tanımlanırken; 1982 Anayasasında (56. Madde) ise devletin karşılaması gereken hizmet olarak ifade edilmiştir. Bu temel fark ile devletin sağlıkta temel sorumluluğu planlama ve düzenleme boyutunda olduğu hükmü genel

¹¹⁰ Ünal Er, Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası, (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2011, s. 117-118.

¹¹¹ Mehmet Tokat, **Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 1993, s. 125.

sağlık sigortasına temel oluşturması bakımından da farklılık olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra ilk kez yeni anayasa ile sağlıkta özel sektörden söz edilmiştir. Bu dönemde kurum/kuruluşların büyük bir kısmının özelleştirilmesi planlanmıştır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde özelleştirme aracı olarak ise 1982 Anayasasında da yer verilen Genel Sağlık Sigortası gündeme gelmiştir. Bu konu 1987 yılında sağlık ekonomisindeki büyüme sebebiyle yeniden gündeme gelmiştir. Fakat sigorta gelirlerinin arzu edilen seviyeye getirilememesi sonucunda ortaya çıkan gider fazlalığının devlete yeni mali yükler doğurması nedeniyle yapılan çalışmalar sürdürülememiştir¹¹².

1983 yılında yapılan seçimlerden sonra hükûmet programında sektörün tekel olarak yönetilmesi, hizmet sunumunda ve kaynak yönetiminde ortaya çıkan aksaklıklar ve hasta şikayetleri nedeniyle özel sağlık kuruluşlarının sayılarının artırılması yönündeki faaliyetler özendirilmiştir. Bunun yanı sıra ortaya çıkan bu sorunları çözebilmek amacıyla 1988 yılında Dünya Bankasından uzmanlar ile birlikte sağlık sektörü finans koşulları incelenmiştir. Bu çerçevede DPT tarafından 1990'da Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması yapılmış ve temel stratejiler tespit edilmiştir. Yapılan planlar kapsamında sağlıkta değişim ve gelişim planlarını içeren Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı yayınlanması ile birlikte sağlıkta reform çalışmalarının ana bileşenlerinden aşağıdaki şekilde söz edilmiştir¹¹³:

- Sağlık güvencesine sahip olmayan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması için çalışmalar yapılmıştır.
- Koruyucu sağlık hizmeti için kişi başı ödemeler kapsamında aile hekimliklerinin kurulması hedeflenmiştir.
- Devletin finans ve sorumluluk yükünün hafifletilmesi için hastanelerin finansal ve idari yapıda özerk şekillere dönüştürülmesi talep edilmiştir.
- Bakanlığın planlayıcı ve denetleyici yapıya kavuşturulması ve dolayısıyla hizmet sunucuları arasında bir rekabet ortamının yaratılması hedeflenmiştir.

¹¹² Nusret Fişek, "Kamu Hastaneleri Yönetim Sorunları", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 10, Sayı 69- 70, 1995, s. 153.

¹¹³ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2012, s. 26.

Söz konusu reformlar içinde sağlık hizmeti alabilmek için yeterli maddi güce sahip olmayan ve sosyal güvenlik kapsamına dahil olmayan kişiler için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. Bu yıllarda da alınan kararlardan beklenen sonuçlar alınamamış ve hastanelerin özelleştirilmesine ve özerkleştirilmesine dönük olarak yürütülen çalışmalar da sonuç vermemiştir¹¹⁴.

2.1.5. 2003 Sonrası Dönüşüm Dönemi

Genel seçimlerden sonra 16 Kasım 2002 tarihinde 58. Hükûmet tarafından sağlık alanında yapılan değişiklikler için Acil Eylem Planı çerçevesinde açıklanan “Herkesin Sağlığı” başlığında politikalar belirlenerek temel amaçlar tanımlanmıştır. Dönemin sağlık hizmetleri çalışmaları genellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile incelenmeye alınmıştır. Bahsi geçen program temel olarak TBMM’nin kuruluşundan günümüze kadar sağlık alanında atılan adımları değerlendirmiştir. Buna ek olarak program ile gelişmiş ülke sağlık sistemleri ve daha önce bakanlık tarafından yürütülen faaliyetler gözden geçirilmiş ve tarihin pozitif mirası korunmuştur. Bu süreçteki uygulamalar incelendiğinde hayata geçirilememiş faaliyet ve çalışmaların da bulunduğu görülmektedir¹¹⁵. Bu dönem ile ilgili değişim ve dönüşüm ise siyasal partilerin parti programlarının yanı sıra seçim beyanname ve hükûmet programlarında da görülebilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı yürütmekte olan Türkiye, sağlıkta politika değişikliklerin kamuoyunda sıklıkla münazara edildiği, yapılan icraatlarını hizmet sunucuları ve hizmeti alanlar tarafından da belirli şekillerde fark edildiği bir sürece tanık olmuştur. Sağlık hizmetinde geçmiş dönemlerde şikâyet edilen konular değişmiş ve artık sağlık hizmetlerine ulaşmadan çok hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve hastaların memnuniyeti gibi konular önem arz etmeye başlamıştır¹¹⁶.

Bu reformlar çerçevesinde Genel Sağlık Sigortası sistemine ise yakın zamanda geçilebilmiştir. Bunların yanı sıra Aile Hekimliği Sistemi de planlanandan daha uzun bir süre sonra hayata geçirilmiştir. Hastane yapılarının özerk işletmelere dönüştürülmesi ise Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlikleri Sistemi ile kısmen de olsa başarılmıştır. Ancak planlandığı şekilde bir özerkliği yansıtmamaktadır. Çünkü söz konusu sistemden son yıllarda

¹¹⁴ Sağlık Bakanlığı, 2008, s. 100.

¹¹⁵ Hasan Hüseyin Yıldırım, **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları, 2013, s. 12.

¹¹⁶ Dilaver Tengilimoğlu vd., a.g.e., s. 140.

yapılan değişiklikler sonucunda vazgeçilmiştir. 2012 yılına gelindiğinde aynı tasarı çerçevesinde yer alan sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve uygulanması faaliyetlerinin Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumları'na devri, merkez yönetiminde Sağlık Bakanlığı taşra da İl Sağlık Müdürlükleri'nin denetlemeyi, planlamayı ve düzenlemeyi gerektiren bir şekil aldığı sistem yürürlüğe girmiştir¹¹⁷.

Bakanlığın 2013-2017 yıllarını kapsayan dönemde sağlıklı yaşam biçiminin benimsendiği ve sağlık hakkına herkes tarafından hızlı ve kolay şekilde erişebildiği Türkiye hedefiyle ortaya konan stratejik plan çerçevesinde misyonu insan odaklı bir yaklaşım ile toplum sağlığını korumak; sağlık alanında ortaya çıkan problemlere zamanında ve etkili çözüm yolları üretmek şeklinde belirlenmiştir¹¹⁸.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık alanında geniş çapta düzenlemeler yapılan programın temel öncelikleri alt başlıklar şekline aşağıda şöyle ifade edilmektedir¹¹⁹:

İnsan Merkezli Hizmet: İnsanı odak noktasına alan anlayış yapısı ile kişinin temel hakları arasında yer alan sağlığın devlet tarafından yürütülmesi gerekmektedir.

Sürdürülebilirlik: Sağlık alanında yürütülen planlar çerçevesinin ülke koşullarına uygulanabilir ve sürdürülebilir olması, küresel eksende oluşması muhtemel değişikliklerin öngörülmesi önem arz etmektedir.

Sürekli Kalite Gelişimi: Program çerçevesinde sağlık ile ilgili faaliyetlerin yürütülmesinde süreklilik ve daha iyi hizmet sunumunu hedeflemesinin devam ettirilmesi gerekmektedir.

Katılımcılık: Sağlıkla ilgili projelerde geniş çaplı katılımın sağlanmasıyla istişare ortamının yaratılması, farklı bakış açılarının oluşmasını sağlayacağı için projeler güçlü temellere dayandırılarak yürütülecektir.

¹¹⁷ Murat Aydoğan, Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi, (Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2015, s. 46.

¹¹⁸ Sağlık Bakanlığı, 2017, s. 105-106.

¹¹⁹ Aytül Kasapoğlu, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü", **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, Cilt 19, Sayı 2, 2016, s. 145.

Uzlaşmacılık: Sağlıkta farklı paydaşların ortak bir çıkar etrafında ve uzlaşi içinde olmaları önem arz etmektedir. Bu kapsamda uzlaşmacı şekilde çıkarların zedelenmemesi ve çıkar çatışmaları sebebiyle kaynakların bölüşümünün engellenmesi hedeflenmektedir.

Gönüllülük: Sisteme dahil olan birimlerin ayırım yapılmaksızın belirtilen hedefler çerçevesinde faaliyetlerini yürütme şeklidir. Bahsi geçen birimlerin teşvik edilmesi için yapılan çalışmaların gönüllülük esasına dayalı olması gerekmektedir.

Güçler Ayrılığı: Verimli, etkin ve kaliteli hizmet sunumu hedefi çerçevesinde benimsenen güçler ayrılığı ilkesinin denetim, finans, planlama ve hizmet veren birimlerin ayırıştırarak faaliyetlerini yürütmesi gerekmektedir.

Desantraizasyon: Sağlıkta dönüşümün ve reformların takip edilmesi ve bu çerçevede yeni düzenlemelerin ele alınması gerekmektedir.

Hizmette Rekabet: Sağlık sunumunun tekel olmaması ve belirli standartlara uyum sağlayan çeşitli yapıların oluşturulması hedeflenmelidir. Bunun yanı sıra bu yapılar arasında rekabet ortamının yaratılması ve bu yapıların sürekli olarak kendilerini geliştirme olanağına sahip olmaları gerekmektedir.

2.2. Türkiye’deki Sağlık Sistemi Yapısı

2003 yılından itibaren Türkiye gerçekleştirmiş olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sağlık sistemini yeniden tasarlamayı hedeflemiştir. SDP ile hedeflenen; sağlık hizmetlerinin adil, etkili ve verimli bir şekilde sunulmasının yanı sıra sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Bu hizmet programının temel ilkeleri, “insan merkeziliği, süreklilik ve sürdürülebilirlik” anlayışına dayanmaktadır. Bu kapsamda sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından toplumun sağlık ihtiyaçlarına duyarlı sağlık politikalarının oluşturulması, politik isteklerin ve ekonomik istikrarın sürdürülmesi, sürekli iyileştirmelerin yapılması ve sistemi tehdit edecek nitelikteki uygulamalardan ve girişimlerden kaçınılması büyük ölçüde önem arz etmektedir¹²⁰. SDP’nin temel amaçları arasındaki SSK’ya bağlı tesisler Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Böylece bütün vatandaşlar tek bir Sosyal

¹²⁰ Hüseyin İleri, Betül Seçer, Handan Ertaş, “Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi**, Sayı 12, 2016, s.179.

Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanmıştır. 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) yürürlüğe girmesiyle sağlık hizmet sunumu ve sistemin finansmanı da birbirinden ayrılmıştır¹²¹. Türkiye'deki sağlık sistemleri, finansmanda kullanılan ödeme yöntemlerine göre sağlık sigortası, kamu yardımı ve ulusal sağlık hizmeti olmak üzere üç başlıkta toplanmaktadır. Sağlık sigortası sisteminin temelinde ise hastalık riskinin sigorta yaptırmış olan bireyler tarafından paylaşılması esası yatmaktadır. Kişiler tarafından sağlık sigortası primi ödenerek sağlık sistemine finansal katkı sunulmaktadır. Kamu yardımı sisteminin amacı ise, dar gelirli vatandaşların sağlık sisteminden bir ödeme yapmadan faydalanmalarının sağlanmasıdır. Yüksek gelir düzeyine sahip olan bireyler ise, belirli bir maliyete katlanarak sigortalanmakta ya da doğrudan sağlık hizmeti satın alabilmektedirler. Son olarak ulusal sağlık hizmeti sisteminin amacı ise, kişilerin yapmış oldukları sağlık harcamalarının tamamının devlet tarafından karşılanmasının sağlanmasıdır. Türkiye'de sağlık sisteminin finansal kaynağı kamu gelirlerinden karşılanmaktadır. Ayrıca hizmetlerin üretim faktörleri de tamamen kamunun kontrolündedir.

Ülkemizdeki sistemin yapısı ise söz konusu ödeme yöntemlerine göre belirlenen modellerden herhangi birinin özelliklerini tam olarak taşımayan karma bir yapıdır. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sağlık sigortası modeli uygulanırken, diğer taraftan devlet memurları ve gelir düzeyi düşük olan kesim için kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Türkiye'deki sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Bu çerçevede koruyucu sağlık hizmetleri, kısa vadede ve uzun vadede toplumun ve bireyin maruz kalabileceği çeşitli sağlık ya da hastalık risklerini minimum düzeye indiregebilmeyi amaçlamaktadır. Böylece bu hizmetlerle sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Aynı zamanda bireylere yönelik yürütülecek koruyucu sağlık hizmetleri toplumun salgın hastalıklardan korunmasını sağlayacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında toplum sağlığını tehdit eden çevresel faktörlerin uzaklaştırılması, orta vadede ve uzun vadede ortaya çıkabilecek muhtemel sosyal riskleri ve maliyetleri en aza indirebilecek çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yer

¹²¹ İsmet Şahin, "Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Karşılaştırmalı Analizi", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 11, Sayı 1, 2008, s. 9.

almaktadır. Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamen sosyalleştirmeye tâbi tutulduğu belirtilmektedir.

Bunların yanı sıra tedavi edici sağlık hizmetleri ise, hastanmış bireylere sunulan bir hizmet türü olarak ifade edilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinde olduğu gibi dışsal fayda sağlayan hizmetler olmadığı vurgulanmaktadır. Fakat tedavi edici sağlık hizmetleri hastalığın yol açtığı negatif dışsallıkların engellenmesi açısından dolaylı olarak topluma pozitif dışsallık sađlamaktadır¹²². Son olarak rehabilite edici sağlık hizmetleri ise, kaza, hastalık ve ruhsal bozukluklar gibi bireyin organlarını etkili bir şekilde kullanabilmesini engelleyen bir kısıtlılık durumunun ortadan kaldırılması ve bu sakatlıkların günlük yaşama etki etmesini önlemek için sunulan hizmetleri içermektedir¹²³. Öte yandan Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu, yarı kamu, özel ve hayırsever olmak üzere birçok farklı örgüt faaliyette bulunmaktadır. Kamu kesiminde sağlık hizmeti başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, üniversitelere bağlı sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir. Sağlık politikalarının belirlenmesinde ve uygulanmasındaki en yetkili kurum ise Sağlık Bakanlığı’dır. Sağlık Bakanlığı’nın sunduğu birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile sağlığı merkezleri, anne ve çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, tüberküloz dispanserleri, toplum sağlığı merkezleri, kanser kontrol merkezleri ve malarya kontrol merkezleri gibi birimler tarafından sunulmaktadır. Bu sistemin ikinci basamağını ise hastaneler oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde birinci basamakta çözülemeyen sağlık sorunları hastaneler tarafından çözülmektedir.

Öte yandan ülkemizde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri, diğer kamu hastaneleri, belediye hastaneleri, özel hastaneler, yabancı ve azınlık hastaneleri ve vakıf hastaneleri tarafından sunulmaktadır. Türkiye’de hastane sayısı ve verilen sağlık hizmetleri bakımından Sağlık Bakanlığı hastaneleri sistem içerisinde son derece önemli bir konumdadır. Ülkemizde sağlık harcamalarının her geçen gün artış gösterdiği bilinmektedir. Bu sağlık harcamalarının önemli bir kısmı SB hastanelerince kullanılmaktadır. Buna rağmen gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizde hastanelere

¹²² Hilmi Çoban, Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, **(Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009), s.17.

¹²³ Nuran Akdemir ve Yeliz Akkuş, “Rehabilitasyon ve Hemşirelik”, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, Cilt 13, Sayı 1, 2006, s. 87-92.

ayrılan kaynakların yetersiz olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra sağlık sektörüne ayrılan kaynaklarının da verimli ve etkili bir şekilde kullanılmadığı belirtilmektedir¹²⁴. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte ülkemizdeki bütün devlet hastaneleri tek bir çatı altında toplanmıştır. Bu kapsamda 2004 yılında hastanelerde performans ölçme sistemi oluşturulmuş ve performansa dayanan ek ödeme sistemine geçiş yapılmıştır.

2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından kamu hastanelerinin hizmet kalitesini artırmak amacıyla hastane hizmetlerindeki kalitenin iyileştirmesi yönünde çalışmalara başlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin temel bileşimlerinden biri de birinci basamak sağlık hizmetlerinin modern uygulama biçimi olarak değerlendirilen “aile hekimliği” uygulamasıdır. Türkiye, aile hekimliği sistemi aracılığıyla birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek, diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya ulaşmayı amaçlamaktadır¹²⁵. 2011 yılına gelindiğinde 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 40. ve 41. maddesi çerçevesinde il sağlık müdürlükleri tarafından yapılan faaliyetlere yönelik süreçlerin etkinliğinin takip edilmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amacıyla performans karneleri hazırlanmıştır. Bu karneler “balanced score card” temelli olarak oluşturulmuş ve bu karnelerde alt ölçüm boyutu olarak verimlilik ölçüm göstergelerine yer verilmiştir. Ülkemizde son 10 sene içerisinde temel sağlık göstergelerinde son derece önemli iyileşmeler yaşanmıştır. Fakat bu göstergeler çerçevesinde incelendiğinde ülkemizin üyesi olmaya çalıştığı AB ortalamalarının oldukça gerisinde olduğu görülmektedir.

Öte yandan Türkiye'nin ve Türk sağlık sisteminin mevcut durumu incelendiğinde ortaya çıkan problemler milli gelirin düşük olması ve gelir dağılımının dengesiz olması olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle ana çocuk sağlığının iyileştirilmesi, rasyonel ve ihtiyaca göre sağlık hizmetlerinin planlanması gerekmektedir. Bunların yanı sıra sağlık insan gücü sayısının özellikle hekimler olmak üzere ebe, hemşire ve sağlık teknisyeni bakımından son derece yetersiz olduğu ifade edilmektedir. Aynı zamanda ülke çapında bölgelerarası insan gücü dağılımının dengesiz olduğu, niteliğinin ise gelişme ihtiyacında olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda belirli bölgelerde ve birimlerde pratisyen ve uzman hekim, ebe, hemşire ve yardımcı

¹²⁴ Yusuf Bayraktutan ve Ferhat Pehlivanoğlu, “Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği”, **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 23, 2012, s. 127-162.

¹²⁵ Sağlık Bakanlığı, 2012, s. 49.

personel açığı bulunmaktadır¹²⁶. Ülkemizde ilaçlara yapılan harcama miktarının OECD ülkelerinin tamamından ve dolayısıyla OECD ortalamasından yüksek olduğu bilinmektedir. Türkiye’de sürdürülebilir ve etkin bir sağlık sisteminden söz edilebilmesi için toplumun ilaç tüketim alışkanlıklarının değiştirilmesi, ilaç harcamalarının kontrol altına alınması ve rasyonel ilaç kullanım politikalarının etkin bir şekilde hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda Türk sağlık sisteminin hedefleri kapsamında, hizmete erişimin artırılması, sağlık statüsünün iyileştirilmesi, hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artırılması ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması yer almaktadır. Söz konusu hedeflere ulaşılabilmesi için sağlık sistemlerinin performans ölçümlerine dayalı doğru ve etkili politikaların belirlenmesi ve hayata geçirilmesi gerekmektedir. Günümüzde Türk sağlık sistemi de diğer ülkelerde olduğu gibi ciddi düzeyde kaynak kıtlığı yaşamaktadır. Dolayısıyla bu alandaki mevcut kaynakların olabildiğince verimli ve etkin bir şekilde kullanılması önem arz etmektedir¹²⁷.

2.3. Çeşitli Ülkelerdeki Sağlık Sistemi Örnekleri

2.3.1. Fransa

Fransa Avrupa Birliği’nin nüfus açısından ikinci ülkesi konumundayken, gelişmişlik açısından da dünyanın 5. büyük ekonomisi konumundadır. Fransa Bismarck tipi sağlık sistemine sahiptir. Buna rağmen ülke evrensellik ve dayanışma açısından Beveridge tipi nitelikleri yansıtmaktadır¹²⁸. Bunların yanı sıra Fransa ulusal sağlık sigortasının başlangıcını 19. yüzyılın başlarına kadar götürmek mümkündür. Ancak çağdaş anlamda sağlık sigortası 1928 yılında yürürlüğe girmiş ve düşük gelirli işçiler için sisteme katılım zorunlu kılınmıştır¹²⁹. 1930’da çıkarılan ilk zorunlu modern sigortası 37 yasasıyla birlikte işverenler tarafından analık, hastalık, yaşlılık, malullük ve ölüm vakalarını kapsayan sigorta primlerinin işçilerin ücretlerinden kesilerek ödenmesi hükme bağlanmıştır. Günümüzdeki Fransa sosyal ve sağlık sisteminin temellerinin ise II. Dünya Savaşından sonra atıldığı belirtilmektedir. 1945 yılında Ulusal Sağlık Sigortası (SHI) kurulmuş ve böylece sosyal risklerin tamamı koruma altına

¹²⁶ Aytül Kasapoğlu, a.g.e., s. 142.

¹²⁷ Yusuf Temür, “İllerin Gelişmişlik Derecelerine Göre Hastanelerin Etkinlik Analizi”, **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 2, Sayı 29, 2010, s. 1-2.

¹²⁸ Karine Chevreul, Karen Brigham, Isabelle Durand-Zaleski, Cristina Hernández-Quevedo, “France: Health System”, **Review**, Cilt 17, Sayı 3, 2015, s. 1.

¹²⁹ Yalçın Bostancı, Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası, (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007), s. 102.

alınmıştır. Bu dönemde işçilerin yanı sıra işverenler de prim ödemeye başlamış ve sunulan hizmetlere standart getirilmiştir. Sistem önceleri işçileri ve ailelerini kapsarken, ilerleyen dönemlerde nüfusun tamamını kapsamıştır¹³⁰.

1958 yılına gelindiğinde Hastane Reformu Kanunu, 1967 yılında ise Sosyal Sigortalar Kanunu çıkarılmış ve nüfusun %76'lık kısmını kapsayacak şekilde düzenleme yapılmıştır. Bunun yanı sıra tarım işçileri ve bağımsız çalışanlar da sağlık şemsiyesine alınmıştır¹³¹. Fransız sağlık sistemi kapsamı, harcama düzeyi ve kalitesi açısından gelişmiş olmasına rağmen kurumsal karmaşıklığı sebebiyle uluslararası literatürde yeteri düzeyde temsil edilmemektedir. Ayrıca karşılaştırmalı teorilerde de Bismarck modeli ile özdeşleştirilmekte olduğu belirtilmektedir. Halbuki Bismarck modelinin ana karakteristik özelliği, yasal sağlık sigortasının yönetim ve finansmanının tamamen işveren kuruluşları ve işçi sendikalarının ortak yönetimi altında olmasıdır. Bahsi geçen durum ise Fransız sistemini çok az temsil etmektedir. Çünkü Fransız modelinin evrensellik ve liberalizmi başarılı bir şekilde birleştirmiş ayrı bir model olduğu bilinmektedir¹³².

Öte yandan Fransa, OECD ülkeleri arasında sağlık harcamalarının kamu finansmanında en üst sırada olurken, katkı payı tutarlarında ise en alt sıradadır. Bahsi geçen durum Fransa'nın ulusal sağlık kurumu aracılığı ile kendi halkına olan güçlü desteği neticesinde başarılmıştır. 1999'daki Evrensel Sağlık Yasası ile (1999 Universal Health Coverage Act) ülkede yaşayan bütün bireyler sağlık kapsamına dahil edilmiştir. Bunun yanı sıra finansal risk altında olan grupların sağlık hizmetlerinden faydalanmasının önündeki engellerin ortadan kaldırılması için yasal çalışmalar yürütülmüştür. Bu bağlamda “evrensel sağlık yasası” aracılığıyla oluşturulan gelir testi uygulamasıyla söz konusu kişilerin sağlık hizmetlerine erişimlerine devlet destek vermeye başlamıştır¹³³.

Ülkenin sağlık verilerinin olumlu görünmesine rağmen bazı durumlarda aksayan tarafları da vardır. Örnek verilecek olursa doğumdan beklenen yaşam süresi 82,6 (80,6 olan EU ortalamasının üzerinde) olmasına karşın sigara ve alkolün sebebiyet verdiği erken erkek bebek

¹³⁰ Karine Chevreul vd., a.g.e., s. 23.

¹³¹ Yalçın Bostancı, a.g.e., s. 102.

¹³² Monika Steffen, “The French Health Care System: Liberal Universalism”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Cilt 35, Sayı 3, 2010, s. 355-356.

¹³³ Jonathan Cylus, Erica Richardson, Lisa Findley, Marcus Longley, Ciaran O'Neill, David Steel, **Health System in Transition**. Denmark: World Health Organization, 2015, s. 177.

ölüm oranlarının çok yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, sağlığa erişimde sosyoekonomik ve bölgeler arasında son derece yüksek eşitsizliklerin de bulunduğu görülmektedir¹³⁴. Fransız ulusal sağlık sigortasının bütün hizmetleri kapsamına karşın tamamlayıcı sigorta da oldukça gelişmiş olduğu bilinmektedir. Günümüzde toplam nüfusun %93' lük kısmının ve bütün işçilerin %96'lık kısmının tamamlayıcı sigortaya sahip olduğu görülmektedir. Fransız sağlık sistemindeki başlıca sorun ise sağlık harcamalarının sürekli olarak genel ekonomik büyümeden daha fazla artmasıdır. Fransa 2008 yılında İsviçre ve Almanya'yı geçmiş ve ABD'nin ardından ikinci sıraya yükselmiştir. Ulusal sağlık sigortası çiftçiler, bağımsız çalışanlar ve işçiler olmak üzere üç branşı kapsamaktadır. En büyük kısmını ise işçiler oluşturmaktadır. Sisteme giriş ve prim ödeme ise emekliler, öğrenciler ve sosyal koruma kapsamında bulunan kişiler dâhil geliri olan herkes için zorunlu kılınmıştır. Bunun yanı sıra katkı tutarının ise kişi ya da ailenin mevcut sağlık sigortası planında olan sağlık risklerini göz önünde bulundurmadan tamamen gelir düzeyine bağlı kılınmıştır¹³⁵.

2.3.2. Hollanda

Hollanda sembolik olarak Kral'ın bulunduğu ancak parlamenter sistem ile yönetilen bir ülke olarak nitelendirilmektedir. 2014 yılında Hollanda 16,9 milyon nüfusu ile Avrupa'da Malta'dan sonra metrekareye düşen en yoğun nüfusa sahip olan ülkedir. Bunun yanı sıra 2014 yılı nüfusunun %17,7'lik kısmı 65 yaş üzerinde olup yaşam beklentisi 81,8 yıl ile Avrupa Birliği ortalaması olarak belirlenen 80,9 oranının üzerindedir. Fakat Avrupa Birliği dışından gelen göçmenlerin yanı sıra eğitimsiz bireyler arasında daha düşük ortalama ömür beklentisi vardır. Hollanda'da da diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi başlıca sağlık sorunu nüfusun yaşlanması ve obezite olarak bilinmektedir¹³⁶. Öte yandan sağlık sistemi içinde kamunun da yer edinmeye başlaması II. Dünya savaşına dayanmaktadır. 1941 senesinde çıkartılan bir yasa ile çalışanlar ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için sigorta, kendi hesabına çalışanlar için gönüllü sigorta ve toplumun diğer kesimleri için özel sigorta olmak üzere üç bileşenli bir sağlık sigortası kurulmuştur.

¹³⁴ Jonathan Cylus vd., a.g.e., s. 1.

¹³⁵ Monika Steffen, a.g.e., s. 357

¹³⁶ Madelon Kroneman, Wienke Boerma, Michael Berg, Peter Groenewegen, Judith Jong, Ewout Ginneken, **Health Systems in Transition:Netherlands**, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, 2016, s. 234.

1964 yılına gelindiğinde ise Zorunlu Hastalık Sigortası (ZWF) kurulmuştur. 1967 yılında zorunlu hastalık sigortası iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası ile tek çatı altında toplanmıştır. 1968 yılında sigorta kapsamına dahil edilmeyen uzun süreli bakım hizmetleri için AWBZ isminde gelir temelli ayrı bir sigorta fonu hazırlanmıştır¹³⁷. Hollanda’da sosyal güvenlik sistemi kapsamında sosyal sigorta ve sosyal yardım uygulamaları yer almaktadır. Söz konusu sistemin finansmanı ise prim ve vergiler ile sağlanmaktadır¹³⁸. Hollanda’da zorunlu temel sigorta ve isteğe bağlı tamamlayıcı sigorta olmak üzere iki tip sağlık sigortası bulunmaktadır¹³⁹. Öte yandan Hollanda’da zorunlu sosyal sağlık sigortası üç temel unsurdan meydana gelmektedir. Bunlar şöyle sıralanmaktadır:

1- Uzun Dönem Sağlık Sigortası Kanunu: Hollanda’da yaşayan herkes bu sigorta kapsamına dahildir. Katkı paylarını ödemek koşuluyla uzun süreli bakım ve yüksek maliyetli tedavilerin sağlandığı sigorta koludur. Bu çerçevede 1968’de çıkarılan İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu’nun yerini 1 Ocak 2015 tarihinde Uzun Dönem Bakım Kanunu (WLZ) almıştır. Kanun 24 saat devamlı ya da evde bakıma muhtaç olan bireyler için uygulanmaktadır. 2015 senesinde yapılan reform sonucunda uzun dönemli bakım ve çocuklar için psikolojik tedaviler desentralize edilmiş ve bu tedaviler belediyelere devredilmiştir¹⁴⁰.

2- Tüm Nüfusa Temel Sağlık Kapsamı Temin Eden Sosyal Sağlık Sigortası Kanunu: 1966 senesinden itibaren uygulanmaktadır. Bu sigorta kolu, belirli seviyenin altında gelire sahip olan kişiler (2004 yılı için yıllık 32.600 Euro) ve emekliler için düzenlenmiştir¹⁴¹.

3- Tamamlayıcı Gönüllü Sağlık Sigortası: Hastalık sigortasının kapsamadığı ve sigortalanamayan hizmetlerin içinde yer almayan bu sigorta yetişkinler için ortez ve protezler, diş sağlığı hizmetleri, hastanede özel oda ve benzeri hizmetleri kapsamaktadır. 1 Ocak 2006 sonrasında Hollanda’da sigortayla finanse edilen sağlık sisteminde önemli değişiklikler yapılmıştır. Hollanda sağlık sistemi daha önce çok parçalı ve karmaşık bir sigorta yapısına sahipti. Bu nedenle sistem yalınlaştırılarak tek çatı altında toplanmış ve “sağlık temel sigortası”

¹³⁷ Recı Meseri, “Hollanda Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 22, Sayı 4, 2007, s. 248.

¹³⁸ Mustafa Kuruca, Genel sağlık Sigortası, (**Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012), s. 57.

¹³⁹ Iamexpat, 2017, <https://www.iamexpat.nl/expat-info/dutch-expat-news/health-insurance-expats-netherlands-quick-guide>, (29.10.2020).

¹⁴⁰ Madelon Kroneman, vd., a.g.e., s.167.

¹⁴¹ Erdal Sargutan, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006, s. 1205.

adını almıştır. Bu gelişmeyle sisteme göre düzenlenmiş, rekabet ilkesine dayalı, karşılanabilir ve pazara açık bir sağlık sisteminin oluşturulması amaçlanmıştır¹⁴².

2.3.3. İngiltere

Birleşik Krallık; İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda olmak üzere dört farklı ülkeden oluşmaktadır. Söz konusu ülkeler arasında sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili bazı farklılıklar bulunmasına rağmen sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve finansman yapısı benzerlik göstermektedir¹⁴³. 19. yüzyılda İngiltere’de merkezi bir sağlık örgüt yapısı bulunmamaktaydı. Sağlık hizmetleri özel ve belediye hastaneleri tarafından verilmekteydi¹⁴⁴.

Sağlık Bakanlığı tarafından 1930’lu yıllarda bu alanda çalışmalar yürütülmeye başlamasına rağmen II. Dünya Savaşına kadar bu alanda önemli bir gelişme yaşanmamıştır. II. Dünya Savaşı’nın sonuna doğru SSCB’nin başta eğitim ve sağlık olmak üzere her alanda eşitlikçi bir uygulamaya geçiş yapmasıyla İngiltere için kendi işçilerinin de ayaklanmasına sebep olacağı yönünde bir endişe yaratmıştır. O dönem iktidarda olan İşçi Partisi tarafından ilke olarak herkese eşit ve parasız sağlık hizmeti sunma kararı alınmıştır¹⁴⁵. Bu çerçevede yürütülen çalışmalar sonucunda 1942’de yayımlanan Beveridge raporu 1946 yılında yasalaşmıştır. Böylece refah devletinin en geniş haklar sağlayan sağlık sistemi NHS ismi ile 1948 yılında uygulamaya konulmuştur¹⁴⁶. Devlet bu dönüşüm sonucunda; merkezi ve bürokratik bir anlayışla refah konusunu ele almıştır. Böylece devlet gönüllü hayır kurumlarını, sendikaları ve piyasa mekanizmasını dışlamıştır. 1940-1970 yıllarını kapsayan dönemde İngiliz refah devletinde sosyal ve ekonomik haklar esas alınmıştır. Bunun yanı sıra piyasa devlet ilişkilerinde devletin belirleyiciliği ön plana çıkmış, sosyal yardımlar eğitim-sağlık ve ek gelir imkanlarını da kapsayacak şekilde yaygınlaşmıştır¹⁴⁷. Öte yandan Birleşik Krallık sağlık sisteminde kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’na bırakılırken, çevre sağlığı hizmetleri de yerel yönetimlere bırakılmıştır¹⁴⁸. NHS diğer ülke sağlık sistemlerinden

¹⁴² Recı Meseri, a.g.e, s. 253.

¹⁴³ Gönül Dinç, **Birleşik Krallık Sağlık Sistemi**, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, 2009, s. 1.

¹⁴⁴ İlker Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü**. İstanbul: Yazılama Yayınevi, 2016, s. 217.

¹⁴⁵ Gazanfer Aksakoğlu ve Hatice Giray, “Birleşik Krallık’ta ulusal sağlık hizmetinin öyküsü”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 21, Sayı 5-6, 2006, 336.

¹⁴⁶ Yalçın Bostancı, a.g.e., s. 69.

¹⁴⁷ Songül Gül, **Sosyal Devlet Bitti Yaşamın Piyasa**, Ankara: Ebabil Yayınları, 2006, s. 210.

¹⁴⁸ Gönül Dinç, a.g.e., s. 5.

iki farklı özelliği ile ayrılmaktadır. Bu özelliklerden ilki; gelişmiş batılı devletler sağlık sistemi finansmanında sigortacılık ilkeleri benimsenirken, NHS’de genel olarak finansman vergilerle sağlanmaktadır. İkincisi ise Britanya’da sağlık alanına daha az para tahsis edilmesine rağmen, diğer ülkelere kıyasla daha yüksek bir sağlık çıktısının elde edilmesi olarak ifade edilmektedir¹⁴⁹.

2.3.4. ABD

Ülkelerin sağlık sistemleri o ülkedeki sağlık hizmetlerinin sunum biçimi, uygulanan finansman yöntemi ve devletin sistemdeki rolü gibi faktörlere bağlı olarak farklılık göstermektedir. Ülkeler arasında görülen bu farklılıklar ülkelerin tarihleri, anayasaları, gelenekleri, kurumları ve politik-ideolojik-teknolojik çevreleri gibi pek çok faktör tarafından belirlenmektedir. ABD toplam sağlık harcamaları, toplam GSYİH ve kişi başı sağlık harcamaları gibi pek çok veri göz önünde bulundurulduğunda dünyanın en büyük ve en önde gelen ülkesi konumundadır. ABD idari açıdan federal bir yönetim sistemine sahiptir. Ülkede 50 eyalet ve farklı kurum ve yasal düzenlemeler yer almaktadır. Amerikan sağlık sistemi de söz konusu desantralize ve çok parçalı yapıyı yansıtmaktadır. Bu sağlık sistemi kamu tarafından yapılan büyük destekler ile büyütülen özel sektör ağırlıklı, kamu-özel ortaklığına dayalı, çok parçalı ve karmaşık bir yapı niteliğine sahiptir¹⁵⁰. ABD’de sağlık hizmetlerin sunumu ve finansmanında özel sektörün hâkimiyeti ve belirleyiciliği bulunmaktadır.

Bunun yanı sıra sağlıktaki sorumlulukların da federal ve eyalet ölçeğinde paylaştırılmış olduğu görülmektedir. Örnek verilecek olursa eyaletler tarafından çok sayıda kamu sağlığı programı yönetilmekte, fonlanmakta ve sigorta programlarının politikaları belirlenmektedir. Ancak federal hükümet ise çoğunlukla genel sağlık politikalarında eyaletlere belirli asgari zorunluluklar getirmekte, denetlemekte, fon desteği sunmakta ve sağlık ve sosyal yardım sağlanması hususunda da eyaletleri özgür bırakmaktadır. Buna ek olarak ülke düzeyinde sahip olduğu kurumlar ile ilaçlar, tıbbi malzemeler ve genel halk sağlığı alanlarında düzenlemeler de yapmaktadır¹⁵¹. ABD sağlık sisteminin kamunun bizzat sistemin içerisine

¹⁴⁹ Yalçın Bostancı, a.g.e., s. 69.

¹⁵⁰ Kant Patel ve Mark Rushefsky, **Healthcare Politics and Policy in America**. New York: M.E Sharpe Inc, 2014, s. 39.

¹⁵¹ Thomas Rice, Pauline Rosenau, Lynn Unruh, **United States of America Health system review- Health Systems in Transition**, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2013, s. 13.

dahil olduğu ancak özel sektörün baskın olduğu bir yapıya sahip olduğu belirtilmektedir. ABD dünyanın en büyük hastane, ilaç ve sigorta şirketlerini bünyesinde barındırmaktadır. Buna ek olarak istihdamda çok büyük bir paya sahiptir. Örnek verilecek olursa kolesterol ilaçlarından en çok satan lipitor'u üreten Pfizer'in 2012'deki toplam geliri 67,4 milyar\$, piyasa değeri 180,5 milyar\$ ve çalışan sayısı ise 110.600 kişidir. Benzer şekilde 2012 yılında en büyük kâr amaçlı hastane zinciri olan (HCA) ülke genelinde 163 hastane işletmektedir. Buna ek olarak toplam 170.000 çalışanı ile 7,8 milyar \$ gelir elde etmiştir. ABD'nin en büyük sağlık sigorta şirketi olarak bilinen "United Health" de 2012 yılında 85 milyar \$ kâr elde etmiş ve toplam gelirleri 102 milyar \$'a ulaşmıştır. Buna ek olarak "United Health"nin toplam 99.000 çalışanı ile 26 milyon müşteriye sağlık hizmeti sunduğu belirtilmektedir. Öte yandan sağlık profesyonelleri açısından incelendiğinde 2011 senesinde ABD'deki toplam aktif doktor sayısı 954.000 olarak kaydedilmiş ve bunlar 500 milyar \$ geri ödeme yaratmışlardır. Böyle büyük bir değer yaratan sağlık sisteminin arkasında fedakâr sağlık çalışanları, cesur girişimciler, sağlık araştırmacıları, araştırma şirketleri gibi pek çok farklı faktör bulunmaktadır¹⁵². Aynı zamanda bu başarılı ve büyük özel sektör girişiminin arkasında gizli bir ortak da yer almaktadır. Bahsi geçen gizli ortak ise hükümettir. Dünyanın en büyük özel sağlık sisteminin, ABD'de devlet tarafından başlatılan kamu sağlık programları, düzenleyici işlemleri ve sağladığı maddi destekler ile oluşturulduğu bilinmektedir.

Dünyadaki gelişmiş ülkelerin hiçbiri özel sağlık sistemi için bu derece bir finansal ve hizmet sunumunda destek vermemektedir. Söz konusu sisteme hükümetin müdahalesi dolaylı ve direkt olmak üzere iki farklı şekilde yapılmaktadır. En büyük ve en önemli direkt hükümet müdahalesi kamu sigorta programları olan Medicare, Medicaid, CHIP ve Gazi sağlık sistemleri gibi Kurum ve programların fonlanması ile gerçekleşmektedir. Genellikle sağlık hizmetlerinin sunumunun özel sağlık kuruluşları, birbirine bağımlı sağlık bakım organizasyonları ve doktorlar aracılığıyla sağlandığı belirtilmektedir. Ayrıca ABD'de faaliyet gösteren hastanelerinin yaklaşık %70'lik kısmının kamusal ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlara ait olduğu belirtilmektedir¹⁵³.

¹⁵² Robert Field, **Mother of Invention: How The Government Created Free-Market Health Care**, New York: Oxford University Press, 2014, s. 1.

¹⁵³ Robert Field, a.g.e, s. 2.

ABD’de devasa rakamsal büyüklüklerine rağmen sağlık hizmetlerine ulaşım ve söz konusu hizmetlerin finansmanı resmi olarak devletin sorumluluğu olarak görülmemiş ve vatandaşlar için de bir hak olarak kabul edilmemiştir. Bu nedenle sağlık hizmetleri kapitalist bir toplumda verilen mal ve hizmetler olarak görülürken, hastalar da bir bakımdan müşteri olarak görülmektedir¹⁵⁴. Dünya çapında sağlık reformu tartışmaları büyük ölçüde sağlıkta devletin hangi role sahip olması gerektiği fikrine yoğunlaşmaktadır. Bu çerçevede sağlık, kamu rolü taraftarlarına göre bir hak ve devletin bütün vatandaşlarına sağlaması gereken bir ödev olarak görülmektedir. Özel piyasa taraftarlarına göre ise sağlık, kısıtlanmamış piyasada bir mal gibi alınıp satılabilen bir süje olarak görülmektedir. ABD sağlık sistemi, büyük ölçüde liberal ekolün etkisinde kalmış ve devletin her türlü teşviki ile bugün devasa bir endüstriye dönüşmüştür.

2.3.5. Almanya

Zengin ve refah bir ülke olan Almanya sağlık alanında önemli bir gelişmişlik sergilemektedir. Almanya’nın sağlık alanındaki gelişmişliğin en önemli unsurlarından biri de yüksek gelir seviyesine sahip olmasıdır. Diğer bir unsur ise Alman sağlık sisteminin oldukça köklü bir geçmişe sahip olmasıdır. Sağlık sistemin temelini 1883 yılında Bismark’ın öncülüğünde hayata geçirilen zorunlu sosyal sağlık sigortası oluşturmaktadır. Aynı zamanda Almanya, Bismarck Modeli olarak adlandırılan bu uygulamanın kaynak ülkesi konumundadır¹⁵⁵. Avrupa Birliği içerisindeki en kalabalık ülke ise 16 eyaletten oluşan Almanya Federal Cumhuriyeti olarak bilinmektedir. Ülkenin nüfusu 82 milyon 700 bin civarındadır. Ülkede sağlık konularında da genel politik konularda olduğu gibi merkezi yönetim ve yerel yönetimler arasında karar alma hususunda bir güç paylaşımı yapılmaktadır. Fakat ülkede zorunlu sigorta programlarının yönetimi hükümet dışı korporatist kuruluşlardır¹⁵⁶.

Alman sağlık sisteminde merkezi bir anlayıştan daha çok özerklik ve çoğulculuk benimsenmektedir. Lander olarak isimlendirilen eyaletlerin yönetimlerinin ise geniş yetkilere sahip oldukları görülmektedir. Merkezi yönetim yani federal devlet sağlık hizmetleri açısından

¹⁵⁴ Lawrence Branch ve Kathryn Petrossi, **The Structure and Financing of the Health Care System: Reality and Consequences**, New York: Oxford University Press, Inc, 2009, s. 54.

¹⁵⁵ Erdal Sargutan, a.g.e., s. 109-111.

¹⁵⁶ Erhan Karagan, Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması, (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2008, s. 74.

gerekli yasaları düzenlemektedir. Böylece ülke genelinde birliktelik sağlanmaktadır. Ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanı, uzun yıllardır özel sektörün ve kamunun iş birliği ile sağlanmaktadır. Almanya'daki sağlık güvenlik sisteminin özel sağlık sigortası ve zorunlu sağlık sigortası olmak üzere iki ayağı bulunmaktadır. Zorunlu sağlık sigorta programının finansman kaynaklarını işveren, işçi ve devlet prim katkıları ve diğer gelirler oluşturmaktadır. Bu çerçevede prim katkıları sigortalı kişilerin gelirinin belirli bir yüzdesi olarak kesilmekte ve her yıl prim oranları değişmektedir¹⁵⁷. Ülkede bireyler gelir seviyelerine göre hastalık fonlarına belirlenen miktarı ödemek koşuluyla ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. Bunun yanı sıra prim katkısının belirlenmesinde ise sigorta riski ya da sigortalıya bağlı kişi sayısı göz önünde bulundurulmamaktadır. Dolayısıyla zorunlu sağlık sigortasına dahil olan bireylerin her biri maliyeti paylaşmakta ve primlerini ödemektedir. Bunun yanı sıra sigortanın yarısı çalışan tarafından ödenirken, yarısı da işveren tarafından ödenebilmektedir.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamına dahil olan kişilere ek sigorta yaptırmaya olanağı da sunulmaktadır. Bireyin zorunlu sağlık sigortasının olmaması ya da herhangi bir resmi sağlık sigortasının olmaması durumunda geriye kalan tek seçenek özel sigortadır. Bu çerçevede resmi sigortada ödemesi gereken prime kıyasla çok daha yüksek geliri bulunan kişiler kısmi ya da tam şekilde özel sigorta anlaşması yapabilmektedirler.

2.4. Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Politikalarının Genel Özellikleri

Gelişmiş ülkeler değerlendirilirken Avrupalı batı ülkeleri (Avusturya, Belçika, GKRY (AB), Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Malta (AB), Hollanda, Norveç, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, Birleşik Krallık) ve Avrupalı eski komünist ülkeler (Bulgaristan (AB), Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Letonya (AB), Litvanya (AB), Polonya, Romanya (AB), Slovakya, Slovenya), Doğu Asya'dan Japonya ve Güney Kore, Kuzey Amerika'dan ABD ve Kanada, Okyanusya'dan Avustralya ve Yeni Zelanda ile bunlara ek olarak İsrail değerlendirilebilir.

¹⁵⁷ Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 2011, s. 49-50.

OECD'nin yüksek gelirli üyeleri temel alınarak 37 gelişmiş ülkeden oluşan bir örneklem incelenmiştir. Kùltürlerinde, politik ve ekonomik geçmişlerinde bu ÷lkeler heterojendirler. Son 40 yılda hayatta kalma modellerinde meydana gelen değışiklikleri incelerken, çocukların hayatta kalmasındaki kazanımların önemli ve 37 ÷lkenin tamamında büyük ölçüde benzer olduğu bulunmuştur. Buna karşılık, 15-60 yaşları arasındaki yetişkin hayatta kalma eğilimleri çarpıcı biçimde farklılaşmaktadır. Bu farklılıklar, esas olarak, meta tüketim alışkanlıklarıyla ilgili nispeten küçük bir hastalık ve yaralanma grubundan kaynaklanmaktadır.

Geniş politik ekonomi sistemleriyle ilişkili olarak, Avrupa komünist ÷lkelerinin (ve komünizm sonrası dönemdeki kurumsal miraslarının) devlet merkezli sistemlerinin ve liberal / liberter fikirlerin bulunduğu Birleşik Devletler'in aşırı uçları ile ilişkili gör÷lmektedir. Bu iki kutup arasında yer alan ÷lkelerdeki sağık eğilimleri, hükümetlerinin siyasi uyumu ile doğrudan bir ilişki göstermemektedir. Avrupa ÷lkeleri, parlamentolarının hem içinde hem de dışında temsil edilen daha geniş bir siyasi görüş yelpazesine sahip olma eğilimindedir. Birçoğunda, liberal olmayan Katolik sosyal öğretinin merkez sağı partiler üzerindeki etkisi önemli olmuş ve merkez sağı siyaset ile ekonomik liberalizm arasındaki bağlantıyı ılımlı hale getirmiştir. Bu ÷lkeler genellikle yetişkin sağılığını korumak için daha pragmatik veya çoğulcu yaklaşımlar izlediler. Bu da Popper'in "parça parça sosyal mühendislik" fikrine uygun gör÷lmüştür.

Dolayısıyla, bu konuda önemli gibi gör÷nen daha çoğulcu yaklaşımları sınırlandırma, Birleşik Devletler'deki egemen liberal / liberter ekonomi politik düzleminin uzantısı olarak gör÷lmektedir. Bu engellere rağmen, Amerika Birleşik Devletleri'nde bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü için eyalet veya şehir düzeyinde güçlü programlar mevcuttur. Örneğin; California Tütün Kontrol Programı ve New York Şehri Sağık Departmanının daha yeni programları. ABD içinde, diğeri gelişmiş ÷lkelerin gerisinde kaldığına dair farkındalık arttıkça, ABD bağlamında kabul edilebilir ve etkili olan halk sağılığı programlarını daha da geliştirmenin ve çoğaltmanın yolları bulunabilir. Gelişmiş ÷lkelerdeki bazı yeni eğilimler olumlu olmamıştır. Obezite artışına etkili yanıtlar bulunmazsa, son birkaç on yılın önemli sağık kazanımları aşınabilir. Orta ila uzun vadeli gelecek, iklim değışikliğinden kaynaklanan potansiyel büyük ölçekli zararlarla risk altındadır. Bu zorlukların üstesinden gelmek, ekonomik, sosyal ve halk sağılığı kurumlarının yenilenmesini ve dönüştür÷lmesini gerektirecektir. Karmaşık süreçler,

halk sağlığı profesyonelleri için olduğu kadar diğerleri için de zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Gelişmiş ülkelerin sağlık sisteminde durum özetle:

- Son kırk yılda, gelişmiş ülkeler çocuklukta ölüm risklerini azaltmada büyük ölçüde benzer başarılar elde ettiler, ancak yetişkinlerin ölüm risklerini azaltmadaki başarıları önemli ölçüde değiştii.

- Yetişkin ölüm risklerindeki çoğu varyasyon, dolaşım hastalıkları ve emtia tüketim alışkanlıklarıyla ilgili sınırlı sayıdaki diğer koşullardan kaynaklanmaktadır.

- Avrupa komünist ülkeleri yetişkin ölüm risklerini kontrol etmekte trajik bir şekilde başarısız olmuştur, komünizmin çöküşünden bu yana gelişmeler değişken olmuştur.

- Amerika Birleşik Devletleri de özellikle mali ve bilimsel kaynaklarının oldukça zengin olduğu değerlendirildiğinde, kötü performans göstermiştir, şimdi rakiplerinden 20 yıldan fazla geride kalmıştır.

- Trafik kazaları, tütünün neden olduğu hastalıklar ve dolaşım hastalıkları için etkili karşı önlemler zaman içinde gelişmiştir. Erken dönemde liderlik çoğunlukla bilgili profesyonellerden gelmiştir, daha sonra destekleyici güçler oluştuğunda, bilgi kazanıldıkça, etkili önlemler belirlendikçe ve uluslararası yaptırım uygulandıkça genişlemiştir.

- Sera gazı emisyonları nedeniyle artan obezite ve habitat bozulması prevalansı, mevcut politika başarısızlıklarıdır.

- Biyolojik temelli ihtiyaçlara çok az saygı duyan politik ekonomi teorileri, baskın olduğu yerlerde bulaşıcı olmayan hastalıklara ve habitat bozulmasına karşı toplumsal tepkileri kısıtlayabilir.

- Daha fazla sürdürülebilir sağlık kazanımı için beklentiler şu anda belirsizdir, ancak çoğulculuk koşulları altında iyileşme olasılığı yüksektir.

2.5. Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Politikalarının Genel Özellikleri

Sağlıkta kamu yatırımları için desteğin arttığı küresel bir ortamda, politika oluşturmaya yönelik uluslararası yardım desteğini sıralamak için "iyi" ve "stresli" yönetime

sahip ülkeleri farklılaştırmaya giderek daha fazla önem verilmektedir. Sağlık sektörü için politika oluşturma süreci giderek daha karmaşık hale gelmiştir. Sağlık pratisyenleri, politika yapıcılar ve planlayıcılar üç ana sorunla uğraşmak zorundadır: Çeşitlilik, karmaşıklık ve değişim. Gelişmekte olan ülkelerde, farklı coğrafi alanlar arasında ve içinde genellikle büyük çeşitlilik vardır. Ekolojik ve coğrafi faktörler, sağlık koşullarının önemli belirleyicileri olarak kabul edilmektedir. Ekonomik, sosyal ve kültürel belirleyiciler de çeşitliliğe katkıda bulunur. Yoksulluk, dışlanma ve ayrımcılığın kötü sağlık durumu ile ilişkisi hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde tutarlı bir bulgudur ve uzun bir araştırma geleneğine sahiptir¹⁵⁸. Genel olarak politika oluşturma, bu belirleyicileri sistematik olarak tanımaz ve bunlara göre hareket edemez. DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, siyasi liderler ve paydaşlar arasında bu tür belirleyiciler hakkında farkındalık yaratarak ve ülkelerin bunlara yönelik kapsamlı sağlık ve kalkınma politikaları benimsemelerine yardımcı olarak bu eksikliği gidermeye çalışmaktadır¹⁵⁹.

Nüfuslar, sağlık ihtiyaçlarındaki karmaşıklık için bir başka zorluktur. Yeni hastalık kalıplarının eskilerinin yerini aldığı zengin ülkelerin aksine, gelişmekte olan ülkeler üçlü bir hastalık yükü ile karşı karşıyadır: Birincisi, bitmemiş enfeksiyonlar, yetersiz beslenme ve üreme sağlığı sorunları gündemi; ikincisi, düşük ve orta gelirli ülkelerde halihazırda hastalık yükünün yarısını oluşturan bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalarla ortaya çıkan zorluklar; üçüncü olarak, AIDS ve grip gibi salgın hastalık tehdidi, tütün ve diğer ilaçlar gibi zararlı ürünlerin ticareti, iklim değişikliğinin sağlık sonuçları ve zararlı yaşam tarzlarının yayılması dahil olmak üzere küreselleşmeyle ilişkili sağlık riskleri. 2002 ve 2020 yılları arasında ölüm tahminlerindeki yıllık değişiklikler, tüberkülozda yüzde 5'in üzerinde düşüşler olduğunu, ancak HIV-AIDS için yüzde 2,1 ila 3 arasında artış olduğunu göstermektedir. Diyabetes mellitus ve karayolu trafik ölüm oranlarının endişe verici bir oran olarak yılda yüzde 1'in üzerinde artması beklenmektedir. 2030 projeksiyonlarında kardiyovasküler hastalıklar dünyadaki toplam ölümlerin yüzde 13,4'ünü oluşturacak ve tüm gelir bölgelerinde ölümlerin birinci veya ikinci nedeni olarak sıralanacaktır. Tütün tüketimi, birçok hastalık eğiliminden ve

¹⁵⁸ Robert Evans, Morris Barer ve Theodore Marmor, **Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations**, Hawthorne: Aldine de Gruyter, 1994, s. 69.

¹⁵⁹ Alec Irwin, Nicole Valentine, Chris Brown, "The Commission on social determinants of health: Tackling the social roots of health inequities", **PLoS medicine**, Cilt 3, Sayı 6, 2006, s. 750.

özellikle iskemik kalp hastalığından büyük ölçüde sorumludur. Bu, endüstrinin yaşam tarzı değişikliklerine duyarlı yeni, düzenlenmemiş bağlamlara acımasızca itilmesinin bir ürünüdür.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinde bilgi ve yenilikçi sağlık teknolojileri kritik önem taşıırken, zengin ülkeler için tasarlanan yeni teknolojilerin patlaması ve aynı zamanda ARV ve IMCI gibi kritik öneme sahip yenilikler, sağlık hizmetlerinin karmaşıklığını önemli ölçüde artırmıştır. Profilaktik, teşhis ve tedavi seçeneklerinin genişleyen kapsamı, ilgili uzman personel, yeni destek personeli kategorileri, yüksek teknoloji ekipmanı ve altyapı ihtiyacıyla birlikte artan özel programlar yelpazesi gerektirmektedir¹⁶⁰. Belirli bir zorluk, mevcut programları zayıflatırken sağlık sistemini destekleyemeyen dikey programlar yoluyla yeni teknolojiler sunma eğiliminin yenilenmiş olmasıdır¹⁶¹.

Sağlık ve hastalık dinamiklerinde tıbbi ve tıbbi olmayan faktörlerin etkileşimi, sağlık programlarının tasarlanması ve yönetilmesinin temeli olarak ihtiyaçların ve fırsatların kritik analizini gerektirir. Politika yapıcılar, standartlaştırılmış, önceden paketlenmiş, basmakalıp müdahaleleri körü körüne sağlamaya çalışmak yerine, hizmetleri yerel ihtiyaçlara uyacak şekilde eşleştirmeye çalışmalıdır. Tıbbi olmayan faktörlerin sağlık üzerindeki önemli etkisi nedeniyle, sağlık sektöründen katı bir şekilde tıbbi girdileri tamamlamak için sektörler arası eylemleri seferber etmek gerekir. Bununla birlikte, gelişmekte olan ülkelerdeki politika yapıcılar kapasitelerini ölçmeli ve öncelikle sağlık sistemi içinde doğrudan kontrol edebilecekleri müdahalelerin faydalarından yararlanmalarını sağlamalıdır¹⁶².

Gelişmekte olan ülkelerde politika oluşturma, çevrede meydana gelen birçok değişikliğe strateji ve programları uyarlamak için akıcı ve dinamik olmalıdır. Hesap verebilirlik ve sosyoekonomik değişim iki kritik değişikliktir. Küresel ve ulusal etkiler, politika yapıcıların parlamentolara, il paydaşlarına ve bağışçılara, müşterilere ve nüfusa karşı daha fazla hesap verebilirliğine yol açmaktadır. Ademi merkezîyetçilik, il yetkililerine ve yerel memurlara yenilikler için daha fazla özerklik vererek hızını sürdürmüştür, ancak aynı zamanda

¹⁶⁰ James McCarthy ve Deborah Maine, "A framework for analyzing the determinants of maternal mortality", **Studies in family planning**, Sayı 23, 1992, s. 30.

¹⁶¹ Jean Unger, Pierre De Paepe ve Andrew Green, "A code of best practice for disease control Programmes to avoid damaging health care services in developing countries", **International Journal of Health Planning and Management**, Sayı 18, 2003, s. 29-30.

¹⁶² Dean Jamison, **Investing in Health**, Washington: Oxford University Press for The World Bank, 2006, s.34.

sorumluluğu da artırmıştır¹⁶³. Sağlık sektöründe politika oluşturma, bu nedenle, teknik ve oldukça hiyerarşik bir yaklaşımdan, yeni aktörlerin ve süreçlerin politik ve katılımcı bir ortamda belirlenen rolünün tanınmasına doğru ilerlemektedir. Ülkedeki ekonomik ve sosyal durumdaki değişikliklerin sağlık sektörü üzerinde derin etkileri olabilir. Bazı ülkelerde hızlı gelişme, bazılarında ekonomik durgunluk sağlık politikalarında değişiklik yapılmasını gerektirmiştir. İkinci Dünya Savaşı'nın hemen sonrasında, merkezi planlama ve refah programlarını vurgulayan makro ekonomik politikalar popülerlik kazanmıştır. 1980'lerde ve 1990'larda bu eğilim, ulusal politikaların refah programları ve merkezi kontrol yerine serbest piyasa ekonomisini giderek daha fazla tercih etmesiyle tersine dönmüştür. Bu değişiklikler, görünür iyileştirmeler olmaksızın, halk sağlığı sektörü yatırımlarında bir yavaşlamaya ve kullanıcı ücretlerinin uygulanmasına neden olmuştur¹⁶⁴. Bugün IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası ajanslar politikalarını tersine çevirmiştir ve Binyıl Kalkınma Hedeflerini desteklemek için uluslararası yardım seviyesini ikiye katlama amacıyla fonlar önemli ölçüde artırılmıştır. Yatırımlarda verimlilik ve hakkaniyet sağlamak için devlet kapasitesi yenilenmektedir.

¹⁶³ Guy Hutton, **Decentralization and the sector-wide approach in the health sector**, NY: SDS, 2002, s. 79-81.

¹⁶⁴ Alliance AHPSR, **Strengthening health systems: The role and promise of policy and systems research**, Switzerland: Alliance AHPSR, 2004, s. 127.

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

3.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Kapsamı

Ülkelerin sağlıklı toplumlar olabilmeleri için güçlü ve sürdürülebilir ekonomilere sahip olmaları gerekmektedir. Sağlıklı bir toplum içinde bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Bu sağlık hizmetleri sırasında yapılan giderlere ‘sağlık harcaması’ denilmektedir. Yalnızca kişiler hasta olduklarında değil, aynı zamanda sağlıklarını koruma amaçlı (cinsel hastalıklar, aşı) harcamalar, kişilerin beslenme alışkanlıkları da sağlık harcamaları başlığı altında toplanmıştır¹⁶⁵. Sağlık alanında çalışan araştırmacıların yaptıkları çalışmalarda en önemli sorunun, nelerin sağlık harcaması olarak kabul edileceğidir. Sağlık hizmetlerinde tedavi edici ve koruyucu işlemlerin dışında, yakın dönemde giderek artan sorulardan biri de bakım – kozmetik işlemlerinin de sağlık harcaması adı altında toplanıp toplanamayacağıdır. Saç ekimi, cilt bakımı, fazla yağlarından kurtulma, masaj, eğlendirilen aktivitelerinin sağlık harcamaları adı altında yer almalı mıdır sorusuna henüz netlik verilememiştir¹⁶⁶.

Bireylerin sağlıklarını kaybetmeleri halinde gelişmiş teknolojilerin kullanılmasıyla hastalıkların tedavi edilmesi ve bu nedenle sağlık hizmeti ve harcaması alanlarına daha fazla kaynak ayrılması toplumların sağlık göstergelerinin gelişmiş olduğunu gözler önüne sermektedir. Bu nedenle ekonomi ve sağlık arasında karşılıklı bir ilişki olduğu söylenebilmektedir¹⁶⁷. Öte yandan gelişmiş ülkelerin ve gelişmemiş ülkelerin sağlıkla ilgili mevcut durumları incelendiğinde gelişmemiş ülkelerde salgın hastalıkların daha çok ortaya çıktığı görülmektedir. Ülkelerin kendileri ve çevre toplumlar için yapacakları bu sağlık harcamaları, aslında mevcut toplum için son derece faydalı olacaktır. Böylelikle yeni jenerasyonun sağlık ile ilgili sorunları da azalacaktır¹⁶⁸. Bu nedenle ülkelerin sağlık ve sağlık

¹⁶⁵ Cemil Serhat Akın, (2007), “Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları” (Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2007, s. 28-29.

¹⁶⁶ Sevinç Tokalaş, “Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması”, (Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2006, s. 25.

¹⁶⁷ Muhammed Tıraşoğlu ve Burcu Yıldırım, “Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi”, **Electronic Journal of Vocational Collages**, Cilt 2, Sayı 2, 2012, s. 111.

¹⁶⁸ Erdinç Ünal, **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**, Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım, 2013, s. 113.

harcamalarına yaptıkları yatırımlar ve verdikleri önem, bireylerin ve toplumların daha kaliteli ve verimli bir hayat sürdürmelerini desteklemektedir. Kamu alanında optimum kaynak kullanımı ve kaynak tahsisinin dengeli bir şekilde dağılımı son derece önemlidir. Bahsi geçen hususların göz önünde bulundurulması ile erken ölüm rakamları düşer ve işsizlik azalır. Bunun yanı sıra bireylerin sağlıklı olmaları ile pozitif bir dışsallık da yayılır. Sağlıklı birey ve toplumlar ile birlikte üretim kapasitesi de büyük oranda artar. Söz konusu durumun ekonomik büyümeye zemin hazırladığı belirtilmektedir¹⁶⁹.

3.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Günümüzde ülkeler kalkınma planlarında kıt olan kaynakların etkin ve verimli kullanılabilmesi açısından yapılan tüm harcamaları ekonomik olarak analiz etmekte ve harcamaların amaca ulaşp ulaşmadığını sorgulamaktadır¹⁷⁰. Sağlık harcamalarının son dönemlerde gelişmiş ülkeler başta olmakla beraber birçok ülkede GSMH'deki payı artış göstermektedir. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının artış hızı, gelişmemiş ve gelişmekteki ülkelere oranla fazla görülmektedir¹⁷¹. Gelişmiş, gelişmekte olan veya az gelişmiş tüm ülkelerde sağlık harcamalarındaki yükselişin sebepleri genel olarak birbirlerine yakındır. Bu nedenler ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler şeklinde sıralanabilir¹⁷². Dünya ülkeleri sağlık harcamalarının artışı gerçeği ile karşı karşıyadır. Bu kapsamda birçok ülkelerde kamuya ait harcamalarının önemli bir payını sağlık harcamaları oluşturmakta, bu büyüklüğün nedenlerini belirlemek de önem taşımaktadır. Sağlık harcamalarını artıran veya etkileyen faktörler ayrı başlıklar halinde inceleyebilir.

3.2.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Ülkelerin gelirleri ve üretimleri yükseldikçe insanlar yaşamlarını daha kolay ve rahat sürdürebilecek hizmetler talep etmektedirler. Devlet veya diğer kurumların temel hizmetleri garanti altına alması ile bireylerin temel ihtiyaçları dışında olan mal ve hizmetlere taleplerini

¹⁶⁹ Kerem Karabulut, "Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması", **İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt 13, Sayı 1, 1999, s.139-140.

¹⁷⁰ Cemil Serhat Akın, a.g.e., s. 3.

¹⁷¹ Boz Canser ve Sur Haydar, "Avrupa Birliği Üyesi ve Aday ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılıklarının Analizi", **Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı 9, 2015, s. 25.

¹⁷² Hansen Mortuaries ve King Jerame, "The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach", **Journal of Health Economics**, Sayı 1, 1996, s. 127.

artırmaktadır. Kişilerin gelirlerinde artış oldukça yaşam standartlarının kaliteli bir şekilde olması için sağlık hizmetlerine olan talepleri de artmaktadır¹⁷³. Kişi başına düşen gelirin az olduğu ülkelerde hastalıkların oldukça sık görülmesi olağan bir durumdur. Gelirin az olması nedeniyle temel sağlık hizmetleri karşılanamaz ve oluşan hastalıklar kronik hale dönüşerek tedavinin uzamasına ve maliyetin artmasına neden olur. Geliri yetersiz bireyler sadece kamunun sunmuş olduğu sağlık hizmetlerden faydalanırken geliri yüksek olan bireyler hem kamu hem de özel sektörün sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bu ise bireylerin hizmetten en yüksek seviyede yararlanmasına ve sağlık harcamalarında artışa neden olabilmektedir. Kişisel gelirdeki bir birimlik artış olduğunda talep edilen kamu hizmetlerinde bu daha fazla artış olarak yansımaktadır. Milli gelirin artması ile kişisel gelirde artmakta bununla beraber gerek kamu gerekse özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerine olan talebin ve sağlık harcamalarının artmasına sebep olmaktadır¹⁷⁴.

3.2.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Toplumu oluşturan kişilerin eğitim seviyelerinin artması ve buna bağlı olarak sağlık bilinç seviyesinin gelişmesi, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmaktadır. Bireylerin eğitim seviyelerinde yaşanan artışla beraber bireyler sağlık sektöründe oluşan gelişmelerden daha çok haberdar olup kaliteli sağlık hizmeti talep etmeye yönelmektedir. Yapılan çalışmalarda toplumu oluşturan bireylerin sağlık statüleri ile yaşam standartları arasında bir ilişkinin var olduğu anlaşılmakta ve bireylerin yaşam tarzlarının sağlık durumlarını etkilediği görülmektedir. Artan tıbbi kaynaklar ve eğitim seviyesinin yükselmesi insan sağlığını tıbbi hizmetlerin tüketim yönünden artması yolu ile etkilemektedir¹⁷⁵. Sağlıklı bir yaşam için eğitilmiş olan bireyler her türlü besinsel ve fiziksel faaliyette bulunmaktadır¹⁷⁶. Ayrıca tıptaki gelişmelerin yanı sıra hastalıklarla mücadele yöntemlerinin çeşitliliğinin artması ile farkındalığı bulunan kesimlerin yeni hizmetlere olan taleplerini artırmaktadır. Eğitimin artması ile birlikte

¹⁷³ Sevda Karagöz, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları”, (Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2015, s. 24.

¹⁷⁴ Ayşegül Mutlu ve Işık Abdülkadir, “Sağlık Ekonomisi ve Politikaları”, **Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi**, Cilt 14, Sayı 149, 2002, s. 218.

¹⁷⁵ Ayşegül Mutlu ve Işık Abdülkadir, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Bursa: Ekin Kitabevi, 2012, s. 20.

¹⁷⁶ Serkan Cura, “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, (Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2012, s. 31.

sağlık bilinci artmakta ve çağımızda sağlık endüstrisi büyümekle beraber en kârlı sektör haline gelmektedir¹⁷⁷.

3.2.3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Herkes tarafından kabul görmüş genel sosyal değer yargıları küreselleşen dünyada hızla değişime uğramaktadır. Geçmiş dönemlerde genel kabul görmüş değerler yerini ihtiyaçlar doğrultusunda yeni görüşlere yer vermektedir. Sağlık harcamaları konusundaki görüşler de zamanla değişmektedir. Geçmiş toplumlarda lüks olarak görülen bazı mal ve hizmetler günümüzde vazgeçilmez bir hale geldiği gibi daha önce lüks olarak tanımlanan sağlıkta teşhis yöntemleri de artık vazgeçilemez bir hale gelmiştir¹⁷⁸. Sıradan sağlık problemleri incelenirken dahi söz konusu insan sağlığı olduğu için mali değeri yüksek teşhis yöntemleri kullanılabilir. Toplumun sağlık konusunda yaşadığı kaygılar bu harcamaların ardındaki nedenlerdendir. Ayrıca eğitim seviyesinin artması her şeyden haberdar olmayı sağlamış olumsuz getiri olarak ise hayat kaygısını ortaya çıkarmıştır¹⁷⁹.

3.2.4. Teknolojik Gelişmeler

Teknolojideki ilerlemeler tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanı açısından da izlenmektedir. Sağlık hizmetleri sunulurken gereksinim duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanların elde edilmesi yüksek maliyet gerektirmektedir. Sağlık sorunlarının çözümü bakımından ihtiyaç duyulan teknolojik gelişmelerin uzun süren çalışmalara dayanması durumu da maliyetlerin ve harcamaların yükselmesine yol açan nedenler arasında yer almaktadır. Bu iki nedene bakıldığında sağlık sektöründe teknolojik gelişmeler önem taşımakta ve bununla ilgili harcamaların da büyümesine neden olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca teknolojik gelişmeler sonucu elde edilen ürün ve makinelerin kullanılması, bunları kullanacak kalifiye personelin yetiştirilmesi ve bunların bakım maliyetleri de teknolojik gelişmelerin neden olduğu artışlardandır¹⁸⁰.

¹⁷⁷ Ayşegül Mutlu ve Abdülkadir Işık, 2012, s. 220.

¹⁷⁸ Abdülkadir Işık, “Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998), s. 79.

¹⁷⁹ Cemil Serhat Akın, a.g.e., s. 33.

¹⁸⁰ Ayşegül Mutlu ve Abdülkadir Işık, 2002, s. 149.

3.2.5. Şehirleşme

Ekonominin gelişmesi ile sanayileşme artışının getirmiş olduğu önemli sonuçlardan biri şehirleşme olgusudur. İnsanların üretimde daha etkin olmaları sonucu birlikte yaşama zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Bir arada yaşayan insan sayısındaki artış ile sunulan sağlık hizmetlerinin de artışı gerekmektedir. Kentleşmenin bulunduğu her yerde sağlık kurumlarının yeterli sayıda bulunması, gerekli personelin, ilacın ve teknolojinin bulunması ve altyapı çalışmalarının olması gerekmektedir. Eğer ki aksi halde herhangi bir salgının ortaya çıkması çok sayıda insanı etkiler ve büyük nüfus kayıplarına neden olabilir. Beraberinde bu da sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır¹⁸¹.

3.2.6. Yaşam Süresinin Uzaması

Yaşlı nüfusun her geçen gün yükselmesi sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır¹⁸². Dünya genelinde gelişmiş ülkelerin nüfusunun her geçen gün yaşlılığın arttığını ve bunun sağlık alanındaki gelişmelerin etkisiyle devam edeceği anlaşılmaktadır¹⁸³. Bireylerin yaşam sürelerinin uzunluğu, ülkede bulunan sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi ve bu hizmetlerden yararlanabilme imkânlarına bağlıdır¹⁸⁴.

Gelişmiş ülkelerde yaşam standartlarına bağlı olarak ortalama yaşam süresinin yükselmesi ve yaşlı nüfusun artması sağlık bakım hizmetlerine olan talebi artırmakta, bu da hem hizmet miktarını hem de sağlık harcamalarını artırmaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzaması sağlık harcamalarını artırdığı gibi sağlık hizmetlerinin ve sağlık harcamalarının artması da ortalama yaşam süresini artırmaktadır¹⁸⁵.

¹⁸¹ Ayşegül Mutlu ve Abdülkadir Işık, 2012, s. 216.

¹⁸² OECD, "Health at a Glance, OECD Indicators 2005, Organization For Economic CoOperation and Development", https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2005_9789264012639-en (26.09.2020).

¹⁸³ Hacı Hayrettin Tıraş, "Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri", (Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2018, s. 58.

¹⁸⁴ Mehmet Karagül, **Beşerî Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu**, Ankara: Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını, 2002, s. 69.

¹⁸⁵ Hacı Hayrettin Tıraş, a.g.e, s. 58.

3.2.7. Toplumsal Düzende Meydana Gelen Değişimler

Dünya genelindeki demokratik yapılarda oluşan değişimler ve teknolojideki ilerlemelerle beraber dünyada hızlı bir küreselleşme süreci başlamıştır. Bu gelişmelere paralel olarak ülkelerden ziyade bireylerin özgürlükleri daha da ön plana çıkmıştır. Demokratik sistemlerin yaygınlaşmasıyla geniş kesimler isteklerini daha rahat açıklama olanağına sahip olmuş ve bununla beraber de siyasal yapıyı etkileme imkânı bulmuşlardır. Dolayısıyla bireylerin özgürlükleri ve hakları artmış, bununla birlikte de halkın devletten olan beklentisi yükselerek daha fazla hizmet beklemiştir¹⁸⁶. Ayrıca demokratik sistemlerin yaygınlaşması özellikle orta sınıf seçmeni kamu harcamalarında oluşan artışın temel belirleyicisi haline getirmiştir.

3.3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve OECD Ülkeleri İle Karşılaştırılması

Bir ülke içerisinde yaşayan bireylerin sağlıklı olmaları o ülkenin hem sosyal gelişmişlik düzeyinde hem de yoksulluk ile başa çıkmasında önemli kriterler arasında yer almaktadır¹⁸⁷. Toplum içerisinde sağlıklı birey sayısının artması başka bir deyişle sağlıklı olmayan bireylerin iyileşerek sağlıklarına kavuşmaları için muayene, ilaç kullanımı, tedavi gibi çeşitli sağlık hizmetlerinden yararlanmaları gerekmektedir. Sağlıksız bireylerin iyileştirilmesi ve böylelikle toplum sağlığının artırılması için ise sürdürülebilir bir şekilde sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Söz konusu bu durum ise sağlık harcamalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

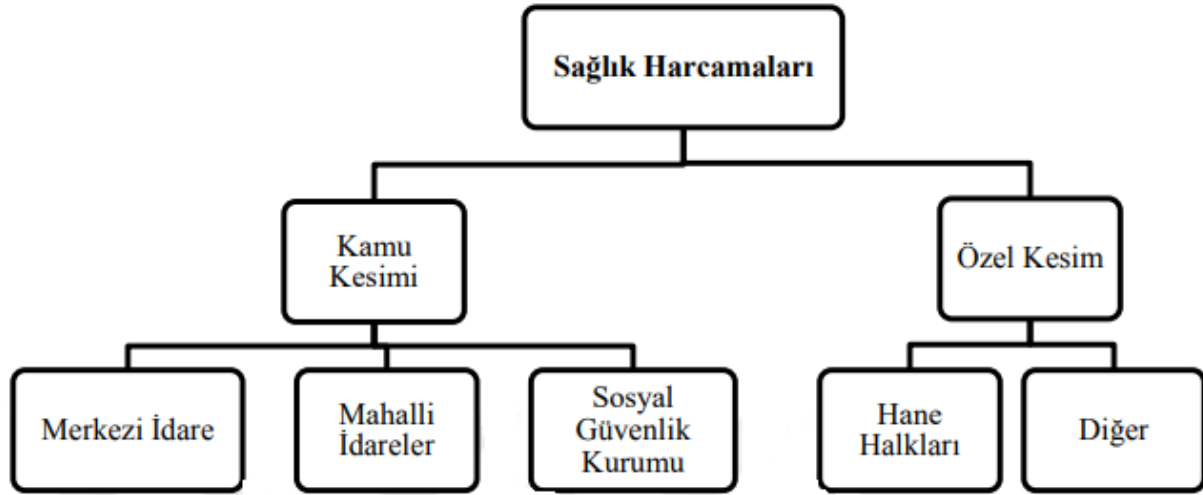
Türkiye’de sağlık harcamaları özel kesim ve kamu kesimi aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Diğer hizmet birimlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de belirli amaçları gerçekleştirmek için gerekli olan kaynaklar, ulusal sağlık ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık planlarını oluşturan ve politika belirleyen kişilerin belirli hedeflere ulaşabilmeleri için sağlık sektöründeki tüm kaynakları, miktarlarını, ne kadarının kullanabileceğini, geçmişteki durumunu ve gelecekteki öngörülen durumunu çok iyi

¹⁸⁶ Abdülkadir Işık, a.g.e., s. 80.

¹⁸⁷ Filiz Giray ve Gamze Çimen, “Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye ve OECD Ülkeleri Analiz”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı 111, 2018, s. 151.

bilmeleri gerekmektedir. Söz konusu bu gereklilik ise sağlık harcamalarının incelenmesi gerekliliğini de oluşturmaktadır¹⁸⁸.

Şekil 8. Sağlık Harcamalarının Yapıldığı Birimler



Kaynak: Yamaç Özata, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016), s. 20.

Kamu kesim sağlık harcamaları içerisinde; merkezi idare (düzenleyici ve denetleyici kurumlar, genel ve özel bütçeli kurumlar), mahalli idareler (belediyeler ve il özel idareler) ve Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamaları yer almaktadır (Şekil 8).

Özel kesim sağlık harcamaları; hane halkları ve diğer sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Hane halkları sağlık harcamaları, hane halkı tarafından doğrudan sağlık hizmeti almak için cepten yapılan ödemelerdir. TÜİK (2020), “sağlık harcamaları istatistikleri” başlıklı verisinde diğer sağlık harcamalarının kapsamını şu şekilde açıklamıştır: “Özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT’ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar”¹⁸⁹. Tablo 3’de 1999-2019 yılları arasında Türkiye’de hizmet sunucularına göre sağlık harcamalarının gelişimine TL bazında yer verilmiştir. Tabloya göre

¹⁸⁸ Yamaç Özata, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması”, (İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayınlanmamış Y.L.T.**) 2016, s. 20-21.

¹⁸⁹ TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> (25 Eylül 2020).

1999 yılında sağlık harcamaları toplam 4.985 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Şubat 2001 krizinin etkisi ile genel toplam sağlık harcamalarının düşmediği aksine 2000 yılında 8.248 milyon TL olan sağlık harcamalarının 4.148 milyon TL artarak 2001 yılında 12.396 milyon TL olarak gerçekleştiği görülmektedir. 1999 – 2007 yılları arasında sürekli artış eğilimi içerisinde olan genel toplam sağlık harcamaları, 2008 küresel krizinin etkisi ile 2008 – 2009 yılları arasında çok düşük seviyede artış göstermiştir.

Tablo 3. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamalarının Gelişimi (Milyon TL), 1999-2019, Türkiye

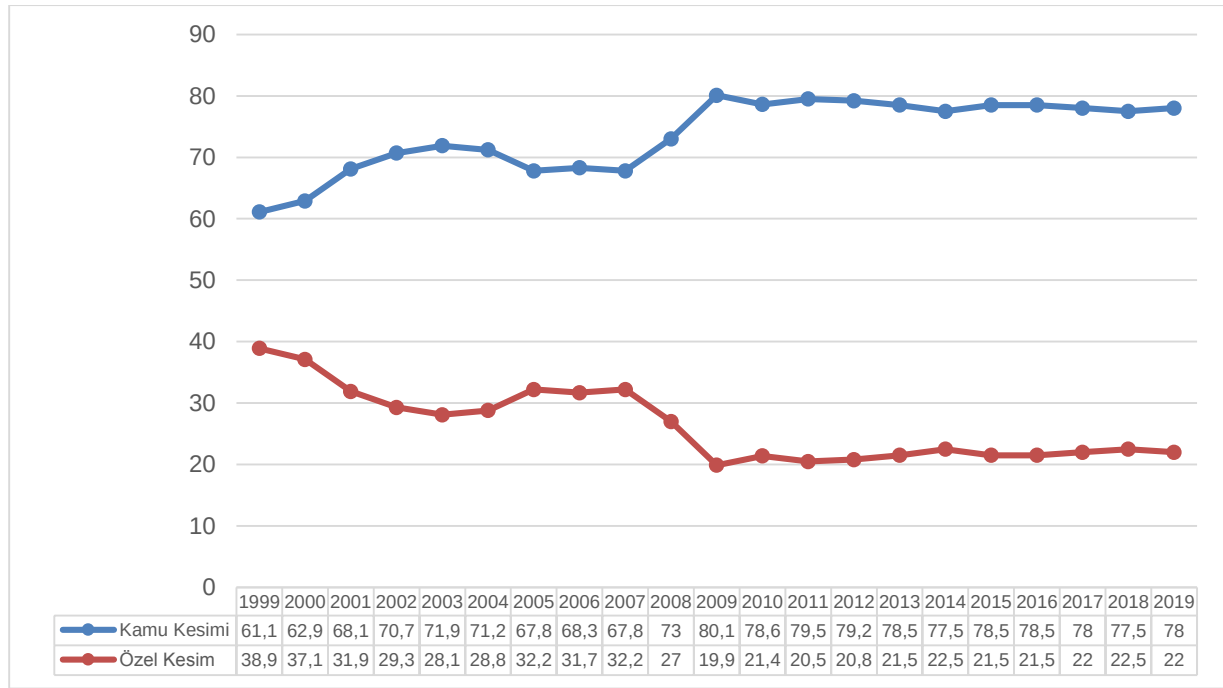
Yıllar	Kamu Kesimi				Özel Kesim			Genel Toplam
	Merkezi İdare	Mahalli İdare	SGK	Kamu Kesimi Toplam	Hane Halkları	Diğer Özel Kesim Toplam	Özel Kesim Toplam	
1999	1,274	158	1,616	3,048	1,449	488	1,937	4,985
2000	1,846	458	2,886	5,190	2,280	778	3,058	8,248
2001	3,612	231	4,595	8,438	2,832	1,126	3,958	12,396
2002	5,283	356	7,631	13,270	3,725	1,779	5,504	18,774
2003	6,317	482	10,662	17,462	4,482	2,335	6,817	24,279
2004	7,659	500	13,231	21,389	5,775	2,856	8,632	30,021
2005	9,520	467	14,000	23,987	8,049	3,323	11,372	35,359
2006	11,766	683	17,667	30,116	9,684	4,269	13,953	44,069
2007	13,966	867	19,697	34,530	11,105	5,269	16,374	50,904
2008	15,948	865	25,346	42,159	10,036	5,545	15,580	57,739
2009	17,946	667	28,277	46,890	8,142	2,879	11,021	57,911
2010	17,209	577	30,695	48,482	10,062	3,134	13,196	61,678
2011	19,086	557	34,937	54,580	10,590	3,438	14,028	68,607
2012	16,493	662	41,630	58,785	11,750	3,654	15,404	74,189
2013	18,425	810	46,993	66,228	14,156	4,006	18,162	84,390
2014	21,282	744	51,356	73,382	16,819	5,549	21,368	94,150
2015	25,286	927	55,908	82,121	17,315	5,131	22,446	104,568
2016	28,731	1,118	64,163	94,012	19,562	6,182	25,744	119,756
2017	35,316	1,303	73,125	109,744	24,004	6,900	30,904	140,647
2018	40,461	1,439	86,121	128,021	28,655	8,558	37,213	165,234
2019	51,492	1,373	103,954	156,819	33,626	10,586	44,212	201,031

Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sağlık-Harcamaları-İstatistikleri-2019-33659> (27 Eylül 2020).

1999-2007 yılları arasında sürekli artış eğilimi içerisinde olan özel kesim sağlık harcamalarının, 2008 ve 2009 yıllarında azalış eğilimi içerisinde olduğu ancak 2010 yılı itibari ile kademeli bir şekilde arttığı Tablo 3’de görülmektedir. 1999 – 2019 yılları arasında genel toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesimi sağlık harcamaları sağlık hizmetlerine

erişimde evrensel kapsamanın benimsenmesi, nüfusun artması, demografik dönüşümle birlikte yaşlı nüfusundaki artış, sağlık hizmetlerine olan talebin artması vb. nedenlerle sürekli artış eğilimi içerisinde. Kamu kesimi sağlık harcamaları içerisinde rakamsal olarak en büyük sağlık harcamasının Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapıldığı Tablo 3’de görülmektedir.

Şekil 9. Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Yüzdesel Dağılımı, 1999- 2019, Türkiye

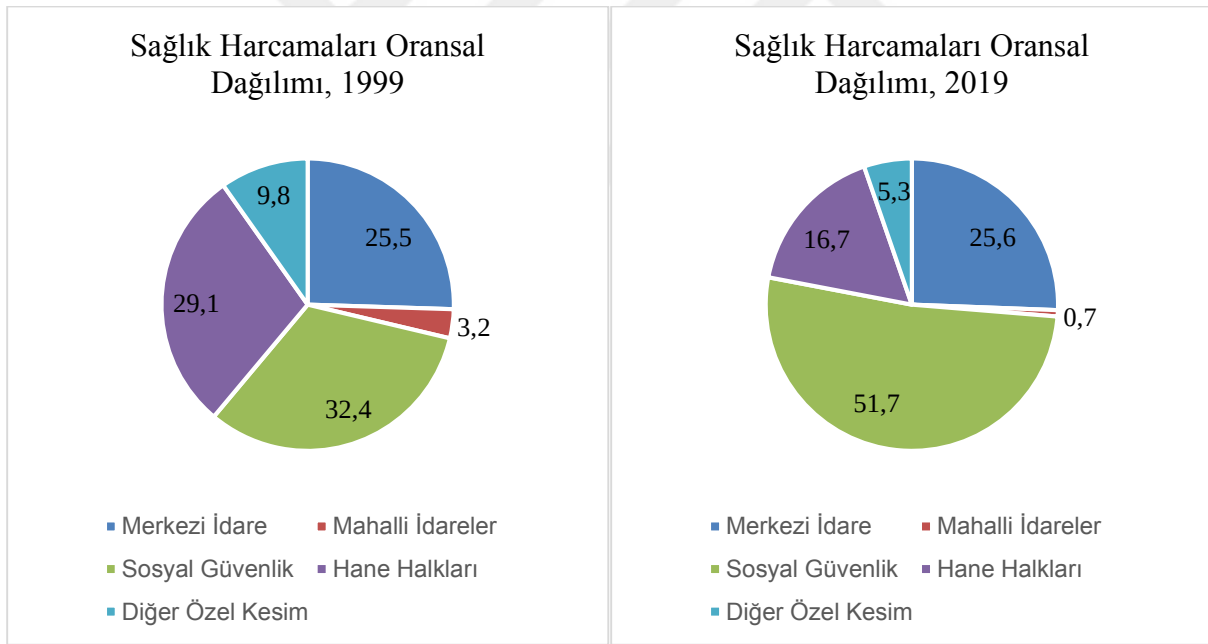


Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> adresinden 08.03.2020 (27 Eylül 2020).

Şekil 9’da Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının yüzdesel dağılımına yer verilmiştir. Şekilde, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesimi sağlık harcamalarının payının özel kesim sağlık harcamalarına kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. 1999 yılında meydana gelen iki büyük deprem felaketinin ve 2001 yılının Şubat ayında ortaya çıkan ekonomik krizin etkisi ile kamu kesiminin özel kesime kıyasla sağlık harcamalarını arttırdığı görülmektedir. 1999 yılında %61,1 oranında gerçekleşen kamu sağlık harcaması, %7 oranında artarak 2001 yılında %%68,1 oranında gerçekleşmiştir. 2008 küresel krizinin etkisi ile 2008 yılı kamu kesimi sağlık harcamaları % 73, 2009 yılı kamu kesimi sağlık harcamaları % 80,1 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılı itibari kamu

kesimi sağlık harcamalarında küçük düşüşler olsa da genel çerçevede yüksek bir seyir izlemiştir. 1999 yılında %61,1 oranında gerçekleşen kamu sağlık harcamaları, %16,9 oranında artarak 2017 yılında %78 olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla da 1999- 2017 yılları arasında özel kesim sağlık harcamaları %16,9 oranında azalmıştır. 2019 yılına gelindiğinde ise genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı %78,0, özel sektör sağlık harcamasının ise %22,0 olarak gerçekleşmiştir. Genel devlet ve özel sektörün alt bileşenlerine bakıldığında, 2019 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu %51,7, merkezi devlet %25,6, hanehalkları %16,7, sigorta şirketleri %2,9, hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ile diğer işletmeler %2,4, mahalli idareler %0,7'lik bir paya sahip oldu. Bu durum ise devletin, toplum içerisinde yaşayan her bir bireyin sağlık mal ve hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanabilmesi için büyük bir çaba sarf ettiğini göstermektedir.

Şekil 10. 1999 ve 2019 Yılı Sağlık Harcamalarının Yüzdesel Dağılımı, Türkiye

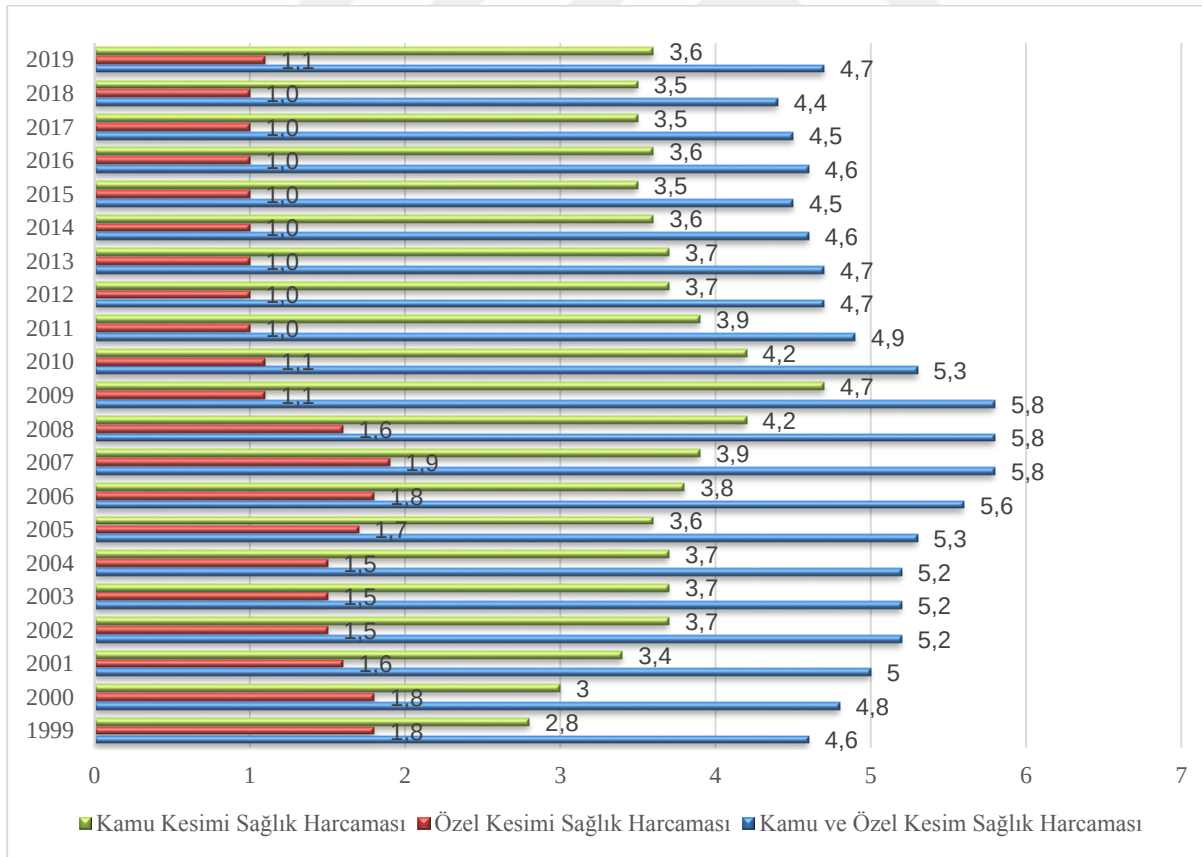


Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> (27 Eylül 2020).

Şekil 10'da 1999 ve 2019 yıllarındaki sağlık harcamalarının yüzdesel dağılımına bakıldığında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık harcamalarını finanse etme yükünün diğer hizmet sunucularına kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. 1999 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu toplam sağlık harcamalarının %32,4'ünü finanse ederken, bu oran 2019 yılında

%51,7'ye ulaşmıştır. 2019 yılında toplam sağlık harcamalarının içerisinde SGK'nin en büyük paya sahip hizmet sunucusu olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, 2019 yılında toplam sağlık harcamalarının %78'inin varan kısmının kamu kesimi tarafından finanse edildiği görülmektedir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel kesim sağlık harcamalarının payı 1999 yılında yaklaşık olarak %38,9 iken 2019 yılında %22 olduğu görülmektedir. Bu durum ise, 1999 – 2019 yılları arasında toplam sağlık harcamaları içerisinde özel kesim sağlık harcamalarının payının %16,9 oranında azaldığını göstermektedir. Sonuç olarak kamu kesimi sağlık harcamalarının artması ile birlikte özel kesim sağlık harcamaları azalmıştır. Bu durumun ise kamu üzerine ağır bir yük oluşturduğu düşünülmektedir. Şekil 11'de Türkiye'de yıllara göre kamu ve özel kesim sağlık harcamasının GSYH içerisindeki yüzdesel dağılımlarına yer verilmiştir.

Şekil 11. 1999-2019 Yılları Arasında Kamu ve Özel Kesim Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı (%), Türkiye



Kaynak: TÜİK, “Sağlık ve Sosyal Koruma” <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>. veri tabanlarından derlenmiştir. (27 Eylül 2020).

1999 yılından 2007 yılının sonuna kadar kamu ve özel kesim sağlık harcamaları toplamının GSYH içerisindeki payı sürekli artış eğiliminde iken 2008 ve 2009 yılları arasında sabit kaldığı, 2010 yılı itibari ile ise azalış eğilimi içerisinde olduğu görülmektedir. 1999 – 2019 yılları arasında kamu kesimi sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki yüzdesel dağılımının özel kesim sağlık harcamalarına kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Özel kesim sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı 1999 yılında %1,8 iken bu oran azalarak 2019 yılında %1,1 olarak gerçekleşmektedir.

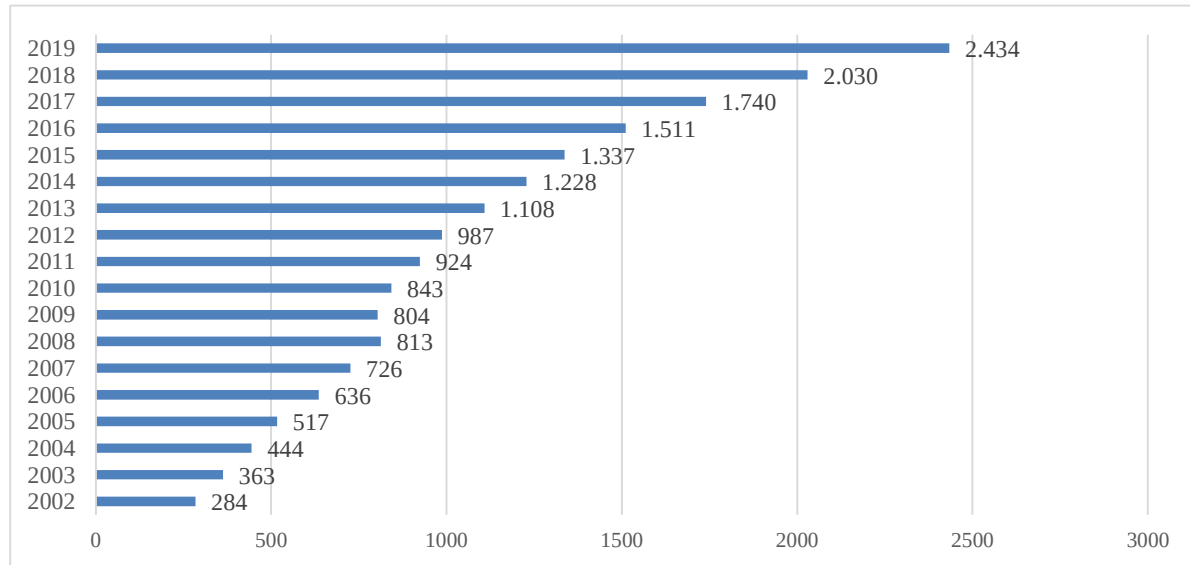
Tablo 4. Reel GSYH ve Sağlık Harcamaları, Türkiye (1999-2019)

Yıllar	Reel GSYH (Bin TL)	Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları		Özel Kesim Sağlık Harcamaları	
			(Milyon TL)	GSYH İçindeki Payı (%)	(Milyon TL)	GSYH İçindeki Payı (%)
1999	107.164.345	4,985	3,048	2,8	1,937	1,8
2000	170.666.715	8,248	5,19	3,0	3,058	1,8
2001	245.428.760	12,396	8,438	3,4	3,958	1,6
2002	359.358.871	18,774	13,27	3,7	5,504	1,5
2003	468.015.146	24,279	17,462	3,7	6,817	1,5
2004	577.023.497	30,021	21,389	3,7	8,632	1,5
2005	673.702.943	35,359	23,978	3,6	11,372	1,7
2006	789.227.555	44,069	30,116	3,8	13,953	1,8
2007	880.460.879	50,904	34,53	3,9	16,374	1,9
2008	994.191.848	57,573	42,159	4,2	15,58	1,1
2009	999.191.848	57,911	49,89	4,7	11,021	1,1
2010	1.160.013.978	61,678	48,482	4,2	13,196	1,0
2011	1.394.477.166	68,607	54,58	3,9	14,028	1,0
2012	1.596.672.115	74,189	58,785	3,7	15,404	1,0
2013	1.809.713.087	84,39	66,228	3,7	18,162	1,0
2014	2.044.465.786	94,75	73,382	3,6	21,368	1,0
2015	2.338.647.494	104,568	82,121	3,5	22,446	1,0
2016	2.608.525.749	119,756	94,012	3,6	25,744	1,0
2017	3.104.906.706	140,647	109,744	3,5	30,904	1,0
2018	3.700.989.542	165,234	128,021	3,4	37,213	1,0
2019	4.320.191	201,031	156,819	3,6	44,212	1,1

Kaynak: Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", 2020, <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf>. ve TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> (27 Eylül 2020) veri tabanından derlenmiştir.

Tablo 4’te görüldüğü üzere Reel GSYH’deki artış ile birlikte toplam sağlık harcamalarının da TL bazın da arttığı görülmektedir. Ekonomiyi birçok yönden olumsuz şekilde etkileyen 1999 Marmara depremi, 2000 krizi ve 2001 krizi yıllarında reel GSYH’nin arttığı görülmektedir. Söz konusu bu artış ile birlikte toplam sağlık harcamaları da artmıştır. Benzer şekilde 2008 küresel krizinin etkisi ile 2008 ve 2009 yıllarında reel GSYH’deki artış ile birlikte toplam sağlık harcamalarının da artış trendi içerisinde olduğu görülmektedir. 1999-2019 yılları arasında Reel GSYH’deki sürekli artış ile birlikte kamu kesimi sağlık harcamaları TL bazda artarken, yüzde (%) bazında sürekli artış içerisinde olmadığı, bazı yıllar arttığı bazı yıllar ise düşüş içerisinde olduğu görülmektedir. Reel GSYH’deki sürekli artış ile birlikte özel kesim sağlık harcamalarının da hem TL hem de yüzde (%) bazında daimi olarak artmadığı görülmektedir. 1999- 2019 yılları arasında özel kesim sağlık harcamaları yalnızca 2008 ve 2009 yıllarında TL bazında azalış göstermiş, diğer yıllar ise artış göstermiştir. Kamu kesimi/özel kesim sağlık harcamalarının hem TL bazında hem de GSYH içerisinde yüzde (%) bazında arttığı yıllar kamu kesiminin/özel kesimin sağlık için TL bazında yapmış olduğu harcamaların GSYH üzerindeki etkisinin söz konusu artışın olduğu yılda tesir etmeye başlaması ile ilgisinin olduğu düşünülmektedir. Şekil 12’de 2002 yılından 2018 yılının sonuna kadar kişi başına düşen sağlık harcamalarının sürekli arttığı görülmektedir. 2002 yılında 284 olan kişi başına düşen sağlık harcaması 2019 yılında 2.434’e kadar yükselmiştir.

Şekil 12. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (TL, 2002-2018), Türkiye



Kaynak: TÜİK, “Sağlık ve Sosyal Koruma” <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>. veri tabanlarından derlenmiştir.

Türkiye ve OECD Ülkelerinde 2003-2019 dönemi gerçekleşen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı aşağıdaki Tablo 5’de gösterilmiştir.

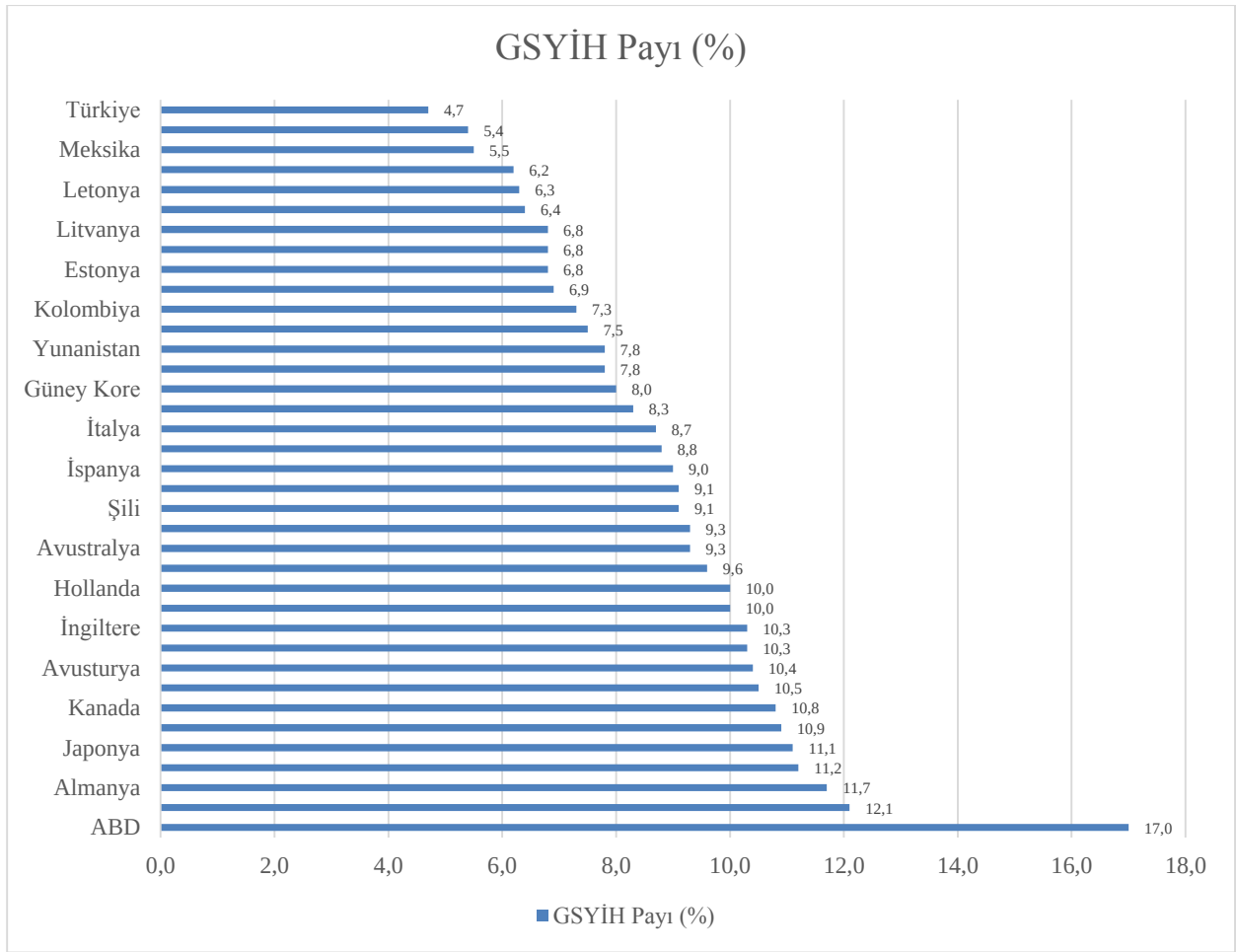
Tablo 5. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (Milyon TL, %), (2003-2019)

Yıllar	Sağlık Harcamalarının Payı	OECD Oranı
2003	5,2	7,9
2005	5,2	7,9
2010	5,3	8,7
2011	4,9	8,6
2012	4,7	8,7
2013	4,7	8,7
2014	4,6	8,7
2015	4,5	8,7
2016	4,6	8,8
2017	4,5	8,7
2018	4,4	8,8
2019	4,7	8,8

Kaynak: Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", 2020, <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf>. ve TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> (27 Eylül 2020) veri tabanından derlenmiştir.

Türkiye’de 2003 yılı sonrası sağlıkta yaşanan dönüşüm ve gelişime rağmen, sağlık harcamalarının GSYH içindeki payında düşme yaşanmıştır. OECD ülkelerinin 2019 ortalaması %8.8 iken buna kıyasla oldukça düşük olan Türkiye (%4.7) değerlendirilirken yaşlı/çocuk nüfus oranı ve sağlık personel sayısı gibi faktörler göz önüne alınmalıdır.

Şekil 13. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (2019)



Kaynak: OECD, "Health spending", 2019. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>. (9 Aralık 2020).

2019 verilerine göre, Türkiye %4,7 ile diğer OECD ülkelerine kıyasla toplam sağlık harcaması kalemine GSYİH içinde en az payı ayıran ülke konumundadır. ABD son yıllarda sağlık için bütçede en çok pay ayıran ülkedir. Buna göre ABD'nin sağlık harcamaları için ayırdığı bütçe GSYİH'nin %17'sini oluşturmaktadır. ABD'yi %12,1 ile İsviçre, %11,7 ile Almanya ve %11,2 ile Fransa takip etmektedir.

3.4. Türkiye'de Sağlık Alanında Ar-Ge Harcamaları

Sağlık alanında Ar-Ge insanlığın varoluşundan bu yana devam eden evrimsel bir süreçtir. Bu süreci; dezenfeksiyon işleminde, Sümerlilerin sabunu bulup iyileştirme ve temizlik amacıyla kullanmasından günümüzde yerini nanoteknolojik dezenfeksiyon yöntemlerine bırakmasına; ilk reçetelerin varlığını ortaya koyan Mısır'ın Ebers papirusları ya da Babil'in kil

tabletlerinden günümüzde elektronik reçete yazımına, yaralarda antiseptiği sağlamada kullanılan katranın günümüzde yerini bıraktığı çeşitli tedavi yöntemlerine kadar uzanan geniş bir yelpazeyle örneklemek mümkündür¹⁹⁰. Sağlıkta Ar-Ge'nin faaliyet alanları; ilaç, biyoteknoloji, biomedikal, sağlık bilişim teknolojisi (BIT) ve sağlık hizmet süreçlerini içerir. Ar-Ge faaliyetlerini gerçekleştirmede, genel Ar-Ge faaliyetlerinde geçerli olan üç yöntem uygulanmaktadır: Temel araştırma, uygulamalı araştırma ve deneysel geliştirme. Ancak literatürde söz konusu yöntemlerden bağımsız bir şekilde ele alınan klinik denemeler ise sağlık alanına özgü araştırma türü olarak ayrıca tanımlanmaktadır¹⁹¹. Ekonomik büyüme, bir ülkede yaşayan bireylerin yaşam standardı ve refahını etkilemesi bakımından önemli bir konudur. Ekonomik büyümenin belirleyicilerinden biri de Ar-Ge faaliyetleridir. Ar-Ge alanındaki yatırımlar; ekonomik büyümeyi verimlilik, icatlar, yenilikler, sermayenin birikimi ve gelişimi gibi birçok yoldan etkilemektedir. Özellikle teknoloji alanında yaşanan gelişmeler, sağlık sektörünü doğrudan etkilemektedir. Sağlık alanında kullanılan teknoloji ve yeniliklerin sağlık hizmetlerinin sunumu; hastalıkların tanısı, tedavisi vb. üzerindeki etkileri ile gerek sağlık ekonomisi açısından gerek o toplumun sağlık düzeyi bakımından pozitif dışsallık olarak tanımlayacağımız olumlu etkiler yaratmaktadır. Sağlık Ar-Ge faaliyetleri ekonomik büyüme ve kalkınmada önemli bir faktör olmanın yanında; etkinliği sağlık Ar-Ge alanında sahip olduğu beşeri sermayenin gelişimine ve birikimine bağlıdır. Çalışmada, gelişmiş ülkelerde Ar-Ge faaliyetleri içinde sağlık Ar-Ge faaliyetlerinin önemli bir yere sahip olduğu anlaşılmaktadır (bkz: Sağlık Ar-Ge Göstergeleri). Dünya ekonomilerinde teknolojik büyümeye dayalı yaşanan hızlı değişim ve bu değişimin yarattığı rekabet koşulları bütün ekonomileri Ar-Ge alanında yatırım yapmaya zorlamaktadır. Genel literatür, Sağlık Ar-Ge faaliyetlerini değerlendirmeye yönelik çalışmaların orta ve üst gelir grubu ülkeleri tarafından yapıldığını ortaya koymaktadır. Yine literatürde; sağlık Ar-Ge'ye yapılan yatırımların; doğrudan tasarruf, dolaylı tasarruf ve sağlık kazancı olmak üzere üç geniş alana ayrılabilen tıbbi ilerlemelere ve tasarruflara yol açtığını gösteren çalışmalar mevcuttur¹⁹². Örneğin; sağlıkta küresel Ar-Ge çabaları, hastalıkların önlenmesi, erken tanı ve tedavileri yoluyla 1991 ve 2010 yılları arasında İngiliz hastalar için 124 milyar sterline eşdeğer sağlık kazanımı sağlayan önemli kanser tedavileri ve

¹⁹⁰ Bedi Şehsuvaroğlu, **Eczacılık Tarihi Dersleri**, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, 1970, s. 56.

¹⁹¹ Mehveş Tarım, "Sağlık Politikaları ve Ar-Ge", <https://www.sdplatform.com/Dergi/810/Saglik-politikalari-ve-Ar-Ge.aspx>. (19 Aralık 2020).

¹⁹² Access Economics, **Exceptional Returns The Value Of Investing In Health R&D In Australia**, Canberra: The Australian Society for Medical Research, 2003, s. 29.

müdahalelerine yol açmıştır¹⁹³. Dünya ölçeğinde sağlığı geliştirme yönünde izlenen politikaların bir sonucu olarak dünyada hastalık yükü 2000'den 2016'ya kadar Bulaşıcı Hastalıklarda %0,48 azalma; Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda ve yaralanmalarda sırasıyla %0,22 ile %0,073 oranında artma göstermiştir. Genel olarak dünyada hastalık yükü 2000'li yıllardan 2016 yılına kadar %0,05 azalmıştır¹⁹⁴. Ancak makroekonomik açıdan aynı tarihlerde dünya nüfusunun %0,22 artması; doğumda beklenen yaşam süresinin %6,4 oranında artması nedeniyle¹⁹⁵, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara bağlı hastalık yükünde görülen artış; doğrudan sağlık harcamaları, dolaylı olarak işgücü kayıpları, erken ölüm nedeniyle ülkelerin ekonomilerinde önemli yükler ihtiva edeceği de açıktır. Yine Bulaşıcı Hastalıklara bağlı hastalık yükü; az gelişmiş ülkelerde hala önemli bir sorun olarak varlığını devam ettirmektedir. Yine sağlık Ar-Ge finansmanının %1'inden azı; gelişmekte olan ülkelerde ağırlıklı olarak görülen ve küresel hastalık yükünün %12,5'inden fazlasını oluşturan sıtma, tüberküloz gibi hastalıklara tahsis edilmiştir¹⁹⁶.

Tablo 6. Sağlık Ar-Ge Harcamaları (milyon \$)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Avusturalya	101.691	154.491	137.286	141.384	150.734	145.95	134.242	143.728
Belçika	72.981	49.854	53.642	57.038	55.102	52.253	66.629	66.766
Kanada	1468.565	1332.059	1372.386	1283.115	1215.213	1215.524	1239.276	-
Almanya	1238.907	1343.564	1532.564	1510.303	1565.303	1583.701	1596.7	1670.242
Japonya	1465.452	1448.474	1591.619	1582.878	1547.409	994.806	1289.827	1274.852
Türkiye	123.801	65.274	54.594	11.45	16.39	135.173	122.817	177.293
İngiltere	2703.264	2693.85	2595.311	2982.473	2996.152	3125.929	2858.561	3034.024
ABD	34206	32849.8	32604.55	30653.78	31008.82	30673.4	32562.59	33710.05

Kaynak: Arbay Özden Çiftçi, “Sağlıkta Ar-Ge ve İnovasyon: Hacettepe Deneyimi”, https://himsseurasia.com/wp-content/uploads/sunumlar/2019/arbay_ozden_ciftci.pdf. (12 Aralık 2020).

¹⁹³ The Academy Of Medical Science. “Medikal Research: What’s it worth? Estimating Economic Benefits of Cancer-Related Research in The UK? Briefing Document, The Academy Of Medical Science”, https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/policy_statement_on_future_of_clinical_trials_as_the_uk_exits_the_eu.pdf. (19 Aralık 2020).

¹⁹⁴ WHO. “Global Health Estimates. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/. (19 Aralık 2020).

¹⁹⁵ WorldBank. “Life Expectancy at Birth, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>. (19 Aralık 2020).

¹⁹⁶ WHO, **Research and Development to Meet Health Needs in Developing Countries: Strengthening Global Financing and Coordination**. Geneva: World Health Organization, 2012, s. 57-58.

Uluslararası gelişmelerin yanında Türkiye’de Sağlık Ar-Ge alanını geliştirmeye yönelik düzenlemeler yapılmaya başlamıştır. Bu plan/programlar şu şekildedir.

- Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Planı
- Ulusal Bilim, Teknoloji ve Yenilik Stratejisi (UBTYS) 2011-2016
- 10. Kalkınma Planı Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı Eylem Planı
- Ulusal Bilim ve Teknoloji Politikaları 2003-2023 Strateji Belgesi
- Türkiye İlaç Sektörü Stratejisi ve Eylem Planı
- Sağlık Bakanlığı Stratejik Eylem Planı 2014-2017
- Cumhurbaşkanlığı 100 Günlük İcraat Programı

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Strateji Planında, Sağlık Bakanlığının nihai amacı “Halkımızın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek” şeklinde belirlenmiştir. Hedef 2.5. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi kapsamında, Ar-Ge çalışmaları ile bilimsel yayınları desteklemek ve 2.6 ile ilaç ve tıbbi cihaz hizmetlerini geliştirmek ve güvenli, erişilebilir, kaliteli sunumu sürekli kılmak¹⁹⁷.

Ulusal Bilim, Teknoloji ve Yenilik Stratejisi 2011-2016’ ile “ürettiği bilgi ve geliştirdiği teknolojileri, ülke ve insanlığın yararına yenilikçi ürün, süreç ve hizmetlere dönüştürebilen Türkiye” hedefiyle; otomotiv, makine imalat, BİT, savunma, uzay, enerji, su, gıda alanlarına yönelik strateji ve hedefler belirlenmiş; ancak sağlık alanında Ar-Ge gibi bir başlık tanımlanmamıştır. Sadece “önümüzdeki süreçte medikal teknolojileri dahil olmak üzere sağlık alanının da ihtiyaç-odaklı alan olarak yer alması değerlendirilmelidir” şeklinde ifadeye yer verilmiştir¹⁹⁸.

Ulusal Bilim ve Teknoloji Politikaları 2003-2023 Strateji Planında; Cumhuriyetin 100. Yılı için belirlediği sağlık alanındaki vizyonu; “ülke sınırları içinde yaşayan herkese, her yerde

¹⁹⁷ Sağlık Bakanlığı, **Stratejik Plan 2019-2023**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2018, s. 79-80.

¹⁹⁸ TÜBİTAK, **Ulusal Bilim, Teknoloji ve Yenilik Stratejisi (UBTYS) 2011-2016**, Ankara: TÜBİTAK Bilim, Teknoloji ve Yenilik Politikaları Daire Başkanlığı, 2010, s. 67.

ve her zaman, çağdaş teknolojiyle donatılmış, yaşam bilimleri alanındaki yeniliklere uyum yeteneğine sahip, yüksek nitelikli, ekonomik sağlık hizmetleri sağlamak; yaşam bilimleri ve biyoteknoloji alanlarında yetkinlik kazanarak, yüksek teknoloji tedavisi sistemlerini ve bu amaçla kullanılan malzeme ve cihazları geliştirmek ve üretmek; mamul ilaç üretimi yanında araştırma kapasitesi de olan bir ilaç sektörüne sahip olarak bölgede güç sahibi olmaktır”¹⁹⁹.

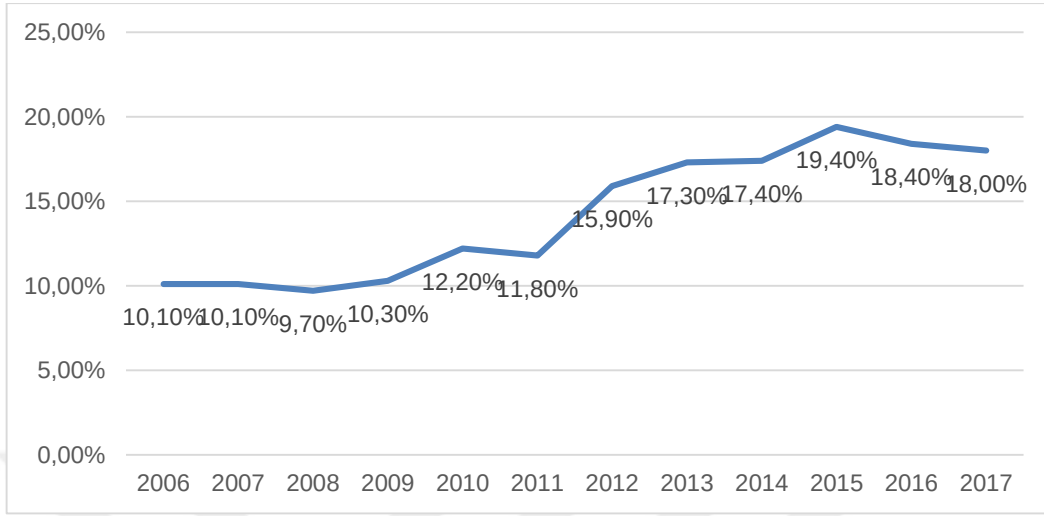
Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı’nda, Bakanlığın vizyonu “Girişimciliğe, yenilikçiliğe, bilimsel gelişmeye ve yüksek katma değerli teknoloji üretimine dayalı, bilgi tabanlı ve rekabetçi ekonomik yapısıyla dünyanın en gelişmiş on ülkesi arasında yer alan bir Türkiye’nin oluşumunda öncü olmak” şeklinde belirlenmiştir²⁰⁰. Türkiye İlaç Sektörü ve Stratejisi ve Eylem Planında; “İlaç sektöründe Ar-Ge, üretim ve yönetim merkezi olan bir Türkiye” vizyonu çerçevesinde, 2015-2018 yıllarını kapsayan Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı’nın genel amacı ise “Ülkemiz ilaç sanayini uluslararası rekabet gücüne sahip, dünya ihracatından daha fazla pay alan küresel bir oyuncu haline getirmek” şeklinde belirlenmiştir.

İlaç endüstrisi, 2018 Ekim ayı itibarıyla 30 akredite Ar-Ge merkezi ve 1.272 çalışanı ile ülkemizin sanayi dönüşümüne önemli katkı sağlayacak öncelikli sektörler arasında yer almaktadır. Ar-Ge alanında gerçekleştirilecek ilerlemeyle birlikte küresel düzeyde daha rekabetçi bir ilaç sektörü oluşturulacak ve bu şekilde sağlıklı ve sürdürülebilir bir ilaç dış ticaret dengesi sağlanacaktır. İlaç Ar-Ge harcaması, TÜİK verilerine göre 2009 yılındaki 92 milyon TL düzeyindeki pazar %139 artışla 2016 yılında 219 milyon TL’ye ulaşmıştır. Bu artış, bileşik bazda yıllık (CAGR) %13, üretici fiyatları bazında %43 oranında reel bir büyümeye işaret etmektedir. İlaç Ar-Ge’sinden söz edildiğinde klinik araştırmalar toplam Ar-Ge harcamasının %60’ını oluşturmaktadır. Türkiye’de de 2017 yılında endüstri destekli klinik araştırmalara 523 milyon TL yatırım yapılmıştır.

¹⁹⁹ TUBİTAK. **Ulusal Bilim ve Teknoloji Politikaları 2003-2023 Strateji Belgesi**, Ankara: Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurum, 2004, s. 17.

²⁰⁰ Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, **Türkiye İlaç Sektörü ve Stratejisi ve Eylem Planı**. Ankara: Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 2008, s. 32.

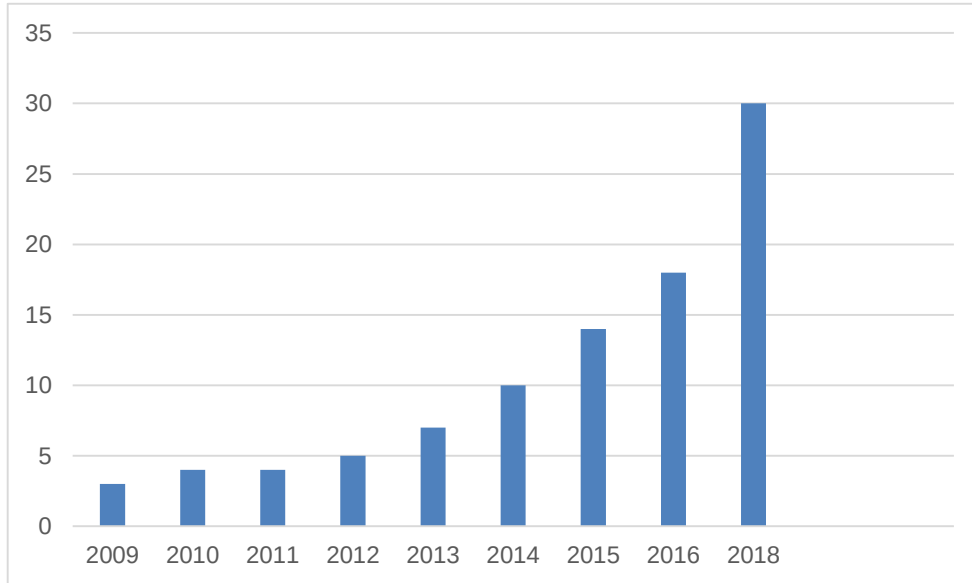
Şekil 14. İlaç Endüstrisinde İhracatın İthalatı Karşılama Oranı



Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm**, Ankara: Kalkınma Bakanlığı Yayınları, 2018, s. 22.

İlaç ihracatı, 2006'dan bu yana %158 düzeyinde artmıştır. Aynı dönemde, Türkiye'nin toplam ihracatının %84 oranında arttığı düşünülürse, bu ortalamanın üstünde bir yükseliş son derece umut verici bir gelişmedir.

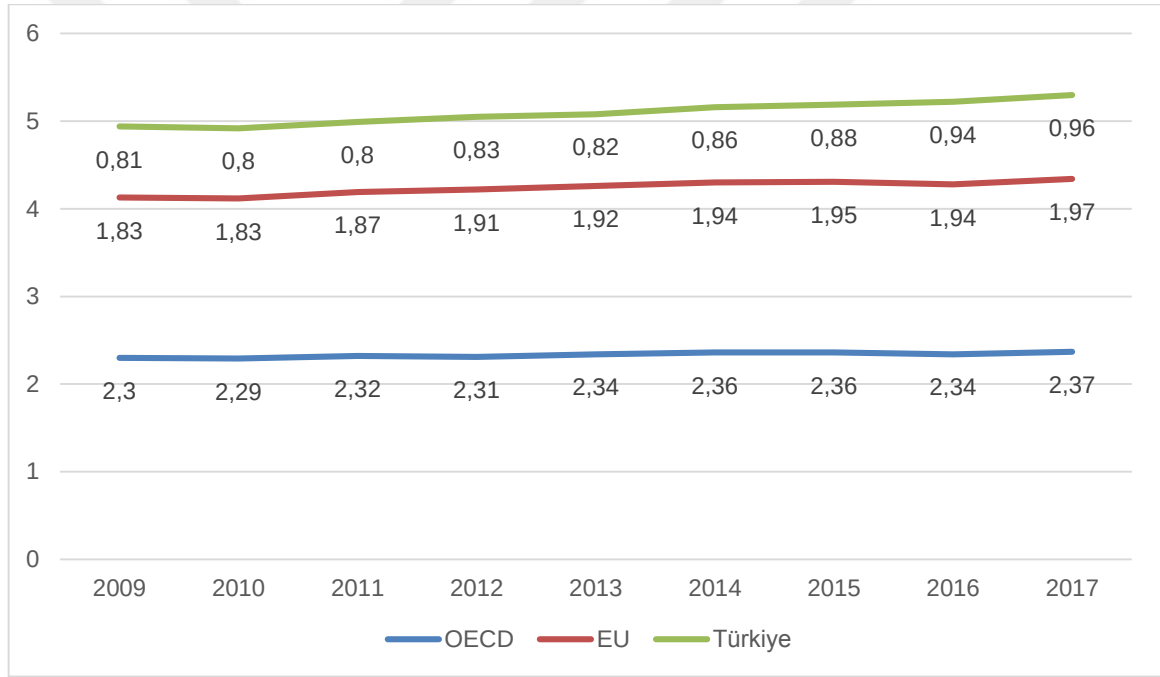
Şekil 15. Akredite Ar-Ge Merkezi Sayısı



Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm**, Ankara: Kalkınma Bakanlığı Yayınları, 2018, s. 22.

Sağlık Ar-Ge faaliyetlerini geliştirme çabaları, küresel düzeyde son yıllarda ele alınan bir konudur ve bu alanda ulusal/uluslararası düzenlemeler son yıllarda yapılmaya başlamıştır. Bu düzenlemelerin üzerinde durduğu önemli konulardan biri de ülkelerin Sağlık Ar-Ge sürecinde yer alan girdi ve çıktılara ait sayısal değerlerinin toplanması ve analizinin yapılmasıdır. Bu analizler sonucu elde edilen verilerden Sağlık Ar-Ge alanını temsil eden göstergeler oluşturulmuştur. Bu göstergeler sağlık Ar-Ge harcamaları, sağlık Ar-Ge alanında çalışan insan kaynakları, tıbbi bilimsel yayınların performansı, sağlık alanındaki patent sayılarıdır. 2009 yılında 3 olan akredite Ar-Ge merkezi sayısı, 2018 Ekim ayı itibariyle 30'a yükselmiş durumdadır.

Şekil 16. Ar-Ge Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (TÜİK, OECD ve Eurostat)

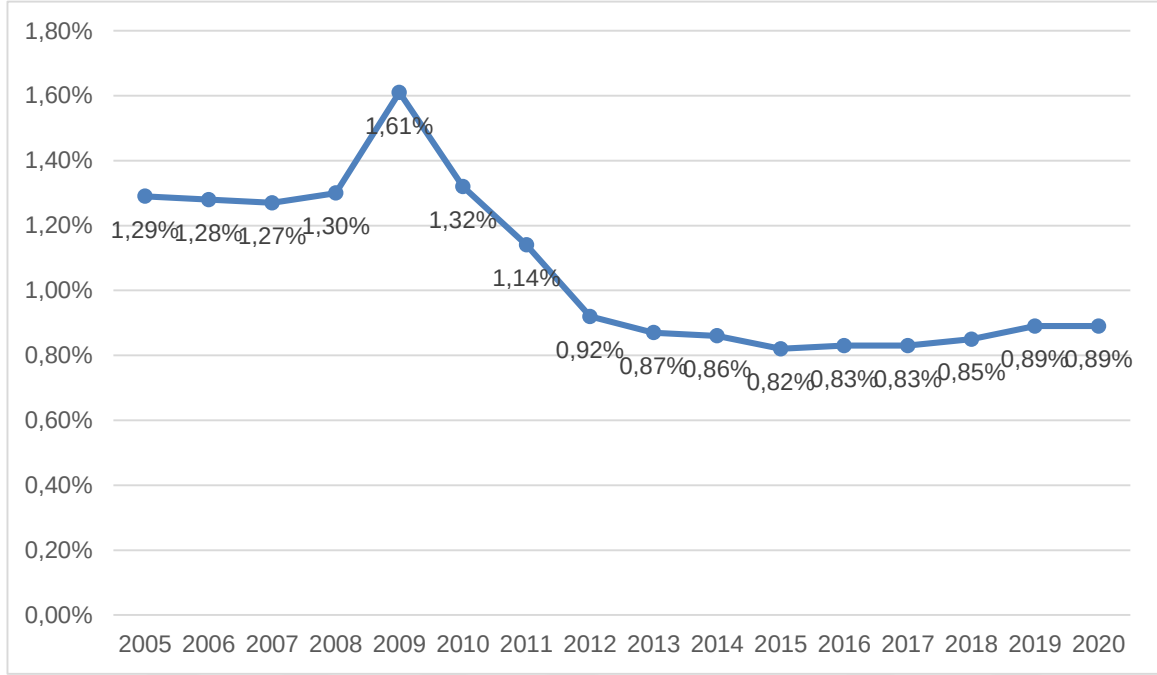


Kaynak: Aziz Küçük, “Türkiye’nin Sağlık Ar-Ge Politikasında Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) Modelinin Önemi”, *Turkish Studies Social Sciences*, Cilt 14, Sayı 6, 2019, s. 3217.

Türkiye’de son yıllarda toplam Ar-ge ve inovasyona ayrılan kaynaklarda kayda değer bir artış sağlanmasına rağmen, Ar-ge harcamalarının GSYİH içindeki payı istenilen seviyede değildir.(Şekil 16). 2017 yılında gerçekleştirilen 29.8 milyar liralık Ar-ge harcaması Türkiye’nin GSYİH’nin sadece % 0.96’sını oluşturmuştur. Bu oran 2017 yılı itibariyle OECD ülkeleri için 2.37; AB ülkeleri için 1.97; Japonya için 3.21 ve ABD için 2.79 düzeyindedir.

2017 yılında Kore (4.55) ve İsrail (4.54) en yüksek Ar-ge yoğunluğuna sahip ülkeler olmaya devam etmiştir²⁰¹.

Şekil 17. Kamu İlaç Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı



Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm**, Ankara: Kalkınma Bakanlığı Yayınları, 2018, s. 23.

2008 yılında başlayan ve şiddeti giderek artan küresel ekonomik kriz, ülkemiz ekonomisini de etkilemiştir. Kriz ile birlikte kamu maliyesinin yaşadığı zorlukları aşmak amacıyla 2009 yılında radikal düzenlemeler yapılmıştır. Bu çerçevede global bütçe uygulamasına geçilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde iyileşen hizmet kalitesine ve sağlığa erişimin artmasına bağlı olarak artan sağlık harcamaları, başta ilaç fiyatlarına yönelik önlemlerle olmak üzere kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. 2010-2012 dönemini kapsayan global ilaç bütçeleri tespit edilmiş ve ilaç fiyatları 2010 yılında düşürülmüştür. 2011 ve 2012 yıllarında da bütçenin aşıldığı gerekçesiyle ek fiyat indirimlerine gidilmiş, kamu iskontosu artışları yapılmıştır. Aşağıdaki grafik, kamu ilaç harcamalarının GSYİH içerisindeki payının 2009 yılındaki %1,61 seviyesinden nasıl aşağılara indiğini göstermektedir.

²⁰¹ OECD, “Main Science and Technology Indicators”, <http://www.oecd.org/sti/msti.htm>. (19 Aralık 2019).

Tüm dünyada etkisi kısa sürede hissedilen Covid-19 salgını ile mücadele esnasında yapılması gereken yenilikçi çalışmaların önemi gün yüzüne çıkmış, bu kapsamda teknoloji ve sağlık firmalarının yapmış olduğu çalışmalar önem kazanmıştır. Ar-Ge çalışmalarının yürütüldüğü Teknoparklar ve sağlık alanında faaliyet gösteren firmalar bu dönemde bilimsel araştırmalar, ülke ekonomisi, inovasyon stratejileri ve büyüme noktasında bir kez daha gündeme gelmiştir. TÜBİTAK 1507 kodlu “KOBİ Ar-Ge Başlangıç Destek Programı” çerçevesinde açılan Çağrı kapsamında, COVID-19’un teşhis ve tedavisinde kullanılan ürünler, ortam koşullarının iyileştirilmesine yönelik ekipmanlar ile hastalıkların önlenmesinde etkili koruyucu ürünlerin geliştirilmesine yönelik aşağıda örnekleri verilen konularda sunulacak Ar-Ge projelerine hızlı destek verilecektir. Ayrıca TÜBİTAK, küresel salgın Covid-19 ile mücadele kapsamında aşı ve ilaç geliştirme çalışmalarının dışında, “Covid-19 ve Toplum: Salgının Sosyal ve Beşeri Etkileri, Ekonomik Etkileri, Sorunlar ve Çözümler” başlığıyla yapılan çağrıda, küresel salgının etkilerini sosyal, beşeri bilimler yönünden incelenmesi ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi için araştırma yapanlara destek sağlayacaktır.

3.5. Finansman

Witter (2001)’e göre bir ülkenin sağlık sistemi yerel, sosyal ve politik tercihlerden farklı farklı etkileneceği gibi başlıca şu nihai hedefi taşır; daha iyi sağlık hizmet sunumu, eşit, adil ve dayanışmayı içeren sağlık hizmet sunumu. Sağlık harcamalarının nasıl finanse edileceği konusu da bu nihai hedefler çerçevesinde şekillenmektedir. Çoğu ihtiyaçlar için (örneğin yiyecek, barınma vb.) bireyler neye ihtiyaçları varsa direk cepten ödeme yapıp ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar. Fakat sağlık ihtiyacını diğer ihtiyaçlardan ayıran; talep öngörülemezliği, maliyetlerinin çok yüksek olabilmesi, yoksul insanların yeterli sağlık hizmeti alamama durumları, hastalık durumunda karşılaşılan işgücü kaybı gibi faktörler sağlık harcamalarının bir finansal sistem ile ele alınmasını gerektirmiştir²⁰². Toplumlar ve bireylerin sağlık hizmetlerine talepleri sonsuz olmasına karşın bu hizmetler için ayrılan paylar sınırlıdır²⁰³. Sağlık sektöründeki sürekli büyüme, sektörün kaynak ihtiyacını devamlı olarak arttırmakta, bu durum

²⁰² Sophie Witter, “Briefing paper for oxfam GB, health financing in developing and transtional countries”, **Centre For Health Economics University of York**, Sayı 22, 2001, s. 4.

²⁰³ Metin Ateş, **Sağlık İşletmeciliği**, İstanbul: Beta Basım, 2012, s. 98.

yeni finansman kaynakları arayışını ortaya çıkarmakta, var olan finansman yöntemlerinin ise tutarlı, verimli ve etkin bir şekilde kullanımını gerektirmektedir²⁰⁴.

3.5.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları ve İşlevleri

Sağlık hizmetleri finansmanının genel amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabileceği sürdürülebilir bir sistem oluşturmaktır. Bunun için, hangi sağlık hizmetlerine harcama yapılacağı, ne kadar kaynak gerektiği, bu kaynağın nasıl ve kimlere dağıtılacağı konuları üzerinde çalışır²⁰⁵. Sağlık hizmetlerinin finansmanının temelde üç işlevi bulunmaktadır. Bunlar, fon toplama, fonların havuzlanması ve fonların gerekli sağlık hizmet sunucularına dağıtımının yapılmasıdır. Fon toplama; sağlık sistemi için sağlanacak fonların, bireylerden, çalışanlar ve işverenlerden toplanma yöntemlerini ve ödemeleri toplayacak kurumları belirleyen kaynak oluşturma sürecidir²⁰⁶. Cutler ve Reber, (1998)'in de belirttikleri üzere sağlık finansmanında fon toplama yöntemleri genelde; vergiler yoluyla, sosyal sağlık sigorta primleri yoluyla, özel sağlık sigorta primleri yoluyla, cepten ödemeler ile, bireysel tıbbi tasarruf hesaplarıyla ya da borçlar ve bağışlar ile yapılmaktadır. Sağlık finansmanında fon havuzu kavramı kullanılmaktadır²⁰⁷. Fon havuzunun amacı sağlık talebindeki belirsizlik ve beraberinde gelebilecek finansal risklerin havuzu oluşturulan tüm bireyler tarafından paylaşılmasıdır. Ayrıca ülkelerde tek bir fon havuzunun bulunması önerilmektedir. Toplanan fonların tek bir fon havuzunda tutulup yönetilmesi hem risklerin hem de gelirlerin ülkedeki tüm bireyleri kapsayacak şekilde dağıtımına imkân verecektir. Bu yüzden fon havuzlamanın tek bir kuruluş veya olabildiğince az kuruluş tarafından yapılması önerilmektedir²⁰⁸. Sağlık finansmanının üçüncü işlevi, çeşitli fon toplama yöntemleri ile fon havuzunda toplanan kaynakların hangi kurum ve kuruluşlara dağıtımının yapılacağıdır. Bilindiği üzere sağlık hizmet ve ürünleri profesyonel pratisyen hekimler, hastaneler, özel kuruluşlar, kamu kurumları gibi çeşitli kuruluşlar tarafından verilebilmektedir. Bu yüzden bir ülke sağlık sistemini finanse

²⁰⁴ Ayşegül Mutlu ve Abdülkadir Işık, a.g.e., s. 225.

²⁰⁵ Hakan İstanbulluoğlu, Mahir Güleç ve Recai Oğur, "Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri", **Dirim Tıp Gazetesi**, Sayı 85, 2010, s. 88.

²⁰⁶ Elias Mossialos ve Anna Dixon, "Funding Health Care: an Introduction", **Funding health care: options for Europe**, Cilt 1, Sayı 30, 2002, s. 4.

²⁰⁷ David Cutler ve Sarah Reber, "Paying for health insurance: The trade-off between competition and adverse selection", **The Quarterly Journal of Economics**, Sayı 113, 1998, s. 435.

²⁰⁸ Yusuf Çelik, "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 1, Sayı 63, 2011, s. 169

etmek için sağlık felsefesine, finansman politikasına, finansman biçimine ya da finansman biçimlerinin kombinasyonuna karar vermek durumundadır²⁰⁹.

3.5.2. Sağlık Finansman Modelleri

Sağlık sisteminin sınıflandırılması, sistem kavramının genel yapı içerisinde değerlendirilmesinin yanı sıra farklı sistem yaklaşımlarının söz konusu yapısal farklılaşmada nasıl oluştuğunu ve sistemin parçaları arasında nasıl bir ilişki farklılaşmasının meydana geldiğine de bakmayı gerektirmektedir. Sistem kavramı, bir bütün meydana getirmek amacıyla farklı parçaların bir araya gelmesi ve bu parçaların eşgüdüm içerisinde ortak amaçlar doğrultusunda çalışmasını ifade etmektedir²¹⁰. Sistemin temel özelliği ise mevcut parçalar arasında sıkı bir ilişkinin var olması ve söz konusu parçalardan birinde ortaya çıkan değişimin diğer parçalara da etki etmesi olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla sistemlerin iç dinamiğe sahip oldukları söylenebilmektedir. Bunun yanı sıra sistemin sağlığa bakan yönü incelendiğinde ise bünyesinde sağlığın geliştirilmesi için her türlü girdi, çıktı ve süreç unsurlarını barındıran bir yapıya sahip olduğu gözlenmektedir²¹¹.

Bir sistem halinde sağlık hizmetlerinin sunumu toplumsal ve kültürel farklılaşmaya bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Toplumların her birinin ekonomik, siyasal ve kültürel değişkenleri farklılık göstermektedir. Bu nedenle bir ülkede sağlık sisteminin nasıl örgütleneceği veya sağlık hizmetinin topluma ne şekilde sunulacağı o ülkenin toplumsal kültür alışkanlıklarından, siyasal rejiminden ve ekonomik yapılanmasından ayrı düşünölememektedir. Bu sebeple dünya çapında hâkim olan siyasal görüşlerin etkisi ile sosyal devlet anlayışını ön planda tutan, bireysel girişimlere önem veren veya her ikisini de birlikte yürütebilecek görüşler bulunmaktadır. Bu genel bakış çerçevesinde sağlık hizmetleri bazı ülkelerde devlet tarafından yönetilirken, bazı ülkelerde ise bu alanda bir özelleşme görölmektedir. Söz konusu yapısal farklılaşma doğal olarak hizmetin sunulma şeklinden, yönetimine ve finansmanına kadar pek

²⁰⁹ Robert Evans, “Going for the gold: The redistributive agenda behind marketbased health care reform”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Sayı 22, 1997, s. 444.

²¹⁰ Hüsnü Erkan, **Sosyal Piyasa Ekonomisi – Ekonomik Sistem ve Piyasa Ekonomisine İşlerlik Kazandırılması**, İzmir: Konrad Adenauer Vakfı, 1987, s. 79.

²¹¹ Hasan Hüseyin Yıldırım ve Menderes Tarcan, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler**, Ankara: Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000, s. 39-41.

çok sistem unsuruna da etki etmekte ve bu unsurlar farklılaştırmaktadır²¹². Bu çerçevede bir sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin yönetimi, sunumu, finanse edilmesi, personellerin eğitimi, politika geliştirme ve mevzuatlar gibi sağlık hizmetinin etkili bir şekilde sunulması için gereken pek çok farklı bileşeni bünyesinde barındırmaktadır²¹³.

Sağlık sistemi, “sağlığın iyileştirilmesi için hizmet sunumu” yaklaşımı sistemini tanımlarken birçok etkenden bağımsız düşünülemediği de dikkate alınmalıdır. Her sistem aynı zamanda başka sistemlerle de yakın ilişki içindedir. Bu durum bazen sistemleri birbirine yakınlaştırırken, ortak paydalar edinmekte ve bazen de buna bağlı olarak değişim ve başkalaşım geçirmektedir. Devletlerin her birinin siyasal tecrübe, toplumsal kültür ve ekonomik potansiyeline göre değişkenlik gösteren sağlık sistemi bazı ülkelerde “gelişmemiş” olarak adlandırılmaktadır. Bu durum söz konusu ülkede bir sağlık sisteminin bulunmadığı anlamına gelmez. Yalnızca sağlık sisteminin bazı yapısal sorunlarının olduğunu, bunun da devletin ve toplumun kendi öz yapısından bağımsız düşünülemediği gerçeği gözler önüne sermektedir. Bahsi geçen durum her ülkenin kendine ait bir sağlık sistemi olabileceği düşüncesini doğurmaktadır. Ancak gerçekte bir ekonomik, siyasal ya da eğitim sistemlerinde benzer olma durumu sağlık hizmetlerinin sunumunda da yaşanmaktadır.

Genel olarak hangi sistemlerin var olduğu incelendiğinde, dünya geneline hakim olan zihniyet bakışlarının büyük rol oynadığı görülmektedir. Söz konusu değişim asla ekonomik, siyasal ve kültürel zihniyet farklılaşmasından ayrı bir durum olarak düşünülemez. Söz konusu değerlendirmeler çerçevesinde sağlık sistemlerinin iki farklı grupta bir araya geldiği görülmektedir. Bir yanda devlet tarafından toplumsal sağlık ihtiyaçlarının planlı bir şekilde yürütüldüğü sistemler bulunurken, diğer yanda ise piyasa kurallarına göre topluma hizmet veren sistemler bulunmaktadır. Ülkelerin bazılarında ise bu her iki bakışın belli oranlarda bir araya gelerek yeni bir oluşum meydana getirdiği görülmektedir²¹⁴. Bu açıdan sistemler arası farklılıklara bakıldığında devlet destekli olan sistemlerin önceliğinin toplumsal fayda olduğu, hizmetin olabildiğince toplumun her kesimine eşit düzeyde ulaştırdığı ve sunulan hizmeti

²¹² Selin Ertürk Atabey, Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi, (Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış D.T.**) 2012, s. 52.

²¹³ Mark Field, “Ulusal Sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 7, Sayı 48, 1991, s. 29.

²¹⁴ Selin Ertürk Atabey, a.g.e., s. 99.

sürdürülebilir kılmak için çalıştığı görülmektedir. Ancak özel teşebbüslerin bu hizmeti sunarak kar elde etme amacına sahip oldukları dikkat çekmektedir. Devlet tarafından sağlık hizmetinin sunumu özel sektöre bırakılsa bile koruyucu sağlık hizmetlerini kendisi yürütmektedir. Bu hizmetin topluma ne düzeyde ulaştırıldığı ise sağlık sistemlerinin farklılaşmasında büyük bir rol oynamaktadır²¹⁵.

3.5.2.1. Beveridge modeli

Devlet bu sağlık sisteminde hayatın tüm alanlarında kendi ağırlığını hissettirdiği için toplumun sağlığa yönelik ihtiyaçlarını da karşılama amacına sahiptir. Devlet sağlık ile ilgili yalnızca hizmetin ulaştırılmasıyla değil, aynı zamanda hizmetin finansmanı, personel istihdamı ve politika üretimiyle de yakından ilgilenmektedir. Devlet tarafından söz konusu hizmet bir devlet olmanın vermiş olduğu sorumluluk ile yapıldığı için toplumdan ayrıca bir ücret talep edilmemektedir. Dolayısıyla herhangi bir sağlık veya sosyal güvence primi ödenmesi de söz konusu olmamaktadır. Bu sistemde özel sektör de yok denecek kadar az bir role sahiptir. Devlet hizmetin büyük çoğunluğunu kaldırdığı için sistem kendi içinde düzenli bir şekilde işlemektedir. Dolayısıyla özel sektörün de dahil olduğu bu sistemin farklı uygulamaları ile de karşılaşmak mümkündür²¹⁶.

“Beveridge Modeli” olarak adlandırılan bu sistem Avrupa’da başta İtalya olmak üzere Norveç ve İngiltere’de de uygulanmaktadır. Bu sistemde devlet sağlık hizmetlerini düzenli bir şekilde halka sunmaktadır. Bu sistemde özel sektörün rolünün genellikle hizmetin sunumundaki farklılık olduğu ifade edilmektedir. Bu tarz uygulamalara sistemi daha etkin kılması sebebiyle ilgi duyulmaktadır. Çünkü kamusal sağlık sistemlerinde devletin yürütme organlarında görülen yavaşlık sağlık sisteminde de görülmektedir. Bu çerçevede en dikkat çekici sorunlar arasında zaman zaman tedavi sürelerinin uzaması ve hizmet almak için sıraların oluşması gibi sorunlar yer almaktadır²¹⁷. Bu ülkelerde genel uygulama açısından nüfusun %10-15’lik kısmı tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Aynı zamanda bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin GSYH içindeki oranı ise %9 civarındır²¹⁸. Söz konusu sistem hizmet sunumunda

²¹⁵ Michael Cichon, Axel Weber, Hiroshi Yamabana, Charles Normond, **Modelling in Health Care Finance, A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing**, Geneva: ILO and ISSA, 1999, s. 89-90.

²¹⁶ Orhan Koçak, “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler”, **İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, 2011, Cilt 13, Sayı 4, 2011, s. 61-82.

²¹⁷ Selin Ertürk Atabey, a.g.e., s. 102.

²¹⁸ OECD, **Health at a Glance 2015: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing, 2015, s. 49-50.

yaşanan yavaşlık, özel sağlık sigortalarının devlet güvencesine alınamaması ve maliyetlerin son derece yüksek olması gibi hususlarda eleştirilmektedir²¹⁹.

Beveridge Modeli ulusal sağlık hizmetleri sistemi olarak da bilinmektedir. Bu model bir ülkedeki bütün vatandaşları kapsamına dahil eden genel bir sağlık sigortasını tanımlamaktadır. Söz konusu ulusal sağlık hizmetinin finansmanı da genel olarak devlet bütçesinden sağlanmaktadır. Beveridge Modeli’ni benimseyen ülkeler arasında Birleşik Krallık, İspanya, çoğu İskandinav ülkeleri, Danimarka, Yeni Zelanda, Yunanistan, İspanya, İrlanda, Portekiz, İtalya, Finlandiya, İngiltere ve İsveç gibi pek çok ülke yer almaktadır.

3.5.2.2. SSCB Örneğindeki Sosyalist Sağlık Sistemi

Bu sağlık sisteminde devlet sağlığın bütün alanlarına hakimdir. Bunun yanı sıra devlet tek başına sağlık hizmetlerinin tedavi edici, önleyici ve geliştirici üç alanında da aktiftir. Devlet tek başına yükü üstlenmesi sebebiyle sağlıkla ilgili bütün hizmetlerin üretiminden halka arzına kadar sorumludur ve mülk sahibidir. Dolayısıyla toplumdan doğrudan veya dolaylı yoldan herhangi bir gideri ödemesi veya ek ödeme talep edilmemektedir. Bu sistem Sovyetler Birliği döneminde geliştirilmiş ve toplumun sağlık ihtiyacı devlet güvencesine alınmıştır. Bunların yanı sıra hizmet sunumu, politika, personel istihdamı ve finansmanı da devlet yönetimine alınmıştır²²⁰. Söz konusu sistem pek çok sosyalist ülkede rejimin sistem yapısından ötürü uygulanmıştır. Öte yandan Küba, sosyalist ülkeler tarafından sistem savunucusu olarak dile getirilen bu farkın en fazla yaşandığı tedavi edici ve sağlık riskine karşı koruma amaçlı sağlık hizmetlerinin gelişmiş ülkelere olduğu gibi gelişmiş olduğu örnek ülke olarak gösterilmektedir²²¹.

Sağlık hizmetlerinin sağlıklı ve etkili bir şekilde sunulabilmesi için GSYİH’den ayrılan pay, ülke çapındaki örgütlenme sayısı ve personel sayısı son derece önemlidir²²². Küba’da söz konusu kriterlere göre yakalanan seviyenin bazı gelişmiş ülkelere kıyasla çok daha yüksek olduğu belirtilmektedir. SSCB’nin söz konusu sistemin kurucusu ve en uzun süre

²¹⁹ Arthur Seldon, “Prospects For Private Health Insurance”, **The British Medical Journal**, Cilt 3, Sayı 5558, s. 166-168.

²²⁰ Orhan Koçak, a.g.e., s. 64-65.

²²¹ Ahmet Özalp, “Piyasa-Kamu Dikotomisi ve Küba Örneği”, **Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 1, Sayı 2, 2009, s. 69-70.

²²² Selin Ertürk Atabey, a.g.e., s. 103.

uygulayıcısı olması nedeniyle sistem hem Sosyalist Sağlık Sistemi hem de Sovyet Sağlık Sistemi olarak bilinmektedir. Bu uygulamaların bir rejim ve devlet politikası olmasından ötürü kent ve kırsal kesim arasında sağlık hizmetlerine ulaşımın dengelenmiş olduğu görülmektedir. Bahsi geçen gelişmeye etki eden temel faktör ise sistemde merkezileşmeye gidilmiş olmasıdır. Bu durum, yerel ihtiyaçların merkeze raporlanmasını ve finansmanın merkezi yönetim tarafından yapılmasına neden olmuştur²²³.

3.5.2.3. Özel Sektör Ağırlıklı Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi

Liberal toplumlarda kamunun sosyal yapılanmalardaki etkisi fazla hissedilmemektedir. Bu toplumlarda daha kişisel özel teşebbüslerin öne çıkması sonucunda sağlık hizmetleri de özel sektörler tarafından yönetilmektedir. Devlet, serbest piyasa kurallarının geçerli olduğu ekonomik yapılanmanın etkisinde kalarak kamu yükünün önemli bir kısmını özel sektöre devretmiştir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri bu tür sistemlerde özel sektör tarafından sunulmaktadır. Bu sistemin özel sektör tarafından finanse edilmesi ise sağlık giderlerinin ya da ödemelerin bireysel veya sigorta şirketleri vasıtasıyla karşılanması anlamına gelir²²⁴. Bu sistem bireysel olarak ciddi bir ekonomik ödeme gücünü de gerekli kılmaktadır. Bireysel olarak sağlık harcamalarının karşılanamadığı durumlarda sağlık hizmetlerinden faydalanmak da olanaksızdır. Devlet tarafından serbest ekonomik sisteme bağlı olarak geliştirilen bu yapıda insanların bir kısmı ya bireysel ya da işyeri sigortaları ile sağlık güvencesine sahip olmaktadır. Ancak bu sistemin yaygın bir şekilde uygulandığı ABD’de söz konusu güvenceden mahrum kalan nüfus oranının %15 civarında olduğu bilinmektedir. Genç nüfuslarda bu oran %40 civarına kadar yükselebilmektedir. Dolayısıyla düşük gelire sahip ya da herhangi bir gelire sahip olmayan kişilerin sağlık hizmetinden faydalanma olanağı yoktur²²⁵.

3.5.2.4. Refah Yönelimli Karma Sağlık Sistemi (Bismarck Modeli)

Bu sistemde sağlık giderlerinin yarısı devlet fonları yarısı da bireysel sigorta pirim ödemeleri üzerinden karşılanmaktadır. Bu sistemde bireyler zorunlu hastalık sigortasına dahil edilmektedir. Almanya ve Fransa’da yaygın olarak uygulanan bu sistemde kamu ve özel sektör

²²³ Ali Güzel ve Ali Rıza Okur, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, İstanbul: Beta Yayınları, 1990, s. 123.

²²⁴ Erdal Sargutan, a.g.e., s. 33.

²²⁵ Güçkan Yapar ve Sibel Özge Tuncel, **Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi. Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması**, İstanbul: Milli Reasürans Türk Anonim Şirketi, 1999, s. 59-60.

bir arada bulunabilmektedir²²⁶. Bu sistem gelir dağılımının dengesiz olduğu gelişmekte olan Türkiye gibi ülkelerde de uygulanmaktadır. Ancak sistemin çoğunlukla gelişmiş ülkelerde başarılı sonuçlar verdiği görülmüştür. Buna karşın sistemin gelişmekte olan ülkeler açısından uygun tarafları olduğu görülmektedir²²⁷.

Sistem ilk olarak Almanya’da bireysel sağlık giderlerinin karşılanması için oluşturulan küçük çaplı fonların devlet tarafından bir araya getirilmesi ile başlamıştır. İlerleyen süreçte sistemin belirli bir aşamaya gelmesi sonucunda bu fona çalışan tüm bireyler dahil edilmiştir²²⁸. Sistem iş hayatında yaşanabilecek sağlık sorunları, iş kazaları, malulen ve yaşlılık yoluyla emeklilik sigortalarının kurulmasını da başlatmıştır. Fon gelirlerinin primlere dayalı sigortalardan oluştuğu görülmektedir. Bu yöntemi kullanarak toplumun aldığı sağlık hizmetinden memnun kaldığı ülkeler arasında yer alan Fransa ve Almanya’da sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı %10 civarındadır. Söz konusu ülkelerde nüfusun özel sigortaya tabi olan miktarının ise %10 civarında olduğu görülmektedir²²⁹.

Bismarck sistemini benimseyen ülkelerde hastanelerin ve doktorların özel ağırlıklı olduğu görülmektedir. Bu sistemde bireyler hastalık riskine karşı sigortalanmaktadır. Bu kapsamda bireylere tedavi edici ve ayakta bakım hizmetlerinin verildiği görülmektedir. Sistemin özellikle gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerde kullanıldığı belirtilmektedir. Bu ülkeler arasında Fransa, Almanya, Belçika, Hollanda, Japonya, İsviçre ve bazı Güney Amerika ülkeleri yer almaktadır²³⁰.

3.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Orta Çağ Avrupa’sında sağlık hizmetleri hastalık riskine karşı koruyan finansal sistemler kurulmadan önce hayır kurumları ya da bireyler tarafından cepten ödeme yöntemiyle finanse edilirdi. Sosyal sigortacılık sisteminin finansmanı işçilerden ve işverenlerden alınan

²²⁶ Metin Ateş, a.g.e., s. 89.

²²⁷ Zafer Durdu, “Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti”, **Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi**, Cilt 1, Sayı 22, 2009, s. 39-40.

²²⁸ Orhan Tunç ve Mithat Kıyak, “Türkiye ve Avrupa’da Özel Sağlık Sigortaları”, **Journal of Economics Finance and Accounting**, Cilt 2, Sayı 3, 2015, s. 411.

²²⁹ Kemal Yaman, “Alman Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Finansman Prensipleri”, **Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi**, Sayı 24, 2014, s. 290-291.

²³⁰ Mehtap Tatar, Bayram Şahin, Sabahattin Aydın, Anna Maresso ve Cristina Hernandez-Quevedo, “Turkey Health System Review”, **Health Systems in Transition**, Cilt 13, Sayı 6, 2011, s. 9-12.

primler ile sağlanmaktaydı. 19.yy sonlarına gelindiğinde vergiler ile finanse edilen sosyal sigortacılık sistemi, 20.yy'ın ilk çeyreğinde gelişmesiyle sağlık hizmetlerinin kamu yönü de gelişmiştir. Bu dönemde bireysel ödeme yöntemlerinden sosyal sigortacılık sistemlerine doğru değişen sağlık hizmetlerinin finansmanı, ödeme yöntemlerinin de farklılaşmasına yol açmıştır²³¹. Öte yandan kanunlarda da yer verilen sağlıklı yaşam hakkının günlük hayatta uygulanabilmesi için toplumdaki bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit oranda yararlanabilmesi, sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde ulaşılması ve sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması son derece önemlidir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansmanının etkin, tutarlı ve verimli bir yapıda olması gerekmektedir. Günümüzde gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de sağlık hizmetlerinin finansmanı hususunda çalışmalar yürütülmektedir.

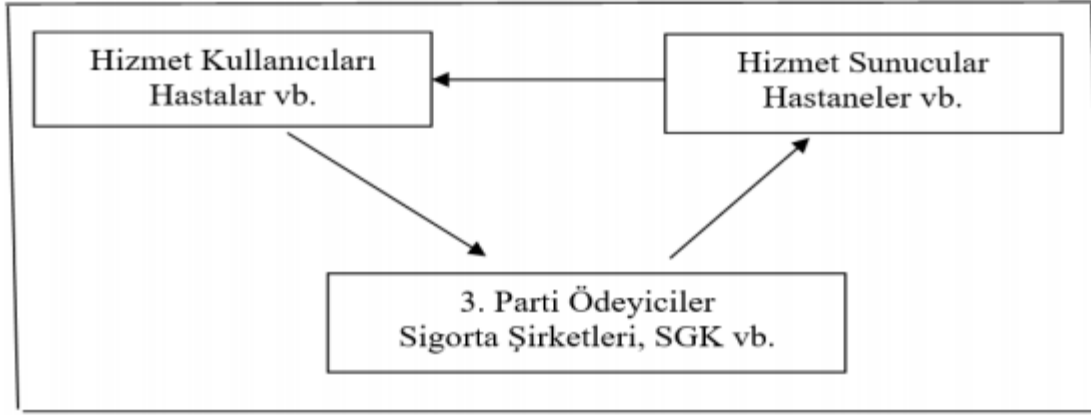
Toplumda sunulan sağlık hizmetlerinin ideal düzeyde sunulabilmesi için sağlık hizmetleri finansmanı hususunda kullanılacak olan finansal kaynakların piyasa aracılığıyla veya kamu kaynaklarıyla sağlanması gerekmektedir. Genel olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu sektörü ve özel sektör tarafından karşılanır. Sağlık harcamalarının ülkelerin GSYİH'dan aldığı pay ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermektedir. Bunun yanı sıra sağlık harcamaları ve sağlığın finansmanı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla tartışılan konular arasındadır. Aynı zamanda sağlık politikalarının belirlenmesinde ülkelerin üzerinde durduğu önem arz eden konular olarak görülmektedir. Kullanılan sunum yöntemi ve finansmana bakılmaksızın temel amacın sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir erişim düzeyinde, kaliteli bir biçimde verimli ve adil olarak sunulmasıdır²³².

Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu ve kullanıcıları (hastalar, tüketiciler) arasında kaynakların dönüşüm süreci Mossialos ve Dixon'un belirttiği üzere temel olarak Şekil 18 gibi işlemektedir.

²³¹ Hilmi Çoban, a.g.e., s. 118.

²³² Engin Alacahan, Sağlık Sektörü Harcamalarının Türkiye'nin Kalkınmasındaki Rolü, (Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2015, s. 9.

Şekil 18. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Üçgeni



Kaynak: Elias Mossialos ve Anna Dixon, “Funding Health Care: an Introduction”, Funding health care: options for Europe, Sayı 1, 2002, s. 30.

Burada, sağlık sunucuları sağlık hizmetlerini, hizmet kullanıcılarına (hastalar) sunar (iletir), hizmet kullanıcıları vergi veya primlerini sigorta şirketlerine öderler, sigorta şirketleri hizmet sunuculara yaptıkları anlaşmaya göre finansman sağlar. Burada bir istisna hizmet kullanıcısının isterse sağlık hizmetlerini doğrudan satın alabilmesi durumudur. Ama temelde sağlık hizmetleri finansmanının bu şekilde işlediği belirtilebilir²³³.

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinin sınıflandırılması da son derece farklı şekillerde olabilmektedir. Doğrudan ve dolaylı finansman yöntemleri şeklindeki sınıflandırma sağlık hizmeti satın alan kişilerin yapmış oldukları ödeme şeklinden kaynaklanmaktadır. Bunun yanı sıra finansman kaynaklarına göre sınıflandırma ise kamu ve özel finansman kaynakları olmak üzere iki farklı şekilde yapılabilmektedir²³⁴.

3.5.3.1. Kamu Finansman Yöntemleri

Temel insan hakkı olan sağlık hakkının fiili olarak kullanılmasının sağlanması ve bu haktan faydalanmanın sağlanması gerekmektedir. Günümüzde söz konusu gerekliliği temin etmek devletin sorumluluğundadır. Bireylerin sağlık hizmetinin kullanımı sürecinde farklı maddi olanaklara sahip olmaları, temel bir hak olan sağlık hakkını ve sağlıklı yaşama durumunu riske atmaktadır. Devlet tarafından kamu gücü kullanılarak yapılacak olan düzenlemeler ve

²³³ Elias Mossialos ve Anna Dixon, a.g.e., s. 2.

²³⁴ Recep Akdur, “Sağlık hizmetleri ve sınırlı kaynakların dağıtımı (tartışılması gereken sorular)”, **Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History**, Sayı 1, 2002, s. 42.

müdahaleler toplumda farklı sınıflarda yer alan bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanmalarını sağlayacaktır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin maddi olanakları iyi olan bireylere sunulması, maddi olanakları iyi olmayan bireylerin hizmetten faydalanamaması ya da sınırlı olarak yararlanmaları gibi durumlar kamu müdahalesini gerekli kılar²³⁵.

Sosyal Sigortalar: Günümüzde sosyal sigortaların iş verenler ve işçiler tarafından finanse edildiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra sosyal sigortalar kapsamında sadece sağlık hizmetleri değil yaşlılık, emeklilik ve sakatlık gibi alanlar da yer almaktadır. 1980'lerin başında Zschock tarafından yapılan bir araştırma çerçevesinde az gelişmiş ülkelerin yarısından fazlasında sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerinin de sunulduğu ortaya çıkarılmıştır. Ayrıca sosyal sigorta programlarında finansman genel olarak çalışanlardan ve işverenlerden zorunlu olarak kesilen primler ile finanse edilmektedir. Ancak bazı durumlarda kamu da bu programlara katkıda bulunabilmektedir. Sağlık hizmetlerinden fayda sağlayan bireyler aynı zamanda sosyal güvenlik primine ek olarak maliyet paylaşımına dönük bir ek ödeme de yapabilmektedirler. Bu sistemin idaresi kamu tarafından yapılacağı gibi özel sigorta şirketleri tarafından da kullanılabilir. Bu sistemde riskin bir havuzda toplanması sebebiyle yüksek risk taşıyan ve sigorta sistemine dâhil olan sigortalıların lehine eşit olmayan bir yarar dağılımı görülmektedir²³⁶. Ülkelerin bazılarında tek bir sosyal sigorta sisteminin bütün nüfusu kapsamı altına aldığı görülmektedir. Bu durumun bir alternatifi olarak belli sayıda olan ve üye kazanma açısından birbiriyle rekabet içinde olmayan birbirinden bağımsız planlar da nüfusu kapsamına dahil edebilmektedir. Söz konusu planlar bölgesel ya da toplumsal düzeyde olabileceği gibi belirli bir meslek alanına da hizmet sağlayabilmektedir. Sigorta planlarının bazılarında farklı düzeylerde katkı içeren çeşitli fayda paketleri de sunulmaktadır. Bu çerçevede dayanışma oranı ve risk paylaşımı dahil olunan gurubun hacmine bağlı olarak değişiklik göstermektedir²³⁷.

Kullanıcı Harçları: Kamusal hizmetler için özel kişilerin yapmış oldukları ödemeler kullanıcı harcı olarak ifade edilmektedir. Kullanıcı harçları bu açıdan sağlık hizmetleri finansman yöntemleri içinde yer alan bireysel ödemeler ile benzerlik göstermektedir. Ancak

²³⁵ Ferdi Çelikay ve Erdal Gümüş, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı 11, 2010, s. 183.

²³⁶ Mehtap Tatar, “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim**, Sayı 72, 1996, s. 41.

²³⁷ Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, 2019, https://www.researchgate.net/publication/314240115_FINANCING_HEALTH_SERVICES-SAGLIK_HIZMETLERININ_FINANSMANI, (29.10.2020), s. 12.

kullanıcı harçları, hizmeti kamu kurumunun sunmasından ötürü kamusal finansman kapsamında ele alınmaktadır. Bunların yanı sıra kamu hizmetlerinin kullanılması karşılığında kişiler tarafından ödenen paralar kamusal hizmet ve malların sunumunda kullanılmak için satın alma periyoduna eklenmektedir. Bu bedeller kullanıcı harcı ücreti olarak adlandırılmaktadır. Bu bedeller birçok kez parasal açıdan kullanılan kamu hizmetini tam olarak karşılayamamaktadır. Öte yandan vergiler ile kullanıcı harçları arasındaki en temel fark ise vergiler herhangi bir karşılık kapsamında toplanmazken, kullanıcı harçlarının kamusal hizmetlerin karşılığında alınması olarak ifade edilmektedir. Kullanıcı harçları vergilerle kıyaslandığında toplam finansmana katkısının son derece düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Ancak talebin sınırlandırılması işlevine sahip olan harçların ekonomideki etkinliği de son derece önemlidir²³⁸.

Dolaylı ve Dolaysız Vergiler: Genel vergi gelirleri sağlık sektörünün finansmanında kullanılmakta ve en önemli finansman aracı olarak nitelendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı vergilerle karşılanmaktadır. Ancak bazı sağlık hizmetleri için kamu tarafından da para aktarılabilmektedir. Vergiler, kamu etkisinin yoğun bir şekilde hissedildiği sistemlerde sağlık hizmetlerinin finansmanında büyük bir rol oynamaktadırlar. Vergilemede doğrudan vergiler ve dolaylı vergiler olmak üzere iki temel esas bulunmaktadır. Dolaylı vergiler, mal ya da hizmetlerin bazılarının fiyatlarına eklenen ve bir kısmı sağlık hizmetlerinin finansmanına katkı sunmak amacıyla kullanılan vergiler olarak ifade edilmektedir. Doğrudan vergiler kapsamında ise gelir üzerinden direk yapılan kesintiler yer almaktadır. Bu nedenle doğrudan vergilerin gelişmeye açık ve hakkaniyeti sağlayıcı bir şekilde olması gerekmektedir. Ülkede büyük bir kısmında genel vergilendirmenin sağlık hizmetleri açısından gereken maddi kaynakların sağlanması ve sürdürülebilmesi için etkili bir yöntem olarak kullanıp kullanılmaması gerektiği hususu tartışma konusudur²³⁹.

3.5.3.2. Özel Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin özel finansmanında kişiler tarafından sağlık hizmetlerine yapılan doğrudan ödemeler (cepten ödemeler) ya da özel sağlık sigortaları kullanılmaktadır. Yüksek

²³⁸ Hilmi Çoban, a.g.e., s. 120-121.

²³⁹ Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, https://www.researchgate.net/publication/314240115_FINANCING_HEALTH_SER_SAGLIK_HIZMETLERININ_FINANSMANI, (29.10.2020), s. 10.

maddi olanaklara sahip olan bireyler sosyal sigorta içinde yer almaktadırlar. Bununla birlikte bu bireyler bazı hallerde sağlık giderlerini doğrudan ödemekte ve bu ödeme risklerini en aza indirmek için de özel sağlık sigortasına başvurumaktadırlar²⁴⁰.

Özel Sigortacılık: Bu yöntem genellikle geliri yüksek olan ülkelerde uygulama alanı bulmakta, gelişmekte olan ülkelerde de kullanım oranı artış göstermektedir. Ortaya çıkışındaki temel sebepler sağlık hizmetleri için gereken harcamaların belirsizliği, talep belirsizliği ve risk paylaşımıdır. Özel sebepler ise, ülkelerin sosyal güvenlik kapsamında sunduğu sağlık hizmetlerinin yetersiz, kalitesiz olabilmesi dolayısıyla memnuniyetsizliğin artışı, tüketici istek ve taleplerinin değişimi, sosyal sigorta sistemlerinin bazı sağlık hizmetlerini kapsamaması gibi sebepler belirtilebilir²⁴¹. Özel sağlık sigortaları çeşitli özelliklerde olabilmektedir. Gerek primleri toplama yöntemine göre gerek prim oranlarını belirleme yöntemine göre gerekse de kapsayıcılıklarına göre farklılık gösterebilmektedirler. Prim hesaplama yöntemlerinden en çok kullanılanı bireysel riske göre hesaplamadır. Bunun yanında grupsal (örneğin aynı iş yerinde çalışanlar için) veya toplumsal olarak da hesaplanabilmektedir. Tamamen özel sigorta ile sağlık hizmetlerini finanse eden ülkelerdeki tehlike, sistemin başarısızlığı riskidir. Sistemin başarısız olma durumlarında (yaşlı, düşük gelirli veya özürlülerin sağlık hizmetlerine ulaşamamaları, sigorta şirketlerinin daha az riskteki kişileri seçebilmeleri gibi) buna hızlıca çözüm üretilmemekte, alternatif sigorta kolları arayışları başlamaktadır. Bu yüzden ülkeler, toplumun belirli kısmının zorunlu sağlık sigortasına sahip olmasını planlamakta, bunun yanında kişilere özel sağlık sigortalarını da seçme hakkı tanınmaktadır²⁴².

Cepten Ödeme Modeli: Kullanıcıların sağlık harcamaları için cepten ödeme modelleri birkaç farklı şekilde olabilmektedir. Bunlar tamamen üçüncü taraf sigorta şirketlerinin ödemenin tamamını üstlenmesinden (sıfır maliyet paylaşımı), tam kullanıcı ödemesine (tamamen cepten ödeme ile karşılanan maliyetler) kadar farklı pozisyonlarda görülebilmektedir. Rubin ve Mendelson (1996) cepten ödemeleri doğrudan ve dolaylı ödemeler olarak iki ayrı gruba ayırırlar. Doğrudan ödemeler hasta tarafından bilinen ve ödemenin

²⁴⁰ Özlem Çakır, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi, (Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2016, s. 11.

²⁴¹ Özlem Özer, Mehmet Gözlü, Seda Karsavuran ve Kenan Gözlü, "Türkiye sağlık finansmanında yeni bir alternatif: Tamamlayıcı sağlık sigortası", **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı 42, 2014, s. 2.

²⁴² Gülbiye Yaşar, "Sağlığın finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi", (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007), s. 41-44.

doğrudan hasta tarafından hizmet sunucusuna yaptıkları ödemelere denir. Kullanıcının hekim ziyareti başına sabit ücret ödemesi, aldığı hizmet başına ödeme, sigorta kapsamı dışında kalan yüzdeliğin ödenmesi gibi ödemeler doğrudan ödemelere örnektir. Dolaylı ödemeler ise, kullanıcı katkıları denilen ödeme türüdür. Kullanıcı katkıları; 1970 ve sonrasında dünyada neobleralizm akımının etkileriyle birlikte sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde artış göstermesi ve ülkeleri yeni finansman kaynakları bulmaya yöneltmesi sonucunda yeni bir cepten ödeme modeli olarak ortaya çıkmıştır²⁴³. Sağlık hizmetlerinin toplumun her bireyine ulaştırılma hedefi yeni ek kaynakları gerektirmiş ve bunun diğer kamu hizmetlerinden alınacak kullanıcı katkıları ile elde edilebileceği ortak görüşüne varılmıştır²⁴⁴.

²⁴³ Elias Mossialos ve Anna Dixon, a.g.e., s. 7.

²⁴⁴ WHO. “Decleration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care”. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. (9 Aralık 2020).

4. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İSTİHDAM AÇISINDAN ELE ALINMASI

4.1. Tanımlar

4.1.1. İstihdamın Tanımı ve Çeşitleri

Ekonomik faaliyetlerin genel amacı; toplumun refah seviyesini yükseltmektir. Bunun için bireylerin, refah seviyesini yükseltilmesi gerekmektedir. Bu nedenle ekonomik politikaları uygulamak ve uygulatmak hükümetlerin en önemli görevlerinden biridir. Diğer üretim faktörlerinin atıl kalması kadar, emek faktörün işsiz kalması hem ekonomik hem de sosyal sorunları beraberinde getirmesi nedeniyle ülke geleceği açısından oldukça önemlidir. Çünkü bireylerin refah seviyesinin yükseltilmesi onların üretime katılması ve bireylerin gelir elde etmeleriyle mümkün olacaktır. Bu noktada istihdam kavramının önemi ortaya çıkmaktadır. İstihdam, iktisadi bir kavram olduğu halde sosyal ve diğer sonuçlarıyla oldukça önemli sosyolojik bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. İstihdamın bu çok boyutlu yönü ve küreselleşme sürecinde meydana gelen gelişmeler önemi arttırmış ve birçok tanımının ortaya çıkmasına neden olmuştur²⁴⁵.

İstihdam kavramının herkes tarafından kabul gören tek bir tanımı bulunmamaktadır. Birçok tanımı bulunan bu kavram genel olarak “gelir sağlama amacı ile çalışma arzusunda olan bireylerin çeşitli alanlarda mal ve hizmet üretme faaliyetinde bulunmalarındır²⁴⁶. İstihdam kavramının bir başka tanımlaması ise Uluslararası Çalışma Kurumu tarafından yapılmıştır. Bu tanımlamaya göre istihdam kendisi veya başkası adına çalışarak ücret alan ve milli gelire katkıda bulunan yaş grubunu ifade eder²⁴⁷. Ekonomik ve sosyo-ekonomik bir olay olarak kabul edilen istihdam çalışma yaşına gelmiş olan nüfusun belli bir ücret karşılığında uygun çalışma koşullarının sağlandığı bir ortamda çalıştırılmasıdır²⁴⁸. Başka bir tanım da ise üretim

²⁴⁵ Cem Saatçioğlu ve Bekir Gövdere, “Küreselleşme, Teknoloji ve Ticaret İle İşsizlik Arasındaki İlişkiye Eleştirel Bir Yaklaşım”, **İktisat Dergisi**, Sayı. 416, 2001, s. 40-44.

²⁴⁶ Kurban Ünlüöner, Ahmet Tayfun ve Arzu Kılıçlar. **Turizm Ekonomisi**. Ankara: Nobel Yayınları, 2007, s. 29.

²⁴⁷ Nalan Işık ve Eda Dineri. **Makroekonomik Göstergelerle Turizm Ekonomisi**. Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın, 2019, s. 108.

²⁴⁸ Suna Muğan, Türkiye’de Turizm Yatırımlarının İstihdama Olan Etkisi. (İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 1988, s. 3.

faktörlerinin tümünden tam manası ile yararlanılması ve kullanılması olarak açıklanmaktadır²⁴⁹.

Makro anlamıyla istihdam: Bir ülkenin sahip olduğu işgücünün ekonomik faaliyetlerde devamlı olarak çalışmasıdır. Ekonomik faaliyetlere katılım gösterebilecek insan gücünden yararlanılması, istihdama işaret etmektedir. Bu bağlamda istihdamın üretime yönelen emek faktörünü ifade ettiği söylenebilir. Bir başka tanımla; insanların gereksinimlerini gidermek amacıyla mal ve hizmet üretimi yapan girişimci, emeği de üretim faktörü olarak kullanmaktadır. Kullanılan emek karşılığında ortaya çıkan değerden emeğe bir pay verilmesi gerekmektedir. İstihdam ise bu payı ifade etmektedir. İstihdam, bireyin üretim faktörü olarak kullanılması yani çalıştırılmasıdır. İstihdam seviyesini ise; emek piyasası ve emeği arz edip, cari ücretlerden iş bulan çalışanlar oluşturmaktadır²⁵⁰. İstihdam sözcüğü; hizmete almak ve çalıştırmak anlamına gelmektedir. Ekonomik anlamda ise istihdam, üretim faktörlerinin gelir sağlamak amacıyla çalıştırılması şeklinde ifade edilebilir. İstihdam en basit haliyle işçilerin bir mal veya hizmet üretimi için çalıştırılması ve işçilerin üretim faaliyetine katılmalarıdır. İstihdam kavramını yine dar bir biçimde açıklayan bir başka tanımlama ise; işçilerin bir ücret karşılığında çalışmaları ve onlardan yararlanılması şeklindedir. İstihdam edilen iş gücünün miktarının veya verimliliğinin artması üretime de katma değer sağlamaktadır²⁵¹. Makro boyutta istihdam, üretim faktörlerinin üretimde kullanılması iken, mikro anlamda istihdam ise; yalnızca emek faktörünün üretimde kullanılmasıdır²⁵². İstihdam; çalışmak ve gelir kazanmak isteyen, bu konuda kararlı olan kişilerin üretimde kullanılması, onlardan yararlanılmasıdır. Buradaki çalıştırma zorla değil gönüllü olması gerekmektedir. Bireyin çalışmaması onun moralini bozar, prestij ve statüsü kaybına yol açar hatta ailevi problemlerin oluşmasına neden olabilir²⁵³.

²⁴⁹ Zerrin Ayvaz, Z. (1990). Türkiye’de istihdam ve işsizlik sorunları. (İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayınlanmamış Y.L.T.**) 1990, s. 6.

²⁵⁰ Fatma Yahşi, Küreselleşme ve İstihdam, (Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayınlanmamış Y.L.T.**) 2006, s. 21.

²⁵¹ Selami Özatağ, “Özelleştirme Sonrası İstihdam Politikaları ve Çalışanların Girişimciliğe Özendirilmesi Kütahya Araştırması”, (Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayınlanmamış Y.L.T.**) 2006, s. 44.

²⁵² Cafer Unay, **Genel İktisat**, 2. Baskı, Bursa: Ekin Kitap Evi, 2000, s.393.

²⁵³ Erdoğan Alkin, **İktisada Giriş**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 8. Baskı, 2008, s.250.

4.1.2. Hizmet Sektörü

Küreselleşme ile birlikte hemen hemen her alanda olduğu gibi ekonomide de küresel ekonomilerden söz edilmeye başlanmıştır. Hizmet sektörünün gelişmesi ve önem kazanması, küresel ekonomide önem taşıyan konuların başında gelmektedir. Bilişim teknolojileri, turizm ve finans sektörü gibi hizmet sektörlerinin küresel ekonomi içerisindeki payı ve önemi büyüktür. Küreselleşme sürecinde teknolojik alanda yenileşme hız kazanmış, ürünlerde de bir çeşitlilik sağlanır hale gelmiştir. Bu durum aynı zamanda ürünlerin kullanım sürelerinin de kısılmasına yol açmıştır. Küreselleşmeyle birlikte dünyanın birçok noktası kolay ulaşılabilir hale gelmiştir. Bu nedenle yeni iletişim ve teknolojik imkanlarda da kolaylıkla başka ülkelere taşınabilmektedir. Bu durumun ekonomi üzerindeki en temel etkisi ise üretim sürecinde bir standardın sağlanması olmuştur. Ürünlere bağlı olarak gelişen rekabet, teknolojik imkanların artışıyla ikinci planda kalmaya başlamıştır. Rekabette asıl fark yaratan husus ise hizmettir. Bu bağlamda son dönemde hizmet rekabeti kavramı üzerinde durulmaya başlandığı söylenebilir. Müşteri memnuniyetinin sağlanması ve sahip olunan müşteri potansiyelinin artırılması için rekabet hizmet sektörüne doğru bir kayış göstermektedir. Firmaların daha ucuza, daha kaliteli ve daha hızlı hizmet sunmak için birbirleriyle yarış içerisinde oldukları görülmektedir²⁵⁴.

Türkiye’de mevcut geniş istihdam alanlarını tarım, sanayi ve hizmet sektörü olarak ayırmıştık. Bunlar içerisinde hizmet sektörünün hızlı ve çarpıcı bir şekilde yükseldiği gözlenmektedir. Bu süreçte sanayi göreceli olarak yavaş atmakta ya da düşüş göstermekte, tarım sektörü ise hızla daralmaktadır²⁵⁵.

Tablo 7. Hizmet Sektörü İstihdam Durumu (2014-2019) (15-64 yaş, bin kişi)

Yıllar	Hizmet Sektörü İstihdam	Tüm Sektörlerde Toplam İstihdam	%
2014	28.227	55.122	51,2
2015	29.657	56.551	52,4
2016	31.128	57.710	53,9
2017	32.402	59.652	54,3
2018	33.518	60.754	55,1
2019	33.599	59.175	56,7

Kaynak: TÜİK, “İşgücü İstatistikleri”, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=72&locale=tr> (9 Aralık 2020) veri tabanından derlenmiştir.

²⁵⁴ Sinan Atik, “Küreselleşme ve Küresel İşletmeler”, (Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Y.L.T.) 2007, s.23.

²⁵⁵ ISO, *İstihdam Stratejileri ve Türkiye İçin Bir Model Önerisi*, İstanbul: Dünya Yayıncılık, 2006, s. 10-11.

Tablo 7’de 2014-2019 yılları arasında tüm sektörlerde 15-64 yaş arasında istihdam edilen kişi sayısı ve hizmet sektöründe istihdam edilen kişi sayısı verilmiştir. Görüleceği üzere hizmet sektöründe istihdam edilen kişi sayısı her yıl artmıştır. 2014 yılında bu sayı 28.227 iken 2019 yılına gelinde 33.559 kişi olmuştur. Tüm sektörlerde çalışabilir nüfus içindeki en büyük pay da hizmet sektörüne aittir. 2014 yılında tüm sektörlerde istihdam edilen kişilerin %51,2’sini, 2019 yılında ise %56,7’sini hizmet sektöründe istihdam edilen kişiler oluşturmaktadır. Hizmet sektöründeki istihdamın artışı sektöre olan talebinde göstergesidir. İnsanlar yaşam beklentileri arttıkça daha kaliteli yaşamak istemektedir. Dolayısıyla talebin arttığı sektörü genişletmek çok daha kolay olacaktır ve getirisi de yüksek olacaktır.

4.1.3. Sağlık Sektörü

Sağlık sistemlerinin ilk amacı, sağlık hâlinin devamını sağlamak ve mevcudu daha da iyileştirerek koruyup, geliştirmektir. Sağlık sistemleri ülkelerin tarihi özelliklerini, sosyal ve ekonomik gelişmelerini ve siyasal ideolojilerini yansıtabilmektedir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin ülkeler arasında ciddi farklılıklar barındırdığı söylenebilir. II. Dünya Savaşı’nın ardından gerçekleştirilen çalışmalarda sağlık sistemleri sınıflandırılmış ve bir karşılaştırma yoluna gidilmiştir. Bu karşılaştırmalardan Milton Roemer tarafından yapılan en sık kullanılan olmuştur. Roemer, sağlık piyasasına yönelik devlet müdahalesinin yoğunluk düzeyini temel kriter olarak almış ve bir sınıflandırma yapmıştır. Bu sınıflandırmada sağlık sistemleri dörde ayrılmıştır. Bunlar; Serbest Piyasa Tipi, Refah Yönelimli, Kapsayıcı Sağlık Sistemi ve Sosyalist Tip Sistem’dir²⁵⁶. Genel sağlık sigortalısı bulunan kişi ve onun bakmakla yükümlü olduğu kişiler birtakım tıbbi hizmetlerden yararlanabilmektedir. 5510 sayılı Kanun’un 63. maddesinde yer alan sağlık hizmetleri temel başlıklar halinde şu şekilde sıralanabilir:

- “Koruyucu hizmetler
- Tedavi edici hizmetler
- Diş sağlığı hizmetleri

²⁵⁶ Atatürk Üniversitesi, “Açıköğretim Fakültesi, Sağlık Yönetimi Dersler”, <https://lms3.ataaof.edu.tr/Activity/Index/58AE616501FE8033B7D6A0505E33AD13> (26 Eylül 2020).

- Yardımcı üreme sağlama hizmetleri”.

Sağlık hizmeti sunucuları, 5510 sayılı Kanun’da, sağlık hizmetlerini veren, meydana getiren gerçek kişiler ile kamu ve özel hukuk kişileri ve bunların şubeleri olarak tanımlanmıştır. Bunlar kamu veya özel sektöre ait olması fark etmeksizin gerçek veya tüzel kişilerin işlettikleri hastane, klinik, poliklinik, üniversite hastanesi, uygulama ve araştırma hastanesi, ağız ve diş sağlığı merkezi, dispanser, doğum evi, sanatoryum gibi sağlık kuruluşlarıdır.

Sağlık işletmeleri; sağlık hizmetini verme noktasında yıllarca kamu içinde kurulmuştur. Amacı sağlık hizmeti üretmektir. Kamu tüzel kişiliğine haizdir. İdari ve mali açıdan özerktirler. Sağlık işletmeleri; koruyucu ile teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve uzmanlık eğitimi hizmetlerinin birini, birkaçını veya tamamını yükümlüdürler. Amaç, kamu yararadır. Herkese eşit, kaliteli ve kaynağı israf etmeden verilen bir hizmet sunulmalıdır. Kamu sağlık kuruluşları hizmet noktasında rol modelidir. Modern teşhis, tedavi teknolojilerini elde etmek ve uygulamak, çağı yakalamak hizmete esastır. Böylece kamu sağlık hizmetleri toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunacaktır²⁵⁷. Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici üç türe ayrılır. Sağlık hizmet sektörü ise teşhis, tedavi sağlayan, koruyucu ve rehabilite edici faaliyetlerin sunulduğu bütüncü bir hizmet alanıdır. Tıbbi hizmetler bir bütün içinde birbirini tamamlayıcı nitelikteki sunulan hizmet çeşitleridir. Acil ve Poliklinik hizmetleri, klinik ve dahili servis hizmetleri, acil hizmetleri, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri, ameliyathane, onkoloji, merkezi sterilizasyon, anestezi ve reanimasyon hizmetleri, dahili, cerrahi, yenidoğan, yoğun bakım hizmetleri, eczane hizmetleri sağlık hizmetini oluşturan ana hizmetlerdir. Temizlik, güvenlik, tıbbi sekreterlik ve arşiv işlemleri, bilgi işlem birimleri sağlık hizmetinin destekleyici unsurlarıdır. Sağlık hizmetinde tıbbi ve idari hizmetler bir arada yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında kurumları oluşturan ana güç ise sağlık çalışanlarıdır. Sağlık insan gücünün tespitindeki temel gaye; nüfusun ihtiyacı olan teknik elemanın yetiştirilmesi ve geleceğe ilişkin planlamaların yapılmasıdır. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık insan gücü, gelişmekte olan ülkelere kıyasla hem ekonomik hem de teknolojik anlamda daha iyi bir pozisyonda yer almaktadır.

²⁵⁷ Resmi Gazete, “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerini Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”, Tarih 11.01.1995, No.22165.

4.1.4. Sağlık Hizmetleri Piyasası

Hasta bireylere karşı verilen hizmetler eskiden bir hayır işi, bir yardım şeklinde görülmekteydi. Buradaki hizmet kavramı ekonomi biliminin dışında ele alınıyordu. Sonraki dönemlerde ise hasta insanlara karşı yapılan yardımlar sigorta kapsamında değerlendirilmeye başlandı. Bu ilk aşamalarda ekonomi ve tıp bilimi arasında henüz hiçbir etkileşime rastlanmamaktadır. Hasta birey ile hekim arasında ilişki kutsal kabul edilmekte, hekimlerin birer sanatkar oldukları yaygın kabul gören bir düşünceydi. İktisatçılar, iyi bir sağlık düzeyine sahip olmanın iyi bir ekonomi ile mümkün olacağını düşünürlerken, tıp uzmanları ise, iyi bir sağlığın iyi bir ekonomiyi ortaya çıkarabileceğini savunmuşlardır. Sağlık ekonomisinde 1960'larda meydana gelen değişmelere paralel olarak, sağlık hizmetleri piyasasını inceleyen çalışmalar yapılmaya başlanmış ve bu piyasaların normal piyasalardan farklı olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin kendine özgü karakteristik özellikleri mevcut olmaktadır²⁵⁸.

Sağlık hizmetlerinin öteki mal ve hizmetlerden farklı özellikte olduğu ve bununla birlikte sağlık hizmetlerindeki piyasa mekanizmasının kaynak dağılımında etkinliği sağlayamayacağı yani piyasa başarısızlığının mevcudiyeti sağlık ekonomistlerinin ortak kanısıdır. Sağlık hizmetleri piyasası fiyat mekanizmasının etkinliği sağlamada yetersiz kaldığı piyasaların başında gelmektedir. Piyasa başarısızlığı nedeniyle ortaya çıkan sonuçlar sebebiyle devlet müdahalesi bu alanda zorunlu olarak görülmektedir. Bu sebepten ötürü bütün ülkelerde ayrı seviyelerde de olsa sağlık hizmetlerinin sağlanması, finansmanı ve sağlık sigortası gibi alanlarda devletin yer alması bir zorunluluktur²⁵⁹. Devlet müdahalesinin en önemli sebebi ise, sağlık hizmetlerinin kişisel ve toplumsal faydasının farklı olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin tüketim etkisi, üretim etkisi ve refah etkisinin toplumsal düzeyde maksimize edilebilmesi için kamu müdahaleleri gereklidir²⁶⁰.

²⁵⁸ Abdülkadir Işık, Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi, (Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış D.T.**) 1997, s. 30-31.

²⁵⁹ Zafer Çalışkan, "Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım", **H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 26, Sayı 2, 2008, 39-40.

²⁶⁰ Alper Kocasoy, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı, (Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayımlanmamış Y.L.T.**) 2014, s. 17.

4.2. Sağlık – İstihdam İlişkisi

İnsan gücü, bir sektörde yer alan çalışanları ifade eden genel bir kavramdır. İnsan gücü kavramı, insan kaynakları terimleri ile genellikle eş anlamlı olarak kullanılır²⁶¹. Sağlık çalışanları; Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında yasanın 2. maddesine göre; sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve sözleşme ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görerek yetişmiş kişiler olarak tanımlanmış ve bu hizmet sahasında çalışan ve yüksek eğitim yapmamış olan kişilerinde yardımcı sağlık çalışanları olduğu ifade edilmiştir. Sağlık insan gücü; “kamu ya da özel tüm sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamına” verilen addır²⁶². Literatürde farklı şekillerde sınıflandırması yapılmış olan sağlık insan gücü, ister kamu ister özel sektörde olsun sağlık hizmetini üreten insan gücünün tümüdür. DSÖ, sağlık insan gücünü yayınladığı insan gücü istatistiklerinde hekimler, diş hekimleri, eczacılar, veterinerler, hemşireler, fizyoterapistler ve laboratuvar teknisyenlerinin de içinde olduğu 29 başlık altında toplamıştır. Bir başka sınıflandırma da çalışma alanı ve eğitim düzeylerine göredir. Hekim, diş hekimi, hemşire, ebe, fizyoterapist ve diyetisyen mesleğinde olduğu gibi kişiye yönelik hizmet yapanlar vardır. Çevreye yönelik hizmet yapanlar arasında sağlık mühendisi, çevre mühendisi, veteriner, çevre sağlığı teknisyeni sayılabilir. Laboratuvar çalışmaları yapan mikrobiyolog, biyokimya uzmanı, hematolog, patolog, sağlık fizikçisi laboratuvar personelidir. Hastane idarecileri, tıbbi sekreterler ve istatistik uzmanları sağlık alanında uzmanlaşmış destek çalışanlarıdır. Daktilograf, şoför gibi hizmetler de genel hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır²⁶³.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından henüz örgütün ilk kurulduğu dönemden itibaren insan gücü kavramı üzerinde durulmuş, insan gücü sağlık sisteminin temel bir yapı taşı olarak görülmüştür. Sağlık insan gücü kavramı içinde 3 ana bileşen yer almaktadır: Planlama, yetiştirme ve yönetme (istihdam). 1970’li yıllarda sağlık insan gücü planlaması “toplumda istenilen olumlu değişikliklerin başarılabilmesi için, sağlık sisteminin işlevlerinde iyileşme başlatabilmek üzere sağlık insan gücü ile ilgili bilgi, beceri ve yeteneklerin hesaplanması

²⁶¹ Asuman Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı 64, 2007, s. 44.

²⁶² Sağlık Bakanlığı ve T.C. Yükseköğretim Kurulu, **Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008, s. 9.

²⁶³ Fatih Şantaş, Özlem Özer ve Ümit Çıraklı, “Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsangücü Planlaması”, **Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 2, Sayı 2, 2012, s. 46.

süreci” olarak tanımlanmıştır. Daha basit bir tanımlaması doğru yerde, doğru zamanda, doğru beceride ve doğru sayıda insanı bulundurmaktır. Özetle sağlık sistemleri için “sağlık insan gücü”, sağlık insan gücü için ise “planlama” son derece önemlidir. Bu genel çerçeveden hareketle “sağlık insan gücü planlaması, stratejik bir yaklaşım içerisinde toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri ve başvuruları göz önüne alınarak, sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri ve olanakları çerçevesinde, sağlık çalışanlarının yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam olarak istihdamı amacıyla yapılan planlamadır” şeklinde açıklanabilir²⁶⁴. Sağlık kurumlarında insan gücünün yüksek maliyeti, değişen sosyal ve politik koşullar, tıp biliminin hızla ilerlemesi, sağlık kurumlarında nitelik ve sayısal personel yetersizliği, bilgi üretiminde yaşanan hızlı artış sağlık insan gücü planlamasını zorunlu kılan nedenlerdir. Sağlık hizmetlerinde insan gücünün en iyi şekilde kullanılmasında önemi büyük olan insan gücü planlamasının temel amaçlarını aşağıdaki gibi maddeleyebiliriz²⁶⁵:

- Var olan insan kaynağının etkin kullanımının sağlanması,
- İleride duyulacak insan gücü ihtiyacının öngörülmesi,
- Sahip olunan insan gücü kabiliyetlerinin tahmin edilmesi,
- İnsan gücünün noksan veya atıl olması kaynaklı sorunların giderilmesi,

Sağlık insan gücü planlamasında yapılan yetersiz ve gerçek dışı planlamalar sistemin verimliliğinin düşmesine yol açmakta, üretkenliği azalmaktadır. Ayrıca bu durum kaynakların dağılımında da bir dengesizliğe yol açmaktadır. Bütün bunların sonucunda toplumun ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda nitelikli bir sağlık hizmeti alması güçleşmektedir. Bu nedenle gerçekçi, uygulanabilir, kısa, orta ve uzun vadeli sağlık insan gücü planlarının yapılması bir tür zorunluluktur. Dünyada sürdürülen insan gücü planlaması çabalarında Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği yöntemlerden ve buna ilişkin yaklaşımlardan yararlanılmaktadır. Söz konusu yöntemler: Gereksinim Yönteminde, toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri konunun uzmanları ve bu konuda planlama yapacak kişiler tarafından belirlenmekte ve bir insan gücü planlaması yapılmaktadır. Her ne kadar temelde gereksinim yer alsada burada bir bilinçten söz

²⁶⁴ Bülent, Kılıç, “Türkiye için Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları”, **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni**, Cilt 6, Sayı 6, 2007, s.501.

²⁶⁵ Fatih Şantaş ve diğerleri, a.g.e., s. 47.

edilemeyeceği için toplum sağlık hizmetlerine yeterince başvuru yapılamayabilir. Bu halde epidemiyolojik verilere dayanarak ihtiyaçların tespiti yoluna gidilmelidir. Çağdaş bir yaklaşımla hareket edilmeli, bireyler çevreleriyle beraber değerlendirilmeli ve risk altındaki gruplar belirlenmelidir. Risk grupları da göz önünde bulundurularak gerekli sağlık hizmetlerinin ortaya koyulması gerekmektedir.

İstihdam Yöntemi ile sağlık personelinin çalışacağı kurumların kadro durumları, doluluk ve istihdam potansiyelleri belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik başvurular esas alınarak hazırlanan yöntem ise başvuru yöntemidir. Burada kişi başına düşen yıllık ortalama başvuru sayıları belirlenmektedir. Başvuru sayıları göz önünde bulundurularak bir istihdam planlamasına gidilmektedir. Hizmeti koyan kurumun bu hizmetler doğrultusunda plan yapması, hedef yöntemi olarak isimlendirilmektedir²⁶⁶. İnsan gücü/Nüfus Oranı Yöntemi, en sık kullanılan yöntemlerdendir. Burada nüfusa yönelik insan gücü hesaplanmaktadır. İstihdam da elde edilen veriler üzerinden gerçekleştirilmektedir. Bu yöntemin tek başına kullanılması da gelecekte hatalı birtakım sonuçların elde edilmesine sebebiyet verebilmektedir. Planlamaları gerçekleştiren sağlık otoriteleri, sağlık sektöründe yer alan ve kar amacı güden kişi ve grupları değil toplumun genel menfaatini ve sağlık gereksinimini dikkate almalılardır. Türkiye'nin içerisinde bulunduğu sosyoekonomik koşulları ve coğrafi şartlar da göz önünde bulundurulduğunda tek bir yöntemle dayanılarak hareket edilmesin hatalı bir karar olacağı söylenebilir. Türkiye için kısa, orta ve uzun vadeli planlamalar önemli bir gerekliliktir²⁶⁷.

4.3. Sağlıkta İstihdam Yapısı

Sağlık insan gücü, sağlık sisteminin temelinde yer alır. Yeterli sayıda ve nitelikte sağlık insan gücü kapasitesine sahip olmak, sağlık sistemlerinin amaçlarına erişmesinde temel araçlardan birisidir. Ancak ülkelerin çoğu, sağlık insan gücünün eksikliği ve dengesiz dağılımı ile ilgili problemlerle karşı karşıyadır. DSÖ sağlık sektöründe bulunan insan kaynağının sayı, dağılım, eğitim, finansman ve yönetim kapasitesi verileri açısından incelenmesinin politika geliştirme çalışmaları açısından önerildiğini ifade etmiştir²⁶⁸. Sağlık personelinin yıllar

²⁶⁶ Yükseköğretim Kurumu, **Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, Eskişehir: Yükseköğretim Kurumu Yayınları, 2014, s.4.

²⁶⁷ Münevver Bertan ve Çağatay Güler, **Halk Sağlığı: Temel Bilgiler**, Ankara: Güneş Kitapevi, 1995, s.382.

²⁶⁸ Türkan, Yıldırım, "Uluslararası Düzeyde Sağlık Çalışanlarının Göçünü Yönetme Politikaları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 43, Sayı 4, 2010, s.31

itibariyle sayısal durumunu incelediğimizde, ebe hariç, artış yaşandığını görmekteyiz. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve hizmet eşitliğinin sağlanması, uzman hekim sayısından az olan pratisyen hekim sayısının arttırılmasını gerektirmektedir. Birinci basamağa olan talebin attırılması için pratisyen hekim sayısının yanı sıra yapılması gereken çalışmalardan biri de bu basamakta çalışan sağlık çalışanlarının teknik ve algılanan kalitelerinin arttırılması yönünde girişimlerde bulunulması yönündedir. İfade edilen çalışmaları gerçekleştirebilmek adına birinci basamak sağlık hizmetlerinde 2005 yılı itibariyle Aile Hekimliği Sistemi uygulamalarına başlanmıştır²⁶⁹.

Tablo 8. Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Uzman Hekim	45.457	75.251	77.622	78.620	80.951	82.894
Pratisyen Hekim	30.900	39.045	41.794	43.058	44.649	44.053
Asistan Hekim	15.592	21.320	21.843	23.149	24.397	26.181
Toplam Hekim	91.949	135.616	141.259	144.827	149.997	153.128
Toplam Diş Hekimi	16.371	22.996	24.834	26.674	27.889	30.615
Eczacı	22.289	27.199	27.530	27.864	28.512	32.032
Hemşire	72.393	142.432	152.803	152.952	166.142	190.499
Ebe	41.479	52.838	53.086	52.456	53.741	56.351
Diğer Sağlık Personeli	50.106	138.878	145.943	144.609	155.417	117.409
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	303.110	311.337	321.952	339.241	376.367
Toplam Personel	378.551	823.069	856.792	871.334	920.939	1.016.401

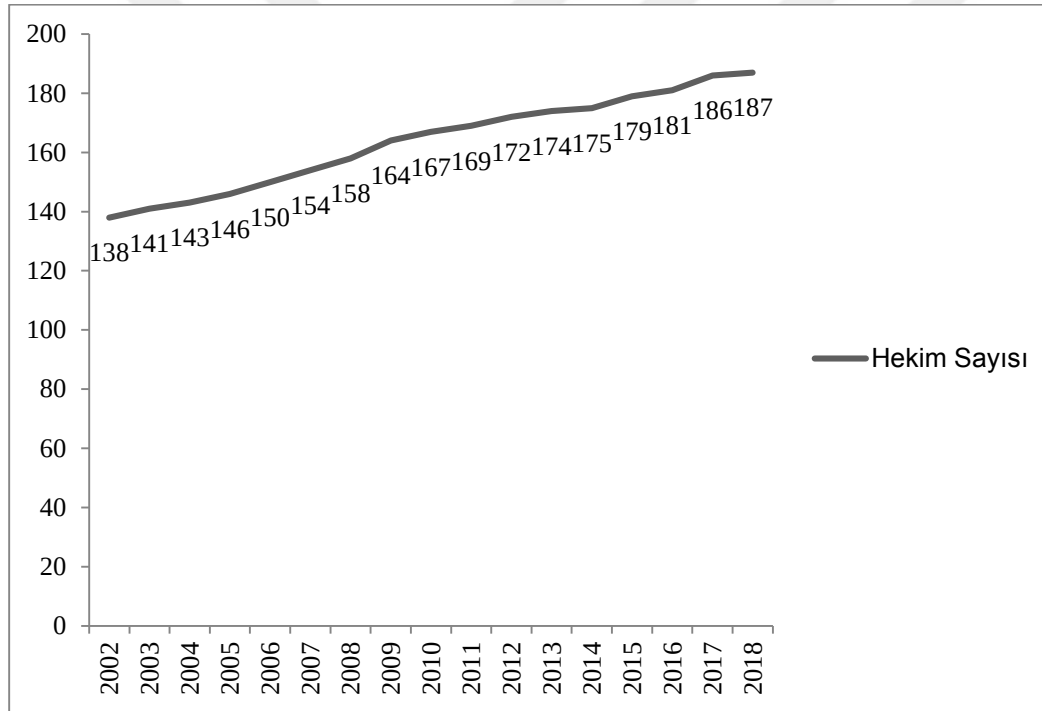
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018”, 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. (9 Aralık 2020).

²⁶⁹ Şirin Özkan ve Mert Uydacı, “Türkiye’de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi”, **Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi**, Cilt 11, Sayı 44, 2015, s. 224.

Türkiye’de sağlık hizmeti sunumu noktasında Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyetlerini yürüten kuruluşlar en etkili aktörlerdir. Bu nedenle sağlık bakanlığının personel istihdamı hem rakamsal olarak hem de nitelik anlamında önem taşımaktadır.

2018 yılı verilerine göre Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplam 1.016.401 çalışan yer almaktadır. Bunların 153.128’i ise hekimlerden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı çalışan sayıları her geçen yıl artış göstermektedir. Son 16 yıllık dönemde toplam çalışan sayısı hemen hemen üç katına çıkmıştır. İstihdam artışının ilerleyen dönemde de benzer bir biçimde devam edeceği tahmin edilmektedir.

Şekil 19. Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler

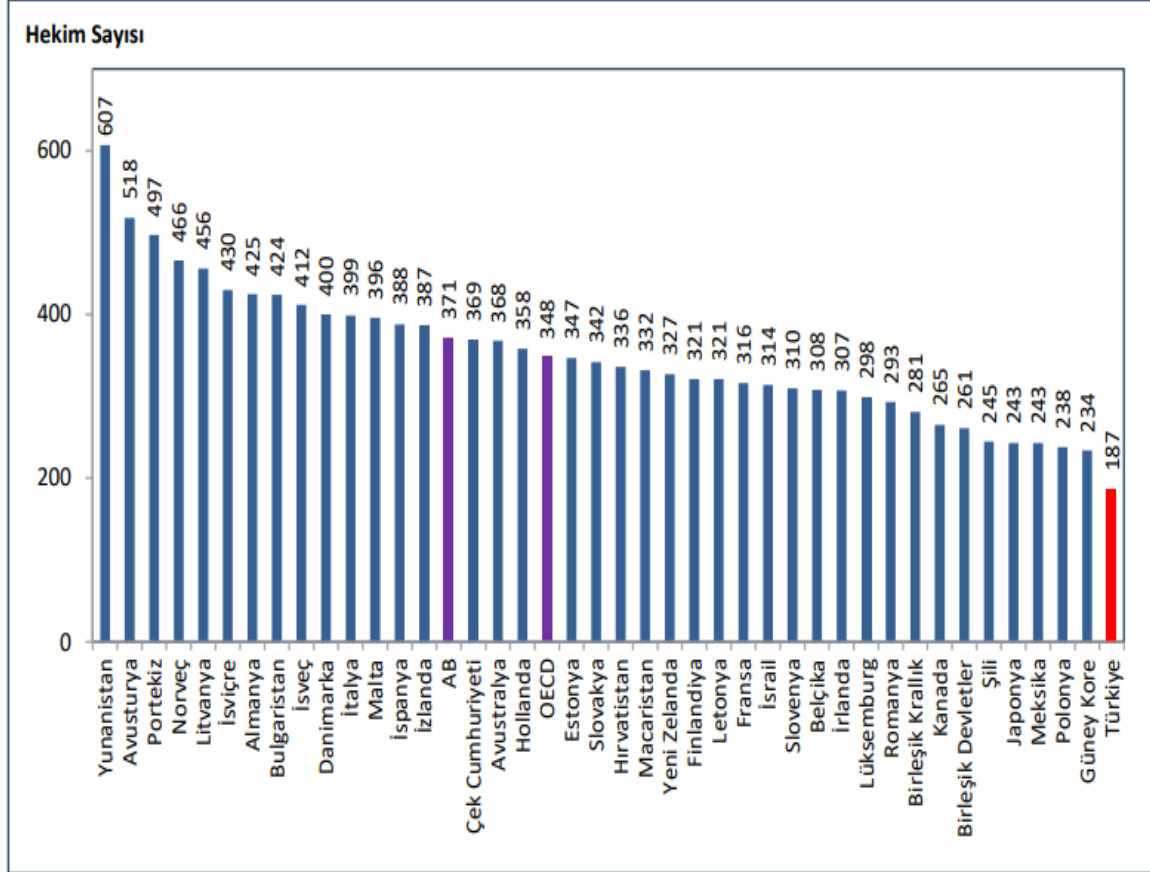


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018”, 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. (9 Aralık 2020).

2002-2018 yıllarına ait 100.000 kişilik nüfusa düşen toplam hekim sayısının süreç içerisindeki değişimi Şekil 19’da yer almaktadır.

Hekim sayısındaki artış nüfus artış hızının üstünde olmuş ve 2002-2018 yılları arasında kişi başına düşene hekim sayısında bir artış yaşanmıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinin daha kolay ulaşılabilir hale geldiği şeklinde de yorumlanabilir.

Şekil 20. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2018



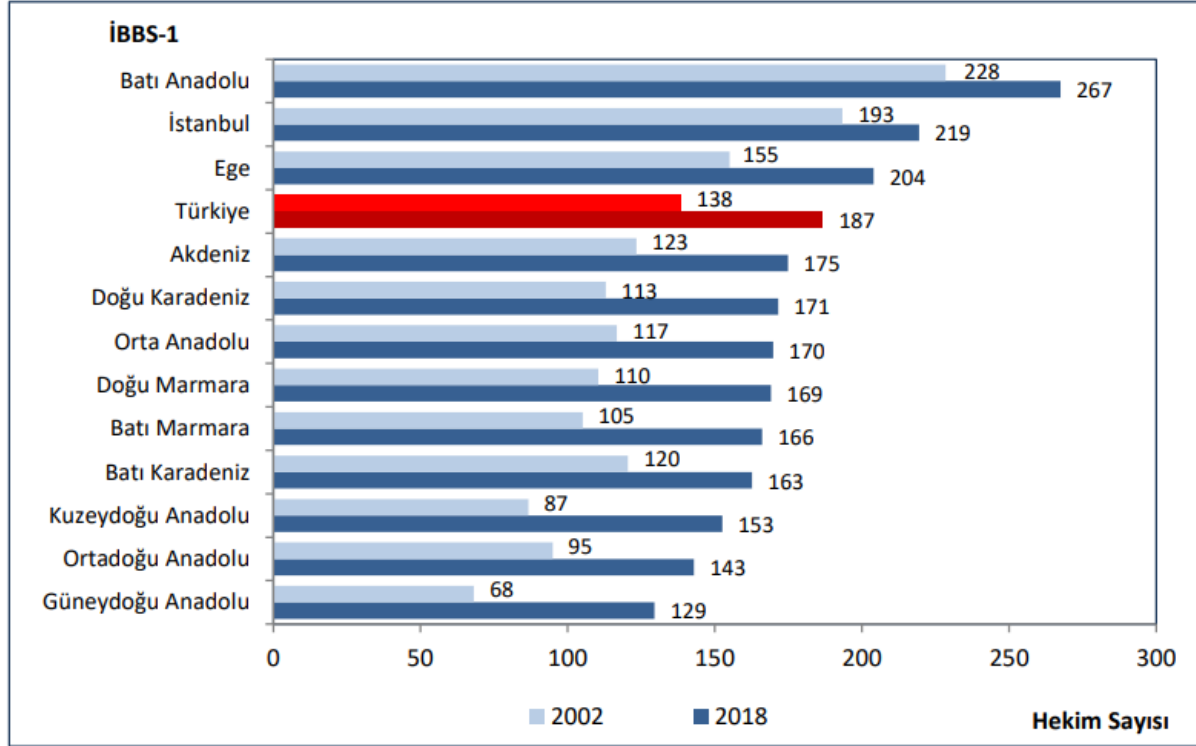
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018”, 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. (9 Aralık 2020).

Türkiye kişi başına düşen sağlık personeli sayısı bakımından son dönemde bir ilerleme kaydetse de mevcut durum diğer ülkelerle karşılaştırıldığında halen kat edilmesi gereken önemli bir mesafenin olduğu görülmektedir. Türkiye, her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı açısından OECD ve Avrupa Bölgesi ülkelerinin hala çok gerisinde bulunmaktadır.

Avrupa bölgesi ortalamasında 371 ve OECD ortalamasında 348 olan 100.000 kişiye düşen hekim sayısı Türkiye’de 187’dir²⁷⁰.

²⁷⁰ Mahmut Yardım ve Sarp Üner, “Türkiye’de Hekim Dağılımında Coğrafi Farklılıklar”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Cilt 12, Sayı 5, 2013, s. 487.

Şekil 21. İBBS-1'e Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2018



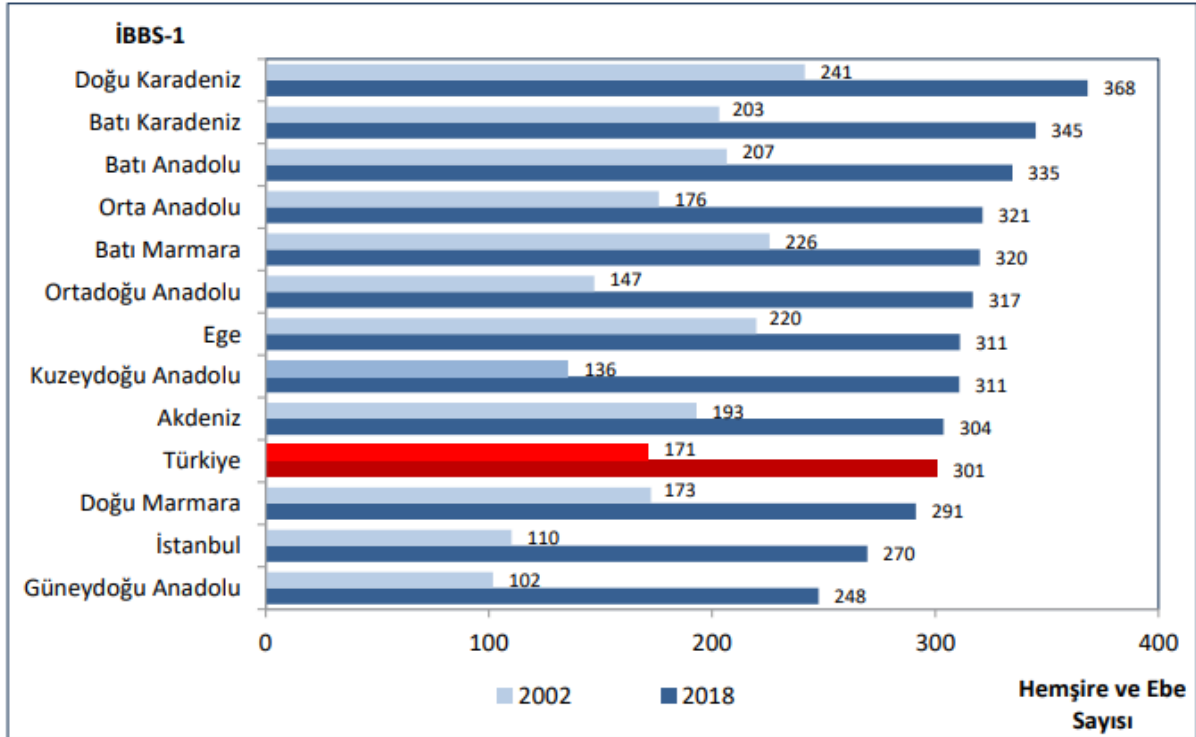
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018”, 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. (9 Aralık 2020).

Sağlık insan gücünün bölge, il ya da kıy/kent arasında eşitsiz dağılımı ülkemizde gündemde olan bir sorundur. Sağlık Bakanlığı dağılımdaki eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik çalışmalar yaptığını belirtmekte ve sağlık personeli başına nüfusu bir gösterge olarak kullanmaktadır. Ancak nüfusa göre sağlık personeli sayısının dengelenerek bölgeler arası benzer oranlara sahip olunması eşitsizliğin azalması anlamına gelmemektedir²⁷¹. Eldeki veriler ışığında kültürel ve ekonomik sebeplerin de etkisi ile sağlık iş gücünün ülke genelinde dengesiz bir dağılım sergilediği görülmektedir. 2018 yılına ait sayılara bakıldığında 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının en yüksek 267 ile Batı Anadolu’da olduğu görülmektedir. Türkiye genelinde bu sayının en az olduğu bölge ise 129 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesidir. Az gelişmiş bölgelerde sosyal ve kültürel koşulların caydırıcı olması ve mesleki gelişim için eğitim

²⁷¹ Mahmut Yardım, *Sağlık İnsangücü Dağılımı Değerlendirmelerinde Göz Ardı Edilen Bir Kavram: Hakkaniyet. Hekim Örneğinde Sağlık Personeli Dengesizliğinin Bazı Eşitsizlik Göstergeleri İle İncelenmesi*, Trabzon: 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2011, s.104.

imkânlarının yeterli olmaması hekimlerin az gelişmiş bölgelere gitmek istememesinin en önemli nedenleridir. Az gelişmiş bölgelerde meslek unvanı hekime saygın ve daha prestijli bir statü sağlamakta olup hekimin mesleki doyumuna imkân vermektedir²⁷².

Şekil 22. İBBS-1'e Göre 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2018



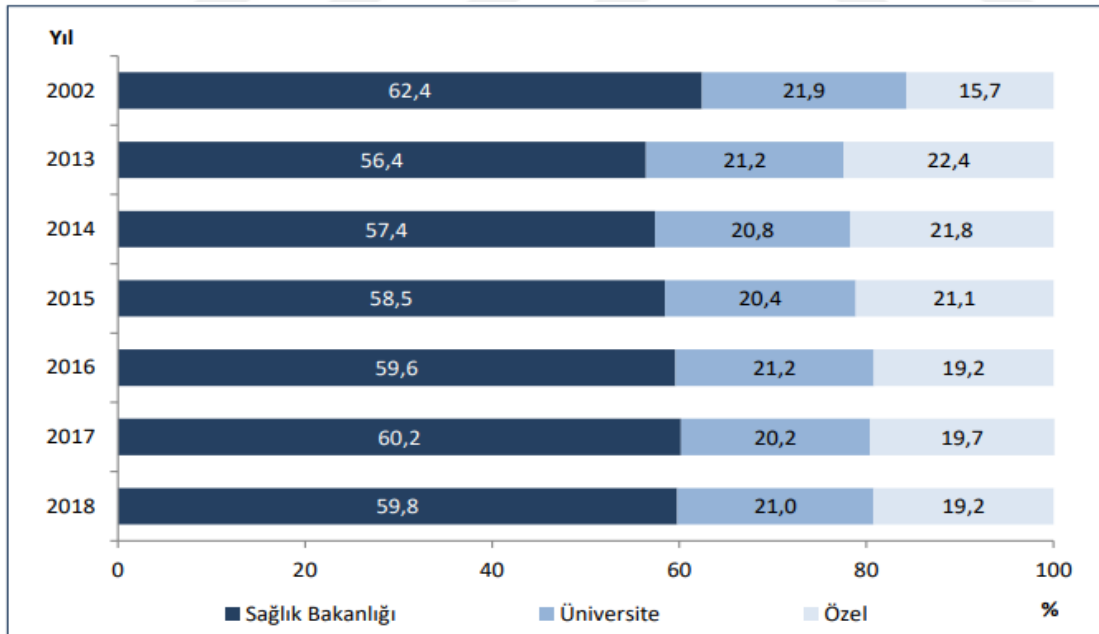
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018”, 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. (9 Aralık 2020).

2018 yılı verileri ışığında 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısının en yüksek olduğu bölge 368 ile Doğu Karadeniz iken, en az olduğu bölge 248 ile Güneydoğu Anadolu’dur. Sağlık insan gücü dağılımı son yıllarda gerçekleştirilen planlama politikaları ile bölgelerarası dengesizliğin azalmasında önemli bir rol oynamıştır. Önceki yıllarda daha dengesiz olan bölgelerarası dağılım farklı statülerdeki sözleşmeli personel istihdamı, zorunlu hizmet uygulaması, vekil hemşire/ebe alımı gibi uygulamalarla azalmaya başlamıştır. Teşvik edici sözleşmeli personel istihdamı uygulamalarıyla hekim dışı sağlık personeli açısından az gelişmiş bölgelerde yaşanan sağlık personeli sıkıntısının giderilmesi amaçlanmıştır. Az

²⁷² Şirin Özkan ve Mert Uydacı, “Türkiye’de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi”, *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, Cilt 11, Sayı 44, 2015, s. 225.

gelişmiş bölgelerde hekim istihdamını arttırmak amacıyla sözleşmeli çalıştırma ve ilave ücret teşvikleriyle çalışmalar yapılmış ancak istenen istihdam sağlanamamıştır. 21.6.2005 tarih 5371 sayılı Devlet Hizmeti Yükümlülüğü yürürlüğe konarak yeni mezun hekimlere zorunlu hizmet getirilmiştir. İstihdam edilecekleri bölgenin gelişmişlik düzeyine göre tıp fakültesinden yeni mezun olan hekimler 300- 600 iş günü arası devlet hizmeti yükümlülük sürelerine tabi olmuşlardır. Sağlık personelinin dağılımında dengeyi sağlayabilmek ve torpil girişimlerinin önüne geçebilmek amacıyla Atama ve Nakil Yönetmeliği çıkarılmıştır. Atamalarda şeffaflık hizmet puanı ve kuraya dayalı bilgisayar ortamında yapılmaya başlanmıştır. Sağlık çalışanının yer değişikliğinde eski çalıştığı bölgelerin ve toplam kıdeminin etkili olması yönünde uygulamalar başlamıştır. Personel Dağılım Cetveli, personelin atama ve nakillerinde başvuru karar destek mekanizmasıdır. Bakanlık personellerinden maaşları genel bütçeden karşılananların önceden tespit edilen ilkeler doğrultusunda mevcut pozisyonlarının unvan ve branşlar bazında illere ve hizmet birimlerine dağılımı sonucu ayrı ayrı belirlenmesiyle cetvelde yer alan sayılar belirlenir²⁷³.

Şekil 23. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hekim Sayısının Dağılımı, (%)

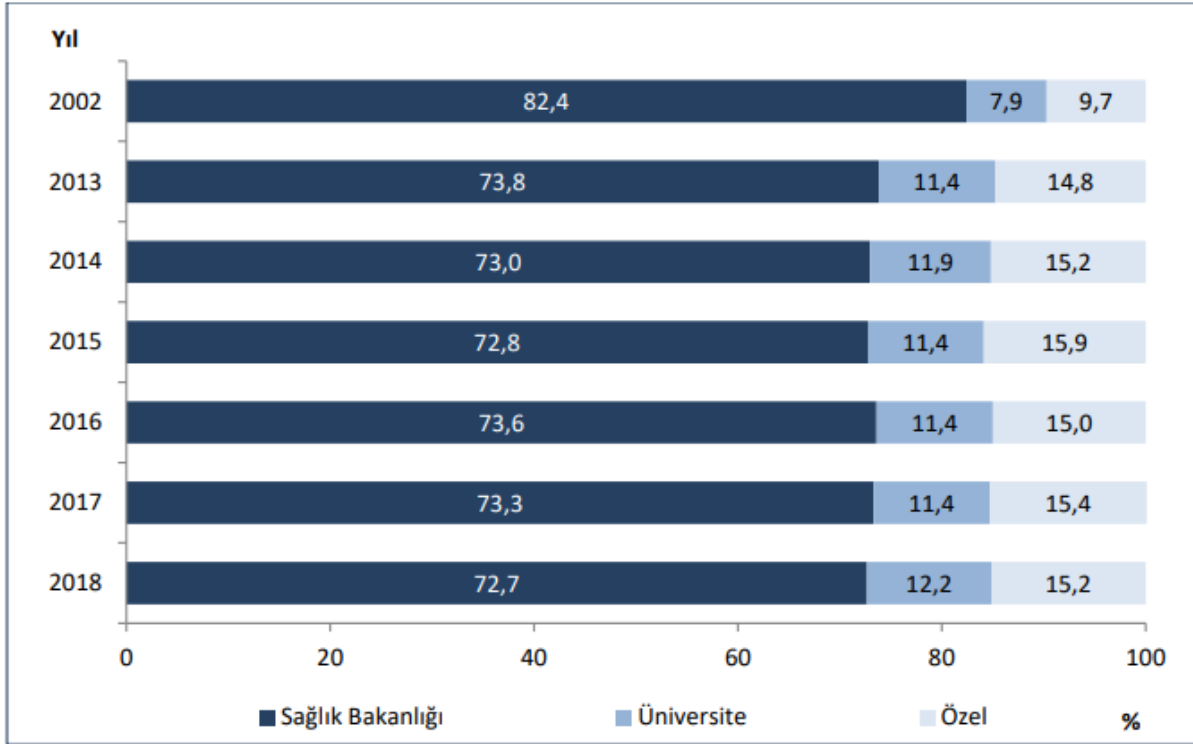


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018”, 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. (9 Aralık 2020).

²⁷³ Özkan ve Uydacı, s. 229.

Toplam hekim sayısının kamu ve özel dağılımına bakıldığında yıllar içerisinde fazla bir değişiklik yaşanmadığı görülmektedir. Ancak genel olarak kamuya yönelik bir ilgi artışından söz edilebilir. Hekimlerin toplam sayının yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü kamuda istihdam edilmektedir.

Şekil 24. Yıllara ve Sektörlere Göre Hemşire ve Ebe Sayısının Dağılımı, (%)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018”, 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. (9 Aralık 2020).

Toplam hekim sayısının sektörel dağılımında olduğu gibi hemşire ve ebe dağılımı da özellikle kamu kurumları ağırlıklıdır. Yıllar içerisinde bu konuda da kayda değer ciddi bir değişim yaşanmamıştır.

4.4. Sağlık – Büyüme İlişkisi

Sağlık düzeyinin birçok göstergesi bulunmaktadır. Bebek ve çocuk ölüm oranları bunlardan biri olduğu daha önce vurgulanmıştı. Yüksek bebek ve çocuk ölüm oranları toplum üzerinde birçok açıdan etki bırakmaktadır. Bu etkilerden ilki toplum sağlıklı nüfus kaybı yaşamaktadır. İkinci olarak ise ölen çocuklar için harcanan emek ve sermaye kaybı olmaktadır.

Bebek ve çocuk ölüm oranlarının nispeten yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerde kalanların sağlık durumları da yetersiz olacaktır. Bahsedilen kayıplar ve yetersizlikler ise beşeri sermayenin düşük kalmasına ve verimliliğin azalmasına neden olmaktadır²⁷⁴. Diğer bir sağlık göstergesi ortalama yaşam süresidir. Ortalama yaşam süresi gelişmekte olan ülkelerde nispeten daha kısadır. Bu durum ise beşeri sermayeyi ciddi bir biçimde etkilemektedir. Bunun temel nedeni ise ortalama yaşam süresinin artışı insanların aktif çalışma sürelerini yükseltmekte ve beşeri sermaye stokuna yapılan yatırımdan elde edilen faydadan daha uzun süre yararlanılabilmektedir. Bu ise verimliğe pozitif bir katkı sağlayacaktır²⁷⁵. Sağlık düzeyinin bir göstergesi olarak en yaygın kullanılan büyüklük ise sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamaları büyümeyi kısa dönemde etkileyememektedir. Etki uzun dönemde görülebilmektedir. Sağlık harcaması olarak ele alınan sağlık hizmetlerinin de bir yatırım olarak görülmesi mümkündür. Bu bağlamda sağlık hizmetleri çalışma yeteneğini koruması ve geliştirmesinden dolayı verim artırıcı bir yatırımdır²⁷⁶.

Koruyucu nitelikteki sağlık harcamaları çalışma gücünde meydana gelebilecek olası kayıpları engelleyerek ve diğer taraftan yaşanabilecek sağlık sorunlarını azaltarak gelecek sağlık harcamalarından tasarruf sağlamaktadır²⁷⁷. Dolayısıyla sağlık stokunu artıran sağlık hizmetlerinin ve yatırımlarının artırılması beşeri sermaye stokuna pozitif katkı yaparak ülke kalkınmasını artıcı etki doğuracaktır²⁷⁸. Bireylerin sağlık durumu beşeri sermayenin diğer bileşenlerinden farklı olarak dışsalılık etkisine de sahiptir. Hane içerisinde bir birey hasta olduğunda diğer aynı hanedeki diğer bireylerin de verimliliğinde düşme gözlenmesi beklenmektedir. Yakını hasta olan birey hem yakınının tedavi sürecinde harcadığı zaman hem de psikolojik yıpranmadan ötürü verim kaybı yaşayacaktır. Ayrıca salgın hastalıklarda bulaşıcı etkilerinden ötürü yıkıcı etkilere sahip olabilmektedir. Bu iki durum açıkça göstermektedir ki, hastalığa yakalanmış bireylerin sağlıklı olmama durumları, sağlıkları bireylerinde verimlilikleri

²⁷⁴ Mehmet Karagül, **Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu**, Ankara: Anıt Matbaa, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, 2002, s. 71-72.

²⁷⁵ Şebnem Özcan, Harl E. Ryder ve David Weil, Mortality Decline, “Human Capital Investment, and Economic Growth”, **Journal of Development Economics**, Cilt 62, Sayı 1, 2000, s.18.

²⁷⁶ Taban, Sami ve Muhsin Kar, **Kalkınma Ekonomisi**, Bursa: Ekin Kitabevi, 2004, s. 291.

²⁷⁷ İsmail Mazgit, “Bilgi Toplum ve Sağlığın Artan Önemi”, I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, (Hereke-Kocaeli), 2002, s. 410.

²⁷⁸ İsmail Mazgit, a.g.e., s. 405.

üzerinde azaltıcı bir etkiye sahiptir²⁷⁹. Sağlık yatırımlarının sağlık harcamaları olarak değerlendirilmesinden dolayı toplumun sağlık seviyesinin de sağlık harcamalarının büyüklüğü ile değerlendirilmesinin yanlış olduğunu vurgulayan Mazgit (2002)'e göre, toplumun sağlık seviyesindeki iyileşmenin kaynakların rasyonel kullanımının gerçekleştirilmesi ve ülkenin sosyoekonomik koşullarıyla ilgili olduğunu ifade etmektedir²⁸⁰. Sağlık harcamalarının diğer bir önemli özelliği ise sağlık harcamalarının ikili bir özelliğe sahip olmasıdır. Bu durum sağlık harcamalarının toplum açısından yatırım ancak birey açısından tüketim özelliği taşıması ile ilgilidir²⁸¹. Bu açıdan büyüme için sağlık harcamaları iki kat fazla öneme sahiptir.

Kavramsal olarak İktisadi büyüme, reel hasıladaki artışları ifade etmektedir. Ancak bu artışlar uzun dönem içerisinde ülkenin üretim ölçeğinin ya da sahip olduğu potansiyelinin genişlemesi veya daha üretken kullanılması ile birlikte ortaya çıkabilmektedir. İktisadi büyüme problemi genelde bir uzun vade problemidir. Büyüme kısa dönemde ise, Keynesgil bir bakış açısı ile ele alındığında ekonomide tam istihdam seviyesine ulaşılmadığı bir durumda toplam talep artışları vasıtası ile reel gelirde yükselme sağlanmasıdır. Kısa dönemde reel büyümenin hız kazanmasında özellikle hükümetlerin genişletici para, maliye, döviz kuru ve dış ticaret politikalarının etkisi söz konusu olabilir²⁸².

Sağlık harcamaları hem tüketim harcaması hem de yatırım harcamasıdır. Ekonomik büyüme, bir ülkenin prodüktif kapasitesini genişletmesi için kullandığı araçlarla ilgili bir kavramdır. Ancak ekonomik kalkınma kavramı, hem daha fazla çıktı hem de teknik ve kurumsal yapıdaki değişimleri kapsamaktadır. Dolayısıyla kalkınma kavramı yapısal değişimi ifade etmektedir²⁸³. Ekonomik büyüme ve insani kalkınma arasındaki ilişkiler karşılıklıdır. İnsani kalkınma, işgücü verimliliğini artırmakta ve ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır. Aynı zamanda ekonomik büyüme de gelir artışı yoluyla sağlık, eğitim, sosyal harcamaları

²⁷⁹ Hakan Yetkiner, "Sağlık ile Büyüme", **Ekonomi, İşletme, Uluslararası İlişkiler ve Siyaset Bilimleri Dergisi**, Cilt 6, Sayı 2, 2006, s. 84.

²⁸⁰ İsmail Mazgit, a.g.e., s. 405-415.

²⁸¹ Hüsnü Erkan, **Bilgi Toplumu ve Ekonomik Gelişme**, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 4. Baskı, 1998, s. 27.

²⁸² Aykut Kibritçioğlu, "İktisadi Büyümenin Belirleyicileri ve Yeni Büyüme Modellerinde Beşeri Sermayenin Yeri", **AÜ Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Cilt 53, Sayı 1-4, 1998, s. 207.

²⁸³ Cengiz Yavilioğlu, "Kalkınmanın Anlambilimsel Tarihi Ve Kavramsal Kökenleri", **C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt 3, Sayı 1, 2002, s. 65-66.

artırmakta ve insani kalkınmayı önemli ölçüde artırmaktadır²⁸⁴. Ancak ekonomik büyüme tek başına kalkınmanın sağlanması için yeterli olmamaktadır. Dolayısıyla kalkınmanın unsurlarından biri olan sağlık seviyesinin yükselmesi sadece ekonomik büyümenin bir sonucu değildir. Son 30–40 yıl incelendiğinde gerçekleşen ekonomik gelişmenin toplumun bazı kesimlerinin ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığı görülmektedir. Ekonomik anlamda gelişmemiş pek çok ülkede bu alanda yaşanan gelişmelere rağmen sağlık problemleri de artış göstermiştir. Bu bağlamda herkesin sağlık gereksiniminin karşılanmasıyla ekonomiyle ilişkili olmadığı söylenebilir. Sağlığın temin edilmesi sadece ekonomik büyüme ile sağlamayacak bir konudur. Ekonomik büyüme yanında gerekli reformların da yapılması gerekmektedir. Sağlık seviyesinin sadece ekonomik yönüyle ele alınması da yeterli değildir. Sağlığa verilen önem, yalnızca ekonomik boyutla açıklanamayacak insani bir yönü de içerisinde bulunduran bir husustur. Sağlıklı bir yaşam sürmek her insanın hakkıdır. İnsanların sağlığına önem verilmesi, sosyal devlet anlayışının da bir gereğidir²⁸⁵.

Sağlık hizmetlerinin önemi gün geçtikçe hem kamu hem de özel sektör açısından daha da artmaktadır. Dolayısıyla sunulan sağlık hizmetleri kapsamı da gittikçe genişlemektedir. Günümüzde sağlık hizmetleri hem bedenen hem sosyal hem de ruhen yaşanan hastalıkları tedavi etmektedir²⁸⁶. Sunulan bu hizmetler de sağlık harcamalarını oluşturmaktadır. Buradan yola çıkarak sağlık harcamaları sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan tüm harcamalar olarak tanımlanabilir²⁸⁷. “Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki pozitif ilişki genel kabul görmüş bir yargıdır. Yüksek gelir daha iyi beslenme, güvenilir su, sağlık hizmetleri gibi sağlığı teşvik edici mal ve hizmetlere daha fazla erişim sağlamaktadır. Diğer taraftan sağlığın büyüme üzerindeki etkisi de dört farklı açıdan incelenebilir. Sağlık nüfusun verimliliğini arttıracaktır. Çünkü çalışanlar fiziksel olarak daha iyi duruma geleceklerdir”²⁸⁸.

²⁸⁴ Vural Hoşgörür ve Gamze Gezgin, “Ekonomik ve Sosyal Kalkınmada Eğitim”, **Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Elektronik Eğitim Fakültesi Dergisi**, Cilt 2 Sayı 1, s. 205

²⁸⁵ Kerem Karabulut, a.g.e., s. 37.

²⁸⁶ Vural Hoşgörür ve Gamze Gezgin, a.g.e., s. 206.

²⁸⁷ Sevdâ Akar, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt 21, Sayı 1, 2014, s. 312.

²⁸⁸ David Bloom ve David Canning, “TheHealthandWealth of Nations”. **Science AAAS**, Cilt 287, Sayı:5456, 2000, s. 1207.

4.5. Covid-19'un Sağlık Sektörüne ve İstihdama Etkisi

Dünya genelinde sağlık sistemleri şu an ki Covid-19 kriziyle başa çıkmak için tasarlanmamıştır. Kaynakların acil seferber edilmesini gerektiren ve tüm nüfusu etkileyen öngörülemeyen, büyük ölçekli bir sağlık sorunu çok sık rastlanılan bir olgu değildir. Bu sistemlerin bununla başa çıkma kabiliyetini ve verimliliğini tartışmak bu nedenle kendi başına uygun değildir. Pek çok yönden, Covid-19 pandemisi, özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri sistemlerinin son yıllarda aldığı yöne taban tabana zıttır.

Yakın vadede, sağlık hizmetleri sistemleri iki büyük ek paralel sorunla karşı karşıya kalacaktır. İlki, yıpranmış hastane altyapısı ile birlikte sağlık iş gücünün fiziksel ve zihinsel tükenmesi olacaktır. İkincisi, sağlık hizmeti prosedürlerinin büyüyen "birikimi" olacaktır. Örneğin, yüksek riskli hastaların bir doktora danışmaktan korkuyor olması kronik hastalık yönetimini bozmakta ve bazı kritik kanser bakımı prosedürlerini geciktirmektedir. Fransa'da, tele-konsültasyonların artışını hesaba katarak hesaplanırsa bile, salgının başlangıcından bu yana pratisyen hekimler arasında konsültasyonlar %40 ve uzmanlar arasında %50 azalmıştır. Aynı zamanda, kanser merkezleri acil olmadığı düşünülen izleme konsültasyonlarını ve operasyonları ertelemeye karar vermişlerdir. Ek olarak, ekonomik durgunluk ile birleşen sınırlama (ve aşamalı sınırlama kaldırma) önlemleri şüphesiz zihinsel sağlığı (örn., Anksiyete, depresyon) ve fiziksel sağlığı (örn. Kilo alımı, dengesiz beslenme) etkileyecektir²⁸⁹.

Covid pandemisinin, sağlık sistemleri üzerinde daha uzun vadeli bir etkisi olacaktır ve bu durum, siyasi ve sağlık otoriteleri tarafından mümkün olan en kısa sürede fark edilip bunlara yönelik önlemler alınmalıdır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar artmaya devam edecektir ki 2030'daki tüm ölümlerin %75'ini oluşturmaları öngörülmekte idi, 2013'te bu rakam %63'tü. Bunların içindeki kronik hastalıklar sağlık bakım kaynaklarının yoğun kullanımını gerektirir. Örneğin İngiltere'deki toplam sağlık finansmanının %70'i, uzun vadeli hastalıkları olan nüfusun %30'u için harcanmıştır. Buna ek olarak, ruh sağlığının 2030 'a kadar küresel olarak

²⁸⁹ Charlene Marie Kalenkoski ve Sabrina Wulff Pabilona, **Initial Impact of the COVID-19 Pandemic on the Employment and Hours of SelfEmployed Coupled and Single Workers by Gender and Parental Status**, Almanya: Institute of Labor Economics, 2020, s. 7-8.

hastalık ve ölümlerin önde gelen nedeni olacağı öngörülmektedir. Buna paralel olarak, aşılama dahil bulaşıcı hastalıkların mevcut yönetimi odak noktası olmaya devam edecektir²⁹⁰.

COVID-19'un bağımsız serbest meslek sahibinin istihdamı ve çalışılan saatler üzerindeki ilk etkileri, cinsiyet, çift durumu ve ebeveynlik durumuna göre farklı etkiler göstermektedir. Negatif etkiler, evli veya birlikte yaşayan kadınlar dışındaki herkes için Mayıs 2020'de küçük bir toparlanma ile Nisan 2020'de en büyük olmuştur. Kapanmaların bir sonucu olarak, çift kadınların istihdam ve işte olma olasılığı çift erkeklere göre daha düşükken, bekar kadınların istihdam ve işte olma olasılığı bekar erkeklere göre daha yüksek olarak görülmüştür. Bu durum okul çağındaki çocukların hem bekar hem de evli ya da birlikte yaşayan babalarının, çocuksuz erkeklere göre daha az saat çalışarak ev veya çocuk bakımı sorumluluklarına daha fazla zaman harcıyor olabileceklerini düşündürmektedir. İşleri veya eşlerinin işi muhtemelen uzaktan yapılabiliriyorsa veya temel bir sektörde çalışıyorlarsa, olumsuz etkiler hafiflemektedir. Bekar kadınlar için evde fazladan bir yetişkinin olması, saatler üzerindeki olumsuz etkilerin azaltılmasına yardımcı olmuştur.

Evli veya birlikte yaşayan erkekler için çalışmada görülen toparlanmanın aynı statüdeki kadınlar için yaşanmaması, okulların ve çocukların ev dışında olabilecekleri aktivitelerin sınırlandırılmasının evdeki yetişkinlerin istihdamını azalttığı görülmektedir. İstihdamdaki azalma çiftlerden birinin işi bırakması gerektirdiğinde bunun genel olarak geleneksel aile yapısında çocuk bakmakla yükümlü olan kadın olduğu görülmektedir. Bu durum ayrıca kadının işinin daha düşük getirisi sebebiyle aile için daha feda edilebilir görülmesine de bağlanabilir; zira genellikle çiftlerden erkek olanının geliri daha yüksek olmaktadır. Okullar ve çocuklar için diğer ev dışı aktiviteler devam ettirilmedikçe bu durum hem kadınların iş gücüne katılımını hem de hane gelirini düşürmeye devam edecektir.

4.6. Dünya Sağlık Örgütü ve Covid-19

19.yy'ın ortaları itibarıyla buhar makinesinin icadıyla dünya genelinde yaşanan sanayileşmenin kentlerde yaşayan nüfusun önemli miktarda artmasına neden olduğu görülmektedir. Artan nüfus ile birlikte kentlerde görülen kötü çevre koşulları, uzun çalışma

²⁹⁰ Deloitte, "What will be the impact of the Covid-19 pandemic on healthcare systems?". <https://www2.deloitte.com/fr/fr/pages/covid-insights/articles/impact-covid19-healthcare-systems.html>. (20 Aralık 2020).

saatleri, yetersiz beslenme, sağlıksız yaşam koşulları kolera, veba gibi salgın hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Gelişen bu faktörlerin yanında ulaşım imkanlarının gelişmesi de salgın hastalıkların hızla yayılmasına ortam hazırladığı görülmektedir. Değişen bu koşullar Avrupa ülkelerini politik konuların yanı sıra farklı alanlarda da birçok ortak karar alma ve birlikte hareket etme zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Böylece 1851 yılında Paris'te gerçekleştirilen uluslararası sağlık konferansı ile uluslararası halk sağlığını korumak amaçlanmıştır. 19. yy'ın sonuna kadar toplam 11 ülkede 12 sağlık konferansı gerçekleştirilmiştir. Bu konferanslarda ağırlıklı olarak kolera, veba gibi salgın hastalıklar karşısında alınacak gerekli tedbir ve önlemler tartışılmıştır.²⁹¹

1945 yılında Birleşmiş Milletler (BM) Antlaşmasının hazırlandığı San Francisco Konferansında Brezilya ve Çin delegasyonları tarafından ortaya atılan uluslararası bir sağlık örgütünün oluşturulması amacıyla genel bir konferans düzenlenmesi düşüncesi kabul edilmiştir. Böylece 1946 yılında BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi tarafından 15 Şubat 1946'da uzmanlardan ve danışman sıfatıyla sağlık kuruluşlarının danışmanlarından oluşan temsilcilerinden oluşan bir Teknik Hazırlık Komitesi oluşturulmuştur. Oluşturulan komitenin çalışmalarını tamamlaması üzerine 19 Haziran - 22 Temmuz 1946 tarihleri arasında 51 BM üyesi devlet ve BM üyesi olmayan bazı devletlerin ve çeşitli gözlemcilerin yer aldığı New York'ta Uluslararası Sağlık Konferansı düzenlenmiştir. Düzenlenen bu konferans ile birlikte Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kurucu antlaşması yani Dünya Sağlık Örgütü Anayasası 22 Temmuz 1946'da 61 devlet tarafından imzalanmıştır. 7 Nisan 1948 yılında 26. Onay belgesinin bildirilmesinin ardından DSÖ antlaşması yürürlüğe girmiştir. 24 Haziran 1948'de DSÖ organları ilk kez toplanarak, Örgütün Genel Direktörünü seçmiş, program ve bütçe onaylanmıştır. Böylece DSÖ ile BM arasındaki resmî ilişkiyi kuran antlaşma kabul edilmiştir. BM Antlaşması ve DSÖ Anayasası çerçevesinde akdedilen bu antlaşma ile DSÖ, BM uzmanlık kurumlarından biri olarak kabul görmüştür.²⁹² Antlaşmanın 7 Nisan 1948'de yürürlüğe girmesiyle beraber 7 Nisan şimdi her yıl Dünya Sağlık Günü olarak kutlanmaktadır. Merkezi

²⁹¹ Bekir Metin ve Sevim Tezel Aydın, **Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 1988, s.1-5.

²⁹² Uğur Samancı, "Dünya Sağlık Örgütü ve Normatif İşlevi", **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 18, Sayı 1, 2016, s. 56-62.

Cenevre olan DSÖ'nün şu anda 150 ülkede bulunan ofislerinde ve 6 bölge ofisinde 7000'den fazla kişi çalışmaktadır.

Türkiye 9 Haziran 1949 tarihinde 5062 sayılı kanun ile DSÖ anayasasını onaylayarak Dünya Sağlık Örgütü'ne resmen üyelik kazanmıştır. Türkiye, DSÖ'ye üyeliğinden sonra, DSÖ ve Birleşmiş Milletlere bağlı diğer kuruluşlarla sağlık alanındaki ilişkilerini daha da geliştirmek amacıyla 19 Ekim 1950 tarih ve 6666 Sayılı Kanun'la onaylanan "Teknik Yardım Anlaşması"yla çeşitli sağlık projelerini başlatmıştır. DSÖ'nün Ankara'da bir ülke ofisi, Gaziantep'te ise saha ofisi bulunmaktadır. DSÖ ile ülkemiz arasındaki ilişkiler ve koordinasyon, İki Yıllık İşbirliği Anlaşmaları çerçevesinde yürütülmektedir. İstanbul'da açılması öngörülen "İnsani ve Sağlık Acil Durumlarına Hazırlılık Teknik Uzmanlık Ofisi"nin Ev Sahibi Ülke Anlaşması, 2 Mayıs 2017 tarihinde imzalanmıştır. Türkiye Halk Sağlığı Kurum Başkan Yardımcısı Dr. Bekir Keskinçelik 2016-2019 dönemi DSÖ İcra Kurulu üyesi olarak görev yapmaktadır.²⁹³

Dünya Sağlık Örgütü'ne üyelik tüm devletlere açık olup, BM üyesi devletlerin DSÖ'ye üye olabilmesi için sadece DSÖ Anayasasına taraf olması yeterli görülmektedir. Örgütün herhangi bir organının ayrı bir kabul kararına ihtiyaç duyulmamaktadır. BM üyesi olmayıp, DSÖ'ye üye olmak isteyen devletlerin üyeliği ise, başvurularının Asamble tarafından basit çoğunlukla kabulü şartına bağlanmaktadır. 2020 yılı itibarıyla DSÖ'ye 194 ülke üye durumundadır ve 2 ülkede ortak üye konumundadır. Dünya Sağlık Örgütü genel olarak, tüm üye ülkelerin temsil edildiği Dünya Sağlık Asamblesi, daha sınırlı sayıda üye devletin temsil edildiği fakat Asambleye göre daha sık toplanan İcra Kurulu ve örgütün idari işlerini yürüten ve günlük işleyişini sürdüren Sekreteryadan oluşmaktadır. Bu merkezi organların yanında DSÖ'nün bölgesel teşkilatlanması ve bazı üye devletlerde ülke ofisleri de bulunmaktadır.²⁹⁴

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık hizmetlerinin gelişiminde ve sağlık hizmetleri ile ilgili; politika, yasal çerçeve, uygulamalar, çeşitli hastalıklar ile ilgili bilgi ve iletişimin sağlanması ve ülkelerarası birlikte mücadele konularında faaliyet gösteren uluslararası bir kuruluştur.²⁹⁵ DSÖ ırk, politika, ekonomik ve sosyal durum fark etmeksizin en yüksek sağlık

²⁹³ T.C Dışişleri Bakanlığı, "Dünya Sağlık Örgütü (WHO)", <http://www.mfa.gov.tr/who.tr.mfa>. (21 Aralık 2020).

²⁹⁴ Uğur Samancı, a.g.e., s. 64-65.

²⁹⁵ Özgür Topkaya, "Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi", **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 21, Sayı 2, 2016, s.708.

hizmetlerinin standart bir şekilde uygulanmasının tüm bireylerin temel hakları olduğunu vurgulamaktadır. Böylece DSÖ sağlık konusunda yüksek standartları sağlamak amacıyla tüm ülkeler arasında işbirliğini sağlayıcı rol oynamaktadır. DSÖ sağlığın, sosyal, ekonomik, çevresel ve davranışsal belirleyicileri üzerine, eşitsizlikleri giderme üzerine odaklı etkin kamu sağlığı politikaları geliştirmek ve üretilen politikaların devamlılığını sağlamayı amaçlamaktadır. DSÖ genel sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık sistemlerinin kapsamını evrensel hale getirmek ve bireylerin yüksek nitelikli, destekleyici, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine erişimlerine olanak sağlamak, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde sektörler arası eylem kapasitesi dahil, kamu sağlığı kapasitesini oluşturmak, korumak ve güçlendirmeyi, bireylerin sağlık masrafları sonucu maddi güçlüklerle karşılaşmalarını önlemek için sağlık finansmanı sunmayı amaç edinmektedir. Ek olarak DSÖ, sağlık alanındaki eşitsizlik ile mücadele etmek, insanların daha sağlıklı olmaları için yatırım yapmak, vatandaşları yetkilendirmek ve sağlık açısından güçlü toplumlar oluşturmak, sağlıklı ve sağlığa olumlu katkı yapan çevrenin korunması ve yaratılması noktasında çalışmak, hasta merkezli sağlık sistemleri, kamu sağlık hizmetleri oluşturmak ve acil durumlara hazırlıklı olmak gibi hedefler içinde çalışmaktadır.²⁹⁶

Küresel dünyada yaşanan ve hala etkisini devam ettiren Covid-19 salgını Çin'in Wuhan kentinde bilinmeyen bir şekilde ortaya çıkan vakaların artması sonucunda 19 Aralık 2019 tarihinde DSÖ tarafından Çin Ülke ofisine yapılan bildiri ile başlamıştır. DSÖ sahip olduğu misyon doğrultusunda küresel anlamda hastalık seviyesini ulusal ve küresel anlamda seyrederek, hastalığın görülmediği yerlerde hızla yeni vakaları tespit etmek ve izlemek aynı zamanda ulusal, bölgesel ve küresel düzeyde risk değerlendirmesi yapmak kritik hazırlık ve müdahalelerde bulunmayı temel amaç olarak edinmiştir. Ancak gelinen bu süreç ile birlikte küresel düzeyde milyonlarca insan Covid-19 hastalığına yakalanmış ve milyonlarca insan vefat etmiştir. Böyle bir durumda acilen bir hastalığın ortaya çıkışının erken aşamasında eksik ve hatalı uygulamaların olması, konuyla ilgili bilgilerin yavaş yavaş tamamlanması beklenen bir durum olarak görülebilmektedir. DSÖ'nün de COVID-19'a yanıtı, süreç odaklı bir yaklaşım oldu; ancak daha önce yaşanan MERS veya SARS salgınlarından daha hızlı gerçekleşti. Her ülkenin uygulaması gereken müdahalelerin kapsamının ve şiddetinin birçok toplumsal

²⁹⁶ Özgür Topkaya, a.g.e, s.716-717.

eşitsizlik, kırılganlık durumlarının yanında mevcut şartlarından ve politik yaklaşımlardan da etkilendiği gözlemlendi. Her devletin aynı şekilde hızlı harekete geçmemesi daha doğrusu geçememesi söz konusu oldu. DSÖ ekonomi, ticaret, finans, politika, sosyal medya vb. birçok farklı alanda bağlantı kurarak ülkeler ile daha önceki salgınlara göre daha üst düzeyde işbirliği kurdu, sürekli güncellenen rehberler ve araçlar ile ulaşılabilirliğini arttırdı. Tüm şüpheli vakaların tespiti, laboratuvar teyidi, izolasyonu, tedavisi; temaslıların tespit edilip izlenmesi ve karantinaya alınması önerileri üzerinde ağırlıklı olarak duruldu.²⁹⁷ Sonuç olarak COVID-19 pandemisinin ortaya çıkması ile özellikle tüm dünyayı ani olarak etkileyen salgınların yönetilmesinde DSÖ gibi küresel veya çok uluslu kurumların güçlendirilmesi gerektiği, tek sağlık yaklaşımının önemi ve sağlığın sadece sağlık sektörünün işi olmadığı tekrar ortaya konulmuş oldu.

²⁹⁷ Selva Dilan Gölbaşı ve Selma Metintaş, “Dünya Sağlık Örgütü’nün Covid-19 Pandemisinde Küresel Sürveyans Çalışmaları”, **ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi**, Sayı 5, 2016, s.184-213.

SONUÇ

Teknolojik anlamda yaşanan ilerlemeler, pek çok sektör gibi sağlık sektörünü de önemli ölçüde etkilemiş, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırıcı bir etki yapmıştır. Sağlıkta teşhis ve tedaviler noktasında bir iyileşmenin yaşanması, sağlık istihdamında da değişikliklere neden olmuştur. Türkiye, küresel ölçekte yaşanan bu değişimlere ve yeniliklere ayak uydurmaya çalışmış, sağlık sektöründeki teknolojik imkânlardan yararlanmıştır. Pek çok hastalığın teşhis ve tedavisinde bugün teknolojik aletler kullanılmaktadır. Bu durum sağlık personellerinin istihdamı ile ilgili olarak da önem taşımaktadır. Teknolojik imkânlar ile istihdam durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Türkiye hem sahip olduğu uzman personeller hem teknolojik imkânlarla geliştirilen sağlık hizmetleri ile bölgesinde bir cazibe merkezi konumundadır.

Türkiye nüfusu artış trendinde olan bir ülkedir. Nüfus sayısının artması, sağlık hizmetlerinde belirli bir standardın yakalanabilmesini de güçleştirmektedir. Artan sağlık talebinin karşılanabilmesi için sağlık sektöründe teknoloji kullanımı yaygınlaştırılmış ayrıca personel sayısı önemli ölçüde artırılmıştır. Sağlık personel sayısının tek başına artırılması, artan talebin karşılanması noktasında yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle personellerin daha nitelikli hale getirilebilmeleri için de çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Sağlık sektöründe hem nitel hem de nicel anlamda daha üstün bir hizmet sunulabilmesi için süreç içerisinde pek çok yönetime başvurulmuştur.

Nüfus artışıyla paralel bir biçimde nüfusun yaşlanması da sağlık talebini artırıcı bir etkiye sahiptir. Bu durum da sağlık personeli noktasında bir açığın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bütün bu gelişmeler sağlık sektöründe bir maliyet artışını doğurmuş sağlık sektörünün kamuya olan yükü artış göstermiştir. Yöneticiler hem sahip oldukları sınırlı kaynakları optimal bir biçimde kullanmak istemiş hem de personel açığını gidermek istemişlerdir. Bu bağlamda farklı istihdam politikalarının devreye sokulduğu söylenebilir. Bunlar arasında sözleşmeli personel ve taşeron işçiliği en fazla kullanılan yöntemler olarak dikkat çekmektedir.

Türkiye’de küreselleşme ile birlikte ortaya çıkan yeni teknolojiler, sağlık hizmeti sunumunu daha kolay hale getirmiş, sağlık hizmetlerinde bir kalite artışının yaşanmasını

sağlamıştır. Sağlık teknolojileri aynı zamanda yeni bir istihdam alanı oluşturmuştur. Böylece sağlık hizmetlerinde teşhis ve tedaviler geliştirilerek topluma hizmet verilebilmektedir.

1990’lerden günümüze gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı artış göstermektedir. Bu artışın sebepleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Gelir artışıyla birlikte, vatandaşların sağlık hizmetlerinden bekledikleri kalite de artmaktadır.

- Kişi başına düşen gelir arttıkça sağlık hizmetlerinin kullanımı da artmaktadır.

- Eğitim düzeyi arttıkça sağlık bilinci yükselmektedir. Bu da insanların sağlık konusundaki duyarlılıklarını artırmaktadır.

- Kentleşmenin artması ve göçün yaşanması, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı artırmıştır.

- Yaşam süresi uzadıkça yaşlılık süresi de uzamaktadır. Bu durum da yaşlılık dönemindeki sağlık taleplerinin artmasına neden olmaktadır.

- Yaşanan teknolojik gelişmelerle sağlık harcamaları da artmaktadır. Hem hizmetlerin sunulması için gerekli malzeme ve teçhizat hem de gerekli insan gücü kaynağının yetiştirilmesi sağlık harcamalarını yükseltecektir.

Bir ülkede sağlık hizmetlerine dair en önemli gösterge, o ülkenin sağlık harcamalarıdır. Yapılan araştırmalara göre artan sağlık harcamaları hem ülke vatandaşlarının yaşam kalitesini ve yaşam sürelerini uzatmakta hem de o ülkenin ekonomik büyümesi ve kalkınmasında da rol oynamaktadır. Sağlık alanına yapılan harcamalar, fiziki yatırımları, teknolojik ilerlemeyi ve dolayısıyla ekonomik büyümeyi artırmaktadır. Gerektiğinden daha fazla yapılan sağlık harcamaları ise bazı olumsuz durumları ortaya çıkarabilmektedir. Sağlık harcamalarına gereğinden fazla pay ayrılması, başta eğitim olmak üzere diğer alanların ihmal edilmesine neden olabilir. Buna ek olarak yüksek sağlık harcamaları ülkeye ekonomik yük ve sosyal güvenlik kurumlarına yapılacak geri ödemelerde sorunların yaşanmasına neden olabilir.

Ekonomik açıdan kalkınmanın sağlandığı ülkelerde sağlık harcamalarının diğer ülkelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna ek olarak gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık harcamalarına önem verilmektedir. Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2003-2010 yılları arasında artmıştır. 2012-2015 yılında bu oran sabit kalmıştır. 2015 sonrası dönemde ise sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı 2016’da 1,0 artmış, 2017’de 4,5 rakamına düşmüş ve 2019’da 4,7 olarak gerçekleşmiştir. OECD ülkeleri ile kıyaslandığında ise Türkiye toplam sağlık harcaması kalemine GSYİH içinde en az payı ayıran ülke konumundadır.

Bu çalışmanın amacı sağlık sektörünün istihdam üzerinde etkili olup olmadığının ortaya konmasıdır. Yapılan araştırma sonucunda sağlık sektörünün finansmanı ve istihdamı konusunda görülen eksikler ve öneriler aşağıda sunulmaktadır.

Türkiye’de son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan istihdamın arttığı görülsede başta kişi başına düşen sağlık personeli olmak üzere hala OECD ülkelerinin çok gerisinde yer almaktadır. Sağlık personelinin istihdamında bazı sınırlılıkların olması sağlık insan gücü sorunlarının çözümünü kısa sürede çözülememesine yol açmaktadır. Birincisi özellikle yetişmiş uzman ve pratisyen hekim sayısının yetersiz olması, iyi yetişen personelin ülke dışında çalışmaya yönelmesi, sağlık personelinin eğitim süresinin uzunluğu gibi sebepler ihtiyaç duyulan sağlık personelinin kısa sürede istihdam edilmesini zorlaştıran temel sınırlılıklardır. Ayrıca kamu kaynaklı istihdamlarda ekonomik sınırlılıklar nedeniyle istihdam edilmek istenen personelin mali ve sosyal haklarının finansal olarak karşılanamaması söz konusu olabilir. Ayrıca kamu hastaneleri için atama talepleri Sağlık Bakanlığı tarafından gelsede alınacak kişi sayısı bakanlıklar arası bir kararla belirlenmektedir. Bu nedenlerle Sağlık Bakanlığı istediği miktarda sağlık personeli alamamakla karşılaşabilmektedir. Bu gibi durumlar nedeniyle personel istihdamında zorluklar yaşanabileceği göz önüne alınmalıdır.

Bu çalışmanın amacı sağlık sektörünün istihdam üzerinde etkili olup olmadığının ortaya konmasıdır. Yukarıda özetlenen bilgiler ışığında sağlık sektörünün istihdam üzerinde etkili olduğu sonucu varılmıştır.

Türkiye’deki sağlık istihdamının daha iyi bir duruma getirilebilmesi ve sağlık istihdamında başarı sağlanabilmesi için başvurulabilecek pek çok yeni yöntem bulunmaktadır.

Özellikle son dönemde yaşanan maliyet artışı, sağlık sektöründe her geçen gün daha fazla hissedilir hale gelmektedir. Sağlık sektörü tarafından sunulan hizmetler, vazgeçilemez, ertelenemez ve genel çerçeve itibarıyla öngörülemez niteliktedir. Ayrıca sunulan hizmetlerin kutsal bir nitelik de taşıdıkları söylenebilir. Bu durum yaşanan maliyet artışının daha fazla hissedilmesine sebep olmaktadır. Bu problemin çözümü adına tüm sağlık kuruluşları bir sektör işletmesi olarak görülmeli ve sahip olunan sınırlı kaynaklar optimal bir biçimde kullanılmalıdır. Sınırlı kaynakların optimal kullanımın sağlanması için sağlık finansman yöneticileri yetiştirilebilir.

Türkiye’de ilaç sanayisi, tıbbi teknoloji ve tıbbi sarf malzemesi sağlanması açısından dışa bağımlı bir ülke konumundadır. Mevcut koşullar iyileştirilerek ve kısa, orta ve uzun vadeli planlamalarla bu problemin aşılabilmesi mümkündür. İlaç sanayiinde dışa bağılılığın azaltılması, bu konuda ekonomik anlamda ciddi bir rahatlamayı da beraberinde getirecektir. Elde edilen ekonomik kaynak ise sağlık personellerinin istihdam düzeylerinin artırılması yoluyla kullanılabilir. İstihdam artırıcı bir politika toplumsal refaha da önemli katkılar sunabilecektir.

Sağlık sektörü her ne kadar teknolojik imkânlar gelişse de emek yoğun bir sektör durumundadır. Bu nedenle istihdam giderlerini azaltmak ve optimal verimliliği sağlamak için yeni birtakım istihdam yöntemlerine başvurulabilir. Özellikle esnek çalışma yöntemlerine son dönemde bir ilgi artışının olduğu görülmektedir. Başvurulabilecek yöntemler arasında yer alan taşeron firma işçiliği ve sözleşmeli personel istihdamı Türkiye’de oldukça yaygın bir vaziyettir. Sağlık sektöründe personel açığını gidermenin ve kaynak tasarrufu sağlamanın yolu olarak esnek çalışma modelleri kullanılmamalıdır. Bu yöntem iş güvencesini azaltmakta, sosyal hakları zayıf çalışanlar ortaya çıkarmaktadır. Bu durum hem verimliliği hem de toplumsal refahı düşürecektir

Türkiye’de genel olarak sağlık personeli sayısı AB ve OECD üyesi ülkelere göre çok düşük seviyededir. Gelecek yıllarda yaşlanan nüfus ve teknolojik değişim de düşünüldüğünde personel açığının hızla artış göstereceği tahmin edilmektedir. Bunun için hem yeni personeller yetiştirilmeli hem de mevcut personellerin daha nitelikli hale getirilmeleri için çeşitli çalışmalar yapılmalıdır. Özellikle eğitim olanakları iyileştirilmeli ve insan kaynakları planlamasının yapılması oldukça büyük öneme sahiptir. İnsan kaynakları planlamasının politik birtakım

menfaatlere göre şekillendirilmesi ve objektif bir biçimde hareket edilememesi, önemli bir problemdir. Bu nedenle başvurulacak yöntemin adil ve doğru bir dağılım içermesine dikkat edilmesi gerektiği söylenebilir.

Türkiye’de hemşire sayısı ve niteliği yetersizdir. Hemşire sayısı ve niteliği artırılmalı hemşirelerin sosyal ve ekonomik koşulları daha iyi hale getirilmelidir. Ayrıca ekonomik ve sosyal koşullar, hekimlerin de uzmanlaşmaya yönelememelerine neden olmaktadır. Bundan dolayı pratisyen hekimlerin çalışma koşulları ve maaşları iyileştirilmeli burada daha nitelikli personellerin istihdam edilebilmesinin önü açılmalıdır.

Türkiye’nin nüfus yapısı genç ve dinamikdir. Bu genç nüfusun teknolojiye olan ilgisi sağlık istihdamında pozitif bir etki yaratabilir. Türkiye’de genel olarak sağlık alanında çalışma konusunda bir istekliliğin olduğu görülmektedir. Bu durumun temel nedeni ise içerisinde bulunulan sosyal ve ekonomik koşullardır. Türkiye sahip olduğu genç ve dinamik nüfusu ihtiyaç duyulan yeni mesleklere yönlendirmeli, personel açığını giderici bir istihdam politikası oluşturmalıdır. Türkiye’de sağlıkla ilgili mesleki eğitim verilen ve çalışabileceği iş alanı olmasına rağmen kamuda kadrosu bulunmayan mesleklere istihdam olanağı sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Acar, Sinan. Sağlıkta Dönüşüm ve Yeni İstihdam Biçimleri: Taşeron Sağlık Çalışanları Üzerine Sosyolojik Bir İnceleme. **Yayımlanmamış Doktora Lisans Tezi**. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018
- Access Economics, **Exceptional Returns The Value Of Investing In Health R&D In Australia**, Canberra: The Australian Society for Medical Research, 2003.
- Acıdumani, Ahmet. “Darüşşifalar Bağlamında Kitabeler, Vakıf Kayıtları ve Tıp Tarihi Açısından Önemleri- Anadolu Selçuklu Darüşşifaları Özelinde”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 63, Sayı 1, 2010, 9-15.
- Açıkgöz, Reşat ve Şükrü Yusufoglu. “Türkiye’de yoksulluk olgusu ve toplumsal yansımaları”, **İnsan ve Toplum Bilim Araştırmaları Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, 2012, 76-117.
- Akar, Sevda. “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt 21, Sayı 1, 2014, ss. 311- 322.
- Akdemir, Nuran ve Yeliz Akkuş. “Rehabilitasyon ve Hemşirelik”, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, Cilt 13, Sayı 1, 2006, 82-91.
- Akdur, Recep, Meltem Çöl ve Aysel Işık. **Halk Sağlığı**. Ankara: Antıp A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, 1998.
- Akdur, Recep. “Sağlık hizmetleri ve sınırlı kaynakların dağıtımı (tartışılması gereken sorular)”, **Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History**, Sayı 1, 2002, 315-329.
- Akdur, Recep. **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması**. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2000.
- Akfırat, Serap, Filiz Çömez ve Ünsal Yetim. “How the Poor Deal with Their Own Poverty: A Social Psychological Analysis from the Social Identity Perspective”, **Soc Indic Res**. Cilt 127, Sayı 1, 2016, 413-433.

- Akın, Cemil Serhat. (2007), “Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları”. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- Aksakoğlu, Gazanfer ve Hatice Giray. “Birleşik Krallık’ta ulusal sağlık hizmetinin öyküsü”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 21, Sayı 5-6, 2006, 335-343.
- Akuzun, Hasan. “Hastane Bilişim Sisteminin Uygulanmasına Yönelik Bir Değerlendirme: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği”. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018.
- Alacahan, Engin. Sağlık Sektörü Harcamalarının Türkiye’nin Kalkınmasındaki Rolü. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.
- Alkin, Erdoğan. **İktisada Giriş**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 8. Baskı, 2008.
- Alliance AHPSR, **Strengthening health dystems: The role and promise of policy and systems research**, Switzerland: Alliance AHPSR, 2004.
- Altay, Asuman. “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı 64, 2007, 33-58.
- Amzat, Jimoh ve Oliver Razum. **Medical Sociology in Africa**. Switzerland: Springer International Publishing, 2014.
- Arpacıoğlu, Özge. “Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluğun Analizi”, **Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Dergisi**, Cilt 4, Sayı 2, 2011, 60-76.
- Arslantürk, Zeki ve Tayfun Amman. **Sosyoloji**. İstanbul: Çamlıca Yayınları, 2014.
- Atasever, Mehmet. **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2014.
- Ateş, Metin. **Sağlık İşletmeciliği**, İstanbul: Beta Basım, 2012.

- Atik, Sinan. “Küreselleşme ve Küresel İşletmeler”, **Yayımlanmamış Yüksek Lisan Tezi**, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- Aydın, Kemal. “Türkiye’de Kişisel Gelir Dağılımının Sosyo Ekonomik ve Demografik Belirleyicileri”, **Çalışma ve Toplum**, Sayı 32, 2012, 147-166.
- Aydoğan, Murat. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi. **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.
- Ayvaz, Zerrin. Türkiye’de istihdam ve işsizlik sorunları. **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1990.
- Baloğlu, Burhan. “Sağlık ve Sosyal Sınıflar,” **Sosyoloji Konferansları Dergisi**, Sayı XXXI, 2005, 145-159.
- Bayraktutan, Yusuf ve Ferhat Pehlivanoglu. “Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği”, **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 23, 2012, 127-162.
- Bekir Metin ve Sevim Tezel Aydın, **Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 1988.
- Belek, İlker. **Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü**. İstanbul: Yazılama Yayınevi, 2016.
- Bergh, Andreas ve Therese Nilsson. “Income Inequality and Individual Health: Exploring the Association in a Developing Country”, **SSRN Electron J.**, Sayı 899, 2012, s. 238-248.
- Bertan, Münevver ve Çağatay Güler. **Halk Sağlığı: Temel Bilgiler**. Ankara: Güneş Kitapevi, 1995.
- Bilen, Mahmut ve Mustafa Çalışır. “Türkiye’de Yoksulluk Tuzağının Politik Belirleyicileri”, **Akad İncelemeler Dergisi**, Cilt 8, Sayı 1, 2013, 321-345.

- Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, **Türkiye İlaç Sektörü ve Stratejisi ve Eylem Planı**. Ankara: Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 2008.
- Bolsoy, Nursen ve Ümran Sevil. “Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, Cilt 9, Sayı 3, 2006, 78-87.
- Bortz Walter. “Biological Basis of Determinants of Health”, **American Journal of Public Health**, Cilt 95, Sayı 3, 2005, 389-392.
- Bostancı, Yalçın. Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası. **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Konya Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- Boz, Canser ve Haydar Sur. “Avrupa Birliği Üyesi ve Aday ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılıklarının Analizi”, **Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı 9, 2015, 23-46.
- Bozma, Gürkan, Murat Eren ve Salim Başar. “Gelir Dağılımı Eşitsizliği ve Yaşam Beklentisi İlişkisi: Wilkinson Hipotezi”, **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Dergisi**, Sayı 32, 2018, 793-805.
- Branch, Lawrence ve Kathryn Petrossi. **The Structure and Financing of the Health Care System: Reality and Consequences**. New York: Oxford University Press, Inc, 2009.
- Charlene Marie Kalenkoski ve Sabrina Wulff Pabilona, **Initial Impact of the COVID-19 Pandemic on the Employment and Hours of SelfEmployed Coupled and Single Workers by Gender and Parental Status**, Almanya: Institute of Labor Economics, 2020.
- Cichon, Michael, Axel Weber, Hiroshi Yamabana ve Charles Normond. **Modelling in Health Care Finance, A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing**. Geneva: ILO and ISSA, 1999.
- Coburn, David. “Income inequality, social cohesion, and the health status of populations”, **Soc Sci Med**, Sayı 51, 2000, 135-146.

- Coşğun, Selman. “İkinci ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların (Hastanelerin) Verdikleri Hizmetlere Göre Karşılaştırılması”. **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018.
- Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "2009 Baz Yılı Gayrisafi Yurtiçi Hasıla", 2020, <http://www.sbb.gov.tr/ekonomik-ve-sosyal-gostergeler/#1540021349004-1497d2c6-7edf> (27 Eylül 2020).
- Cura, Serkan. “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz”. **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
- Cutler, David ve Sarah Reber. “Paying for health insurance: The trade-off between competition and adverse selection”, **The Quarterly Journal of Economics**, Sayı 113, 1998, 433-466.
- Cylus, Jonathan, Erica Richardson, Lisa Findley, Marcus Longley, Ciaran O’Neill ve David Steel. **Health System in Transition**. Denmark: World Health Organization, 2015.
- Çakır, Özlem. “Türkiye ve Avrupa Birliği'nde uygulanan sağlık finansman politikalarının değerlendirilmesi”. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.
- Çalışkan, Zafer. “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, **H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 26, Sayı 2, 2008, 29-50.
- Çelik, Yusuf. “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 1, Sayı 63, 2011, 62-81.
- Çelikay, Ferdi ve Erdal Gümüş. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı 11, 2010, 177-216.
- Çiftçi Arbay Özden. “Sağlıkta Ar-Ge ve İnovasyon: Hacettepe Deneyimi”, https://himsseurasia.com/wp-content/uploads/sunumlar/2019/arbay_ozden_ciftci.pdf. (12 Aralık 2020).

- Çirpici, Erdal. Türkiye'de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1980 Sonrası Uygulanan Neo-Liberal Ekonomi Politikalarının Sağlık Personeli İstihdamı Üzerindeki Etkileri: Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamının Eleştirel Bir Değerlendirmesi. **Yayımlanmamış Yüksek Lisans**, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
- Çoban, Hilmi. Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. **Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
- David Bloom ve David Canning, “TheHealthandWealth of Nations”. **Science AAAS**, Cilt 287, Sayı:5456, 2000, 1207- 1209.
- Deloitte, 2020, What will be the impact of the Covid-19 pandemic on healthcare systems?. <https://www2.deloitte.com/fr/fr/pages/covid-insights/articles/impact-covid19-healthcare-systems.html>. (20 Aralık 2020).
- Detels Roger, Martin Gulliford, Quarraisha Karim ve Chorh Tan, **Oxford Textbook of Public Health**. İngiltere: Oxford Üniversitesi Yayınları, 2015.
- Dinç, Gönül. **Birleşik Krallık Sağlık Sistemi**. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, 2009.
- Durdu, Zafer. “Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti”, **Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi**, Cilt 1, Sayı 22, 2009, 37-50.
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı**. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013.
- Er, Ünal. Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası. **Yüksek Lisans Tezi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.
- Erden, Münire. **Eğitimde Program Değerlendirme**, Ankara: Anı Yayıncılık, 2014.
- Erginöz, Ethem. “Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar”, **Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi**, Sayı 62, 2008, 31-40.

- Erkan, Hüsnü. **Bilgi Toplumu ve Ekonomik Gelişme**. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 4. Baskı, 1998.
- Erkan, Hüsnü. **Sosyal Piyasa Ekonomisi – Ekonomik Sistem ve Piyasa Ekonomisine İşlerlik Kazandırılması**. İzmir: Konrad Adenauer Vakfı, 1987.
- Ertekin, Şaban. 1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansmanı Sorunu. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000.
- Ertürk Atabey, Selin. Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi. **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
- Evans, Robert, Morris Barer ve Theodore Marmor. **Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations**. Hawthorne: Aldine de Gruyter, 1994.
- Evans, Robert. “Going for the gold: The redistributive agenda behind marketbased health care reform”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Sayı 22, 1997, 427-465.
- Field, Mark. “Ulusal Sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 7, Sayı 48, 1991, 27-32.
- Field, Robert. **Mother of Invention: How The Government Created Free-Market Health Care**. New York: Oxford University Press, 2014.
- Fişek, Nusret. “Kamu Hastaneleri Yönetim Sorunları”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 10, Sayı 69- 70, 1995, 153-169.
- Germov, John. **Theorising Health: Major Theoretical Perspectives in Health Sociology**. Australia: Oxford University Press, 2014.
- Giddens, Anthony. **Sosyoloji**. İsmail Yılmaz (çev.). İstanbul: Kırmızı Yayınları, 2012.
- Giray, Filiz ve Gamze Çimen. “Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye ve OECD Ülkeleri Analiz”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı 111, 2018, 143-171.

Görmüş, Ayhan. **Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri**. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2013.

Gül, Songül. **Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa**. Ankara: Ebabil Yayınları, 2006.

Güven, Enes Ahmet. “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Bazı Polikliniklerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin, Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının, Sağlık Sistemiyle İlgili Düşüncelerinin İncelenmesi”. **Uzmanlık Tezi**, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017.

Güven, Seda. “Türkiye’de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları”, **Sosyoloji Dergisi**, Cilt III, Sayı 29, 2014, 127-164.

Güvercin, Cemal Hüseyin. “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 57, Sayı 2, 2004, 89-95.

Güzel, Ali ve Ali Rıza Okur. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. İstanbul: Beta Yayınları, 1990.

Güzel, Bekir. “Sanayi Devrimi’nin Ortaya Çıkardığı Toplumsal Sorunlar”, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Cilt 33, Sayı 7, 2014, 157-165.

Hahn, Robert ve Benedict Truman. “Education improves health and promotes health equality”, **Int J Heal Serv**, Cilt 45, Sayı 4, 2015, 657-678.

Hapçıoğlu, Bilge. “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri”, 2006, <https://docplayer.biz.tr/56330329-Sagligin-sosyal-belirleyicileri-prof-dr-bilge-hapcioglu.html> (26 Eylül 2020).

Health People, Determinants of Health, 2020, Determinants of Health. [https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health/interventions-resources#:~:text=Healthy%20People%202020%20organizes%20the,5\)%20Social%20and%20Community%20Context.\(29.10.2020\)](https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health/interventions-resources#:~:text=Healthy%20People%202020%20organizes%20the,5)%20Social%20and%20Community%20Context.(29.10.2020)).

Hoşgörür, Vural ve Gamze Gezgün. “Ekonomik ve Sosyal Kalkınmada Eğitim”, **Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Elektronik Eğitim Fakültesi Dergisi**, Cilt 2 Sayı 1, 203-209.

Hulme, David ve David Lawson. “Development Economics and Public Policy”, **Working Paper Series**, Sayı 19, 2006, 1-28.

Hutton Guy. **Decentralization and the sector-wide approach in the health sector**, NY: SDS, 2002, s. 79-81.

Iamexpat, 2017, <https://www.iamexpat.nl/expat-info/dutch-expat-news/health-insurance-expats-netherlands-quick-guide> (29.10.2020).

Irwin, Alec, Nicole Valentine, ve Chris Brown. “The Commission on social determinants of health: Tackling the social roots of health inequities”, **PLoS medicine**, Cilt 3, Sayı 6, 2006, 0749-0751.

ISO, **İstihdam Stratejileri ve Türkiye İçin Bir Model Önerisi**. İstanbul: Dünya Yayıncılık, 2006.

Işık, Abdülkadir. “Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi”. **Yayınlanmamış Doktora Tezi**. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998.

Işık, Nalan ve Eda Dineri. **Makroekonomik Göstergelerle Turizm Ekonomisi**. Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın, 2019.

Işıklar Karakaya, Betül. Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının, Kamu Hastanelerinde Çalışan Personelin İstihdam Ve Ücretlendirme Açısından Çalışma Koşullarına Olumsuz Etkilerini Anlamaya Yönelik Çalışma. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans**. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2019.

İleri, Hüseyin, Betül Seçer ve Handan Ertaş. “Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi**, Sayı 12, 2016, 176-186.

İsmail Mazgit, “Bilgi Toplum ve Sağlığın Artan Önemi”, **I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi**, (Hereke-Kocaeli), 2002.

İstanbulluoğlu, Hakan, Mahir Güleç ve Recai Oğur. “Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri”, **Dirim Tıp Gazetesi**, Sayı 85, 2010, 86-99.

- Jamison, Dean. **Investing in Health**. Washington: Oxford University Press for The World Bank, 2006.
- Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm**, Ankara: Kalkınma Bakanlığı Yayınları, 2018.
- Kaplan, Ahmet. Sağlık Bakanlığı İstihdam Çeşitliliğinin Karabük İlindeki Sağlık Çalışanlarının Motivasyonuna Etkisi. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans**, Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013.
- Karabulut, Kerem. “Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması”, **İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt 13, Sayı 1, 1999, 139-152.
- Karagan, Erhan. Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
- Karagöz, Sevdâ. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.
- Karagöl, Mehmet. **Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu**. Ankara: Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını, 2002.
- Karine Chevreul, Karen Brigham, Isabelle Durand-Zaleski ve Cristina Hernández-Quevedo. “France: Health System”, **Review**, Cilt 17, Sayı 3, 2015, 1-218.
- Kasapoğlu, Aytül. “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü”, **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, Cilt 19, Sayı 2, 2016, 131-174.
- Kavuncubaşı, Şahin ve Selami Yıldırım. **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2018.
- Kılıç, Bülent. “Türkiye için Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları”, **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni**, Cilt 6, Sayı 6, 2007, 501-514.
- Kızılçelik, Sezgin. **Türkiye’nin Sağlık Sistemi**. İzmir: Saray Kitabevleri, 1996.

- Kibritçioğlu, Aykut. “İktisadi Büyümenin Belirleyicileri ve Yeni Büyüme Modellerinde Beşeri Sermayenin Yeri”, **AÜ Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Cilt 53, Sayı 1-4, 1998, 207-230.
- Kocabaş, Ali. “Sağlık Eşitsizlik”, **Toraks Bülteni**, Sayı 9, 9-14.
- Kocasoy, Alper. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
- Koçak, Orhan. “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler”, **İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, 2011, Cilt 13, Sayı 4, 2011, 51-82.
- Korkusuz, Refik ve Bahar Burtan. “Sağlık Hakkının Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri ve Önemi ile Gelişim Sürecindeki Eğilimler”, **Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, 2011, 65-83.
- Kroneman, Madelon, Wienke Boerma, Michael Berg, Peter Groenewegen, Judith Jong ve Ewout Ginneken. **Health Systems in Transition:Netherlands**. Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, 2016.
- Kuruca, Mustafa. Genel sağlık Sigortası, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
- Kut, Altuğ ve Funda Salgür. “Sağlık alanında sosyoekonomik düzey belirleme: Tıbbi araştırmalarda doğru uyguluyor muyuz?”, **Türkiye Aile Hekim Dergisi**, Cilt 19, Sayı 1, 2015, 4-15.
- Küçük, Aziz, “Türkiye’nin Sağlık Ar-Ge Politikasında Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) Modelinin Önemi”, **Turkish Studies Social Sciences**, Cilt 14, Sayı 6, 2019, 3211-3229.
- Marmot, Michael ve Richard Wilkinson. “The Solid Facts”, **World Heal Organ Reg Offi ce Eur**, Cilt 14, Sayı 4, 2003, 1-30.

- Marmot, Michael. "Social determinants and the health of Indigenous Australians", **Med J Aust**, 2011; Cilt 194, Sayı 10, 512-513.
- McCarthy, James ve Deborah Maine. "A framework for analyzing the determinants of maternal mortality", **Studies in family planning**, Sayı 23, 1992, 23-33.
- Meseri, Reci. "Hollanda Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim**, Cilt 22, Sayı 4, 2007, 247-259.
- Metin, Bekir ve Tezel Aydın, Sevim. **Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 1988, s.1-5.
- Mortuaries, Hansen ve Jerame King. "The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach", **Journal of Health Economics**. Sayı 1, 1996, 127-137.
- Mossialos, Elias ve Anna Dixon. "Funding Health Care: an Introduction", **Funding health care: options for Europe**, Cilt 1, Sayı 30, 2002, 1-30.
- Muğan, Suna. Türkiye'de Turizm Yatırımlarının İstihdama Olan Etkisi. **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1988.
- Mutlu, Ayşegül ve Abdülkadir Işık. "Sağlık Ekonomisi ve Politikaları", **Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi**, Cilt 14, Sayı 149, 2002, 214-229.
- Mutlu, Ayşegül ve Abdülkadir Işık. **Sağlık Ekonomisine Giriş**. Bursa: Ekin Kitabevi, 2012.
- OECD, "Main Science and Technology Indicators", <http://www.oecd.org/sti/msti.htm>. (19 Aralık 2019).
- OECD, **Health at a Glance 2015: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing, 2015.
- OECD, **Health at a Glance, OECD Indicators 2005**, Organization For Economic CoOperation and Development", https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2005_9789264012639-en (26.09.2020).
- OECD, **Health spending**, 2018, <https://ia.com.tr/wp-content/uploads/2020/04/2020-48-sa%C4%9Fl%C4%B1k-mali-boyutu-analiz-v2-3.pdf>. (27 Eylül 2020).

OECD, **Health spending**, 2019. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>. (9 Aralık 2020).

Okay, Ayla. **Sağlık İletişimi**. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2016.

Onkun, Emine. “Halk Sağlığı ile İlgili Temel Kavramlar”, 2015, http://docs.neu.edu.tr/staff/emine.onkun/20.%20HALK%20SA%C4%9ELI%C4%9EI%20KAVRAMLAR_9.pdf (26 Eylül 2020).

Öner, Can. “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”, **Türkiye Klin J Fam Med Special Top**. Cilt 5, Sayı 3, 2014, 15-18.

Özalp, Ahmet. “Piyasa-Kamu Dikotomisi ve Küba Örneği”, **Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 1, Sayı 2, 2009, 67-81.

Özata, Yamaç. “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması”. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.

Özatağ, Selami. “Özelleştirme Sonrası İstihdam Politikaları ve Çalışanların Girişimciliğe Özendirilmesi Kütahya Araştırması”. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.

Özcan, Orhan. “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003 - 2015 Yılları Arasında Ülkemize Katkısının İncelenmesi”. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.

Özcan, Şebnem, Harl Ryder, David Weil ve Mortality Decline. “Human Capital Investment, and Economic Growth”, **Journal of Development Economics**, Cilt 62, Sayı 1, 2000.

Özer, Özlem, Mehmet Gözlü, Seda Karsavuran ve Kenan Gözlü. “Türkiye sağlık finansmanında yeni bir alternatif: Tamamlayıcı sağlık sigortası”, **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı 42, 2014, 1-15.

- Özgür Topkaya, “Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 21, Sayı 2, 2016, 707-722.
- Özgür Topkaya, “Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 21, Sayı 2, 2016, s.708.
- Özkan, Şirin ve Mert Uydacı. “Türkiye’de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi”, **Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi**, Cilt 11, Sayı 44, 2015, 433-472.
- Paksoy, Semin. “Ülke Göstergelerinin Vikor Yöntemi ile Değerlendirilmesi”, **Ekon ve Sos Araştırmalar Dergisi**, Cilt 11, Sayı 2, 2015, 153-169.
- Parsons, Talcott. **The Social System**. London: Taylor and Francis e-Library, 2005.
- Patel, Kant ve Mark Rushefsky. **Healthcare Politics and Policy in America**. New York: M.E Sharpe Inc, 2014.
- Preston, Samuel. “Population Investigation Committee”, **The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development**, Sayı 29, Sayı 2, 231-248.
- Resmi Gazete, “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerini Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”, Tarih 11.01.1995, No.22165.
- Rice, Thomas, Pauline Rosenau ve Lynn Unruh. **United States of America Health system review- Health Systems in Transition**. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2013.
- Saatçioğlu, Cem ve Gövdere, Bekir. “Küreselleşme, Teknoloji ve Ticaret ile İşsizlik Arasındaki İlişkiye Eleştirel Bir Yaklaşım”, **İktisat Dergisi**, Sayı. 416, 2001, 40-44.
- Sağlık Bakanlığı ve T.C. Yükseköğretim Kurulu, **Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu**. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008.

Sağlık Bakanlığı, “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü”, 2011, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.p> (12 Eylül 2020).

Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018”, 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. (9 Aralık 2020).

Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017**. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2012.

Sağlık Bakanlığı, **Stratejik Plan 2019-2023**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2018.

Sağlık Bakanlığı, **Türkiye’ de Sağlığa Bakış**. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2007.

Sağlık Bakanlığı, **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu**. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008.

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, https://www.researchgate.net/publication/314240115_FINANCING_HEALTH_SERVICES-SAGLIK_HIZMETLERININ_FINANSMANI, (29.10.2020).

Sargutan, Erdal. “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8, Sayı 3, 2005, 400-428.

Sargutan, Erdal. **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.

Scott Ratzan. “Health Literacy: A Prescription to End Confusion”, **Health Literacy**, Sayı 42, 2005, 207-214.

Seldon, Arthur. “Prospects For Private Health Insurance”, **The British Medical Journal**, Cilt 3, Sayı 5558, 166-168.

Selva Dilan Gölbaşı ve Selma Metintaş, “Dünya Sağlık Örgütü’nün Covid-19 Pandemisinde Küresel Sürveyans Çalışmaları”, **ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi**, Sayı 5, 2016, ss.184-213.

Selva Dilan Gölbaşı ve Selma Metintaş, “Dünya Sağlık Örgütü’nün Covid-19 Pandemisinde Küresel Sürveyans Çalışmaları”, **ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi**, Sayı 5, 2016, s.184-213.

Songur, Haluk ve Tuba Saygın. “Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 7, Sayı 19, 2014, 199-212.

Sözer, Nazım. **Sosyal Devlet Uygulamaları**. İzmir: Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti, 1997.

Steffen,Monika. “The French Health Care System:Liberal Universalism”, **Journal of Health Politics,Policy and Law**, Cilt 35, Sayı 3, 2010, 353-387.

Şahin, İsmet. “Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Karşılaştırmalı Analizi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 11, Sayı 1, 2008, 1-48.

Şantaş, Fatih, Özlem Özer ve Ümit Çıraklı. “Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsangücü Planlaması”, **Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 2, Sayı 2, 2012, 45-59.

Şehsuvaroğlu, Bedi. **Eczacılık Tarihi Dersleri**, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, 1970.

Şen, Murat. “Osmanlı Devleti’nde Sosyal Güvenlik: Ahi Birlikleri, Loncalar ve Vakıflar”, **Çimento İşveren Dergisi**. Cilt 16, Sayı 6, 2002, 18-40.

T.C Dışişleri Bakanlığı, “Dünya Sağlık Örgütü (WHO)”, <http://www.mfa.gov.tr/who.tr.mfa>. (21 Aralık 2020).

Taban, Sami ve Muhsin Kar. **Kalkınma Ekonomisi**. Bursa: Ekin Kitabevi, 2004.

Takak, İrfan Onat. “Hastanelerde Sağlık Bilişimi Hizmetlerinin Verilmesinde Hekimlerin Bilgi Teknolojileri Becerilerinin Değerlendirilmesi İçin Bir Yapı Önerisi”. **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.

- Tarım, Mehveş. “Sağlık Politikaları ve Ar-Ge”, <https://www.sdplatform.com/Dergi/810/Saglik-politikalari-ve-Ar-Ge.aspx>. (19 Aralık 2020).
- Tatar, Mehtap, Bayram Şahin, Sabahattin Aydın, Anna Maresso ve Cristina Hernandez-Quevedo. “Turkey Health System Review”, **Health Systems in Transition**, Cilt 13, Sayı 6, 2011, 1-186.
- Tatar, Mehtap. “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim**, Sayı 72, 1996, 103-133.
- Tekin, Ayşe. “Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)”. **Yüksek Lisans Tezi**, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- Temür, Yusuf. “İllerin Gelişmişlik Derecelerine Göre Hastanelerin Etkinlik Analizi”, **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 2, Sayı 29, 2010, 1-22.
- Tengilimoğlu, Dilaver, Oğuz Işık ve Mahmut Akbolat. **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2017.
- The Academy Of Medical Science. “Medikal Research: What’s it worth? Estimating Economic Benefits of Cancer-Related Research in The UK? Briefing Document, The Academy Of Medical Science”, https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/policy_statement_on_future_of_clinical_trials_as_the_uk_exits_the_eu.pdf. (19 Aralık 2020).
- Tıraş, Hacı Hayrettin. “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri”. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018.
- Tıraşoğlu, Muhammed ve Burcu Yıldırım. “Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi”, **Electronic Journal of Vocational Collages**, Cilt 2, Sayı 2, 2012, 111-117.

- TİSK, “Rakamlarla Türkiye ve Dünya”, <https://www.tisk.org.tr/yayin/46622-rakamlarla-turkiye-ve-dunya--mayis-2019--2019.pdf>. (9 Aralık 2020).
- Tokalaş, Sevinç. “Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması”. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.
- Tokat, Mehmet. **Sağlık Ekonomisi**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1994.
- Tokat, Mehmet. **Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 1993.
- TUBİTAK, **Ulusal Bilim, Teknoloji ve Yenilik Stratejisi (UBTYS) 2011-2016**, Ankara: TÜBİTAK Bilim, Teknoloji ve Yenilik Politikaları Daire Başkanlığı, 2010.
- TUBİTAK. **Ulusal Bilim ve Teknoloji Politikaları 2003-2023 Strateji Belgesi**, Ankara: Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurum, 2004.
- Tunç, Orhan ve Mithat Kıyak. “Türkiye ve Avrupa’da Özel Sağlık Sigortaları”, **Journal of Economics Finance and Accounting**, Cilt 2, Sayı 3, 2015, 409-425.
- Turner, Bryan. **Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi**. Ümit Tatlıcan (çev.). Bursa: Sentez Yayıncılık, 2011.
- TÜİK, "Sağlık Harcamaları İstatistikleri", <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> (25 Eylül 2020).
- TÜİK, “Hayat Tabloları”, <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33711>. (27.09.2020).
- TÜİK, “İşgücü İstatistikleri”, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=72&locale=tr> (9 Aralık 2020).
- TÜİK, “Sağlık ve Sosyal Koruma” <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>. (27 Eylül 2020).
- Türk Tabipler Birliği, “Türk Tabipleri Birliği Örgütsel Öncelikler Raporu”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 10, Sayı 69-70, 1995, 154-159.

Uğur Samancı, “Dünya Sağlık Örgütü ve Normatif İşlevi”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 18, Sayı 1, 2016, 55-89.

Uğur Samancı, “Dünya Sağlık Örgütü ve Normatif İşlevi”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 18, Sayı 1, 2016, s. 56-62.

Unay,Cafer. **Genel İktisat**. 2. Baskı, Bursa: Ekin Kitap Evi, 2000.

Unger, Jean, Pierre De Paepe ve Andrew Green. “A code of best practice for disease control Programmes to avoid damaging health care services in developing countries”, **International Journal of Health Planning and Management**, Sayı 18, 2003, 27-39.

Uysal, Selver. “Bilişim Teknolojileri ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinin Çalışanlar Tarafından Verimli Kullanımı Üzerine Bir Araştırma: Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama Araştırma Hastanesi Örneği”. **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.

Ünal, Erdinç. **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım, 2013.

Ünlüönen, Kurban, Ahmet Tayfun ve Arzu Kılıçlar. **Turizm Ekonomisi**. Ankara: Nobel Yayınları, 2007.

Wagstaff, Adam. “Editorial: Policy and practice”, **Health Educ J**. Cilt 53, Sayı 1-2, 1994, 92-107.

Wainwrite, Dawid. **The Changing Face of Medical Sociology**. India: C&M Digital Pvt Ltd, Chennai, 2008.

Weale, Martin ve Christopher Doyle. “Education, Externalities, Fertility, and Economic Growth”, **Education Economics**, Cilt 2, Sayı 2, 1994, 129-167.

Whitehead, Margaret ve Göran Dahlgren. “Regional Office for Europe Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1”. **World Heal Organ Reg Office Eur**. 2007, Sayı 2, 1-34.

WHO, “The Urban Health Crisis. Organ World Heal”, 1993,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37434> (26.09.2020).

WHO, **Basic Documents, Forty-Eighth Edition**, Geneva: WHO Press, 2014.

WHO, **Research and Development to Meet Health Needs in Developing Countries: Strengthening Global Financing and Coordination**. Geneva: World Health Organization, 2012.

WHO. “Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care”,
https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (26 Eylül2020).

WHO. “Global Health Estimaates. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
(19 Aralık 2020).

Witter, Sophie. “Briefing paper for oxfam GB, health financing in developing and transtional countries”, **Centre For Health Economics University of York**, Sayı 22, 2001, 2-56.

WorldBank. “Life Expectancy at Birth,
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>. (19 Aralık 2020).

Yahşi, Fatma. Küreselleşme ve İstihdam. **Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.

Yaman, Kemal. “Alman Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Finansman Prensipleri”, **Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi**, Sayı 24, 2014, 281-298.

Yapar, Güçkan ve Sibel Özge Tuncel. **Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi. Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması**. İstanbul: Milli Reasürans Türk Anonim Şirketi, 1999.

Yardım, Mahmut ve Sarp Üner. “Türkiye’de Hekim Dağılımında Coğrafi Farklılıklar”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Cilt 12, Sayı 5, 2013, 487-494.

Yardım, Mahmut. **Sağlık İnsangücü Dağılımı Değerlendirmelerinde Göz Ardı Edilen Bir Kavram: Hakkaniyet. Hekim Örneğinde Sağlık Personeli Dengesizliğinin Bazı**

- Eşitsizlik Göstergeleri ile İncelenmesi.** Trabzon: 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2011.
- Yardımcıoğlu, Fatih. “Eğitim ve Sağlık İlişkisi”, **Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Sayı 9, 2008, 49-74.
- Yaşar, Gülbiye. “Sağlığın finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi”. **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- Yavilioğlu, Cengiz. “Kalkınmanın Anlambilimsel Tarihi ve Kavramsal Kökenleri”, **C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt 3, Sayı 1, 2002, 59-77.
- Yavuz, Nurgül. “Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması”. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.
- Yazgan, Murat. “Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
- Yetkiner, Hakan. “Sağlık ile Büyüme”, **Ekonomi, İşletme, Uluslararası İlişkiler ve Siyaset Bilimleri Dergisi**, Cilt 6, Sayı 2, 2006, 57-70.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Menderes Tarcan. **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler**. Ankara: Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Türkan Yıldırım. **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 2011.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin. **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**. Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları, 2013.
- Yıldırım, Türkan. “Uluslararası Düzeyde Sağlık Çalışanlarının Göçünü Yönetme Politikaları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 43, Sayı 4, 2010, 31-65.

Yıldız, Ferhat, Filiz Abacıgil ve Pınar Okyay. “Sağlıkta Ekonomik Eşitsizlik ve Görelî Yoksunluğun Belirlenmesinde Yeni Bir Kavram: Yitzhaki İndeks”, **J Soc Sci**. Cilt 26, Sayı 5, 2018, 512-521.

Yücel, Gülşin. “Sağlık Bilişim Sistemleri Etkinliğinin Bulanık Modellemesi”. **Yayımlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2010.

Yükseköğretim Kurumu, **Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu**. Eskişehir: Yükseköğretim Kurumu Yayınları, 2014.

