

**T.C.**  
**ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İKTİSAT ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK EKONOMİSİ VE SEKTÖREL ANALİZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan**  
**Hasan USTA**

**Danışman**  
**Yrd. Doç. Dr. Erdoğan KOTİL**

**BOLU 2018**

## Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne

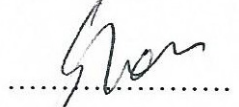
Hasan USTA'ya ait "Türkiye'de Sağlık Ekonomisi ve Sektörel Analiz" adlı çalışma, jürimiz tarafından İktisat Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak oy birliğiyle kabul edilmiştir.

17/01/2018

Unvan, Adı, Soyadı

İmza

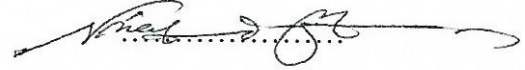
Üye (Tez Danışmanı) : Yrd.Doç.Dr. Erdoğan KOTİL



Üye : Doç.Dr. Fatih KONUR



Üye : Yrd.Doç. Dr. Nihat DAĞISTAN



---

Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı



Doç. Dr. Yaşar AYYILDIZ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

## ETİK UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum, **“Türkiye’de Sağlık Ekonomisi ve Sektörel Analiz”** başlıklı çalışmanın yazılmasında, bilimsel ve etik kurallara uyulduğunu, başvurulan kaynaklardan yapılan alıntılarının adlarının bilimsel kurallara uygun olarak metin içinde, dipnotlarda ve kaynaklarda gösterildiğini, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin tamamının ya da bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitede bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.



Hasan USTA

17/01/2018

## ÖN SÖZ

Başta tezimi tamamlayabilmemde en büyük en pay sahibi olan tez danışmanım Yrd. Doç.Dr. Erdoğan KOTİL'e teşekkür ederim. Benimle paylaştığı veriler için Yrd.Doç.Dr. Cengizhan YILDIRIM'a, TÜİK'den istediğim verileri temin edebilmek için büyük özveri gösteren başta ablam Hale YILMAZ olmak üzere tüm TÜİK Kastamonu Bölge Müdürlüğü'ne teşekkür ederim. Ve en önemlisi başından beri her konuda bana verdiği destek için eşim EYLEM'e ve tezi hazırlama sürecinde bana verdiği izin 😊 için kızım ZEYNEP MELEK'e çok teşekkür ederim.

**Hasan USTA**

## ÖZET

### TÜRKİYE’DE SAĞLIK EKONOMİSİ VE SEKTÖREL ANALİZ

**Hasan USTA**

**Yüksek Lisans Tezi**

**İktisat Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Erdoğan KOTİL**

**Ocak 2017, 83 + xiii Sayfa**

Bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık ekonomisi nedir, sağlık hizmetleri nelerdir, sağlık piyasası nedir, özellikleri nelerdir, sağlık hizmetleri talep ve arz fonksiyonları nelerden oluşur ve sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri anlatılmıştır. İkinci bölümde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi planlı dönemler kıstasında incelenmiştir. Planlı dönem sonları itibariyle ortaya çıkan veriler grafikler yardımıyla analiz edilerek olumlu veya olumsuz sonuçları incelenmiştir. Üçüncü bölümde ise 2000’li yıllarda dünyada sağlık hizmetleri ve sağlık verilerinin Türkiye ile karşılaştırmaları, uluslararası kuruluşlar tarafından açıklanan veriler eşliğinde yapılmıştır. Bu bölümde sağlık için önemli veriler olan doğumda beklenen yaşam süreleri, bebek ölüm oranları gibi veriler kullanılarak ülke karşılaştırmaları yapılmıştır. Dördüncü ve son bölümde ise girdi-çıktı tabloları kullanılarak sağlık sektörünün Türkiye’deki yeri önemi analizler eşliğinde açıklanmaya çalışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Ekonomisi, İleri-Geri Bağlantı Değerleri, Sağlık Hizmetleri

## **ABSTRACT**

### **HEALTH ECONOMICS IN TURKEY AND SECTORAL ANALYSIS**

**Hasan USTA**

**Thesis of Master's Degree**

**Department of Economics**

**Advisor of Thesis: Assistant Professor Erdoğan KOTİL**

**January 2018, 83 + xiii Pages**

This study consists of four parts. In the first chapter, what is the health economy, what are the health services, what is the health market and what are the characteristics, what is the health services demand and supply functions and how to finance the health services. In the second part, the development of healthcare services in Turkey has been examined during the planned periods. Positive or negative results were analyzed by analyzing the data with the help of the graphs presented at the end of the planned period. In the third part, in the year 2000, health services and health data of the world were compared with the data published by international organizations. This section compares countries using data such as expected life expectancy at birth, infant mortality rates, which are important for health. In the fourth and last section, the input-output tables were used to try to explain the health sector's place in Turkey in the light of the preliminary analyzes.

**Key words:** Health Economics, Forward-Back Connection Values, Health Services

## İÇİNDEKİLER

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| ONAY SAYFASI.....                  | ii   |
| ETİK UYGUNLUK BEYANI.....          | iii  |
| ÖN SÖZ .....                       | iv   |
| ÖZET .....                         | v    |
| ABSTRACT.....                      | vi   |
| İÇİNDEKİLER .....                  | vii  |
| TABLolar LİSTESİ .....             | xi   |
| ŞEKİLLER VE GRAFİKLER LİSTESİ..... | xii  |
| KISALTMALAR LİSTESİ.....           | xiii |

|             |   |
|-------------|---|
| GİRİŞ ..... | 1 |
|-------------|---|

### I. BÖLÜM

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| 1. SAĞLIK EKONOMİSİ NEDİR? .....                             | 3  |
| 1.1. Sağlık Hizmetleri .....                                 | 6  |
| 1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....                      | 10 |
| 1.1.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....    | 10 |
| 1.1.1.2. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....   | 10 |
| 1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....                   | 10 |
| 1.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri..... | 11 |
| 1.1.2.2. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....  | 11 |
| 1.1.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ..... | 11 |
| 1.1.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri.....             | 12 |
| 1.1.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon .....                          | 12 |
| 1.1.3.2. Sosyal Rehabilitasyon .....                         | 12 |
| 1.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri .....              | 13 |
| 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği .....                     | 13 |
| 1.3. Sağlık Hizmetleri Piyasası .....                        | 14 |

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.3.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri .....                                                           | 15 |
| 1.3.1.1. Arz ve Talep Belirsizdir-Esneklikleri Katıdır.....                                                      | 15 |
| 1.3.1.2. Kişinin Talebini Hekim Belirler .....                                                                   | 16 |
| 1.3.1.3. Yarı Kamusal Hizmettir.....                                                                             | 17 |
| 1.3.1.4. Pozitif Dışsallık Vardır .....                                                                          | 18 |
| 1.3.1.5. Yararlı (Erdemli) Maldır.....                                                                           | 19 |
| 1.3.1.6. Bilgi Eksikliği Vardır.....                                                                             | 20 |
| 1.3.1.7. Arz ve Talep Arasında Dengesizlik Söz Konusudur .....                                                   | 20 |
| 1.3.1.8. Satıcılar Azdır, Piyasaya Girişte Devlet Tarafından Belirlenen<br>Oldukça Sıkı Düzenlemeler Vardır..... | 21 |
| 1.3.1.9. Satıcılar Arasında Anlaşma Vardır. Doğal Tekel Olma Eğilimi<br>Vardır .....                             | 21 |
| 1.3.1.10. Sunulan Hizmetler Heterojendir .....                                                                   | 21 |
| 1.3.1.11. İkame Edilemez ve Stoklanamaz.....                                                                     | 22 |
| 1.3.1.12. Piyasa Fiyatları ile Gerçek Maliyetler Arasında Korelasyon<br>Zayıftır .....                           | 22 |
| 1.3.1.13. Kâr Amacı Gütmeyen Kurumlarında Olduğu Karma Bir Yapı<br>Vardır .....                                  | 22 |
| 1.3.1.14. Alınan Hizmetin Kalitesi Ölçülemez.....                                                                | 23 |
| 1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Talep.....                                                                           | 23 |
| 1.3.2.1. Hizmetin Fiyatı ve Finansman Yöntemi.....                                                               | 24 |
| 1.3.2.2. Gelir Düzeyi.....                                                                                       | 24 |
| 1.3.2.3. İkame Malların Varlığı ve Sayısı.....                                                                   | 25 |
| 1.3.2.4. Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik .....                                                               | 25 |
| 1.3.2.5. Hastalığın Risk Düzeyi .....                                                                            | 25 |
| 1.3.2.6. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği.....                                                                      | 26 |
| 1.3.2.7. Diğer Faktörler (Nüfus, Yaş, Cinsiyet, Eğitim Düzeyi,<br>Kentleşme, Teknoloji, Gen).....                | 26 |
| 1.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Arz.....                                                                             | 27 |
| 1.3.3.1. Hizmetin Fiyatı ve Finansman Yöntemi.....                                                               | 27 |
| 1.3.3.2. Girdi Fiyatları .....                                                                                   | 27 |
| 1.3.3.3. Ücretler .....                                                                                          | 28 |



|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| 1.3.3.4. Kaynakların Miktarı ve Kullanım Oranı.....            | 28 |
| 1.3.3.5. Devlet Politikaları ve Vergiler, Sübvansiyonlar ..... | 28 |
| 1.3.3.6. Teknolojik Değişim .....                              | 29 |
| 1.4. Sağlık Hizmetlerinde Finansman.....                       | 29 |
| 1.4.1. Kamu Finansmanı .....                                   | 30 |
| 1.4.1.1. Bismarc Modeli.....                                   | 30 |
| 1.4.1.2. Beveridge Modeli .....                                | 31 |
| 1.4.2. Özel Finansman.....                                     | 31 |
| 1.4.2.1. Cepten Ödeme Yöntemi.....                             | 31 |
| 1.4.2.2. Özel Sigorta Yöntemi .....                            | 32 |
| 1.4.3. Karma Finansman .....                                   | 32 |
| 1.5. Sağlık Sistemleri .....                                   | 33 |
| 1.5.1. Serbest Piyasa Tipi (Kapitalizm, Liberalizm).....       | 33 |
| 1.5.2. Refah Yönelimli Tip .....                               | 34 |
| 1.5.3. Kapsayıcı Tip .....                                     | 34 |
| 1.5.4. Sosyalist Tip.....                                      | 34 |

## II. BÖLÜM

### 2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ .....35

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1. Planlı Dönemde Sağlık Hizmetleri .....                                         | 43 |
| 2.1.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967) .....                          | 43 |
| 2.1.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972) .....                           | 44 |
| 2.1.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977).....                            | 45 |
| 2.1.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983) .....                         | 46 |
| 2.1.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989) .....                          | 47 |
| 2.1.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994) .....                          | 47 |
| 2.1.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000).....                           | 48 |
| 2.1.8. Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)..... | 50 |
| 2.1.9. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) .....                                   | 51 |
| 2.1.10. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) .....                                     | 52 |
| 2.2. Planlı Dönemde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirmesi .....                      | 53 |

**III. BÖLÜM**

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| <b>3. DÜNYADA SAĞLIK HİZMETLERİ .....</b> | <b>58</b> |
|-------------------------------------------|-----------|

**IV. BÖLÜM**

|                                                                              |           |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TÜRKİYE EKONOMİSİNDEKİ YERİNİN<br/>ANALİZİ .....</b> | <b>65</b> |
| 4.1. 1998 Yılı Sağlık Sektörü Analizi .....                                  | 67        |
| 4.2. 2002 Yılı Sağlık Sektörü Analizi .....                                  | 69        |
| 4.3. 2012 Yılı Sağlık Sektörü Analizi .....                                  | 70        |

**V. BÖLÜM**

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| <b>5. SONUÇ .....</b> | <b>74</b> |
|-----------------------|-----------|

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| <b>KAYNAKLAR .....</b> | <b>78</b> |
|------------------------|-----------|

## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 2.1:</b> Türkiye’de Hanehalkı Tüketim Harcamasının Türlerine Göre Dağılımı ..... | 41 |
| <b>Tablo 4.1:</b> 1998 Yılı Toplam İleri-Geri Bağlantı Etkileri.....                      | 68 |
| <b>Tablo 4.2:</b> 1998 Yılı Toplam İleri-Geri Bağlantı Endeksleri.....                    | 68 |
| <b>Tablo 4.3:</b> 1998 Yılı Toplam İleri-Geri Dağılım Ölçüleri .....                      | 69 |
| <b>Tablo 4.4:</b> 2002 Yılı Toplam İleri-Geri Bağlantı Etkileri.....                      | 70 |
| <b>Tablo 4.5:</b> 2002 Yılı Toplam İleri-Geri Bağlantı Endeksleri.....                    | 70 |
| <b>Tablo 4.6:</b> 2002 Yılı Toplam İleri-Geri Bağlantı Dağılım Ölçüleri.....              | 70 |
| <b>Tablo 4.7:</b> 2012 Yılı Toplam İleri-Geri Bağlantı Etkileri.....                      | 71 |
| <b>Tablo 4.8:</b> 2012 Yılı Toplam İleri-Geri Bağlantı Endeksleri.....                    | 71 |
| <b>Tablo 4.9:</b> 2012 Yılı Toplam İleri-Geri Bağlantı Dağılım Ölçüleri.....              | 72 |

## ŞEKİLLER VE GRAFİKLER LİSTESİ

|                                                                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Şekil 1.1:</b> Sağlık Hizmeti Türleri .....                                                                                       | 9  |
| <b>Şekil 1.2:</b> Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Piramit Yapısı .....                                                             | 12 |
| <b>Grafik 1.1:</b> Türkiye’de Mutluluğun Kaynağı Olan Değerler.....                                                                  | 14 |
| <b>Grafik 2.1:</b> Türkiye’de Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH’ya Oranı .....                                    | 35 |
| <b>Grafik 2.2:</b> Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Finansmanının Payı.                                              | 36 |
| <b>Grafik 2.3:</b> Türkiye’de Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH’ya Oranı .....                         | 37 |
| <b>Grafik 2.4:</b> Türkiye’de Kişi Başına Reel GSYH İçindeki Kişi Başına Reel Sağlık Harcamaları (2015 Rakamları ile) .....          | 38 |
| <b>Grafik 2.5:</b> Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Payı .....                                  | 39 |
| <b>Grafik 2.6:</b> Özel Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Payı .....                                    | 39 |
| <b>Grafik 2.7:</b> Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranları Karşılaştırılması (2003-2016 Yılı Karşılaştırması)..... | 43 |
| <b>Grafik 2.8:</b> Türkiye’de Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı .....                                                        | 54 |
| <b>Grafik 2.9:</b> Türkiye’de 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı.....                                                               | 54 |
| <b>Grafik 2.10:</b> Türkiye’de Yatak Dağılımı .....                                                                                  | 66 |
| <b>Grafik 2.11:</b> Türkiye’de Yatak Dağılımında Kamu ve Özel Sektörün Payı.....                                                     | 57 |
| <b>Grafik 3.1:</b> Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Kesiminin Payı.....                                                         | 60 |
| <b>Grafik 3.2:</b> Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD Doları) .....                                                             | 61 |
| <b>Grafik 3.3:</b> Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı.....                                                              | 62 |
| <b>Grafik 3.4:</b> Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl).....                                                                          | 63 |
| <b>Grafik 3.5:</b> Bebek Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda) .....                                                                       | 64 |

## KISALTMALAR LİSTESİ

|             |                                         |
|-------------|-----------------------------------------|
| <b>AB</b>   | : Avrupa Birliği                        |
| <b>ABD</b>  | : Amerika Birleşik Devletleri           |
| <b>DSÖ</b>  | : Dünya Sağlık Örgütü                   |
| <b>GSS</b>  | : Genel Sağlık Sigortası                |
| <b>GSYH</b> | : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla             |
| <b>KÖİ</b>  | : Kamu-Özel İşbirliği                   |
| <b>OECD</b> | : Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü |
| <b>SGK</b>  | : Sosyal Güvenlik Kurumu                |
| <b>TÜİK</b> | : Türkiye İstatistik Kurumu             |

## GİRİŞ

Son yıllarda ekonomi literatürlerine giren “beşeri sermaye” kavramı önemini giderek arttırmaktadır. Dünya üzerindeki kaynakların kıtlığı tartışılmaz bir konu olduğundan artık ülkelerin ekonomik olarak büyüyebilmeleri ve dolayısıyla kalkınabilmeleri için üretim faktörlerinin nitel olan faktörlerini arttırabilme imkanları kalmamıştır. Daha fazla büyüyebilmek için artık üretim faktörlerinin nicel ögesi olan beşeri sermaye yani işgücüne yatırım yapmaları gerekmektedir. Bu yatırımı da zaten kıt kaynakları daha fazla insanla bölüşerek nüfusu arttırarak yapmak çok da mantıklı olmamaktadır. O zaman ne yapılması gerekmektedir?

İşte bu noktada yapılması gereken, beşeri sermayeden maksimum verimi alabilmektir. Yani beşeri sermayenin verimini arttırmak, bu sayede de üretim faktörlerinden daha fazla verim alabilmektir. Bu nedenle sağlık ekonomisi, ekonomi biliminde son yıllarda giderek önem kazanan bir alt bilim dalı olmuştur. Bireysel sağlığa yapılan yatırımın aynı zamanda toplumsal sağlığa yapılan bir yatırım olduğu ve neticede ülke ekonomisine yapılan bir yatırım olduğu ortaya çıkmaya başlamıştır.

Hali hazırda gelişmiş ülkelere bakıldığında da sağlığa yapılan yatırımların ve harcamaların ülkelerin GSYH’larındaki paylarından bu anlaşılabilmektedir. Dünya ekonomisini elinde tutan önemli ülkelerin ekonomik büyüklükleri ile sağlık harcamaları arasında doğru bir orantı vardır. Çünkü hastalık veya sakatlık durumlarında ortaya çıkan işgücü kayıpları doğrudan toplam üretimi etkilemektedir. Özellikle bir salgın hastalık durumunda ülke ekonomisinde ortaya çıkacak işgücü ve neticesinde oluşacak üretim kayıplarının, telefisi mümkün olmayan sonuçlar doğuracağı tartışılmaz bir gerçek olmuştur.

Sağlık hizmeti türlerinden koruyucu sağlık hizmetleri her ülke için en önemli sağlık hizmeti türünü oluşturmaktadır. Çünkü bir hastalığı tedavi etmek, o hastalığı

oluşmadan önlemekten çok daha maliyetlidir. Bu nedenle tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de özellikle son yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem vermektedir.

Ekonominin her sektöründe olduğu gibi kaynakların en etkin en verimli kullanılması ve israf edilmemesi gerekliliği sağlık sektörü için de geçerli olmaktadır. Sağlık hizmetleri üç basamağa ayrıldığında en alt basamakta yer alan koruyucu sağlık hizmetlerinden başlamak üzere her basamak, bir önceki basamakta tedavi edilemeyen rahatsızlıkları tedavi etmek için daha teknolojik ve daha maliyetli yeni bir tedavi yönteminin kullanıldığı bir basamağa doğru devam etmektedir. Bu sayede hem zamandan kazanılmış, hem gereksiz kaynak kullanımından kaçınılmaktadır.

Bu çalışmada araştırılmak istenen ana konu sağlık sektörünün Türkiye ekonomisindeki yeri ve önemidir. Girdi-çıktı tabloları kullanılarak yayınlanan son üç tablo olan 1998, 2002 ve 2012 verilerinden her yıl için ayrı ayrı toplam ileri-geri bağlantı etkileri, toplam ileri-geri bağlantı endeksleri ve toplam ileri-geri bağlantı dağılım ölçüleri hesaplanacak ve sağlık sektörünün Türkiye ekonomisi için önemi ortaya çıkarılmaya çalışılacaktır. Yıllar itibariyle karşılaştırmalar yapılarak sağlık sektörünün son yıllardaki konumu ortaya çıkarılacaktır.

## I. BÖLÜM

### 1. SAĞLIK EKONOMİSİ NEDİR ?

Tüm ekonomik sorunların temelinde kıtlık yatmaktadır. İnsanların ihtiyaçlarının sonsuz olmasına karşılık bu ihtiyaçları karşılayacak mal ve hizmetlerin herkese yetecek kadar bol olmaması, bunların kullanılmasında ve tüketilmesinde birtakım düzenlemeler yapılması gereksinimi doğurmuştur. Burada bahsedilen kıt mal ve hizmetlerden kasıt, onların üretilmesinde gerekli olan “üretim faktörleri”nin kıtlığıdır. Etkin kullanım; bu üretim faktörlerinin alternatif üretim olanakları arasında bireylerin maksimum faydayı sağlayacakları mal ve hizmetleri üretmektir, yani bir malı üretip tüketirken aynı anda başka bir malın üretilip tüketilmesinden vazgeçilmesi, bir tercih yapılması demektir (Üstünel 2001: 108).

Sağlık ekonomisindeki üretim faktörleri şu şekilde ifade edilebilir (Çelik 2016: 17);

1. İşgücü (Emek): Doktor, Dişhekim, Hemşire ve Ebe, Eczacı, Laboratuvar Çalışanları, Çevre ve Halk Sağlığı Çalışanları, Toplum Sağlığı ve Geleneksel Sağlık Çalışanları, İdari Personel
2. Sermaye: Tıbbi Cihazlar (hasta yatağı, röntgen cihazı, vb...), İlaçlar, Tıbbi Sarf Malzemeleri (enjektör, yara bandı, pamuk, vb...), Diğer Sarf Malzemeleri
3. Toprak: Hastane, Sağlık Ocağı, vb...
4. Girişimci: Diğer üretim faktörlerini bir araya getirip üretime sokan faktördür. Bu faktör bazen gerçek bir kişi olurken bazen de şirket gibi tüzel bir kişilik olabilir.

Bu bilgiler eşliğinde iktisadın; sınırlı kaynaklarla hangi mal ve hizmetlerin üretileceği, bu mal ve hizmetleri üretirken hangi yöntemler kullanılarak nasıl üretileceği



ve bu üretilen mal ve hizmetlerin kimler arasında nasıl dağıtılacağını inceleyen bir bilim dalı olduğu söylenebilir. Yani iktisat biliminin ortaya çıkmasının temelinde, kaynakların sınırlı oluşu (kıt oluşu), insanların ihtiyaçlarının da sonsuz olması yatmaktadır.

İktisat biliminin temel amacı toplumların gelişmesini ve büyümesini sağlamak, kalkınmış bir toplum yaratmaktır. Son dönem ekonomik yaklaşımlara göre ise kalkınmaktan ziyade “sürdürülebilir kalkınma”yı sağlamaktır. Sürdürülebilir kalkınmanın en önemli unsuru ise “beşeri sermaye” de denilen insan sermayesidir. Buna göre, insana yatırım yapmak ve işgücünden maksimum fayda ve verimi elde etmek temel hedeftir. Günümüz iktisat anlayışına beşeri sermaye teorilerinin dahil olmasıyla birlikte artık eğitim ve sağlık da girdi olarak üretim faktörlerine dahil edilmiştir ve üretimde bu maksimum düzeye ulaşabilmek için sağlık, eğitim ve ekonomi alanlarında da yeterli ve gelişmiş seviyeye ulaşmış olmak temel hedef olarak belirlenmiştir. Bunun için de ya üretim faktörlerinin nicel olarak miktarlarını sürekli arttırmak ya da üretim faktörlerinin verimliliklerini sürekli olarak arttırmak gerekmektedir (Çelik 2016: 9).

İşte bu noktada kıtlık kavramı tam olarak karşımıza çıkmaktadır. Üretim faktörlerinin nicel miktarlarını arttırmamız doğal düzen karşısında elimizde olan bir yöntem olamayacağına göre, bizim asıl amacımız ikinci yöntem, yani verimliliklerini artırma hedefi daha rasyonel bir yöntem olmaktadır.

Bu bağlamda sağlık ekonomisi önemli bir yer tutmaktadır. Kalkınma hedefini bir an önce gerçekleştirmek arzusunda olan ülkelerin sağlık seviyelerini yükseltmeleri ve bunun için sağlık sektörüne ayırdıkları kaynakların miktarlarını arttırmaları ve verimli-etkili kullanmaları gerekmektedir.

Milli Gelir içinde, kişi başına düşen gelir, eğitim, çevre, sosyal yaşam gibi toplumsal refahının en büyük göstergelerinden biri olan, sağlık sektörüne ayrılan pay 1950’li yıllardan bu yana yaklaşık iki katı aşan oranda artmıştır (Mutlu ve Işık 2012: 1).

Sağlık ekonomisi; yukarıda yaptığımız açıklamalar eşliğinde, sağlık sektöründeki kıt kaynakların, alternatif kullanım alanları arasında, insan sağlığı için en

etkin ve verimli şekilde kullanılmasını amaçlayan iktisat biliminin bir alt dalı olarak açıklanabilir.

Sağlık ekonomisi; hastaların tedavi edilmesi ve hastalıklardan korunması için, temel iktisadi kuramların sağlık sektörüne uyarlanması ile ortaya çıkan bir alt bilim dalıdır. Amacı da sağlık sektörüne ayrılan kaynakların, alternatif kullanım alanları arasında, maksimum sağlık hizmeti elde edebilmek için en etkin ve verimli şekilde nasıl kullanılacağı ve üretilen bu hizmetlerin bireyler arasında en adil şekilde nasıl bölüşüleceğini inceler. Yani temel bileşenleri “optimal üretim” ve “optimal bölüşüm”dür (Taşkın 2011: 66).

Fuchs (1986: 5) ve Feldstein (2012: 13) benzer şekilde sağlık ekonomisinin temel sorunları aşağıdaki gibi üç madde olduğunu savunmuşlardır;

- Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklardan ne kadar tüketileceği
- Bu kaynakların en etkin nasıl kullanılacağı
- Bu kaynakların nasıl bölüşüleceği

Lee ve Mills’e göre sağlık ekonomisi temel ekonomi biliminden bağımsız düşünülemez ve iktisat biliminin temel kural ve tekniklerinin sağlık bilimine uygulanması ile sağlık ekonomisinin tanımı yapılmış olur. Bu tanıma göre (Lee ve Mills 1983, Aktaran: Mutlu ve Işık 2012: 17);

- alternatif kullanım alanları içinde, kaynakların birey ve toplumun maksimum sağlık hizmeti elde edeceği alanda kullanılması
  - hangi kaynakların, ne ölçüde kullanılacağı
  - sağlık hizmetlerinin finansmanı için faaliyet gösteren kurumlar
  - sağlık hizmetleri için tahsis edilmiş kaynakların en etkin şekilde kullanılması
- sağlık ekonomisinin kapsamı içindedir.

Williams’a göre; sağlık ekonomisi ekonomi biliminden bağımsız, kendine has kuralları olan bilim değil, aksine ekonomi bilimindeki tüm kuralların uygulanabildiği bir alt bilim dalıdır (Williams 1987, Aktaran: Mutlu ve Işık 2012: 16).

Yine Culyer'e göre de; kendine has birkaç teorik temelin dışında ekonomi biliminden bağımsız olacağı düşünülemeyecek bir bilim dalıdır ve yine ekonomi biliminin tüm temel teorileri sağlık ekonomisinde geçerlidir (Culyer 1987, Aktaran: Mutlu ve Işık 2012: 16).

Klarman'a göre sağlık ekonomisi; sağlık hizmetlerinin ekonomik yönünü ele alır. Sağlık alanındaki maliyetler ve fırsat maliyetleri ekonomistlerin ilgilendiği konulardır. Ayrıca Klarman "sağlık endüstrisi" kavramını ortaya atmıştır (Klarman 1965, Aktaran: Mutlu ve Işık 2012: 18).

Greenfield'de Klarman'dan esinlenmiştir ve sağlık ekonomisinin kapsamına nüfus problemini dahil etmiştir. Buna göre, tahsis edilecek kaynakların miktar ve niteliği, verimliliği, hastalık ve sakatlık nedeniyle ortaya çıkan üretim kayıpları gibi verileri de kapsama dahil etmiştir (Greenfield 1963, Aktaran: Mutlu ve Işık 2012: 18).

Sağlık ekonomisinin kapsamına; sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların etkin kullanılması, tüketicilerin elde ettiği faydanın artırılması, sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin belirlenmesi gibi amaçlar girmektedir (Baloğlu 2006: 123).

### 1.1. Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ana Sözleşmesine göre sağlık hizmetleri; "insan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilmesi, hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi, bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturulmasına yönelik tıbbi bakım çalışmalarının tümüdür" şeklinde açıklanmaktadır (Ertürk Atabey 2016: 11).

Türk mevzuatında ise; 10705 sayılı 12.01.1961 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un ikinci maddesine göre sağlık hizmetleri; "insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin

yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan faaliyetlerdir” şeklinde açıklanmıştır (Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü 1961: 3076).

Sağlık hizmetleri genel anlamda; bireysel düzeyden başlayarak etkileşimli olarak toplumun genel sağlık düzeyinin; öncelikle korunması, yeterli gelmediği durumda en etkin tedavi ve rahabilite çözümlerinin sunulması ile birlikte mevcut toplumsal sağlık statüsünün daha da ileriye götürülmesi için verilen hizmetler bütünüdür şeklinde açıklanabilir.

Sağlık hizmetleri oldukça pahalı bir hizmettir. Ayrıca bireylerin sağlıklarını koruyabilmeleri için eğitim, gıda, barınma ve altyapı gibi hizmet sektörlerinin de asgari düzeyde sağlanıyor olması gerekmektedir.

Bir bireyin sağlık hizmetinden yararlanması için öncelikle bu hizmeti talep etmesi gerekmektedir. Bu hizmeti talep etmesi için de bu hizmete ihtiyaç duyması gerekmektedir. Olması gereken sağlık durumu ile mevcut sağlık durumu arasında olumsuz yönlü bir fark olması durumunda bireyin sağlık gereksinimi ortaya çıkar. Sağlık hizmetleri gereksinimi dört aşamada ortaya çıkar (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2015: 18);

1. *Algılanan Gereksinim*; bireyin kendi bünyesinde bir negatif bir değişiklik olduğunu hissetmesidir
2. *Açıklanan Gereksinim*; bünyesinde hissettiği negatif değişiklik nedeni ile bir sağlık kuruluşuna başvurmasıdır. Yani talebe dönüşme evresidir.
3. *Normatif Gereksinim*; Algılanıp açıklanan gereksinimin sağlık personeli tarafından teşhis edilmesidir. Ancak normatif gereksinim için algılama ve açıklama gereksinimlerinin gerçekleşmesi her zaman zorunlu değildir. Doğrudan normatif gereksinim de oluşabilir.
4. *Karşılaştırmalı Gereksinim*; tüm bu aşamaların sonunda karşılanması gereken bir sağlık gereksinimi ortaya çıkarsa sağlık hizmeti arzı gerçekleşmesidir.

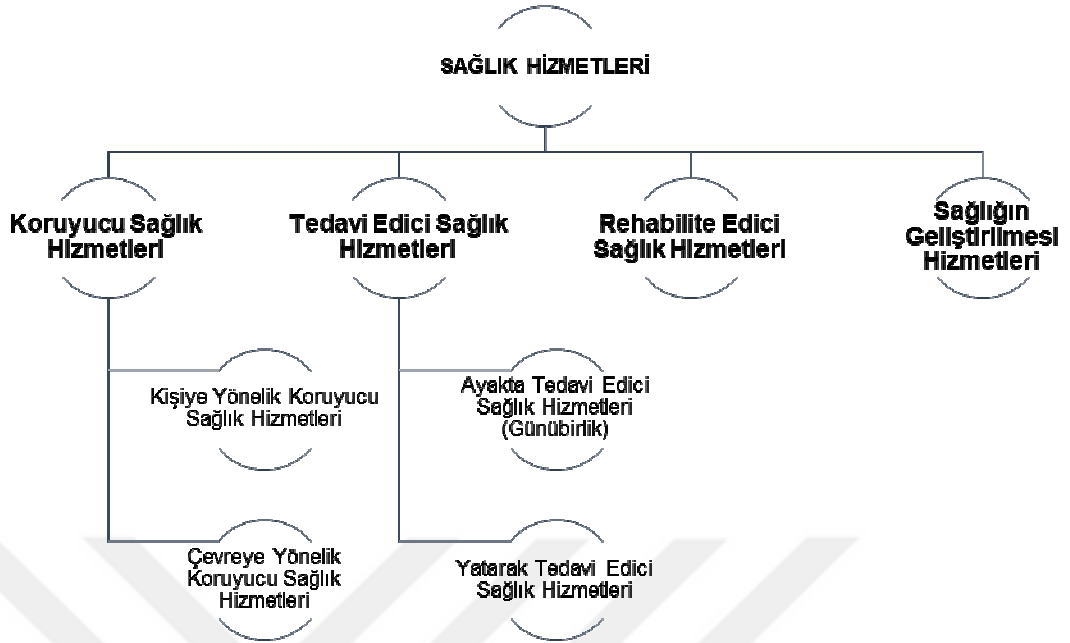
İnsan ömrü boyunca sağlık hizmetlerine en fazla harcamanın yapıldığı dönem yaşlılık dönemidir. Hatta insan ömrünün son devreleridir. Bu dönem verimlilik ve etkinlik kavramı içerisinde ele alındığında yapılan harcamaların geri dönüşlerinin neredeyse hiç olmadığı görülmektedir. İktisadi bakımdan bakıldığında maksimum faydanın elde edileceği alternatif maliyetler arasında seçim yapılması gerekirken, sağlık ekonomisinde bu durum geçerli olamamaktadır. Ya da buna göre tercih yapılsa bile bunun ne kadar ahlaki, insani veya bilimsel olacağı tartışılmaktadır (Ünal 2013: 2).

Neredeyse tüm dünya ülkelerinde sağlık sektörünün önemli payı vardır. Dünya üzerinde üretilen tüm değerlerin yaklaşık olarak %10'u sağlık mal ve hizmetleridir. Türkiye'de 2015 yılı verilerine göre toplam sağlık harcamalarının (Cari+Yatırım) GSYİH'ya oranı %5,4 olmuştur (Köse, ve diğerleri, 2016). Amerika gibi çok gelişmiş ülkelerde sağlık sektörü harcamaları savunma ve eğitim harcamalarından bile daha yüksektir (Ünal 2013: 2).

Genel olarak tüketiciler mal ve hizmet tercihlerini yaparken alternatif maliyetler arasında başta fiyat olmak üzere birçok değişkeni veri kabul ederek basit rasyonel seçimler yaparlar. Ancak sağlık hizmetleri açısından bu tarz bir seçimin yapılabilmesi mümkün olamamaktadır. Hastalıktan muzdarip bir birey için gelirindeki en büyük harcama kalemi sağlık harcamasıdır. Sağlık hizmetlerinin ikame edilememe ve ertelenememe özellikleri nedeniyle diğer tüm mal ve hizmetler karşısında bir üstünlüğü vardır (Çoban 2009: 14).

Bir ülkenin sağlık politikasının ana belirleyicisi sağlık ekonomisidir. Teknolojik alanda yaşanan hızlı gelişmelerin etkileri sağlık sektöründe de etkisini göstermiş, gerek ilaç ve tıbbi malzeme alanındaki çeşitlenme açısından olsun gerekse bunların verimliliği alanında olsun, fayda-maliyet analizleri çerçevesinde alternatif tedavi yöntemleri geliştirilmiştir (Çoban 2009: 5).

Sağlık ekonomisinin en başta gelen problemi, sağlık sektörü için ayrılan kaynakların devamlı olarak artmasına, yeni yöntemlerin geliştirilmesine rağmen sağlık seviyesinde beklenen artışın yakalanamamış olmasıdır (Çelik 2016: 50).



**Şekil 1.1:** Sağlık Hizmeti Türleri  
**Kaynak:** (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2015: 41)

Sağlık hizmetleri;

- I. koruyucu sağlık hizmetleri (aile sağlığı merkezleri, revir, çevre sağlığı birimleri, halk sağlığı laboratuvarları... vb)
- II. tedavi edici sağlık hizmetleri (hastaneler, diyaliz merkezleri, bakım merkezleri, özel muayenahaneler, ...vb)
- III. rehabilite edici sağlık hizmetleri (rehabilitasyon merkezleri, evde bakım hizmetleri, hastaneler, ...vb)
- IV. sağlığın geliştirilmesi hizmetleri (sağlık eğitim merkezleri, spor ve fitness salonları, diyetisyen klinikleri, ...vb)

olmak üzere dört temel hizmet türünden oluşmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2015: 41).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda bu dört tür arasında koruyucu sağlık hizmetleri diğerlerine göre daha önceliklidir. Çünkü tedavi etmek korumaktan daha masraflıdır, bu yüzden de sağlık sorunlarını oluştuktan sonra tedavi etmek yerine oluşumunu engellemek daha daha önemlidir (Altay 2007: 34).

### 1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri denildiği zaman kastedilen adından anlaşılacağı gibi bir hastalığa yakalanmadan önce alınan sağlık hizmetleridir. Kişiyeye Yönelik ve Çevreyeye Yönelik olmak üzere iki çeşittir (Ateş 2016: 8);

#### 1.1.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

En genel örneği aşılama hizmetleridir. Özellikle yeni doğan bebeklerde belirli bir aşı takvimi içerisinde yapılan aşılarda ileride yakalanma ihtimali olunan salgın hastalıklara karşı önceden önlem alınmasını hedefler. Ya da son yıllarda giderek yaygınlaşan grip aşısı, özellikle kış aylarında neredeyse tüm bireyleri etkileyen ve önemli işgücü ve üretim kayıplarına neden olan grip hastalığına karşı bir tedbir olarak kullanılmaktadır. Aşılamanın yanında; yeterli beslenme, erken tanı ve tedavi, aile planlaması, ilaçla koruma, kişisel hijyen, sağlık eğitimi, ana çocuk sağlığı hizmetleri, sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele ve ruh sağlığı hizmetleri olmak üzere farklı hizmetleri de kapsar.

#### 1.1.1.2. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyler veya toplum üzerinde çevresel faktörlerden kaynaklanan olumsuz etkileri ortadan kaldırmaya çalışan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin içine hava kirliliği ile mücadele girebildiği gibi temiz içme suyu sağlama faaliyetleri, haşere ile mücadele faaliyetleri veya katı atıkların toplanması ve imha edilmesi faaliyetleri de bu gruba girebilir.

#### 1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bu hizmet türünde ise sağlığımız bozulduktan sonra verilen hizmetler vardır. Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerini içerir (Cevahir 2016: 26). Ayakta Tedavi ve Yataklı Tedavi olmak üzere iki türüdür. Örneğin; polikliniklerde aldığımız ayakta muayene hizmetleri veya hastanelerde yatarak aldığımız hizmetler bu kapsama girer.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri üç basamakta hizmet vermektedir (Cevahir 2016: 26);

#### 1.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Polikliniklerde veya aile sağlık merkezlerinde ayakta alınan sağlık hizmetleri veya evde alınan sağlık hizmetleri bu gruba girer.

#### 1.1.2.2. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Yatarak tedavi hizmetlerini kapsar. Birinci basamak hizmetlerde tedavi edilemeyen veya birinci basamak hizmetlerde tedavi edilmesi mümkün olmayan sağlık sorunlarının yataklı sağlık kurumlarında tedavi edilmesi hizmetini kapsar. Bunlar klinikler veya genel hastaneler olabilir. Bu basamakta verilen hizmetlerin temel amacı tedavi etmeye yöneliktir.

#### 1.1.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İlk iki basamakta da tedavi edilemeyen sağlık sorunları için uzmanlaşmış, ileri teknoloji kullananan ihtisas ya da araştırma hastaneleri veya üniversite hastanelerinde verilen hizmetleridir. Örneğin; onkoloji hastaneleri veya ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri gibi. Bu basamağın da temel amacı tedavi etmeye yöneliktir.





**Şekil 1.2:** Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Piramit Yapısı

**Kaynak:** (Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı 2004: 10)

#### 1.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Bu gruba ise, hastalıkları tedavi edilen ama bir şekilde sakat kalan veya psikolojik açıdan tam olarak sağlığına kavuşamamış olan bireylerin kendi başlarına yetebilecek hale gelmelerini sağlamak ve toplum içine tekrar dönebilmelerini sağlamak için verilen sağlık hizmetleri girer. Rehabilitasyon merkezlerinde verilen hizmetler bunun örneğidir. İkiye ayrılır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2015: 45).

##### 1.1.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Kalıcı bedensel sağlık sorunları yaşayanların bu problemlerinin düzeltilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması için verilen hizmetlerdir. Sakatlık durumunda verilen protez hizmeti ya da işitme veya görme cihazı uygulamalarında verilen hizmetler gibi.

##### 1.1.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

engelli bireylerin günlük hayatta başkalarına bağımlı olmadan hem evde hem işte kendi başlarına idare edebilmeleri için verilen hizmetlerdir.

#### 1.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlık eğitimini de kapsayan, bireylerin veya toplumun genel sağlık statülerini daha ileriye taşımayı hedefleyen hizmetlerdir. Yaşam kalitesinin ve süresinin artırılması için yapılan çalışmalar bu hizmete girer.

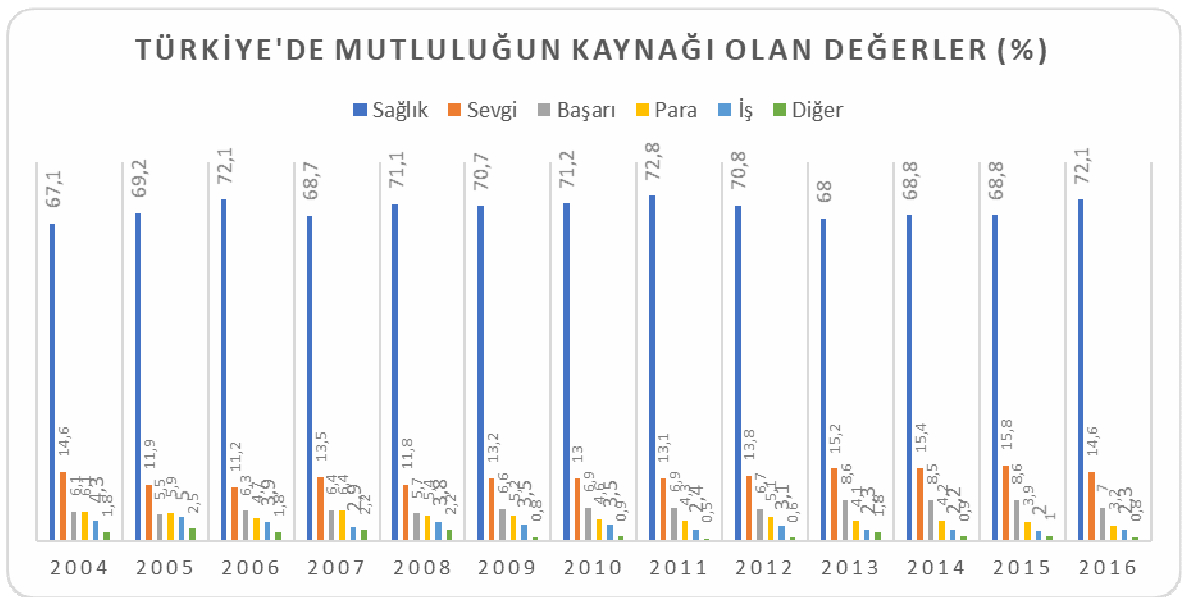
#### 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği

Sağlık hizmetlerinin iki temel amacı vardır. Bunlardan birincisi sağlık sorunları yaşayan bireylerin bu sorunlarının ortadan kaldırılması iken diğeri de bireylerin sağlıklı hallerinin bozulmadan devam etmesini sağlamaktır. Daha önce bahsettiğimiz şekilde dört hizmet türünden oluşan sağlık hizmetlerinin; koruyucu ve geliştirici hizmetleri, sağlıklı olma durumunun devam etmesi ve geliştirilmesine yönelikken diğeri iki hizmet türü olan tedavi edici ve rehabilite edici hizmet türleri sağlık sorunları yaşayan bireylerin iyileştirmesine yönelik hizmetlerdir (Ateş 2016: 4). Koruyucu ve geliştirici hizmetler tüm toplumu kapsarken tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler bireyseldir.

Buradan anlaşılacağı gibi sağlık hizmetlerinin, tüm toplumu kapsayan “kamusal niteliği” ve bireyleri bağımsız olarak kapsayan “özel niteliği” olmak üzere iki niteliği vardır. Kamusal nitelikli hizmetler, bireysel olarak değil kamu yararı gözetilerek tüm topluma eşit olarak verilir ve çoğunlukla kamu tarafından finanse edilir. Özel nitelikli hizmetler ise bireysel olarak değerlendirilerek her bireye bağımsız olarak ve farklı şekillerde verilir. Toplumsal faydadan çok bireysel fayda ön plandadır. Bu nedenle bu hizmetlerin sunumuda kamudan çok özel sektör görev alır ve finansmanı da serbest piyasa koşullarında özel harcamalarla karşılanır (Ateş 2016: 4).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından her yıl düzenli olarak yapılan mutluluğun kaynağı olan değerler anketinde Grafik 1.1’de görülen sonuçlar ortaya çıkmıştır. Grafik 1.1’de görüldüğü gibi mutluluğun kaynağı olarak sağlık, sevgi, başarı, para, iş ve diğeri değerler olarak altı farklı kategori belirlenmiştir. Bu değerler arasında sağlık değeri 2004 yılından günümüze kadar en yakın ikinci değer olan sevginin

yaklaşık 5 katı ve %70 ortalama ile her sene mutluluğun kaynağı olan en önemli değer olmuştur. Yani Türk halkının mutlu olabilmesi için en önemli değer her zaman sağlık olmuştur. Aslına bakıldığında da zaten sağlık olmadığı zaman diğer değerlerin çoğunun da bir önemi olmadığı değerlendirilebilir. Sağlığınız yerinde olmadığına ne sahip olduğunuz işin ne işinizdeki başarınızın ne de kazandığınız paranın sizin mutluluğunuza bir katkısı olabilir, sadece sevginin mutluluğunuza bir katkısı olabileceğinden bu değer sağlıkta sonra ikinci sırada bulunması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır.



**Grafik 1.1:** Türkiye’de Mutluluğun Kaynağı Olan Değerler

**Kaynak:** (Türkiye İstatistik Kurumu 2017)

### 1.3. Sağlık Hizmetleri Piyasası

Sağlık hizmetleri ile ilgili iktisadi faaliyetler günümüzde tüm ekonomilerde geleneksel sektörlerin yanında yer alan önemli ve hızla büyüyen bir sektördür. Bunun nedeni de tüm ekonomik faaliyetlerde olduğu gibi sağlık sektörünün de para ve dolayısıyla piyasa ile olan ilişkileridir. Sağlığın piyasa ile olan ilişkileri nedeniyle “sağlık ekonomisi” kavramını kullanmak ve dolayısıyla sağlığı iktisat bilimi araçları kullanarak incelemek giderek önem kazanmaktadır (Ünal 2013: 2).

Sağlık piyasası, basit bir tanımla sağlık hizmetlerinin alınıp satıldığı yer olarak açıklanabilir.

### 1.3.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri

Sağlık piyasasında neredeyse diğer tüm piyasalarda olduğu gibi eksik rekabet piyasa koşulları görülmektedir. Bu nedenle devlet müdahalelerine gereksinim duyar. Ancak sağlık hizmetleri piyasasını diğer piyasalardan ayıran kendine has belli başlı bazı özellikleri şunlardır;

- Arz ve talep belirsizdir, esneklikleri katıdır
- Kişinin talebini hekim belirler (Yıldırım H. H. 1999: 127)
- Yarı kamusal hizmettir
- Pozitif dışsallık vardır
- Yararlı (Erdemli) maldır
- Bilgi eksikliği vardır
- Arz ve talep arasında dengesizlik söz konusudur
- Satıcılar azdır, piyasaya girişte devlet tarafından oldukça sıkı düzenlemeler vardır (Mutlu ve Işık 2012: 60)
- Satıcılar arasında anlaşma vardır. Doğal tekel olma eğilimi vardır
- Sunulan hizmetler heterojendir (Güvenek 2015: 16)
- İkame edilemez ve stoklanamaz (Güvenek 2015: 16)
- Piyasa fiyatları ile gerçek maliyetler arasında korelasyon zayıftır (Güvenek 2015: 16)
- Kâr amacı gütmeyen kurumlarında olduğu karma bir yapı vardır (Güvenek 2015: 16)
- Alınan hizmetin kalitesi ölçülemez

#### 1.3.1.1. Arz ve Talep Belirsizdir-Esneklikleri Katıdır

İnsanlar ne zaman hasta olacaklarını önceden bilemezler ya da ne zaman başlarına bir kaza geleceğini önceden tahmin edemezler. Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfi olarak ortaya çıkan, öngörülemeyen bir durumdur. Bu nedenle sağlık

hizmetlerine olan talebin ne zaman ortaya çıkacağı belli değildir. Sağlık hizmetleri talebi ortaya çıktığında ise bunun ne kadar süreceği, hangi nitelikte olduğu veya hangi şiddette olacağı da önceden kestirilemez. Yani sağlık hizmetleri talebi düzensizdir. Talep yönündeki bu belirsizlik aynı şekilde arz yönünü de etkiler. Bütün bu belirsizler nedeniyle ne zaman ne şiddette ne kadar süre ile hizmet arzı gerekeceği bilinemediğinden anlık değişikliklere karşılık arz gerekli tepkiyi veremez.

Ayrıca sağlık hizmetlerinde talebin fiyata olan esnekliği düşüktür, hatta neredeyse sıfırdır. Yani sağlık hizmetlerine olan talep fiyat değişimlerinden etkilenmez. Bunun nedeni sağlık hizmetleri talebinin hayati öneme sahip bir özelliğinin olmasıdır. Yani apandist ameliyatı olması gerektiği hekim tarafından söylenen bir bireyin ameliyatın fiyatına bakarak yüksek gelmesi durumunda ameliyattan vazgeçmesi mümkün değildir. Çünkü ameliyattan vazgeçmesinin sonucu hayatına mal olabilmektedir ve birey her ne şekilde olursa bu ameliyatı olmak zorundadır. Aynı şekilde arz içinde fiyat esnekliği katıdır. Bunun nedeni de sağlık hizmetlerine olan talebin sadece ihtiyaç duyulduğunda ihtiyacı kadar kullanılması gerektiğinden. Yani bir kanser ilacının fiyatının çok yüksek olması nedeniyle piyasaya arz edilen miktarının arttırılmasının arz edicilere bir faydası olmayacaktır. Çünkü bu ilaçları talep edenler sadece bu hastalığa sahip olan bireylerdir ve hangi fiyattan olursa olsun bu ilaçları almak zorundadır. Hiç kimse kanser olmadığı halde fiyatı uygunmuş diye kanser ilacı talebinde bulunmaz.

#### 1.3.1.2. Kişinin Talebini Hekim Belirler

Tam rekabet piyasalarında alıcılar talep ettikleri malların niteliği ve fiyatları hakkında tam bilgiye sahiptir. Oysa sağlık piyasalarında böyle bir durum söz konusu değildir. İktisat bilimine göre kişi bir malı talep ederken, o malın ihtiyacını karşılama düzeyini, kendisine sağlayacağı faydayı ve alternatif mallar hakkında tam bilgiye sahip olduğu kabul edilir ve bu şartlar altında maksimum faydayı sağlayacağı malı tercih edeceği kabul edilir. Ancak sağlık hizmetleri talebinde bu durumun sağlanabilmesi mümkün olamamaktadır. Bunun nedeni kişinin sağlık hizmeti talebinde bulunurken tam bir bilgisizliğe sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Yani birey ne rahatsızlığının ne

olduğu hakkında bir bilgiye sahiptir, ne nasıl bir tedaviye ihtiyaç duyduğunun ne de alternatif diğer tedavi yöntemleri hakkında bir bilgiye sahiptir. Yani ne şekilde maksimum faydayı sağlayacağı hakkında hiçbir fikri yoktur ve sağlık hizmetini arz eden sağlık personeli ne yapması gerektiğini söylerse ona göre davranmak zorundadır. Bu nedenle kişinin talebini aslında kişi kendisi değil bu hizmeti arz eden sağlık personeli belirler. Buna “arzın talep yaratması” da denilmektedir. Doktor hem hizmeti arz ederken aynı zamanda bireyin ihtiyacı olan hizmeti de kendisi belirleyerek yine kendisi talep etmektedir (Yıldırım H. H. 1999: 127).

#### 1.3.1.3. Yarı Kamusal Hizmettir

Piyasalarda kamusal hizmetler, yarı kamusal hizmetler ve özel hizmetler olmak üzere üç çeşit hizmet türü bulunmaktadır. Kamusal hizmetler, toplumun tamamına sunulan, bölünemeyen, fiyatlandırılmayan ve toplumsal faydanın amaç edildiği hizmet türleridir. İç ve dış güvenlik hizmetleri veya adalet hizmetleri gibi kamu kesimi tarafından sağlanan hizmetler bunun en güzel örneklerindendir (Ünsal 2001, s. 35). Bu hizmetlerin finansmanı toplanan vergilerle sağlanır. Bireysel talep söz konusu olmadığından hangi bireyin bu hizmetlerden ne ölçüde yararlanacağı bilinemeyeceği gibi hiçbir birey de bu hizmetlerden dışlanamaz, bu hizmetlerden faydalanması engellenemez. Yine herhangi bir bireyin bu hizmetlerden tükettiği miktar diğer bireyin tüketeceği miktarı etkilemez. Kamu tarafından toplumsal fayda esas alındığından kâr amacı güden bir hizmet türü değildir. Bu hizmetler kamu tarafından zorunlu olarak verilir.

Yarı kamusal hizmetler ise hem toplumsal faydanın hem de bireysel faydanın ayrı ayrı sağlanabildiği hizmetlerdir. Yarı kamusal hizmetler de çoğunlukla kamu kesimi tarafından sunulan hizmetleridir. Ancak kamudan alınan özel izinlerle özel sektör tarafından da sunulabilir. Bireysel talepler olabileceğinden bir fiyat ortaya çıkabilir. Bu hizmetlere en güzel örnek olarak ise sağlık hizmetleri ve eğitim hizmetleri verilebilir. Hastalandığınız zaman isterseniz kamu tarafından genel vergilerle finanse edilen ve ücretsiz olarak hizmet veren devlet hastanelerine gidebileceğiniz gibi yine devlet denetiminde olan ancak kâr amacı güden ve bir ücret ödemeniz gereken özel

hastanelerden de bu hizmeti talep edebilirsiniz veya hiç hizmet talep etmeyebilirsiniz. Ya da çocuğunuzun okul çağı geldiğinde ister devlet tarafından genel vergilerle finanse edilen ve ücretsiz hizmet veren okullarına gönderebileceğiniz gibi yine devletin denetiminde olan ama kâr amacı güden ve belirli bir ücret ödemeniz gereken özel okullara gönderebilirsiniz. Bu hizmetlerde bireyin tercih şansı vardır ve sağlayacağı fayda bireyseldir. İster özel kesimden ister kamu kesiminden bu hizmetleri talep edebilirsiniz ve hangisinden tercih edeceğiniz konusunda bir zorlama yoktur. Ancak bu hizmetlerinde bazı özellikleri nedeniyle kamusal hizmet özellikleri gösterirler. Örneğin; koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına giren aşılama faaliyetleri toplumsal fayda sağladığından ve tüm toplumu olumlu veya olumsuz yönde etkileyebileceğinden kamu tarafından bu hizmetin alınması zorunlu tutulabilir. Ya da salgın bir hastalığa yakalandığınız da, bu salgın hastalığın tüm topluma yayılma riskine ve toplumsal zarar vereceğinden, sağlık hizmeti talep edip etmemenize bakılmaksızın sizin tedaviniz kamu tarafından zorunlu olarak yapılabilir. Eğitim hizmetleri içinde aynı durum geçerlidir. Dünya üzerindeki birçok ülkede belirli bir yıl üzerinden zorunlu eğitim sistemi uygulanır. Örneğin; zorunlu eğitimin sekiz yıl olduğu bir ülkede her çocuk belirli bir yaşa geldiğinde bu süre kadar eğitimi almak zorundadır. Yani okul çağına gelen çocuğun bir devlet veya özel okula gitmesi zorunludur. Çocuğun velisi tarafından özel okul hizmeti talep edilemez veya maddi imkanları el vermiyorsa devlet okuluna kaydedilmesi kamu tarafından zorunlu kılınmıştır. Yani bu hizmetler bölünememe, pazarlanamama veya mahrum bırakılamama gibi bazı nitelikleri dolayısıyla kamusal mal olarak kabul edilirken; pazarlanabilme, fiyatlandırılabilme veya tüm bireylere eşit olarak dağıtılmama gibi diğer bazı nitelikleri nedeniyle de özel hizmetler niteliği taşımaktadırlar. Yani bazı hizmetleri devlet tarafından zorunlu olarak herkese eşit olarak verilirken, bazı hizmetleri bireyler tarafından talep edilerek serbest piyasa koşullarında istenilen sağlık kuruluşundan fiyatı karşılığında talep edilir (Ertürk Atabey 2016: 14). Bu nedenlerden dolayı bu hizmetlere yarı kamusal hizmetler denilmektedir.

#### 1.3.1.4. Pozitif Dışsallık Vardır

Piyasada bir hizmetin üretiminin veya tüketiminin, o hizmeti üreten veya tüketen bireylerden ayrı olarak toplumun geri kalanına sağladığı fayda veya zarara “dışsallık”

denilmektedir (Ünsal 2001: 35). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi dışsallıklar iki türdür; bireysel faydanın yanında toplumsal fayda da sağlanıyorsa buna “pozitif dışsallık”, bireysel zararın yanında toplumsal zarar veya bireysel olarak fayda sağlarken toplumsal zarar sağlıyorsa buna “negatif dışsallık” denilir.

Bir hizmetin arzının sağladığı marjinal faydanın (yani ekstra arz edilen her bir birim hizmetin sağladığı ekstra faydanın) o hizmetin arzından kaynaklanan marjinal maliyete (yani ekstra arz edilen her bir birim hizmetin maliyetine) eşit olduğu durumda ekonomide optimum etkinlik sağlanmış olur (Mutlu ve Işık 2012: 49). Ancak piyasada bulunan dışsallıklar nedeni ile bu kural sağlanamamaktadır.

Sağlık hizmetleri de yarı kamusal mal olduklarından bireylere sağladıkları ferdi faydalarının yanında topluma sağladıkları faydaları da vardır. Örneğin; salgın hastalıklara karşı tüm yeni doğan bebeklere yapılan aşılar kişinin bu salgın hastalığa yakalanmasını ve işgücü kaybını önlediği gibi topluma yayılmasını da engelleyerek tüm topluma pozitif bir etki sağladığı gibi ülke ekonomisindeki toplu bir işgücü kaybının da önüne geçmektedir. Yani aşılama hizmetinin maliyeti tüm toplumdaki işgücü kaybının önlenmesinden kaynaklanan üretim gelirinden kat ve kat daha fazla olacaktır. Bu nedenle sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen hizmetler olmasının yanında dışsallık özelliği nedeni ile kamunun da üretmesi zorunlu olan mallardır.

#### 1.3.1.5. Yararlı (Erdemli) Mallardır

Erdemli (yararlı) mallar, bireylerin malın tüketiminden elde edilecek faydadan habersiz olmaları sebebiyle devletin kullanımını zorunlu kıldığı veya teşvik ettiği mallardır (Lipsey ve Harbury 1992: 86). Erdemli mallar kavramı genel olarak, tüketicilerin olası faydalarını tam olarak ölçülemediği eğitim ve sağlık hizmetlerinde üretilen mal ve hizmetler için kullanılır. Sağlık piyasalarında üretilen sağlık hizmetlerin erdemli mal olarak kabul görmesinin nedeni; serbest piyasaya bırakıldığı zaman fayda-maliyet koşulu nedeniyle yeterli miktarda üretim yapılmayacağından bireyler ve dışsallık özelliği nedeniyle toplumda refah kayıplarına neden olmasıdır. Zorunlu sağlık sigortası uygulaması bunun en güzel örneğidir. Ya da son yıllarda



ülkemizde uygulanmaya başlayan dumansız hava sahası uygulaması ile sigara tüketiminin belirli yerlerde yasaklanması veya uyuşturucu kullanımının yasaklanması uygulamaları da örnek olarak verilebilir (Ertürk Atabey 2016: 14).

#### 1.3.1.6. Bilgi Eksikliği Vardır

Rekabetçi, serbest piyasa koşullarında üretilen tüm mallar homojen olduklarından dolayı maliyet, içerik ve fayda açısından bir fark bulunmamaktadır. Ancak gerçek kapitalist sistemde böyle bir durum yoktur. Bilginin maliyeti çok yüksektir ve bu nedenle elinde bilgi olan kurumlar bunu kimseyle paylaşmak istemez ve bu sayede yeni ürünler geliştirerek sektörde üstünlüğü elde etmek ister. İşte bu durumlarda devlet müdahalesi gerekli olur. Bilginin paylaşılmaması durumunda üretimde etkinliği bozan ve maliyetleri arttıran bir durum ortaya çıkar. Buna karşı patent kanunu geliştirilerek bilgiyi ilk elde eden kişi veya kurumlara karşı bir koruma yürürlüğe konulmuştur (Ünal 2013: 74).

#### 1.3.1.7. Arz ve Talep Arasında Dengesizlik Söz Konusudur

Sağlık hizmetlerinde nüfus artışına bağlı olarak bu hizmetlere olan talepte artar. Ancak arzın artışı talep artışından daha yavaş gerçekleşir. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinde arz edilen işgücünün yetiştirme süresinin çok uzun sürmesidir. Aynı şekilde bir grip salgını veya buna benzer verem, kolera gibi salgın bir hastalığın baş göstermesi halinde, bu salgın hastalıklara karşı geliştirilen ilaçların taleplerinde meydana gelen artışa karşılık ilaç firmalarının arz edecekleri ilaç miktarlarını eş zamanlı olarak artırmaları mümkün olamamaktadır. Çünkü bu ilaçların bir üretim süreleri ve raf ömürleri vardır. Eğer stoklama şeklinde ilaç üretilirse raf ömürleri nedeniyle üretilen ilaçların bir kısmı tüketilemeden bozulacak ve firmaya artan bir maliyet getirecektir. Aynı şekilde üretim süreleri nedeniyle beklemek zorunda kalan hastalar ise o anda stokta bulunan ilaca olan acil ihtiyacı nedeniyle karaborsa oluşuma zemin hazırlar ve bu da tüketice bir maliyet artışı getirir (Güvenek 2015: 15).

#### 1.3.1.8. Satıcılar Azdır, Piyasaya Girişte Devlet Tarafından Belirlenen Oldukça Sıkı Düzenlemeler Vardır

Sağlık hizmetlerinde işgücünün yetiştirilmesi çok uzun zaman aldığından dolayı piyasada sağlık hizmetleri, dolayısıyla satıcılar azdır. Bunun yanında yine sağlık hizmetleri özel uzmanlık gerektiren hizmetler olduğundan dolayı piyasada arz edilebilmesi için devlet tarafından belirlenmiş belirli kurumlardan izin alınması zorunlu kılınmıştır. Doktorların hekimlik lisansları olmalarının yanı sıra sağlık kurumlarında işletme lisanslarının olmaları zorunlu olduğu gibi faaliyet vermeye başladıktan sonra yine devlet tarafından çok sıkı denetimlere tabi tutulurlar (Mutlu ve Işık 2012: 60).

#### 1.3.1.9. Satıcılar Arasında Anlaşma Vardır. Doğal Tekel Olma Eğilimi Vardır

Bir önceki maddede bahsettiğimiz satıcıların az olmasının bir sonucu olarak tam rakabet koşullarının oluşmadığı piyasalarda doğal monopolün oluşmasını engellemede idarenin elinden gelebilecek pek fazla bir şey yoktur (Mutlu ve Işık 2012: 60). Sağlık hizmetleri çok yüksek maliyetli hizmetler olduğundan dolayı piyasada özellikle belirli bir konuda uzmanlaşmış sağlık kurumlarının, ölçek ekonomisinin de etkisi ile, diğer kurumlar karşısında belirgin bir maliyet avantajı sağlaması kaçınılmaz olmaktadır. Bunu fırsata çevirmek isteyen satıcılar kendi aralarında anlaşarak herbiri belirli alanlarda uzmanlaşarak piyasada o alanda doğal bir monopol oluşturabilirler.

#### 1.3.1.10. Sunulan Hizmetler Heterojendir

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetler her yerde aynı değildir. Yani bir hastalık durumunda bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuzda alacağınız hizmet sizi muayene eden doktora veya bulunduğunuz sağlık kurumuna göre değişebilir. Örneğin; gribal bir rahatsızlık için bir hekime başvurduğunuzda bir hekim size antibiyotik tedavisi verirken başka bir hekim iğne tedavisi uygulayabilirken başka bir hekim size ayakta değil yatarak serumla tedavi yöntemi uygulayabilir. İlaçla tedavi yönteminde de yine bir hekim farklı bir ilaç yazarken başka bir hekim başka bir ilacı tercih edebilir. Yine aynı şekilde başvurduğunuz sağlık kuruluşunun doktor sayısına veya fiziksel özelliklerine

göre hizmet alabilmek için bir süre beklemeniz gerekebilirken başka bir kurumda anında tedavi olabilir veya yatarak tedavi yöntemi uygulandığında daha modern ve size ait bir odada tedavi sürenizi geçirebilirken bir başka hastanede daha ilkel ve daha fazla sayıda kişiyle aynı odayı paylaşmak zorunda kalabilirsiniz.

#### 1.3.1.11. İkame Edilemez ve Stoklanamaz

Sağlık hizmetleri kendine has özellikleri nedeniyle ikame edilmeleri mümkün edilmeyen hizmetlerdir. Örneğin; kalp damarlarındaki tıkanıklık nedeniyle acil by-pass olması gereken bir hastanın bunun yerine apandisti alınmaz. Ya da ayağındaki kırık nedeniyle ameliyat olması gereken bir hastaya bunun yerine katarakt ameliyatı yapılamaz. Yine aynı şekilde sağlık hizmetleri ileride kullanılmak üzere stoklanamaz. Yani ileride damarlarım tıkanır diye şimdiden stent takılmaz ya da kalp kapakçıklarım bozulabilir diye bugünden kalp kapakçıkları değiştirilmez.

#### 1.3.1.12. Piyasa Fiyatları ile Gerçek Maliyetler Arasında Korelasyon Zayıftır

Sağlık hizmetlerindeki doğal tekelleşme nedeniyle, mevcut üretim yöntemleri ile üretimde ortaya çıkan maliyeti ile piyasa fiyatı arasında oluşan “gölge fiyat” çok yüksektir. Bu durumda hizmeti arz eden taraf için oldukça büyük bir kazanç kaynağı olmaktadır (Bilgili ve Ecevit 2008: 205).

#### 1.3.1.13. Kâr Amacı Gütmeyen Kurumlarında Olduğu Karma Bir Yapı Vardır

Sağlık hizmetleri piyasasında hem kâr amacı gütmeyen devlet hastaneleri veya vakıf hastaneleri olduğu gibi, bu işi serbest piyasa koşullarında özel bir firma olarak çalışan ve kâr maksimizasyonu hedefleyen özel hastaneler de bulunmaktadır. Dolayısıyla piyasada karma bir yapı vardır. Hizmet talep eden birey kendi kriterlerine göre bu kurumlar arasından istediğini tercih etme özgürlüğüne sahiptir.

#### 1.3.1.14. Alınan Hizmetin Kalitesi Ölçülemez

Sağlık piyasalarında hizmet alan bireyin, piyasanın kendi yapısından kaynaklanan özelliği nedeniyle, aldığı hizmetin ne kadar kaliteli bir hizmet olduğunu ölçme şansı yoktur. Şöyle bir örnekle açıklamaya çalışırsak; kalp krizi geçirmiş bir bireyin acil olarak hastaneye getirilerek by-pass ameliyatı ile damarlarını değiştirdiği düşünürsek, bu bireyin aldığı hizmetin kalitesini değerlendirebilmesi için başka bir kurumdan veya doktordan da aynı hizmeti almış olması gerekmektedir ki iki hizmeti karşılaştırma şansı olabilsin. Ama bireyin böyle bir şansı yoktur. Bu nedenle birey aldığı hizmetin ne kadar kaliteli bir hizmet olduğu hakkında bir fikir sahibi olamaz.

Sağlık hizmetleri işte bu sayılan özellikleri nedeniyle serbest piyasa ekonomilerindeki gibi üretim, dağıtım ve bölüşüm gibi konularda tam etkinliği sağlayamaz. Piyasa aksaklıklarını gidermek ve denetimi sağlamak için devlet hizmetlerin sunumu ve finansmanı başta olmak üzere tüm konularda piyasaya müdahalede bulunmaktadır (Çoban 2009: 20).

#### 1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Talep

Kişilerin sağlıklarıyla ilgili bir sıkıntı çektiklerinde, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sağlık kuruluşlarından yararlanma isteğinde bulunmasına “*sağlık hizmetleri talebi*” denir. Ancak bu istek hayati öneme sahip bir müdahale için olabileceği gibi diyetisyenlerden alınan hizmet veya aile planlaması gibi doktor veya hemşirelerden alınan bilgi alma gibi hizmetlerden yararlanmak gibi yapılan istekler de olabilir (Mutlu ve Işık 2012: 90).

Sağlık hizmetleri talep fonksiyonunda şu faktörler vardır;

- Hizmetin fiyatı ve finansman yöntemi
- Gelir düzeyi
- İkame malların varlığı ve sayısı
- Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik
- Hastalığın risk düzeyi

- Sağlık hizmetlerinin niteliği
- Diğer faktörler (nüfus, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kentleşme, teknoloji, gen)

#### 1.3.2.1. Hizmetin Fiyatı ve Finansman Yöntemi

Sağlık hizmetleri yüksek maliyetli hizmetlerdir. Bir mal veya hizmete olan ihtiyacın talebe dönüşmesi için bu istediğin satınalma gücü ile desteklenmesi gerekliliği sağlık hizmetleri için de geçerlidir.

Genel itibari ile sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliği oldukça düşüktür. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinin insan hayatı açısından öneminden kaynaklanmaktadır. Ertelenemez veya ikame edilemez hizmetler olduklarından dolayı ihtiyaç ortaya çıktığında giderilmesi hayati derecede önemlidir. Esnekliğin düşük olmasının diğer nedenleri ise; bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sübvans edilerek halka ücretsiz olarak sunulması veya zorunlu sağlık sigortası uygulaması ile sağlık hizmetleri finansmanın sigorta şirketleri aracılığıyla sağlanmasıdır. Her iki durumda da bireyler ceplerinden bir harcama yapmadıkları için sağlık hizmetlerinin fiyatlarındaki değişimler hizmet taleplerini etkilememektedir (Mutlu ve Işık 2012: 81).

#### 1.3.2.2. Gelir Düzeyi

Gelir düzeyi sağlık hizmetleri talebinde fiyattan daha etkili bir faktördür. Yukarıda bahsedildiği gibi devlet tarafından sübvans edilmediği veya sigorta şirketleri tarafından finanse edilmediği durumlarda gelirin talep üzerindeki etkisi yükselmektedir. Düşük gelir düzeylerinde gelir artışları hizmet talebini doğrudan ve yüksek bir şekilde etkilerken yüksek gelir düzeylerine doğru çıkıldıkça bu etki azalmaktadır. Bunun nedeni düşük gelir gruplarındaki hizmet talebinin yaşamsal öneme sahip talepler olmasına karşın yüksek gelir gruplarına doğru çıkıldıkça bu talebin estetik ameliyat gibi daha ikincil planda kalan, hayati önem teşkil etmeyen talepler olmasından ortaya çıkmasıdır (Mutlu ve Işık 2012: 84).

### 1.3.2.3. İkame Malların Varlığı ve Sayısı

Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez olduğunu daha önce açıklamıştık. Burada bahsettiğimiz ikame malların varlığından kasıt tedavi yöntemlerinin alternatifleridir. Yani bir rahatsızlığın tedavisinde ilaç yöntemi kullanılabileceği gibi ameliyat yöntemi de kullanılabilir veya ameliyat yöntemi zorunlu olduğunda doktorlar tarafından cerrahi müdahale olabileceği gibi gelişen teknoloji sayesinde robotik cerrahi de tercih edilebilir. Yine basit bir anjiyo operasyonunda damarları açmak için çok çeşitli, daha uzun ömürlü olduğu belirtilen çeşit çeşit stentler arasından birey bütçesine göre tercih yapabilir.

### 1.3.2.4. Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik

Ulaşılabilirlik konusunda en önemli kriter sağlık kurumlarına ulaşılabilirliktir. Şehirde yaşayan birey ufak bir nezle olduğunda bile kendi mahallesindeki sağlık kurumlarına kolayca ulaşarak sağlık hizmeti alabiliyorken, daha kırsal kesimde yaşayan bir bireyin sağlık kurumlarına ulaşması hem maliyetli, hem zaman alıcı hatta bazı kesimlerde kış mevsiminde neredeyse imkansız olduğundan dolayı hizmet talebinden vazgeçerek evde istirahat şeklinde ve kendince tedavi yöntemleri uygulayarak tedavi yoluna gitmesi kaçınılmaz olabilmektedir. Ulaşılabilirlik kapsamındaki bir diğer koşul ise sağlık personeline ulaşılabilirliktir. Birey hizmet talebinde bulunmak için bir sağlık kurumuna ulaşabilmiş olsa bile rahatsızlığı konusunda bilgi sahibi bir uzman doktorun bu sağlık kuruluşunda olmaması nedeni ile de yeterli sağlık hizmeti alamayabilir.

### 1.3.2.5. Hastalığın Risk Düzeyi

Sağlık hizmetleri içinde taleplerin önem derecelerine göre bir ayırım yapılabilir. Örneğin; boğulma tehlikesi geçirmiş bir bireyin hizmet talebi burun estetiği yaptıracak bir bireyin hizmet talebinden daha önceliklidir. Yani şartların bir şekilde tek doktor tarafından bu iki hastaya müdahale etmesi gerektiği şekilde gelişmesi durumunda doktor bu hastaların taleplerini öncelik sırasına koyabilir. Estetik yaptıracak hastanın talebini ikinci plana atabilir veya yok sayabilir.

### 1.3.2.6. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği

Verilen sağlık hizmetlerinin niteliği de bireylerin sağlık hizmetleri talebini doğrudan etkileyebilir. Burada anlatılmak istenen sağlık personellerinin tutum ve davranışları veya bilgileri, ilgileri olabileceği gibi, sağlık kurumlarının fiziksel özellikleri de olabilir. Örneğin doktorun veya hemşirelerin bilgi birikimlerinin yeterli düzeyde olmaması veya hastalara yaklaşımlarındaki ilgisizlik bireylerin sağlık hizmetleri taleplerinde bulunmalarını etkileyebilir. Ya da gidilen sağlık kurumlarındaki yetersiz doktor sayısı, uzun bekleme süreleri veya hijyen koşullarındaki problemler talebi doğrudan etkileyen unsurlardandır.

### 1.3.2.7. Diğer Faktörler (Nüfus, Yaş, Cinsiyet, Eğitim Düzeyi, Kentleşme, Teknoloji, Gen)

Nüfusun artması sağlık hizmetlerini doğru orantılı olarak arttırmaktadır. Yaş faktöründe ise talebi etkileyen grup, yaşlı ve çocuk nüfustur. Bu gruptaki birey sayılarındaki değişimler de hizmet talebini doğru orantılı olarak etkilemektedir. Cinsiyet kısmında ise; kadınların erkeklerden daha fazla sağlık hizmet talep ettikleri, ortalama yaşam sürelerinin daha fazla olmasından anlaşılacağı gibi annelik gibi özel durumları da bu talebi arttıran bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Eğitim düzeyleri, teknolojik gelişme ve kentleşme kriterlerini beraber değerlendirmeye çalıştığımızda doğru veya ters oranlıdır diyebilmemiz mümkün olamamaktadır. Normal şartlarda değerlendirdiğimizde eğitim bireylerin kendi sağlıklarına, hijyenlerine daha fazla dikkat ettikleri gözlemlenirken, bununla beraber eğitilmiş bireylerin ofis ortamlarında masa başında ve bilgisayar karşısında daha fazla vakit geçirmeleri eklem ve göz rahatsızlıklarına neden olmaktadır. Ya da eğitilmiş bireylerin daha sanayileşmiş bölgelerde yaşamaları çevresel olarak olumsuz etkiler yaratmaktadır. Genetik bazı durumlarda ise, bazı rahatsızların anneden veya babadan doğrudan çocuğa geçmesi durumunda sağlık hizmetleri talebi de aynı oranda doğrusal bir şekilde artmaktadır (Mutlu ve Işık 2012: 81, 85).

### 1.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Arz

Bilindiği üzere esneklikler üç değişik durumda karşımıza çıkabiliyor; 1'den küçük olması, 1 olması veya 1'den yüksek olması şeklinde. Sağlık hizmetlerinde artan talebi kısa dönemde karşılayabilmek mümkün değildir. Bunun birçok nedeni vardır; sağlık hizmetlerinin stoklanamaması, personel yetiştirmenin veya bina gibi hizmet birimlerinin yapılmasının uzun zaman alması, sabit maliyetlerinin yüksek olması, talep artışlarına karşı eşanlı karşılık verebilememek bu gerekçelerden bazılarıdır. Sağlık hizmetlerinde ani talep artışlarına karşılık yapılabilecek tek çözüm yolu mevcut sağlık hizmetleri üretim faktörlerini maksimum düzeyde kullanabilmektir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde arz esnekliği 1'den küçük, yani katı esnektir (Çelik 2016: 76).

Sağlık hizmetleri arz fonksiyonunda şu faktörler vardır;

- Hizmetin fiyatı ve finansman yöntemi
- Girdi fiyatları
- Ücretler
- Kaynakların miktarı ve kullanım oranı
- Devlet politikaları, vergiler ve sübvansiyonlar
- Teknolojik değişim

#### 1.3.3.1. Hizmetin Fiyatı ve Finansman Yöntemi

Sağlık hizmetlerinin nihai fiyatı arz edilen miktarı belirleyen en faktördür. Muayene ücretleri ve ilaç veya yatak gibi tedavi ücretleri arzı doğrudan etkiler. Bu masrafları yine daha önce anlattığımız gibi devlet sübvansiyon edebileceği gibi özel veya zorunlu sağlık sigortası uygulaması da arz üzerinde etkilidir.

#### 1.3.3.2. Girdi Fiyatları

İktisatta arz fonksiyonunun en önemli değişkenlerin olan üretim faktörlerinin maliyeti sağlık hizmetleri arzı içinde geçerlidir. İster sağlık kurumlarındaki sağlık personelinin alınan hizmet maliyeti olsun, ister tedavi sürecinde kullanılan ilaç, serum,



röntgen, vb. techizatların maliyetleri olsun arzı etkileyen en temel unsurlardan biri bu maliyetlerdir. Bu maliyetlerin altında bir piyasa fiyatı oluşması durumunda devlet tarafından sübvansye edilen sağlık kuruluşları ve kâr amacı gütmeyen vakıfların verdiği sağlık hizmetleri dışında piyasada özel sektör faaliyet göstermez. Bu durumda da daha önce değindiğimiz gibi bir rekabet ortamı oluşmadığın hizmet talebinde bulunan birey için problemler ortaya çıkabilmektedir.

#### 1.3.3.3. Ücretler

Sağlık hizmetlerinde çalışan personelin aldığı ücretlerde arzı etkiler. Her sektörde olduğu gibi bu sektörde de çalışan kişiler verdikleri emeğin karşılığı olan ücreti almak isterler. Eğer bu karşılığı alamazlarsa bu sektörde çalışmak istemezler. Ayrıca bu sektörde çalışanların topluma sağladıkları pozitif dışsallıklar çok fazla olduklarından kişileri bu sektörde çalışmaya teşvik edici ücretlerin olması gerekmektedir. Yine bu sektörde çalışan personelin emeklerinin karşıkları doğrudan insan sağlığıyla ilgili olduğundan özveri isteyen ve yıpratıcı bir sektör olduğundan aldığı ücretin tatmin edici, motive edici olması gerekmektedir.

#### 1.3.3.4. Kaynakların Miktarı ve Kullanım Oranı

Sağlık sektörü emek-yoğun bir sektördür ve bu emeğin de nitelikli olması gerekmektedir. Bu niteliğin artırılması ise uzun zamanlar almaktadır. Bu nedenle kısa dönemde personel sayısının arz etkisi neredeyse sıfırdır. Personel sayısının kısa dönemde arz üzerinde, sadece verimlilikleri artırma olanağı varsa, bir etkisi olabilir. Aynı şeyler sabit sermaye yatırımları için de geçerlidir. Kısa vadede yeni sağlık kurumları yapabilmek mümkün değildir, ancak bu kurumların tam kapasite kullanılması ile arzı arttırabilmek mümkün olabilir.

#### 1.3.3.5. Devlet Politikaları ve Vergiler, Sübvansiyonlar

Devletin sağlık hizmetlerine yaptığı doğrudan sermaye yatırımları veya bu yatırımların yapılması için yaptığı sübvansiyonlar da sağlık hizmetleri arzını artırır.

Örneğin; devletin bir şehire devlet hastanesi yapması veya özel sektöre sağlık yatırımları yapması için verdiği hibeler veya vergi indirimleri gibi uygulayamaya koyduğu politikalar sağlık hizmetlerini arttırıcı etkiler yaratır.

#### 1.3.3.6. Teknolojik Değişim

Teknolojik gelişimin sağlık hizmetleri arzı üzerine her zaman pozitif etkisi olmuştur. Çünkü bu gelişimler ya tedavisi olmayan hastalıklar için tedavi yöntemleri geliştirir, ya hastalıklar için yeni tedavi yöntemleri geliştirir. Bu yeni tedavi yöntemleri ya hizmet maliyetlerini düşürür ya tedavi sürelerini kısaltır. Her iki durumda da hizmet talebini arttırır, dolayısıyla da arzı arttırır.

#### 1.4. Sağlık Hizmetlerinde Finansman

Toplumun yapı taşları bireylerdir, bireylerin en önemli zenginlikleri ise sağlıklarıdır. Ülkelerin büyümeleri ve kalkınmaları için gerekli olan üretimi yapacak işgücünü de bu bireyler oluşturduğundan ülke ekonomisinde sağlık sistemi çok önemli bir konumdadır. Bu nedenle son yıllarda GSYH'dan sağlık hizmetlerine ayrılan pay giderek artmaktadır. Tüm bireylerin sağlık sistemine eşit şartlarda ulaşabilmesi, sağlık hizmetleri için gerekli kaynakların etkin ve verimli kullanılabilmesi, bu hizmetlerin ne kadar, ne şekilde, nerelerde kullanılacağını planması için ülkede düzgün çalışan bir sağlık sistemin oluşturulması şarttır. Ve bu sistemin işletilebilmesi için gerekli olan finansmanın da sağlanabilmesi için etkin bir finansman sistemi şarttır (Çelik 2016: 167).

Sağlık hizmetleri arzında ihtiyaç duyulan kaynaklar için gerekli paranın temini sağlık hizmetlerinin finansmanı olarak tanımlanmaktadır (Besim 2001: 1628). Sağlık hizmetleri finansmanının üç ana görevi vardır; gelir elde etme, fon oluşturma ve hizmet arz edenlere ödeme yapma (Çelik 2016: 167). Ülkeden ülkeye farklılık gösterse de sağlık hizmetlerinin finansmanı genellikle üç yolla sağlanmaktadır;

##### 1. Kamu Finansmanı

###### a. Bismarc Modeli (Zorunlu Sosyal Sigorta Yöntemi)

- b. Beveridge Modeli (Genel Vergiler Yöntemi)
- 2. Özel Finansman
  - a. Cepten Ödeme Yöntemi
  - b. Özel Sigorta Yöntemi
- 3. Karma Finansman

#### 1.4.1. Kamu Finansmanı

Kamu tarafından finanse edilen yöntemdir. Finansman kaynakları; genel vergiler, özel vergiler ve primlerdir. Bu yöntemde iki farklı model kullanılmaktadır;

##### 1.4.1.1. Bismarc Modeli

Zorunlu sosyal sigorta yöntemi de denir. Bu yöntemde finansman, kamu tarafından yönetilen sigortalara, kısmet devletin katkısı olsa da, devlet tarafından belirlenmiş kişilerin, ağırlıklı olarak da çalışan ve işverenlerin bordrolarından veya ücretlerinden aylık olarak, otomatik, ödedikleri primler ile finanse edilir (Güvenek 2015: 145). 1883 yılında ilk olarak Almanya’da Otto Van Bismarc tarafından tasarlandığı için bu isimle de anılır. Bu sistemin toplumun tamamını kapsama gibi zorunluluğu bulunmamasına rağmen eğer toplumun tamamını kapsıyorsa buna “*genel sağlık sigortası*” adı verilir. Sistemin en önemli özelliği, alınan hizmetin sigortaya prim ödeyen herkes için eşit olmasıdır. Yani hem primler hastalık risk derecesine bağlı olmadığı için düşük risk grubundan yüksek risk grubuna göre dağıtıldığından riskin toplumun herkesimine eşit bir şekilde dağılımı sağlanmış oluyor. Hem de primler bireylerin gelirleri ile doğru orantılı olduğundan yüksek prim ödeyen yüksek gelir seviyesindekilerden düşük prim ödeyen düşük gelir gruplarına doğru bir dağılım sağlanmış oluyor. Bu model aynı zamanda emeklilik ve sakatlığı da kapsadığından bireyin yaşam süreci boyunca koruma sağlıyor.

Bu finansman türünde sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için üçüncü bir aracı kuruluşa ihtiyaç vardır ve bu da extra maliyet demektir. Yine rakabet ortamının olmaması nedeniyle de verimlik problemlerine de neden olabilir (Çelik 2016: 177).

#### 1.4.1.2. Beveridge Modeli

Genel vergiler ile finansman yöntemi de denir. İlk olarak 1942 yılında İngiltere’de hazırlanan Beveridge Raporu ile ortaya atıldığından bu isimle de anılır. Ülke çapında kapsamlı bir sağlık hizmeti programı oluşturmak için gerekli olan iktisat politikalarından bahseden bir rapordur. Bismarc Modelinden farklı olarak sağlık hizmetinin yürütülebilmesi için ayrı bir özel örgüte ihtiyaç duymamaktadır. Kamu gelirleri ortak bir havuzda toplanır ve buradan her sektöre paylar dağıtılır. Buradaki sorun, her sektörün bu havuzdan yeterli payı alabilmek için diğer sektörler ile mücadele içinde olmasıdır. Eğer ülkede sağlam bir maliye politikası varsa, vergiler yoluyla sağlık hizmetleri finansmanın, oluşan vergi fonunun büyüklüğü nedeniyle oldukça büyük avantajları vardır (Çelik 2016: 173). Bu sistemde sağlık hizmetleri için gerekli olan fonun finansmanı tüm topluma yayılmış olur. Yine ödenilen verginin miktarına bakılmazsınız oluşan fon tüm topluma eşit şekilde yayılarak risk dağılımı genele yayılmış olur. Şu anda Dünya Sağlık Örgütü’ne üye 191 ülkeden 106’si sağlık hizmetleri finansmanın en büyük payını bu yolla sağlamaktadır (Güvenek 2015: 62).

#### 1.4.2. Özel Finansman

Bu finansman türünde de iki farklı yöntem mevcuttur:

##### 1.4.2.1. Cepten Ödeme Yöntemi

İsminden de anlaşılacağı gibi kişi sağlık hizmeti talebinde bulunduğu finansmanını da kendi cebindeki paradan o anda karşılar. Bu yöntem yüksek gelir grubuna dahil bireyler için bir sorun yaratmazken düşük gelir grubuna dahil toplumun çok büyük çoğunluğu için ciddi bir sıkıntıdır. Çünkü sağlık hizmetleri yüksek maliyetli bir hizmet türüdür ve alınan hizmetlerin maliyetleri de yüksek olmaktadır. Bu nedenle düşük gelire sahip bireyler ihtiyaç duymaları halinde dahi bu hizmetten yararlanamayabilirler. Ayrıca risk dağıtım mekanizması da bu sistemde bulunmamaktadır, yani eğer sağlık hizmetine ihtiyaç duymazsanız bütçenizden hiçbir zaman hiçbir harcama veya kesinti olmayacağı gibi tersi durumda sağlık hizmetine

ihtiyaç duyduğunuzda da bütün masrafları kendiniz cebinizden ödemek zorunda kalacaksınız. Dolayısıyla bu yöntem tüm toplumu kapsayan bir yöntem olmamakta ve sosyal devlet anlayışına da uymadığından günümüzde pek tercih edilmeyen bir yöntem olmaktadır.

#### 1.4.2.2. Özel Sigorta Yöntemi

Bu yöntem de aslında Bismarc Yöntemine benzemektedir ama sigortayı yapan kamu değil serbest piyasa koşullarında faaliyet gösteren özel firmalardır. Yani kişi sağlık sigortası yaptırmak isterse, piyasada faaliyet gösteren firmalardan istediğine, istediği şartlarda, istediği süre kadar sigorta yaptırabilir. Ancak bu yöntemde sigorta yaptırmak isteyenler risk gruplarına göre farklı derecelere ayrıldığından herkesin ödeyeceği prim miktarı aynı olmamaktadır. Yani yüksek hastalık riski taşıyan yaşlı veya çocuk gibi gruplarda ödenen prim miktarı yüksek olacağı gibi genç ve orta yaşlı bireyler grubunda ödenen primler daha düşük olacaktır. Hatta çok yüksek risk grubunda yer alan bireyleri özel firma isterse sigorta yapmak zorunda da değildir. Yine bu sistemde alınacak sağlık hizmetlerinin kapsamı da yapılan sağlık sigortası poliçesine göre farklılık gösterebileceği için tüm sağlık hizmetlerini kapsamayabilir veya sınırsız bir sağlık hizmeti finansmanı sağlamayabilir. Yine bu yöntemde risk dağılımı tüm topluma değil sadece sizin içinde bulunduğunuz sağlık sigortasına sahip bireyler arasında yapılır. Ayrıca bu sistem Bismarc Modeli'ndeki gibi emeklilik ve sakatlığı kapsamaz. Bu sistemde sosyal devlet anlayışı prensibine uymadığından ilk planda tercih edilen bir yöntem olmasa bile diğer finansman yöntemlerinin yanında tamamlayıcı bir yöntem olarak yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

#### 1.4.3. Karma Finansman

Bu finansman yönteminde yukarıda anlatılan tüm yöntemler piyasada eşanlı olarak kullanılır. Yani hem kamu kesimi hem özel sektör hem bireyler sağlık hizmetlerini finansmanını sağlamada aynı anda görev yaparlar.

### 1.5. Sağlık Sistemleri

Sağlık sistemleri, bir ülkedeki toplumun genel sağlık düzeylerini korumak, geliştirmek, devamlılığını sağlayabilmek için eldeki işgücünün nasıl kullanılacağıının planlanması, bu işgücünün eğitiminin planlanması, finansmanının planlanması; bu hizmeti sunan hastane, ilaç şirketleri veya teknik malzeme sağlayıcılarının üst bir yönetim tarafından belirli bir politikaya göre koordineli olarak çalışmalarını sağlayan düzenlerdir (Ateş 2016: 48).

Ancak sağlık sistemleri sınıflandırılırken temel alınan asıl unsur finansman yöntemi olmuştur. Günümüze kadar farklı isimler tarafından farklı farklı sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. Bunlardan ilki, Terris'in 1978 yılında geliştirdiği gelişmekte olan ülkeler, gelişmiş ülkeler ve sosyalist ülkelerden oluşan üç gruplu sınıflandırmadır. Daha sonra 1980 yılında Field'in geliştirdiği finansmana dayalı pazar odaklı ve merkezi planlama odaklı iki gruba dayalı model ortaya atılmıştır (Ertürk Atabey 2016: 42). Ama en çok kabul gören ve hâla kullanılan model Roemer'in ilk defa 1956 yılında yaptığı çalışmada bahsettiği daha sonra 1960, 1984, 1991, 1993 ve son olarak 1994 yılında güncellediği çalışmasına göre ülkelerin gelir, ekonomik kalkınma ve devlet müdahalelerine göre; serbest piyasa tipi, refah yönelimli tip, kapsayıcı tip ve sosyalist tip olarak dört gruba ayırdığı sınıflandırma yöntemidir (Ateş 2016: 54). 1994 yılında da Elling ülkelerin sosyal, dini ve ideolojik yapılarına göre yeni bir sınıflandırma sistemi geliştirmiştir (Ertürk Atabey 2016: 42).

Milton Roemer, sağlık sistemlerini sınıflandırırken devlet müdalesine göre azdan çoğa doğru şu şekilde sınıflandırmıştır;

#### 1.5.1. Serbest Piyasa Tipi (Kapitalizm, Liberalizm)

Bu tip sağlık sistemlerinde, kamu kesiminin hizmetin sunumundaki varlığı yok denilecek kadar azdır. Sağlık hizmetleri serbest piyasa koşullarında alınıp satılan herhangi bir mal gibi işlem görür. Özel sigortacılık yaygındır, bireyler ya doğrudan ceplerinden ödeme yaparlar ya da özel sigortaya ödedikleri primlerle bu hizmetlerin

finansmanlarını karşılarlar. Bu nedenle de sağlık hizmetlerinde sadece bu hizmetlerin bedellerini ödeyebilenler yararlanır. Kamu kesimi sadece vergilerin çok az bir kısmı ile bu hizmetlerin sunumuna dolaylı olarak katılır. Bu nedenle sağlık personelinin çok büyük kısmı özel olarak çalışmaktadır (Cevahir 2016: 44). ABD, Çin gibi ülkelerde uygulanmaktadır.

#### 1.5.2. Refah Yönelimli Tip

Bu tip sağlık sistemleri, Keynesyen ekonomi politkalarının sağlık sistemine uygulanmış şeklidir (Cevahir 2016: 46). Sağlık talebinde kamu sektörü etkin bir rol alırken, arz kesiminde nispeten daha azdır. Esasında Bismarc modelinin uygulanma şeklidir. Prim ödenilen ve sosyal sigortaya dayanan bir sistemdir (Ateş 2016: 67). Almanya, Fransa, Belçika gibi ülkelerde uygulanmaktadır.

#### 1.5.3. Kapsayıcı Tip

Bu sistem de Beveridge modelinin uygulanma şeklidir. Yani tüm nüfüsü kapsayan ve kamu tarafından finanse edilen bir sistemdir. Kamu kesimi sağlık hizmetlerinin hem arzında hem de talebinde ana unsurdur. Özel sektör yok denilecek azdır. İngiltere ve Norveç gibi ülkelerde uygulanmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamı her bireye tam ve zorunludur. Finansmanın tamamı genel vergilerden karşılanır.

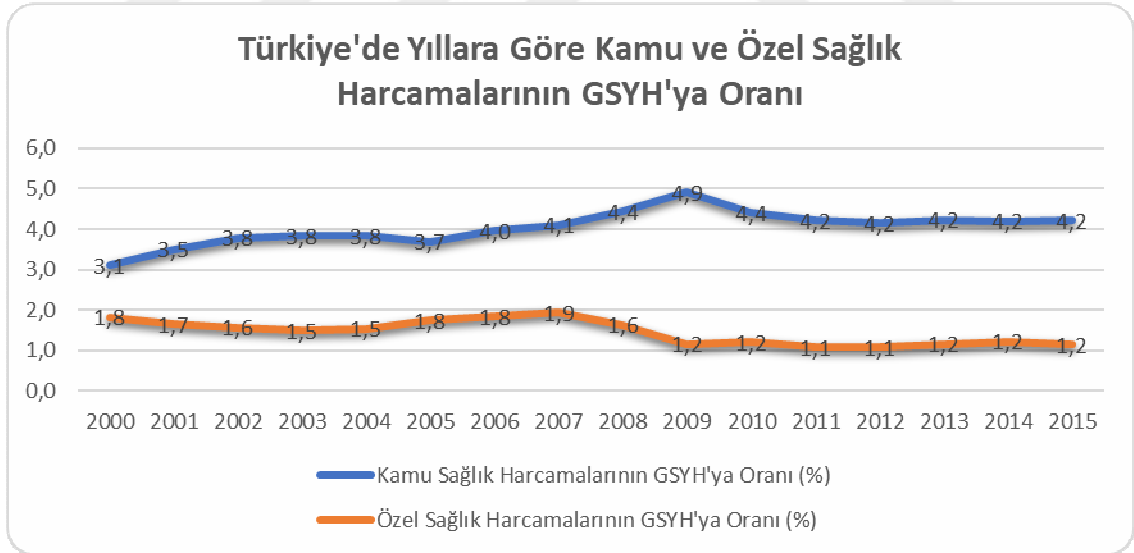
#### 1.5.4. Sosyalist Tip

Marksist temellidir. Ana özelliği tüm topluma eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti sunmaktır (Cevahir 2016: 55). Sağlık hizmetlerinin finansmanın ve arzının tamamı kamu kesimi tarafından yapılır. Özel sektör hiç yoktur denilebilir.

## II. BÖLÜM

### 2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye’de karma bir finansman yapısı vardır. Grafik 2.1’de 2000-2015 yılları arasındaki kamu ve özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payları yüzdesel olarak verilmiştir. Toplam sağlık harcamasının GSYH’ya oranı 2000 yılında %4,9 ve bunun %3,1’i kamu finansmanı iken 2015 yılına gelindiğinde toplam oran %5,4’e çıkarken bunun %4,2’si kamu finansmanı olmuştur. Yine grafikten anlaşılabacağı gibi özel finansmanın payı 2007 yılından itibaren keskin bir azalışa geçerek iki sene içerisinde yaklaşık olarak yarı yarıya azalmış, kamu kesimine bir yöneliş olmaya başlamıştır.

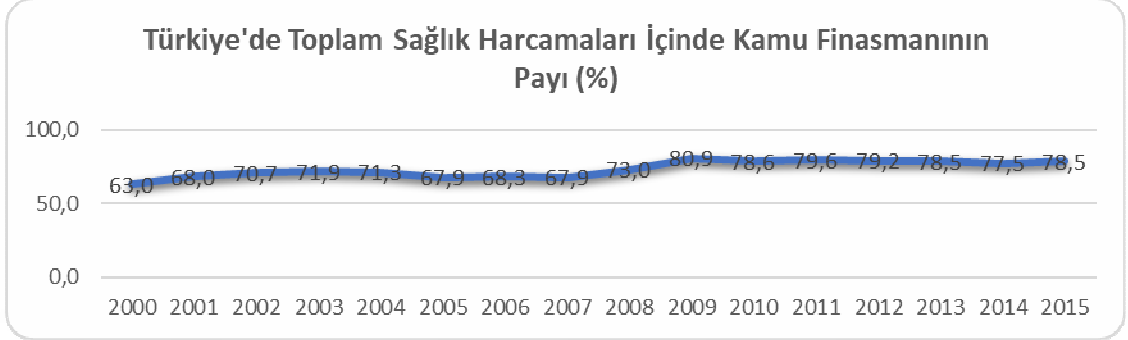


**Grafik 2.1:** Türkiye’de yıllara göre kamu ve özel sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı

**Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, 2016)



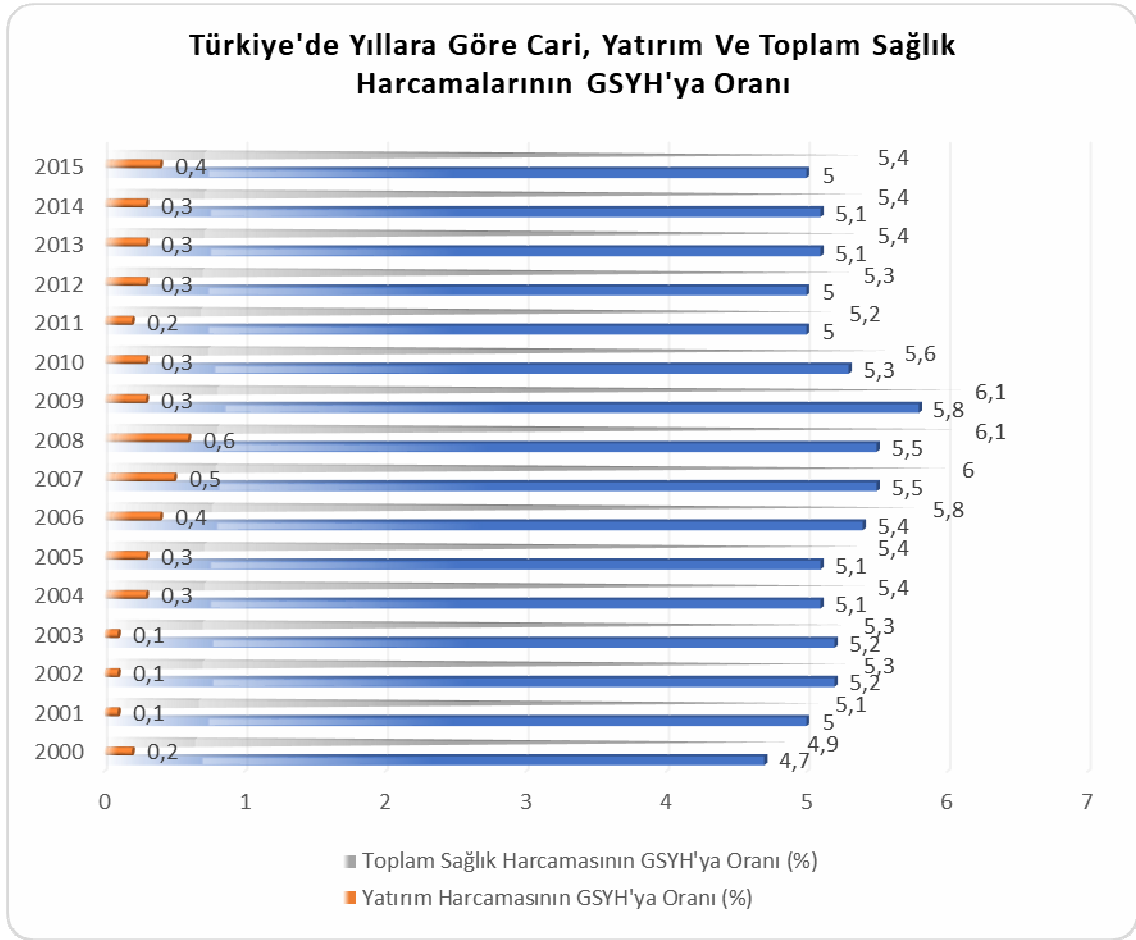
Grafik 2.2’de Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içindeki kamunun payı gösterilmiştir. Bu grafikten anlaşılaçağı gibi ülkemizde kamu finansmanının payı giderek artarak %63 seviyesinden %78,5 seviyesine kadar çıkmıştır.



**Grafik 2.2:** Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde kamu finansmanının payı

**Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, 2016)

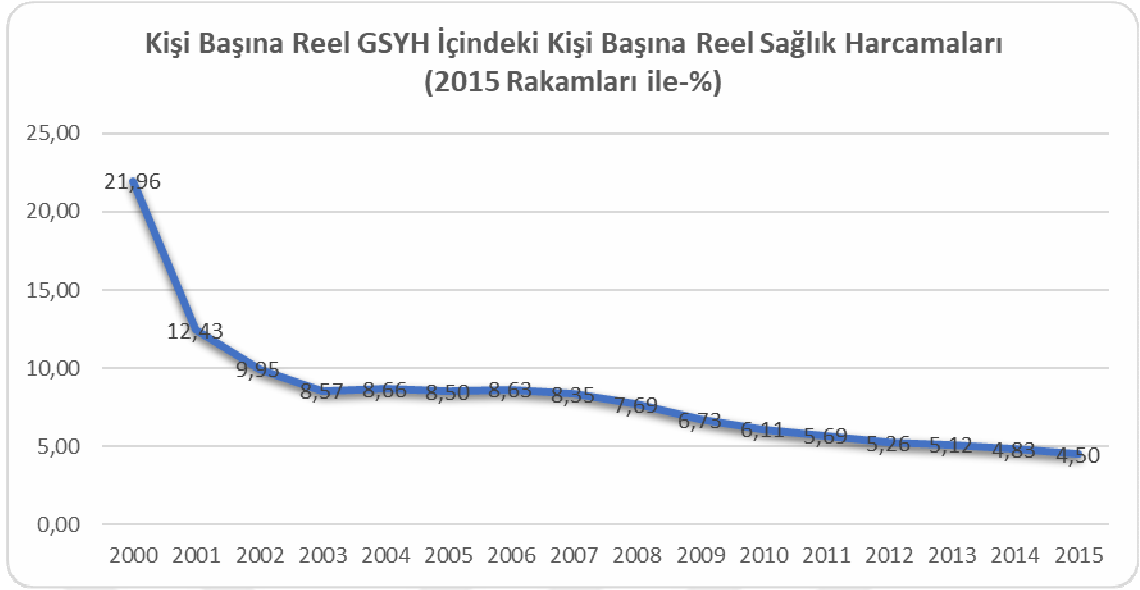
Sağlık harcamalarının cari ve yatırım harcamaları olarak ayrı ayrı ele alındığı Grafik 2.3’de ise cari sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarının neredeyse tamamını kapsadığının görebiliriz. Yatırım harcamaları neredeyse yok denecek kadar azdır. Sağlık yatırım harcamalarının GSYH içerisindeki payı 2000’li yıllar boyunca hiçbir dönem %0,6’dan daha yüksek bir seviyeye ulaşmamıştır. Bunun ana nedeni 1960’lardan itibaren uygulanmaya konulan sağlık politikaları sayesinde ülkenin neredeyse en ücra köşeleri de dahil olmak üzere her bölgeye sağlık ocağı veya benzeri kurumların yapılmış olmasına rağmen personel dağılımındaki problem nedeniyle özellikle doğu bölgeleri olmak üzere birçok kırsal kesimde bu hizmet binalarının atıl bir biçimde yıllar boyunca hizmet vermeden durmalarıdır. Sağlık personeli sayısının artmasına ve cari harcamaların artmasına rağmen yatırım harcamalarının artmamasının nedeni bu atıl kapasitelerin faaliyete geçmesinden kaynaklanmaktadır. On altı yıllık süre içerisinde toplam sağlık harcamalarının oranı önce artan sonra azalan bir seyir izlemiştir.



**Grafik 2.3:** Türkiye’de yıllara göre cari, yatırım ve toplam sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı

**Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, 2016)

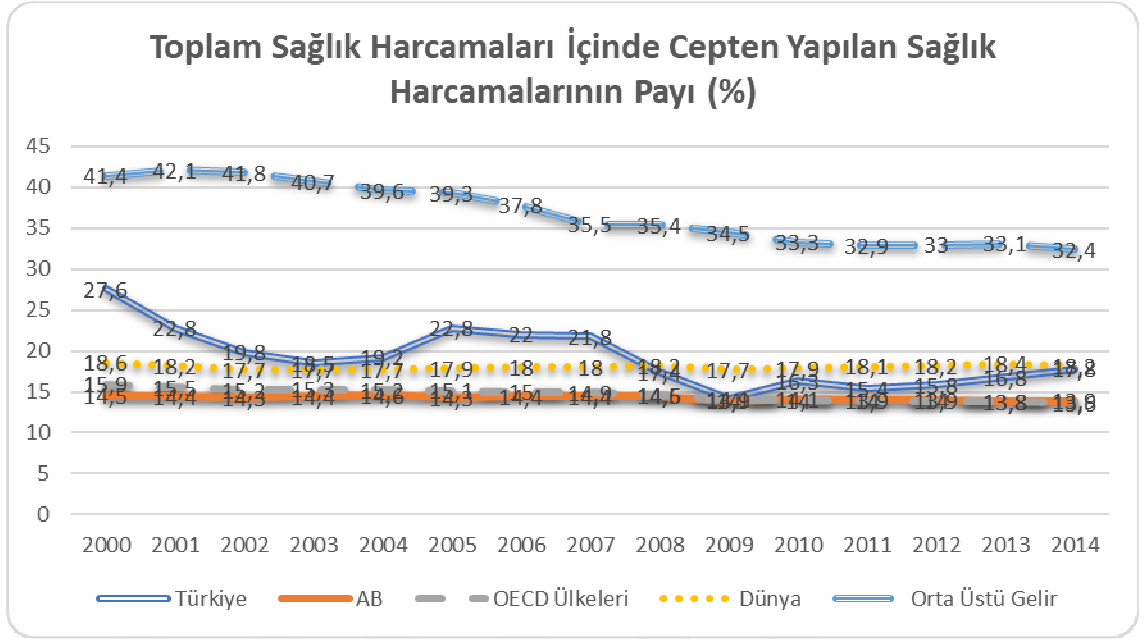
Grafik 2.4’de kişi başına reel GSYH içindeki kişi başına reel sağlık harcamalarının 2015 yılı rakamları ile oranları gösterilmiştir. Bu grafikte görüldüğü gibi bireylerin sağlık harcamalarının toplam gelir içerisindeki payı 2000’li yıllardan itibaren oransal olarak giderek azalmaktadır. 2000 yılında kişisel gelirin neredeyse 5’te 1’i sağlık harcamalarına gitmekte iken 2015 yılına gelindiğinde bu oran 20’de 1’e kadar gerilemiştir.



**Grafik 2.4:** Türkiye’de kişi başına reel GSYH içindeki kişi başına reel sağlık harcamaları (2015 rakamları ile)

**Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, 2016) (TÜİK) (Kalkınma Bakanlığı)

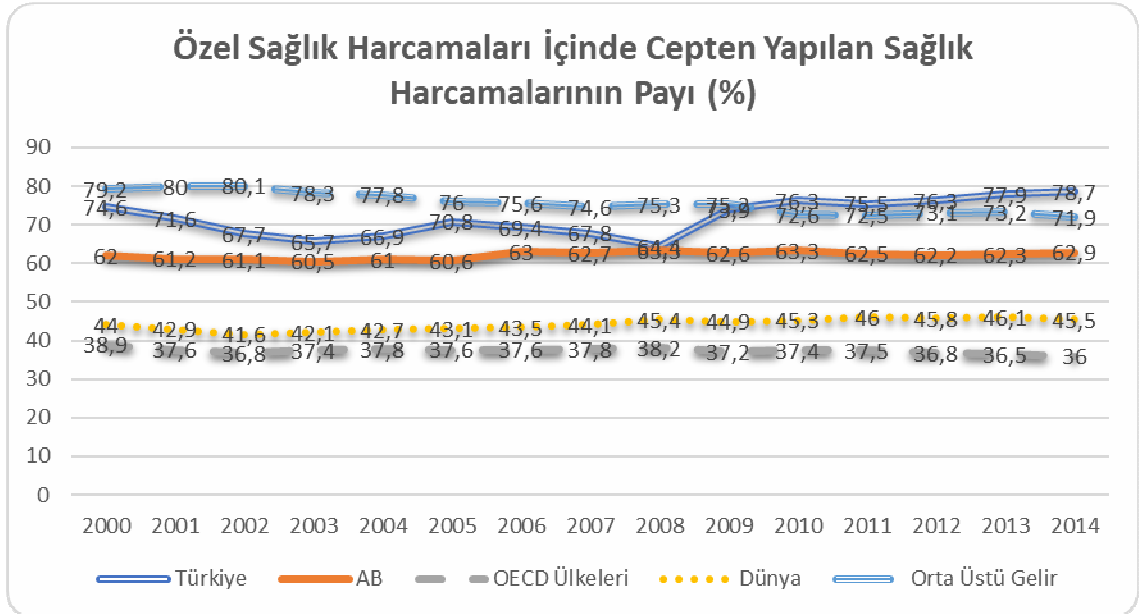
Grafik 2.5’de Dünya Bankası’ndan alınan verilere göre toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan sağlık harcamalarının payı gösterilmektedir. Bu tabloya göre dünya ortalaması %18, OECD ülkeleri ortalaması %14 ve en düşük ortalamaya sahip AB ülkeleri %13 seviyelerindeyken Türkiye gibi orta üstü gelir grubu ülkelerin ortalamaları bunlara oranlarda çok yüksektir. Yani Türkiye ve orta üstü gelir grubu ülkelerde sosyal güvenlik sistemini yetersiz ve etkinsizdir.



**Grafik 2.5:** Toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamalarının payı

**Kaynak:** (World Bank 2017)

Grafik 2.6’da ise özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamalarının payı gösterilmektedir.



**Grafik 2.6:** Özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamalarının payı

**Kaynak:** (World Bank 2017)

AB’de cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2014 yılı için %13,8 iken özel sağlık harcamaları içindeki payı %62,9 seviyesindedir. Buradan anlaşılan AB ülkelerinde kamu finansmanının ne kadar yüksek bir oran olduğudur. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun ağırlığının belirgin bir baskınlığı bulunduğudur. Özel sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan harcamalarının 2014 yılı için en yüksek olduğu ülke beş grup içerisinde Türkiye’dir. Türkiye’de bu oran 2014 yılı için %78,8 olmuştur. Yani Türkiye’de özel sigortanın payı sadece %20 seviyesinde kalmıştır. Bireylerin, eğer devlet güvencesi yoksa, çok büyük çoğunluğu sağlık hizmetleri finansmanlarını kendi ceplerinden karşılamaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı da 2014 yılı için Türkiye’de %17,8 olmuştur. Yani Türkiye’de yapılan her 100 dolarlık sağlık harcamasının 17,8 doları cepten ödenmektedir. 2014 yılında kişi başına düşen sağlık harcamaları verilerine göre Türkiye’de bu rakam 567,6 dolardır. (World Bank 2017) Yani Türkiye’de kişi başına cepten yapılan sağlık harcaması 101 dolar olmuştur.

Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) düzenli olarak yaptığı Hanehalkı Tüketim Harcamaları anketine göre Tablo 2.1’deki sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu ankete göre hanehalklarının tüketim harcamaları onbir ana grup ve bir toplulaştırmış gruba ayrılmış ve bu gruplara göre yüzdesel dağılımları araştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre hane halklarının tüketim harcamalarının yarısından fazlası iki ana grup olan konut ve kira ile gıda ve alkolsüz içecekler gruplarına gitmiştir. En az harcama yapılan iki grup ise eğitim ve sağlık olmuştur. Sağlık hizmetleri eğitimden sonra en az harcama yapılan gruptur ve hanehalkı tüketim harcamalarının sadece %2’ine denk gelmektedir. Bu sonuçta Türkiye’deki toplam nüfusun 2014 verilerine göre %83,7’nin bir sosyal güvencesinin olması neden olmaktadır. Bu oran 2016’da %85,5’e kadar çıkmıştır. (SGK İstatistik Yıllığı 2016, 2017)

**Tablo 2.1:** Türkiye’de hanehalkı tüketim harcamasının gruplara göre dağılımı

| Hanehalkı Tüketim Harcamasının Türlerine Göre Dağılımı (%) |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |          |          |
|------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|----------|
|                                                            | 2002       | 2003       | 2004       | 2005       | 2006       | 2007       | 2008       | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       | 2013       | 2014       | 2015     | 2014     |
| Konut ve Kira                                              | 27,3       | 28,3       | 27         | 25,9       | 27,2       | 28,9       | 29,1       | 28,2       | 27,1       | 25,8       | 25,8       | 25         | 24,8       | 26       | 25,2     |
| Gıda ve Alkolsüz İçecekler                                 | 26,7       | 27,5       | 26,4       | 24,9       | 24,8       | 23,6       | 22,6       | 23         | 21,9       | 20,7       | 19,6       | 19,9       | 19,7       | 20,2     | 19,5     |
| Ulaştırma                                                  | 8,7        | 9,8        | 9,5        | 12,6       | 13,1       | 11,1       | 14,1       | 13,6       | 15,1       | 17,2       | 17,2       | 17,4       | 17,8       | 17       | 18,2     |
| Mobilya, Ev Aletleri ve Bakım Hizmetleri                   | 7,3        | 5,7        | 6,6        | 6,8        | 6,2        | 5,9        | 5,8        | 6,2        | 6,3        | 6,4        | 6,7        | 6,6        | 6,8        | 6,1      | 6,3      |
| Giyim ve Ayakkabı                                          | 6,3        | 6,2        | 6,5        | 6,2        | 5,9        | 5,9        | 5,4        | 5,1        | 5,1        | 5,2        | 5,4        | 5,3        | 5,1        | 5,2      | 5,2      |
| Haberleşme                                                 | 4,5        | 4,3        | 4,5        | 4,3        | 4,2        | 4,5        | 4,4        | 4,2        | 4,1        | 4          | 3,9        | 4          | 3,7        | 3,7      | 3,7      |
| Lokanta ve Oteller                                         | 4,4        | 4,1        | 4,5        | 4,4        | 4,2        | 4,5        | 4,4        | 5,2        | 5,4        | 5,7        | 5,8        | 5,9        | 6          | 6,4      | 6,4      |
| Alkollü İçecekler, Sigara ve Tütün                         | 4,1        | 4,1        | 4,3        | 4,1        | 4,1        | 4,3        | 3,8        | 4,1        | 4,5        | 4,1        | 4,2        | 4,2        | 4,2        | 4,2      | 4,4      |
| Eğlence ve Kültür                                          | 2,5        | 2,2        | 2,5        | 2,5        | 2,2        | 2,1        | 2,5        | 2,6        | 2,8        | 2,7        | 3,2        | 3,1        | 3          | 2,9      | 2,8      |
| <b>SAĞLIK</b>                                              | <b>2,3</b> | <b>2,2</b> | <b>2,2</b> | <b>2,2</b> | <b>2,2</b> | <b>2,4</b> | <b>1,9</b> | <b>1,9</b> | <b>2,1</b> | <b>1,9</b> | <b>1,8</b> | <b>2,1</b> | <b>2,1</b> | <b>2</b> | <b>2</b> |
| Eğitim                                                     | 1,3        | 2          | 2,1        | 1,9        | 2,1        | 2,5        | 2          | 1,9        | 2          | 2          | 2,3        | 2,4        | 2,4        | 2,2      | 2,3      |
| Çeşitli Mal ve Hizmetler                                   | 4,6        | 3,5        | 3,9        | 4,1        | 4          | 4,2        | 4,1        | 4          | 3,7        | 4,3        | 4,2        | 4,3        | 4,3        | 4,3      | 4,2      |

**Kaynak:** (Türkiye İstatistik Kurumu 2017)

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre 2016 yılında yaklaşık 80 milyon olan ülke nüfusunun %85,5’ini kapsayan 68,2 milyon kişi kamu veya özel sigorta kapsamına alınmıştır (SGK İstatistik Yıllığı 2016, 2017). Ancak hiçbir sosyal güvencesi olmayan hâlâ 12 milyon kişi bulunmaktadır. Kapsama alınan bu 68,2 milyonun ise 67,8 milyonu kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Özel sektörün buradaki payı sadece 400 bin bireye denk gelen %0,6’dır. Yani neredeyse yok denilecek kadar azdır.

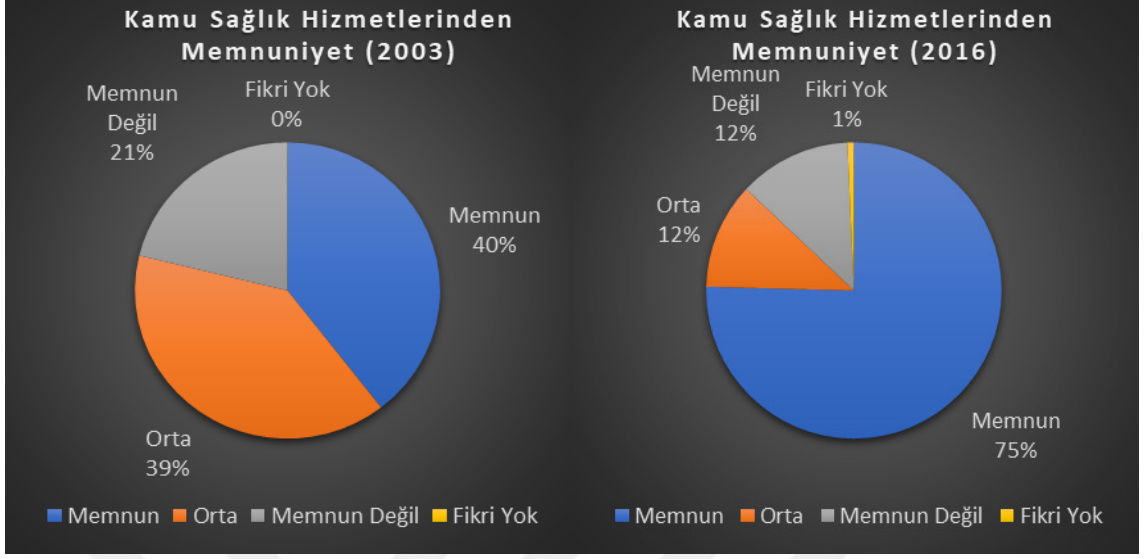
SGK tarafından dört gruba ayrılmış olan sosyal güvenlik sistemine dahil olan bireylerin ilk üç grubu kamu tarafından finanse edilen aktif sigortalılar, pasif sigortalılar ve bağımlılar grubudur. Aktif grupta halen bu hizmet için prim ödeyen veya maaşlarından kesinti yapılan bireyler bulunmaktadır. 2016 yılı verilerine göre Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında tescil edilen 10,2 milyon kişi de bu gruptadır. GSS kapsamında da prim ödeyen 10,2 milyonun da sadece 2,7 milyonu primlerini kendisi

ödemekte, geriye kalan 7,5 milyonun primleri ise aylık gelirleri belirli bir seviyenin altında olduğu için devlet tarafından ödenmektedir. Aktif sigortalılar grubunda 21,1 milyon kişi bulunmaktadır.

Pasif sigortalılar grubunda ise yaklaşık 11,8 milyon kişi bulunmaktadır. Bu gruba dahil olanlar ise yaşlılık, malullük, iş görememezlik veya ölüm gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmetleri finansmanının devlet tarafından karşılandığı bireylerdir.

Kamu tarafından finanse edilen üçüncü ve son grup ise bağımlılar grubudur ve yaklaşık 35 milyon kişi ile en büyük gruptur. Bu gruba kamuda belirli bir süre çalışmış veya prim ödeme yoluyla emeklilik hakkı kazanarak emekli maaşı alan bireyler girmektedir. 35 milyon kişi ile bu üç grup içerisinde %56,1'lik bir orana tekabül etmektedir.

Diğer bir grafik olan Grafik 2.7'de TÜİK tarafından yapılan kamu hizmetlerinden memnuniyet araştırmasına göre kamu sağlık hizmetlerinden memnuniyet araştırması sonuçları gösterilmektedir. 2003 yılında yapılan araştırmaya göre, araştırmaya katılanların sadece %40'ı bu hizmetlerden memnun, %21'i ise memnun değilken; 2016 yılında yapılan yeni araştırma sonuçlarına göre memnuniyet oranı %75'e yükselirken memnun olmayanların oranı %12'de kalmıştır. Memnuniyet oranındaki artışın en büyük payı bu hizmetlerden orta seviyede memnun olanların memnuniyet duymaya başlamaları olmuştur. Bu iki grup birlikte ele alındığında 2003 yılında %79 olan oran 2016 yılında sadece %8'lik bir atış göstererek %87 seviyesine gelmiştir.



**Grafik 2.7:** Türkiye’de kamu sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranlarının karşılaştırılması (2003-2016 yılı karşılaştırması)

**Kaynak:** (Türkiye İstatistik Kurumu 2017)

## 2.1. Planlı Dönemde Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de sağlık hizmetleri politikalarının durumunu incelerken 1963 yılından itibaren uygulanan Beş Yıllık Kalkınma Planları ele alınacaktır.

### 2.1.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

İlk defa yayınlanan bu kalkınma planında sağlıkla ilgili özel bir bölüm olmamasına rağmen ileriki dönemler için oldukça önemli düzenlemelerin temelleri bu dönemde atılmıştır. Sosyal Güvenlik başlığı altında herkes için sağlık sigortasını kapsayan genel bir sosyal güvenlik sistemini içinde barındıran “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Programı”nın ilerleyen 15 yıl içinde hayata geçirilmesi hedeflenmiştir. Bu programa göre, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birbirinin tamamlayıcısı olarak iş görmesi ve bu iki hizmetinde bir bütün olarak tek merkezden yönetilmesi amaçlanmıştır. Kendinden sonra gelen diğer dokuz programda da görmeye devam edeceğimiz koruyucu sağlık hizmetlerine önem verme amacı bu



program ile başlamıştır. Yine bu programda bahsettiğimiz herkesi kapsayan genel sağlık sigortasının öncüsü olarak, maddi durumu yetersiz olan bireylere devlet tarafından sağlanan sağlık yardımları örnek gösterilmiş ve devletin genel sağlık sigortasında alt gelir gruplarına ve hiç geliri olmayanlara yardımlarının devam edeceğinin sinyalleri verilmiştir. Programda amaçlanan diğer hususlar ise şu şekilde belirtilmiştir; cari kamu harcamalarının yükseltilerek eğitim, sağlık, araştırma gibi iktisadi kalkınmanın belirleyicisi konumunda olan sektörlerde %15,1'lik artış hedeflenmiştir. Hastanede tedavi sisteminin çok pahalı ve etkisiz olduğu düşünülmüş, evde ve ayakta tedavi sistemine doğru bir yönelimin olacağı, hastanelerin ise bu sistemin yanında tamamlayıcı bir unsur olacağı açıklanmıştır. Sağlık personeli sayısının ileriki 15 yıl içinde 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısının ise 6 katına çıkarılmasının hedeflendiği açıklanmıştır. Yine kişi başına düşen sağlık harcamalarının da bu 15 yıllık dönem içinde iki katına çıkarılması hedeflenmiştir. 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde sağlık sektörüne yapılan yatırım harcamalarının toplam yatırım harcamalarındaki payının %2,3 olması hedeflenmiş ve bu dönemde ana amacın sağlık sektöründeki kaynakların daha verimli kullanılması olacağı belirtilmiştir. Ülke genelinde yapılacak yatırımlara özel sektörün de destek vermesi amaçlanmıştır. Ancak bu %2,3'lük oran, tarım madencilik, imalat sanayi, enerji, ulaştırma, hizmetler, konut, eğitim ve turizmde içinde bulunduğu 10 sektörün bulunduğu toplam yatırım harcamaları pastasında, %1,4'lük turizm sektörüne ayrılan paydan sonra en küçük orandır. Plan içerisinde son olarak da bütün bu sağlık ile ilgili düzenlemeleri yapabilmek için beş yıllık süreç içerisinde 500 milyon tl'lik bir dış paraya ihtiyaç olacağı belirtilmiştir. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 1963)

#### 2.1.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

Sağlık ile ilgili başlık altında bu planda ilk olarak önceki planda hedeflenen amaçlara ulaşıp ulaşılmadığına değinilmiştir. İnsanın, bedenen ve ruhsal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanan sağlığın ülke kalkınması için en önemli faktörlerden biri olduğuna vurgu yapılmıştır. İlke olarak, ilk planda da belirtilen evde ve ayakta tedavi sisteminin geliştirilmesi benimsenmiştir. Sağlık hizmetlerinin tek bir merkezden yönetilmesinin sektördeki adaletin sağlanmasa ve verimliliğin artmasına katkı

sağlayacağından söz edilmiş ve bu amaca ulaşabilmek için geçen süreçte kamu sektörüne ait sağlık tesislerinde iyi bir koordinasyonun sağlanması hedeflenmiştir. Bu amaçla Kamu Koordinasyon Kurulu kurulması amaçlanmış ve sağlık hizmetleri ile ilgili her konunun yönetimi bu kurula verilerek sağlık sektöründe kapasitenin tam olarak kullanılması amaçlanmıştır. Sağlık personeli açığını ileriki dönemlerde gidermek için tıp fakültelerinde kontenjan arttırımı yapılması, yeni tıp fakültelerini yapılması ve intörlüğün zorunlu hale getirilmesi de yine bu planda yer almıştır. İlk planda da yer alan ancak gerçekleşmeyen özel sektörün, devletin sıkı bir denetimi altında, sağlık hizmetleri sektörüne katılmalarının teşvik edilmesi tekrar bu planda da yer almıştır. Sağlık personelinin büyük şehirlerde toplanması nedeniyle oluşan dengesiz dağılım, kaynak israfına yol açmakta ve kaynakların etkin kullanımını engellediği, bu nedenle de bir rotasyon sisteminin getirilmesi ve sorununun giderilmesi amaçlanmıştır. Planda ayrıca yetiştirilmesinin devlete maliyetinin çok yüksek olduğu sağlık personelinin yaklaşık %30'unun eğitimlerini tamamladıktan sonra yurt dışına yerleşmesinin, zaten yetersiz olan sağlık personeli sayısını daha da azalttığına değinilmiştir. Yeni yapılan sağlık kurumlarında da altyapı, kuruluş yeri seçimi ve iklim koşulları nedeniyle de istenilen verimin elde edilemediğine vurgu yapılmıştır. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 1968)

### 2.1.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Bu planda da daha önceki iki planda olduğu gibi aynı problemlerin aynı şekilde devam ettiğine değinilmiş ve yine aynı şekilde diğer planlardaki gibi aynı hedefler tekrar edilmiştir. Sağlık hizmetleri sisteminin tek merkezden yönetilmesi amacıyla uygulanan sosyalleştirme programının sağlık personelinin büyükşehirlerde toplanmasına neden olduğu ve küçük yerleşim yerlerinde sağlık personeli sıkıntısının devam etmesi nedeniyle istenilen sonuca ulaşamadığı belirtilmiştir. Sağlık kurumlarındaki yatak sayılarında artış olmasına rağmen bunların neredeyse yarısının üç büyükşehirde (İstanbul, Ankara, İzmir) toplanması nedeniyle yatak kullanım oranı ülke genelinde %58 gibi düşük bir rakamda kalarak atıl kapasite şekline dönüştüğü belirtilmiştir. 1963 yılından itibaren uygulanan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Programı” ve ülke ekonomisindeki iyileşmelerin birlikte sonucu olarak özellikle kırsal

kesimde sağlık hizmetlerine olan talep artmıştır. Ancak bu talep koruyucu sağlık hizmetlerinin hâlâ yeterince geliştirilememesi nedeniyle tedavi edici sağlık hizmetleri lehine olmuştur. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 1973)

#### 2.1.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

Plandaki temel ilke; topumdaki genel sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Bu amaçlada sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerinde herkese eşit, etkin ve devamlı bir şekilde sağlanması amaçlanmıştır. (Ertürk Atabey 2016: 123) Yine bu programda da koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılmıştır. 1963 yılında uygulamaya konulan sosyalleştirme programının, özellikle sağlık personelinin ülke genelindeki dağılım probleminin çözülememesi hatta artarak devam etmesi ve bunun yanında ülke genelindeki yatak sayılarının da dengesiz dağılımının eklenmesi ile, üç plan dönemi geçmiş olmasına rağmen hâlâ tam bir sonuca ulaşılamamış olmasına değinilmiştir. Bütün bu sorunların temelinde ise birçok farklı kuruluş tarafından ayrı ayrı ve dağınık bir biçimde sunulan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tek çatı altına alınamamış olmasının yattığı belirtilmiştir. İki plan arasındaki dönemde, 1978 yılında, kamuda çalışan hekimler için çalışma koşullarını ve sorumluluklarını belirleyen “Tam Gün Çalışma Yasası” yürürlüğe girmiş ve eğer etkin bir biçimde uygulanabilirse sağlık kurumlarındaki hekim eksikliğı nedeniyle ortaya çıkan eksik kapasite kullanımının önüne geçilebileceğı belirtilmiştir. 1963 yılında yürürlüğe konulan sosyalleştirme programında kapsama alınan il sayısı bu plan başı itibariyle 46’ya ulaşmış ve bu illerdeki sağlık hizmetlerinin dağınlıklığı ortadan kaldırılarak bütünleşmesi sağlanmıştır. Ülke genelinde sağlık personelinin kadro doluluk oranı 1978 yılı başı itibariyle; pratisyen hekimler için %36, hemşireler için %45, sağlık memurları için %58 oranında gerçekteşmiştir. 3. Plan döneminde hedeflenen kamu sağlık yatırımlarının gerçekteşme oranı %69,2’de kalmıştır. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 1979)

Bu plan döneminde sosyalleştirme programının tüm yurdu kapsayacak şekilde genişletilmesi, tedavi edici sağlık hizmetlerinin de birinci (poliklinikler), ikinci (hastaneler), üçüncü (üniversite hastaneleri) basamak olarak tek merkezden yürütülmesi, yatakların ülke genelinde etkin kullanımı sağlayacak şekilde dağılımı ve

kıt kaynaklardan maksimum faydayı sağlayabilmek için sağlık hizmetlerinde kaynakların öncelikli olarak genel amaçlı hastane ve doğumevlerine yönlendirilmesi hedeflenmiştir. Tüm sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak ele alınması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeni düzenlemelerin yapılması, sağlık sigortası kapsamı dışında kalan bireylerinde devlet güvencesine alınması gerektiği belirtilmiştir. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 1979)

#### 2.1.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

Tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde faydalanması temel ilke olmuş ve yine bu amaç için önceki programda olduğu gibi “*sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerinde herkese eşit, etkin ve devamlı bir şekilde sağlanması*” amaçlanmıştır. 1984 yılı itibarıyla ülke genelindeki tüm 67 ilde de sosyalleştirme programı uygulamaya konulmuş, sonraki hedef olarak programın günümüz şartlarına uygun olarak revize edilerek daha etkin kullanımının sağlanması amaçlanmıştır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 1985). Sağlık hizmeti sunan kuruluşların verimliliğinin artırılabilmesi işletmecilik yönünden ele alınması ve idari ve mali özerkliğe kavuşturulmaları ele alınmıştır. (Ertürk Atabey 2016: 125)

Bu planda da bir önceki planda hedeflenen ama tam bir sonuca ulaşmayan hedefler aynen tekrarlanmış, bunların yanında sağlık sigortasına geçmek için yeniden çalışmalara başlandığı ve özel sektöründe sağlık hizmetleri sektörüne yatırım yapmasını özendirici teşvikler yapılması hedeflenmiştir. Atıl durumda bulunan kullanılmayan kaynakların ihtiyaç duyulan yerlere aktarımının sağlanması planlanmıştır. Ayrıca serbest çalışan hekimlerin de kamu kesimi tarafından hizmet satınalma yöntemi ile sağlık hizmetlerine olan katkılarının artırılması hedeflenmiştir. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 1985)

#### 2.1.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

Bu planda temel ilke olarak; toplum sağlığının sağlanması tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanabilmeleri benimsenmiştir. Bu amaçla

sağlık hizmetlerinin eşit, adil ve devamlı bir şekilde herkesçe ulaşılabilir olmasının gerektiği belirtilmiştir. Bebek ölüm oranlarının düşürülmesi, beklenen yaşam süresinin 68 yıla çıkarılması hedeflenmiştir. Bu amaçlara ulaşılabilmesi için “Sağlık Ana Planı” hazırlanması benimsenmiştir. Sağlık hizmetlerine olan talebin öncelikle birinci basamak sağlık birimlerince karşılanmaları ve sağlık personeli sayısının artırılması da belirlenen hedefler arasındadır. Yine her planda olduğu gibi koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi bu planda da yer bulmuştur, ancak bu sefer süreklilik esası da eklenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlayarak en üst kademeye kadar etkin ve verimli bir sevk sistemi kurulması, hizmet talebinin bulunduğu basamakta karşılanarak sonraki basamaklarda yığılmaların önlenmesi ve işleyişli bir evde bakım sisteminin geliştirilmesi planlanan hedefler arasındadır. Engeliler, yaşlılar ve akıl sağlığı yerinde olmayanlar için verilen hizmetin kalitesinin artırılması hedeflenmiş, pratisyen hekimlik ve uzman hekimliğin özendirilmesi yönünde faaliyetler yapılması planlanmıştır. Ayrıca sağlık alanındaki teknolojik ve güncel gelişmelerin takip edilebilmesi için sağlık personeline her türlü desteğin verileceği belirtilmiştir. Son olarak da sağlık hizmetlerinin finansmanında, özellikle özel kesim olmak üzere, finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi sağlanacak, sağlık sigortasının kapsamı genişletilecektir. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 1990)

#### 2.1.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Sağlık hizmetlerinin en kapsamlı olarak ele alındığı plan olmuştur. Öncelikle mevcut durum değerlendirilmiştir. Buna göre; önceden hedeflenen yaşam süreleri ve bebek ölüm hızlarında pozitif gelişmeler sağlanmıştır. Özel kesime yapılan teşvikler karşılık bulamamış, kamu kesiminin sağlık hizmetlerindeki mutlak üstünlüğü devam etmiştir. Hem sağlık politikalarında çıkartılan yasaların ve alınan kararların uygulamaya geçirmede yaşanan problemler hem de sağlık hizmetleri sunumunda kamu ve özel sektörün birbirinden bağımsız ve dağınık çalışması neticesinde sağlık sektöründe yaşanan etkinlik sorunu devam etmiştir. Sağlık personelinin ve yatak sayısının ülke genelindeki dengesiz dağılımı artarak devam etmedir, üç büyük il hekimlerin %48,5’ine yatakların da %37’sine sahip olmaktadır. Hastanelerin maliyet muhasebesi sistemi kullanmaması nedeniyle gerçek fiyatlandırma yapamadıkları ve bu nedenle gelir gider

dengelerini sağlayamadıkları belirtilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanı yapılırken ihtiyaca göre değil herkesten eşit katılım ücretinin alınması kaynakların doğru alanlara kaymasına engel olmaktadır denilmiştir. Hem sağlık hizmetleri sunumunun hemde finansmanının aynı elde toplanmasının verimlilik ve denetim açısından sorun olduğu belirtilmiştir. Yine bu dönemde, sağlık harcamaları içinde kamunun payı artarak %64,7'ye çıkmıştır. 1993 yılı itibariyle sağlık hizmetlerindeki sigortalı oranı %60,1 çıkmıştır.

Bu dönemde belirlenen hedefler ise şu şekildedir; atıl kapasite bulunan yerlere yeni yatırımlar yapılmayacak, öncelikle bu kapasitenin kullanılması sağlanacak. Sağlık hizmeti sunumudaki dağınıklığın giderilmesi için aynı hizmeti sunan farklı kurumlar tek bir çatı altında birleştirilecek. Kırsal kesimdeki mevcut sağlık ocağı sistemi korunup revize edilecek, kentlerde ise aile hekimliği sistemi oluşturulacak. Basamaklar arası sevk sistemini geliştirilerek bireye hekim ve hastane özgürlüğü sağlanacak. Koruyucu sağlık hizmetlerine kaynak dağılımında öncelik verilecek. Hem hizmet kalitesini arttırmak hem de kendi kendine yetebilen, maliyet muhasebesi sistemi kullanan, kendi gelir-gider dengesini kurabilen hastaneler oluşturmak için bu kurumlara mali ve idari özerklik verilecek. Bu sayede devletin sübvansiyonu da kademeli olarak azaltılacak. Sağlık hizmetlerine olan yatırımın payı %7,2 olacak (Ertürk Atabey 2016: 127). Uzun vadede genel sağlık sigortası sistemine geçilecek ve toplumun tümü sigortalanmış olacak, maddi durumu yetersiz olup ödeme gücü çekenlerin sigorta primlerinin bir kısmını veya tamamını devlet karşılayacak. Özel kesime yapılan teşvikler devam edecek. Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan hizmet sunan bir kurum değil sağlık konusunda politika yapıcı, düzenleyici ve denetleyici bir üst yapı olmasını sağlayacak "Sağlık Bakanlığı Görev ve Teşkilatı Kanunu çıkarılacak (Ertürk Atabey 2016: 128).

Tüm bu düzenlemelere ek olarak bu dönemde;

- Temel Sağlık Kanunu
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Kanun
- Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu (İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri ile İlgili)

- Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu (Sağlık sigortaları ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili)

adlarında yeni düzenlemeler yapılacaktır. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 1996)

#### 2.1.8. Uzun Vadeli Strateji Ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Mevcut durumda; yaşam süresi ve bebek ölüm hızında gelişmeler devam etmiştir. 1999 yılı sonu itibariyle nüfusun %86,4'ü sağlık sigortası kapsamına dahil olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerinde hâlâ istenilen sonuçlar alınamamıştır. Aile hekimliği sistemine geçilememiştir. Basamaklar arası sevk sistemi oluşturulamamış, bireylere hastane ve hekim seçme özgürlüğü verilememiştir. Hekimlerden kamu hizmeti satınalma yoluyla gelen yarı zamanlı çalışma uygulaması tıp eğitimi üzerinde ciddi sorunlar yaratmıştır. Tıp fakültelerinin sayılarının artmasına rağmen öğrenci sayılarının azalmasının nedeni personel eksikliği nedeniyle azalan kontenjanlardır. Toplam yatak sayısında özel sektör yok denecek kadar azdır, kamunun payı %90'ın üzerindedir. Özel sektör daha çok birinci basamak sağlık hizmeti veren poliklinikler ile laboratuvar ve teşhis merkezleri üzerinde yoğunlaşmıştır. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 2001)

Belirlenen amaçlar ise şu şekildedir; özelleştirme yoluyla devletin piyasadan ayrılması ve asıl görevi olan düzenleme ve denetleme görevine geçmesi, dünyadaki gelişmeleri dikkate alarak bu yönde iyileştirmeler yapması sağlanacak (Ertürk Atabey 2016: 129). Sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacak, sağlık sigortası kapsamında herkes sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek. Evde hasta bakımı sistemi geliştirilecek. Hastanelerin mali ve idari özerkliğe kavuşarak kendi kendileri sevk ve idare eden kurumlara dönüşmeleri sağlanacak. Sağlık personelinin tam gün çalışması teşvik edilecek. Sağlık yatırımları için özel sektör teşvik edilecek. Koruyucu sağlık sistemlerinin etkinleştirilmesi sağlanacak. Aile hekimliği sistemi hayata geçirilecek. Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılacak, bu sayede sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşacak, hizmet kalitesi artacak ve sağlık hizmetlerinin planlanması ve denetlenmesi sağlanacak. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı

2001) Basamaklar arası etkin çalışan bir sevk sistemi geliştirilecek. Acil sağlık hizmetleri sistemi geliştirilecek ve tüm yurda yayılacak (Ertürk Atabey 2016: 129).

1980'lerden itibaren ülkede yaşanan liberal geçiş süreci sağlık sektörünü de etkilemiştir. Sağlıkta Reform süreci ile 1990'lı yıllarda başlanan süreç dönüşüm süreci 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile devam etmiştir. Bu programda temel hedefler birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık ocaklarından aile hekimliklerine devretmek, ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kuruluşlarının idari ve mali olarak özerkliğe kavuşturulmasıdır. Sağlık hizmetleri finansmanında ise genel sağlık sistemine geçerek primli yöntemin kapsamının genişletilmesidir (Cevahir 2016: 86).

3 Kasım 2002 seçimlerinden sonra göreve gelen 58. Hükümetin açıkladığı Acil Eylem Planı'nda "Herkes İçin Sağlık" başlığı altında yapılacak 11 reform stratejileri şu şekilde sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2015: 4);

1. Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması
2. Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması
3. Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması
4. Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması
5. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
6. Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi
7. Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması
8. Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi
9. Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri
10. Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi
11. Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi

#### 2.1.9. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013)

Mevcut durum analizi şu şekildedir; hekim başına düşen nüfus sayısı AB ortalamasının çok altındadır ve bu yüzden de aramızdaki fark daha da açılmaktadır. Hekim sayısı ve yatak sayısının yurtiçi dağılımındaki fark artarak devam etmektedir.



Pilot bazı bölgelerde aile hekimliği sistemine geçilmiş olsa da ülke geneline yayılamamıştır. Polikliniklere başvuran hastaların %95'i ayakta olmaktadır, bu nedenle sağlık ocağı ve aile hekimliği ile ilgili düzenlemelerin ivedilikle çözülerek hayata geçirilmesi gerekmektedir. Altyapı-üstyapı eksiklikleri ve sevk sistemindeki sorunların devam etmesi nedeniyle sağlık hizmeti talep edenler birinci basamağa göre daha maliyetli olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönelmekte, bu durumda hem yığılmalara hemde maliyetleri arttırmaya neden olmaktadır. Hizmet sunumu ve finansmanı görevlerinin birbirinden ayrılması için tüm kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Sağlık personelinin verimini ve moral-motivasyonunu arttırmak için performansı esas alan bir ek ödeme sistemi yürürlüğe girmiş ve bu sistem sayesinde tam gün çalışan uzman hekim sayısı beş kat artmıştır. Hem yatak sağlık personeli sayısında hemde bunların ülke genelindeki dağılımında iyileştirmeler olmuştur. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 2007)

Amaçlar, hedefler ve politikalar başlığı altında ise şunlara değinilmiştir; genel sağlık sigortası yürürlüğe girecek. 2008 yılı sonuna kadar tüm yurttaki aile hekimliği sistemine geçilecek. Hastanelerin idari ve mali özerkliğe geçişi kademeli olarak gerçekleşecek. Sağlık sektöründe özel sektörün yatırım yapması özendirilecek. Ve yine her planda olduğu gibi koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilecek. (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 2007). Sağlık sistemi ve sosyal güvenlik sistemi daha etkin hale getirilecek. Sağlıkta dönüşüm Programı başlatılacak. Sağlık sektörünün kamu yatırımları içerisindeki payı arttırılacak (Ertürk Atabey 2016: 130-131).

#### 2.1.10. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)

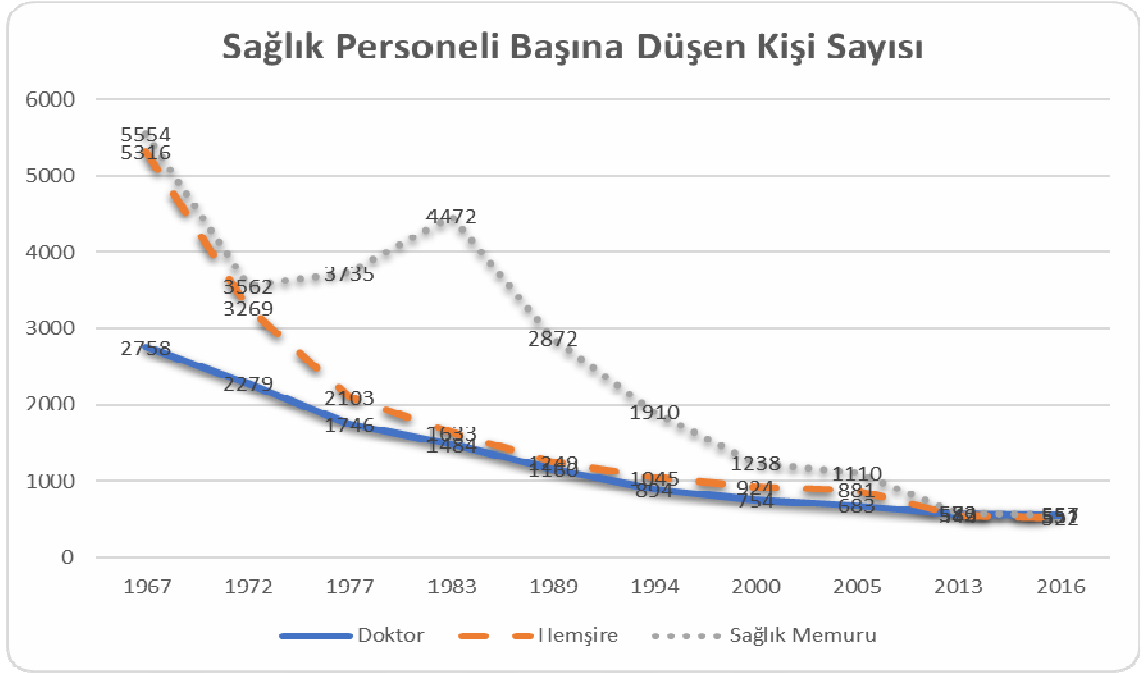
Sağlıkta Dönüşüm Programının hayata geçirilmesi ile hizmet kalitesinde önemli gelişmelerin sağlandığı, birçok konuda reform derecesinde gelişmelerin sağlandığı, aşılama oranının ülke genelinde %97'ye kadar ulaştığı belirtilmiştir. Sağlık yatırımları için kamuya ilave olarak Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) yöntemi geliştirilmiş ve bu sayede yeni yeni hastane yapımlarına başlanmıştır (Kalkınma Bakanlığı 2014).

Temel hedefler olarak ise; yaşam kalitesini ve süresini yükseltmenin ana ilke olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmetleri için maliyet yönünden etkin ve sürdürülebilir politikaların şart olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu planda ilk kez sağlık çalışanların güvenliği ve memnuniyetine yönelik düzenlemelerin geliştirmesi gerektiğinden bahsedilmiştir. Ayrıca sağlık sektöründe işgücünün geleceğe yönelik olarak yetiştirilmesinin öneminden bahsedilmiştir (Kalkınma Bakanlığı 2014).

## 2.2. Planlı Dönemde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirmesi

İlk olarak 1963 yılında uygulanmaya başlanan kalkınma planları bazı kesintili dönemler dışında günümüze kadar hâlâ devam etmiştir. Bu bölümde planlı dönem sonlarındaki yılları baz alarak sağlık hizmetleri ile ilgili belli başlı değerlerin karşılaştırmalarına değilinecektir.

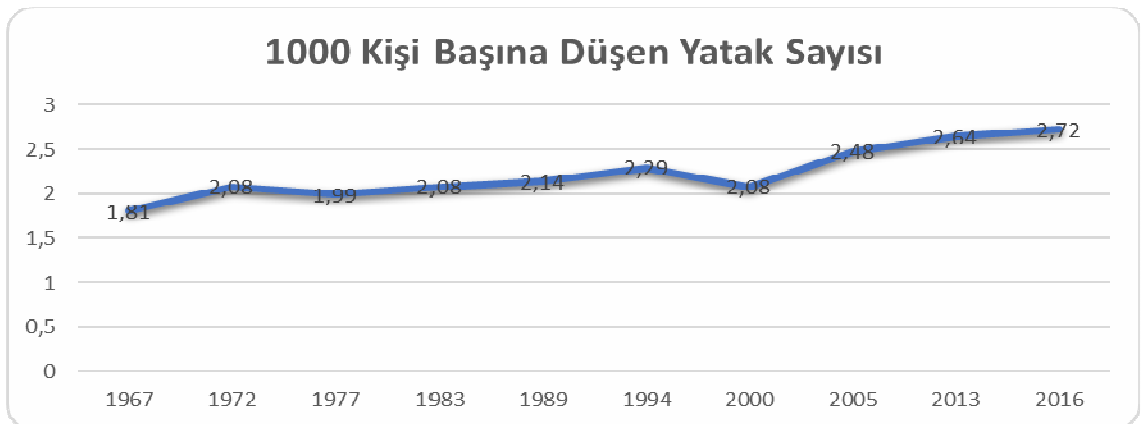
İlk olarak planlı dönemde en önem verilen değerlerin başında gelen kişi başına düşen sağlık personeli sayısını ele alındığında Grafik 2.8'deki gibi ilk dönem sonu olan 1967 yılı ile 2015 yılı arasında doktor, hemşire ve sağlık personeli konusunda çok olumlu gelişmelerin gerçekleştirildiği net bir şekilde söylenebilir. Hemşire ve sağlık personeli başına düşen kişi sayısında bu 48 yılda 5000 kişi seviyelerinden 500 kişi seviyelerine düşerek muazzam bir gelişme göstermiştir. Yine doktor başına düşen kişi sayısında da bu dönemde 2758 kişiden 557 kişiye düşerek beşde bir seviyesine gerilemiştir.



**Grafik 2.8:** Türkiye’de sağlık personeli başına düşen kişi sayısı

**Kaynak:** (TÜİK 2017)

İkinci değer olarak 1000 kişi başına düşen yatak sayılarını ele alındığında yine bu dönemde bu konuda da olumlu gelişmelerin olduğunu söylemek yalan olmaz. Grafik 2.9’a göre 1967 yılında 1000 kişi başına düşen yatak sayısı 1,81 iken 2015’de bu oran 2,66’ya yükselmiştir. Oransal olarak bakıldığında %50 seviyelerinde bir artışın olduğu ortaya çıkarken rakamsal olarak değerlendirildiğinde ise 1000 kişi başına düşen 2,66 yatak sayısının çok düşük bir oran olduğunu anlamak zor olmamaktadır.



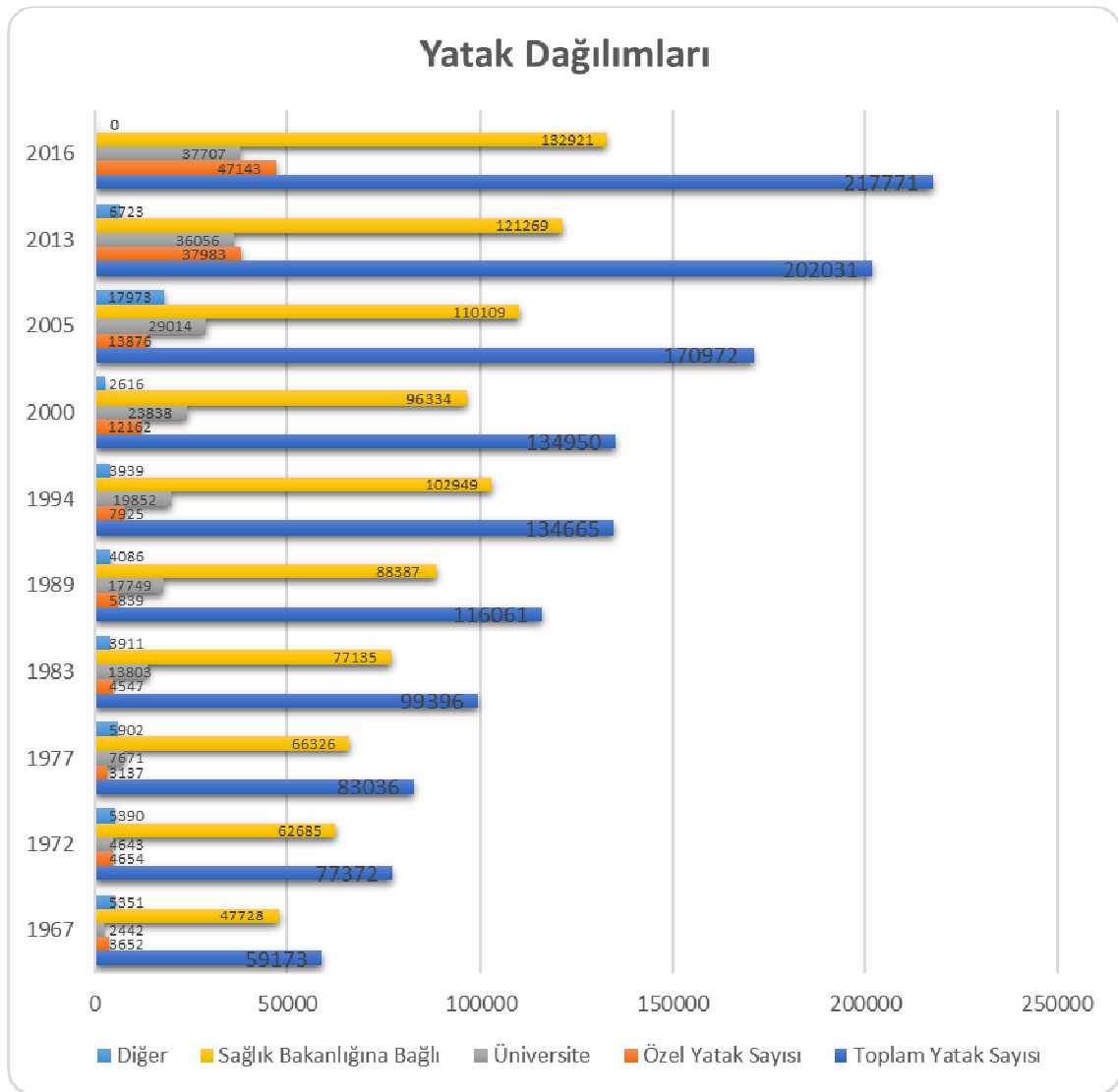
**Grafik 2.9:** Türkiye’de 1000 kişi başına düşen yatak sayısı

**Kaynak:** (TÜİK 2017)

Yine planlı dönemde en çok önem verilen konuların başında gelen özel sektörün teşvik edilerek sağlık hizmetlerine girmelerini sağlama çalışmalarının çok da verimli bir sonuç vermediğini Grafik 2.10'daki yatak dağılımlarının verildiği grafikte görebiliriz. Hâlâ en yüksek payın kamu tarafından sunulan sağlık bakanlığına bağlı hastaneler ile yine kamuya bağlı üniversite hastanelerinde olduğu bellidir.

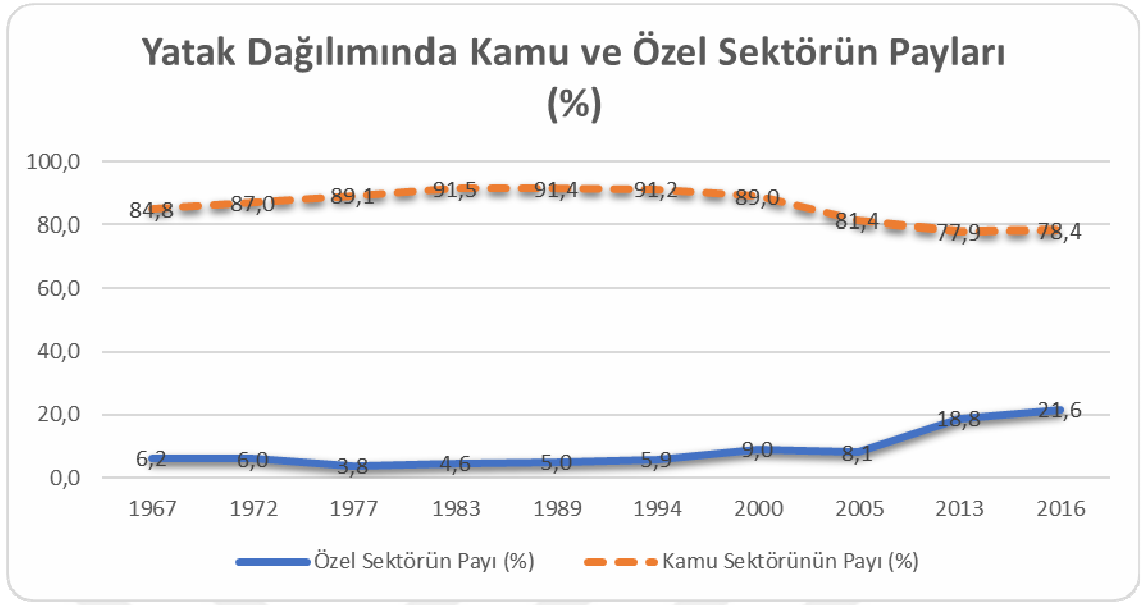
1967 yılında 59.173 olan toplam yatak sayısı 2016 yılında 217.771'e ulaşmıştır. 2015 yılından 2016 yılına geçildiğinde; sağlık bakanlığına bağlı hastane sayısı 865'den 876'ya çıkmış, 70 olan üniversite hastanesi sayısı 69'a düşmüş, özel hastane sayısı ise 562'den 565'e yükselerek 1.500 olan toplam hastane sayısı 1.510'a yükselmiştir (TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2017)

Kamu ve özel sektörün yatak dağılımlarının gösterildiği yine aynı grafikte planlı dönem sonlarındaki mevcut durumlar ele alınmıştır. Yine bu grafikte de özel sektörü teşvik edip sağlık piyasasına girmelerinin sağlanması politikalarının 2005 yılına neredeyse hiçbir işe yaramadığı görülmektedir. Hatta 70'ler sonra 2000'lere kadar özel sektörün payının daha da azaldığı görülmektedir. Ancak 2005'den sonra keskin bir yükselişe geçerek on yıl içerisinde payının yaklaşık 3 kat artarak %8'lerden %22 seviyelerine yaklaştığı görülmektedir. Buradan çıkarılacak sonuç olarak; bu dönemde uygulamaya konulan Acil Eylem Planı'nda yer alan ve daha önce de bahsedilen "herkes için sağlık" sloganıyla hayata geçirilmesi hedeflenen reform stratejilerinin istenilen sonuçları vermesidir. Bu dönemde özel sektörün payı %10'un bile altındayken bu dönemde payı %20'lerin üzerine çıkmayı başarmıştır.



**Grafik 2.10: Türkiye’de yatak dağılımı**

**Kaynak: (TÜİK 2017)**



**Grafik 2.11:** Türkiye’de yatak dağılımında kamu ve özel sektörün payı

**Kaynak:** (TÜİK 2017)

## III. BÖLÜM

### 3. DÜNYADA SAĞLIK HİZMETLERİ

Dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanında 1929 Büyük Buhranı'ndan sonra Keynesgil politikaların etkisi ile kamuya doğru yöneliş olmuştur. Bu durum 1970'lere kadar devam etmiştir. Ancak 1970'lerde yaşanan yeni kriz ve ortaya çıkan liberal düşünceler ile kamu kesimi tekrar geri çekilmeye başlayarak yerini özel sektörün doldurduğu piyasa tipi sağlık hizmetleri sistemine bırakmaya başlamıştır. (Cevahir 2016: 40)

Bu bölümde sağlık hizmetlerinin dünya üzerindeki karşılatırmalı verileri Türkiye, Avrupa Birliği (AB) üye ülkeleri, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri, Dünya geneli ve Orta Üstü Gelir sahibi olmak üzere seçilmiş beş ana grup verileri ele alınarak değerlendirilmiştir.

Türkiye ile karşılaştırılacak diğer gruplardan ilki OECD 1961 yılında kurulan bir örgüttür. Örgütün misyonu, dünyanın dört bir yanındaki insanların ekonomik ve sosyal refahını artıracak politikaları teşvik etmektir şeklinde açıklanmıştır. (OECD 2017) Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Şili, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İsrail, İtalya, Japonya, Kore, Letonya, Lüksemburg, Meksika, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Birleşik Krallık, ABD ve Türkiye'nin dahil olduğu 35 üyesi vardır. Üyelerinin birçoğu dünyanın en gelişmiş ülkeleri olmakla birlikte Türkiye, Meksika gibi gelişmekte olan ülkeler de vardır. Dünyanın en gelişmiş ülkelerinin dahil olduğu bir grup olduğundan dolayı dünyada hem ekonomik olarak hem hem de yaşam standartları olarak oldukça ileri düzeydedir ve

dünya üzerinde söz sahibi bir topluluktur. Dünya Bankası verilerine göre tüm dünyanın toplam GSYH'nin %62,7'sine bu topluluk sahiptir.

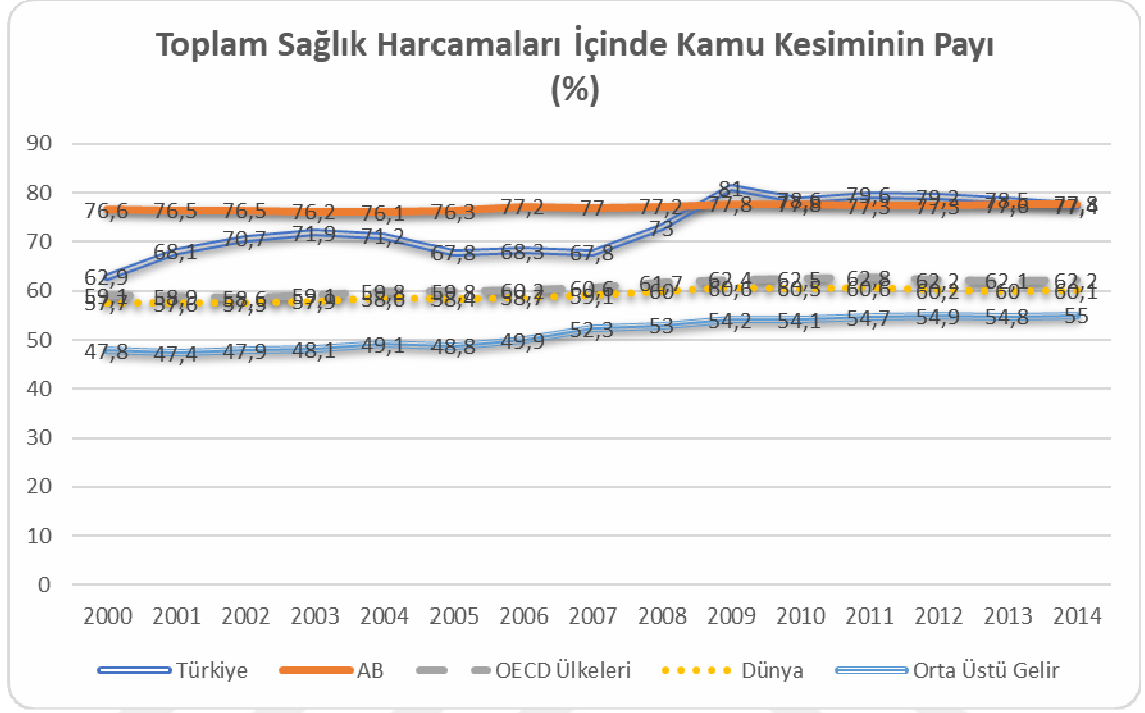
İkinci grup Avrupa Birliği (AB), resmi olarak 1957'de kurulduğu kabul edilen, tüm Avrupa ülkelerini ve dolayısıyla halkını tek bir devlet ve millet gibi kabul etmek ve sınırların yok sayılmasını hedef alan birlikteliktir. Almanya, Avusturya, Belçika, Estonay, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İrlanda, İspanya, İtalya, Kıbrıs Rum Kesimi, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Portekiz, Slovenya, Slovakya, Yunanistan, Malta, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan, İsveç, Macaristan, Polonya, Romanya, İngiltere ve Danimarka olmak üzere 28 üyesi bulunmaktadır. Türkiye de uzun bir süredir bu birliğe üye olmaya çalışmaktadır. Avrupa Birliği'de dünya üzerindeki önemli ekonomik birliklerden biridir. Yine Dünya Bankası verilerine göre tüm dünyanın toplam GSYH'nin %21,7'sine bu topluluk sahiptir.

Üçüncü grup, Türkiye'nin içinde değerlendirildiği orta üstü gelir grubuna dahil ülkelerdir. Dünya bankası 2017 verilerine göre içinde Türkiye'nin de yer aldığı bu grupta 56 tane ülke bulunmaktadır. Bu grup orta gelirli grup içerisinde yüksek gelirli gruba geçmesi en muhtemel olan ülkeleri kapsamaktadır. Hatta Dünya Bankası'nın 2017'de yayınladığı World Development Report'a göre Türkiye'nin 2030 yılında yüksek gelirli gruplu ülkeler kategorisine geçmesi beklenmektedir.

Grafik 3.1'de bu beş grupta toplam sağlık harcamaları içindeki kamu harcamalarının payı ele alınmıştır. 2000 yılından günümüze kadar olan verilerin ele alındığı grafikte bu beş grup arasında kamu harcamalarının oranının en düşük olduğu grubu Türkiye'nin de içinde değerlendirildiği orta üstü gelir grubuna dahil ülkelerdir. Bu gruptaki ülkelerde kamunun payı ortalama %50 seviyelerinde bulunurken Türkiye'yi tek başına ele aldığımızda grup ortalamasından %30'a yakın bir fark ile daha yüksek olduğunu görüyoruz. Ayrıca yine grafiğe bakıldığında Türkiye'deki kamu payının 2000'li oldukça dalgalı bir seyir izlediğini ve kimi zaman %70'lerin altına düştüğünü kimi zaman ise %80'lerin çıktığını görebiliyoruz. Payın en yüksek olduğu grup ise AB üyesi ülkelerdir ve çok istikrarlı bir seyir izleyerek %77 seviyelerinde



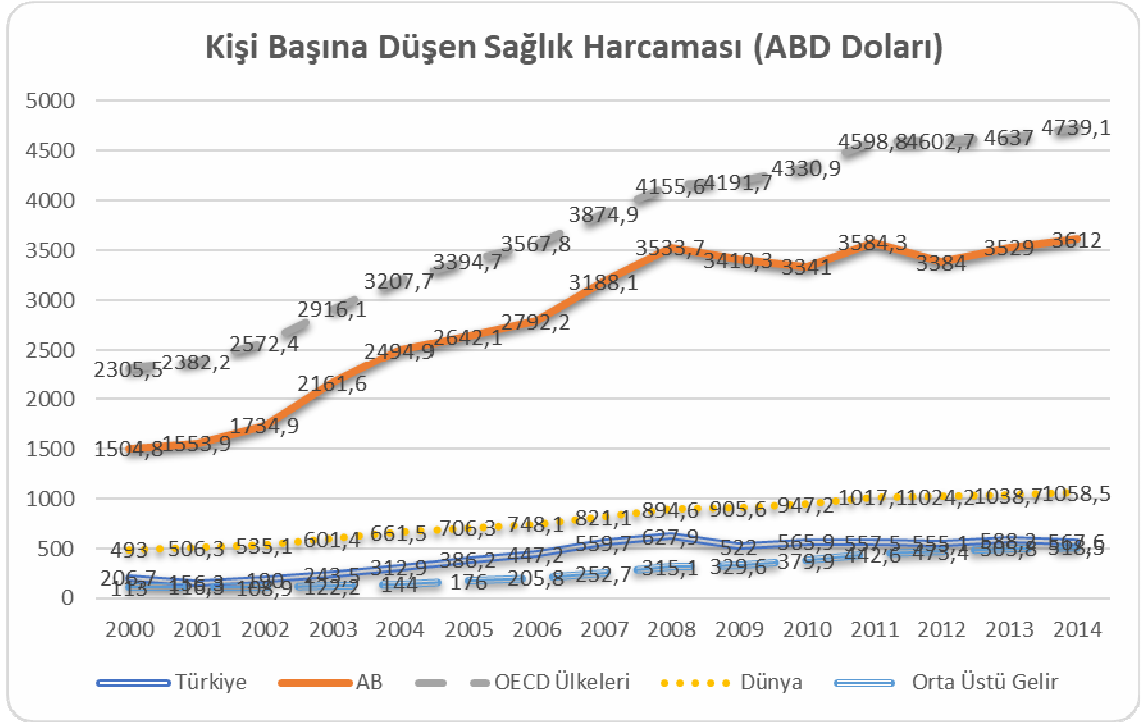
sabitlenmiş gibi devam etmektedir. Kamu harcamalarının payı konusunda ise dünya ortalaması ile OECD ülkeleri ortalamaları paralel ve %60 seviyelerindedir.



**Grafik 3.1:** Toplam sağlık harcamaları içinde kamu kesiminin payı

**Kaynak:** (World Bank 2017)

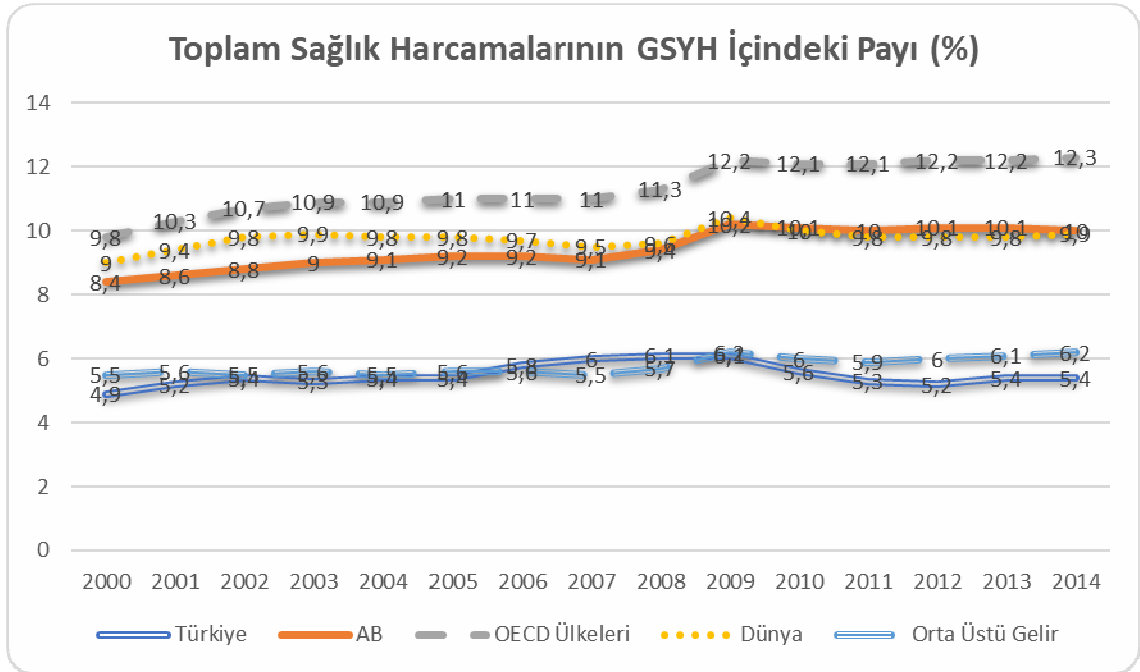
Kişi başına düşen sağlık harcamalarının ele alındığı Grafik 3.2’de bu beş grubun verileri karşılaştırılmıştır. Bu grafikte dünya ekonomisinde söz sahibi olan ülke gruplarının geri kalanlardan ne kadar farklı bir düzeye sahip oldukları açıkça görülmektedir. Dünya genelinde kişi başına düşen sağlık harcaması ortalaması 2014 yılı için 1058,5 dolar olurken OECD ülkelerinde bu rakam 4739,1 dolar, AB ülkelerinde 3612 dolar olmuştur. Ancak bu grafikte ortaya çıkan en ilginç sonuç Türkiye ve Türkiye’inde içinde bulunduğu orta üstü gelir durumuna sahip ülkelerin 2104 yılı değerlerinin OECD ülkelerinin değerlerinin 1/10’u AB ülkelerinin değerlerinin 1/7’si olmasının yanında dünya ortalamasının bile altında, hatta yarısı kadar olmasıdır. Bu kategoride Türkiye’yi dahil olduğu orta üstü gelir grubunda değerlendirdiğimizde ise bu gruba oranla 2008 yılında iki katı fazla harcama yapmış olmasına rağmen 2014 yılında bu grupla aynı seviyeye geldiği görülebilir.



**Grafik 3.2:** Kişi başına düşen sağlık harcaması (ABD Doları)

**Kaynak:** (World Bank 2017)

Bu durumu bir sonraki, toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki paylarının gösterildiği Grafik 3.3 ile karşılaştırdığımızda aradaki farkı daha açık bir şekilde ortaya konulabilir. Bu grafiğe göre yine en yüksek payın OECD ülkelerinde olduğunu görürüz. Gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarına önem verdiklerini buradan çıkartabiliyoruz. Yine bu tabloda da Türkiye ve orta üstü gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, bir önceki Grafik 3.2'deki sonuç gibi dünya ortalamasının bile altında, hatta yarı oranındadır. Ancak buradaki fark Türkiye için on misli olarak değil iki misli olarak karşımıza çıkmaktadır.



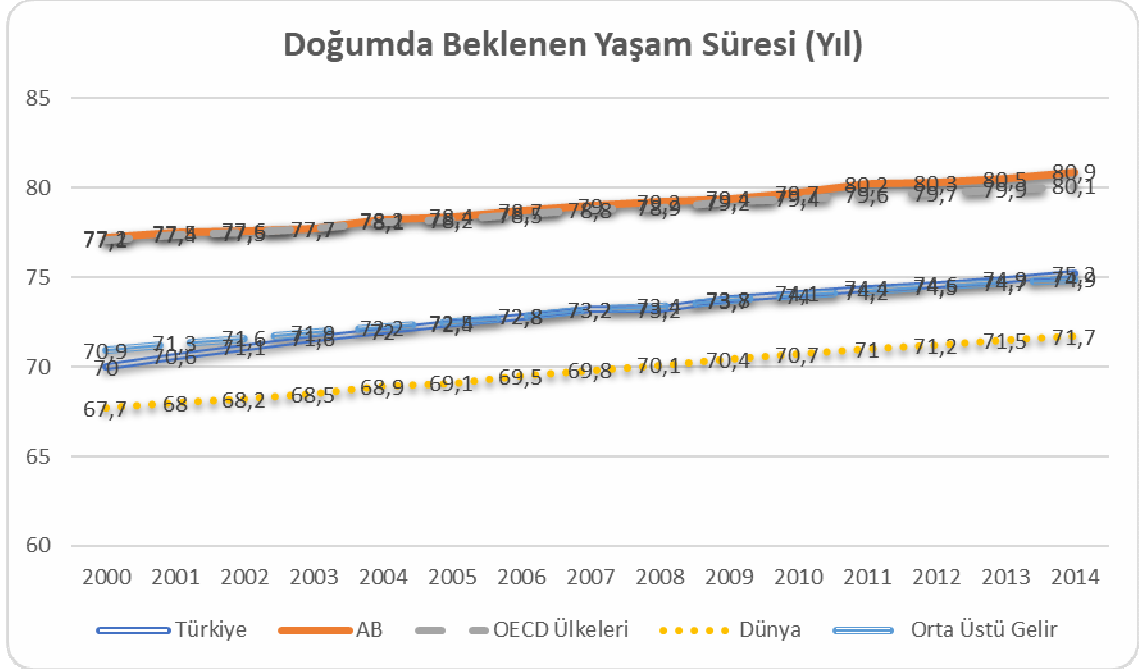
**Grafik 3.3:** Toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı

**Kaynak:** (World Bank 2017)

Peki hem kişi başına düşen sağlık harcamalarında hem de toplam sağlık harcamalarının GSYH'ya oranlarında ortaya çıkan bu farkların ortaya çıkardığı sonuçlar neler olabilir? Yani bu gruplarda yaşayan halkın ciddi sağlık sorunları olduğundan mı bu kadar yüksek sağlık harcamaları yapıyorlar veya başlarda da belirttiğimiz gibi sağlığa yapılan harcamaların ekonomik geri dönüşümlerinin daha verimli olduğundan mı yapıyorlar?

Bunu anlamak için ilk önce aşağıda verdiğimiz doğumda beklenen yaşam süresi ile ilgili Grafik 3.4'e bakalım. 2014 yılı için OECD ve AB ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süreleri sırası ile 80,1 yıl ve 80,9 yıl iken Türkiye'de bu 75,2 yıldır. Orta üstü gelir grubunda da bu değer Türkiye ile aynı seviyede 74,9 yıldır. Türkiye bu kriterlerde kısmende olsa dünya ortalaması olan 71,7'den daha iyi seviyededir. Türkiye'yi daha iyi seviyede olan OECD ve AB ülkeleri kıyasladığımızda diğer ülkelerin %8 oranında daha uzun süreli bir yaşam beklediklerini anlıyoruz. Bu da işgücünden %7,5 daha fazla verim almak demektir. Yani ekonomik olarak üretim faktörlerinden daha verimli olarak faydalanmak demektir. Bireylerin ortalama sağlıklı

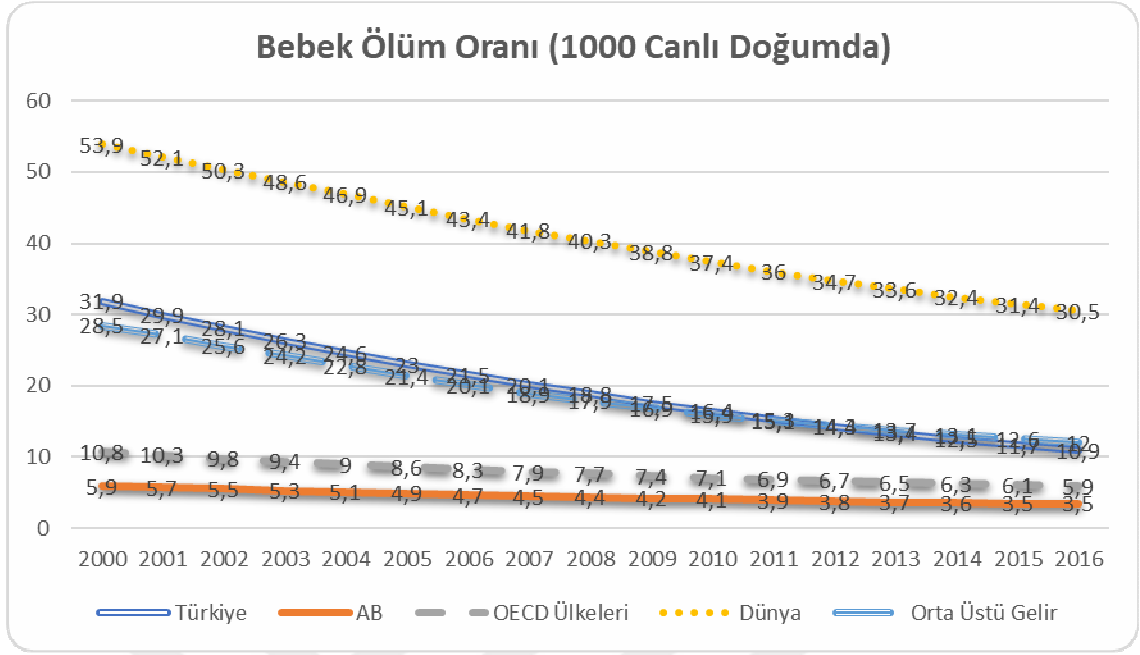
yaşam sürelerinin %7,5 daha uzun olması, işgücüne katılım sürelerinin ortalama %7,5 daha uzun olması demektir.



**Grafik 3.4:** Doğumda beklenen yaşam süresi (Yıl)

**Kaynak:** (World Bank 2017)

İkinci olarak 1000 canlı doğumdaki bebek ölüm oranlarının verildiği Grafik 3.5 ele alınacaktır. Bu grafikte de yine en az ölüm oranlarına sahip iki ülke grubu OECD ülkeleri ve AB ülkeleridir. 2014 yılında dünya ortalaması 30,5/1000 iken AB’de bu oran yaklaşık 10 kat daha düşük ve 3,5/1000, OECD ülkelerinde 6 kat daha düşük ve 5,9/1000’dir. Türkiye’de bu oran 10,9/1000 olurken orta üstü gelir grubu ülkelerinde de 12/1000’dir. Yani Türkiye yine bu gruba yakın değerler yakalamıştır.



**Grafik 3.5:** Bebek ölüm oranı (1000 canlı doğumda)

**Kaynak:** (World Bank 2017)

Bir ülkenin gelişebilmesi için ya üretim faktörlerinin arttırılması gerektiği ya da üretim faktörlerinin verimliliklerinin arttırılması gerektiğini daha önce de söylenmiştir. Ve kıt kaynakların bir realite olduğu dünyamızda ancak verimliliklerin arttırılması ile bu sonuca ulaşılabileceğini ve bunun da ancak beşeri sermaye olan işgücü ile sağlanabileceği söylenmiştir. Bu grafikler birlikte değerlendirildiğinde, dünya ekonomisine yön veren ülkelerin sağlık harcamalarındaki yüksek oranların beşeri sermayeye yapılan bir yatırım olduğu açıkça ortaya çıkmaktadır. Bu ülkelerde uygulanan sağlık politikaların sonucu olarak ortaya çıkan beşeri sermaye artışı ve dolaylı olarak ortaya çıkan beşeri sermaye verimlilik artışının doğrudan ülkelerinin ekonomik gelişmelerini etkilediğini söyleyebiliriz. Yani, kişi başına düşen sağlık harcamasında ve GSYH içinde sağlık harcamasına payda en önde yer alan OECD ülkelerinin doğumda beklenen yaşam süresinde en başta ve bebek ölüm oranlarında en sonda yer almasında ve dünya ekonomisinin %62,7'ine hükmetmesinde dorğrusal orantı olması hiç de şaşırtıcı değildir.

## IV. BÖLÜM

### 4. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TÜRKİYE EKONOMİSİNDEKİ YERİNİN ANALİZİ

Bir ekonomideki tüm sektörler birbirleri ile bağlantı içerisinde faaliyetlerini yürütmektedirler. Yani her sektörde üretilen bir nihai mal ve hizmet başka bir sektörde ara malı (girdi) olarak kullanılmaktadır. Sağlık sektörü içinde bu durum geçerlidir. Yani sağlık sektöründe üretilen bir mal veya hizmet diğer sektörlerde ara malı olarak kullanılmakta, aynı şekilde diğer sektörlerde üretilen nihai mal veya hizmetlerde sağlık sektöründe ara malı olarak kullanılmaktadır. Bir ekonomideki tüm bu ilişkiler ve bu ilişkilerin doğurduğu sonuçlar girdi-çıktı tabloları kullanılarak açıklanabilir (Yıldırım C. 2005: 49).

Girdi-çıktı tabloları, bir ülkedeki faaliyet gösteren sektörleri tek tek ele alır. Tablolar, bu sektörlerin her biri için üretim yaparken diğer sektörlerden kullandıkları ara malların ve üretim değerlerinin bir tablo haline getirilmesi ile oluşturulur (Kotil 2003: 62). Tabloların satırlarında diğer sektörlerden kullandıkları ara malları miktarları yer alırken, sütunlarda ise diğer sektörlerle yaptıkları katkıların değerleri yer alır. Bu nedenle girdi-çıktı tablolarında her sektör, hem satırda hem de sütunda olmak üzere iki kere yazılır.

Daha açık bir şekilde izah etmemiz gerekirse; herhangi bir sektör için satır değerleri “ileri bağlantı”ları ile, sütun değerleri ise “geri bağlantı”ları ile ilgilidir. Yani belirli bir dönemde ekonomideki bütün sektörlerde meydana gelen bir birimlik talep artışının seçilmiş sektörde yarattığı üretim artışına “toplam ileri bağlantı etkisi”, seçilmiş sektörde yine aynı dönemde meydana gelen bir birimlik talep artışının

ekonominin tüm sektörlerinin toplamında yarattığı üretim artışı etkisine “toplam geri bağlantı etkisi” denilir. Girdi çıktı tablolarından elde edilen ters matrisi (leontief matrisi) göre o sektöre ait satırlar toplamı toplam ileri bağlantı etkisini, sütunlar toplamı toplam geri bağlantı etkisini verir.

İleri ve geri bağlantı etkilerinin ülke genelindeki sektörler bazında ortalama yüksek veya düşük olmalarına bağlı olarak ülke ekonomisindeki önemlerine göre dört durumun ortaya çıkması muhtemel olmaktadır (Chenery ve Watanabe 1958);

1. Durum: İleri ve geri bağlantı etkilerinin ikisinde ortalama yüksek olan sektörler
2. Durum: İleri bağlantı etkisi ortalama düşük, geri bağlantı etkisi ortalama yüksek olan sektörler
3. Durum: İleri bağlantı etkisi ortalama yüksek, geri bağlantı etkisi ortalama düşük olan sektörler
4. Durum: İleri ve geri bağlantı etkileri ortalama düşük olan sektörler

Bu dört duruma göre sektörlerin o ekonomideki rolleri belirlenmektedir. 1. Durumdaki sektörler o ekonominin kilit sektörleri oluşturmaktadır. Yani ekonomideki diğer sektörleri en çok uyaran sektörler bu sektörlerdir (Aydoğuş 1990: 162). İlk durumdan son duruma doğru gidildikçe sektörün o ülke için kilit olma durumu azalmaktadır. Bir sektörün kilit olma durumunu toplam ileri bağlantı etkisine nazaran toplam geri bağlantı etkisi belirlemektedir. Yani toplam geri bağlantı etkisi daha yüksek olan sektörler o ekonomi için daha tetikleyici sektörlerdir.

Bu çalışmada analizler yapılırken;

1. Toplam İleri ve Geri Bağlantı Etkileri
2. Toplam İleri ve Geri Bağlantı Endeksleri
3. Toplam İleri ve Geri Bağlantı Dağılımları

olmak üzere 3 ayrı veriyi kullanacağız.

Toplam ileri ve geri bağlantı etkilerini yukarıda açıklamıştı. Hesaplanan toplam ileri ve geri bağlantı etkilerinin sektörler arasındaki karşılaştırmalarını yapmak için

“toplam ileri ve geri bağlantı endeksleri” kullanılır. Buna bağlantı etkilerinin sektörel ortalaması da denilir. Baz alınan sektör ve sektörlerin toplam ileri ve geri bağlantı etkileleri, o ekonomideki tüm sektörlerin ileri ve geri bağlantı etkilerine oranlanarak bu endeksler hesaplanır. Hesaplanan bu oran eğer 1’den büyükse o sektör diğer sektörlerin ortalamalarına göre daha yüksek bir bağlantı etkisine sahiptir (Kotil 2003: 63).

Toplam ileri ve geri bağlantı dağılımları ise baz alınan sektörün ülke ekonomisinde diğer sektörler ile ilişkilerinin dağılımını bize gösterir. Bir sektörün ileri veya geri bağlantı etkilerinin yüksek olması o sektörün bütün sektörler ile ilişki içerisinde olduğunu göstermez. Yani bağlantı dağılımları sıfıra ne kadar yakınsa o sektör ekonomide o kadar çok sektörle ilişki içerisinde demektir. Sıfırdan ne kadar uzaklaşırsa da o kadar az sektörle ilişki içerisinde demektir.

#### 4.1. 1998 Yılı Sağlık Sektörü Analizi

1998 yılı analizi yapılırken Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’in yayınlamış olduğu arz kullanım tablosundan yararlanılmıştır. Bu tablolardan elde edilen girdi katsayılar ters matrisine göre daha önce açıklanan üç ayrı değerin ileri ve geri bağlantılarını hesaplanarak değerlendirilmiştir. 1998 yılında yayınlanan verilerde toplam sektör sayısı 98’dir.

Tablo 4.1 toplam ileri ve geri bağlantı etkileri tablosuna göre, 1998 yılında sağlık işleri ve sosyal hizmetler sektörünün toplam ileri bağlantı etkisi 1,039485 olarak hesaplanmıştır. Yani bu demektir ki, 1998 yılında ekonomideki tüm sektörlerdeki bir birimlik talep artışına karşılık sağlık işleri ve sosyal hizmetler sektöründe 1,039485 birimlik üretim artış meydana gelmiştir.

Aynı şekilde sağlık işleri ve sosyal hizmetler sektöründe meydana gelen bir birimlik talep artışı da ekonominin tüm sektörlerinde 1,494715 birimlik üretim artışı meydana getiriyor demektir.



**Tablo 4.1:** 1998 yılı toplam ileri-geri bağlantı etkileri

|                                     | <b>Sağlık İşleri ve Sosyal Hizmetler</b> |
|-------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Toplam İleri Bağlantı Etkisi</b> | 1,039485                                 |
| <b>Toplam Geri Bağlantı Etkisi</b>  | 1,494715                                 |

Tablo 4.2 toplam ileri ve geri bağlantı endeksleri tablosunda ise, ele aldığımız sağlık işleri ve sosyal hizmetler sektörünün bağlantı etkilerinin diğer sektörlerin bağlantı etkilerinin ortalamaları ile karşılaştırmasını yapılmıştır. Eğer bir sektörün ileri veya geri bağlantı etkileri tüm sektörlerin bağlantı etkilerinin ortalama değerlerinden büyük olursa bağlantı endeksleri değerleri 1’den büyük olur. Ancak ortalamada düşük olursa endeks değerleri de 1’den küçük olur. 1998 yılı için sağlık işleri ve sosyal hizmetler sektörünün toplam ileri bağlantı endeksi 0,460188 olurken, toplam geri bağlantı endeksi değeri 0,661722 olmuştur. Bu sektör için hem ileri hem geri toplam bağlantı endeksleri 1’in altında kalmıştır. Yani diğer sektörlerin ortalamalarının altında kalmıştır. Yani 1998 yılı için sağlık işleri ve sosyal hizmetler sektörü ekonominin tetikleyicisi olan bir sektör olarak gözükmemektedir.

**Tablo 4.2:** 1998 yılı toplam ileri-geri bağlantı endeksleri

|                                      | <b>Sağlık İşleri ve Sosyal Hizmetler</b> |
|--------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Toplam İleri Bağlantı Endeksi</b> | 0,460188                                 |
| <b>Toplam Geri Bağlantı Endeksi</b>  | 0,661722                                 |

Tablo 4.3 toplam ileri ve geri bağlantı dağılım ölçüleri tablosunda ise sağlık işleri ve sosyal hizmetler sektörünün diğer sektörler ile olan ilişkileri açıklanmaya çalışılmıştır. Bir sektörün toplam bağlantı etkileri değerlerinin yüksek olması demek o sektörün ekonominin tüm sektörlerle ilişki içerisinde olduğu anlamına gelmemektedir. Ya da toplam bağlantı endekslerinin ortalamasının ortalamadan yüksek olması o sektörün diğer tüm sektörlerle eşit derecede bir girdi-çıktı ilişkisi içerisinde olduğunu bize göstermez. Bu nedenle seçilmiş sektörün diğer sektörlerle olan ilişkilerini açıklayabilmek için toplam dağılım ölçülerini hesaplamamız gerekmektedir. Hesaplanan değer sıfıra ne kadar yakın çıkarsa o sektörün diğer sektörlerle o kadar eşit bir ilişki içerisinde olduğunu gösterir. Ancak hesaplanan değer sıfırdan ne kadar

uzaklaşırsa da o sektörün o kadar az sayıda sektörle ilişki içerisinde olduğunu bize gösterir.

Tablo 4.3’de 1998 yılı için hesaplanan toplam ileri ve geri dağılım ölçüleri verilmiştir. Bu tabloya göre toplam ileri dağılım ölçüsü 9,599161 ile sıfırdan oldukça yüksek iken toplam geri dağılım ölçüsü 6,67252 ile ileri dağılım ölçüsüne nispeten daha iyi bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Ancak her iki değer de sıfırdan yüksek olduklarından her iki durumda da sektörler arasında eşit bir dağılım olmadığını 1998 yılı söylemek yanlış olmaz.

**Tablo 4.3: 1998 Yılı Toplam İleri-Geri Dağılım Ölçüleri**

|                                             | <b>Sağlık İşleri ve Sosyal Hizmetler</b> |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Toplam İleri Bağlantı Dağılım Ölçüsü</b> | 9,599161                                 |
| <b>Toplam Geri Bağlantı Dağılım Ölçüsü</b>  | 6,67252                                  |

#### 4.2. 2002 Yılı Sağlık Sektörü Analizi

2002 yılını analiz ederken TÜİK’den elde ettiğimiz ve 2012 yılında da kullanılan sınıflandırma sistemine göre revize edilmiş leontief matrisleri kullanılmıştır. Bu revize edilmiş tablo ile özellikle 2012 yılı ile karşılaştırmada aynı sınıflandırma sistemleri kullanıldığı için daha gerçekçi sonuçlar elde edilmiştir. Kullanılan bu verilerde 2012 yılı için aynı şekilde 64 sektör için hesaplamalar yapılmıştır. Yine üç ayrı değer için ileri geri bağlantıları hesaplanarak tablo haline getirilmiştir.

İlk tablomuzda olan Tablo 4.4’de yer alan ileri ve geri bağlantı etkileri değerlerine göre 2002 yılında insan sağlığı hizmetleri sektöründe meydana gelen bir birimlik talep artışına karşılık ekonominin tüm sektörlerinde ortaya çıkan üretim artışı 2,016085 birim olurken; ekonominin tüm sektörlerinde meydana gelen bir birimlik talep artışının insan sağlığı hizmetleri sektörüne etkisi 1,118372 birimlik üretim artışı olarak yansımıştır. Yani 2002 yılı için insan sağlığı hizmetleri sektörü ülke ekonomisi için önemli bir tetikleyici sektördür.

**Tablo 4.4:** 2002 Yılı Toplam İleri-Geri Bağlantı Etkileri

|                                     | <b>İnsan Sağlığı Hizmetleri</b> |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Toplam İleri Bağlantı Etkisi</b> | 1,118372                        |
| <b>Toplam Geri Bağlantı Etkisi</b>  | 2,016085                        |

2002 yılı için bağlantı etkilerinin tüm sektörlerin ortalaması ile karşılaştırması olan bağlantı endeksleri değerlerinde ise iki farklı durum ortaya çıkmıştır. Tablo 4.5'e göre toplam ileri bağlantı endeksi 0,535139 ile ortalamanın altında (1'in altında) kalırken, toplam geri bağlantı endeksi 0,964692 ile ortalama değere çok yaklaşmıştır. Yani 2002 yılı için insan sağlığı hizmetleri sektörü ekonominin tüm sektörleri üzerinde tetikleyici etkiye sahip bir sektör olmaya aday olmuştur.

**Tablo 4.5:** 2002 Yılı Toplam İleri-Geri Bağlantı Endeksleri

|                                      | <b>İnsan Sağlığı Hizmetleri</b> |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Toplam İleri Bağlantı Endeksi</b> | 0,535139                        |
| <b>Toplam Geri Bağlantı Endeksi</b>  | 0,964692                        |

Tablo 4.6'da 2002 yılı için hesaplanan toplam ileri bağlantı dağılım ölçüsü 7,336316 olarak hesaplanmış, toplam geri bağlantı dağılım ölçüsü ise 4,052019 olarak hesaplanmıştır. Her iki değer de sıfırdan yüksek çıkmış ve dağılımın eşit olmadığı ortaya çıkmıştır.

**Tablo 4.6:** 2002 yılı toplam ileri-geri bağlantı dağılım ölçüleri

|                                             | <b>İnsan Sağlığı Hizmetleri</b> |
|---------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Toplam İleri Bağlantı Dağılım Ölçüsü</b> | 7,336316                        |
| <b>Toplam Geri Bağlantı Dağılım Ölçüsü</b>  | 4,052019                        |

#### 4.3. 2012 Yılı Sağlık Sektörü Analizi

2012 yılı analizimizde TÜİK'den elde ettiğimiz leontief matrisleri kullanılmıştır. Yine aynı şekilde üç ayrı değer için hesaplanan ileri-geri bağlantılarını tablolar halinde

ele alınmıştır. Bu yıl yayınlanan verilerde de TÜİK 64 sektör üzerinden hesaplamalara yer vermiştir. Sağlık sektörü “insan sağlığı hizmetleri” başlığı altında yayınlanmıştır.

İlk tablomuz olan ileri-geri bağlantı etkileri tablosu Tablo 4.7 ele alındığında, bu yıl için hesaplanan toplam ileri bağlantı etkisi 1,079332 olurken, toplam geri bağlantı etkisi 1,826064 olmuştur. Yani ekonominin tüm sektörlerinin insan sağlığı hizmetleri sektörünü besleme etkisi 1,079332 birim olurken, insan sağlığı hizmetleri sektörünün ekonominin tüm sektörlerini besleme etkisi 1,8268179 birim olmuştur.

**Tablo 4.7:** 2012 yılı toplam ileri-geri bağlantı etkileri

|                                     | <b>İnsan Sağlığı Hizmetleri</b> |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Toplam İleri Bağlantı Etkisi</b> | 1,079332                        |
| <b>Toplam Geri Bağlantı Etkisi</b>  | 1,821879                        |

2012 yılı toplam ileri ve geri bağlantı endeksi değerleri tablosu Tablo 4.8’e bakıldığında ise her iki durum için de endeks değerlerinin ortalama değer olan 1’in altında kaldığı görülür. Toplam ileri bağlantı endeksi 0,53822 ile ortalamanın oldukça altında kalırken, toplam geri bağlantı endeksi 0,908498 ile ortalamaya yakın bir değer olmuştur.

**Tablo 4.8:** 2012 yılı toplam ileri-geri bağlantı endeksleri

|                                      | <b>İnsan Sağlığı Hizmetleri</b> |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Toplam İleri Bağlantı Endeksi</b> | 0,53822                         |
| <b>Toplam Geri Bağlantı Endeksi</b>  | 0,908498                        |

2012 yılında bağlantı dağılım ölçütleri de sıfırdan yüksek çıkmıştır. Tablo 4.9’da toplam ileri bağlantı dağılım ölçüsü 7,928516 ile daha yüksek çıkarken, toplam geri bağlantı dağılım ölçüsü 4,676174 ile nispeten daha sıfıra yakın çıkarak daha eşit bir dağılım olduğunu bize söylemektedir.

**Tablo 4.9:** 2012 yılı toplam ileri-geri bağlantı dağılım ölçüleri

|                                             | <b>İnsan Sağlığı Hizmetleri</b> |
|---------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Toplam İleri Bağlantı Dağılım Ölçüsü</b> | 7,928516                        |
| <b>Toplam Geri Bağlantı Dağılım Ölçüsü</b>  | 4,676174                        |

Bu üç dönem birlikte ele alınarak karşılaştırıldığında ise;

Toplam İleri Bağlantı Etkisi = 1,118372 (2002) > 1,079332 (2012) > 1,039485 (1998) şeklinde sıralanmıştır. En yüksek değer 2002 yılında ortaya çıkmış, yani sağlık sektörünün ekonominin tüm sektörleri tarafından en fazla tetiklendiği yıl 1,118372 ile 2002 yılı olmuştur. En düşük çıkan yıl ise 1,039485 ile 1998 yılı olmuştur. Ancak bu üç dönemlik veride genel olarak birbirine paralel gitmiş, çok büyük farklar olmamıştır.

Toplam Geri Bağlantı Etkisi = 2,016085(2002)> 1,821879 (2012) > 1,494715 (1998) şeklinde sıralanmıştır. Burada ise en yüksek değer 2002 yılında elde edilen 2,016085, yani sağlık sektörünün ekonominin tümünü en fazla tetiklediği yıl bu yıl olmuştur. Yine bu veride de en düşük değer 1998 yılında 1,494715 ile elde edilmiştir.

Toplam İleri Bağlantı Endeksi = 0,53822 (2012)>0,535139 (2002)>0,460188 (1998) şeklinde sıralanmıştır. Bu değer hiçbir dönem 1 ortalamanın üzerine çıkamamıştır. Yani ülke ekonomisi için bu değer bakımından her zaman ortalamanın altındaki sektörler kategorisinde olmuştur. Üç dönemde de yaklaşık 0,5 seviyelerinde hesaplanmıştır.

Toplam Geri Bağlantı Endeksi = 0,964692 (2002)>0,908498 (2012)>0,661722 (1998) şeklinde gerçekleşmiştir. Bu endeks sadece 2002 ve 2012 yıllarında ortalama değer olan 1'e çok yaklaşmıştır. Yani bu yıllarda sağlık sektörü ülke ekonomisi için önemli sektörler arasına girmiştir. Yine bu veride de en düşük değer 1998 yılında elde edilmiştir.

Toplam İleri Bağlantı Dağılım Ölçüsü = 7,336316 (2002)<7,928516 (2012)<9,599161 (1998) şeklindedir. Bu veride de bizim arzu ettiğimiz en düşük değer elde edildiği yıl 7,336316 ile 2002 yılı olmuştur. Bu yıl sağlık sektörünün diğer

sektörler ile ilişkisinin en etkin dağıldığı yıl olmuştur. 2012 yılı verileri de 2002 yılı verilerine çok yakın gerçekleşmiş ancak 1998 yılı yine en düzensiz dağılımın gerçekleştiği yıl olmuştur.

Toplam Geri Bağlantı Dağılım Ölçüsü = 4,052019 (2002)<4,676174 (2012)<6,67252 (1998) şeklindedir. Burada da yine düşük değer 4,052019 ile 2002 yılında gerçekleşmiştir. Yani yine en etkin dağılım bu yılda gerçekleşmiştir. Yine aynı şekilde en kötü dağılım oranına sahip yıl 1998 yılı olmuştur.



## V. BÖLÜM

### 5. SONUÇ

Son yıllarda önemi giderek artan ve özellikle gelişmiş ülkelerin büyük önem verdiği bireysel ve toplumsal sağlık düzeyleri, artık günümüzde bir ülkenin büyüme ve kalkınma hedeflerine ulaşmada en önemli etkenlerden biri haline gelmiştir. 1950’li yıllardan itibaren sağlık sektörü üzerine tüm dünyada yapılan çalışmalarda kayda değer artışlar olmaya başlamıştır. Sağlık ekonomisi artık ekonomi biliminin içinde önemli alt başlıklardan biri haline gelmiştir. Buna paralel olarak son yüzyılda GSYH içinde sağlık sektörüne ayrılan paylarda %50’lerin üzerinde artışlar olmuştur. Hatta Amerika gibi bazı çok gelişmiş ülkelerde yapılan sağlık harcamaları savunma ve eğitim harcamalarını geçmiştir.

Hızla değişen teknolojik gelişmelerden sağlık sektörü de nasibini almış, sağlık sektörü içinde fayda-maliyet analizleri yapılmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin kendi içinde sınıflandırması yapılmış ve bu hizmetleri verecek ayrı ayrı birimler oluşturulmaya başlanmıştır. İşte bu noktada bu hizmetlerin nasıl verileceği, kim tarafından verileceği ve iktisat bilimi için en önemlisi nasıl finanse edileceği soruları ortaya çıkmaya başlamıştır. Yarı kamusal mal olma özelliği nedeniyle ilk dönemlerde kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri, maliyetlerinin çok yüksek olmasının sonucu kamuya çok yük getirdiğinden sonraki dönemde özel sektörün de bu hizmet alana girmesi için yapılan teşvikler ile karma bir hizmet türüne dönüşmeye başlamıştır.

Ruhen ve bedenen tam bir iyilik hali olan sağlığın korunması için eğitim, gıda, barınma ve altyapı gibi bazı diğer hizmetlerin de sağlanması gerektiği son dönemlerde yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Kişiyeye ve çevreye yönelik farklı koruyucu sağlık hizmet türleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Hatta bireysel ve toplumsal

sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinin yürütülmesi için kamu ve özel kurumlar oluşturulmuştur.

Yarı kamusal mal olması nedeni ile sağlık piyasalarında, tam rekabet piyasalarında geçerli olan birçok varsayımın geçersiz olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur. Özellikle dışsalılık etkisi, bilgi eksikliği ve şeffaflık olmaması gibi özellikleri sağlık hizmetleri piyasasını diğer piyasalardan ayıran konuların başlarında gelmektedir.

Yine sağlık piyasalarında sağlık hizmetlerinin arz ve talep esnekliklerinin fiyat ve gelir karşısında katı durumları bu hizmetleri diğer sektörlerden ayıran diğer özellikleri olmuştur.

Türkiye’de sağlık hizmetleri planlı dönemler olarak ele alındığında; 1963 yılında yapılan ilk planda da 2014 yılında yapılan son planda da sağlık hizmetleri için en önemli konunun bu hizmetlerin sunumu konusunda kamu kesiminin payının azaltılarak özel sektörün bu piyasaya girmesinin teşviki olmuştur. İkinci en önemli konu ise sağlık personeli sayısının yeterli seviyeye çıkarılması ve bu personelin ülke genelinde homojen bir şekilde dağılmasının sağlanması olmuştur. Bu amaçlarla çeşitli dönemlerde çok çeşitli kanunlar ve yönetmelikler yürürlüğe girmiş ama etkin bir sonuca ulaşılmamıştır. Bu planlı dönemlerin bir diğer önem verilen konusu da sağlık hizmeti sunan kurumların ve bu kurumlardaki yatakların sayıları olmuştur. Bu sayıları da arttırmak yapılan bütün planlarda temel hedeflerin başlarında yer almıştır.

Bu dönemler itibariyle 1967 yılında doktor başına düşen kişi sayısı 2758 iken 2016 yılında 557’ye; hemşire başına düşen kişi sayısı 5316’dan 522’ye; sağlık memuru başına düşen kişi sayısı da 5554’den 551’e; diş hekimi başına düşen kişi sayısı 14581’den 2992’ye; eczacı başına düşen kişi sayısı 14866’dan 2864’e ve ebe başına düşen kişi sayısı da 5826’dan 1521’e düşürülmüştür. Yine aynı dönemlerde 1000 kişi başına düşen sayısı 1,81’den 2,72’ye yükseltilmiş, toplam yatak sayısı 59173’den 217771’e çıkarılmıştır.



2016 yılı itibariyle ülke nüfusunun %85,5'ine denk gelen 68,2 milyon kişi kamu veya özel sigorta kapsamına girmiştir. Ancak bu 68,2 milyon kişinin 67,8 milyonunun finansmanını halâ kamu karşılamaktadır. Ama yine bu dönemde TÜİK tarafından yapılan bir araştırmanın sonucuna göre 2016 yılında kamu sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında yapılan aynı araştırmaya göre %40'dan %75'e yükselmiştir. Yani sağlık hizmetlerinde kamunun verdiği hizmetin standartı oldukça yükselmiştir.

2000'li yıllardan itibaren dünya üzerinde sağlık hizmetlerinin durumları incelendiğinde toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu kesiminin payının en yüksek olduğu ülkelerden birinin Türkiye olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu dönemde dünya ve OECD ortalaması % 60, orta üstü gelir grubu ülkeler ortalaması %50 iken Türkiye ve AB ortalaması %80 olmuştur.

Sağlığa yapılan yatırımın ülke ekonomisine yapılan yatırım olduğunun en güzel göstergelerinden biri olan kişi başına düşen sağlık harcaması verilerinde, 2014 yılında OECD ülkelerinde ortalama 4739,1 dolar, AB ülkelerinde ortalama 3612 dolar harcamaya yapılırken Türkiye'de bu harcamaya 567,6 dolar olmuştur. Hatta bu dönemde dünya ortalaması 1058,5 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payında da benzer sonuçlar ortaya çıkmış, OECD ortalaması %12,3 iken Türkiye ortalaması %5,4 olmuştur.

Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi 2014 yılı için 75,2 olurken, bu rakam OECD ve AB'de 80 yılı geçmiştir. 1000 canlı doğumda gerçekleşen bebek ölüm oranında da OECD ve Türkiye arasında iki katı fark ortaya çıkmıştır.

Türkiye'de sağlık sektörünün girdi-çıktı tabloları kullanılarak yapılan sektörel analizinde 1998, 2002 ve 2012 verileri kullanılmış ve yapılan hesaplamada üç dönem birlikte ele alındığında sağlık sektörünün ülke ekonomisi için en etkili olduğu dönemin 2002 yılı olduğu görülmüştür. Bu dönemlerde neredeyse tüm değerlerde en iyi sonuçlar 2002 yılında elde edilmiştir. Yani sağlık sektörünün ülke ekonomisi için en önemli

olduğu yıl bu yıl olmuştur. 2012 yılında ise 2002 yılına çok yakın değerler elde edilmiş olsa da 2002 yılına nispeten bir düşüş olmuştur.

1998 yılı ise sağlık sektörünün ülke ekonomisinde en önemsiz olduğu dönem olmuştur. Hesaplanan tüm değerlerde en kötü sonuçlar 1998 yılında elde edilmiştir. Bu dönemden sonra sağlık sektörü ülke ekonomisi için daha önemli bir sektör olmaya başlamış, önemi giderek artmıştır.

Türkiye’de sağlık sektörüne verilen önem her sene artarak devam etmekte ve hem işgücü hem fiziki imkanlar olmak üzere sayısal verilerde her sene olumlu yönde gelişmeler olmakla beraber dünya üzerindeki gelişmiş ülkelerle bu veriler karşılaştırıldığında halâ ciddi farkların ortada olduğu görülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Altay, Asuman (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*(64), 34.
- Ateş, Metin (2016). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Aydoğuş, Osman (1990). *Girdi-Çıktı Modellerine Giriş Teori ve Uygulama*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Baloğlu, Burhan (2006). *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*. İstanbul: Der Kitabevi.
- Besim, Şeref (2001). Sağlık Ekonomisi, Sağlık Hizmetleri Sunumunda Maliyet Kavramı, Sağlık Hizmetleri ve Türkiye. *Yeni Türkiye Dergisi-Sağlık Özel Sayısı*, 2(40), 1622.
- Bilgili, Emine ve Ecevit, Eyyup (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2).
- Cevahir, Egemen (2016). *Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri*. İstanbul: Kibele Yayınları.
- Chenery, Hollis, and Watanabe, Tsunehiko (1958, Ekim). International Comparisons of the Structure of Production. *Econometrica*, 26(4), 487-521. <https://www.jstor.org/stable/pdf/1907514.pdf?refreqid=excelsior%3Acab90c57511e487925f29c463e0e52fa> adresinden 18 Kasım 2017 tarihinde erişildi
- Çelik, Yusuf (2016). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Çoban, Hilmi (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Ertürk Atabey, Selin (2016). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Feldstein, Paul J. (2012). *Health Care Economics* (Seventh Edition b.). New York, United State of America: Delmar Cengage Learning.
- Fuchs, Victor R. (1986). *The Health Economy*. USA: Harvard University Press.
- Güvenek, Burcu (2015). *Sağlık Ekonomisi-Mikro ve Makro Boyutları*. Konya: Çizgi Kitabevi
- Işık, Abdulkadir (1997). *Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi
- Kalkınma Bakanlığı (2014). *Onuncu Kalkınma Planı*. Kalkınma Bakanlığı: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf> adresinden 6 Ekim 2017 tarihinde erişildi.
- Kalkınma Bakanlığı (2017). *Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı*. <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/TemelEkonomikGostergeler.aspx> adresinden 20 Ekim 2017 tarihinde erişildi
- Kavuncubaşı, Şahin ve Yıldırım, Selami (2015). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kotil, Erdoğan (2003). *Ulaştırma Sektörünün Sektörler Arası İlişkideki Yeri*. Ankara: TMMOB Ulaştırma Politikaları Kongresi Bildiriler Kitabı.

Köse, Mehmet R.; Bora Başara, Berrak; Güler, Cemil; Soytutan, İrem; Aygün, Asiye; Özdemir, Tuğcan A.; Uzun, Selen Begüm; Birge Kayış, Birsen; Yentür, Gökalg K.; Pekerçli, Ayfer; Türkseven Öztürk, Çiğdem; Aydoğan Kılıç, (2016). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

Lipsey, Richard and Harbury, Colin (1992). *Fisrt Principles of Economics Second Edition*. India: Oxford University Press.

Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü (1961). TC Resmi Gazete. *Sağlık Hizmetlerinin Soyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. Ankara. <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10705.pdf> adresinden 20 Kasım 2017 tarihinde erişildi.

Mutlu, Ayşegül ve Işık, Kadir (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Basım Yayın.

OECD (2017). *Organisation for Economic Co-operation and Development*. <http://www.oecd.org/about/> adresinden 20 Kasım 2017 tarihinde erişildi.

Sağlık Bakanlığı (2015). *Sağlıkta Stratejik Planlama: Türkiye Örneği*. Ankara.

Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı (2004). *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*. Sağlık Bakanlığı: [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik\(16\).pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf) adresinden 15 Kasım 2017 tarihinde erişildi.

Taşkın, Ömer (2011). *Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi*. Edirne: T.C. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1963). *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Kalkınma Bakanlığı: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf> adresinden 6 Ekim 2017 tarihinde erişildi.

- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1968). *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Kalkınma Bakanlığı: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/8/plan2.pdf> adresinden 6 Ekim 2017 tarihinde erişildi.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1973). *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Kalkınma Bakanlığı: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/7/plan3.pdf> adresinden 6 Ekim 2017 tarihinde erişildi.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1979). *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Kalkınma Bakanlığı: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/6/plan4.pdf> adresinden 6 Ekim 2017 tarihinde erişildi.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1985). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Kalkınma Bakanlığı: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/5/plan5.pdf> adresinden 6 Ekim 2017 tarihinde erişildi.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1990). *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Kalkınma Bakanlığı: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/4/plan6.pdf> adresinden 6 Ekim 2017 tarihinde erişildi.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1996). *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Kalkınma Bakanlığı: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/3/plan7.pdf> adresinden 6 Ekim 2017 tarihinde erişildi.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (2001). *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Kalkınma Bakanlığı: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/2/plan8.pdf> adresinden 6 Ekim 2017 tarihinde erişildi.
- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (2007). *Dokuzuncu Kalkınma Planı*. Kalkınma Bakanlığı: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/1/plan9.pdf> adresinden 6 Ekim 2017 tarihinde erişildi.

Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu (2017). *SGK İstatistik Yıllığı 2016*. Sosyal Güvenlik Kurumu: [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk\\_istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari) adresinden 21 Kasım 2017 tarihinde erişildi.

Türkiye İstatistik Kurumu (2017). *Genel Olarak Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet*. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> adresinden 16 Kasım 2017 tarihinde erişildi.

Türkiye İstatistik Kurumu (2017). *Mutluluk Kaynağı*. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> adresinden 16 Kasım 2017 tarihinde erişildi.

Türkiye İstatistik Kurumu (2017). *Yıllar İtibariyle Toplam Hanehalkı Tüketim Harcamasının Türlerine Göre Dağılımı, Türkiye*. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1012](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1012) adresinden 16 Kasım 2017 tarihinde erişildi.

TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni*. T.C. Sağlık Bakanlığı.

TÜİK (2017). *Türkiye İstatistik Kurumu*. [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) adresinden 20 Ekim 2017 tarihinde alındı

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

Ünsal, Erdal (2001). *Mikro İktisat*. Ankara: İmaj Yayıncılık.

Üstünel, Besim (2001). *Ekonominin Temelleri*. İstanbul: Dünya Yayınları.

World Bank (2017). *World Development Indicators*. [http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?Code=NY.GDP.PCAP.CD&id=1ff4a498&report\\_name=Popular-Indicators&populartype=series&ispopular=y](http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?Code=NY.GDP.PCAP.CD&id=1ff4a498&report_name=Popular-Indicators&populartype=series&ispopular=y) adresinden 15 Kasım 2017 tarihinde erişildi.

Yıldırım, Cengizhan (2005). Turizm Sektörünün Türkiye Ekonomisindeki Yeri. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Yıldırım, Hasan H. (1999). Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 32(1).

