



T.C.

AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI

TÜTÜN KULLANIMINA BAĞLI AKCİĞER KANSERİ RİSKİ;
TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜ ve HARCAMALARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

REMZİYE MEMİŞ

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ AHMET TURGUT

AKSARAY 2021

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI

TÜTÜN KULLANIMINA BAĞLI AKCİĞER KANSERİ RİSKİ;
TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜ ve HARCAMALARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

REMZİYE MEMİŞ

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ AHMET TURGUT

AKSARAY 2021

TELİF HAKKI VE TEZ FOTOKOPİ İZİN FORMU

Bu tezin tüm hakları saklıdır. Kaynak göstermek koşuluyla tezin teslim tarihinden itibaren 12 (on iki) ay sonra tezden fotokopi çekilebilir.

YAZARIN

Adı: Remziye

Soyadı: MEMİŞ

Bölümü: İktisat

İmza:

Teslim tarihi:

TEZİN

Türkçe Adı: Tütün Kullanımına Bağlı Akciğer Kanseri Riski; Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları

İngilizce Adı: Lung Cancer Risk Due to Tobacco Use; Health Sector and Expenditures in Turkey

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Tez yazma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyduğumu, yararlandığım tüm kaynakları kaynak gösterme ilkelerine uygun olarak kaynakçada belirttiğimi ve bu bölümler dışındaki tüm ifadelerin şahsıma ait olduğunu beyan ederim.

Yazar Adı Soyadı: Remziye MEMİŞ

İmza:

JÜRİ ONAY SAYFASI

Remziye MEMİŞ tarafından hazırlanan “Tütün Kullanımına Bağlı Akciğer Kanseri Riski; Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ahmet TURGUT

İktisat A.B.D., Aksaray Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Arif İĞDELI

İktisat A.B.D., Aksaray Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Filiz TUTAR

İktisat A.B.D., Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 17/09/2021

Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu’nuntarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Sosyal Bilimler Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Sevilay USLU DİVANOĞLU

İmza:

TEŞEKKÜR

Çalışmama başladığım günden itibaren değerli emeğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilgilerini ve tecrübelerini paylaşarak bana yol gösterici saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ahmet TURGUT' a teşekkürlerimi sunuyorum.

Hayatımın her döneminde yanımda olan, maddi-manevi hiçbir desteğini esirgemeyen ve tüm çalışmalarımda desteklerini yürekten hissettiğim CANIM AİLEM'e

Ayrıca tez çalışmam boyunca öneri ve yardımları ile katkı yapan arkadaşlarım Büşra KILIÇ ve Binnur ALTUN'a sonsuz şükran ve teşekkürlerimi sunarım.

Remziye MEMİŞ

Aksaray/2021

AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TÜTÜN KULLANIMINA BAĞLI AKCİĞER KANSERİ RİSKİ;
TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜ ve HARCAMALARI

(Yüksek Lisans Tezi)

Remziye MEMİŞ, Aksaray 2021

ÖZET

Bu çalışmada, tütün ürünleri 1990’lı yıllardan günümüze gelişen tütün sektörü ve politikaları, sağlık harcamaları ilişkisi incelenmiştir. Tütün sektörü ve tütünden elde edilen ürünlerin geçmişten günümüze nasıl değişimler geçirdiği ve sağlık alanında sebep olduğu akciğer kanserine değinilmiştir.

Tütün talebinin yıllar geçtikçe artış göstermesi ile akciğer kanserinin dünyada erkeklerde ilk sırada ölüm sebebi olması nedeniyle tütün ve tütün ürünleri üzerinde inceleme yapmaya itmiştir. Çalışma DSÖ, TÜİK, T.C. Sağlık Bakanlığı istatistik raporlarından elde edilen sonuçlara göre hazırlanmıştır. Türkiye’de yetiştirilen tütün, dünya piyasasında yüksek taleple karşılanmıştır. Fakat tütün tüketimine bağlı artan ölümler sonucunda hükümetler tütün ve tütün ürünleri üzerinde farklı politikalar uygulamaya çalışmışlardır. Tütün ve tütün ürünlerinin insan sağlığına verdiği zararı en aza indirebilmek, için tütünden elde edilen geliri tütün ve tütün ürünlerinden alınacak vergi haline dönüştürmüşlerdir. Sağlığa zararı sebebiyle TÜİK verilerine göre 1990’lı yıllarda tütün üretim alanı 320.236 hektar iken 2000’li yıllarda bu alanda daralmaya gidilmiştir. 4733 sayılı Tütün yasası çıkarılarak tütün ve tütün sektöründe düzenleme denetleme yoluna gidilmiştir. Bu düzenlemeler sayesinde tütün üretiminde sözleşmeli üretime geçilmiştir. Sağlık harcamalarının dünya genelinde artış göstermesi sebebiyle bu harcamayı azaltmamıza yardımcı faktör olarak tütün ve tütün

ürünlerini inceledik. Tütüne olan talebi az da olsa aşağı seviyelere çekebilirsek hem akciğer kanseri riskini hem de sağlık harcamalarının azalması mümkün görülmektedir. Sağlık harcamasındaki artış dünya genelinde her geçen gün artma eğilimi göstermesi ülkelerin gelişmişlik düzeylerinde de belirleyici olmaktadır. Fakat bu çalışmada sağlık harcamalarının dijitalleşen dünyada ileri teknolojiyi takip eden cihazlara ve bu cihazların kullanımına ulaşmakta harcanması ve inovatif sağlık hizmetlerine ulaşımında sağlık harcamaları artışına vurgu yapılmaktadır. Çalışmada tütün kullanımına bağlı olarak akciğer kanser riskinin arttığı ve sağlık harcamalarını artırarak genel bütçeyle daha fazla yük oluşturduğu görülmektedir. Tütün kullanımının azaltılarak kontrol altına alınması genelde sağlık harcamasını özelde ise akciğer kanseri riskini ve harcamalarını azaltacağı sonucuna varılmıştır.

Bilim Kodu: 112118

Anahtar Kelimeler: Tütün, Kanser, Akciğer Kanseri, Sağlık Harcamaları

Sayfa Adedi: 147

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ahmet TURGUT

AKSARAY UNIVERSITY

**RISK OF LUNG CANCER DUE TO TOBACCO USE; HEALTH SECTOR
AND EXPENDITURES IN TURKEY**

(Ph. D Thesis)

Remziye MEMİŞ, Aksaray 2021

ABSTRACT

In this study, the relationship between tobacco products, the tobacco sector and policies, health expenditures, which has developed since the 1990s, has been examined. It has been mentioned how the tobacco sector and the products obtained from tobacco have changed from the past to the present and the lung cancer caused in the field of health.

With the increase in tobacco demand over the years, lung cancer is the leading cause of death in men in the world, leading to investigations on tobacco and tobacco products. Study WHO, TURKSTAT, T.C. It has been prepared according to the results obtained from the statistics reports of the Ministry of Health. Tobacco grown in Turkey has met with high demand in the world market. However, as a result of increasing deaths due to tobacco consumption, governments have tried to implement different policies on tobacco and tobacco products. In order to minimize the harm caused by tobacco and tobacco products to human health, they converted the income obtained from tobacco into tax to be collected from tobacco and tobacco products. According to TUIK data, tobacco production area was 320,236 hectares in the 1990s due to its harm to health, but this area has been narrowed in the 2000s. By enacting the Tobacco Law No. 4733, regulation and supervision was adopted in the tobacco and tobacco sector. Thanks to these regulations, contracted production was started in

tobacco production. Due to the increase in health expenditures worldwide, we examined tobacco and tobacco products as a factor that helps us reduce this expenditure. If we can reduce the demand for tobacco to lower levels, it seems possible to reduce both the risk of lung cancer and health expenditures. The increase in health expenditures tends to increase day by day throughout the world, which also determines the level of development of countries. However, in this study, it is emphasized that health expenditures are spent on accessing devices that follow advanced technology and the use of these devices in the digitalizing world, and the increase in health expenditures in accessing innovative health services. In the study, it is seen that the risk of lung cancer increases due to tobacco use and increases the health expenditures and creates a greater burden on the general budget. It has been concluded that reducing tobacco use and controlling it will reduce health expenditures in general and lung cancer risk and expenditures in particular.

Science Code: 112118

Keywords: Tobacco, Cancer, Lung Cancer, Health Expenditures

Number of Pages: 147

Counselor: Dr. Öğr. Üyesi Ahmet TURGUT

İÇİNDEKİLER

TELİF HAKKI VE TEZ FOTOKOPİ İZİN FORMU.....	i
ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI	ii
JÜRİ ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvi
KISALTMALAR LİSTESİ	xvii
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
KAVRAMSAL ÇERÇEVEDE TÜTÜN	4
1.1. Tütünün Tanımı.....	4
1.1.1. Tütün Tarihçesi.....	5
1.2. Tütün Ürünleri ve Tütün İçeriği	7
1.2.1. Dumanlı Tütün Ürünleri.....	7
1.2.1.1. Sigara	9
1.2.1.2. Puro.....	11
1.2.1.3. Pipo.....	11
1.2.1.4. Nargile.....	12

1.2.1.5. Kretek.....	12
1.2.1.6. Bidi	12
1.2.1.7. E-Sigara.....	13
1.2.1.8. Isıtmalı Tütün Ürünleri.....	14
1.2.2. Dumansız Tütün Ürünleri	14
1.2.2.1. Ağızdan Alınan Dumansız Tütün Ürünleri.....	16
1.2.2.1.1. Çiğnemelik Tütün.....	16
1.2.2.1.2. Snus	16
1.2.2.1.3. Maraş Otu.....	16
1.2.2.1.4. Eriyebilen Tütün Ürünleri	17
1.2.2.2. Burundan Alınan Dumansız Tütün Ürünleri.....	17
1.2.2.2.1.Snuff.....	17
1.2.2.2.2. Enfiyelik Tütün.....	17
1.2.2.2.3. Nikotin İçeren Preparatlar	18
1.3. Tütün Ürünleri Kullanımını Etkileyen Sebepler	18
1.3.1. Adölesan Dönem	18
1.3.2. Sosyal Destek ve Yalnızlık	18
1.3.3. Aile Etkisi	19
1.3.4. Arkadaşlık Etkisi	20
1.3.5. Sosyoekonomik Durum Etkisi.....	21
1.3.6. Yaş ve Cinsiyet Etkisi	22
1.4. Tütün Ürünleri (Sigara) Kanseri İlişkisi	22
1.5. Akciğer Kanseri	24

1.5.1. Akciğer Kanseri Nedenleri	26
1.6. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi.....	29
1.6.1.Akciğer Kanseri Belirtileri	30
1.6.2. Akciğer Kanseri Tanı	30
1.6.3. Akciğer Kanserinde Tedavi.....	31
1.6.3.1.Cerrahi Tedavi.....	31
1.6.3.2.Kemoterapi	31
1.6.3.3. Radyoterapi	32
1.7. Türkiye’de Akciğer Kanseri	32
1.8. Dünya’ da Kanser	34
İKİNCİ BÖLÜM	38
DÜNYA, AB VE TÜRKİYE EKSENİNDE TÜTÜN EKONOMİSİ POLİTİKALARI.....	38
2.1. Tütün Ekonomisi Kavramı.....	38
2.2. Tütün Sektörü	39
2.2.1. Tütün Üretimi	39
2.2.2. Tütün (Sigara) Kullanım Yaygınlığı	42
2.2.2.1. Çocuk ve Gençlerde Tütün (Sigara) Kullanımı	42
2.2.2.2. Sağlık Profesyonellerinde Tütün Kullanımı.....	44
2.2.2.3. Gebelikte Tütün Kullanımı	45
2.2.2.4. Yetişkinlerde Tütün Kullanımı.....	46
2.2.3. Pasif Sigara Dumanı Etkilenimi.....	47
2.3. Türkiye’de Sigara Tüketiminin Bireye Ekonomik Yüğü	48

2.4. Tütün ve Bağımlılık	49
2.5. Tütün Kontrolü	50
2.6. 1990'lı yıllarda Türkiye'de Tütün Ekonomisi ve Politikaları.....	53
2.6.1. Tütün-Tütün Ürünleri Üretimi ve Dış Ticareti.....	54
2.6.2. Tütün- Tütün Ürünleri Vergi ve Fiyatlandırma	57
2.7. Günümüzde Tütün Ekonomisi ve Politikaları.....	60
2.7.1. Tütün Ürünleri Üretimi ve Dış Ticareti.....	61
2.7.2. Tütün Ürünleri Vergi ve Fiyatlandırma	64
2.8. AB Ülkelerinde Tütün Ekonomisi ve Politikaları.....	66
2.8.1. AB Ülkelerinde Tütün Üretimi	67
2.8.2. AB Ülkelerinde Tütün Dış Ticareti.....	69
2.9. Dünya Geneline Tütün Ekonomisi.....	71
2.9.1. Dünya Piyasasında Tütün Üretimi	71
2.9.2. Dünya Piyasasında Tütün Dış Ticareti	72
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	74
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ KAMU HARCAMALARI İÇİNDEKİ YERİ	74
3.1. Literatür Özeti	74
3.2. Sağlık Tanımı	76
3.3. Sağlık Hizmetleri.....	78
3.3.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı ve Özellikleri	78
3.3.2. Sağlık Hizmeti Türleri.....	80
3.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	80

3.3.2.2. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri.....	81
3.3.2.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	82
3.3.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi.....	83
3.4. Sağlık Harcamaları	83
3.4.1. Sağlık Harcamaları Tanımı.....	83
3.4.2. Sağlık Harcamalarının Kamu Harcamaları İçindeki Yeri ve Önemi	87
3.5. Sağlık Harcamaları Türleri	92
3.5.1. Devlet Sağlık Harcamaları	92
3.5.2. Özel Sağlık Harcamaları	92
3.5.3. Cari Sağlık Harcamaları	93
3.5.4. Yatırım Harcamaları	93
3.6. Akciğer Kanseri ve Sağlık Harcamaları	93
3.7. Türkiye’de Sağlık Harcamaları	98
3.8. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Yeri	102
3.9. Türkiye ve Seçilmiş Yabancı Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	104
SONUÇ.....	107
KAYNAKÇA.....	111
TEZ DEĞERLENDİRME FORMU.....	127

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Tütün Ürünü İçenlerin Yüzdesi	8
Tablo 2: Cinsiyete Göre Tütün Kullanım Yaygınlığındaki Küresel Eğilimler.....	9
Tablo 3: En Sık Görülen Beş Kansere Türü, WHO.....	23
Tablo 4: ICD-10 Tanı Grupları ve Cinsiyete Göre Seçilmiş Nedenlerin Yaşa Standardize Erken Ölüm Hızları, (100.000’de Dünya Standart Nüfusu), 2016, 2017, 2018.	33
Tablo 5: Cinsiyete Göre Toplam Kansere İnsidansının (Görülme sıklığı) Uluslararası Karşılaştırılması, (100.000’de, Dünya Standart Nüfusu), 2018.	36
Tablo 6: Tütün üretimi, 1998-2007.....	54
Tablo 7: Tütün İhracatı, Türkiye, 1998-2007.....	55
Tablo 8: Tütün İthalatı, Türkiye, 1998-2007.....	56
Tablo 9: Türkiye’de Paket Başına Nominal ve Reel Sigara Fiyatları, 1970-2006.	58
Tablo 10: Spesifik (Maktu) Verginin Artması Halinde Sigara Fiyatında Meydana Gelen Değişim.....	58
Tablo 11: Advalorem Verginin Artması Halinde Sigara Fiyatında Meydana Gelen Değişim	59
Tablo 12: Tütün Üretiminde Bölge Payları (2018).....	62
Tablo 13: Türkiye Sözleşmeli Yaprak Tütün Üretimi Üretici Sayısı/ Üretim Miktarı (Ton)	63
Tablo 14: Türkiye Tütün İhracatı ve İthalatı Karşılaştırmalı Grafiği (Ton).....	63
Tablo 15: Türkiye’de Tütün Mamülleri Üzerinden Elde Edilen Vergilerin Payı (%)	65
Tablo 16: AB Ülkelerinde Tütün Üretim Miktarı.....	67
Tablo 17: AB Ülkelerinde Tütün Ürünleri İthalat ve İhracat Miktarları.....	70
Tablo 18: Dünya’da Tütün Ürünleri İthalat ve İhracat Miktarı (ton, 2019).	72

Tablo 19: Türkiye’de Kamu Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	84
Tablo 20: Toplam Sağlık Harcamasının Toplam Kamu Harcaması İçindeki Yeri.....	88
Tablo 21: Kamu Yatırımlarının Sektörel Dağılımı (Milyar, TL, Cari Fiyatlarla)	90
Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Sağlık Gözlemevi, Erişim Tarihi: 10.06.2021. ..	91
Tablo 22 : Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Toplam Kanser Harcamaları ve Akciğer Kanseri Oranı (milyar/TL).....	95
Tablo 23: Yaşa Göre Standardize Edilmiş Kanser İnsidans Oranı, 100 bin kişide, WHO.	96



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: DSÖ Bölgesi tarafından Küresel Sigara Tüketimi, 1999-2016, trilyon	10
Şekil 2: Tütün Kullanımına Bağlı Ölüm Oranları.....	11
Şekil 3: Tütün ve Akciğer Kanseri.....	29
Şekil 4: Bulaşıcı Olmayan Dört Ana Hastalık Grubunun Yaşa Standardize Erken Ölüm Hızlarının Uluslararası Karşılaştırılması, (100.000’de, Avrupa Standart Nüfusu), 2015 ...	35
Şekil 5: Dünya’da işlenmemiş tütün üretim ve verim miktarları.....	41
Şekil 6: Türkiye’de Tütün Mamulleri Üzerinden Elde Edilen Vergi Geliri (Milyon/TL) ..	66
Şekil 7: Ülkelere Göre Dünya Tütün Üretimi.....	70
Şekil 8: Ülkelerin Gelir Gruplarına Göre Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki Payı (%)......	86
Şekil 9: Sağlık Bütçesi	89
Şekil 10: Ülkelerin Gelir Gruplarına Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (\$).	91
Şekil 11: 2020 tahmini yeni vaka sayısı, Türkiye, erkek ve kadın, her yaştan. (GLOBACON, 2020).	94
Şekil 12: 2008-2019 Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH Oranı (%).....	96
Şekil 13: TR’de toplam sağlık harcaması 2005-2019	99
Şekil 14: Türkiye’de Kişi Başı Sağlık Harcamaları (TL), Erişim Tarihi: 16.06.2021.....	100
Şekil 15: Genel devlet harcamaları ve özel sektör harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı (%).	101
Şekil 16: Genel ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2018-2019 (Milyon/ TL).	102
Şekil 17: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Toplam İçindeki Payı.....	103
Şekil 18: Kişi Başına ABD Doları Cinsinden Yerel Genel Hükümet Sağlık Harcamaları (\$).	105

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırmaları
SAMAY	Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı Araştırması
IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
GLOBOCAN	Küresel Kanser Gözlemevi
KHAK	Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
KHDAK	Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
I-ELCAP	Uluslararası Akciğer Kanseri Erken Eylem Programı
TNM	Tümör Lenf Nodu Metastaz
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
TTYB	Tütün Ticareti Yetki Belgesi
TAPDK	Tütün Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu
TBM	Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı
TKÇS	Tütün Kontrol Çerçevesi Sözleşmesi
TÜDEP	Tütün Denetçileri Uzaktan Eğitim Programı
ÖTV	Özel Tüketim Vergisi
AB	Avrupa Birliği
OTP	Ortak Tarım Politikası
GSYİH	Gayrisafi Yurtiçi Hası

GİRİŞ

İnsanların çoğu tarafından günümüzde kabul gören tütün genellikle birçok farklı ürün olarak tüketilmektedir. Tütün, farklı ürünlerde kullanımına rastlanıldığından dolayı birçok bilim dalının üzerinde araştırmalar yaptığı konular arasında yer almaktadır.

Tarihsel süreç incelendiğinde tütünün birçok tüketim şeklinin olduğu gözlemlenmiştir. Tütünün farklı şekillerde kullanılması da ritüellere dayandırılmaktadır. Herman Cortes, tütün kullanımının vahşilere göre olduğunu ifade etmiştir. Fransız Jean Nicot ise tütünün tıp ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Fransız Nicot, tütün yapraklarını toz haline getirerek baş ağrısı ilacı olarak kullanmıştır. Daha sonra depresyon, psikolojik sıkıntılara iyi geldiği fark edilince tütün kullanımına olan eğilim artış göstermiştir. Osmanlı döneminde ise IV. Murat'ın haram olduğunu söylemesi üzerine tütün kullanımı yasaklanmıştır. Tarihsel süreçte tütün ile ilgili birçok fikrin ortaya çıkması bazı dönemlerde de çelişmesi sonucunda tütün farklı bilim dallarının dikkatini çekmiştir. Bu sebeple hem sağlık hem de ekonomi alanlarında incelenmeye başlanmış ve bu araştırmalar gün geçtikçe artmıştır.

Bu çalışmada, tütünün birçok ürüne dönüştürülmesi sebebiyle bu ürünler içerisinde sigara tercih edilerek çalışma sürdürülecektir. Tütün ürünlerinden tercih etmiş olduğumuz sigaranın insan sağlığı üzerinde meydana getirmiş olduğu hastalıklar göz önünde bulundurularak akciğer kanseri ile ilişkisi araştırılmaktadır. Akciğer kanserinin, sigara kullanımı sonucunda ülke bütçesinde yol açtığı yıllık sağlık harcaması da dikkate alınacaktır. Tütün içerisinde yer alan nikotin maddesinin yüksek düzeyde bulunması sebebiyle bağımlılığa yol açabilmektedir. Günümüzde insan sağlığını bu denli tehdit eden tütün; sigara, pipo ve puro gibi insanların ulaşılabilirliğini arttıracak şekilde ürünler haline getirilerek piyasaya sunulmaktadır.

Sigara kullanımının yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde belirli dönemlere göre kategorize edildiği görülmektedir. Bu çalışmada da çocukluk, gençlik, yetişkinlik dönemleri gibi dönemlere ayrılarak incelenmiştir. Toplumda bu dönemlerde sigara kullanımına sebep olan faktörler araştırılmıştır. Çalışmada faktörler içerisinde yalnızlık,

ailenin davranışlarının etkisi, arkadaşlık etkisi, sosyoekonomik durum, yaşın ve cinsiyetin getirmiş olduğu birtakım değişikliklerin neden olduğu ortaya konmaktadır.

Tütün kullanımı insan sağlığı üzerinde kardiyovasküler hastalıklardan, solunum yolu hastalıklarına kadar birçok hastalığa yol açmaktadır. Her yıl dünya genelinde milyonlarca insan ölümüne neden olmaktadır. Ölümlerin artışına bağlı olarak ülkeler, ulusal düzeyde ve uluslararası düzeyde tütünle mücadelede birçok ortak kararlar almaktadırlar. Ülkemizde alınan bu kararlara Tütün Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu gibi daha birçok kuruluş tarafından alınan kararlar doğrultusunda halk sağlığı korunmaya çalışılmaktadır.

Sigara tüketimi, yapılan araştırmalar sonucunda kanser hastalıkları içerisinde en çok akciğer kanseri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Akciğer kanseri; vücudumuzda hücrelerin kontrol dışı çoğalarak tümör oluşturmalarıdır. Akciğer kanserine yol açan faktörler arasında sigara da yer almaktadır. Çalışmamızda akciğer kanserine yol açan faktörler arasından en fazla sigaranın etkili olduğu üzerinde yoğunlaştık. Bu sebeple akciğer kanseri verileri ile ölüm oranları da göz önünde bulundurulmaktadır.

Sigara kullanımı, solunum sisteminde meydana getirdiği güçlük sonucunda KOAH hastalığı yaygınlığına rastlanıldığı ortaya konulmaktadır. Akciğerlerimize yeterli oksijen akımı olmadığından dolayı akciğer kanseri belirtileri arasında en önde öksürük gelmektedir. Akciğer kanserinde tüketilen sigara sayısı, bulunulan ortamlarda sigara tüketilmesinin de etkili olabileceği belirtilmektedir. Küresel olarak sigara kullanımına olan eğilimin artış göstermesi sebebiyle kanser vaka sayıları da artış göstermektedir. Fakat sigara kullanımına bağlı akciğer kanser riski en yüksek erkek nüfusta görülmektedir. Akciğer kanserlerinden kaynaklı ölüm sayılarındaki değişiklikler ülkelerin doğrudan ve dolaylı maliyetleri üzerinde önemli yük oluşturacak sağlık harcamaları meydana getirmektedir.

Kanser hastalıkları incelendiğinde ve diğer ülkeler karşılaştırıldığında en fazla karşılaşılan kanser türlerinden birinin akciğer kanseri olduğu belirtilmektedir. Akciğer kanseri tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi tercih edilmektedir. Gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler göz önünde bulundurulduğunda kanser tedavisinde kullanılacak olan teknolojik cihazlardan yararlanma oranının gelişmekte olan ülkelerde daha az olduğu söylenebilir. Çünkü kanser tedavileri çok maliyetli tedaviler olmasıyla birlikte ekonomide ciddi harcamalara sebep olmaktadır. Kanser sağlık harcamalarına sebep olan hastalıklardan yalnızca biridir.

Sağlık harcaması; toplumun temel sağlık ihtiyacını karşılamak için yapılan harcamadır. Sağlık harcamasının azaltılmasına yardımcı olabilecek unsurlardan biri de sigaradır. Sigara kullanımı ne kadar az seviyeye düşürülürse o kadar sigaradan kaynaklanan akciğer kanser hastalıklarını azaltabiliriz. Böylece ülke ekonomisinde önemli yer kaplayan kanser hastalıklarından birinde azalma eğilimi gözlemleyebiliriz.

Bu çalışmanın diğer bölümlerinde sigara tüketiminin akciğer kanserine yol açması ve bu hastalık sonucunda da sağlık harcaması üzerinde meydana gelen değişimler incelenecektir. Bu sebeple çalışmada sağlık harcamaları, akciğer kanseri verileri ve sigara kullanımı ele alınacaktır.

Yapılan çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde tütün ile ilgili genel kavramlardan bahsedilerek tütün ile mücadelede yapılan çalışmalar ve kanser hastalıklarıyla sigara ilişkisi, akciğer kanser belirtileri, tedavi yöntemleri, sigaranın akciğer kanserine sebep olan faktörler arasındaki yeri ve önemi incelenmiştir. Akciğer kanserinin hem ülkemizde hem de dünya üzerinde ölüm oranları incelenmiştir. İkinci bölümde ise tütün ekonomisi ve 1990'lı yıllardan günümüze tütün politikaları, AB'de tütün politikaları incelenmektedir. Üçüncü bölümde akciğer kanserinin ülke ekonomisindeki sağlık harcamaları göz önünde bulundurularak, sağlık harcamaları kamu harcamaları ilişkisi incelenmekte ve dünya ülkelerinden örnekler verilmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVEDE TÜTÜN

1.1. Tütünün Tanımı

Tütün bitkisi, patlıcangiller (solanacea) ailesi içinde yer alan *Nicotiana rustica* cinsinden tek yıllık, otsu ve çift çenekli bitkidir. Tütün bitkisinin pek çok farklı türleri olmakla birlikte bu türler farklı şekilde ve farklı amaçlarla kullanılmaktadır. Tütün ve tütün ürünleri genelde sigara, pipo, puro, çiğnemelik tütün ve nargilelik tütün olarak tüketilmektedir. Tütün en fazla sigara ürününde kullanıldığından tütün ve sigara benzer anlam taşımaktadır. Ayrıca tütün yapraklarının kokulu, yapışkan, acı ve tüylü bir yapıya sahip olduğu bilinmektedir (Güzel, 2016: 22).

Tütün bitkisinin en fazla yetiştirilen cinsi olan *Nicotiana tabacum* L. ülkemizde yetiştirilen tütün türlerinin en geniş kısmını oluşturmaktadır. *Nicotiana tabacum* L.'den sonra en fazla tüketilen türü ise *Nicotiana rustica* türüdür. *Nicotiana rustica* ülkemizde en fazla Güneydoğu ve Doğu Anadolu Bölgelerinde üretimi yapılmaktadır. Genelde *Nicotiana rustica* L.; puro, pipo, nargile, enfiye ve çiğnemelik tütün olarak kullanılan ve nikotin oranı oldukça yüksek olan tütün çeşididir. Fakat Türk tütününe kıyasla daha düşük bir kaliteye sahip olan türüdür. Uluslararası piyasalarda *Nicotiana tabacum* L. ise Türk ya da Şark tipi tütün olarak tanımlanmaktadır. Tütün önceleri pipo (kıyılmış tütün) ve nargile (tömbeki tütünü) olarak tüketilirken sigaranın ortaya çıkmasıyla daha fazla tüketilen ürün olmuştur (Taşlıgil ve Şahin, 2013: 75).

Ülkemizde üretimi yapılan tütünlerin renkleri açık sarıdan koyu kırmızıya kadar değişmekte ve yaprakların boyut özellikleri 3-4 cm ya da 30-40 cm aralığında görülmektedir. Tütün üretildiği bölgelerde toprak ve iklim şartlarının özelliklerini belirgin olarak değişiklik göstermesiyle her bölgede birbirinden farklı özelliklere ayrılan, kalite değerleri yüksek olan çeşitli menşeli tütün ürünlerinin oluşmasına neden olmuştur. Tütün ürünleri genellikle

üretildikleri yerlerin isimleri ile bilinmektedir. İç ve dış satımda ülkemizde farklı tütün türleri üretim yerlerine göre değişiklik göstermektedir (Peksüslü vd., 2012: 85).

Tütün yetiştirme şartları bakımından çok fazla seçici ürün olmamakla birlikte kurak iklimlerden nemli bölgelere kadar yetiştirilmektedir. Türkiye’de bölgeler arası mesafenin kısa olması ve iklim şartlarının çeşitlilik göstermesi ile farklı türde tütün tarımı yapılmasına olanak sağlar. Hafif eğimli arazi şartlarında daha iyi yetiştirilmesi ve gübreleme bakımından ihtiyaç duymaması ile tütünün birçok ürüne göre daha fazla tercih edilmesine neden olmuştur (Karabacak, 2017: 38).

Tütün bitkisinde önemli olan yaprağının fiziksel ve kimyasal özelliğidir. Yaprağının yapısında bulundurmuş olduğu nikotin, azot ve indirgen maddeler tütün ürünleri üretiminde önemlidir. Tütünün bulundurmuş olduğu nikotin, kökte sentezlenerek yapraklarda birikir. Aynı zamanda nikotin alışkanlık yapan ve keyif veren alkoloittir. Tütün ürünleri; genetik olarak yapısı değişsin ya da değişmesin tütün yaprağının tamamı ya da bir kısmı hammadde olarak kullanılması ile içme, buruna çekme, emme ya da çiğneme amaçlı ürünlerine tütün ürünleri ya da tütün mamulleri olarak isimlendirilmektedir. Tütün ürünleri günümüzde farklı teknolojik işlemler uygulandıktan sonra farklı ambalajlarda kullanmaya hazır hale getirilerek piyasaya sunulmaktadır (Seydioğulları, 2009: 10).

1.1.1. Tütün Tarihçesi

Tütün 16.yüzyılda Amerika’nın, Avrupalı denizci uluslar tarafından fethedilmesi ve araştırılmasıyla tütün neredeyse tüm Amerika kıtasında ve kıtanın adalarında kullanıldığını ortaya çıkarmıştır.

Tütün, pipolarla ya da purolarla tütürülüyor, buruna çekiliyor, çiğneniyor ve suyu çıkarılarak içiliyordu. Amerika da halk, tütün yapraklarını dini ayinlerde tütsü olarak kullandığı bilinmektedir. Avrupalıların tütünle ilk karşılaşmalarına bakıldığında tütün tiryakiliğinin Avrupa’da yaygın zevk haline geleceği tahmin edilemezdi. 1520-1524 yılları arasında Meksika fethinde Herman Cortes tütün bitkilerini yaktırmış ve tütün içme adetinin vahşilere göre olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda Kristof Kolomb da tütüne karşıydı. Cortes ve denizcilerin değerli madenleri ele geçirmeleri sonucu Amerika ve Avrupa arasındaki gemi trafiğinin hızlanması ile tütün içme denizciler arasında hızla yayılmaya başladı (Bluhm, 1997: 42).

Tütün Avrupa’da da yayılması ile tıp alanında da dikkat çekici bir bitki haline gelmiştir. Tütünün tıpla ilişkisi Fransız Jean Nicot sayesinde olmuştur. O dönem Fransa elçiliği görevini yapan Nicot’a arkadaşı bahçesinde yetiştirmiş olduğu tütün bitkisini göstermiş ve bu bitkide şifalı güçler olabileceğini söylemiştir (Bluhm, 1997: 45).

Nicot, tütün bitkisini yetiştirip küçük bir yarada denedikten sonra yaranın iyileşmesi sonucu gerçekten tedavi edici yönü olduğunu gördü. Daha sonra tütün bitkisinin hem yapraklarıyla hem de toz haline getirilmiş haliyle deneyler yaptı. Bu bitkiyi Fransa’ya hastalıklarını bildiği önemli kişilere reçeteleri ile birlikte gönderdi. Aynı yıl içinde Fransa kraliçesi Catherine de Medicis geçmeyen migren ağrıları için Nicottan yardım istemiştir. Nicot, tütün yapraklarını toz haline getirerek burundan çekilen bu tozu baş ağrısı ilacı olarak kullanmış ve başarılı olmuştur. Aynı zamanda melankoli, depresyon, psikolojik sıkıntılara da iyi geldiğini görmüştür. Tütünün bu sakinleştirici etkisi ve uyarıcı etkisi gerilimi hızla ortadan kaldıracaklığı belirtmiştir. Tütünü toz halinde kraliçeye göndermiş ve burnuna çekmesini söylemiştir. Kraliçe tavsiyelere uymuş ve rahatlama hissetmiş. Bu nedenle tütünün şifa etkisinin olduğunu savunur hale gelmiştir. Tütün bitkisine Jean Nicot’tan yola çıkarak Nicotiana denilmiştir. Tütünün içerdiği toksine de nikotin adı verilmiştir (Bluhm, 1997: 45).

Tütünün, Osmanlı İmparatorluğuna gelişi ve kullanışı hakkında farklı tarihler verilmesine karşın 17.yüzyılda İngilizler tarafından denizyolu ile İstanbul’a getirildiği bilinmektedir. Tütün, Avrupa’da hızlı artış gösterdiği gibi Osmanlı’da da yaygınlık göstermiştir. Dönemin din adamları tarafından tütün kullanımının haram olduğu belirtilmiş ve yasaklanması için fetva verilmiştir. Bunun üzerine IV. Murat tütün kullanımı ve ekimini engelleyecek yaptırımlar uygulamıştır. Fakat tütünün bağımlılık yapma özelliğinden dolayı insanlar kullanmaya devam etmişlerdir. Halk arasında tütün kullanımının helal ve haram tartışması çıkınca bir süre sonra tütün kullanımının helal olduğu fetvası verilmiştir. Bu fetva sonrası Osmanlı’da tütün kullanımı artışı yaşanmıştır. Osmanlı İmparatorluğunda ilk tütün ekimi yapılan yerler ise Rumeli Bölgesinde Yenice, Kırca Ali çevreleri olup zamanla Balkanlarda da tütün tüketiminde artış olmuştur (Gökdemir, 1993: 324).

Cumhuriyet döneminde gayri safi milli hasılanın büyük bölümü tarım sektöründen karşılanmaktaydı. Ayrıca çoğunluğun istihdam ve geçim kaynağını sağladığı bir sektör olması sebebiyle devlette bu sektöre yönelik destekler sunmaktaydı. Buna en güzel örnek olarak tütün tarımının geliştirilmesinin bu dönemde milli ekonomi politikaları içerisinde yer alması gösterilebilir (Borlat, 2019: 357).

1.2. Tütün Ürünleri ve Tütün İçeriği

Günümüzde tütün ve mamulleri oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu mamullerin dumanlı ve dumansız olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Aşağıda bu mamuller hakkında bilgi sunulmaktadır.

1.2.1. Dumanlı Tütün Ürünleri

Tütün ürünleri insan sağlığını olumsuz etkileyerek ölümlere yol açabilmektedir. Her yıl 8 milyondan fazla kişi tütün kullanımından ölmektedir. Tütünle ilgili olan ölümlerin birçoğu yoğun tütün endüstrisi müdahalesi ve pazarlamanın hedefindeki düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıkmaktadır (WHO, Erişim tarihi: 20.09.2020).

Tütün içmek, insan vücudundaki tüm organlara zarar verebilecek en az 70 bilinen kanserojen madde dahil olmak üzere 7000'den fazla toksik kimyasalın ölümcül karışımına maruz kalmasına sebep olmaktadır. Sigara tüketen gebe kadınlar doğuştan bozukluklar, kanser, akciğer hastalıkları ve ani ölüm riski yüksek olan bebekleri doğurduklarında tütün zararları doğumdan önce başlar. Sigaranın sebep olduğu tanımlanmış riskler içinde böbrek yetmezliği, bağırsak iskemisi, hipertansif kalp hastalıkları da bulunmaktadır. Tütün kaynaklı hastalıklar ve ölüm riski; içilen sigara sayısı ile artar, fakat tehlike az sayıdaki sigara tüketimi ile başlar. Ayrıca ikinci el ya da çevresel tütün dumanına maruz kalma kanser ve kalp hastalığının artması ile ilişkilidir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biridir ve KOAH kaynaklı ölümlerin %45'i tütün kullanımına bağlanmaktadır (tobaccoatlas.org, Erişim tarihi: 20.09.2020).

Tablo 1: Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Tütün Ürünü İçenlerin Yüzdesi

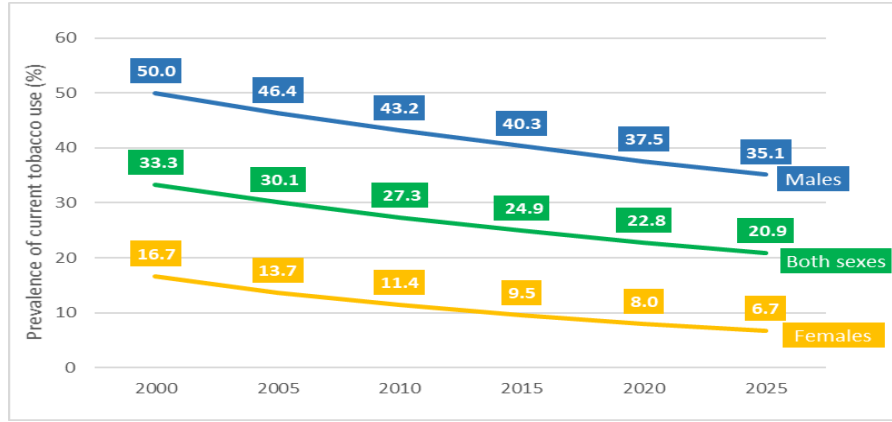
Yaş Grubu (yıl)	N	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet	
		Halen içen %	%95 GA	N	Halen içen %	%95 GA	N	Halen içen %	%95 GA
15-29	497	44,6	39,6-49,6	673	15,9	12,4-19,4	1170	30,6	27,2-33,9
30-44	652	54,0	49,3-58,6	1050	29,3	25,2-33,5	1702	41,8	38,6-45,0
45-59	642	42,4	37,4-47,4	974	22,4	17,8-27,0	1616	32,4	29,1-35,7
60-69	381	26,3	20,9-31,7	463	9,3	5,0-13,5	844	17,5	14,0-20,9
≥70	276	12,2	6,4-18,0	445	3,7	1,1-6,3	721	7,3	4,4-10,2
TOPLAM	2448	43,4	40,8-46,0	3605	19,7	17,6-21,8	6053	31,5	29,7-33,3

Kaynak: Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırmaları, 2017. Erişim tarihi: 20.09.2020.

Tütün kullanımında pipo, puro, nargile ve bidi gibi çeşitlerinin 2012 yılında yapılan çalışmada kullanım sıklığı %22'dir. Ülkeler arasında tütün içme sıklığı değişmekle birlikte erkeklerde %37 ve kadınlardan %7 oranında fazla olduğu bildirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre Türkiye nüfusunun %31,5'inin tütün ürünlerini tükettikleri görülmektedir. Tütün kullanımı (dumanlı ya da dumansız) erkeklerde (%43,4), kadınlarda ise (%19,7) toplamda erkeklerde tütün kullanımı kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu söylenebilir. Tütün tüketimi, yaş grupları arasında farklılık göstermektedir. Tüm yaş gruplarında erkeklerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaş gruplarına göre analiz yaptığımızda en tehlikeli yaş gruplarının 15-29 ve 30-44 yaş grubunda olduğu, özellikle 30-44 yaş grubunda zirve noktaya ulaştığı, 45 yaşından sonra düşüş eğiliminde olduğu görülmektedir (Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırmaları, Erişim tarihi: 20.09.2020).

Yanıcı tütün kullanımı insan sağlığı için tehlikeli ve tütün endüstrisinin düşük katranlı sigaralar ve su boruları gibi güvenli sondaj alternatifleri pazarlamak için göstermiş olduğu çaba tütüne atfedilebilir ölüm ve hastalığın %90'ından sorumludur. Bu nedenle ilk öncelik yanıcı ürünlerden uzak durmak ve tütünle ilgili zararları ortadan kaldırabilmek için onları kullanmamaktadır (tobaccoatlas.org, Erişim tarihi: 21.09.2020).

Tablo 2: Cinsiyete Göre Tütün Kullanım Yaygınlığındaki Küresel Eğilimler



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 18 Aralık 2019 yılında hazırlamış olduğu 2000-2025 yılları arasında küresel tütün içiciliği raporuna göre tütün kullanım yaygınlığı grafiği. (WHO, 2019, Erişim tarihi: 21.09.2020).

Bu tabloya göre 2000 yılında, 15 yaş üzeri erkeklerin yaklaşık yarısı tütün kullanıcısıyken 2015 yılına kadar tütün kullanan erkek oranı %40,3'e düşmüştür. 2025'te ise %35,1'e düşeceği beklenmektedir.

2000 yılında, 15 yaş üstü kadınlarda %16,7 tütün kullanımı görülürken 2015 yılında bu oran %9,5'e düşmüştür. 2025'te ise %6,7'ye düşmesi beklenmektedir. Bu düşüşün nedeni olarak eğitim seviyesinin yükselmesi, bireylerin bilinç ve farkındalıklarının artması ve ülkelerin gelişmişlik düzeyleri gibi faktörler gösterilebilir.

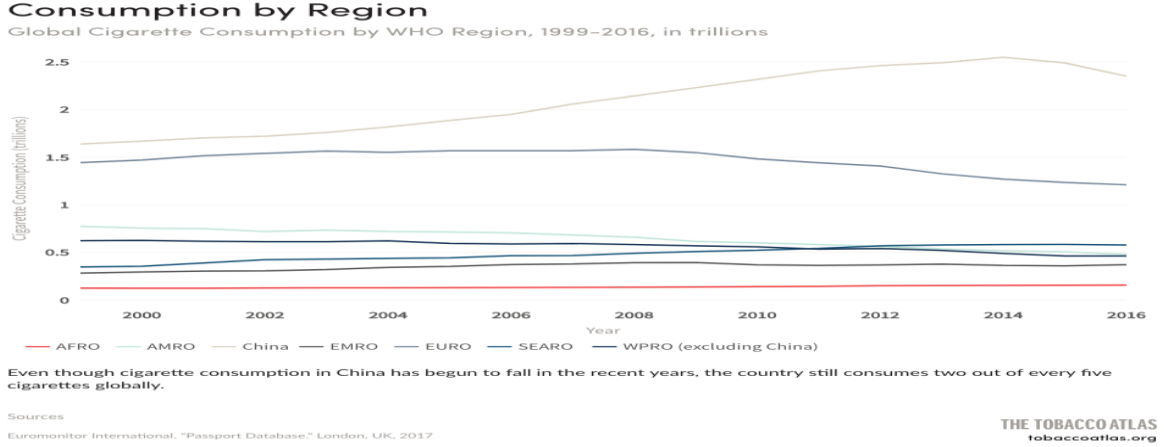
1.2.1.1. Sigara

Tütün bitkisinin ürüne dönüşmüş ve en çok kullanılan çeşitlerin başında sigara gelmektedir. Sigara kıyılmış tütünün ince kâğıda sarılarak hazırlanmasıyla silindir şeklinde bir tarafi filtreli veya filtresiz tütün mamulüdür. Dünya'da üretilen sigaralar, kullanılan tütün tiplerine ve uygulanan yöntemlere göre farklılık göstermektedir. Virginia, Amerikan blend, Şark, Dark (Fransız) ve kretek olmak üzere beş ayrı çeşidi bulunmaktadır (Şuben, 1989: 23).

2016 yılında yapılan bir araştırmaya göre dünyada 5,7 trilyon sigara tüketildiği bilinmektedir. Son yıllarda tüketim miktarında azalma görülmüş olsa da ekonomik gelişme ve nüfus artışının devamlılığı nedeniyle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artış göstermesi beklenmektedir. Sigara içme prevalansı yüksek olan bölgelerde tütün kontrol

önlemleri alınarak düşüş sağlanabilir. Örneğin, sigara vergisinden elde edilen gelirler tütün önleme ve bırakma programlarına yönelebilir (tobaccoatlas.org, Erişim tarihi: 23.09.2020).

Şekil 1: DSÖ Bölgesi tarafından Küresel Sigara Tüketimi, 1999-2016, trilyon

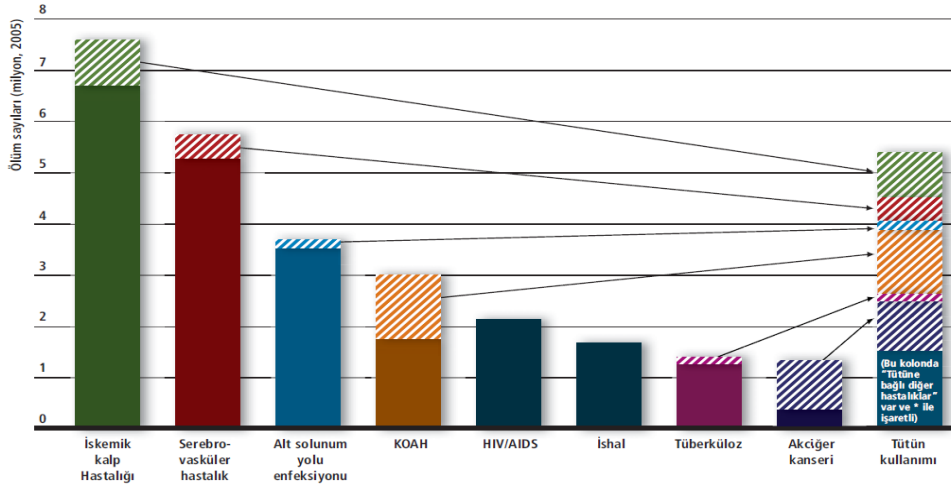


Kaynak: (tobaccoatlas.org, Erişim tarihi: 23.09.2020).

Şekil 1’de Çin’in üzerinde bulunduğu eğride 2000 yılında 1,7 trilyon sigara tüketimi görülürken, 2016 yılında 2,4 trilyon olmuştur. Avrupa (euro) bölgesinde 2000 yılında 1,5 trilyondan 2016 yılında 1,2 trilyona gerilemiştir.

Sigara, önlenabilir hastalık ve ölümlerin en önde gelen nedenlerinden birisi olduğu bilinmektedir. Şekil 2’de taralı kısımlardan da görebileceğimiz gibi en sık sekiz ölümün altısı için sigara risk faktörü olarak gösterilmektedir. Sigara tüketimi yaş, cinsiyet gibi birçok demografik faktörlerle de ilgilidir. Sigara önemli halk sağlığı sorunudur. Çünkü sigara içenlerde hayat boyu yetersiz sağlık kalitesine yol açmaktadır. Sigaradan kaynaklı fizyolojik etkilerin birçoğu klinik olarak daha sonraki dönemlerde sigara kaynaklı hastalığın etiyolojisine katkı sağlamaktadır. Sigaranın sağlık üzerindeki etkisi sigara içmeye başladıktan hemen sonra ya da kısa süre içerisinde görülebilmektedir.

Şekil 2: Tütün Kullanımına Bağlı Ölüm Oranları



Kaynak: DSÖ Küresel Tütün Salgın Raporu, 2008.

1.2.1.2. Puro

Parçalanmış veya yaprak şeklindeki puroluk, sigaralık tütünlerin elde ya da makineyle sarılmasıyla oluşturulan 3 gram ya da 3 gramın üzerinde ağırlığa sahip olan tütün mamulü çeşididir. Genelde üç kısımdan oluşan el ve makineli üretimi yapılan purolar, boy ve şekillerine göre farklı isimler almaktadır (tütüneksper.org, Erişim tarihi: 25.09.2020).

1.2.1.3. Pipo

Ucunda yakılacak olan tütünün yerleştirilebileceği lüle bölümü olan, lüle taşından kiraz ve ya gül ağacından yapılan kısa, çubuk şeklindeki tütün içme aracıdır (tütüneksper.org, Erişim tarihi: 25.09.2020).

Ağızlık denilen kısmı 'Balsa' ağacından yapılan ahşap ve karton kılıflı aktif karbon bulunduran filtreler içerir. Soslandırmak için meyan kökü, keçiboynuzu, incir özü, bal gibi ürünler kullanılabilir. Pipo kullananlarda oral kavite, akciğer kanseri, farinks ve larinks kanseri riski artmaktadır (Taşdemir, 2016: 30).

1.2.1.4. Nargile

Nargile, yöresel olarak Asya topraklarına ait olan tütün içme aracıdır. Nargile'nin bulunma yeri Hindistan olup buradan İran ve Araplar arasında dağılma göstermiştir. 16.yüzyılda Osmanlı hanedanının da doğu bölgesinin kültüründen etkilenmesi sonucu ortaya çıkan bir kültür mirasıdır. Tarihe giden bilgilere bakıldığında nargilenin ilk kullanımı bir hekimin buluşuyla tütün tüketiminin daha az zararlı yöntemi olması nedeniyle Hindistan'da gelişmesi sağlanmıştır. Son yıllarda kullanımının artış göstermesiyle nargile; köz ve ya odun kömürü ile tütünün yerleştirilerek yakıldığı çukur hazne (lale), bir kısmı su ile dolu sürahi veya duman haznesi boru halindeki hat üzerinden lüle ile hazneyi birbirine bağlayan suyu üstlenen uzun gövde dumanın hazneden çekilmesini sağlayan ve uç kısmında ağızlığın (sipsi, imame) olduğu hortumdan bir araya gelmektedir (Sarılı, 2019: 105).

Yapılan bir çalışmada Lübnan'da yetişkinlerde %14,6 ve hamile kadınlarda ise yaklaşık %25 oranları bildirilmiştir. Ayrıca nikotin içeriği göz önüne alınırsa nargilenin büyük bir bağımlılık etkisi yaratması beklenir. Gerçekten de son zamanlarda yetişkin nargile içenlerde tütün bağımlılığı bildirilmiştir (Knishkoway ve Amitai, 2005: 113).

1.2.1.5. Kretek

Endonezya'ya özgü tahmini %15-40 kıyılmış kuru karanfil ve %60-85 civarında tütünün harmanlanması ile elde edilen üründür. Normal sigaraya benzer ve filtreli, filtresiz çeşitleri mevcuttur. İsmini içinde yanan tütünün çıkardığı sestene almaktadır. İçinde yoğun karanfil tadı ve kokusunun yanında özel sosu da vardır. Endonezya'daki sigara piyasasının %93'lük oranını kaplamakta ve ilk sırada yer almaktadır (Taşdemir, 2016: 27).

1.2.1.6. Bidi

Bidi, Hindistan ve Güneydoğu Asya ülkelerinden olmak üzere Amerika Birleşik Devletlerine ithal edilen küçük ve elle inceltilmiş sigaralardır. Asya'ya özgü bitkiler olan tendu ve temburni yaprağına sarılmış tütün bulundurulur. Bu tütün ürününün aromalı ya da aromasız çeşitleri de bulunmaktadır. Yanıcı bir tütün çeşididir. Bidinin dumanı üç ile beş kat nikotin içermektedir ve kullananlarda nikotin bağımlılığı tehdidi taşımaktadır. Kansere hastalıkları riski yanında koroner kalp hastalığı ve akut miyokart enfarktüsü riski de taşımaktadır (CDC, 2015).

1.2.1.7. E-Sigara

E-sigaralar, nikotin içeren sıvıyı aroma maddesi ve aerosol yapımına yardımcı olan diğer bileşenleri ısıtarak aerosol üretimi gerçekleştiren, geleneksel sigara boyutlarına benzeyecek şekilde tasarlanmış tütün ürünlerindendir. E-sigaralar birçok değişik isimlerle de bilinir. Bazen e-nargile, mods, vape kalemler, vapes, tank sistemleri, elektronik nikotin dağıtım sistemleri (ENDS) denir. E-sigara kullanımına bazen vaping de denir. E -sigaralar esrar ve diğer ilaçları vermek içinde tercih edilmektedir. E-sigara kullanıcılarının cihazdan inhale ettikten sonra vücutlarına bazı zararlı maddeleri e-sigara aerosolü ile almaktadırlar. E-sigaralar normal sigaradan daha az zararlı olduğu ancak bunun daha güvenli olduğu anlamına gelmemektedir. Çünkü e-sigara aerosolünde bulunan potansiyel zararlı maddeler nikotin, uçucu organik bileşikler, kansere neden olan kimyasallar, nikel kalay gibi ağır metaller olduğu bilinmektedir (CDC, 2016).

Genel olarak e-sigaralar konsantre aromalar ve isteğe bağlı değişkenlik gösteren nikotin yüzdesi ile karıştırılmış propilen glikol (PG) ve gliserol gibi bileşenlerden oluşmaktadır. E-sigara sıvılarında ve aerosollerde bulunan maddeler içinde nikotin, çözücü taşıyıcılar (PG ve gliserol), tütüne özgü nitrozaminler (TSNA) aldehitler, metaller, uçucu organik bileşikler vb. aroma maddeler yer almaktadır. E- sigaralar yanıcı tütün sigara dumanını simüle eden aerosoller üretmek için e-sıvılardaki çözücü taşıyıcılar olarak nemlendiricilerden yararlanırlar. Bu nemlendiricilerin yanında su, e-sıvıların ortak bileşenidir. E-sigara kullananlar tarafından bildirilen en yaygın semptom, PG ve gliserolün su emici özelliğinden ortaya çıktığı düşünülen ağız kuruluğudur (Eaton vd., 2018: 155).

Ticari olarak e-sigara Çinli eczacı Hon Lik tarafından icad edilmiştir. Bu cihazı babasını akciğer kanserinden kaybetmesi sonucu icat ettiğini belirtmiştir. Cihaz 2016 yılında Avrupa'ya tanıtılmıştır. Ultrasonik teknolojiyle nikotin solüsyonunu buharlaştıran türü üretilerek günümüzde kullanılan halini almıştır (CASAA, 2015). E-sigaraların yanıcı sigaralardan daha az zararlı olduğu inancının sigarayı bırakma girişimi sırasında sigarayı azaltmada bağlantılı olduğu belirtilmiştir. E-sigaraları daha az zararlı olarak algılayan normal sigara tüketicilerinin e-sigaraya geçme olasılığı daha yüksektir. Bu sebeple e-sigara riski yanlış algılanması sigara kullananlar içinde tamamen nikotini bırakmak istemeyenlerin e-sigara kullanmaya başlamasını engelleyebilir (Gravely vd., 2020: 1832).

2149 Sayılı ‘Elektronik Sigara ve Benzeri Cihazlar ile Bazı Tütün Mamulleri ve Tütün Mamulünü Taklit Eder Tarzda Kullanılan Mamullerin İthaline ilişkin Cumhurbaşkanı

Kararı' 25.02.2020 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu düzenlemeye göre elektronik sigara ve elektronik nargile ürünlerinin tüketiminde kullanılan elektronik cihazlar, yedek parçalar, solüsyonların ithalatı yasaklanmıştır. Ülkemize yasal olarak e-sigara ve ısıtılmış tütün ürünlerinin satışı mümkün değildir. Ancak ülkemize girişi kaçak yollarla olmaktadır (toraks.org, Erişim tarihi: 1.10.2020).

1.2.1.8. Isıtmalı Tütün Ürünleri

E-sigaraya benzeyen ve içeriğinde tütün bulunduran yeni sunulan tütün ürünlerindendir. Bu ürün tütünü 300 dereceye kadar ısıtmaktadır. Sigara da bu derece 700'lere kadar çıkabilmektedir. Aradaki sıcaklık farkını tütün endüstrisi zarar azaltımı olarak değerlendirmektedir. Tütün yanmadan ısıtıldığında aroma ve nikotin yayar ve ani nikotin artışına sebep olur (Koç ve Aslan, 2016: 10).

E-sigara; nikotin, propilen glikol ve diğer bileşenleri de içinde bulundurduğu için e-sıvı ile beraber kullanılmaktadır. Cihaz tüketicinin inhale etmiş olduğu aerosolü çıkarabilmek için e-sıvıyı ısıtan elektrikli bir ısı kaynağı yapısında mevcuttur. Yanmamış (ısıtılan) sigaralar, yanmış olarak kullanılan sigaranın vermiş olduğu zararı azaltmada etkin olarak tercih edilebilir. Fakat yanmış ya da yanmamış sigaralar nikotin ve diğer zararlı kimyasal maddeleri içerisinde bulundurmuş olduğu için nikotin bağımlılığına ve diğer sağlığa zararlı olabilecek hastalıklara yol açabilir (Koç ve Aslan, 2016: 10).

Tütün doğal olarak toksik olduğu ve doğal formunda bile kanserojen içerdiği Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından belirtilmiştir. Tütün endüstrisi ve halk sağlığı arasındaki meydana gelebilecek olan çatışmayı önlemek amacıyla tütün kontrol politikalarının oluşturulmasının halk sağlığı açısından yararlı olabileceğini bildirilmiştir (DSÖ, 2019, Erişim tarihi: 1.10.2020).

1.2.2. Dumansız Tütün Ürünleri

Dumansız tütün ürünleri dumanlı tütün kullanımından daha az zararlı olmasına rağmen bu ürünlerde nikotin ve sağlığı olumsuz etkileyen özelliğinden dolayı sürekli kontrol altında bulundurulmaktadır. Günümüzde kırktan fazla çeşidi olduğu bilinen dumansız tütün ürünlerinin büyük bir kısmı Güney Asya'da yaşayan ve dünya çapında 300 milyondan fazla kişi tarafından ağız ve burundan alınarak tüketilmektedir. Dumansız tütün ürünlerinin

hazırlanmasında bakteriler ve tütün yaprakları arasında meydana gelen kimyasal reaksiyonlar yanıcı tütün tüketen kişilerde görülen ölümcül kimyasal maddelerin dumansız tütündeki konsantrasyonu etkileyen kimyasal yapıyı oluşturur (tobaccoatlas.org, Erişim tarihi: 10.12.2020).

Dumansız tütün ürünleri tütün zararını azaltmak, negatif etkiyi minimize etmek inancıyla kullanılmaktadır. Ancak dumansız tütün ürünleri de nikotin kaynağı olduğu bilinmektedir. Amerikan Bilim ve Sağlık Konseyi dumansız tütün ürünlerinin tütünün sebep olduğu hastalıkları ortadan kaldırmak için hem bilimsel hem de tıbbi bir dayanak oluşturduğuna inanmaktadır (Rodu ve Godshall, 2006: 13).

Son dönemlerde dumansız tütün ürünleri başlığı altında zarar azaltma başlığı literatürde yerini almaktadır. Hatta bu ürünler sigarayı bırakmada bir seçenek olarak görülmektedir. Zarar azaltma, sigara içmeye bağlı ortaya çıkan hastalıkları ve sigaranın mortalite ve morbiditeyi azaltmak için başvurulmuş ara geçiş önlemi niteliği taşımaktadır. Dumansız tütün ürünleri Amerika ve Kuzey Avrupa ülkeleri, Orta Doğu ülkeleri, Hindistan olmak üzere birçok ülkede ağız ve burundan kullanılan ürünler halinde bulunmaktadır. Ülkemizde yer alan Maraş otu olarak bilinen çiğneme tütünü bu ürünlere örnek oluşturmaktadır.

Amerika ve İsveç çıkışlı olduğu bilinen bu ürünler her ülkede yer almadığından tüketim oranları sigaraya göre daha az olduğu bilinmektedir. Örneğin Amerika'da 1991 yılında yapılmış olan bir çalışmada erkeklerde dumansız tütün ürünleri kullanma oranı %5,6 iken kadınlarda bu oranın %0,6 iken 2000 yılında yapılan bir çalışmada da erkekte %4,4 kadında ise %0,3'e düştüğü belirlenmiştir. ABD Bilim Akademisi Tıp Enstitüsünün 2001 raporunda bu ürünlerin daha az zararlı olduğunu kanıtlayan yeterli kaynağın olmadığını belirtmiştir (Mchenry vd., 2020: 93).

Dumansız tütün ürünlerinde tütün haricinde şeker, su, sodyum klorid, amonyum klorid, mentol, likör, parafin yağı, gliserol gibi katkı maddelerinin katılarak tatlandırılma işlemleri yapıldığı bilinmektedir. Dumansız tütün ürünlerinin yaygınlaşma çalışmaları 2000'li yıllarda artış yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu çalışma üzerine Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık otoritelerinin bu konuya olan hassasiyetlerini artırabilmek için 2004 yılında 31 Mayıs gününü Tütünsüz Dünya Günü ilan etmiştir. Sloganı ise 'Tütün ürünlerinin tümü öldürür, kılığına aldanmayın' cümlesi olmuştur (Öztuna vd., 2014: 136).

1.2.2.1. Ağızdan Alınan Dumansız Tütün Ürünleri

Bu kısımda ağızdan alınan dumansız tütün ürünleri hakkında kısa bilgiler verilmektedir.

1.2.2.1.1. Çiğnemelik Tütün

Çiğneme tütünü, dumansız tütün tüketiminin en fazla kullanılan pipo tütünlerinden yapılan ve özel işçilik gerektiren kıyıldıktan sonra tatlılaştırılarak tütün yaprağının üst dudak ile diş eti arasına alınarak dişlerle çiğnenerek fazla su ve tükürüğün dışarı atılmasıyla kullanılan tütün ürünüdür. Daha çok Amerika Birleşik Devletlerinde yaygındır. Daha çok denizci ve madencilerin tükettiği bir üründür (wikipedia, Erişim tarihi: 1.10.2020).

1.2.2.1.2. Snus

Swedish Match tarafından üretilen İsveçli snus nemli ve yarı nemli bölgelerde yetiştirilmektedir. Hava ile temas eden tütünler su, tuz ve tatlandırıcı ile yapılır. Bu ürün genelde üst dudağın arkasına, gevşek öğütülmüş tütün olarak yerleştirilen ya da küçük çay poşetleri gibi poşetlerde yer alan nemli, öğütülmüş oral tütün ürünüdür. Bu ürünün satışı İsveç dışında 1992'den beri yasaklandığı için Avrupa Birliği ülkelerinde satışı görülmemektedir. Tüm tütün ürünleri gibi snus da nikotin içerir. Fakat snusun sağlığa zararını en aza indirmek için içindeki hammaddeler dikkatle seçilmektedir (Lie vd., 2016: 193).

İsveç, WHO'nun sigara içmeyi azaltma hedefine ulaşan tek ülkedir. Avrupa'daki en etkili sigara karşıtı politikalara sahiptir (WHO, 2014).

Snus'a maruz kalma süresi sigara içmeye maruz kalınan süreden daha fazladır. Bu nedenle ortalama 60-70 dakikalık sürede iki kat daha fazla nikotin verdiği bilinmektedir. Bu ürün tütün, su, sodyum klorür, sodyum karbonat, nemlendiriciler ve aroma maddeleri oluşturur ve bu maddeler gastroözofageal reflü hastalığına neden olduğu bilinmektedir (Lie vd., 2016: 193).

1.2.2.1.3. Maraş Otu

Dumansız tütün ürünü olan maraş otu diğer tütün ürünleri gibi insan sağlığına zarar vermektedir. Bireylerin bu ürünü tercih etmelerinin sebeplerinden biri de fiyatlarının ucuz

olmasıdır. Maraş otuna devlet tarafından denetimin sıkı ve düzenli bir şekilde yapılması gerekir. Çünkü fiyatların ucuz olması çocuklarında çok rahat bir şekilde ulaşabilmesine yol açabilmektedir.

Kahramanmaraş'ta yapılan çalışmalar incelendiğinde öğrencilerin yaygın bir şekilde maraş otu tükettiği görülmüştür. Kapalı alanlarda sigaranın yasaklanması nedeniyle maraş otu dumansız olması düşünülerek rahat şekilde tüketimi yapılabileceği düşünülebilir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çalışmada erkek öğrencilerin dumansız tütün ürünlerinin zararlı olmadığına inandıklarını göstermiştir. İsviçre 'de maraş otu ile benzerlik gösteren snusun da sigaraya göre daha az zararlı olduğu düşünülerek snus tüketimi arttığı belirtilmiştir. Sigaranın da diğer tütün ürünlerinin de insan sağlığına verdiği zarar bilinmektedir. Bu nedenle sigara ve tütün ürünleri birçok farklı boyutta ele alınmaya çalışılmıştır (Akbaş ve Kafas, 2017: 276).

1.2.2.1.4. Eriyebilen Tütün Ürünleri

Eriyebilen tütün ürünleri yavaş şekilde ağızda çözünür. Pastiller, çubuk, şerit, küre şeklindeki ürünler şeker benzeri aromalıdır (Koç ve Aslan, 2016: 10).

1.2.2.2. Burundan Alınan Dumansız Tütün Ürünleri

Burundan alınan dumansız tütün ürünlerinden snuff, enfiyelik tütün ve nikotin içeren preparatlar hakkında aşağıda bilgi verilecektir.

1.2.2.2.1.Snuff

İnce kesilmiş ya da toz halindeki tütündür. Her ne kadar ağızdan ve burundan alınan tütün ürünleri olarak ayırım gözetilse de bu ürünler de insan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Kullanım şeklindeki farklılık bile olumsuzlukların ortaya çıkmasında etkili olabilir.

1.2.2.2.2. Enfiyelik Tütün

Toz haline getirilerek burun deliklerine çekilerek kullanılan nefes yoluyla etki yapan tütün ürünüdür. Tütünün bu şekilde tüketilmesi IV.Murat zamanında tütün yasaklandığında kullanımında artış görülmüştür. Burundan enfiye çekme sigaranın daha fazla tercih edilmesi

nedeniyle gerilemiş olsa da piyasada 250'yi aşkın enfiye çeşidi yer almaktadır (Taşdemir, 2016: 28).

Yüksek nikotin içeren aynı zamanda içerisinde karanfil, bergamot, tarçın ve karbonatın karıştırılması ile burna çekilerek tüketilen tütün ürünüdür. El başparmak ve el bileği arasında yer alan enfiye çukuruna konarak alındığı için bu ismi almıştır (Taşdemir, 2016: 28).

1.2.2.2.3. Nikotin İçeren Preparatlar

Nikotin replasman tedavisinde yararlanılan preparatlar dumansız tütün ürünleri çeşitlerindendir. Bunlar nikotin suyu, nikotin sakız, inhaler nikotin, nikotin burun spreyi, nikotin tabletleri, nikotin bandı ve nikotin aşısı vd...(Taşdemir, 2016: 29).

1.3. Tütün Ürünleri Kullanımını Etkileyen Sebepler

Tütün ürünlerine yönelim her birey tarafından farklılık gösterebilir. Örneğin bir öğrencinin okul başarısızlığı ya da aile bireyleriyle anlaşmazlığı, yetişkin bir bireyin iş hayatında karşılaşmış olduğu problemler ve stresli durumlarda tütün ürünlerine olan talep ve eğilimin fazla olduğunu ifade edebiliriz.

1.3.1. Adölesan Dönem

Ergenlik dönemi fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik gelişimlerin devam ettiği bir dönem olması sebebiyle hem birey hem de toplumda büyük önem taşımaktadır. Bireyin sigara, alkol ve diğer maddelerle tanışması daha çok çocukluk çağı sonu ya da ergenlik döneminde olmaktadır. Okul çağlarındaki çocuklarda sigara kullanımının sosyal öğrenmeden doğrudan etkilendiği belirtilmektedir. Okul başarısızlıkları, olumsuz sosyoekonomik durumlar, sevgisizlik ve yalnızlık duygusu, düşük benlik saygısı gibi sosyal psikolojik etmenlerin çocukların erken dönemde sigaraya başlamalarına neden olduğu belirtilmektedir (Duru Alp ve Çiçekoglu, 2013: 29).

1.3.2. Sosyal Destek ve Yalnızlık

Toplumda bireyler için sosyal ilişkiler oldukça önemlidir. Bütün insanlar hayatlarında başka kimselerle ilişki kurma ve etkileşim içinde olmaya gereksinim duyarlar. Sosyal ilişki yoksunluğu bireyleri yalnızlığa ve diğer sorunlara yol açmaktadır. Günümüzde bireyler

arasındaki ilişkiler farklı sebeplerden dolayı bozulabilmektedir. Bu sebeple bireyler kendilerini yalnız hissetmekte olup sigara, alkol gibi madde tüketimine yönelebilmektedirler.

Sosyal destek; bireyin gereksinim duyduğunda çevresinden elde edebileceği duygusal, sosyal, bilgisel ve araçsal yardımları içermektedir. Sosyal destek kaynakları, bireyin yaşamında önemli bir yere sahip olan anne, baba, eş, arkadaşlar, akrabalar gibi kimseleri ifade etmektedir. Bu kaynakların bireye çeşitli yardım sağladığı ve üzerinde en fazla durulan maddi, zihinsel, duygusal destekler olduğu bilinmektedir. Ayrıca sosyal destek, sosyal gereksinimleri de karşılar, fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu şekilde etkilemektedir (Baran vd., 2014: 9).

Yalnızlık duygusu, bireylerin yaşamlarının her döneminde görülebilen bir duygu olmakla beraber ergenlikte daha fazla görülmektedir. Bireylerin çevrelerinde samimi, içten ve güvende olacakları sosyal grubun desteğine ihtiyaç duyduklarında bu ihtiyacı karşılayabilecek bireylere ya da başkaları ile sosyal ilişki kurabilecek olgunluk gösteremiyorlarsa yalnızlık hissedebilmektedirler. Yetiştirme yurtlarında yapılan çalışmalar incelendiğinde; yurttan yaşayan gençlerin bedensel, toplumsal ve psikolojik gelişim ve gelecek beklentileri ile ilgili sorunları daha fazla yaşadıkları, benlik saygısının daha düşük, depresyon, umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olması sonucunda daha fazla sigara, alkol, madde kullanımı eğiliminde oldukları belirtilmiştir (Duru Alp ve Çiçeköğlu, 2013: 29).

Gençlerin bir kısmı bu yalnızlık duygusunu bastırabilmek ve sosyal destek sağlayabilmek için sigara, alkol gibi maddelerin kullanımına yönelmektedirler. Bireyin yalnızlık duygusunu giderebilecek ve sosyal destek sağlayabilecek etkenler incelenmektedir.

1.3.3. Aile Etkisi

Bireylerin sigara gibi ürünleri kullanmaya başlamalarındaki temel faktörlerden biride ailesel etkenlerdir. Ailenin davranış biçimi ve aile içi ilişkilerde gençler hayatlarının ilk dönemlerini aile içinde sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimlerini tamamlamaktadırlar. Bu gelişimi sorunsuz tamamlayabilmeleri için aile ortamının huzurlu ve mutlu olması çok önemlidir. Aksi durumda bireyler duygusal ihtiyaçlarını karşılayamazlar.

Aile ve genç arasındaki ilişkinin sağlıklı olması bireyin sağlıklı gelişimini sağlamaktadır. Aile içi çatışmalar, aile bağlarının zayıf olması, ailedeki şiddet, ailenin tutumu gibi faktörler

sigara tüketimine zemin hazırlamaktadır. Yapılan çalışmalarda sigara deneyen bireylerin birçoğunda ailede birlik ve duygusal olarak bağlardaki zayıflık dikkat çekmektedir (Kolay Akfert vd., 2009: 40).

Sigara deneyen gençlerin aile yapısında baskıcı tutum daha fazla olduğu bulunmuştur. Anne babanın kendi isteklerini kabul ettirebilmek için yaptıkları baskı, gencin sözel ve fiziksel istismarı madde kullanım riskini arttıran etkenlerdir. Ayrıca sigara içme davranışında da anne ve babanın tutumu otoriter olmaya başladıkça bireylerin sigara içme oranlarında yükselme saptanmıştır (Pazarcıkcı ve Altıntoprak, 2020: 190).

1.3.4. Arkadaşlık Etkisi

Uzun süre sigara içen arkadaşlarla ilişki, ergen sigara içimi için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Ergenlerin davranışlarındaki benzerlikler genellikle akran sosyalleşmesine ve etkilenmesine atfedilmektedir. İskoç gençlik çalışmasında sosyal ilişki ve sigara incelenmiştir. Bu analizde kızların bir gruba dahil olma isteği ile ilişkilendirilmiştir. Popüler olan kızlar bu imajı korumak diğerleri de popüler olmak için sigara kullanımına başladıkları belirtilmiştir (Ennett vd., 2008: 88).

Topluma göre sigara; stres azaltıcı, dalgınlığa iyi gelen madde olarak öngörüldüğünden özellikle gençler kendilerini iyi hissetmediklerinde çareyi sigarada ararlar. Daha da kötüsü sigaranın kendisine çözüm olduğunu belirtmektedirler (Işıktaş vd., 2019: 102).

Ergenler, kendilerini rahat hissedebilecekleri arkadaş grupları içerisine yer almaya dikkat ederler. Ergenlerin bu grupta kendi benliklerini ön plana çıkarmak ve arkadaşları arasında saygı görmek için zamanla onların davranışlarında etkilenirler. Ayrıca arkadaşlarının sigaraya karşı olan tutumlarından da etkilenmektedirler.

Sigara kullanımı yeni arkadaşlıklar ve ilişkiler geliştirmektedir. Arkadaşlarının riskli davranışları ile ergen kendi davranışlarını da değiştirerek sağlığını tehlikeye atmaktadır. Ergenlerin sigara içme davranışlarının önemli sağlık problemlerine sebep olabileceği belirtilmelidir. Gençlerin bu tehlikeli davranışları en aza indirilmeli ve bunun için gerekli eğitimler daha erken dönemde verilmeye başlanmalıdır. Ayrıca aile ve çocukta sigara kullanımının azaltılması ve sağlığa zararları konusunda eğitilmelidir.

1.3.5. Sosyoekonomik Durum Etkisi

Sigara içme prevalansı değişiminde ülkeler, bölgeler ve toplumlar arasında çeşitli farklılıklar bulunmaktadır. Çok sayıda çalışma sosyoekonomik farklılıklarla, sigara kullanma oranı ve kullanılan sigara miktarı arasında güçlü bir benzerlik olduğunu ortaya koymuştur. Düşük sosyoekonomik grupta yer alan bireylerde, sigara kullanma oranı ve tüketilen sigara miktarının daha yüksek olmasının yanı sıra neden olduğu kanser ve diğer hastalıklardan dolayı daha fazla ölüm oranına rastlanıldığı belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerine ulaşmadaki eşitsizlikler dikkate alındığında, sosyoekonomik grupta yer alan bireylerin sigara kullanmasının diğer sosyoekonomik gruplara göre sigaranın öldürücü etkisini arttırdığı belirtilmektedir (Çalışkan, 2015: 23).

Gelişmiş ülkelerde sigara tüketimi kentleşme, gelir artışı gibi refah seviyesinin yükselmesine bağlı olarak azalmaktadır. Fakat gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimi artmaktadır. Şehirleşme, insanların sosyal ve kültürel açıdan değişmelerine sebep olmaktadır. Bu sebeple yapılan çalışmalarda kentleşme, sigara talebinin azalmasında önemli derecede etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca sigara tüketimi ve şehirleşme oranı arasında negatif ilişkili olduğu saptanmıştır (Dikmen, 2005: 10).

Helsinki şehrinde istihdam edilen orta yaşlı kadın ve erkekler arasında yapılan çalışmalarda düşük eğitim ve düşük gelire sahip olan bireylerde sigara kullanımı daha yaygın görülmektedir. Ekonomik güçlük ve ekonomik memnuniyetsizlik yaşayan bireylerde de sigara kullanımı daha fazla görülmektedir. Sigara kullanımındaki sosyoekonomik farklılıklar çeşitli unsurlarla ileri sürülmektedir. Bu faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir ve bu unsurlar sosyoekonomik durumu ölçmek için kullanılmaktadır (Laaksonen vd., 2005: 262).

- Olumsuz sosyal konum
- Kötü maddi koşullar
- Bilgi eksikliği
- Kıt malzeme kaynakları,
- Psikososyal stres

gibi unsurlar sosyoekonomik konumu ölçmek için kullanılan göstergelerin sigara tüketimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

1.3.6. Yaş ve Cinsiyet Etkisi

Sigara tüketimi sıklıkla genç yaşlarda başlar ve alışkanlık haline dönüşerek devam eder. Sigara tüketen bireylerin yaklaşık %80'i 18 yaşından önce başlamaktadır. Sigaraya erken yaşta başlayan birey sigara tiryakiliği açısından büyük risk barındırmaktadır. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı Araştırmasının (SAMAY) Türkiye verilerinde 6.sınıf öğrencilerin sigara içme sıklığı %4,3 iken lise öğrencilerinde %23 olarak bulunmuştur. Sigarayı erken yaşlarda içmek yetişkin yaşlarda sigara içiciliğinin güçlü belirleyicisidir. Bu sebeple öğrencilerin sigara ile tanışma yaşı büyük önem taşımaktadır. Daha önce bahsettiğimiz gibi 15-44 yaş arası erkeklerde kadınlardan iki kat fazla sigara tüketimine rastlanmaktadır (Pazarcıkcı ve Altıntoprak, 2020: 190).

1.4. Tütün Ürünleri (Sigara) Kanseri İlişkisi

Kanser, bu terim tıbbın babası olarak bilinen Hipokrat (MÖ 460-370) tarafından oluşturulmuştur. Kanser, dünyada ölüm nedeni olarak ikinci sırada gelmektedir. 2018 yılında tahmini 9,6 milyon ölümün nedeni olarak gösterilmektedir. Kanser, trilyonlarca hücreden meydana gelip vücudumuzun her yerinde görülebilir. Kanser, hücrelerin kontrolsüz şekilde bölünmesi ve çevre dokulara yayılmasıyla ortaya çıkan hastalıktır. Hücrelerin nasıl büyüdükleri ve bölündüklerini kontrol eden genlerde meydana gelen değişimden kaynaklanmaktadır. DNA'da meydana getirdiği değişiklikler nedeniyle genetik bir hastalıktır (National Cancer Institute, Erişim tarihi: 5.01.2021).

Kanser hem Türkiye'de hem de dünyada önemli halk sağlığı sorunu ve ölüm sebeplerinden biridir. Nüfusun büyümesi ve yaşlanması, hareketsiz yaşam tarzımız, tütün tüketimi, yüksek vücut kitle indeksi kanser tehlikesini arttırmaktadır. Kansere bağlı ölümlerin birçoğu solunum ve sindirim sistemlerinden kaynaklanmaktadır (Doğan vd., 2020: 52).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya genelinde 8 milyon insan sigara sebebiyle hayatını kaybetmektedir. 8 milyon insanın 1,2 milyonu pasif içicilikten, diğerleri ise doğrudan sigara tüketiminden yaşamını kaybetmektedir (WHO, Erişim tarihi: 5.01.2021).

Dünyada erken ölüm sebepleri arasında gösterilen sigara, önlenabilir faktörler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Sigara kullanan bireylerde görülen hastalıkların çoğu sigaraya bağlı gelişme göstermekte ve ölümle sonuçlanmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'na

(IARC) göre sigara dumanında bulunan 4000'den fazla zararlı kimyasal maddenin 70 tanesinin kanserojen madde olması nedeniyle, kanser hastalığının önde gelmesi ve diğer birçok hastalığa yol açmaktadır. Bütün kanser hastalıklarının üçte birinde sigaranın payı olduğu ortaya konmakla birlikte bu kanserler arasında da ilk sırada akciğer kanseri geldiği belirtilmiştir (Kutlu vd., 2014: 82).

Dünya’da ve Türkiye’de kanser hastalığının önde gelen türleri değişkenlik göstermektedir. Örneğin Türkiye’de kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı %10,6 ile kadınlarda birinci sırada gelirken, erkeklerde akciğer kanseri görülme sıklığı %16,5 olarak birinci sırada gelmektedir (WHO, Erişim tarihi: 5.01.2021).

Tablo 3: En Sık Görülen Beş Kanser Türü, WHO.

DÜNYA		TÜRKİYE	
KADIN	ERKEK	KADIN	ERKEK
MEME	AKCİĞER	MEME	AKCİĞER
KOLON	PROSTAT	TİROİD	PROSTAT
AKCİĞER	KOLON	KOLON	KOLON
RAHİM AĞZI	MİDE	RAHİM AĞZI	MESANE
TİROİD	KARACİĞER	AKCİĞER	MİDE

Kaynak: <https://www.dogrulukpayi.com/bulten/turkiye-de-ve-dunyada-kanser-vakalari>
Erişim tarihi: 5.01.2021).

Tablo 3’te görülebileceği gibi Türkiye’de akciğer, prostat, kolorektal, mide, karaciğer erkeklerde en sık rastlanan kanser çeşitleri iken kadınlarda da meme, kolorektal, akciğer yaygın olarak rastlanan kanser türleridir. Ülkemizde her yıl 160.000 kişiye kanser teşhisi konulmaktadır. Bu sebeple kanserin en önemli faktörleri arasında yer alan sigara kullanımından uzaklaştıracak uygulamalar daha sıkı bir şekilde faaliyet göstermelidir.

Vücutta görülen tümörlerin bir kısmı iyi (benign), bir kısmı ise kötü (malign) huylu olabilir. İyi huylu kanser değildir. Kötü huylular kanser olarak adlandırılmaktadır. Kötü huylu tümörlerin kontrolsüz, düzensiz yayılması ile dokuların içine sızabilir ve sıkıştırabilirler.

Kanserin bu şekilde yayılmasına da metastaz adı verilmektedir (hsgm.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 10.01.2021).

Bilinen kanser türleri 100'den fazla olması ve hepsinin bulunduğu yere göre isim alması ile farklı yöntemler, tedaviler tercih edilmektedir. Kanser tedavisinde uygulanan yöntemler; kemoterapi, cerrahi, radyasyon bilinmektedir. En iyi sonucu alabilmek için iki veya daha fazla yöntem uygulanmaktadır.

DSÖ (Dünya Sağlık  rg t ) verilerine göre 2018 yılında kanser nedeniyle yaşamını kaybeden 9,6 milyon olduğu bilinmektedir. Dünya'da 6 ölümden 1'i kansere bağlı gerçekleşmektedir. DSÖ, 2040 yılına kadar vakaların üçte ikisinin gelişmekte olan ülkelerde olacağını belirtmektedir (WHO, Erişim tarihi: 10.01.2021).

Dünya Sağlık  rg t  verilerine göre dünya genelinde yeni vaka artışları 2018 yılında 18 milyon 78 bin 957 iken, 2040 yılında 29 milyon 532 bin 944 olacağı tahmin edilmektedir. Verilen bu sayılar tüm vaka artışlarının %63,1'e ulaşacağını göstermektedir. Kanserin  nlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu bilmekteyiz. Bu sebeple uygulanan erken tanı ve tedavi hizmetleri ile yeni vaka sayılarının önüne geçebiliriz. 2040 yılında gelişmiş ülkelerde mortalite ve morbidite oranı tedaviye yardımcı hizmetler sonucunda azalması beklenmektedir (WHO, Erişim tarihi: 10.01.2021).

Fakat verilere göre 2018-2040 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde yeni vaka sayılarında artış beklenmektedir. Asya bölgesi yeni vaka artış oranı %64,9, Türkiye'de bu artış %73,6 olarak beklenmektedir. Bu verilere baktığımızda kanser vakalarındaki artışın sebeplerinden biri olarak dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve yaşlanmaya bağlı kanser vakalarında artış g r lebileceğidir. Diğer sebepler olarak; gıda bozulması, su kirlenmesi, küresel ısınma ve iklim değişikliği, kentleşme ve sosyal hayatın değişimi, stres, beslenme alışkanlıklarındaki değişim, yaşam tarzının değişimi gibi birçok faktör sigara tüketiminin yaygın hale gelmesinde etkili olmaktadır (WHO, Erişim tarihi: 10.01.2021).

1.5. Akciğer Kanseri

Akciğerler, oksijeni vücudumuza getirip kan dolaşımına geçmesini ve oksijenin her bir vücut hücresini dolaşmasını sağlamaktadır. Solunum sistemimizde nefes almak için kullandığımız vücudumuzun bir parçasıdır. En yaygın kanserler arasında yer almaktadır.

Tütün sarma makinasının ortaya çıktığı dönemden sonra tütün ürünlerine olan ilgi artmış ve tüketim yaygınlık göstermeye başlamıştır. Sigara içme alışkanlığına bağlı olarak, akciğer kanseri sıklığında da artışlar gözlenmiştir. GLOBOCAN (Küresel Kanser Gözlemevi) verilerine göre dünyadaki en sık kanser riski akciğer kanseri, 2012 yılında 1,8 milyon yeni vaka ile yeni saptanan kanserlerin %12,9'unu oluşturmaktadır. Türkiye Akciğer Kanseri Haritası Projesinden alınan verilerde akciğer kanseri erkeklerde 100 binde 75, kadınlarda ise 100 binde 10 olup yıl içinde beklenen yeni vaka sayısının yaklaşık 30 bin olduğu belirtilmektedir (toraks.org.tr, Erişim tarihi: 15.01.2021).

Akciğer kanseri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için büyük önem taşıyan ölüm sebeplerindendir. Dünya genelinde ve Amerika'da erkek ve kadınlarda kanserin sebep olduğu ölümlerin en çok rastlanan nedeni olmakla birlikte tüm kanser ölümlerinin kabaca 1/5' ini (%19,4) kapsamaktadır. Bu oran her yıl meydana gelen meme, kolon ve prostat gibi kanserlerden kaybedilen hasta sayısından daha fazla olduğunu belirtmiştir (toraks.org.tr, Erişim tarihi: 15.01.2021).

Akciğer kanserinin risk faktörleri olarak sigara, puro, pipo içimi, hava kirliliği, aile öyküsü, radyoterapi öyküsü, verem hastalığı ya da daha önce akciğer kanseri geçirmiş olmak gösterilmektedir. Akciğer kanserinin vücudumuzda göstermiş olduğu belirtiler ise geçmeyen öksürük, göğüs, omuz ve sırt ağrıları, yutma bozukluğu, gözlerde düşme, baş ağrısı, halsizlik, ses kısıklığı, kanlı balgam, nefes darlığı gibi etkilere neden olmaktadır. Akciğer kanseri önlenebilir bir hastalıktır. En önemli nedenleri arasında gösterilen tütün (sigara) kullanmayı bırakan birey akciğer kanser riskini azaltabilir. Yine kimyasallara olan maruziyetin önlenmesi de riski azaltabilir (Bilir, 2008: 10).

Kanser hastalarına uygulanan tedaviler sonucunda birey günlük yaşamını sürdürmekte psikolojik ve fizyolojik olarak sıkıntı yaşayabilmektedir. Ayrıca korku, anksiyete, depresyon, beden imajında bozukluk görülebilmektedir. Bu sebeple birey tedavi sonrası kendini sosyal ortamlardan izole edebilir. Tüm bu etkiler sonrası bireyin sosyal desteğe ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Ailelerin ve sağlık kuruluşlarının sağladığı bireysel ya da grup eğitimleri bireyin yaşam kalitesini arttırmakta büyük önem taşımaktadır (Gültekin vd., 2008: 104).

Sigara dumanında bulunan bazı kanser yapıcı maddeler insan vücudunda reaksiyon göstererek kanser oluşmasına neden olmaktadır. Sigara kansere yol açan çevresel faktörler arasında ilk sırada yer almaktadır. Daha önce yapılan çalışmalarda akciğer kanseri gözlenen

hastaların çoğunda sigara tüketimine rastlanılmıştır. Yapılan çalışmalarda sigara içen ve içmeyen hastalar incelendiğinde, sigara içen hastalarda akciğer kanseri görüldüğü sonucu elde edilmiştir. Bu sebeple sigaranın akciğer kanserinin en önemli ve ilk sırada gelen nedeni olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca tüketilen sigara sayısının artması da ölümlerdeki artışı tetiklediği ortaya konmuştur (Bilir, 2008: 10).

Dünya Sağlık Örgütü, dünyada akciğer kanserinden ölümlerin genellikle Asya'da fazla görüldüğünü bu durumu da küresel tütün kullanımındaki artışın sonucu olarak göstermektedir ve bu şekilde artışların devam edeceğini öngörmektedir. Tütün kullanımı akciğer kanseri için çok büyük tehdit olarak görülmektedir. Tütün kullanımının azaltılması yönünde harcanan çabalara rağmen dünyada yaklaşık 1,1 milyar sigara kullanan içicilerin olduğu bilinmektedir. Eğer bu eğilim bu şekilde süreklilik gösterirse 2025 yılına kadar 1,1 milyar olan sayının 1,9 milyara çıkacağı tahmin edilmektedir (Cruz vd., 2011: 605).

Akciğer kanserinde sigara içmeyen bir kişinin sigara dumanına maruz kalması bile akciğer kanser riskini 1-1,5 kat arttırmaktadır. O halde adenokarsinomlar için sigara kaynaklı olmasa da pasif içicilik ya da diğer faktörlere maruz kalmanın etkili olduğu yorumunu yapabiliriz (www.drozdogan.com).

Küçük hücreli akciğer kanserleri ise tüm akciğer kanserinin %15'ini oluşturmakta olup genelde sigara tüketiminden kaynaklanmaktadır. Bu kanser türü genellikle daha hızlı büyüme, bölünme ve yayılım göstermektedir. Ayrıca tanı konulduğu anda ileri evrede (4.evre)'dir. Tedavisinde kullanılabilecek olan ilaç sayısı daha az sayıda bulunmaktadır (www.drozdogan.com).

1.5.1. Akciğer Kanseri Nedenleri

Ultraviyole ışınları, x ışınları, nükleer emisyonlar, radyasyon, çevresel faktörler, beslenme alışkanlıkları, virüs, bakteri ve kalıtım, ilaçlar, sigara, alkol, alfatoksin (küf), madeni yağlar gibi faktörler sonucunda kanser hastalığı ortaya çıkmaktadır.

- Kalıtım: Kalıtım yoluyla oluşabilecek olan kanser çevresel faktörlere göre daha az rastlanmaktadır. Kalın bağırsakta oluşan polip gelişimi genetik olarak kalın bağırsak kanser riskini arttırabilir. Çocukluk çağı kanserlerinden olan lösemide genetik özellik taşımaktadır (Yokuş ve Çakır, 2012: 10).
- Çevresel Faktörler: Çevre ile etkileşim sonucu bazı kimyasal maddeler kansere sebep olabilmektedir. Kimyasal maddelerden olan asbest (sihirli mineral) epidemiyolojik

Çalışmalarda bu maddenin akciğerlerde birikmesi ile akciğer dokusunun zarar gördüğünü ve akciğer kanserine yol açabileceği hatta ölümcül olabileceği belirtilmiştir (Demir vd., 2018: 219).

- Beslenme: Birçok farklı kaynaklardan beslenme ve kanser arasındaki ilişkinin %10-70 civarında değişiklik olduğu belirtilmiştir. Ortalama olarak %35 civarında olduğu kaydedilmiştir. Yetersiz ve sağlıksız beslenme sonucu kanser riski artmaktadır. Özellikle fiziksel aktivite yapmayan bireylerde ve kilolu bireylerde kanser görülme olasılığı oldukça yüksektir (Çevik ve Pirinçci, 2017: 1).
- Sigara: Sigara kullanımı ve kanser arasındaki ilişki 1920’li yıllarda ortaya konmaya başlanmıştır. 1950’lerde ise akciğer kanseri ile aralarında nedensel bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Bu döneme kadar sigara kullanımıyla solunum ve sindirim sistemi ilgilendiren bilgiler birikmeye başlamıştır. 1985 yılında Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) kontrolünde oluşturulan uzman ekipler sigaranın akciğer kanseri, ağız boşluğu, gırtlak, pankreas, idrar kesesi ve renal pelvis ile nedensel bağı olduğunu belirtmişlerdir. Uzman ekiplerin yapmış olduğu meta analiz çalışmaları sonucunda on yedi yıl sonra sigara kullanımının yemek borusu, nazal kavite, rahim kanseri, yemek borusu, mide, karaciğer ve böbrek gibi kanserleride etkilediği saptanmıştır. Sigara birçok kanser çeşidi için önemli risk faktörü olarak gösterilse de bu risk kanser bölgeleri arasında farklılık göstermektedir. Örneğin yapılan çalışmalar incelendiğinde Afrikalı-Amerikalıların sigara dumanının meydana getirdiği etkilere Kafkasyalılara göre daha fazla duyarlı oldukları, Kafkasyalılarında Asyalılara göre daha duyarlı olduğu ortaya konmuştur (Gandini vd., 2008: 155).

Akciğer kanserine %85 civarında sigaranın neden olduğu ifade edilmektedir. Gün içinde tüketilen sigara sayısının, tüketilen yılın artması ve sigara tüketiminin daha küçük yaşlara inmesi, katran yoğunluğunun fazla olduğu ve filtresiz sigara tercihi sigaranın kanser riskini arttırdığını ortaya koymaktadır (Uçar, 2007: 5).

Tütüne olan bağımlılıkta belirleyici faktör olarak ana unsurlar olarak nikotin ve katran gösterilmektedir. Vücudun katrana maruz kalması akciğer kanseri riskini ortaya çıkarabilecek olan önemli bileşen olarak kabul görmektedir (Charles vd., 2011: 3).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tütün dumanında en az 50 kanserojen saptamıştır. Akciğer kanserinde de tedirgin eden durum görünen ajanların büyük kısmının tütüne ait olmasıdır. Geçmiş dönemlere göre günümüzde daha az katran ve nikotin içeren düşük verimli filtreli sigaralar tercih edilse de akciğer adenokarsinomda artış gösterebilirler.

Çünkü bu sigarayı kullananlar daha derin soluma ve daha yoğun sigara içme eğilimi göstermektedirler. Sigara kullanan her 9 kişiden birinde akciğer kanserinin gelişimi gözlenmektedir. Uzun süre sigara kullanan kişilerde kanser riskinin, hayat boyu sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında 10-30 kat arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir (Cruz vd., 2011: 6).

Akciğer kanser riskinin sigara tüketim miktarı, tüketilen günlük paket sayısı ve sigaraya başlama yaşı, inhalasyon derecesi, sigaranın içindeki katran ve nikotin miktarı, filtrelenmemiş kullanımı gibi unsurlar sigaranın kanserle olan riskini orantılı şekilde etkilemektedir. Ayrıca dünyadaki tüm kanserlerin %20'sinin tütün kullanımının kaldırılmasıyla engellenebileceği ifade edilmektedir. Akciğer kanserinin %80'i sigaraya bağlı görülse de diğer %20'lik kısımda görülen akciğer kanseri diğer çevresel faktörlere bağlanmaktadır (Cruz vd., 2011: 7).

- Aile Öyküsü: Akciğer kanseri olan hastaların yakın çevresi sigara tüketsin ya da tüketmesin akciğer kanseri olma olasılıklarının en az 2 kat fazla olduğu bilinmektedir (Uçar, 2007: 8).
- Geçirilmiş Akciğer Hastalıkları: Daha önceden geçirilmiş olan kronik hastalıklardan; akciğer hastalıkları, tüberküloz, akciğer fibrozisi gibi hastalıklar akciğer kanser riskini arttırmaktadır. Bunun sebebinin akciğer dokusunda oluşturduğu inflamasyon olduğu öne sürülmektedir. Akciğer kanseri için büyük tehdit ise KOAH'tır (Uçar, 2007: 8).
- Mesleki Maruziyet: İşyerinde veya endüstriyel işlemler yapılırken yeterli önlemler sağlanmadığında kimyasal, fiziksel, biyolojik etmenler kansere yol açabilir. Ayrıca akciğer kanseri mesleksi kanserler arasında en çok rastlanan kanser türü olarak gösterilmektedir. Kanser riskinin fazla görüldüğü ortamlarda çoğunlukla erkeklerin çalıştığı bilindiğinden erkeklerde mesleksi kanser görülme ihtimali daha yüksektir (Bayram, 2019: 28).

Diğer mesleksi maruziyet riskleri içinde arsenik, nikel ve krom gibi maddeler gösterilebilir. Arsenik; maden işçilerinde, petrokimya endüstrisinde çalışan işçilerde ve böcek öldürücü yapım ve kullanımında görülmektedir. Krom; çamaşır suyu üretimi, cam seramik işçileri ve itfaiyeci gibi çeşitli meslek gruplarında rastlanmaktadır (Ece ve Hürkal, 2010: 14).

- Yaş, Cinsiyet ve Irk: Akciğer kanseri genelde 50-70 yaş arasında görülmektedir. Akciğer kanseri erkeklerde daha fazla görülürken kadınlarda da daha hızlı artma eğilimi göstermektedir. Kadınlarda akciğer kanserinin artması sigara kullanımına olan

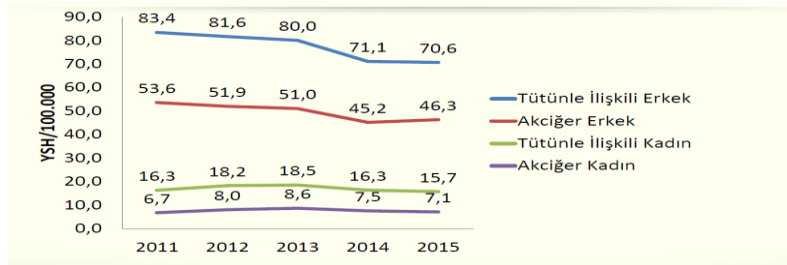
eğilimlerindeki artışa bağlanabilir. Ayrıca genetik, hormonal ve çevresel etmenlerde bu duruma sebep gösterilebilmektedir. Zenci ırkta akciğer kanseri görülme oranı beyaz ırka göre fazla olduğu belirtilmiştir (Güner, 2020: 6).

1.6. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi

2012 yılında 1,6 milyondan fazla insan akciğer kanserinden yaşamını kaybetmiştir. Küresel olarak gelişmekte olan ülkelerde tütün tüketimi artma eğilimi göstermesiyle akciğer kanseri ölümleri de artış göstermiştir. 20.yüzyılın başında tütün tüketiminde görülen yükseliş ve dönemin ortalarında zirveye ulaşmasıyla bazı gelişmiş ülkelerde özellikle erkek popülasyonunda akciğer kanseri görülme riski dengelendiği belirtilmiştir. Fakat dünyada akciğer kanseri ölüm sayısı 2035'te 3 milyon kadar olması öngörülmektedir (WHO, Erişim tarihi: 15.01.2021).

Erkeklerde 2012'de 1,1 milyondan 2035 yılında 2,1 milyona, kadınlarda ise 2012'de 0,5 milyondan 0,9 milyona çıkması bekleniyor. Ayrıca en hızlı artışın Afrika bölgesinde ve Doğu Akdeniz bölgesinde görüleceği bildirilmiştir (Didkowska vd., 2016: 150).

Şekil 3: Tütün ve Akciğer Kanseri



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018. (Dr.Dyt. Nural Erzurum Alim).

Kanserin epidemiyolojik özellikleri yaş, cinsiyet, coğrafi dağılım, sosyoekonomik durum, mesleki özelliklere göre farklılık göstermektedir. 2015 yılında Sağlık Bakanlığı kanser epidemiyolojisi, tütün ve akciğer kanseri araştırmasında tütün kullanan erkeklerde %70,6 tütün kullanmayan erkeklerde %43,6 iken tütün kullanan kadınlarda %15,7 kullanmayan kadınlarda 7,1 ilişki olduğu bildirilmiştir (Erzurum Alim, 2018: 41).

Akciğer kanserini önlemede en önemli çözüm sigarayı bırakmaktır. Ayrıca sigara metabolizmada değişime neden olduğundan kanser olduktan sonra bırakmakta tedaviye büyük yarar sağlar. Sigara bırakıldıktan sonra akciğer kanseri görülme riski 15 yılda sigara

içmeyen kişilerde görülme riskine kadar düşmektedir. Pasif içicilikte ise risk iki katına çıkmaktadır. Uluslararası Akciğer Kanseri Erken Eylem Programından (I-ELCAP) elde edilen bilgilere göre tarama programı uygulandıktan sonra erken evrede tanı konulan vakalarda 10 yılda %92, tedaviyi kabul etmeyen vakaların tamamını ise 5 yılda kaybedildiği belirtilmiştir (Ece, 2010: 238).

1.6.1.Akciğer Kanseri Belirtileri

Kronik öksürük, kanlı balgam, hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüs ve kemik ağrıları, sık akciğer ve solunum yolu enfeksiyonları, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, sebepsiz kilo kaybı bilinen genel belirtilerdendir.

Akciğer kanseri hastalığında tümörler yoluyla bazı biyolojik madde salınımları gözlemlenebilir. Bu madde salınımları hasta bireylerde patolojik bazı değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişiklikler arasında çomak parmak, deride pigmentasyon, kaşıntı, lanugo tipi kıllanma sayılabilir. Akciğer kanseri ile birlikte kronik obstüriktif akciğer hastalığı (KOA) veya solunum sistemini rahatsız edici herhangi bir durumda derinin mavileşmesi ve oksijen saturasyonu yetersizliğinden kaynaklanan siyanoz meydana gelebilmektedir (Öztürkcan vd., 2003: 25).

1.6.2. Akciğer Kanseri Tanı

Günümüzde akciğer kanseri hastalığı riski olan hastaların bireye özel tedavi yöntemleriyle kesin tanı konmalıdır. Bugün Covid-19 ve akciğer kanseri hastalıkları belirtileri birbirine benzerlik göstermektedir. Bu sebeple hasta bireylerin detaylı epidemiyolojik geçmişi ve klinik belirtilerini çok iyi bilmeliyiz. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET), histopatolojik tanı yöntemleri akciğer kanseri tanı yöntemleri olarak uygulanmalıdır (Saticı vd., 2019: 117).

Akciğer kanseri ölümlerin en büyük nedenlerinden biridir. Genel olarak 5 yıllık sağ kalım oranı %15'tir. Bunun sebebi ise akciğer kanseri tanısının daha geç evrede konulmasıdır. Akciğer kanseri hasta bireyde çoğunlukla belirti göstermeden ilerlediğinden erken tanı koyabilmek için etkin tarama planları uygulanmalıdır (Ece ve Hürkal, 2010: 20).

Akciğer kanseri tanımlandıktan sonra evreleme sistemleri içinde en yaygın olan Tümör Lenf Nodu Metastaz (TNM) sistemi ile evrelere ayrılmalıdır. Genelde tanı ve evrelemede göğüs

radıyografisi, bilgisayarlı tomografi (BT) tedavisi ile tarama gerçekleştirilmektedir (Serke ve Schönfeld, 2007: 1165).

1.6.3. Akciğer Kanseriinde Tedavi

Kanser tedavisiyle bireyin yaşam kalitesini arttırma erken teşhise ve daha sonra uygulanacak olan tedavi yöntemlerine bağlıdır (Aykanat ve Karahacıoğlu, 1993: 186). Lokalize kanser hastası olan bireylerde cerrahi yöntem, metastatik olanlarda kemoterapi ve cerrahi yöntemi kaldıramayacak olan bireylerde de radyoterapi tedavi yöntemi kullanılmaktadır (Akkoçlu, 2006: 16).

1.6.3.1.Cerrahi Tedavi

Erken dönem kanserlerde uygulanan esas yöntemdir. Tanısal ve palyatif olarakta kullanılmaktadır. Tümörün yaratmış olduğu yük bir miktar azaltılarak kemoterapi ve radyoterapinin etkinliği arttırılabilir. Cerrahi tedavide başarı elde edilmesi hasta bireyin yaşına, hastalığın evresine ve hasta bireyin fizyolojik durumu ve performansına, kardiyak fonksiyonlarına bağlı olarak değerlendirilmektedir (Akkoçlu, 2006: 16).

1.6.3.2.Kemoterapi

Hastalığın azaltılmasında kullanılan ilaç tedavisi yöntemidir. Sistemik yöntem olarak kabul görmektedir. Çünkü ilaçların vücudumuza dolaşması ve çok uzak yerlere yayılmış olan kanser hücrelerini öldürebilme gücü vardır. Cerrahi ve radyoterapi gibi yöntemlerden farklıdır.

Kemoterapi uygulamadaki hedef: (hsgm, Erişim tarihi: 15.01.2021).

- Hastalığı tedavi etmek.
- Kanser hücrelerinin çoğalmasını engellemek, yayılmasını yavaşlatarak kontrol altına almak.
- Hastalıktan kaynaklanan şikâyetleri ortadan kaldırıp yaşam kalitesini yükseltmek.
- Cerrahi veya radyoterapi öncesi lokal tedavileri kolaylaştırmak.
- Cerrahi veya radyoterapi sonrası uygulandığında hastalığın hızını azaltmak.

İlerlemiş akciğer kanseri hastalıklarında sağ kalım %1'in altında olduğu belirtilmiştir. Kemoterapi, cerrahi tedavi sonrası uygulanan, gizli kalmış tümörleri yok eden yöntemdir (Akkoçlu, 2006: 17).

1.6.3.3. Radyoterapi

Cerrahi yöntemin uygun olmadığı erken evre kanser tedavisinde kullanılır. Akciğer kanserinde en büyük sorun erken tanı sorunudur. Erken tanı konulmuş bireyin tedavileri hem kolay hem de sağ kalım şanslarının %60 üzeri olduğu belirtilmektedir (Akkoçlu, 2006: 17).

Radyoterapi yöntemi (Radyasyon) bazı faktörlere bağlıdır: (Aykanat ve Karahacıoğlu, 1993: 189).

- Erken kanser belirtisinin risk grupları tarafından bilinmesi.
- Modern görüntüleme yöntemleriyle iş birliği.
- Radyasyon duyarlaştırıcı yöntemlerin kullanılması.
- Gelişmiş radyoterapi donanımı
- Radyoterapinin diğer tedavi yöntemleriyle uyumu.

Akciğer kanserinde tek ya da lokal kullanılabilen yöntemdir (Aykanat ve Karahacıoğlu, 1993: 189).

1.7. Türkiye’de Akciğer Kanseri

Türkiye’de sağlık istatistiklerine bakıldığında hastalıklardan kaynaklı erken ölüm hızında birinci sırada dolaşım sistemi hastalıkları görülürken, iyi ve kötü huylu kanserler ikinci sırada yer almaktadır. Tabloya baktığımızda her geçen yıl ölüm oranlarında azalma eğilimleri görülse de kanser hastalığı ikinci sıradaki yerini korumaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı çalışmalar sonucunda da 2018 yılında 9,6 milyon olan kanser vakası, 2030 yılında daha da artması beklenmektedir. Kanser vakalarının giderek artış göstermesi yanı sıra önlenabilir olması kanser hastalığına verilen önemi arttırmaktadır. Bu sebeple bilinç düzeyi ve farkındalığı arttıracak uygulamalar vaka sayılarının kontrol altında tutulabilmesi için büyük önem taşımaktadır.

Tablo 4: ICD-10 Tanı Grupları ve Cinsiyete Göre Seçilmiş Nedenlerin Yaşa Standardize Erken Ölüm Hızları, (100.000’de Dünya Standart Nüfusu), 2016, 2017, 2018.

Seçilmiş Nedenler	Kod	2016			2017			2018		
		Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Malign Neoplazmlar	C00-C97	157,18	76,14	115,45	152,00	75,12	112,53	147,64	74,64	110,29
Diyabet	E10-E14	16,03	13,90	14,95	15,50	12,35	13,90	14,72	11,62	13,15
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	I00-I99	166,52	80,73	122,76	165,98	77,14	120,79	154,32	73,59	113,35
İskemik Kalp Hastalığı	I20-I25	91,00	31,34	60,59	89,02	29,91	58,98	81,60	27,55	54,18
Akut Miyokard Enfarktüsü	I21-I22	63,62	22,30	42,57	60,70	21,03	40,54	58,39	19,74	38,79
Serebrovasküler Hastalıklar	I60-I69	29,84	20,65	25,13	29,18	19,24	24,10	26,00	18,16	22,02
Kronik Solunum Yolu Hastalıkları	J40-J47	26,32	9,04	17,39	23,60	8,20	15,66	22,80	7,59	14,99
KOAH	J40-J44	25,32	7,77	16,25	22,57	7,02	14,56	22,06	6,57	14,11
Astım	J45-J46	0,86	1,15	1,01	0,89	1,07	0,98	0,66	0,89	0,78
Sindirim Sistemi Hastalıkları	K00-K93	13,15	7,06	10,05	12,44	6,52	9,44	11,92	6,23	9,04

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Erişim tarihi: 2.02.2021.

(Ölüm hızları, Dünya Standart Nüfusu kullanılarak yaşa standardize edilmiştir.)

Akciğer kanseri ülkemizde erkek nüfusta en sık rastlanan bir kanser türü halini almıştır. Akciğer kanserine sebep olan birçok faktör olsa da bilinen en önemli faktör sigaradır. Sigara kullanımının kadınlarda ve gençlerde artış göstermesiyle akciğer kanseri vakasında da artış meydana gelmektedir. Sigara ile mücadele aslında akciğer kanseri ile mücadele anlamına gelmektedir.

Kanser sebebi bilinen ölümler arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra gelen ikinci ölüm sebebidir. Türkiye’de ve Dünyada kanser hastalığının yükü her geçen gün artmaktadır. 2030 yılında 22 milyon yeni vaka beklenmektedir. 2008 verilerine göre %75 artış görüleceği belirtilmektedir. Dünyada 15 yaş üzeri her üç kişiden biri tahmin edilen 1,2 milyar tütün kullanmaktadır. Türkiye’de ise 15 yaş üstü 15 milyon kişinin olduğu bilinmektedir. Ülkemizde tüm ölümlerin %23’ünü tütünden kaynaklı hastalıklar oluşturmaktadır. Dünyada 2030 yılına kadar tütüne bağlı ölümlerin 8 milyonu geçeceği belirtilmektedir. Türkiye’de sigara kullanımından her yıl 100.000 kişi ölümü gerçekleştirirken, 2030’ da bu sayının 240.000 bulacağı ifade edilmektedir. Bu durum akciğer kanseri vakalarının önümüzdeki yıllarda artacağını kaçınılmaz olduğunu göstermektedir (Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018, : 32).

Türkiye ‘de Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistiklerine göre yaklaşık 42.000 akciğer kanseri hastası bulunmaktadır. Toplamda Türkiye’de her iki cinsiyette ve tüm kanser çeşitlerinin görüldüğü 233,834 vaka bulunmaktadır. Akciğer kanserinden hasta olanlar bu toplam vaka

sayısının yaklaşık %18'ini oluşturmaktadır. Türkiye Akciğer Kanseri Raporundan edinilen bilgiye göre akciğer kanseri toplam maliyetlerin %31'ini doğrudan maliyetle, %69'unu dolaylı maliyetle oluşturduğu belirtilmiştir. Bu rapor akciğer kanserinin Türkiye'de ekonomiye etkisinin 8,8 milyar TL olduğunu ortaya koymuştur (astrazeneca.com, Erişim Tarihi: 5.02.2021).

Toplam sağlık harcamalarının Avrupa'da ortalama %6,4'ü, Türkiye'de ise %6,7'si doğrudan kanser tedavisine giden harcamayı meydana getirmektedir. Avrupa ülkelerinden daha az sayıda kanser hızında artış görülmesine rağmen Türkiye doğrudan tedavi harcamalarının toplam sağlık içindeki payının Avrupa ülkelerine göre fazla olması Türkiye'nin kanser hastalıklarına yapmış olduğu harcamanın diğer hastalıkların maliyetlerinden daha fazla önemli olduğunu göstermektedir (Türkiye'de Kanser Kontrolü, 2009: 82).

1.8. Dünya' da Kanser

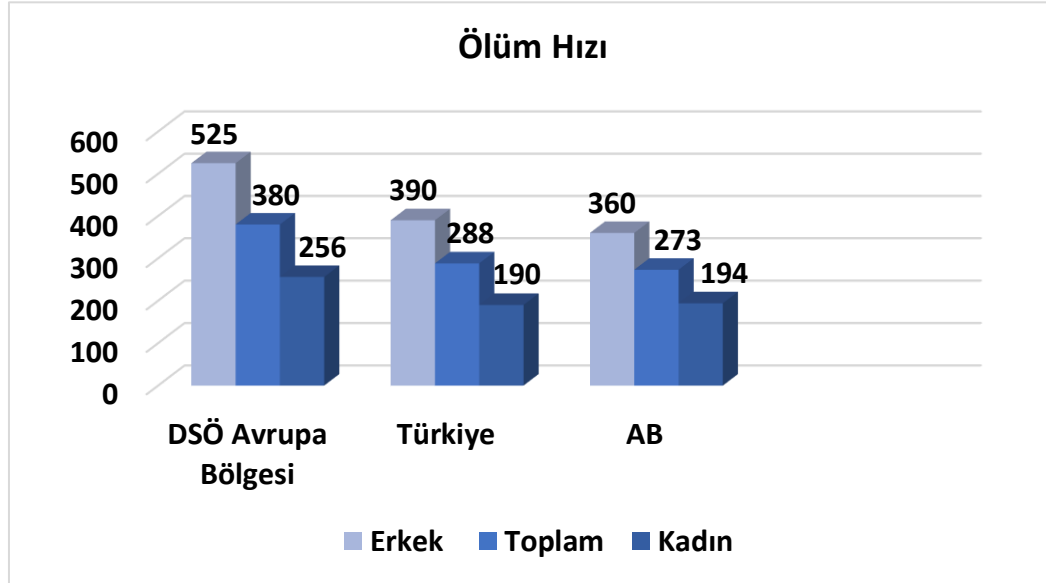
2012 yılında Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (GLOBOCAN), tüm kanser çeşitlerinin dünya üzerindeki ölüm ve sıklığını araştırmıştır. 2012 yılında 14,9 milyon yeni vaka ve 8,2 milyon ölüm yaşandığı sonucu elde edilmiştir. En sık teşhis edilen kanser çeşitlerinde ilk üçte (Ferlay vd., 2015: 1);

- 1,82 milyon ile akciğer kanseri,
- 1,67 milyon meme kanseri,
- 1,36 milyon ile kolorektal kanserler yer aldığı belirtilmiştir.

En yaygın kanser ölümlerinde ilk üçte;

- 1,6 milyon akciğer kanseri,
- 745.000 karaciğer kanseri,
- 723.000 mide kanseri gelmektedir.

Şekil 4: Bulaşıcı Olmayan Dört Ana Hastalık Grubunun Yaşa Standardize Erken Ölüm Hızlarının Uluslararası Karşılaştırılması, (100.000’de, Avrupa Standart Nüfusu), 2015



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, Erişim tarihi: 12.02.2021.

(Türkiye verisi 2018 yılına aittir.)

Bulaşıcı olmayan dört ana hastalık; maligne neoplazmlar (kanser), diyabet, dolaşım sistemi hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıklarından oluşmaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada erken ölüme neden olan hastalık olarak kanser hastalığı gösterilmektedir. Ayrıca kanser hastalığının türleri içinde en çok ölüme sebep olan türü akciğer kanseri olduğu belirtilmektedir (Türk Toraks Derneği, Erişim tarihi: 12.02.2021).

Türk Toraks Derneğinin yaptığı ‘Türkiye’nin Akciğer Kanseri Haritası Projesinden’ alınan verilere göre, akciğer kanseri hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için önemli ölüm nedenidir. Dünya genelinde ve Amerika’da hem erkek hem de kadında kansere bağlı ölümlerin en sık sebebi olup tüm kanser ölümlerinin beşte birinin (19,4) nedeni olarak gösterilmektedir (Türk Toraks Derneği, Erişim tarihi: 12.02.2021).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında morbidite (ölüm) en büyük payı dolaşım sistemi hastalıkları almaktadır. Daha sonra kanser, kronik solunum hastalıkları ve diyabet gibi diğer hastalıklar gelmektedir. Bu hastalıklardan kaynaklanan ölümler genelde 60 yaş altında yaklaşık üçte birinde görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde vakaların %13’ünde erken ölüm meydana gelmektedir (Deborah Carvalho Malta^{1,2}, Silvânia Suely Caribé de Araújo

Andrade², Taís Porto Oliveira², Lenildo de Moura³, Rogério Ruscitto do Prado^{2,4}, Maria de Fátima Marinho de Souza)

2018’de Avrupa’da tahmini 3,91milyon kanser vakası ve 1,93 milyon kanserden kaynaklı ölümler yaşanmıştır. Avrupa ülkelerinde en yaygın kanser kadınlarda 523.000 vaka ile meme kanseri olmuştur. Daha sonra kolorektal ve akciğer kanseri takip etmektedir. Ölümlerde ise en çok 388.000 ile akciğer kanseri ilk sırayı almaktadır. Fakat tüm dünyadan farklı olarak Avrupa ülkelerinde pankreas kanserinden kaynaklı ölümler 128.000 ile üçüncü sırada da gelmektedir. 2018 yılında Avrupa ülkelerinde 790.000 erkek ve 620.000 kadın hayatını kaybetmiştir. Aynı yıl içinde görülen vaka sayısı erkeklerde 1,6 milyon ve kadınlarda 1,4 milyon olduğu ifade edilmiştir (Ferlay vd., 2018: 356).

Dünyada kanser hastalığında mide ve karaciğer kanserleri Asya’da, mesane kanseri ABD ve Avrupa’ da daha çok görülmektedir. Son dönemlerde ise kolorektal kanser artışının Çin hariç diğer ülkelerde azaldığı belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde ve Avrupa’da meme kanseri görülme sıklığı Asya ülkelerine göre iki kat fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Saika ve Sobue, 2013: 2475).

Tablo 5: Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansının (Görülme sıklığı) Uluslararası Karşılaştırılması, (100.000’de, Dünya Standart Nüfusu), 2018.

Sıra	Ülke	Erkek	Ülke	Kadın	Ülke	Toplam
1	Avustralya	579,9	Avustralya	363,0	Avustralya	468,0
2	Yeni Zelanda	526,0	Yeni Zelanda	358,3	Yeni Zelanda	438,1
3	İrlanda	430,8	Macaristan	330,6	İrlanda	373,7
4	Macaristan	427,1	Belçika	329,9	Macaristan	368,1
5	Fransa	405,6	Kanada	329,7	Birleşik Devletler	352,2
6	Birleşik Devletler	393,2	Danimarka	325,5	Belçika	345,8
7	Letonya	375,7	İrlanda	322,9	Fransa	344,1
8	Belçika	371,1	Birleşik Devletler	321,2	Danimarka	340,4
9	Norveç	369,8	Hollanda	318,9	Norveç	337,8
10	Slovenya	367,6	Norveç	311,3	Hollanda	334,1
	Türkiye (41)	284,2	Türkiye (74)	182,3	Türkiye (53)	225,1
	Dünya	218,6	Dünya	182,6	Dünya	197,9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, Erişim tarihi: 25.02.2021.

Bu tabloya bakıldığında Türkiye’de kanser görülme sıklığı diğer ülkeler içinde 2018 yılında toplamda 53.sırada yer almaktadır. Ayrıca dünya genelinde erkeklerde kanser insidansı kadınlara oranla daha yüksek seyretmektedir. Türkiye’de ise kadınlarda kanser görülme sıklığı dünya ortalamasına yaklaşık bir değerdeyken, erkeklerde bu değer dünya ortalamasının üzerinde seyrettiğini görmekteyiz.

Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre kanserden kaynaklanan ölümler beş temel davranış ile ilişkilendirilmiştir. Bu davranışlar ve beslenme alışkanlıkları; yüksek vücut kitle indeksi, meyve ve sebze alımının düşük olması, fiziksel aktivitelerde bulunmamak, sigara ve alkol tüketimidir (bbc.com, Erişim tarihi: 25.02.2021).



İKİNCİ BÖLÜM

DÜNYA, AB VE TÜRKİYE EKSENİNDE TÜTÜN EKONOMİSİ POLİTİKALARI

2.1. Tütün Ekonomisi Kavramı

Tütünün ekonomiyle ilişkisi, 31 Haziran 1619 tarihinde Virginia Meclisinde alınan karar sonrası para yerine kullanılması ve vergilerin tütünle ödenmesinin kabul edilmesiyle başladığı bilinmektedir. 1727 yılında da mevduat sertifikası özelliği taşıyan tütün sertifikaları çıkarılmasıyla borçların bu sertifikayla ödenebilmesi yasal hale getirilmiştir. 1619 yılında İkinci Dünya Savaşı bitince Alman Hiperenflasyonu yaşanırken sigara para olarak kullanılmasıyla birlikte değişim aracı olma özelliğini korumuştur (Özavcı, 2007: 34).

Tütün, 1960'lı yıllara kadar önemli tarım ürünleri içerisinde gösterilmekteydi. Fakat daha sonraki çalışmalar tütünün sağlığa olumsuz etkilerini ortaya koymasıyla birlikte tütün kontrol politikalarının önemi anlaşılmıştır. Ayrıca sağlığa olumsuz etkilerinin yanı sıra bireyin çalışma hayatında işgücü kaybına yol açması ve beraberinde ücret kaybına neden olmasıyla, hükümetlerinde sağlık harcamalarına büyük pay ayırmalarına neden olmaktadır.

Tütün ürünlerinden sigara, birey ve toplum açısından önemli maliyetlere yol açtığı bilinmektedir. Dünya Bankasının açıklamış olduğu veriler incelendiğinde her yıl tütün ürünleri 200 milyar dolarlık zarara neden olmaktadır. Tütün ürünlerinin Türkiye ekonomisinde yol açtığı zararlar araştırıldığında 8-10 milyar dolar olduğu belirtilmektedir. Ortaya konulan bu miktar, sigarayı bırakmaya yönelik tedavilerin maliyeti için harcanmasında daha uygun olacağı belirtilmektedir. Bu sebeple sigara kullanımı hastalıkların maliyetini düşürmede birinci sırada önlenabilir bir faktör olarak gösterilmektedir (Başol ve Can, 2015: 5).

Türkiye'nin coğrafik özellikleri ve sosyal yapısı tütün üretimi için oldukça elverişli olduğu bilinmektedir. Tütün farklı bölgelerimizde ve farklı şekillerde aile tarımı halinde yapılmaktadır. Tütün, ekonomiye ihracatla birlikte istihdamda ve devlet gelirlerinde artış yarattığı söylenebilir.

Ayrıca tütün sağlığa zararı ortaya çıkarılmadan önce dünya ticaretinde tütün ihracatı içinde altıncı sırada yer aldığı belirtilmektedir. Tütünün hem Türkiye hem de diğer ülkeler açısından dış ticarete önemli yeri bulunmaktadır. 1990'lı yılların başında Türkiye ekonomisine dış ticaret içinde tütün %2'lik pay aldığı daha sonra 2000'li yıllarda ise bu payın %1'e düştüğü belirtilmektedir. Bu düşüşün temel sebebi ihracat artışı olsa da tütün ihracatında azalmalar olarak gösterilmektedir (Ataseven, 2005: 68).

2.2. Tütün Sektörü

Bu başlık altında Türkiye'de tütün üretiminin yapıldığı bölgeler üzerinde duracağız. Ayrıca tütün üretimi yapılabilmesi için yasalar gereği zorunlu olan faktörlere değineceğiz. En fazla hangi bölgemizde yetişen tütünün verimli ve kaliteli olduğuna, dış piyasada neden Türk Tütünün tercih edildiğine değineceğiz.

2.2.1. Tütün Üretimi

Türkiye'nin iklim bölgeleri, 18.yüzyıldan beri geleneksel tarım kolu haline gelen tütün üretimi için uyumlu özellikler yapısında mevcuttur. Türkiye'de üretilen tütünlerin %98'i şark tipi tütünlerdir. Az miktarda Virginia, Burley, Hasankeyf ve Tömbeki tütünü üretimi yapılmaktadır. Türkiye'de tütün üreticileriyle üretim sözleşmesi yapmak ve üreticiden almış olduğumuz tütünleri işleyerek iç ve dış ticareti gerçekleştirebilmek için gerçek ve tüzel kişilerin 4733 sayılı kanunda Tütün Ticareti Yetki Belgesi (TTYB) sahibi olması gerekmektedir. 2008 yılından sonra TTYB sahibi elli firma bulunmaktadır. TTYB sahibi firmalar üreticiden almış oldukları işlenmemiş tütünleri tütün işleme tesislerinde belli şartlarda çeşitli işlemlerden geçirerek yeniden ambalajlayıp tekrar işlenirler. Türkiye'de tütünlerin ihraç edilebilmesi için işlenmiş olması gerekmektedir. Türkiye'de aile işletmeciliği halinde yapılan tütün üretimi yaklaşık 800.000 kişinin geçimini sağlamaktadır. Tütün bakım ve işleme işlerinde ise 15.000 kişinin çalıştığı bilinmektedir (tutuneksper.org, Erişim tarihi: 02.03.2021).

Türkiye’de yetiştirilen tütünler Dünya piyasasında yüksek taleple karşılaşınca uzun zamanlar ‘Türk Tütünü’ olarak tanımlanmaya başlamıştır. Ülkemizde tütün üretimi sözleşmeli üretim modeli ile gerçekleşmektedir. 2018 yılında sözleşmeli üretim yapan 56 bin üretici 943.000 dekar alanda yurt genelinde 82,5 milyon kilogram tütün üretmiştir. Ayrıca sözleşmesiz olarak üretilen ve kaydedilen 11 milyon kilogram tütün ile birlikte yurt genelinde toplam tütün rekoltesi 93,5 milyon kilogram olarak gerçekleşmiştir (zmo.org, Erişim tarihi: 02.03.2021).

Türkiye’ de genellikle tütün tarımı Ege, Karadeniz, Marmara ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde üretimi gerçekleştirilmektedir. Aile işletmeciliği şeklinde yapılan tütün tarımı makine gücünden çok insan gücüne dayalı olarak birçok ailenin gelir kaynağını oluşturmaktadır. Türkiye’den ihraç edilen tütünlerin büyük kısmı Ege Bölgesinden elde edilmektedir. Ege, Karadeniz ve Marmara bölgelerinin tütün kalitesi yüksek olması nedeniyle dış pazarlar tarafından tercih edilmektedir (Ergün ve Uğurlu, 2006: 115).

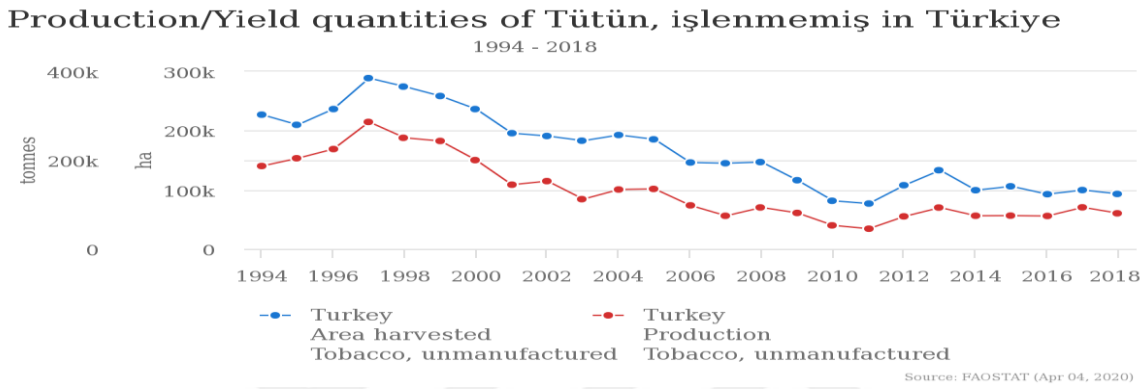
Türkiye’de tütün piyasalarından özel sektör tütün ihracatını gerçekleştirebilmek amacıyla tütün satın almaktadır. Tekel idaresi hem ülke içindeki tütün kullanımını karşılamak amacıyla hem de üreticiyi destekleyebilmek için destekleme alımları ve idari alımlar yapmaktadır. Tekel idaresinin almış olduğu tütünler ihracat ve mevcut tüketim haricinde bir kısmını sigara fabrikalarının ihtiyaçlarını giderebilmesi için kaynak sağladığı söylenebilir.

Türkiye’de daha önceki dönemlerde yapılan tütün üretiminde arz ve talep dengesi göz ardı edilmiştir. Bu nedenle yıllarca kalitesi düşük tütün teşviki ve stokların kabarması ile Türkiye’nin dış piyasadaki rekabet gücü azalmıştır. Çürüyen ve kalitesi azalan ürünleri yakılması stok maliyetlerini azalttığı için ekonomiye ciddi kayıplar yaşatmıştır. Günümüzde yapılan politikalar sonucu tütün politik olmaktan çıkaran politikalar sayesinde AB ile uyum sağlayacak düzeye getirmiştir. Türkiye, oriental tütün üretimi yapan ülkelerin başında gelmektedir. Dünya’daki Oriental tütünün yaklaşık yüzde 35-40’ını üretmektedir. Dünya’da üretimi yapılan tütünün büyük kısmı sigara imalatında geri kalan kısmı ise diğer tütün ürünlerinin yapımında kullanılmaktadır (Özkul ve Sarı, 2008: 12).

Dünya’da üretilen tütünün büyük bir bölümü sigara imalatında geri kalan kısmı ise tütün mamullerinin elde edilmesinde kullanılmaktadır. Son dönemlerde Dünya’da yaklaşık 4 milyon hektara yakın alanda tütün üretimi yapılmaktadır. Her yıl ortalama 6-7 milyon tütün yetiştirilmektedir. Son dönemlerde tütün tüketimine bağlı artan ölümlerin yaşanması sonucu tütün tüketiminde azalmalara neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerin tütün üretimi ve

kullanımının azaltılması yönünde politikalar uygulanması da azalışlar üzerinde etkili olmuştur. Mesela belirli dönemlerde kota uygulaması yapılmıştır. Kota uygulamaları yapılan yıllarda tütün üretimi beklenenin altında kalmıştır. Daha sonraki yılda ise bu uygulamadan vazgeçilmiştir. Bu durumda ise tütün üretiminde artış gözlenmiştir (Karabacak, 2017: 32).

Şekil 5: Dünya’da işlenmemiş tütün üretim ve verim miktarları



Kaynak: FAO STAT, Erişim tarihi: 02.03.20201.

Türkiye’de şekil 5’de görüldüğü gibi tütün üretiminin en çok zirve yaptığı 1997 yılında 286 bin 414 ton olduğu görülmüştür. Daha sonraki yıllarda azalma eğilimi göstererek ilerlemiştir. Son dönemlerde ise 2017 yılında 93 bin 666 ton iken 2018 yılında 80 bin 200 tona gerilediği görülmektedir. Türkiye ‘de tütün üretiminde görülen bu gerileme tütün üretiminin zor olması ve tütün üreticilerinin elde etmiş oldukları kazançlarının yetersiz kalması gösterilebilir. Genellikle tarımsal nüfusun köylerden kentlere göç etmesi de bir diğer faktör olarak gösterilebilir. Genç nüfusun büyükşehirlerde toplanması sonucunda tarım alanlarında faaliyet gösterebilecek çalışma gücünde de azalma görülebilmektedir. Buna bağlı olarak tütün üreticilerinin yaş ortalamalarında artış gözlenebilmektedir. Ayrıca tütün üretimi uzun zaman aldığı için kısa sürede yetiştirilebilecek olan tarım ürünlerine kayma görülebilmektedir.

2018 yılında Ege Bölgesi’nde satılan tütünün kilogram maliyeti ortalama 15,16 TL olarak belirtilmiştir. Daha sonraki dönemlerde ise bu fiyat 16,70 TL olarak üretici tarafından satışa sunulmuştur. Bu fiyatlara bakıldığında tütün üreticisinin kendi işçiliği dışında bir ek gelir elde edememesi hane başına yıllık üretimin 1500 kg olduğu göz önüne alındığında gelirin asgari geçim seviyesinin çok altında olduğu görülmektedir. Tütün tarımı uzun dönemli olarak baktığımızda Marmaris, Datça, Bodrum gibi sahil ilçelerinde turizm nedeniyle tütün

tarımı tamamen biterken Marmara Bölgesinde de sanayinin gelişmesi sonucu tütün üretiminde azalama görülmüştür. Buna karşılık Ege Bölgesinin iç kısımlarında, Doğu ve Güney Doğu Bölgelerinde artış yaşanmıştır (Tütün Raporu, 2018, Erişim tarihi: 02.03.2021).

Ülkemiz tütüncülüğünde en önemli düzenleme 09.01.2002 tarih ve 24635 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiş olan 4733 sayılı tütün yasasıdır. 4733 sayılı yasa destekleme alımlarını bitirmiş ve sözleşmeli üretim başlatılmıştır. Ayrıca Tütün Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu (TAPDK) kurulmuş ve daha sonraki yıllarda Tekel Genel Müdürlüğü tasfiye edilmiştir. Bu değişikliklerden sonra Tütün Eksperleri Derneğinin 2018 Tütün Raporu'na göre 4733 sayılı tütün yasasının çıkarılmasının ardından tütün üretimi ve üretici sayısında azalış gözlemlenmiştir. 2002 ürün yılında 405 bin olan tütün üreticisi sayısı 2018'den beri %86 azalarak 56 bine, tütün üretimi ise 159 bin 521 tondan %48 azalarak 2018'de 80 bin 500 tona gerilemiştir (Tütün Raporu, 2018, Erişim tarihi: 02.03.2021).

2.2.2. Tütün (Sigara) Kullanım Yaygınlığı

2.2.2.1. Çocuk ve Gençlerde Tütün (Sigara) Kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş arası adölesan yaş grubu olarak, 15-24 yaş arasını ise gençlik dönemi olarak tanımlanmaktadır. Genellikle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen adölesan dönemde fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilişsel değişimler görülmektedir. Bu dönemde yaşamın ilk on yıllık dönemindeki kadar hızlı büyüme ve gelişme yaşanmaktadır. Türkiye'de yapılan Küresel Tütün Araştırmasında (2003) ilköğretim 7 ve 8. sınıflarda, lise 1.sınıfta 15957 öğrenci ile görüşme yapılmıştır. Öğrencilerin %29,3'ü sigara kullanmayı denemiş ve sigara kullanma oranı ise %9,1'dir. Bu yapılan araştırmaya göre sigara kullananların %29,5'i 10 yaşından önce denemiştir (Özcebe, 2008: 7).

Sigara kullanım prevalansı ile ilgili üniversite öğrencileri arasında çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Hacettepe üniversitesi 1997 ile 2006 yılları arasını kapsayan bir çalışmada edebiyat ve tıp fakülteleri öğrencilerinin sigara tüketme oranları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada edebiyat fakültesi son sınıf öğrencilerinin tütün kullanım prevalansı %58 iken tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin sigara kullanım prevalansı %7,8 olarak değişme gözlenmiştir. Bu çalışmaya göre sigara içenlerin sosyal bilimlerde daha fazla olduğunu söyleyebiliriz (Tütün Kontrol Politikaları, 2010: 20).

Genç nüfusun %85'inden fazlası gelişmekte olan ölkelerde hayatlarını sürdürmektedir. Dünya'da her on gençten en az biri tütün ve tütün ürünleri kullanmaktadır. Herhangi bir tütün ürünü deneyen gençlerden yarısının bağımlılık gösterdiği ve tütün ürünlerine bağımlılıkta dünya genelinde on beş yaş öncesinde gerçekleştiğı belirtilmektedir. Sigaradan farklı tütün ürünlerinden olan nargile, elektronik sigara ve dumansız tütün ürünleri gençler tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. Dünya da ise bu ürünlerin kullanım yaygınlığı Güneydoğı Asya, Doğı Akdeniz ve Afrika'da yüksektir (Küçük 2017: 6).

Tütün endüstrisi uzun süre devamlılığını sağlayabilmek için tüketici kitlesi olarak gençleri hatta çocukları hedef almaktadır. Ölkemizin genç nüfusunun fazla olması nedeniyle gençlerin bu endüstrinin bir parçası olabileceğı unutulmamalıdır. Gençlerin sigara tüketimine başlamalarına sebep olan faktörler ölkeden ölkeye farklılık gösterebilir. Fakat yapılan bazı çalışmalar sonucunda ortak faktörlere rastlanabilmektedir. Bu faktörlerden bazıları ebeveyn ya da akranda gözlenen sigara tüketimi ve sigara tüketimini özendirebilecek olan reklamlar, arkadaşlar arasında sigara kullanımının kabul görmesi, yaşanan stres, tütüne ulaşmanın kolay olması ve tütün fiyatlarının düşük olması sayılabilir.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde üniversite öğrencileri arasında yapılan sigara kullanım sıklığı cinsiyete göre erkeklerde daha fazla olduğu görölmüştür. Kızlarda ise daha çok üniversiteyi kazandıktan sonra sigara tüketmeye başladığı görölmüştür. Ayrıca öğrenciler sigara alışkanlıkları açısından değerlendirildiğinde %32'sinin babalarının, %27'sinin annelerinin, %12'nin de hem anne hem babalarının, %10,2'sinin kardeşlerinin sigara kullandığı saptanmıştır. Aile ile sigara kullanımı arasında doğru yönlü ilişki olduğu gözlenmiştir. Babası sigara içmeyen öğrenciler babası sigara içen öğrencilere oranla daha az sigara kullanmaktadır. Aynı şekilde annesi sigara içmeyen öğrencilerin annesi sigara içen öğrencilere oranla daha az sigara tükettiğı belirtilmiştir (Aşut vd., 2019: 6).

Gençlerin kendini kanıtlama, büyüklerine özenme arkadaşları arasında yer edinebilme, hayranlık duyduğu kişilere benzeme isteğı, okul başarısızlığı, yalnızlık, otoriteye karşı gelme ve kilo kontrolü gibi yaş dönemlerine özgü özellikler ile tütün ürünlerine başlamaktadırlar ve bağımlı kalma olasılıkları artmaktadır. Gençlerin tütün kullanımının yanında nargile tüketimine özenmeleri ile birlikte çeşitli tütün ürünlerine olan bağımlılıkları artmaktadır. Bu sebeple gençlerin bu ürünler hakkında yeterli bilgi sahibi olabilecekleri platformlar düzenlenmelidir.

Gençler arasında büyük ilgi görmekte olan sigara tüketimi daha sonraki yıllarda sağlık problemlerine yol açabileceği bu nedenle farklı sosyal aktiviteler edinmelerine yardımcı olunmalıdır. Aile ve arkadaşlık ortamlarında sigara tüketimi en aza indirilmeye çalışılarak gençlere örnek olunmalıdır. Sosyal medya, kitle iletişim araçları ve internet kullanımı ile tütün ürünlerine olan eğilim daha da arttığı için gerekli politikalar düzenlenerek toplumun bilinçlendirilmesine katkı sağlamak büyük önem taşımaktadır.

2.2.2.2. Sağlık Profesyonellerinde Tütün Kullanımı

Sağlık çalışanları toplumda hastalara rol model olmalıdırlar. Sağlık çalışanlarının sigara içmesi sigara içmenin oluşturmuş olduğu tehditlere duyarlılığı azaltabilir ve koruyucu sağlık hizmetleri hakkında yeterli bilgi verilmemesine yol açabilir. Ayrıca hastaların sigara bakma konusunda sağlık çalışanlarına olan güvenlerinde de azalma görülebilir. Türkiye’de 1990’lı yıllarda yapılan çalışmalarda özellikle erkek hekimlerin sigara içme sıklığının yüksek olduğu görülmüştür (Aşut vd., 2019: 12).

Sağlık çalışanları arasında sigara tüketimi oldukça yaygındır. Bu sebeple yapılacak düzenlemelerde sağlık çalışanlarının sigara kontrol programlarında öncelikli olarak ele alınmalıdır. Gülhane Askeri Tıp Akademisinde yapılan çalışmada doktor ve hemşirelerin sigara tüketimi incelenmiştir. Çalışma sonucu doktorlarda sigara tüketimi %52,0 iken hemşireler arasında ise bu oran %56,6 çıkmıştır (Kaptanoğlu Yıldırım vd., 2012: 120).

2017 yılında Kastamonu Devlet Hastanesinde yapılan çalışma ile 326 sağlık çalışanının sigara kullanım durumu incelenmiştir. Yapılan çalışmada sigara içenlerin yaş ortalaması 36 ve sekiz yıl, sigara içmeyenlerin yaş ortalaması 32 ve 10 yıl olarak tespit edilmiştir. Sigara içenler içmeyenlere göre yaşça daha büyüklerdir. Sigaraya başlama yaşı yirmi iken sigara tüketim miktarı 1-7 yıl, 7-35 yaş arasında 16 paket olduğu saptanmıştır Ayrıca araştırmaya katılan çalışanların sosyal statüleri arttıkça sigara tüketimlerinin de azaldığı gözlenmiştir. Sigara içenler başlama nedeni olarak merak, özentisi, stres, psikolojik baskı ve yasaklara tepki şeklinde sıralamışlardır. Çalışmada sigara kullanımının hekimlerin %23, hemşirelerin %37-60 arasında olduğu bildirilmiştir. Çalışma sonucuna bakıldığında sağlık çalışanlarının sigara içme düzeyleri yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi ile sigara içme arasında bir ilişki bulunamamıştır (Üzer, 2018: 92).

Ankara Numune Hastanesinde yapılan çalışmada 304 sağlık personeli katılımı sağlanmıştır. Sigara içenlerin %82,1’i sigara içmenin sağlıkları için zararlı olduğunu düşünürken %2,4’ü

zararlı olmadığını düşünmekteydi. Sigara içenlerin %53,3'ü hastanede iken sigara içimlerinin azaldığını, %30,2'sinin arttığını ve %16,3'ünün değişmediğini belirttiler. Sigara kullanımındaki en büyük faktör olarak sağlık çalışanlarının %55,8'i hastane stresi olarak cevap vermişlerdir. Hekim, hemşire ve sağlık memuru gibi sağlık personeli ile hastanede görevli diğer personeller arasında bağımlılık açısından bir fark gözlemlenmemiştir. Bu çalışmada da sağlık çalışanların sigara kullanımı yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle hizmet içi eğitimlerin arttırılması ve eğitimlerin yapılacak olan düzenlemelerle desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir (Koç vd., 2015: 33).

Sigara her yaş grubunda ve her meslek grubunda sıkça rastlanabilir bir ürün halini almıştır. Sağlık çalışanlarının sigaranın tehlikelerini az da olsa farkında olmalarına rağmen hala tüketiyor olmaları ve vazgeçememelerini içinde bulundukları durumda yaşadıkları stres kaynakları, bekledikleri desteği bulamama gibi faktörler gösterilebilir. Bu durumda sağlık çalışanlarının topluma rol model olma görevlerine olumsuz yansımayaacak şekilde dumanlı hava sahaları kullanmaları ve sigarayı bırakmaları içinde eğitim programları verilmelidir.

2.2.2.3. Gebelikte Tütün Kullanımı

Sigara içme alışkanlığı ya da sigara dumanına maruz kalma hastalıkların, erken ölümlerin önlenabilir en önemli sebeplerindendir. Gebelik döneminde annenin sigara içmesi hem gebelik sırasında hem de gebelik sonrasında çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Sigaranın, annede yaratmış olduğu riskli sağlık sorunları sadece sigara tüketimi ile sınırlı kalmamaktadır. Ayrıca tüketilen sigaranın dumanı da bir tehdit oluşturmaktadır. Sigara dumanında 4000'den fazla farklı kimyasal bileşen bulunmaktadır. Bu nedenle hangi kimyasal bileşenin bebeğin sağlığına zarar verdiği kesin bilinmemektedir. Daha çok nikotin ve karbonmonoksitin anne sağlığını etkilediği belirtilmektedir (Baheiraei vd., 2014: 280).

Gebelik döneminde tüketilen sigaranın sağlığa zararlı etkilerini ilk olarak 1935 yılında Spontag ve Wallace tarafından yapılan araştırmalarda, annenin sigara içmeye başlamasından sonra fetal kalp hızında artış olduğu belirtilmiştir (Mohsin ve Bauman, 2005:8).

Sigara tüketimi yağ kütlesini azalttığı için sigara içen anneler daha az emzirme eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Tahran Tıp Bilimlerinin yapmış olduğu çalışmada annelerin eğitim düzeyinin, sigara içme ve pasif sigaraya maruz kalmaları durumlarında etkili olduğu gözlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olanların sigara dumanına maruz kalmalarının daha az olduğu görülmüştür (Baheiraei vd., 2014: 280).

Türkiye’de gebelik sırasında sigara kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda gebelerin %2,5 ile %17’si gebeliğin herhangi döneminde sigara kullanmaktadır. Gebeliğin tamamı boyunca sigara içenlerin yüzdesi %2,5 olarak bulunmuştur. Gebelikte sigara kullanımı ile ilgili yararlı durum, kadınların gebelik sırasında sigara içme davranışlarını değiştirmeleridir. Gebelerin yarısından çoğu (%47-%66) gebeliği sırasında sigarayı bırakmakta, diğer kısmı ise sigara sayısını azaltmaktadır (Tütün Kontrol Politikaları, 2010: 25).

2.2.2.4. Yetişkinlerde Tütün Kullanımı

Tütün ve tütün ürünleri kullanımında sigara tüketimi, Dünya’da ve Türkiye’de yaygın bir davranış haline gelmiştir. Tütün kullanan bireylerin büyük bir kısmı olumsuz sağlık davranışının yarattığı sağlık sorunları ile hayatlarını kaybetmektedirler. Çalışma hayatındaki bireylerin çalışma saatleri ve kötü çalışma koşullarına bağlı olarak sigara tüketimine olan eğilim artmıştır.

Çalışanların sağlık davranışları incelendiği çalışmalarda, sigara içme davranışı en yüksek bulunmuştur. Erkeklerde sigara ve alkol tüketimi daha fazla olması erkeklerin çalışma hayatında daha fazla bulunmalarının göstergesidir.

Uzun çalışma saatleri çalışanların sağlık davranışı üzerinde etkilidir. Planlanmayan emekliliklerin de olumsuz sağlık davranışlarına zemin hazırladığı belirtilmektedir. Kültür ve sosyal yapı farklılıkları, düzenli gelire sahip olma ya da gelir seviyesindeki değişimler sağlık davranışlarını ve benlik duygusunu etkileyen unsurlardır. Birey stres yönetiminde etkin rol üstlenirse sigaraya olan ihtiyacı da azalacaktır (Esin ve Aktaş, 2012: 166).

Sigarada bağımlılığa yol açan nikotin maddesi olduğu için DSÖ’ye göre düzenli olarak günde en az bir adet sigara içmek sigara bağımlılığı olarak kabul edilmektedir. Sürekli nikotin tüketimi psikolojik bağımlılığın yanında çevresel ve fiziksel bağımlılığa da yol açmaktadır. Günlük tüketilen sigara sayısının bağımlılıkla ilgili olduğu belirtilmektedir. Sigara sayısının artması fizyolojik bağımlılığın, psikolojik bağımlılığın önüne geçtiği belirtilmektedir (Yılmaz, 2019: 5).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırmaları (KYTA) sonuçlarına göre Türkiye’de 2008 yılında sigara kullanım sıklığı %31,2’dir. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde %47,9 bulunmuştur. Tütün kullanımı eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Gelişmiş ülkelerin aksine Türkiye’de sigara tüketimi eğitilmiş bireylerde daha fazla olduğu saptanmıştır. Tütün kullanım sıklığı en düşük

kırsal bölgede yaşayan ve eğitimli olmayan kadınlarda en yüksek ise lise mezunlarında olduğu belirtilmiştir.

Yaş grupları olarak en yüksek sıklığın 25-44 yaşlarda, en düşük 65 yaş üstü erkek ve kadınlarda olduğu bildirilmektedir. Sigarayı tüketenlerin yarısından fazlası sigara satın almaya yasal yaş sınırı olan 18 yaşından önce başlamışlardır. Sigaraya başlama yaşı ortalaması erkeklerde 16,6 iken kadınlarda bu oran 17,8'dir. Araştırma sonuçlarına göre günde içilen ortalama sigara sayısı 17,7'dir. Tütün kullananların %96,5'i mamul sigara tercih etmektedir. Çok az kısmı serpm sigara (%2,6), nargile (%2,3) ve diğer tütün ürünlerini (puro, pipo vs.) kullanmaktadır. KYTA sonuçlarına göre; nargile kullanımı gençlerde (15-24 yaş grubunda %4,3) ve kentlerde yaşayanlarda %2,9 kırsal bölgelerde %1 daha yaygındır (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012).

TÜİK tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırmasına göre 2010 yılında her gün sigara içen oranı %25 iken 2014 yılında %27'ye çıkmıştır. Erkeklerde sigara içme oranı %39'dan %42'ye çıkmıştır. Kadınlarda ise 2010 yılında %12 olan sigara içme oranı %13 olmuştur (TTD 19.Yıllık Kongresi, 2016).

2.2.3. Pasif Sigara Dumanı Etkilenimi

Aktif sigaradan kaynaklanan birçok riskli etkiler pasif sigara maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Japon bir araştırmacının, 1981 yılında 91.000 ev hanımını kapsayan çalışmasında eşi sigara içenlerde akciğer kanseri görülme riskinin daha fazla olduğunu görmüştür. Başkasının sigara dumanına maruz kalan kişilerin çoğunda hastalık ve ölümle sonuçlanmaktadır (Karlıkaya vd., 2006: 51).

Sigara içmeyenler tütün dumanına; evde, işte ve toplu olarak bulunduğumuz ortamlarda, sigara içenlerin bulunduğu kapalı yerlerdeki dumanlar pasif sigara içme olarak bilinmektedir. Dünya genelinde pasif sigaraya maruz kalma oranı yüksektir. Gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde çocuklar ailelerin sigara tüketimi sonucu pasif sigara dumanına maruz kalabilmektedirler. Pasif sigara çocuklarda intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum, kilo, doğumda ve yenidoğanda mortalite, akciğer fonksiyonlarında azalma, bronşit, zatürre, astım, nörogelişimsel gecikmeler, davranış problemleri, orta kulak iltihabı, akademik başarıda azalma ya da ani bebek ölümlerine sebep olabilmektedir. Çevresel tütün dumanında 4000'den fazla kimyasal bileşen olduğu ve serbest radikal oluşumuna neden olduğu bilinmektedir. (Baysal vd., 2010: 251).

Pasif sigaraya maruz kalan kişilerin değerlendirilebilmesi için en çok kabul gören biyolojik faktörlerden; tükürük, serum ve idrardaki nikotin düzeyi ölçüt olarak kullanılmaktadır. Sigara içmeyen ama pasif sigara dumanına maruz kalan kişilerde tükürük, serum ve idrardaki nikotin düzeyi incelendiğinde pasif sigara dumanına maruz kalmış kişilerin bu incelenen faktördeki düzeylerinin daha yüksek çıktığı gözlemlenmiştir (Karakoç vd., 1998: 77).

Kahvehanelerde çalışan kişilerde yapılan çalışma sonucunda pasif sigara dumanının solunum semptomları ve fonksiyon üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sonuç olarak kahvehanelerde çalışanlarda solunum sistemi yakınmalarının fazla olduğu, kahvehanelerin kronik bronşit bakımından risk taşıdığı saptanmıştır. Türkiye’de pasif sigara etkilenimi oldukça fazla olmakla birlikte hatalı kişisel bildirimler ve kotinin ölçümü yapma olanağının bulunmaması gibi nedenlerden dolayı gerçek etkilenim düzeyini belirlemek mümkün olmamaktadır (Tütün Kontrol Politikaları, 2010).

2.3. Türkiye’de Sigara Tüketiminin Bireye Ekonomik Yüğü

Sigaranın hem bireye hem de topluma ekonomik maliyet yarattığı bilinmektedir. Dünya geneline bakıldığında sigaranın sağlık harcamaları ile ölüm, sakatlık durumunun ortaya çıkarmış olduğu işgücü kaybı da düşünüldüğünde 2030 yılına kadar toplam maliyetin 1,4 trilyon dolardan fazla harcama olması beklenmektedir (Uğur Yılmaz, 2020: 10).

Sigaranın topluma bu denli yüklediği maliyetler göz önünde bulundurulduğunda çözüm üretilmesi zorunlu hale gelmektedir. Bu sebeple sigara üzerinden vergi alımının yapılması ve bu vergilerden elde edilecek olan gelirlerin daha çok sağlık harcamalarına aktarılmasının daha uygun olacağı söylenebilir. Böylece gelecek dönemlerde de sağlık harcamalarına yapılan kaynak aktarımı sayesinde hem sigara tüketiminde azalış gözlemlenirken hem de sigaradan kaynaklı hastalıkların en aza inmesine yardımcı olacak çözüm olarak vergilendirmenin yararlı olabileceğini söyleyebiliriz.

Sigaranın vergilendirilmesi, sigara ile mücadelede önemli bir faktör olarak kabul görmektedir. Bu faktörün üç amaca hizmet etmesi amaçlanmaktadır. Öncelikli amacı olarak sigara kullanımının yarattığı negatif dışsallıkların en aza indirilmesi hedeflenmektedir. Negatif dışsallık kapsamında; tetiklediği hastalıklar, çevreye zararları gibi konular mevcut bulunmaktadır. İkinci amacı olarak ise sigara üzerinden alınan vergilerin miktarlarında artış yaratılması böylece sigara kullanımını az da olsa minimize etmesi hedefler arasında yer

almaktadır. Son amaç olarak da sigaradan elde edilecek bu gelirin hükümetin bütçesine ek gelir sağlaması olarak hedeflenmektedir (Uğur Yılmaz, 2020: 10).

Sigaranın meydana getirmiş olduğu maliyetlerin hesaplanması ve uygun vergi oranları ile düzenlenmesi zorunlu hale gelmiş olsa da bu düzenlemeler yapılırken bazı sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunlardan bir tanesine değinecek olursak hamile ve normal kadınları örneklendirmek açıklayıcı olacaktır. Hamile kadınların sigara tüketimi hem kendine hem de gelişmekte olan bebeğine büyük zarar vermektedir. Normal bir kadının tüketmiş olduğu sigara ise yalnızca kendine zarar vermektedir. Ayrıca düşük doğumu tetikleyerek; yeni doğan bakım maliyetleri ve fetal ölümlerle birlikte sosyal kurumlara da topluma da önemli maliyet ortaya çıkarmaktadır. Hamile kadın ve normal kadından sigara üzerinden aynı vergi alınması yerine bireydeki değişiklikleri göz önünde bulundurabilecek bir hizmetin uygulamaya konulması topluma daha yararlı olabilir. Fakat bu durum vergi işlemlerinin zaman ve maliyet açısından daha fazla yük getireceği de belirtilmektedir (Chaloupka, Warner, 1999: 27).

2.4. Tütün ve Bağımlılık

Tütün bağımlılığı; ruh halini değiştiren maddelerin kişiler tarafından tekrar tekrar yutulması davranışı olarak ifade edilmektedir. Nikotin, mezolimbik dopamin sistemini etkilemektedir. Uzun süre nikotine bağlı kalan beyinde yapısal bazı değişikliklere yol açmaktadır. Beyinde nikotin maruziyeti durduğunda meydana gelen yoksunluk belirtileri de dahil olmak üzere fiziksel bağımlılığın da gelişimi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Sigara dumanında bulunan diğer maddelerde nikotin bağımlılığını arttırmaktadır. Sigara içmenin ruh hali, bilişsel ve gevşeme etkilerinin nikotinin presinaptik naChR'leri uyarması sonucu ile meydana geldiği düşünülmektedir. Bu reseptörlerin aktivasyonu; hazzı işaret eden dopamin, uyanıklığı ve bilişsel işlevi arttıran norepinefrin ve asetilkolin, hafızayı ve öğrenmeyi arttıran glutamat, ruh haline etki eden serotonin, stres ve kaygıyı azaltan GABA ve endorfinlerdir (Judith vd., 2019: 1363).

Nikotin bağımlılığı günde tüketilen sigara sayısı ve ilk sigaraya kadar geçen zamanla ölçülmektedir. İlk sigara; fiziksel bağımlılığın ve gece uyuduktan sonra ortaya çıkan yoksunluk semptomlarının yoğunluğunu göstermektedir. Tütün bağımlılığı için nikotin gereklidir. Fakat koşullu davranışlarında etkili olduğu bildirilmektedir. Bu koşullu davranışların davranışsal tedavi üzerinde güçlü etkileri olduğu belirtilmektedir. Sigara içicisi

birey genellikle günün ilk sigarasıyla zevk ve stimülasyon gün boyu devam eden görevler sırasında sigara içmenin uyarılması, artan konsantrasyon ve stres zamanlarında ve yatmadan önce gevşeme bildirir. Nikotine tolerans gelişir ve sigaradan alınan zevk azalır. Bu durumda nikotin seviyesi düştükçe yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Bu sebeple yoksun sigara içicisi birey endişeli, sinirli ve depresif davranabilir ve dikkatini toplamakta zorlanabilir. Günlük sigara tüketen bireyin günlük döngüsü vardır (Judith vd., 2019: 1363).

Nikotinin bağımlılıktaki işlevi, negatif (nikotin yoksunluğu) ve pozitif takviye sağlamanın kombinasyonu olduğu düşünülmektedir. Sigara içen birey sigara tüketmeyi bazı ruh halleri veya çevresel faktörlerle ilişkilendirebilir. Sigarayı bırakan birey sigara kokusunu ve tadını, gün içinde yaşadığı kaygıyı sigara içmek için bir sorun haline getirebilir. Özellikle sigara reklamlarına maruz kalmakta sigaraya olan özlemini tetikleyerek bireyin tekrar sigara içme davranışını ortaya çıkarabilir. Genetik faktörlerde sigara bağımlılığını etkileyebilmektedir (Judith vd., 2019: 1365).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düzenli olarak günde en az bir adet sigara içmeyi sigara bağımlılığı olarak tanımlamaktadır. Ayrıca fiziksel bağımlılıkla birlikte psikolojik bağımlılığa da yol açmaktadır (Özcan, Taş, Yılmaz, 2013).

Hastanın bağımlılık kriterlerine göre planlanan psikolojik tedavide baş etme becerileri, öfke kontrolü, aile görüşmesi, motivasyona yönelik çalışmalar ve değişik terapi yöntemleri uygulanmaktadır (Yeşilay.org.tr., Erişim tarihi:15.03.2021).

Türkiye, Yeşilay Cemiyeti bağımlılıkla mücadelede her yaş grubuna uygun toplumu bilinçlendirmek amacıyla Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı (TBM) geliştirmekte ve uygulamaktadır. Yeşilay Cemiyeti ülkemizin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak etkin eylem planı olan TBM'yi uygulamaya geçirmişlerdir. Bu program ile bağımlılık konusunda bireyin ve toplumun bilinç düzeyinin ve farkındalığının artırılması amaçlanmıştır (Yılmaz, 2014: 127).

2.5. Tütün Kontrolü

Tütün kontrolü; birçok sektörün birlikte hareket etmesini gerektirmektedir. Tütünle mücadelede işsizliğin artmayacağı, ekonomiye olumlu etki sağlayacağının ortaya konması, yoksullukla mücadelede sigara ile mücadelenin önemini ortaya koyması açısından

önemlidir. Diğer ülkelerde tütün kontrolü sonucunda vergi oranlarının artması, kitlesel iş kayıpları ve kaçakçılıkta artış yaşanacağı kaygısı taşımaktadırlar (Karlıkaya vd., 2006: 51).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO); 2003 yılında üye devletlerle beraber Tütün Kontrol Çerçevesi Sözleşmesini (TKÇS) kabul etmiştir. Tütün endüstrisi bağımlılığa yol açan, hastalığa ve ölüme sebep olan bir ürün üretmektedir. Bu sebeple ülkeler tütün kontrolü için halk sağlığı politikalarının yapılmasını ve uygulanmasını istemektedir. Bu sözleşme insanların en yüksek düzeyde sağlık standartlarından yararlanmalarını doğrulayan, sağlık işbirliği için yasal boyutlar sağlayan kanıta dayalı bir sözleşmedir (WHO, 2020).

Bu sözleşme tütün talebini ve tütün arzını azaltmaya yönelik önlemler içermektedir. Tütün talebini azaltmaya yönelik önlemler içinde; fiyat ve vergilendirme artışı, kapalı alanlarda tütün kullanımı yasaklanması, tütün ürünleri paketlerindeki özendirici unsurların bulunmasının yasaklanması, eğitim ve toplumsal bilinç sağlamaktır. Tütün arzını azaltıcı önlemler içinde ise tütün ürünlerinin yasadışı ticaretinin engellenmesi, çocuklara satışının engellenmesi, satışların belirlenen yerlerde yapılması, tütün sektöründeki çalışanlar için yeni alternatif alanlar geliştirilmesi yer almaktadır (Yılmaz, 2014: 127).

2007 yılında DSÖ, talep azaltma maddelerini ölçeklendirebilmek için maliyeti az bir paket yayınlamıştır. MPOWER paketi, tütün kontrolü çerçeve sözleşmesinin her bir maddesine karşılık gelmektedir.

MPOWER paketi tütünsüz yaşamı destekleyen, yasal ve sosyoekonomik içerikleri ile tütün kullanımını azaltacak araçları sunmaktadır (WHO, 2008).

MPOWER;

- 1.Tütün kullanımı ve koruma politikalarını izlemek
- 2.İnsanları pasif sigara dumanı zararlarından korumak
- 3.Tütün kullanımının bırakılmasını sağlayacak yardım önerilmesi
4. Tütün kullanımının zararları hakkında uyarmak
- 5.Tütün reklam ve promosyon yasaklarını uygulamaya koymak
- 6.Tütün ürünlerinden sağlanan vergileri arttırmak.

Ülkemiz, 2008 yılından beri DSÖ'nün önerdiği tütün kontrol çalışmalarına rehberlik etmesi için önerdiği MPOWER politika paketindeki ölçütlerin tamamını uygulayan ilk ülke olmuştur. Tütün kontrolü alanında ülkemizin yapmış olduğu çalışmalar, ülkelere örnek

gösterilmektedir. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 42 ülke katılımıyla 2012 yılı değerlendirme toplantısını 18-20 Eylül 2012’de ülkemizde gerçekleştirmiştir. 2013 yılında DSÖ tarafından hazırlanan Tütün Ürünleri Yasadışı Ticaretinin Önlenmesine Yönelik Politikayı imzalamıştır. 25 Şubat 2020 Cumhurbaşkanlığı Kararıyla nikotin içersin ya da içermesin her türlü tütün mamulünde kullanılan elektronik cihaz, solüsyon, parça ithali yasaklanmıştır (havanikoru.saglik.gov.tr, Erişim tarihi 20.03.2021).

Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı tüm bireyleri tütün ürünlerinin sebep olduğu risklerden korumak amacıyla 2018-2023 dönemlerini kapsayacak şekilde güncellenmiştir. Yeşilay Cemiyeti işbirliği ile ‘Yeşil Dedektör’ isimli mobil uygulama ile Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemine yardımcı olmak amacıyla 31 Mayıs 2016’dan itibaren Ankara ve İstanbul’da uygulanmıştır. 2017 yılından itibaren tüm Türkiye’de kullanılmaya başlanmıştır. Tütün Denetçileri Uzaktan Eğitim Programı (TÜDEP) denetimlerde görev alan personelin tütün kontrolü uygulamalarında bilgi ve beceri düzeylerini arttırmak sebebiyle oluşturulan eğitim içerikli eğitim programı geliştirilmiştir (havanikoru.saglik.gov.tr, Erişim tarihi 20.03.2021).

Tarım Orman Bakanlığı tarafından hazırlanan ‘Tütün Mamullerinin Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik’ 1 Mart 2019 tarihli 30701 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik ile düz paket uygulaması hükümleri içermeyen tütün ürünleri 05.12.2019 tarihinden sonra piyasaya arz edilmesi ve 05.01.2020 tarihinden sonra piyasada bulundurulması yasaklanmıştır (havanikoru.saglik.gov.tr, Erişim tarihi 20.03.2021).

Türkiye, tütün kullanımının takip edilmesinde Küresel Yetişkin Tütün Araştırmaları sonuçlarına göre 2008 yılında %31,2 olan sigara tüketme oranını 2012 yılında %27,0’ye düşmüştür. Pasif sigara dumanından halkın korunması için 4207 sayılı yasada kapalı alanlarda sigara içme yasağı getirmiştir. Ülkede denetimleri arttırabilmek için online denetim sistemlerine geçilmiştir. ALO 184 hattına gelen ihbarlarla yasağa uyulmayan adrese en kısa sürede denetim sağlanmıştır. Ayrıca sigara bırakmak isteyenlere yardımcı olmak amacıyla ALO 171 ‘Sigara Bırakma Danışma Hattı’ ve Sigara Bırakma Poliklinikleri kurulmuştur. Ayrıca DSÖ tarafından 1987 yılından itibaren her yıl 31 Mayıs Dünya Tütüne Hayır Günü kabul edilmiştir (sggm.saglik.gov.tr, 2020).

2.6. 1990'lı yıllarda Türkiye'de Tütün Ekonomisi ve Politikaları

Birinci bölümde de değindiğimiz gibi tütün 16.yüzyılda ortaya çıkarılmış ve toplum tarafından talep edilir hale gelmiş bir tarım bitkisidir. Osmanlı devletinde de tütün kullanımı yaygın olarak görülürken dönemin ileri gelenleri tarafından bazı kısıtlamalara tabi tutulmuştur. Fakat Cumhuriyetin ilanını kapsayan süreç ve sonrasında, Türkiye Cumhuriyeti ülkenin ekonomisini canlandıracak ve kalkınmasını sağlayacak yeni ekonomi politikalarına ihtiyacı olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca hem ithalat hem de ihracatta gelişmiş ülkelerle rekabet edebilecek düzeye gelebilmek için döviz gelirini artıracak uygulamalara öncelik verilmesi ihtiyaçları karşılayacak çözümlerden biri olabilir. Türk tütününün kalitesinin ne kadar iyi olduğu ve dış ticarete talebinin yüksek olduğunu bilmekteyiz. Bu sebeple döviz gelirini artıracak tarımsal faaliyetler içerisinde tütün tarımını gösterebiliriz. Türk tütünü bu dönemde ekonomiye gelir sağlayan ve kalkınmaya yardımcı olabilecek kaynaklar arasında yer alabileceğini söyleyebiliriz.

1925 ve 2001 yılları arasındaki tütün ürünündeki değişim dikkate alındığında bu dönemde millileştirme söz konusu olduğu daha sonraki dönemlerde tütüne ilişkin düzenlemelerin değişiklik gösterdiğini söyleyebiliriz. 1925 yılından 1970 yılına kadar genellikle ülke ekonomisiyle uyumlu ve dengeli bir şekilde ilerleme hedeflenmiştir. 1940 yılından sonra ise tütün yetiştiren bütün üreticilerin desteklenmesi için Milli Koruma Kanunu kaldırılarak 1960'lı yıllarda '196 Sayılı Ekici Tütünleri Satış Piyasalarının Desteklenmesine Dair Kanun' çıkarıldığı bilinmektedir. 1970'li yıllar gelindiğinde tütünden elde edilen kazancın diğer ekilen tarım ürünlerinden fazla olduğu saptanınca tütün üretimi Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerimizde artış göstermeye başlamıştır. Bu üretim hızıyla ilk defa Türkiye'de 1976 yılında tütün üretiminin 300.000 tonu geçtiği bilinmektedir. Fazla üretimin plansız yapılması sonucunda ithalat ve ihracat açısından da fazla stok olduğu ortaya konmuştur (tutuneksper.org, Erişim tarihi: 22.03.2021).

Bu dönemde Türkiye nüfusunu inceleyecek olursak genç bir nüfusa sahip olduğunu ve nüfusun giderek artış gösterdiği bir dönem olduğunu söyleyebiliriz. Artan genç nüfus dönemin popüler olan tütün ürününe eğilim göstereceğini ifade edebiliriz.

Genç nüfus üzerinde bu durum ilerleyen dönemlerde sigara kaynaklı hastalıklar sebebiyle oluşacak sağlık sorunlarını ve harcamalarını artırmakla beraber bir dönemin gençlerinin hayatını tehdit ettiğini söyleyebiliriz. Hal böyle olunca plansız üretim, artan stoklar dikkate alındığında düzenlemelerin ve politikaların 1970'ler de yetersiz kaldığını söyleyebiliriz.

TEKEL, tütün ürünlerinin üretilmesini ve satılmasını sağlayan iktisadi devlet teşekkülü olarak bilinmektedir. TEKEL'in uyguladığı plansız üretim sonucunda; (tutuneksper.org, Erişim tarihi: 22.03.2021).

- 1986 yılında 3291 sayılı kanun ile tütünde devlet tekeli kaldırılarak yine aynı yıl içinde 10911 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile tütün ürünleri üretim, dağıtım belli şartlarla serbest bırakıldı.
- 1988 yılında TEKEL ortaklığı ile ilk yabancı şirket BEST AŞ. kurularak sigara üretimine ve yaprak tütün ithalatına izin verilmiş oldu.
- 1991 yılında ise 1755 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yerli ve yabancı tüzel kişilere TEKEL ortaklığı olmadan tütün ve tütün ürünleri üretimine ve ithalatına izin verilmiştir.

2.6.1. Tütün-Tütün Ürünleri Üretimi ve Dış Ticareti

Türkiye’de Ege, Marmara, Karadeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde üretilen tütünler bölgelere göre farklılık göstermektedir. Bu durumda tütünden elde edilen ürünlerde çeşitlilik görülmektedir. Bu sebeple çeşitliliğin olması farklı ürünlere olan talebi de artırmaktadır. Ayrıca bölgesel değişimler nedeniyle üretimde dengesizliklere yol açabileceğini söyleyebiliriz. Daha çok gelişmemiş bölgelerde üretilen tütün o bölge halkının geçim kaynağı olarak birincil sırada olduğunu ve istihdamda önemli etkisi olduğunu belirtebiliriz. Güneydoğu Anadolu bölgesini örnek verecek olursak bu bölgede sanayi çok fazla gelişmediği için halk geçim kaynağı olarak daha çok tarımı tercih etmektedir. Bu sebeple bu bölge gibi birçok bölgede de tütün tarımı ciddi istidam kaynağı olarak gösterilebilir (Şahin ve Taşlıgil, 2013: 82).

Tablo 6: Tütün üretimi, 1998-2007

Yıl	Üretici Sayısı (1000 kişi)	Üretim Alanı (1000 hektar)	Üretim Miktarı (1000 ton)
1998	622	278	202
1999	568	270	244
2000	583	237	204
2001	478	199	150
2002	405	199	160
2003	318	184	112
2004	282	193	134
2005	252	185	135
2006	215	146	98
2007 (tahmini)	207	145	80

Kaynak: Tütün Kontrol Politikaları (2009), Erişim tarihi 25.03.2021.

1990'lı yıllarda Türkiye'de tütün ekim alanı %61'lik paya sahipken 2010 yılında bu pay %76'ya yükselmiştir. Böylece tütün ekim alanı ülkemizde büyük pay sahibi olmuştur. Türkiye'de tütün ekiminden alınan verim en fazla kıyı bölgelerden olmaktadır. İç Anadolu bölgesinde tütün ekimi yapılmamakla birlikte diğer bölgelerde az da olsa tütün ekimi yapılmaktadır. 1990'lı yıllarda tütünün sağlığa zararları ortaya çıkmaya başlayınca ilk kez 1996'da kapalı mekanlarda tütün ürünleri kullanımı yasaklanmıştır (Şahin ve Taşlıgil, 2013: 82).

Tablo 6 incelendiğinde de yıllar geçtikçe tütün ekim alanlarında ve tütün yetiştiricilerinde azalış görülmektedir. Bu durum genel olarak tütünün sağlığa zararı sonucunda kota uygulamaları ve piyasa ihtiyacı doğrultusunda tütün üretimine izin verilmesi ile ilgili olabileceği ifade edilebilir.

Tablo 7: Tütün İhracatı, Türkiye, 1998-2007

Yıl	Miktar (1000 ton)	Değeri (milyon ABD Doları)
1998	129	507
1999	115	470
2000	100	373
2001	96	340
2002	89	280
2003	112	330
2004	107	388
2005	135	476
2006	128	497
2007	114	450

Kaynak: Tütün Kontrol Politikaları (2009), Erişim tarihi 25.03.2021.

Tablo 7'yi incelediğimizde 1998 ve 2007 aralığını kapsayan on yılda ortalama 112 milyon kilo tütünün ihracından yaklaşık 411 milyon ABD doları gelir elde edildiği ortaya konmaktadır. Buna göre geçmişte tütünden önemli miktarda gelirin ülke ekonomisine girdiğini ve talep yönünde tütün tarımına verilen önemin artış gösterdiğini söyleyebiliriz.

Tütün tarımında 1925 yılında büyük bir gelişim gözlenmiştir. Daha sonraki beşer yıllık dönemlerde de 1970'li yıllara kadar artış sürekli devam ettiği belirtilmektedir. Fakat 1970'ten 2010 yılına kadar bu artışta süreklilik sağlanamamıştır. TÜİK verileri incelendiğinde 1940 yılında 78.054 hektarlık ekim alanı 1970'e kadar dört katını aşarak 330.712 hektarlık alanı kapladığı bilinmektedir. Daha sonra 1985 yılında 176.848 hektara gerilese de 1990'lı yıllarda 320.236 hektarlık bir alana yükseldiği belirtilmektedir. Fakat 2000'li yıllarda yeni yasal düzenlemeler sonucunda ekim alanlarında daralmaya gidilmiştir (Şahin ve Taşlıgil, 2013: 80).

Türk Tütünü kaliteli bilinmesi ile ihracatın önemli bir sembolü haline gelmiştir. Fakat 1980’li yıllarda ithal sigara yasağının kalkmasıyla piyasa tekrar canlılık kazanarak tütüne verilen fiyatın yükselmesi ile iki kat artış gösteren üretim 300 bin tonla zirve yaptı. Bu üretim fazlalığı tütüne negatif bir etki yapınca maliyetler artmaya başlayarak üreticiler farklı işlere yönelim gösterdiler. Bu durum 2002’deki destekleme alımlarının son bulacağının göstergesi diyebiliriz (<https://www.tarlasera.com>, Erişim tarihi: 25.03.2021).

Türkiye’ye tütün ürünü çeşitleri 1988 yılında girdiği bilinmektedir. 1988 yılında ithal edilen tütün miktarının 610 ton gibi daha az miktarlarda olduğu belirtilmektedir (Tütün Kontrol Politikaları (2009), Erişim tarihi: 25.03.2021).

Daha önce değindiğimiz gibi 1988 yılında tütün ithalatı 610 ton iken 2007 yılında bu miktar 67 000 tona kadar yükseldiğini tablo 8’de görmekteyiz. Tütün ürünlerine talebin çok olduğu dönemlerde hem ithalatı hem de ihracatı ekonomide büyük önem kazanmıştır. Fakat günümüze yaklaştıkça insan sağlığına zararları sebebiyle ekonomideki büyük etkisi önceki dönemlerdeki kadar etkili olmadığını söyleyebiliriz.

Tablo 8: Tütün İthalatı, Türkiye, 1998-2007

Yıl	Miktar (1000 ton)	Değeri (milyon ABD Doları)
1998	42	256
1999	49	248
2000	62	308
2001	56	243
2002	55	215
2003	57	200
2004	67	221
2005	67	272
2006	67	253
2007	67	281

Kaynak: Tütün Kontrol Politikaları (2009), Erişim tarihi: 25.03.2021.

2000’li yıllarda Türkiye’deki tütün ithalatında görülen artış Amerikan tipi sigaraların iç pazardaki payının artmasına bağlanmaktadır. Bu sebeple Amerikan tipi sigara üretiminde kullanılacak kaliteli tütünler Türkiye’den ithal edilmiştir. 2010 yılı dikkate alındığında tütün ithalatının tütün üretim miktarından fazla olduğu ortaya konmaktadır (Şahin ve Taşlıgil, 2013: 96).

Tütün ve tütün ürünleri geçmişten günümüze birçok ülkenin ekonomisine olumlu yönde etkiler yaptığı bilinmektedir. Geçmiş dönemde sağlığa yararı olduğu ortaya konmuş olsa da günümüzde bu durum geçerliliğini kaybetmiştir. Fakat dikkatle incelediğimizde geçmiş dönemde ekonomiye sağladığı kazançlar bugün yine kazanç haline dönüştürüldüğünü belirtebiliriz. Günümüzde tütün ürünleri üzerinden alınan vergiler birçok yararlı faaliyetlerde bulunmak için kullanılmaktadır. Örnek verecek olursak sigaradan alınan vergilerin sağlık sektörüne katkı sağlaması için kullanıldığını belirtebiliriz.

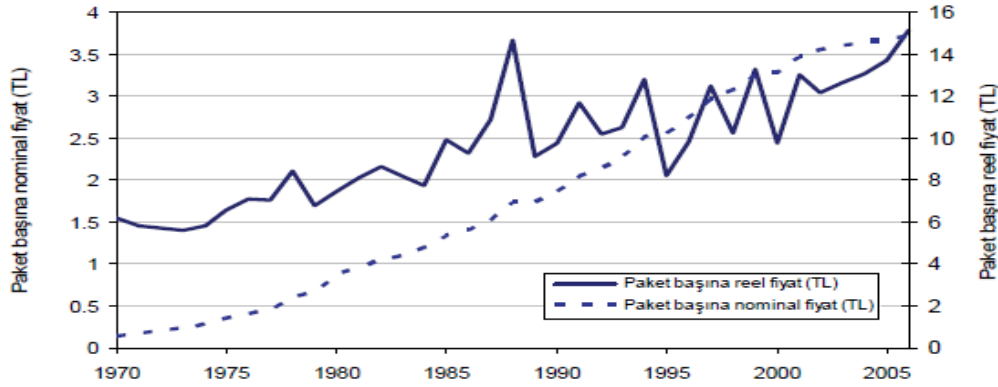
2.6.2. Tütün- Tütün Ürünleri Vergi ve Fiyatlandırma

Tütün ürünleri üzerine yansıtılan vergi oranları, tütün tüketiminin azaltılmasına ve tütün ürünleri kullanımının bırakılmasına teşvik etmekte önemli bir çözüm yolu olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün araştırmaları incelendiğinde tütün ürünleri üzerindeki vergi oranlarının artması ve satış fiyatının yükselmesi sonucunda tütüne olan talepte azalma açık bir şekilde ortaya konmaktadır. Bu durum 1961-2012 yılları arasında Güney Afrika'da vergi ve fiyatlardaki yüksek miktar sigara tüketimi seviyesinde azalma yaratmıştır. Bir paket sigaranın %10'luk artışı gelişmiş ülkeler üzerinde ortalama %4, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde ise %5 seviyelerinde sigara talebini azaltmakta olduğu belirtilmektedir (Çelikkaya, 2020: 3).

Türkiye'de daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde genç bağımlı olan bireylerin vergi sonrası sigara fiyatlarında meydana gelen artış sonucunda sigara tüketiminde azalma eğilimi gözlemlenmiştir. Genç bağımlıların sigaraya arzusu tam gelişmediğinden dolayı sigaraya uygulanacak yüksek vergi oranı genç bağımlıların caydırmakta kolaylık sağlayacaktır. Ayrıca gençlerin kendi gelirlerini karşılayamıyor olmaları genç bağımlıların sigara tüketimini bırakmasında etkili diğer etkenlerden biridir. Bu uygulama ard arda genç kuşaklar arasında uygulanırsa sigara tüketiminde azalma gözlemlenebilir (Yılmaz Uğur, 2020: 18).

Sigaranın vergilendirilmesi, sigara ile mücadelede önemli bir uygulama ve üç farklı amacı olduğu belirtilmektedir. Sigaranın vergilendirilmesi öncelikle sigara tüketiminin meydana getirdiği negatif dışsallıkları en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Daha sonra ise sigara üzerinden alınan vergilerin, sigara tüketiminde azalma eğilimi göstereceği yönündedir. Son olarak ise alınan bu vergilerin devlet bütçesine olumlu katkıları olması yönünde amaçların olduğu belirtilmektedir (Yılmaz Uğur, 2020: 18).

Tablo 9: Türkiye’de Paket Başına Nominal ve Reel Sigara Fiyatları, 1970-2006.



Kaynak: Tütün Kontrolü Politikaları (2009), Erişim tarihi:01.04.2021.

Tablo 9’da reel ve nominal olarak sigara fiyatlarındaki değişim gösterilmektedir. Yüksek enflasyon sebebiyle bir paket sigara fiyatı 1970 yılında 1,69 iken 2006 yılına gelindiğinde 2,83 olduğu görülmektedir. 2000’li yıllarda vergi yapısında meydana gelen değişiklik ile 2002 yılından sonra fiyatlarda yükselme eğilimi görülmektedir.

Tütün ürünlerinin vergilendirilmesinde oransal ve maktu vergi sistemi kullanıldığı bilinmektedir. Oransal vergide fiyat baz alınılırken, maktu tüketim vergisinin belirlenmesinde sigara sayısı etkili olduğu belirtilmektedir (Yürekli vd., 2010: 31).

Tablo 10: Spesifik (Maktu) Verginin Artması Halinde Sigara Fiyatında Meydana Gelen Değişim

	Vergi Öncesi		Vergi Sonrası	
	Yüksek Fiyatlı Ürün	Düşük Fiyatlı Ürün	Yüksek Fiyatlı Ürün	Düşük Fiyatlı Ürün
Toptan Fiyat	1.60	0.60	1.60	0.60
ÖTV	3.60	3.60	7.20	7.20
KDV (%15)	0.80	0.60	1.30	1.20
Fiyat	6.00	4.80	10.10	9.00
Fiyattaki Değişim	1.20		1.10	

Kaynak: Candan YILMAZ UĞUR, İstanbul Üniversitesi Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul 2020.

Tablo 10’da görüldüğü üzere, spesifik verginin 3.60’dan 7.20’ye çıkarılması halinde vergi sonrası yüksek fiyatlı ürün ile düşük fiyatlı ürün arasında 1.10 bir değişim söz konusu olmaktadır. Bu durumda sigara üzerinden alınacak verginin ikame ürünler arasındaki farkı azaltarak sigara tüketiminde azalma gözlemlenecektir. Spesifik vergi enflasyon karşısında düzenli bir artış gösteremediğinden eleştirilmektedir. Çünkü enflasyon verimlilik kaybına yol açmaktadır. Bu sebeple hükümetlerin spesifik vergileri otomatik ayarlaması önerilmektedir (Yılmaz Uğur, 2020: 36).

Maktu vergi, yüksek markalı sigaraların düşük fiyatlarla satılmasının önüne geçebilmek için geliştirildiği anlaşılmaktadır. Tütün tüketicileri, yüksek fiyat karşısında düşük fiyatlı ürünlere yönelecektir. Ancak bütün ürünler üzerinden alınan vergiler sebebiyle yüksek fiyatlı sigaradan düşük fiyatlı sigaraya olan ikamenin sınırlandırılabilceği söz konusu olmaktadır.

Tablo 11: Advalorem Verginin Artması Halinde Sigara Fiyatında Meydana Gelen Değişim

	Vergi Öncesi		Vergi Sonrası	
	Yüksek Fiyatlı Ürün	Düşük Fiyatlı Ürün	Yüksek Fiyatlı Ürün	Düşük Fiyatlı Ürün
Toplan Fiyat	1.60	0.60	1.60	0.60
ÖTV	3.60	1.35	7.20	2.70
KDV (%15)	0.80	0.30	1.30	0.50
Fiyat	6.00	2.25	10.10	3.80
Fiyattaki Değişim	3.75		6.30	

Kaynak: Candan YILMAZ UĞUR, İstanbul Üniversitesi Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul 2020.

Tablo 11’de advalorem verginin 2.25’ten 4.50’ye çıkarılması halinde yüksek fiyatlı ürün ile düşük fiyatlı ürün arasında değişim 6.30 olduğu görülmektedir. Bu değişim ile sigaradan alınacak advalorem verginin daha düşük fiyatlara yol açtığı görülmektedir. Spesifik vergiye göre advalorem verginin yüksek ve düşük fiyatlar arasında büyük değişime yol açmaktadır. Bu sebeple tüketicileri düşük fiyatlı sigaraya yöneltecektir. Bu durum daha kalitesiz sigara tüketimiyle birlikte sağlık sorunlarını da beraberinde getirecektir. Bu vergi çeşidinde ürün fiyatına göre vergi oranları hesaplandığından düşük fiyatlı sigara daha düşük vergi anlamı taşımaktadır. Bu durumda sigara tüketimini artırmaktadır.

Bu durumun eleştirilmesine rağmen enflasyona karşı başarılı olması nedeniyle tercih edilmektedir. Eğer ürün çeşitliliği azalırsa bu verginin de başarılı olabilmesi söz konusu olmaktadır (Yılmaz Uğur, 2020: 38).

Sigara üzerinden alınan vergiler, enflasyonun üzerinde artırılması tütün ürünlerini daha pahalı hale getirecektir. Fiyatların daha pahalı hale gelmesiyle tüketicilerin tütün ürünleri satın alma isteklerinde azalma görülecektir. Sigara tüketicilerinin birçoğu 20 yaşından önce alışkanlık kazanmaya başladığından dolayı vergiler gençler üzerinde etkin rol oynayacaktır. Aslında tütün ürünlerinin azaltılması, gençlerin bulundukları sosyal ortama da bağlı olmakla birlikte vergi uygulaması sigaraya olan merakı azaltacaktır.

Tütün vergilerinde %10'luk artış, yüksek gelirli ülkelerde %4, orta ve düşük gelirli ülkelerde ise %5 oranında tütün kullanımını azalttığı ortaya konmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda gençlerin yetişkinlere göre tütün ürünü bırakma oranı 2/3'ten daha fazla olduğu ortaya konmuştur (Uğur ve Kömürcü, 2015: 329).

2.7. Günümüzde Tütün Ekonomisi ve Politikaları

Türkiye'de 2000'li yıllarda tütün üretimi ve tütün ürünleri ile ilgili pazarlama düzeninde önemli değişimler gözlemlenmiştir. Değişimler genellikle tütün üreticilerini olumsuz etkileyerek tütün üretiminin azalmasına neden olmuştur. Olumsuz değişim sebebiyle tütün üretimiyle ilgilenenlerin yaşça ortalaması yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca tütün üretiminden istenen kazancın sağlanamaması, tütün tarımının zorluğu ve kaliteli tütün yetiştirilen bölgelere farklı ürünlerin ekiminin yapılması gençlerin tütün sektörünü tercih etmemelerinde önemli faktörler olduğunu söyleyebiliriz.

4733 sayılı yasanın 6.ncı maddesinde, 'Üretici tütünlerini yazılı sözleşme veya açık artırma yöntemiyle alınır ve satılır' ifadesine yer verilmektedir. 2002 yılında Ülkemizde tütün üretiminin %94'ü alım satım sözleşmesiyle gerçekleştirilmiştir. Diğer %6'lık kısmı ise açık artırma ile satılmak üzere sözleşmesiz üretimi gerçekleştirilmiştir. Bu yöntemler sonucunda üretilen ürünlerin %10'unu firmalar açık artırma ile alım yaptıkları tütünü başlangıç fiyatlarından kabul etmişlerdir. Geriye kalan kısmı ise üreticinin elinde kaldığı belirtilmektedir. Bu sebeple bu yasa da belirtilen açık artırmalı satış merkezleri kurulamadığı bilinmektedir (Gümüş vd., 2008: 7).

Her ne kadar açık artırma yöntemiyle firmalar kazançlarını artırsa da üreticiye yarar sağlamadığı açıkça görülmektedir.

4733 sayılı Tütün yasası, 2002 yılında tütün sektörünü düzenlemek ve denetlemek için çıkarılmıştır. 4733 sayılı bu yasa ile destek alımlarına son verilmiş olup sözleşmeli üretim modeli ile tütün üretimi başlamıştır. Ardından TAPDK kurulmuş ve Tekel Genel Müdürlüğü tasfiye edilmesiyle üretim miktarında ve üretici sayısında azalma gözlemlenmiştir. TAPDK 696 sayılı kararname ile kapatılarak görevleri Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı kurularak, Tarım Orman Bakanlığına devredilmiştir (zmo.org, Erişim tarihi: 01.04.2021).

Türkiye’de tütün üretimi politikaları üç dönemde gruplandırılmaktadır. Bu dönemlere kısaca değinelim. 1986-1993 yılları arasında tütün alım fiyatlarının yüksek olduğu ve tütün üretiminin arttığı bilinmektedir. 1993-2002 yılları arasında ise kota uygulamaları ile tütün üretiminde denge sağlanmaya çalışılmaktadır (Adıyaman Tütün Raporu, 2013: 5).

Tablo 6,7 ve 8 incelendiğinde 2002 ve sonrasında ise Türkiye’deki tütün üretim ve tüketiminin genel görünümü diğer sayfalarda tablolarla anlatılmaktadır. Üretici sayısı ve üretim miktarının yıllar geçtikçe azaldığını görmekteyiz. 2000 yılında ihracat 100 bin ton iken 2002 sonrası ihracatta azalma meydana gelmiştir. İhracatta meydana gelen düşüş karşısında tam aksine ithalatta 2002 ve sonrasında artış yaşandığı görülmektedir. Bu durumda tütün alımının serbestleştiği ve tütün üretiminin ne kadar olacağı piyasanın ihtiyacına göre belirlendiği sonucunu çıkarabiliriz.

2.7.1. Tütün Ürünleri Üretimi ve Dış Ticareti

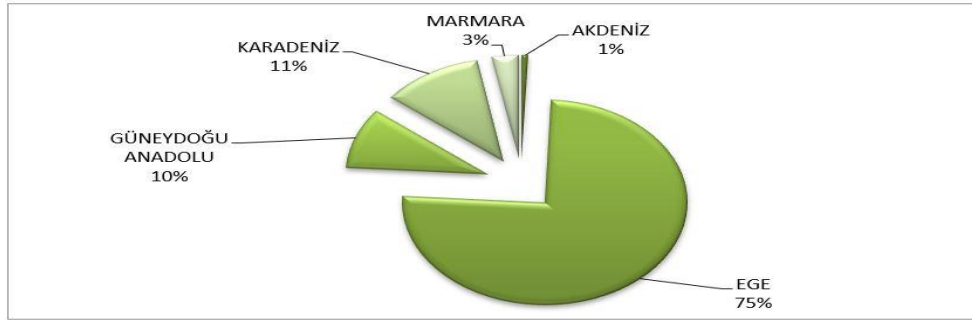
Ülkemizde tütün üretiminde yıllara göre farklılıklar gözlemlenmektedir. Bu farklılıklarda etkili olan hava şartları veya üretim alanları gibi farklı faktörler söz konusudur. Temel olan bu faktörlerin bir bütün olarak ele alınmasının yanında en etkili faktör olarak tütün fiyatları gösterilmektedir (Gümüş, 2009: 28).

Tarım ürünlerinden tütün, emek yoğun olması, üretim ve pazarlama sürecinin 1 yılı aşması sebebiyle üretici sebze ve meyve üretimine daha fazla yönelmektedir. Ayrıca en kaliteli tütünün Ege Bölgesinden sağlanmasına rağmen bu bölgede turizm ve sanayileşmenin hızla artması gençleri bu alana çekmemektedir. Bu sebeple günümüzde Datça, Bodrum, Marmaris gibi kıyı kesimlerde tütün üretiminin tamamen bittiği ifade edilmektedir. Bu sebeple bu bölgedeki tütün üretimi Ege Bölgesinin iç kesimlerine kayma göstermiştir. Günümüzde

Manisa, Denizli ve Samsun’da üretici sayısı azalmasına rağmen üretim alanlarında azalma görülmemektedir. Fakat Denizli’de üretim alanlarında artış olduğu belirtilmektedir (Gümüş, 2009: 32).

Burada asıl olan firmaların üreticiye destek sağlamaması ve üreticinin emek yoğun işi kazançsız devam ettiremeyeceğini söyleyebiliriz.

Tablo 12: Tütün Üretiminde Bölge Payları (2018)

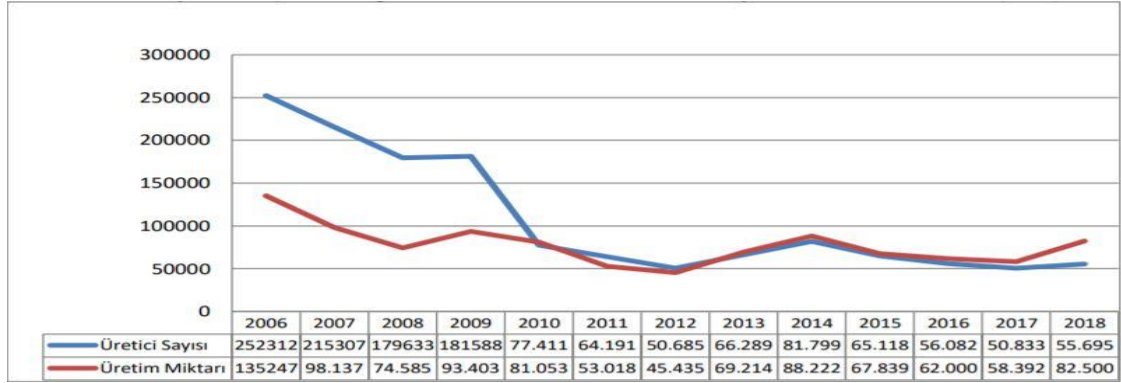


Kaynak: Tütün Raporu, 2018. Erişim tarihi: 05.04.2021.

Tablo 12’de görüleceği üzere, Türkiye tütün üretiminin %75’i Ege Bölgesinde gerçekleştirilmektedir. Ege Bölgesini, %11’lik oranla Karadeniz Bölgesi ve %10’luk oranla Güneydoğu Anadolu Bölgesi izlemektedir. Marmara ve Akdeniz Bölgesinde oran oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Ege bölgesinde üretilen tütünler koku ve tad bakımından harmanlandığında sigara yapımında oldukça fazla kullanılmaktadır. Amerika ve Avrupa’da yıllarca bu özellikleri bakımından çok fazla kullanılmıştır. Ege bölgesinde üretilen tütünler ihracatımızın % 90-95’ini karşılamaktadır. Karadeniz bölgesinde tütün üretimi daha çok Sinop, Samsun, Trabzon, Artvin, Tokat, Erbaa, Niksar gibi alanlarda tütün üretimi gerçekleştirilmektedir. Üretim orta ve iç kesimleri de kapsadığından birçok farklı menşein ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Doğu ve Güneydoğu bölgeleri içinde yetiştirilen tütünler Adıyaman, Malatya gibi yerlerde farklı renklerde ve daha sağlam, lezzet olarak tatlı ve kokulu oldukları belirtilmektedir. Adıyaman’da yetişen tütünler bu bölge içerisinde lezzet ve dayanıklılık açısından iyi bir yere sahip oldukları bilinmektedir. Tütün, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde daha çok iç piyasada tüketilmektedir. (Adıyaman Tütün Raporu, 2013: 9).

Tablo 13: Türkiye Sözleşmeli Yaprak Tütün Üretimi Üretici Sayısı/ Üretim Miktarı (Ton)



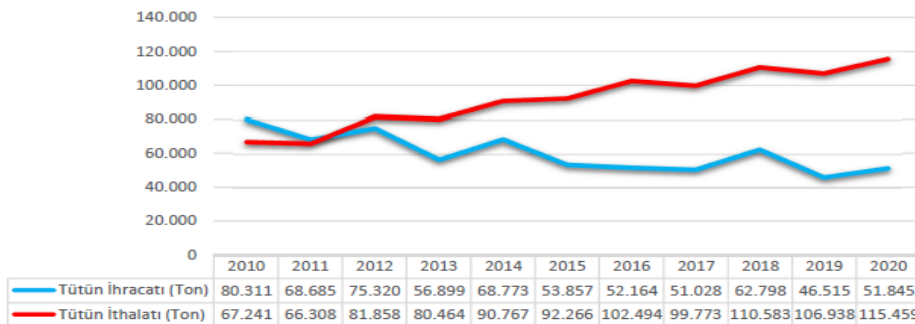
Kaynak: Tütün Raporu, 2018. Erişim tarihi: 05.04.2021.

Daha önce tablo 6’da değindiğimiz gibi, 2002 yılında 405 bin tütün üreticisi sayısı olduğunu ve 160 bin tonluk bir tütün üretiminin olduğunu vermiştik. Tablo 13’e baktığımızda ise üretici sayısı 2018 yılında 56 bine, tütün üretiminin ise 2002 yılında 160 bin tondan %48 azalarak 2018 yılında 82,500 tona düştüğü görülmektedir (zmo.org, Erişim tarihi: 05.04.2021).

Türkiye’de tütün üretiminin sözleşmeli modelle gerçekleştiği bilinmektedir. 2020 yılında sözleşmeli üretim yapan 48 bin üretici, 882.000 dekar alanda 68,2 milyon kilogram tütün ürettiği bilinmektedir.

Ayrıca sözleşmesiz yapılan kayıtlardan 14,5 milyon kilogram tütünden ülke genelinde toplam 57.296 tütün üreticisinin 950.000 dekar alanda üretilen yaprak tütün rekoltesinin 82,7 ton olduğu belirtilmektedir (Tütün Raporu, 2020: 2).

Tablo 14: Türkiye Tütün İhracatı ve İthalatı Karşılaştırmalı Grafiği (Ton)



Kaynak: Tütün Raporu, 2018. Erişim tarihi: 05.04.2021.

Tablo 14’te 2010 yılında ihracatımız ithalatımıza göre daha fazla yaklaşık 13 milyon dolar ihracatımızın fazla olduğu görülmektedir. İlerleyen yıllarda ise ihracatımızın azalıp ithalatımızın arttığı görülmektedir.

2017 yılı tütün ihracının 51,028 ton tütün olduğu ve 352,6 milyon dolar karşılığında ihraç edildiği bilinmektedir. Ayrıca 2017 yılında 99,773 ton olan ithalata da 522,7 milyon dolar ödendiği açıklanmaktadır. Türkiye 2020 yılında 51,845 ton tütün ihracatına karşılık 115,459 ton tütün ithal etmiştir. 2020 yılında 279 milyon dolar tütün ihracına karşılık 562 milyon dolarlık tütün ithalatı gerçekleştirildiği bilinmektedir (Tütün Raporu, 2020: 8).

Tabloda 14’te de gördüğümüz üzere 2012 yılı ve sonrasında ithalat miktarı ihracat miktarının üzerinde seyretmektedir. Bu durum 2002 yılında çıkarılan Tütün Yasasına bağlanmaktadır. Bu yasaya göre, tütün üretiminde sözleşmeli modele geçilmesi sonucunda çok uluslu sigara şirketleri ve sözleşmeli üretim yapan şirketler kiminle sözleşme yaparsa yalnızca o üreticiden üretim yapabiliyordu. Bu sebeple yerli tütün üretiminde düşüş görülmektedir (www.tarimdunyasi.net).

Üretim ve ihracattaki düşüşte TEKEL sigara fabrikalarının 2008 yılında özelleştirilmesi ve Tütün fonunun azaltılmasının da ihracatın azalması ve ithalatımızın artmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bir diğer sebep olarak da Türkiye sigara pazarının birçoğuna sahip olan çokuluslu sigara şirketleri sigara harmanlarına giderek ithal tütün çeşitlerini kullanmaya başlamıştır. Bu sebeple iç piyasadan satın almış oldukları tütün miktarı kullanımı zamanla azalma göstermektedir. Yurt içinde üretilen tütünlerin iç piyasada satılmak için sunulan sigaralar da kullanım oranı 2003 yılında %42 iken 2020 yılına bakıldığında bu oran %11’e düşmüştür (www.tarimdunyasi.net).

2.7.2. Tütün Ürünleri Vergi ve Fiyatlandırma

2002 yılına kadar ülkemizde tütün ürünleri üzerinden farklı vergiler alınmaktaydı. Bu vergiler Bakanlar Kurulu tarafından belirlenmekte ve farklı oranlarda olmaktaydı. 2002 yılında alınan kararla çeşitli vergilerin tamamı özel tüketim vergisi (ÖTV) adı altında toplanmıştır. Tütün ürünleri içinde en çok kullanılan sigaradan elde edilen vergi gelirleri hükümete önemli gelir sağlayacaktır (Yürekli vd., 2010: 31).

Yapılan çalışmalar sonucunda 2008 yılında sigaradan alınan özel tüketim ve katma değer vergilerden tahmini olarak 14 milyar TL vergi geliri sağlandığı bilinmektedir. Maliye

Bakanlığının aldığı karara göre 2009 yılında sigaradan toplam 11,9 milyar TL toplam vergi geliri ve bu gelirin tüm vergi gelirine oranı %7,9 ve devletin elde etmiş olduğu gelire oranı ise %6,5 olduğu tahmin edilmektedir (Yürekli vd., 2010: 34).

Tablo 15: Türkiye’de Tütün Mamülleri Üzerinden Elde Edilen Vergilerin Payı (%)

Yıllar	Tütün Mamülleri Üzerinden Elde Edilen Gelirin Toplam Vergi Gelirleri İçindeki Payı	Tütün Mamülleri Üzerinden Elde Edilen Gelirin ÖTV Gelirleri İçindeki Payı	Tütün Mamülleri Üzerinden Elde Edilen Gelirin Bütçe İçindeki Payı	Tütün Mamülleri Üzerinden Elde Edilen Gelirin GSYH İçindeki Payı
2007	6.31	24.66	5.1	1.1
2008	6.47	26.03	5.2	1.1
2009	6.70	26.47	5.4	1.2
2010	7.02	25.81	5.8	1.3
2011	6.24	24.70	5.3	1.1
2012	7.17	27.86	6.0	1.3
2013	6.54	24.95	5.5	1.2
2014	6.53	25.28	5.4	1.1
2015	6.61	25.46	5.6	1.2
2016	7.02	26.77	5.8	1.2
2017	6.98	27.06	5.9	1.2
2018	6.87	31.91	5.6	1.1
2019	6.03	28.01	5.2	1.0

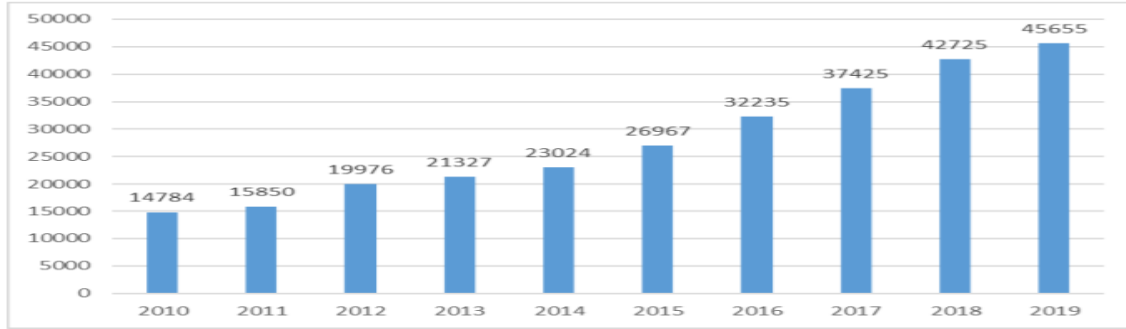
Kaynak: Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü (BUMKO). Erişim tarihi: 05.04.2021

Tablo 15’te görüleceği üzere tütün ürünlerinden elde edilen vergilerin toplam vergi gelirleri içindeki payı yaklaşık %6,5 seviyesinde olduğu görülmektedir. Ayrıca tütün ürünleri üzerinden alınan vergi gelirleri ÖTV vergi gelirlerinin yaklaşık %27’lik kısmını bütçe gelirlerinin ise %5’lik kısmını yaklaşık olarak oluşturduğu görülmektedir.

Vergi, tütün ürünlerine talepte caydırıcı bir faktör olarak bilinmektedir. Bu özelliğinden dolayı tütün ürünlerine olan talepte genellikle genç nüfusta azalma eğilimi gözlemlenmektedir. Fakat gelir düzeyi iyi olan yetişkin birey üzerinde genç nüfusta gösterdiği etkiyi göstermemektedir. İşte tam bu noktada sağlıkta sebep olduğu zararlar akla gelmektedir. Yetişkin bireyin sağlığına olumsuz etkileri nedeniyle talebin azaltılması beklenmektedir. Bu sebeple sigara paketleri üzerinde önemli uyarılar ve dikkat çekici uygulamalar yer almaktadır. Verginin birey üzerindeki etkisinin yanında üretimde etkisine dikkat çekecek olursak tütün yasasının getirdiği bazı uygulamalar sonucu genellikle üretim miktarında değişiklik söz konusu olmuştur. Ayrıca tütün üretimi günümüzde istenen geliri ve hayat kalitesini sunmadığı düşünülmekle birlikte emek yoğun bir uygulama olduğundan genç nüfusun çok dikkatini çekmemektedir. Daha çok genç nüfus gelişen teknolojinin

getirdikleriyle birlikte büyükşehirlerde farklı mesleklere ve iş alanlarına yöneldiklerini söyleyebiliriz.

Şekil 6: Türkiye’de Tütün Mamulleri Üzerinden Elde Edilen Vergi Geliri (Milyon/TL)



Kaynak: Tütün Raporu verileri ve BUMKO, Erişim Tarihi: 05.04.2021.

Tütün ürünlerinden alınan vergiler gösterilmektedir. Bu şekilde 2010 ve 2019 yılları arasında alınan vergi gelirlerinin sürekli artış gösterdiği görülmektedir. 2010 yılında 14,784 milyon TL olan vergi geliri 2015 yılında 26,967 milyon TL ve 2019 yılında ise 45,655 milyon TL’ye yükseldiği görülmektedir.

2.8. AB Ülkelerinde Tütün Ekonomisi ve Politikaları

Avrupa birliğinde tarım politikalarını düzenleyen ilk politika OTP (Ortak Tarım Politikası)’dır. Geçmiş dönemlerde yaşanan savaşlar sonrasında gıda güvenliği büyük sorun oluşturabilecek hal almıştır. Bu sebeple gıda güvenliği sorunu bu politikanın oluşturulmasında temel faktördür. Bu politikada tarımsal nüfus, tarımı destekleyecek düzenlemeler, her ülkede fiyatların belli seviyede olması gibi konuları kapsamaktadır. Bu politikanın üç ilkesi bulunmaktadır. Bu ilkeler; (Topçu, 2003: 11).

- **Topluluk tercihi ilkesi**, Avrupa Birliği üye ülkelerinde üretilen tütün ürünlerine öncelik verilmesi ve tarım ürünlerinin ithalata karşı korunmasını kapsamaktadır.
- **Ortak Mali Sorumluluk İlkesi**, Tarım ürünlerine yapılacak olan bütün harcamaların üye devletler tarafından ortak şekilde giderilmesini içermektedir.
- **Tek Pazar İlkesi**, Üye ülkeler arasında tarım ürünlerinin serbest dolaşımını engelleyecek olan unsurlar ortadan kaldırılarak tek bir pazar oluşturulması, ortak

rekabet şartları ve ortak fiyat belirlenerek dış piyasaya karşı koruma sağlayacak tedbirlerin alınmasını gösteren bir ilkedir.

2.8.1. AB Ülkelerinde Tütün Üretimi

AB içinde yer alan tütün üreticilerinin tek geçim kaynağı tütün olduğundan ekonomik açıdan oldukça önemlidir. AB’de yer alan İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan gibi ülkelerde tütün üretim alanı oldukça fazla yer almaktadır. Bu bölgelerde emek yoğun tarım ürünüyle uğraşmak tek gelir kaynağı olması sebebiyle AB ülkeleri için büyük önem taşımaktadır. AB üye ülkeler içinde Danimarka, Finlandiya, Hollanda, İngiltere, İrlanda ve İsveç gibi ülkelerde tütün üretimi yapılmamaktadır. İtalya, Yunanistan, İspanya gibi ülkeler dışındaki üye ülkelerde de çok az üretime rastlanmaktadır (Ataseven, 2004: 99).

Tablo 16: AB Ülkelerinde Tütün Üretim Miktarı

Yıllar	Tütün Üretim Miktarı (ton)
2010	274622
2011	256345
2012	224037
2013	225868
2014	226272
2015	204920
2016	196230
2017	197230
2018	162540
2019	148020

Kaynak: FAOSTAT verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur

Tablo 16’da görüleceği üzere Avrupa Birliği üye ülkelerinin tütün üretim miktarları gösterilmektedir. Tablo 13’te Türkiye’deki tütün üretim miktarı ile karşılaştıracak olursak; Türkiye’de 2018 yılında tütün üretim miktarı 82,500 ton iken AB üye ülkelerde bu miktar 162,540 ton olduğu görülmektedir. Bu tabloya bakarak Türkiye tek başına AB ülkelerinin yarısı kadar tütün üretimi yaptığını söyleyebiliriz.

Avrupa Ekonomi Topluluğu 1957 yılında Roma Antlaşması ile kurulmuş olup bu antlaşma ile uluslararası bir özellik kazanmıştır. Antlaşma 1 Ocak 1958 tarihinde yürürlüğe girmiş bulunmaktadır. Bu antlaşmanın 39’uncu maddesinde yer alan tarım sektörünü kapsayan bazı politikalar hedeflenmiştir. Bu hedefler içerisinde tarımda verimlilik, kalite, üretimin artırılması ve sürekliliği, tarımda çalışan işçilerin gelir düzeyleri ve tüketicinin alım gücü gibi konular yer almaktadır. Üreticilerin gelir düzeylerinin yeterli hale getirilmesi ve tüketicinin fiyat düzeyi uygun hale getirilmesi üzerinde özellikle durulmaktadır. İşte bu amaçlar için üreticilerin hayat standartlarının iyileştirilmesi adına tütün sektöründe pazara yenilik getirilmesi gerektiği öne çıkmıştır (zmo.org, Erişim tarihi: 10.04.2021).

Avrupa Birliği tütün pazarı; prim sistemi, üretimi yönlendirme ve sınırlandırmaya ait önlemler, üçüncü ülkeler ile ticarete ait düzenlemeleri içermektedir. Bu düzenlemeler; (zmo.org, Erişim tarihi: 10.04.2021).

- **Prim sistemi,** Bu sistem ile tütün üreticisinin gelirine destek sağlamak ilk öncelik olarak görülmektedir. Prim, işlenmemiş tütünün her bir grubu göz önünde bulundurularak kilogramı üzerinden gerçekleştirilmektedir. Ayrıca prim belli bir kota ile sınırlandırılmıştır. Prim alması için üreticinin, üretimini yapmış olduğu tütün belli bir kalitede ve belirtilen alanlarda yetiştirilmesi gerekmektedir.
- **Üretim Yönlendirme ve Sınırlandırmaya Ait Önlemler,** Avrupa Ekonomi Topluluğu için 1993 yılında tütün üretim miktarı 370.000 ton olarak belirlenmiş fakat yıl içinde 350.000 ton olarak belirlenmiştir.

Bu sınırlamalar ülkelerin sosyoekonomik durumları, pazar şartları ve tarımsal alan verimliliği dikkate alındığı söylenebilir. Ayrıca tütün üretimini yapmak istemeyen üye ülkeye belli miktarda prim ödemesi yapıldığı da belirtilmektedir.

- **Üçüncü Ülkelerle Ticaret,** Diğer ülkelerle yapılacak ticarete gümrük, resim vergilerinden farklı ek bir ücret talep edilmesi yasaklanmıştır. Ayrıca üretimde miktarlarla ilgili herhangi bir sınırlamama veya tedbir uygulanmasına da yasak getirilmiştir.

Tütün düzenlemeleriyle ilgili olarak özel bir makam oluşturulmuş ve bu makama idari özerklik verilmiştir. Üretim miktarı 45.000 tondan fazla olan her üye devlet bu makamı oluşturmak zorundadır. Bu makamın harcamaları, AB bütçesinden ve bir kısımda üye devlet tarafından karşılanacaktır. Avrupa birliği tütün üretimi sözleşmeli şekilde yapılmaktadır. Üretici ile ekim sözleşmesi yapılmaktadır.

Sözleşme, tütün çeşidini, üretici kotasını, tütünün üretildiği yeri, kalitesini, kalitesine göre alım fiyatının üreticiye ödenmesi gibi konuları içermektedir. Ekim sözleşmesi her iki taraf için yerine getirilmediğinde ağır cezalar içermektedir (zmo.org, Erişim tarihi: 10.04.2021).

Avrupa Birliğinde tütün üretimi sözleşmeli olarak yapılırken, Amerika, Brezilya gibi ülkelerde açık artırma yöntemiyle tütün üretimi gerçekleştirilmektedir. Birlik sözleşmeli tütün üretiminde, üye devletlerden tütünün ilk teslim alınması sırasında sertifika, kontrol belgesi düzenlemeleri ve tütünlerin tamamının kontrol edilmesi gibi düzenlemeleri zorunlu hale getirmiştir (zmo.org, Erişim tarihi: 10.04.2021).

Avrupa birliği, tütün üreticilerinin farklı tarımsal faaliyete dönüşümünü kolaylaştırmak ve üretimde kaliteyi artırmak için kotada geri alım adı altında bir düzenleme getirilmiştir. Düzenleme tütün üreticisine yararlı katkılar sağlamaktadır. Üretici farklı işe yöneldiğinde kotasını satışa çıkarabilecek ve kimse tarafından alınmadığında AB geri alacaktır (Topçu, 2003: 60).

Burada amaç kalkınmayı sağlamak ve tütün alanlarının farklı üretim yapılmasına olanak sağlayacak dönüşümlere katkı yapılması diyebiliriz. Üreticiler için hem yararlı hem teşvik edici bir düzenleme olmasının yanında üretimde sürekliliğin önemli yer edinmesinin dikkat çektiğini belirtebiliriz.

2.8.2. AB Ülkelerinde Tütün Dış Ticareti

Dünyada toplumun talebi ve tütün ürününün verimi Amerika ve daha az düzeyde Türkiye'yi tütün ihracatının değerleri bu ülkeleri daha yüksek düzeye taşımaktadır. İhracat değeri ülkelerin kalkınma düzeylerinde etkisinin büyük önem arz ettiğini söyleyebiliriz. Türkiye de tütün ihracatı en fazla oriental tütün çeşidinde gerçekleşmektedir. Amerika'da ise 'Amerikan Blend' tipi tütün çeşidinde ihracatın en fazla görüldüğü belirtilmektedir. Tütün ürünlerinin ihracat değeri dünya genelinde olumsuz yönde olsa da AB'de bu durum farklılık göstererek

artma eğilimi söz konusudur. Fakat artış yeterli düzeyde olmadığından 1990'lı yıllarda AB dünya ortalaması altında kaldığı belirtilmektedir (Topçu, 2003: 27).

Tütün ticaretinde dünyada AB önemli yer teşkil etmektedir. 2000-2002 yılları arasında AB, işlenmemiş tütünün %34,7'sini ve işlenmiş tütünün %5,4'ünü ithal ettiği bilinmektedir. Ayrıca işlenmiş tütünün %20'sini işlenmemiş tütünün ise %7,6'sını ihraç etmektedir. Tütün sektörü incelendiğinde tütün ticaretinde denge pek mümkün görünmemektedir. Ancak işlenmiş tütün ihracı ile tütün ticaretinde iyileşmeler söz konusu olabilmektedir. Kalkınma düzeylerine göre bakıldığında ülkelerin tütün ticaretleri de farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkeler daha çok işlenmemiş tütün ticareti yapmaktadır. AB, Amerika ve diğer gelişmiş ülkelerde ise daha çok işlenmiş tütün ticareti büyük önem arz etmektedir (Topçu, 2003: 28).

Tablo 17: AB Ülkelerinde Tütün Ürünleri İthalat ve İhracat Miktarları

Yıllar	İthalat Miktarı (ton)	İhracat Miktarı (ton)	İthalat Değeri (1000 \$)	İhracat Değeri (1000 \$)
2010	170048	253314	1860016	2471789
2011	183742	273659	2230504	2962329
2012	204858	292695	2371873	3149344
2013	209263	277576	2500634	3436469
2014	204954	270993	2514527	3532323
2015	213220	276662	2272186	303129
2016	208444	300436	2360265	3496192
2017	220522	339998	2553249	4148780
2018	210941	338376	2771891	4530059
2019	207933	331353	2789686	5461309

Kaynak: FAOSTAT verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 17'de görüleceği üzere, 2010 yılında ithalat miktarı yaklaşık 171 bin ton iken 2019 yılında 208 bin tona yaklaştığı görülmektedir. Tablodan da görebileceğimiz gibi ithalat miktarında genel olarak artma söz konusudur. İthalat değerine baktığımızda genel olarak

ithalat miktarıyla orantılı olarak arttığını söyleyebiliriz. İhracat miktarı ve ihracat değeri de artış göstermektedir.

2.9. Dünya Geneline Tütün Ekonomisi

2.9.1. Dünya Piyasasında Tütün Üretimi

Çin en fazla tütün yetiştiren ülke konumunda olduğu için Çin’de meydana gelebilecek üretim değişkenliği dünya tütün üretimi de doğrudan etkilenecektir. Çin’den sonra en yüksek Brezilya, Hindistan, ABD, Endonezya, Zimbabve, Arjantin, Malavi ve Türkiye gelmektedir. Özellikle puro üretiminde dünya çapında bir üne sahip olduğu belirtilmektedir. Tütün yaprağının yıllar geçtikçe arttığı gözlemlenmektedir. Ancak gelişmiş ülkelerde yaprak artışına rağmen üretiminde azalma devam etmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda 2021 yılında tekrar gelişmiş ülkelerde tütün üretimi artışı görüleceği ifade edilmektedir. Özellikle Çin, Hindistan, Zimbabve, Brezilya ve Malavi’de artış beklenmektedir. Dünya tütün üretiminde görülen dalgalanmanın Çin’den kaynaklandığı belirtilmektedir. Çünkü teknolojik faktörler tarafından tütün alanları belirlenmektedir (gezengazeteci.com, Erişim tarihi: 15.04.2021).

Şekil 7: Ülkelere Göre Dünya Tütün Üretimi

Üretim				
Ülke	(Ton)	Kişi Başı Üretim (Kg)	Yüzölçümü (Hektar)	Verim
Çin	2.242.177	1,609	1.003.746	2.233,80
Brezilya	762.266	3,638	356.477	2.138,30
Hindistan	749.266	0,561	417.754	1.795,10
ABD	241.870	0,738	117.940	2.050,80
Endonezya	181.095	0,683	203.014	892,00
Zimbabve	132.200	8,903	100.809	1.311,40
Arjantin	104.093	2,339	54.728	1.902
Malavi	95.356	5,318	86.087	1.107,70
Türkiye	82.500	0,992	92.937	863,00

Kaynak: <https://www.atlasbig.com/tr/ulkelerin-tutun-uretimi>, Erişim tarihi: 15.04.2020.

Şekil 7’de de görüldüğü gibi Çin, yılda 2.242.177 ton tütün üretimi ile dünyanın en büyük tütün üreticisi yerini almıştır. Çin’i 762.266 tonla Brezilya sırasıyla Hindistan, ABD, Endonezya, Zimbabve ve Türkiye takip etmektedir. Türkiye 82.500 ton ile 9.sırada gelirken verimlilik olarak baktığımızda Hindistan üretimi 749 bin ton iken ABD’nin tütün ekim alanı az iken verimliliğinin daha fazla olduğu görülmektedir.

2.9.2. Dünya Piyasasında Tütün Dış Ticareti

Tütün kullanımı dünyada her geçen gün daha fazla artış göstermektedir. Dünya genelinde 1,5 milyon insanın tütün ürünlerinin en çok talep edilen ürünü olan sigarayı kullandığı bilinmektedir. Tütün kullanımının en fazla olduğu ülkelerden en başta gelenler Çin, Hindistan ve Endonezya gösterilmektedir. Türkiye 17 milyon civarında tütün ürünü kullandığı ve onuncu sırada gelmekte olduğu bilinmektedir. Yapılan son çalışmalarda 2021 yılı verilerine göre altıncı sıraya yükseldiği bilinmektedir. Bu duruma bağlı olarak Türkiye’de tütün ürünü kullanımının 17 milyon ve hatta daha fazla olabileceğini söyleyebiliriz (Bilir, 2012: 1).

Tablo 18: Dünya’da Tütün Ürünleri İthalat ve İhracat Miktarı (ton, 2019).

Ülkeler	İthalat Miktarı (ton)	İhracat Miktarı (ton)
Çin	20578	23757
Brezilya	4184	19470
Hindistan	3357	33601
ABD	8565	15042
Endonezya	12010	10169
Zimbabve	0	8753
Arjantin	8733	-
Malavi	410	456
Türkiye	106938	46515

Kaynak: FAOSTAT ve Tütün Raporu (2020) verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 18’de görüleceği üzere, dünyada tütün üretiminin en çok olduğu ülke Çin’dir. Fakat en çok tütün ithalatının 106.938 tonla Türkiye birinci sırada gelirken, ihracat miktarında da 46.515 tonla Türkiye ilk sırada gelmektedir.

Zimbabve tütün üretiminde 6. sırada yer alırken başka ülkelerden ithalatının olmadığını aksine ihracat yaptığını görmekteyiz. Zimbabve’nin bu durumu şekil 7’de gördüğümüz tütün üretiminden elde edilen verimin fazla olmasına dayandırabiliriz. Tütün üretiminde dünya sıralamasında ilk dörtte gelen Çin, Brezilya, Hindistan ve ABD gelirken ithalat ve ihracatta bu durum değişiklik göstermektedir. İthalatta ilk dörtte Çin, Endonezya, Arjantin ve Türkiye gelirken, ihracatta bu dörtlünün Türkiye, Hindistan, Çin ve Brezilya olarak değiştiği görülmektedir.

Tütün ürünleri kullanımı ülkeler için farklılıklar içermektedir. Gelişmiş ülkelerde tütün ürünleri kullanımının daha düşük olduğu, gelişmekte olan ülkelerde ise daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Fakat gelişmiş ülkelerde kadınlarda tütün ürünü kullanımının daha fazla olduğuna dikkat çekilmektedir (Bilir, 2011: 1).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ KAMU HARCAMALARI İÇİNDEKİ YERİ

Sağlık kavramının toplum içindeki önemi ve değeri bilinmektedir. Sağlıklı yaşamın kalitesini arttırmak ve sağlığın olumsuz etkilendiği durumlarda toplumunda olumsuz etkilenebileceğine dikkat çekebilmek için sağlık kavramı, sağlık hizmetleri, sağlık hizmet türleri, sağlık harcamaları, kanser harcamaları, akciğer kanseri harcamaları ve kamu harcamaları kavramları üzerinde durulmaktadır.

3.1. Literatür Özeti

Berger ve Messer (2002), yapılan regresyon analizi ve t testleri sonucunda GSYİH’da sağlık harcamalarının önemli payının olduğu ve 65 yaş üstü grupta daha esnek sağlık harcamaları olduğu ortaya konmaktadır. Sağlık harcamalarının GSYİH içinde fazla olmasının sebepleri arasında eğitim seviyesi, evde sağlanan sağlık hizmetleri de yer almaktadır. Olumsuz sağlık davranışlarındaki artış; tütün kullanımına, alkol tüketimine, katı ve sıvı yağ tüketimine bağlı olarak ölüm oranlarının yükseldiği sonucuna bağlanmaktadır. Ayrıca yüksek eğitim seviyesinin ölüm oranını azalttığı vurgulanmaktadır.

Jones (2002), yaptığı çalışmada Birleşik Devletlerin GSYİH içindeki sağlık harcamalarının neden arttığını araştırmaktadır. Bu çalışmasında sağlık harcamasını etkileyen dış faktör olarak teknolojik değişim ve ilerlemenin etkin olduğunu belirtmektedir. Tıptaki teknolojik gelişmelerin sağlık harcamalarını arttırdığını ve insan hayatını olumlu etkileyecek olan bir harcamaya izin verdiğini ifade etmektedir. Geçmiş dönemlerde ise teknolojik gelişmeler adına bir fırsat olmamasından dolayı sağlık harcamalarının payının GSYİH içinde az olduğunu ortaya koymaktadır.

Bokhari, Yunwei, ve Gottret (2006), bu çalışmada Hausman testleri yapılarak sağlık harcaması ve askeri harcamaların içsel değişkenler olduğu tartışılmaktadır. Askeri bütçenin devlet sağlık harcaması için kullanılabilir olduğu ve sağlık hizmet kalitesinin Dünya Bankası tarafından değerlendirilen kriterler içinde bulunduğunu ifade etmektedir. Sağlık harcamalarının yalnızca gelir ile ilişkili olmadığını etkileyen birçok faktör olduğunu yaş faktörünün de bunlardan biri olduğunu bu çalışmada ele almaktadır.

Yumuşak ve Yıldırım (2009), yapılan Johansen eşbütünleşme analizi sonucunda sağlık harcamalarının cari yılda görülememesi ve GSMH'nin açıklanmasında yetersiz kalmasında sağlık harcaması değerinin oldukça küçük çıkmasının etkili olduğu belirtmektedirler. Beşeri sermayede meydana gelecek gelişimde de yatırım harcamalarından doğrudan ve dolaylı olarak etkilendiği ortaya koymaktadırlar.

Yereli, Kobal ve Köktaş (2010), Türkiye'de sağlık harcamalarını artıran faktörleri araştırmış, son dönemlerde sağlık harcamalarındaki artışın teknolojik gelişmeye bağlı yaşandığını öne sürmüşlerdir. 2008 krizi ile karşılaştırılarak, kriz dönemindeki ülkelerin büyüme hızlarından daha fazla sağlık harcaması yapıldığı belirtilmiştir. Bu durumun bütçede baskı yarattığı ifade edilmiştir. Ayrıca olumsuz yönde gelişen etkiler yolsuzluğa sebep olduğu ve gelecek dönemde sağlık sektörü üzerinde olumsuz etki bırakabileceğine değinmektedirler.

Daştan ve Çetinkaya (2015), yapılan bu çalışmada OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemleri modelleri ve sağlık hizmetleri, sağlık harcamaları karşılaştırılmaktadır. Bu çalışmada sağlık harcamalarının Bismarck modeli uygulayan ülkelerde daha az olduğu ve yaşam süresinin daha uzun olduğu ve Beveridge model uygulayan ülkelerin sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay olduğu fakat sağlık harcamalarının daha yüksek olduğu ortaya konmaktadır.

Yalçın ve Çakmak (2016), yapılan regresyon analizi sonucunda sağlık harcamalarının insani gelişim düzeyindeki etkisi araştırılmaktadır. Analiz sonucunda kamu sağlık harcamalarının insani gelişim düzeyi arasındaki ilişki pozitif ve %5 anlamlı olduğunu bulmuşlardır. Bu sebeple hükümetin sağlık harcamasına yapacağı yatırım insani gelişim düzeyini olumlu etkileyeceğini belirtmektedirler.

Dunn, Grosse ve Zuvekas (2018), Amerika'da yapılan araştırmaya göre sağlık harcamalarının enflasyon ile ilişkisi araştırılmaktadır. Sağlık harcamalarını enflasyona göre ayarlamak için tek bir standardın olmadığı ifade edilmektedir. Sağlık harcamalarının satın alma gücüne ayarlamak için GSYİH örtük fiyat deflatörü ya da PCE ölçüsü daha uygun bulunmuştur. Özellikle PCE (sağlık indeksi) önerilmektedir.

Akbulut (2020), yapılan kamu sağlık harcaması ve gini katsayısı analizi sonucunda OECD ÷lkelerinin kamu sağlık harcamaları ile gini katsayısı arasında ters orantı olduğunu ortaya koymaktadır. Yani kamu sağlık harcaması yüksek olan ÷lkelerde gelir dağılımının adil olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum kamu sağlık hizmetlerinin hükümet tarafından karşılanması ve yoksul kesime hükümetin yardım etmesi sonucunda ortaya çıktığını belirtmektedir.

Sevinç ve Yılmaz (2020), yapılan çalışmada sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımların nüfusu pozitif yönde etkileyeceği ve ölüm sayılarında düşüşe neden olacağını belirtmektedirler. Ayrıca ekonomik büyümenin sağlık hizmetleri kalitesinde etkili olduğu ve gelişen ÷lkelerde vatandaşın gelirinin artması ile alacakları sağlık hizmetinin kalitesinin artacağı belirtilmektedir. Bu çalışmada kullanılan verilerin analizi sonucunda Türkiye’de her yıl artan bir sağlık harcaması olmasına rağmen bu harcamanın GSYH içindeki payı geçmiş dönemlere göre daha az olduğu ve bu da nüfusun artmasına, sağlık harcamalarının yetersiz kalacağına neden olabileceği üzerinde durmaktadırlar.

3.2. Sağlığın Tanımı

Sağlık kavramının tanımı birçok kaynakta farklı açıklanmaktadır. Sağlığın tanımına literatür de rastladığımız hali (WHO) Dünya Sağlık Örgütünün tanımlamasıdır. Dünya Sağlık Örgütünün yapmış olduğu sağlık tanımına göre sağlık; yalnız hastalık ve ya halsizliğin olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal, bedensel ve ruhsal yönden de tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2009: 1, Erişim tarihi: 5.06.2021).

Robinson ve Elkan’a (1996) göre sağlığın tanımı, bireylerin hayata katılabilme kabiliyetleri olarak belirtilirken, Bowling’in tanımına göre bireyin toplumda karşılaştığı olumsuz durumlara, stresli hallerle karşı kendini koruyabilme yeteneği, güçlü duruş sergileme, yaşamından zevk alma ve toplumla kaynaşma yönünden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Somunoğlu, 1999: 53).

Sağlığın tanımı, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunda tanımlanmıştır. Burada yapılan tanıma göre sağlık; yalnızca hastalığın veya sakatlık halinin olmaması değil; ruhsal, fiziksel, bedensel ve sosyal yönden iyiliğin olduğu durum olarak tanımlanmıştır. Buradaki tanımda DSÖ’nün tanımı benzerlik göstermektedir. Fakat her iki tanım da bahsedilen tam bir iyilik hali kesin olarak açıklanmamıştır. Çünkü sağlıkta değişim sürekli olarak gör÷lmektedir. Bu değişim ÷lkelerin gelişmişlik düzeyine, toplumun yaşam

tarzına ve diğer faktörlere göre farklılık göstermektedir. Bu sebeple tam iyilik hali her bireyin ulaşabileceği sağlıklı olma durumudur. Sağlık hakkı, bireylerin sağlıklı olma hali ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme hali olarak iki farklı şekilde incelenmektedir. Sağlıklı olma hali insanın en temel hakkıdır. İnsanlar sağlıklı yaşama hakkına sahiptirler. Sağlık hizmetlerinden yararlanma hali ise devletlere düşmektedir. Sağlık hizmetleri kolay ulaşılabilir olmalıdır. İnsanlar devletten sağlıklarının iyileştirilmesi yönünde talepte bulunabilir ve devletin bu talebi yerine getirebilecek donanıma sahip olması halidir (Orhaner, 2014: 8).

İnsan hakları evrensel beyannamesinin 25. Maddesinde yazılanlara göre ‘herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.’ Bu madde yaşama hakkıyla birlikte sağlık hakkına dikkat çekmektedir (İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1949: 203).

Sağlık kavramı, temel insan haklarındandır. Bir toplumun sağlığının korunması, iyileştirilmesi, sağlık alanında kullanılan teknolojik cihazlardan yararlanma ve veriminin artırılması konusunda hükümetlere büyük iş düşmektedir. Bu sebeple sağlık alanında yatırımlara olan talepte artmaktadır. Devlet, sağlık sektörüne yapılan yatırımlar sağlık harcamasına neden olsa da istihdam ve gelir artışı olarak geri dönüş sağlayacaktır. Devlet, insanların sosyal hayata sağlıklı halde katılabilmelerine yardımcı olmak için sağlık sektörüne yatırım yapmak zorundadır. Toplumda bireylerin sağlıklı hayata katılabilmeleri durumunun sağladığı faydalar aşağıda ifade edilmektedir (Orhaner, 2014: 10);

- Bireyin sağlıklı olması, üretken faaliyetleri sonucunda ülke ekonomisine katkı sağlamasına neden olmaktadır.
- Bireyin sağlıklı olması, devletin sağlık harcamalarının azalmasına neden olmaktadır.
- Bireyin sağlıklı olması, çevresi ve kendisi için doğru kararlar alınmasında etkili faktördür.
- Bireyin sağlıklı olması, sağlıklı bireyler yetiştirmeye yardımcı faktördür.
- Bireyin sağlıklı olması, teknolojik gelişmelere ve değişen hayat şartlarına uyumu kolaylaştırıcı faktördür.

- Bireyin sağlıklı olması, toplumun ekonomik ve sosyal refah kalitesinin artmasına neden olan faktördür.
- Bireyin sağlıklı olması, eğitim kalitesini artırıcı faktördür.

Sağlık sektörü, ülkenin tamamını ilgilendiren bir sektördür. Geçmişte yaşanmış salgın hastalıklar ve bugün yaşadığımız Covid-19 salgını toplumun tamamını etkilemektedir. Salgın hastalıkların ölüm oranlarını artırması, salgın hastalıklardan dolayı insanların kısıtlamalara tabi olarak işlerini sürdürmeye çalışmaları, eğitimin aksaması, bazı işyerlerinin kapanması ve toplumun korunması için alınan kısıtlamalar sonucunda ülke ekonomisi ve toplum refahı olumsuz yönde etkilediğine tanık olmaktadır. Bu sebeple devletlerin sağlık sektörüne yaptıkları yatırımlar, insanların sağlıklı bireyler olarak hayata katılmalarında, ülkelerin kalkınma ve gelişmesinde olumlu etki yaratmaktadır.

3.3. Sağlık Hizmetleri

3.3.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı ve Özellikleri

Toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi, kişilerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ve hasta kişinin sağlığına kavuşturulması amacıyla sağlık kurumlarının topluma sunmuş olduğu verimli, kaliteli hizmetler sağlık hizmetini kapsamaktadır.

Sağlık kurumlarının topluma sunmuş olduğu hizmetler, toplumun sağlık ihtiyaçlarını gidermeyi amaçlayan planlar ön planda tutulmalıdır. Böylece sağlık kurumlarının başarısı ve elde edilen verim daha yüksek olacaktır.

Sağlık hizmetleri bireyin tüm hayatına etki etmektedir. Kişilerin sağlık hizmetlerinden doğru şekilde yararlanmaları hayat süresine, enerjisine ve ruh haline doğrudan etki etmektedir. Schultz sağlık hizmetlerini kişinin yeteneklerini gerçekleştirmesinde önemli bir adım olarak gördüğünü belirtmiştir. Ülkelerin gelişme ve kalkınma sağlayabilmeleri, rekabet etmeleri arasında en temel unsurlardan biri insan sağlığıdır. İnsan sağlığını ülkeler belli seviyeye getirmek zorundadır. Diğer en temel unsurdan biri de eğitimidir. Eğitim seviyesi ve kalitesinin geliştirilmesidir (Orhaner, 2006: 3).

Bireyin sağlığı iyi olmadığında ekonomik faaliyetlerde bulunması ve istenilen verimliliği karşılaması pek mümkün olamaz. Sağlık şartlarının iyi olmadığı durumlar nüfusun güç kaybına sebep olacaktır. Bir ülke, vatandaşlarının verimli faaliyetlerde bulunması için sağlık

hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanılır ve insanların fiziki yapılarını geliştirmeyi hedeflemelidir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık hizmetini ‘sağlık kuruluşlarında sağlık personelinin yararlanarak toplumun ihtiyacına göre değişen amaçları gerçekleştirmek için ve kişilerin, toplumun koruyucu tedavi edici faaliyetler sonucu ülke genelinde dayanışma içerisinde bulunan kalıcı sistem olarak tanımlamaktadır.’ Sağlık hizmeti teşhis, tedavi ve hastalıkların önlenmesi faaliyetleri yanında sağlık seviyesinin gelişmesine olanak sağlayan bir etkinliktir.

Sağlık hizmetlerinin özelliklerine bakalım (Yazgan, 2009: 31);

- Sağlık hizmetleri önemli, acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Sağlık hizmetlerini ikame edilebilecek başka bir kaynak bulunmamaktadır.
- Sağlık hizmetleri bir bölümü kamu malı niteliği taşımaktadır.
- Sağlık hizmetleri para ile ölçülebilen bir hizmet değildir.
- Sağlık hizmetleri iyileştirme garantisi verilmemektedir. Kolay olarak bilinen enjeksiyon uygulaması bile hayati tehlike barındırmaktadır.
- Sağlık hizmetleri sonucunda yarar da zarar da görülebilir.
- Sağlık hizmetinin tüketimi rastlantısaldır.
- Sağlık hizmeti kapsamı sağlık profesyonelleri tarafından belirlenmektedir.
- Sağlık hizmetlerinden sağlanan doyum bireylerde farklılık gösterebilir.
- Sağlık hizmeti sunan hekim ile hasta arasında bilgi akışı vardır.
- Sağlık hizmetinin belirlenmesinde talep ve tercihleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Sağlık hizmetinin iyi ya da kötü olması diğer sektörleri de etkilemektedir.

Yukarıda ifade edilen özelliklere ilaveten;

Sağlık hizmetleri hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik yürütülen faaliyetlerin yanında hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin tamamını kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri, sağlık örgütlenmesinin de anahtarı niteliğinde olan bir faaliyet grubudur. Sağlık hizmetleri görüşünün temelinde; sosyal eşitlik, öz sorumluluk, sağlık hizmetlerinin boyutu ve uluslararası dayanışma da yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetleri yapısını incelediğimizde genelde devlet ve özel kurumların birlikte karma sistem olarak hizmet

sunduğu gör÷lmektedir. Fakat gelişmekte olan ÷lkelerin sağlık hizmetlerini karşılanmasında devlet daha çok görev üstlenmektedir. Etkili sağlık hizmeti verilmesinde bazı önemli ilkeler karşımıza çıkmaktadır. Bu ilkeler; kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik özelliklerini kapsamaktadır (Yazgan, 2009: 33).

Sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran en önemli özelliklerden biri, toplumun ihtiyacı doğrultusunda sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kar amacı taşımasıdır. Önemli olan önce insan sağlığıdır. Sağlık kurumları bu sebeple kamu ve kar amacı beklemeyen kurumların kapsamı altında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri uzman kişiler tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmeti sunan uzman kişilerle, hasta kişiler arasında niteliksel ve niceliksel bilgi eksikliği gör÷lmektedir. Bu sebeple devletin sağlık hizmeti sunacak uzman kişilere ve topluma sağlık eğitimi ile ilgili yatırımlar yapması beklenmektedir. Bu durum sağlık sektöründeki kalitenin artmasına katkı sağlayacaktır (Çoban, 2009: 13).

3.3.2. Sağlık Hizmeti Türleri

3.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmeti tıbbi literatürde genelde bahsedilen tanımlı kişilerin hasta olmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla sunulan sağlık hizmetidir. Bireye ve çevreye yönelik olarak iki ayrı gruplandırma yapılmaktadır. Aşağıda önce bireye yönelik sonrasında ise çevreye yönelik sağlık hizmetleri tanıtılmaktadır.

Bireye yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri hakkında;

- Hastalıkların erken teşhis ve tedavisinin sağlanması
- Sağlık eğitiminin sunulması
- Aile planlaması hizmetlerinin planlanması ve verilmesi
- Bağışıklama
- Beslenme şartlarının iyileştirme çalışmaları söylenebilir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, yayılma riski yüksek olan hastalıkların ve bireylerin hastalıklara karşı bağışıklık sistemini güçlü hale getirilmesiyle bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunumuyla salgın hastalıklardan toplumu koruyabiliriz. Koruyucu sağlık hizmetlerinin esas hedefi hastalık ortaya çıkmadan önce engel olmaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin hastalığın belirtisinden önce koruma yapması sağlık harcamalarına da olumlu

yansıyacaktır. Devlet daha az sağlık harcamasında bulunacaktır. Koruyucu sağlık hizmetinden toplum birincil basamak sağlık kuruluşlarından yararlanmaktadır (Gümüş ve Çelikay, 2010: 184).

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri hakkında;

- Temiz su kaynaklarının sağlanması
- Hava kirliliğinin kontrolünün sağlanması
- İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması
- Atık kontrolü olarak belirtilmektedir.

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri sağlanması bireyin daha temiz ortamda bulunmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca bireyde solunum hastalıklarına rastlanma oranının düşmesine sebep olabileceğini söyleyebiliriz. Çevreye yapılan yatırım toplumun her kesimine ve her sektörü kapsayacak bir yatırım olduğundan sağlığa ve sağlık sektörüne katkısı çok önemlidir. Bazı hastalıkların şiddetinin azaltılmasında çevre faktörünün çok önemli olduğu bilinmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri; aile planlaması, çocuk izlemi, gebe izlemi ve aşılama gibi uygulamaları kapsamaktadır. Sağlık sisteminin basamaklara ayrılmasıyla sağlık kuruluşlarının iş yükü azaltılmaya çalışılmıştır. Koruyucu sağlık hizmeti birinci basamak sağlık sistemi olduğundan temel kabul edilmektedir. Bu sebeple de sağlık sistemindeki herhangi bir aksama ya da sorunu, sosyoekonomik yapıdaki farklılıkları görmemizi sağlayacak temel unsur olarak bilinmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda meydana gelebilecek farklılıkların araştırılmasında yararlanılmaktadır (İlhan vd., 2006: 34).

3.3.2.2. Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri

Bireyin herhangi bir doğal afet yaralanmaları ya da beklenmeyen trafik kazaları, iş kazaları, bireyin psikolojik ve bedensel açıdan sakat kaldığı durumlarda bireyin bağımlı olma durumunu ortadan kaldırmak ve topluma yeniden kazandırılması için yararlanılan sağlık hizmet çeşitlerinden biri de rehabilit edici sağlık hizmetidir. Rehabilit edici sağlık hizmetleri iki farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. İlki tıbbi rehabilitasyon, ikincisi ise sosyal rehabilitasyondur (Çelikay ve Gümüş, 2010: 186).

Tıbbi rehabilitasyon; bireyin eski yeteneklerini kaybetmesi sonucu ortez, protez veya tekerlekli sandalye gibi araçları kullanarak eski yeteneklerini kısmen de olsa yapabilmeyi amaçlayan rehabilitasyon çeşididir. Sosyal rehabilitasyon ise yeteneklerini kaybetmiş bireyin tekrar topluma kazandırılabilmesi için ve yeni iş öğrenmesini sağlayarak çevreyle ve kendisiyle olan iletişimde daha sağlıklı davranışlarda bulunmasına yardımcı rehabilitasyondur (Çelikay ve Gümüş, 2010: 186).

Rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanan bireylerin topluma kazandırılması ve yeni işler öğrenebilmesi amaçlansa da bu süreç oldukça uzun ve yorucu bir süreç olmaktadır. Bu sebeple rehabilitasyon hizmetleri her bireyin bağımlılığını tamamen ortadan kaldırması kesin olmamaktadır. Ancak bireyin gelişen ve değişen sosyal çevresiyle uyumuna ve iletişimine yardımcı diyebiliriz.

3.3.2.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmeti, hasta kişinin yararlandığı bir sağlık hizmetidir. Hasta kişinin toplumdaki refah seviyesi azalırken ve gelirinde azalma görülmesi ya da hastalığın çevreye yaydığı herhangi bir faktör sonucunda kullanması gereken sağlık hizmetidir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri diğer sağlık hizmetleriyle karşılaştırdığımızda daha fazla maliyet doğurması söz konusudur. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi için tıbbi malzemelere, teknolojik cihazlara ve uzman personele olan ihtiyaç fazla olacaktır. Bu sebeple de sağlık harcamalarının ülke ekonomisi içindeki payı artacaktır. Örneğin kanser bir tedavi edici sağlık hizmetidir.

Tedavi edici sağlık hizmeti toplumdan çok bireye daha fazla yarar sağlamaktadır. Çünkü hasta birey sağlıklıken yerine getirdiği sosyal ve ekonomik faaliyetlerini sürdüremez duruma gelmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; yatarak ve ayakta tedavi edici sağlık hizmeti olarak gruplandırılmaktadır. Ayakta tedavi edici sağlık hizmeti bireyin hastalığının seyrinin hafif olduğu ve ilaçla tedavi edilebileceği hastalık halidir. Bu sebeple daha az maliyetli olmaktadır. Ancak yatarak tedavi hizmeti süreci daha ağır seyreden hastalıklarda ve uzun süreç olarak görülmektedir. Yatarak tedavi hizmetleri diğer tedavi hizmetleri içerisinde de en maliyetli olan hizmet türüdür (Çelikay ve Gümüş, 2010: 185).

3.3.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi temelde bireyin kendi sorumluluğundadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlık kurumlarından sağlanan faydanın en üst düzey çıkarılması hizmetidir. Bu süreçte bireyin bedensel, ruhsal ve hayat kalitesinin artması hedeflenmektedir. Günümüzde kişinin özel hayatındaki yaşantısının sağlık durumunu çok fazla etkilediği belirtilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi kavramı, toplumdaki sağlıklı bireylerin sağlık durumlarının daha da yüksek düzeye çıkarılması anlamı taşımaktadır (Yazgan, 2009: 38).

3.4. Sağlık Harcamaları

3.4.1. Sağlık Harcamaları Tanımı

Kamu harcamaları kavramı; devletin ve yerel yönetimlerin yapmış oldukları harcamaları kapsamaktadır. Geniş anlamda ise devletin ve yerel yönetimlerin yanında kamu iktisadi kurumlar gibi daha birçok kurum ve kuruluşların yapmış oldukları harcamalar ve vergi harcamalarıdır.

Toplumun ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için devletin birtakım görevleri bulunmaktadır. Bu görevler arasında da gerekli ihtiyaçları karşılamak için bazı harcamalara katlanmayı göze alabilmesi gösterilmektedir. Bu sebeple ihtiyaçları giderebilmek için bazı mal ve hizmetlerden kendine destek sağlaması gerekmektedir.

Kamu harcamaları, GSYH’de önemli bir paya sahip olması sebebiyle ekonominin verimliliğine oldukça fazla etki etmektedir. OECD ülkelerinde hükümetler, kamu sektörünün performansı gelişiminin yanında harcamaların artışı durumunda bir baskı yaşamaktadırlar. Örneğin; yaşılanan nüfus ile birlikte artan sağlık hizmetleri hükümetlerin bütçeleri üzerindeki baskıyı artırmakta ve hükümetleri zorlamaktadır. Bu sebeple kamu harcamaları etkin ve verimli şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca kamu maliyesinin sürdürülebilirliği göz önünde bulundurulmalıdır (Kamu Harcamalarında Etkinlik Çalışma Grubu Raporu, 2018: 5).

Gelişmekte olan ülkeler ve gelişmiş ülkelerin geçmişten günümüze süreçleri incelendiğinde kamu harcamaları sürekli olarak artış eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir. Bu artışlar farklı sebepler sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu sebepler içerisinde sanayileşmeyle birlikte gelen ekonomik faaliyetlerdeki değişim, güvenlik sebebiyle yerleştiren hukuk sistemi, nüfusun

artması ve şehirleşme gibi faktörler kamu harcamalarının daha fazla yapılmasını zorunlu kıldığı saptanmıştır (Arısoy, 2005: 3).

Tablo 19: Türkiye’de Kamu Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

Yıllar	Toplam Kamu Harcaması (TL)	GSYİH (TL)	TKH/GSYİH (%)
2009	268.219.185	999.191.848	27
2010	294.358.724	1.160.013.978	25
2011	314.606.792	1.394.477.166	22
2012	361.886.686	1.569.672.115	23
2013	408.224.560	1.809.713.087	23
2014	448.752.337	2.044.465.876	22
2015	506.305.093	2.338.647.494	22
2016	584.071.431	2.608.525.749	22
2017	678.269.193	3.110.650.155	22
2018	830.809.401	3.724.387.936	22
2019	1.000.026.856	4.280.381.145	23

Kaynak: T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü Merkezi Yönetim Bütçe İstatistikleri verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Toplam kamu harcaması verilerinden yola çıkılarak belirtilen yıllarda kamu harcamaları artış söz konusudur. Bu artış enflasyon yaşandığı dönemlerde yanlış yorumlara yol açabilir. Toplam kamu harcamalarının ekonomideki büyüklüğünü analiz edebilmek için kamu harcamalarının GSYİH oranının bulunması gerekmektedir. Bu tabloya bakacak olursak, toplam kamu harcamasının GSYİH oranı 2008 yılından sonra küresel kriz döneminde %27 olarak gerçekleşmesinden sonra diğer yıllarda genel olarak %22-23 civarında seyrettiği görülmektedir.

Ülkelerin ekonomilerini güçlü hale getirebilmeleri için ekonomik büyümenin gerçekleşmesi zorunlu ve sürdürülebilir olmalıdır. Bu sebeple toplumu oluşturan insanların sağlıklı olması gereklidir. Bu da toplumun gerekli ihtiyaçlarının karşılanması ve gereken sağlık hizmetlerinin sunulması ile mümkündür. Sağlık harcamasını yalnızca sağlık kaybı yaşandığında tekrar elde edebilmek için yaptığımız harcamalar değil, beslenme, sağlık yatırımları gibi faktörlerinde gelişimine kaynak sağlayabileceğimiz harcamalarda sağlık harcamaları olarak gösterilmektedir (Akın, 2007: 31).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), ülkelerin sağlık harcamaları için ülkelerin milli gelirlerinden en az %5'ini ayırmaları gerektiği belirtilmektedir. Gelişmiş ülkeler geliştirmekte olan ülkelere göre daha fazla sağlık harcaması gerçekleştirmektedirler. Böylece yeni reformlar ve harcamaların etkin dağılımı ile diğer geliştirmekte olan ülkeler tarafından örnek alınmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyon hastalıklarının daha yaygın halde görülmesi gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında daha fazla olduğu belirtilmektedir. Bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyon hastalıklarına yapılacak olan harcamalar hem toplumun refah seviyesini artıracak hem de ülkenin sağlık durumunda gözle görünür şekilde olumlu yönde bir değişim meydana getirecektir (Akın, 2007: 30).

Geliştirmekte olan ülkelerin sağlıklı olması halinde, komşu ülkelerin de sağlığı olumlu etkilenecektir. Örneğin; günümüzde koronavirüs hastalığının bulaş riski fazla olduğu bilinen bir hastalıktır. Bu sebeple tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Bu salgının bulaşma riskinin yüksek olması ülkelerin komşu ülkelerini de tehdit etmektedir. Ülkeler kendi alacakları önlemler sayesinde bulaş riskini en aza indirebilir ve komşu ülkelerinde bulaşıcılık riskini en aza indirmiş olurlar. Yani gelişmiş ülkelerde yapılacak olan reformlar geliştirmekte olan ülkeler tarafından örnek alınarak gerekli desteklerle birlikte sağlık düzeyi yukarı seviyelere çekilebilir. Ayrıca sağlığın yükselmesi küresel ekonomiye pozitif şekilde yansıtılabileceği görülecektir. Ancak günümüzde bulaş riskini azaltmada en önemli etken aşı olduğunun vurgulanmasına rağmen halen aşırıya ulaşmamış toplumların olması paradoksal bir durum oluşturmaktadır.

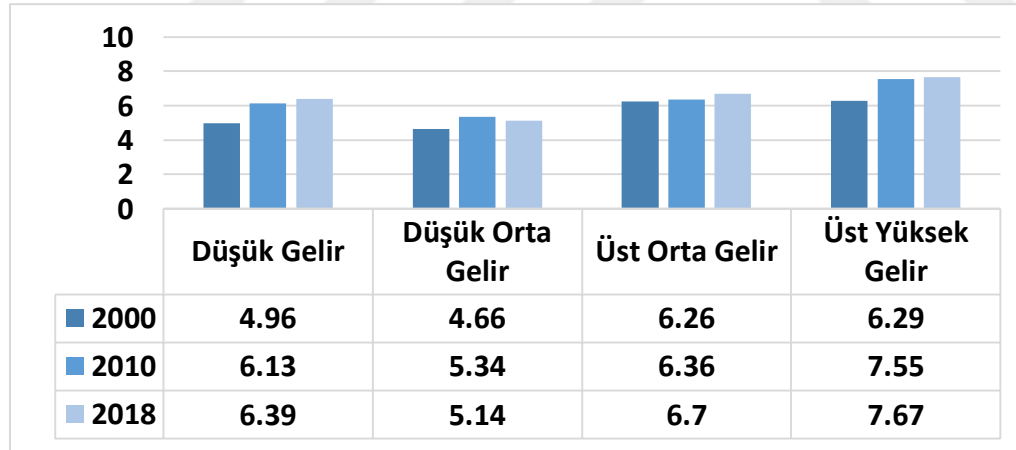
Ülkemizde sağlık harcamalarında en büyük destek olan kurum Sağlık Bakanlığımızdır. Sağlık Bakanlığı harcamaların büyük bir payını devlet bütçesinden sağlamaktadır. Ayrıca 1988 yılından sonra alkol, yakıt, sigara gibi lüks tüketim mallarından vergi kesilerek Sağlık Bakanlığı bütçesine vergi geliri olarak yansıtılmaktadır (Akın, 2007: 45).

OECD ülkelerinde de sağlık harcamalarının büyük bir kısmını kamu karşılamaktadır. 2004 yılında %71,6 olan kamu sağlık harcamaları ekonomideki olumlu yöndeki artışla birlikte refah seviyesini yükseltmiştir. Bu sebeple kamunun sağlık harcamalarına yaptığı katkı her yıl artış göstermektedir (Akın, 2007: 36).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça sağlık harcamalarına ayırdıkları pay artmaktadır. Hükümetlerin, ülke vatandaşlarına daha iyi sağlık hizmeti sunmaları için sağlık harcamalarında daha fazla yatırım yaptıklarını söyleyebiliriz. Gelişmiş ülkelerde nüfus faktörü de düşünüldüğünde, nüfusun fazla olması sebebiyle insanların ihtiyaçları da artış göstermektedir. Sosyal devlet, artan ihtiyaçları ülke ekonomisinin yaratmış olduğu kaynaklarla gidermesi beklenmektedir.

Birçok farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin birlikte sağlıklı şekilde yaşayabilmesi için sağlık harcaması payındaki artış büyük önem taşımaktadır.

Şekil 8: Ülkelerin Gelir Gruplarına Göre Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki Payı (%).



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Sağlık Gözlemevi, Erişim Tarihi: 7.06.2021.

Şekil 8’de DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)’den alınan verilere göre düşük gelirli, düşük orta gelirli, üst orta ve üst yüksek gelirli ülkeler gruplandırılmıştır. Bu grafikte ülkelerin 2000, 2010 ve 2018 yıllarına ait sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payları gösterilmektedir.

Ülkelerin gelir gruplarına göre sağlık harcamalarına baktığımızda GSYİH içindeki paylarının yıllar geçtikçe arttığını gözlemlemekteyiz. Ayrıca düşük gelirli olan ülkeleri incelediğimizde diğer gelir gruplarına ayrılmış olan ülkelere göre daha fazla sağlık

harcaması yaptığı görülmektedir. Bu durum ülkeler arasında gelir düzeylerine göre sağlık harcamalarında ülkelerin milli gelirleri içerisinde farklılıklar ortaya çıkardığını görmekteyiz.

3.4.2. Sağlık Harcamalarının Kamu Harcamaları İçindeki Yeri ve Önemi

Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde, ekonomide sürekliliği sağlanamamış büyüme, bütçede görülen açıklar, faiz oranlarında meydana gelen hareketlilik ve yüksek enflasyon gibi birçok sorun kamuda, milli gelirden meydana gelen açıkları göstermektedir. Bütçede meydana gelen bu açıklar kamu harcamalarının artmasına ve bunları karşılayabilecek durumda olmamasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Arısoy, 2005: 1).

Diğer çalışmalardan elde ettiğim bilgiler doğrultusunda kamu harcamalarının bugünkü tanımına bakacak olursak; kamu kaynaklarının toplumun ihtiyacı olan sosyal ve ekonomik istekleri doğrultusunda belirli kurallara göre yapılan destekler diyebiliriz. Kamu harcaması, devletin iktisadi devlet teşekkülleri, sosyal güvenlik kuruluşlarının harcamaları ve vergi gelirleri, diğer kurumların yaptığı harcamalar toplamından oluşmaktadır. Ayrıca Keynesyen görüşe göre, kamu harcamaları ekonomik büyüme ve kısa dönemde oluşan hareketliliği düzeltmek için kullanılabilecek dışsal politika aracı olarak gösterilmektedir. Aynı şekilde Wagner Yasası da ekonomik büyümede etkili içsel değişken olarak gösterilmektedir (Arısoy, 2005: 2).

Kamu sağlık harcamaları, ülkenin bütçesinden sağlık harcamalarına ne kadar pay ayırdığını gösteren bir ölçüttür. Bu ölçüt ülke vatandaşlarının sağlığına ne kadar yatırım yaptığını da göstermektedir. Bu özelliği bakımından sosyal devlet kavramı ile bağ kurulabilir. Çünkü devletin kendi vatandaşını geliştirme çabası içinde olması topluma bakış açısını belirlemede kullanılmaktadır (Sayım, 2017: 22).

Ülkenin sağlık harcamalarına yaptığı harcama fazla olması halinde ekonomik gelişme düzeyini etkilemesiyle ortaya çıkan diğer bir sebep, harcamaların karşılanmasında kamu ve özel sektörün kendi aralarında finansmana ayırdıkları paydır. Çünkü kamunun yetersiz kaldığı, gelişmemiş ülkelerde insanlar ceplerinden ya da özel sigortalar tarafından sağlık harcamaları ihtiyaçlarını gidermektedirler. Gelirin düşük olduğu ülkelerde genellikle sağlık harcamaları kamu tarafından karşılanmaktadır. Bu sebeple kamu bu ihtiyacı karşılayabilecek güçte olmalıdır. Kamu yetersiz kaldığı durumda özel sektörle işbirliği yapabilmelidir (Sayım, 2017: 23).

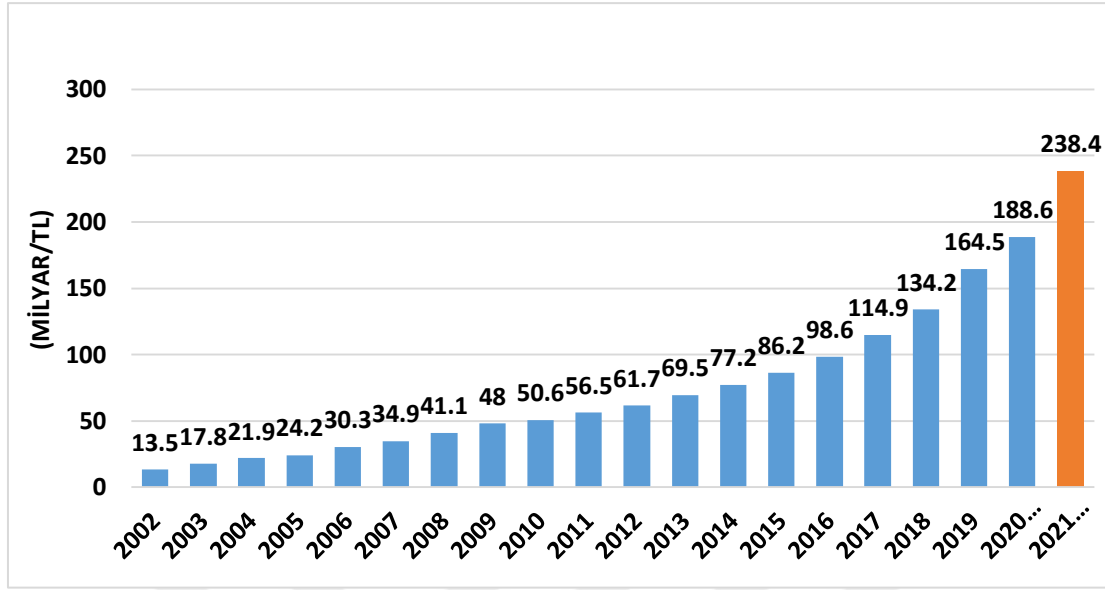
Tablo 20: Toplam Sağlık Harcamasının Toplam Kamu Harcaması İçindeki Yeri

Yıllar	Toplam Kamu Harcaması	Toplam Sağlık Harcaması	TSH/TKH (%)
2010	294.358.724	61.678	21
2011	313.301.823	68.607	22
2012	361.886.686	74.189	20
2013	408.224.560	84.390	20
2014	448.423.971	94.750	21
2015	506.305.093	104.568	20
2016	584.071.431	119.756	20
2017	678.269.193	140.647	20
2018	830.809.401	165.234	19
2019	999.489.433	201.031	20

Kaynak: T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü Merkezi Yönetim Bütçe İstatistikleri ve TÜİK verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tabloya bakacak olursak, 2011 yılı ile 2012 yılı arasında küçük bir değişim söz konusudur. Toplam sağlık harcaması ve diğer harcamalar arttıkça orantılı olarak toplam kamu harcaması artış göstermektedir. Bu sebeple aradaki yüzdelik oranda yıllara göre çok fazla değişim gözlemlenmemektedir.

Şekil 9: Sağlık Bütçesi



Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2021 yılı Bütçesi, Vatandaşın Bütçe Rehberinden alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Yukarıdaki şekli incelediğimizde, sağlık harcamalarının 2019 yılında 164,5 milyar iken 2020 yılında 188,6 milyar olması ve 2021 de bu harcama miktarının 238,4 milyarı bulması son iki yılda tüm dünyada görülen koronavirüs hastalığına bağlı olduğunu söyleyebiliriz. Şu an içinde bulunduğumuz salgın hastalık sebebiyle birçok ülkede görülen hastanelerdeki doluluk oranı, her geçen gün ölüm sayılarının artması sonucunda her ülkenin bütçesine göre sağlık harcamalarında bir artışa gidildiğini söyleyebiliriz. Ülkemizde salgını kapsayan bu dönemler içinde hastane sayısında artış görülmektedir. Ayrıca hastalığın çözümü olan aşıya ulaşmak için birçok kaynak ayrılmaktadır.

İçinde bulunduğumuz 2021 yılı bütçesinde;

- Sağlık harcamalarına yaklaşık 238 milyar lira,
- İlaç harcamalarına 60 milyar lira,
- Tedavi harcamalarına 123 milyar lira
- Aile hekimliklerine de 11,4 milyar lira kaynak ayrılmıştır.

2021 yılı bütçesiyle Merkezi Yönetim Kapsamındaki Kamu İdarelerine toplam yatırım ödeneği olarak bir önceki yıla göre %76,8 artışla 113,3 milyar TL ödenek tahsis edilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2021 yılı Bütçesi, Vatandaşın Bütçe Rehberi).

Tablo 21: Kamu Yatırımlarının Sektörel Dağılımı (Milyar, TL, Cari Fiyatlarla)

YILLAR	TARIM	MADENCİLİK	İMALAT	ENERJİ	ULAŞTIRMA	TURİZM	KONUT	EĞİTİM	SAĞLIK	DİĞER HİZMETLER	TOPLAM
2016	7.767	936	606	3.494	23.460	463	242	10.967	5.291	13.053	66.279
2017	10.090	1.365	673	4.710	28.115	541	683	12.632	6.490	16.021	81.321
2018	11.961	989	645	8.708	42.681	505	590	14.022	6.894	17.706	104.700
2019	7.795	1.043	773	13.603	31.304	385	688	16.419	6.320	17.709	96.039

Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, <https://www.sbb.gov.tr/yatirimlar/yatirimlarin-sektorel-dagilimi/>

Kamu yatırımlarının son dört yıl içerisindeki paylarına baktığımızda sağlık harcamaları payında değişimin çokta farklı olmadığı görülmektedir. Değişimin daha çok ulaştırma ve enerji sektöründe meydana geldiği görülmektedir.

Kamu harcamaları, GSYH önemli bir yere sahip olduğundan ekonominin verimliliği üzerinde de büyük etkiye sahiptir. OECD ülkelerine baktığımızda da kamu sektörünün performansının artırılması ve harcamalara daha fazla kaynak ayırması konusunda baskı altında kalmaktadır. Nüfusun yaşlanması, sağlık hizmetlerinin artması, emeklilik maliyetlerinin artması sebebiyle ülke bütçesinde ağır yük oluşturmaktadır. Bu sebeple toplum vergilerin nasıl harcandığı konusunda hükümetleri sorgulamaktadır. Toplumun elde ettiği gelirler sonucunda kaynakların dağıtımında ortaya çıkan çarpıklıklar, ülkenin ekonomik büyümesi üzerinde sorun oluşturmaktadır. Bu sebeple kamu harcamalarında etkinlik ve verimliliğinin artırılması, kamu maliyesinin sürdürülebilmesi için büyük önem taşımaktadır (On Birinci Kalkınma Planı, 2019-2023: 5).

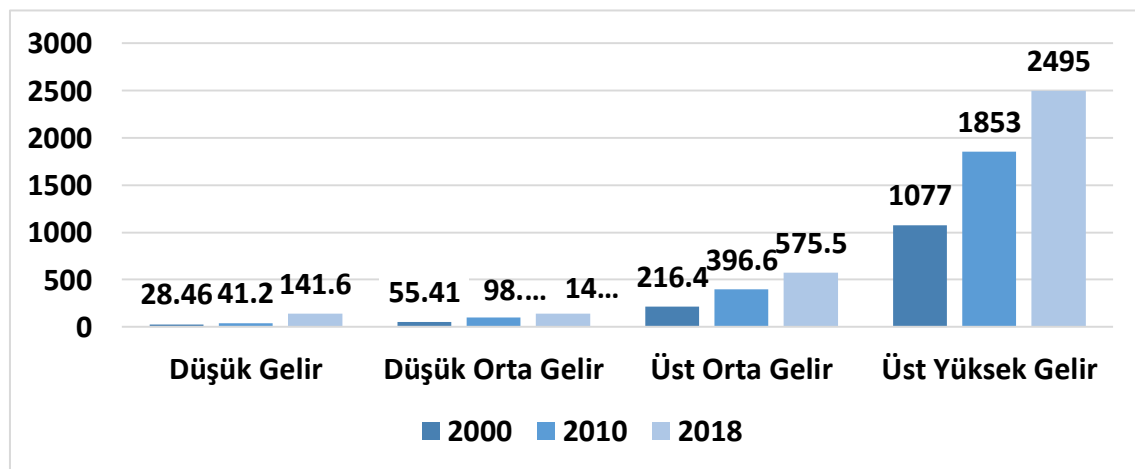
Kamu, sağlık hizmetleri için belli bir bütçe ayırması ve her geçen gün ayrılan miktarın artmasında iki farklı faktör söz konusu olmaktadır. Bunlar öncelikle özel sektörde maliyet azaltmak için çalışırken, kamuda çalışanlar daha fazla hizmet verebilmek için harcamaları artırma eğilimi göstermektedirler. Diğer bir faktör ise kamuda rekabetin daha az olması sebebiyle maliyetler yüksek olabilir. Kamuda harcamaların belirlenmesinde bu iki faktörden çok kamunun finansmanına bağlıdır. Çünkü kamunun finansman kaynakları sınırlıdır. Yani kamunun sunacağı hizmet ve harcamalardaki finansman kaynaklarının ne kadar olacağı belli olmadığından açık uçlu finansman sistemi olan ülkelerin harcamalarının daha fazla olabileceği söylenmektedir (Gerdtham vd., 1992: 63).

Ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunda ilk önce Sağlık Bakanlığı sorumlu olsa da sağlık hizmetlerini karşılayan tek kurum değildir. Kamu iktisadi kuruluşlar, bankalar, üniversiteler, silahlı kuvvetler, özel sektör ve bazı sivil toplum kuruluşları da sağlık hizmeti sunmaktadır. Türkiye’de kamu ve özel sektör kaynakları tarafından sağlık harcamaları karşılanmaktadır. Kamu sektörü merkezi; devlet, yerel yönetim ve sosyal güvenlik fonları ile yapılan harcamalar yer almaktadır. Özel sektörün yaptığı harcama ise vatandaşın cebinden yapmış olduğu ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve vatandaşa hizmet eden, kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır (Aydemir ve Baylan, 2015: 421).

Dünya geneline bakıldığında 1950 yılından sonraki dönemlerde sağlık harcamalarında kamunun payı arttığı belirtilmektedir. ABD’nin OECD ülkeleri içindeki payı en düşük olduğu bilinmekteydi. Ancak, 1960 yılında ABD’nin %24 olan payı, 2012 yılında %47’ye çıktığı belirtilmiştir. Aynı şekilde Kanada’da sağlık harcaması payı 1960 yılında %43 iken 2012 yılında bu oran %70’e yükselmiştir. İngiltere ve Almanya gibi ülkelere baktığımızda ise her iki ülke yıllar içinde %60’lardan, 2000’li yıllarda %70’in üzerinde artış göstermiştir. Fakat İngiltere ve Almanya’nın da içinde bulunduğu birçok ülkenin sağlık harcamaları 1980 ve sonraki dönemlerde azalış eğilim gösterdiği belirtilmektedir (Çalışkan, 2019: 12).

DSÖ’den alınan bilgiler doğrultusunda hükümetlerin gelir gruplarına göre yapmış oldukları sağlık harcamalarına bakalım.

Şekil 10: Ülkelerin Gelir Gruplarına Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (\$).



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Sağlık Gözlemevi, Erişim Tarihi: 10.06.2021.

Şekilde, hükümetlerin bütçelerine göre sağlık harcamalarına katkıları gösterilmektedir. Hükümetler, 2000 yılında 28,46 \$ düşük gelirli gruba ayırırken yıllar geçtikçe ayrılan pay artmıştır. Sağlık harcamasına ayrılan payın artması; teknolojik gelişmenin yaşanması, refah düzeyinin artması ve nüfus sayısının ihtiyaçları doğrultusunda şekildeki artışın gözlemlendiğini söyleyebiliriz.

3.5. Sağlık Harcamaları Türleri

Sağlık harcamaları günümüzde devlet ve özel sektör tarafından giderilmektedir. Bu nedenle devlet sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları olarak iki farklı grup altında da toplanabilir. Ayrıca bazı kaynaklarda toplam sağlık harcamaları, cari sağlık harcamaları ve yatırım sağlık harcamaları olarakta sınıflandırılmaktadır.

3.5.1. Devlet Sağlık Harcamaları

Merkezi yönetim; genel bütçe, özel bütçe ile düzenleyici ve denetleyici kurumların yaptığı sağlık harcamaların, yerel yönetimler (il özel idareleri, mahalli idareler, sosyal güvenlik ve merkezi yönetim bütçesi dışında kalan diğer kamu kurumları tarafından yapılan harcamalar) ve sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan harcamaları kapsamaktadır (Doğan Çulha, 2019: 22).

3.5.2. Özel Sağlık Harcamaları

Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının bir kısmı özel sağlık harcamaları tarafından giderilmektedir. Özel sektör harcamaları, özel hastane harcamaları, özel ilaç harcamaları ve kamuya yapılan cepten ödemeler bu harcama türünde yer almaktadır. Uygulamaya konmuş olan sosyal güvenlik fonlarının içerdiği sigortalı kişilerin özel sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlaması uygulaması ile özel sağlık hizmeti verilmesinde ilerleme sağlanmıştır. Özel sağlık sunucuları kentsel bölgelere göre kırsal bölgelerde daha az bulunmaktadır. Türkiye’de 1990’lı yıllarda özel hastanelerin sayısı artmıştır. Ayrıca kapasiteleri her geçen gün artarak gelişme göstermektedir (Yurdadoğ, 2007: 607).

3.5.3. Cari Sağlık Harcamaları

Cari sağlık harcamaları, genellikle geçici olan ve süreklilik arz etmeyen mal ve hizmetlerin bir defaya mahsus kullanılması için yapılan harcamaları içermektedir. Bu harcama türü bütün tedavi ve rehabilitasyon, koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığını, gerekli ilaçları, tıbbi tedavi malzemeleri, gerekli personel ücret ve maaşlarını içeren tüm harcamalardır.

Yukarıda bahsetmiş olduğumuz özel sektör sağlık harcamaları cari sağlık harcamaları içerisinde de gösterilmektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortaları, vatandaşların cepten harcamaları ve vakıflar gibi birçok harcamalar cari sağlık harcaması olarak gösterilmektedir (Ağır ve Tıraş, 2018: 650).

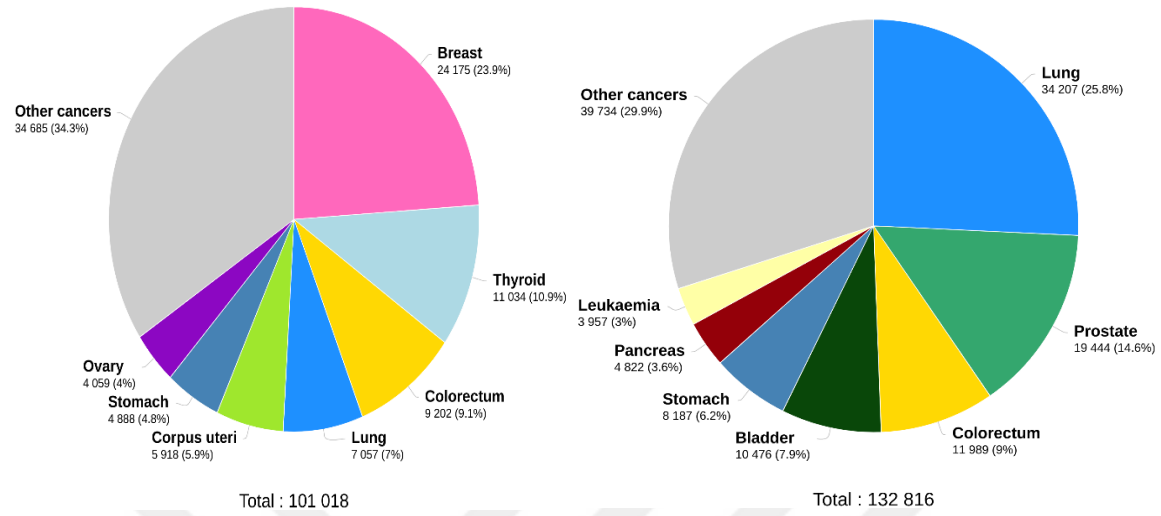
3.5.4. Yatırım Harcamaları

Ekonomik ömrü bir yıldan fazla olan üretim araçlarına yapılan harcamalardır. Sağlık hizmetleri verilmesinde kullanılan bina, makine, ekipmanlar bina ve ekipman bakımı, ambulans ve araçlar için yapılan harcamalar yatırı harcamaları içerisinde yer almaktadır. Toplam sağlık harcaması içinde yer alan yatırım harcamalarından uzun süre fayda sağlanmaktadır. Bu yatırımlar tüketim harcaması yerine üretim harcaması olarak değerlendirilmesi daha doğru olacaktır (Ağır ve Tıraş, 2018: 664).

3.6. Akciğer Kanseri ve Sağlık Harcamaları

Tüm dünyada ve ülkemizde giderek yaşam tarzlarının değişimiyle sağlık politikaları bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili çalışmalara daha çok yönelmiş durumdadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2014 yılında yayınlamış olduğu rapora göre şubat ayı kanser istatistiğinde, kanser 1. sırada ölüm nedeni olarak yer almaktadır. Aynı raporun 2007 yılındaki kanser ölüm nedeni olarak tüm ölümlerin %13'ü olduğu belirtilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), 2007 raporunda 7,9 milyon ölümün %70'i ve tüm dünya nüfusunun %80'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşanan bu ölümler ülkelerin ekonomisine ciddi yük getirmektedir (Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018: 74).

Şekil 11: 2020 tahmini yeni vaka sayısı, Türkiye, erkek ve kadın, her yaştan. (GLOBACON, 2020).



Kaynak: WHO, Küresel Kanser Gözlemevi, Erişim Tarihi: 12.06.2021.

2018’de Dünya Sağlık Örgütü’nün hazırladığı raporlardan da görebileceğimiz gibi kadınlarda toplam 101 bin, erkeklerde ise toplam 132 bin yeni vaka ortaya konmuştur. Kadınlarda yaklaşık %24’lük payla meme kanseri ve erkeklerde %25,8’lik payla akciğer kanseri diğer kanser türlerinden daha fazla rastlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün, dünya kanser gününde açıkladığı rapora göre gelişmekte olan ülkelerde vakaların 2040 yılında %81 artış göstereceği ifade edilmiştir (dw.com.tr, Erişim tarihi: 12.06.2021).

Kanser artış hızının artış göstermesi halinde, nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası ile karşılaşabileceğimiz belirtilmiştir. Günümüzde kanser ölüm sebebi olarak hem erkekte hem de kadında ikinci sırada yer almaktadır. Fakat 2002’de %12 olan kansere bağlı ölümler 2013’te %20’lere çıktığı bilinmektedir. Bu verilere baktığımızda ülkemizde gelecek yıllarda kansere bağlı ölümlerin birinci sırada olacağı tahmin edilmektedir (Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018: 74).

Tablo 22: Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Toplam Kanser Harcamaları ve Akciğer Kanseri Oranı (milyar/TL)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması	Toplam Kanser Harcaması	Akciğer Kanseri Harcaması
2010	61.678	4.13	2.6
2011	68.607	4.59	2.9
2012	74.189	4.97	3.2
2013	84.390	5.65	3.6
2014	94.750	6.34	4.1
2015	104.568	7.00	4.5
2016	119.756	8.02	5.2
2017	140.647	9.42	6.1
2018	165.234	11.07	7.1
2019	201.031	13.46	8.8

Kaynak: Türkiye Akciğer Kanseri Raporu ve TÜİK verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Türkiye Akciğer Kanseri Raporundan kanser harcamalarına ayrılan doğrudan maliyetin 6,7 olduğunu aldık. Her yılın sağlık harcamalarını 6,7'ye bölerek her yılın kanser harcamalarını elde ettik. 2019 yılı için yaptığımız hesaplamada yaklaşık 13,5 milyar TL kanser harcaması olduğuna eriştik. Yine aynı yıl yayınlanan Türkiye Kanser Raporuna göre 8,8 milyar TL akciğer kanserine harcama yapıldığına ulaştık. 8.8 milyar ile toplam kanser harcamasını oranladığımızda %65'inin akciğer kanserine gittiği görülmektedir. Bu oran büyük bir değer ifade etmektedir. Bu çalışmalar doğrultusunda yukarıdaki tabloyu oluşturduk.

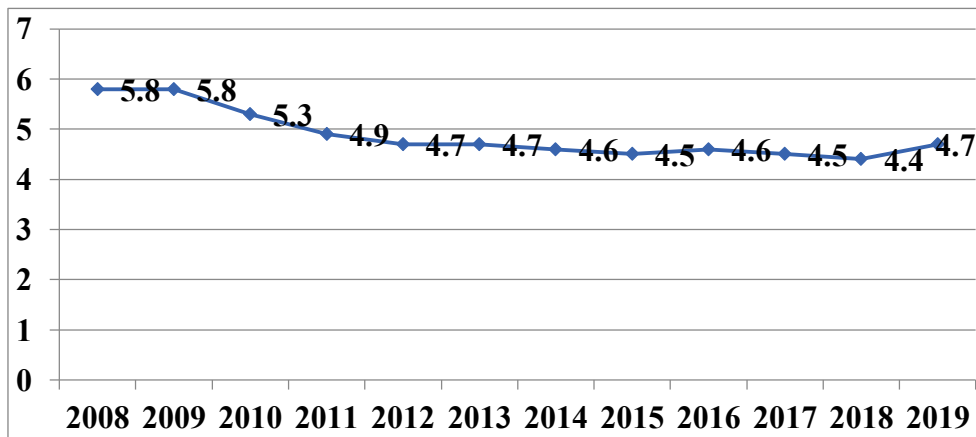
Tablo 23: Yaşı Göre Standardize Edilmiş Kansere İnsidans Oranı, 100 bin kişide, WHO.

	KADIN	ERKEK
DÜNYA	182,6	218,6
AVRUPA	253,3	323,7
ABD	321,2	393,2
TÜRKİYE	182,3	284,2

Kaynak: (www.dogrulukpayi.com/bulten/turkiye-de-ve-dunyada-kanser-vakalari) (Erişim tarihi: 12.06.2021).

100 bin kişide standardize edilmiş kanser görülme sıklığı oranlarına baktığımızda, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da hem kadın hem de erkekte hastalığın görülme sıklığı, Türkiye'deki oranların üzerinde seyrettiği görülmektedir. Türkiye'de ise kadınlarda hastalık sıklığı Dünyadaki orana yakın görülmekteyken, erkeklerde bu oranın daha fazla olduğunu görmekteyiz. Bu tablodan da elde ettiğimiz bilgilere göre Türkiye'de kadınlardan daha fazla erkeklere kanser tanısı konulduğunu söyleyebiliriz.

Şekil 12: 2008-2019 Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH Oranı (%)



Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistiği, Erişim tarihi: 15.06.2021).

Şekilde de görebileceğimiz gibi toplam sağlık harcamaları 2010 yılında uygulanan sağlık politikaları ile sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıladaki payında düşüş görülmektedir. Bu düşüş 2019 yılında tekrar artış gösteren bir eğim çizdiğinde uygulanan sağlık politikalarının yetersiz kalması, nüfusun giderek yaşlanması, insanların yaşam tarzının değişmesi, beslenme alışkanlıklarında meydana gelen değişim, tütün tüketimine olan eğilimin artması, sağlık alanında gelişme gösteren teknolojik cihazların alımına ciddi bütçe harcaması yapılması ve sağlık hizmetlerine ulaşmanın daha hızlı ve kolay olması bu artışa sebep olan faktörler arasında gösterilebilir.

Sağlık harcamalarında meydana gelen bu artış sağlık hizmetlerinin verimlilik ve erişimini etkilemeden yapılandırılmış sağlık politikaları ile tekrar kontrol altına alınabilir. Türkiye gibi nüfusu yaşlanmakta olan ülkeler sağlık harcamasına yapacakları yatırımları arttıracığından dolayı ülkelere ciddi ekonomik yük getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün yaptığı çalışmalar sonucunda kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2. sırada ölüm sebebi olarak kanser gelmektedir. Hastalıklar göz önüne alındığında erken teşhis ve tedavi için teknolojik gelişmelerden yardım almak gerekmektedir. Fakat sağlık harcamalarındaki artışları azaltacak yönde analizler yapılmalıdır.

Dünya Kanser Raporuna göre, dünyada yılda 14 milyon kişiye kanser hastalığı teşhisi konulmaktadır. 2018’de bu sayı 18,1 milyon ve 2040’ta ise 29,5 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Dünya Kanser Raporu 2010 yılında kanser hastalığının tüm dünyaya ekonomik maliyetinin 1,16 trilyon dolar olduğunu belirtmiştir. 2014 yılı itibariyle 1,3 trilyon dolar olduğu ifade edilmiştir (DSÖ, Erişim tarihi: 15.06.2021).

Türkiye’de kanser harcaması 2013 yılı sonunda 3 milyar dolarken 2020’de 5,1 ve 2030’da 9,3 milyar dolar üzerinde beklenmektedir. Ayrıca sağlık harcamaları içinde kansere en fazla bütçe ayıran on ülke içinde yer almaktayız. Toplam sağlık harcaması içinde ortalama %6,7’sini Türkiye doğrudan kanser harcamasına ayırırken Avrupa ülkeleri 6,4’ünü kanser tedavisine ayırmaktadır. Avrupa ülkeleri kanser tedavisinde kullanılacak olan ilaç harcamalarının sağlık harcamalarının %13’ünü oluşturmaktadır. Bu yaklaşık 7,3 milyar avro olduğu tahmin edilmiştir. Türkiye’de kanser tedavisine yapılacak olan harcamanın 2010-2030 yılları aralığında 113,4 milyar dolara çıkacağı tahmin edilmektedir. (<https://www.dunya.com/saglik/kanser-tedavisine-yilda-3-milyar-dolar-harcaniyor-haberi-251874>, Erişim tarihi: 15.06.2021).

Türkiye tütün tüketiminde ilk on ülke içinde yer alması Türkiye Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) verilerine göre yıllık 15 milyon dolar tütün tüketimi KOAH, akciğer kanseri ve solunum yolu hastalıklarına yol açan temel faktördür. Bu sebeple alkol ve tütüne yapılan bu harcamanın akciğer kanseri, kardiyovasküler hastalıklar ve KOAH tedavi maliyetlerinin yılda 1 milyon doları aşabilecek sağlık harcamalarına yol açmaktadır. (<https://www.dunya.com/saglik/kanser-tedavisine-yilda-3-milyar-dolar-harcaniyor-haberi-251874>, Erişim tarihi: 15.06.2021).

3.7.Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları, her ülkenin sosyokültürel yapısına ve ülkelerin uygulamış oldukları sağlık politikaları değişkenlik gösteren faktörlerden biridir. Geçmişte ülkelerin yaptıkları savaşlar sonucunda beşeri sermayenin önemi artmış, sağlık ve sağlık harcamaları da büyük önem kazanmıştır (Ağır ve Tıraş, 2018: 645).

Ekonomi ve sağlık harcamaları arasındaki pozitif ilişki beşeri sermaye üzerinde de olumlu etkiler yaratmaktadır. Bu sebeple ekonomik büyüme, gelir dağılımı gibi faktörlerde etkilenmektedir. Sağlık harcamaları tedavinin değeri ve maliyeti üzerinde değerlendirmelerde bulunmaktadır (Güven, vd., 2020: 66).

Türkiye’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen politikalarla ekonomik büyüme sağlanarak piyasa oluşturulmuştur. Bu büyüme SGK’nın sağlık giderlerindeki artıştan ve kamudan sağlık sektörüne ayrılan payın miktarındaki artış belirleyici olmuştur. Büyümenin sağlanması ile özel sağlık sektörü de hızlı gelişme göstermiştir. Sağlık hizmetlerine talep her zaman var olmuştur. Bu sebeple sağlık hizmetleri ve tüketici arasında bilgi asimetrisi olmalıdır. Böylece sağlık sektöründen yararlanacak olan vatandaşın sağlık hizmetinden beklentisine yönelim kolaylaşacaktır (Erol ve Özdemir, 2014: 19).

Sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığının performansa bağlı ek ödeme sistemi, hizmet erişimin kolaylaştırılması, hastanelerdeki kalite ve verimin arttırmak için çalışmalara öncelik verilmesi, bütçe uygulamasına geçilmesi gibi birçok faktörlerle finansmanın gelişimine katkı sağlanmaya çalışılmaktadır (Atasever, 2015: 21).

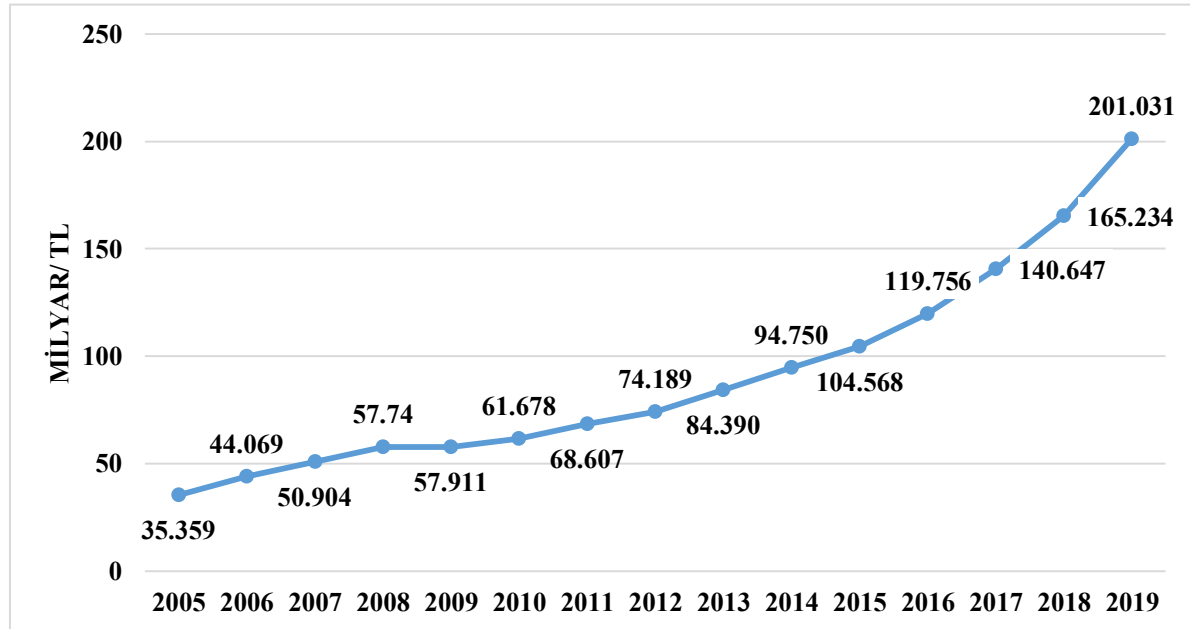
Sosyal devlet anlayışıyla hareket eden ülkeler, toplumun sağlığını korumak ve yükseltmek amacıyla gereken sağlık hizmetlerini sunmak ve sağlık harcamalarını korumak zorundadırlar. Bu sebeple ülke yönetimleri kendi toplumlarına uygun olan sağlık sistemlerini

oluşturmaları gerekmektedir. Geçmişten günümüze sağlık hizmetleri bazı ülkelerde yalnız kamu tarafından sunulurken bazı ülkelerde hem kamu hem de özel sektör tarafından sunulduğu belirtilmektedir. Türkiye sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanının karşılanmasında karma sistemi benimsemiş olmakla birlikte büyük kısmını kamunun desteğiyle sağlamaktadır. Türkiye’de kamu ve özel sektör tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin finansmanı vergiler, primler, özel sağlık sigortaları, tıbbi tasarruflar ve cepten yapılan harcamalarla sağlanmaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018: 647).

Gelişen teknoloji ve insanların bilgi düzeylerinin giderek artması sonucunda sağlık hizmetlerine olan talepte artış gözlemlenmiştir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin artırılması büyük oranda sağlık harcamalarında artışa sebep olmuştur. Dolayısıyla dünya genelinde ülkelerin sağlığı yükseltmek için sağlık harcamalarını ayırdıkları payın arttığı belirtilmektedir. Ülkeler sağlık harcamalarını kontrol altına alma ihtiyacı duymaktadırlar.

Bu sebeple Türkiye 1990 yılında sağlık reformları çalışmasını başlatarak 2003 yılında da sağlıkta dönüşüm programı ile bu sektöre yönelik katkılarını arttırmıştır (Ağır ve Tıraş, 2018: 646).

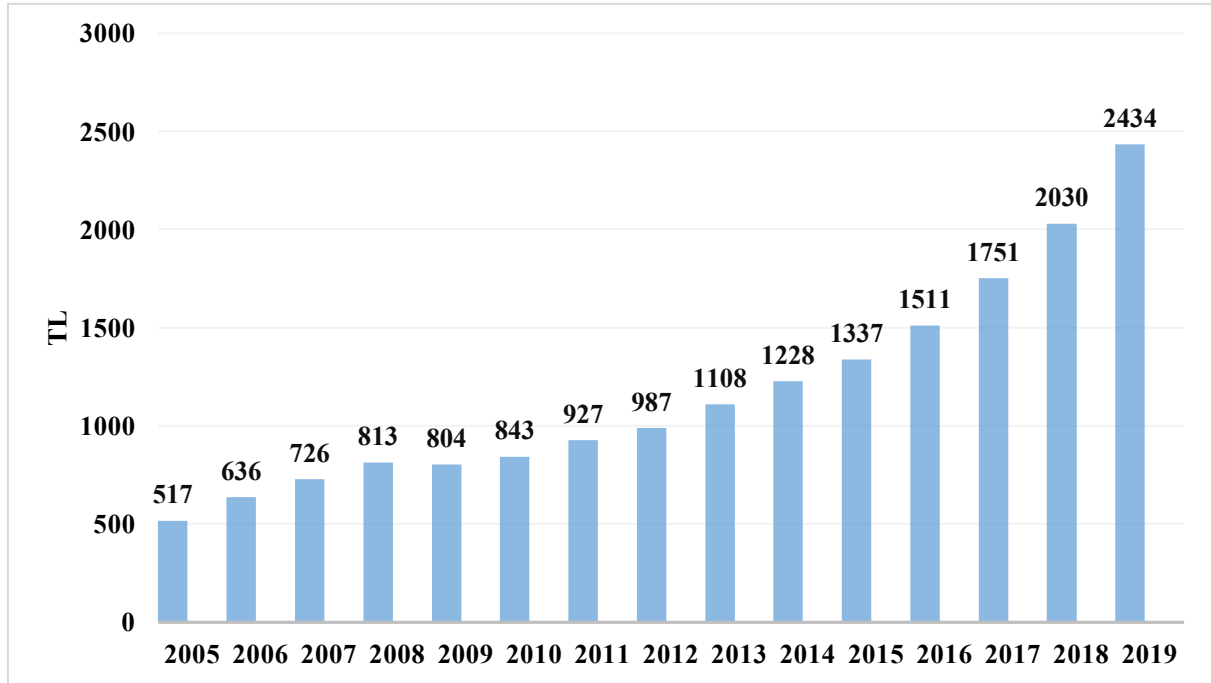
Şekil 13: TR’de toplam sağlık harcaması 2005-2019



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Sağlık Gözlemevi, Erişim Tarihi: 16.06.2021

Şekilde 2005 yılından 2019 yılına kadar Türkiye'nin yaptığı toplam sağlık harcamaları değerleri gösterilmektedir. 2005 yılında 35 milyar TL olan sağlık harcamaları her yıl artarak 201 milyar 31 milyon TL'ye ulaştığı gösterilmektedir. Bu grafiği incelediğimizde yaklaşık olarak 6 kata yakın bir artış görülmektedir. Aslında grafiğe göre her yıl istikrarlı artış gözlenip, 2008 ve 2010 yılları arasında gerçekleşen artışın diğer yıllardaki artışa göre daha az olduğu söylenebilir. Bu artışın daha az olmasının nedeni olarak dönemin ekonomik durumuyla ilgili olduğunu söyleyebiliriz.

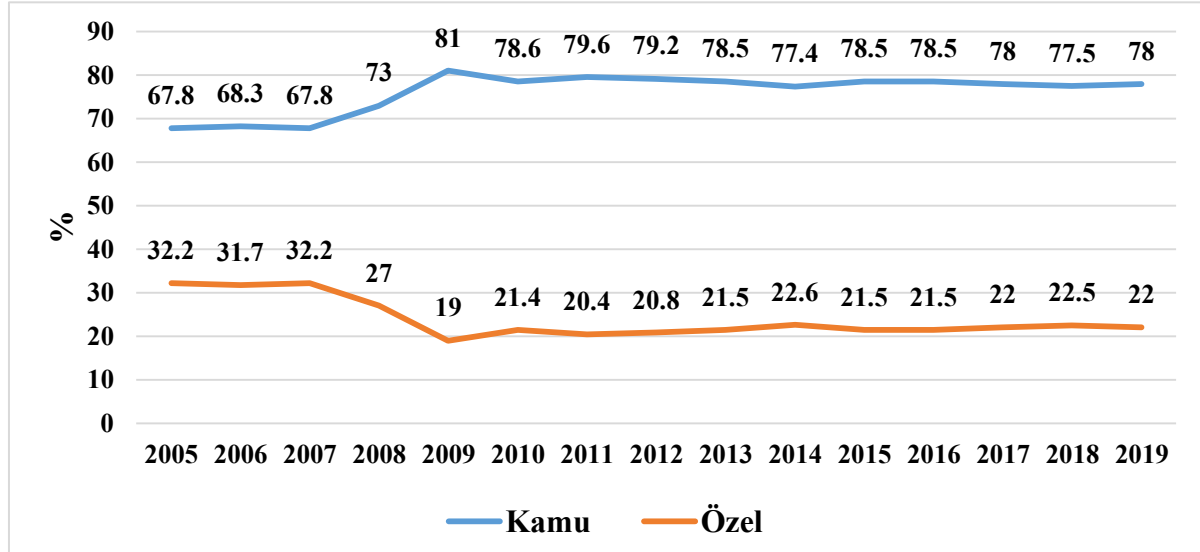
Şekil 14: Türkiye’de Kişi Başı Sağlık Harcamaları (TL), Erişim Tarihi: 16.06.2021.



Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistiği

2005-2019 yılları arasında kişi başı sağlık harcamaları yaklaşık olarak 4 kat artış göstermektedir. 2005 yılında kişi başı sağlık harcaması 517 TL iken 2006 yılına kadar %23'lük artış söz konusu iken günümüze yaklaştıkça baktığımızda 2018 yılında ise 2 bin 30 TL iken 2019 yılına kadar bir yıllık sürede %19,9 artış görülmektedir. Her yıl aynı oranda artış görülmesi de istikrarlı artış söz konusudur. Bu dönemde Türkiye'deki ekonomik gelişmeler ve teknoloji alanında sağlanan gelişmelere bağlı olarak artış oranında değişim gözlemlendiğini söyleyebiliriz.

Şekil 15: Genel devlet harcamaları ve özel sektör harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı (%).



Kaynak: TÜİK, Sağlık harcamaları istatistikleri, 2019.

Türkiye’de 2005-2019 yılları arasında sağlık harcamaları finansmanında yıllar geçtikçe değişim gözlemlenmiştir. 2005 yılında %67,8’i kamu tarafından %32,2 ‘si özel sektör tarafından karşılanırken, 2019 yılına baktığımızda özel sektör payı azalmış kamunun payı %78’lere artış göstermiştir. Grafiğe bakarak günümüzde kamunun harcamadaki payının arttığını söyleyebiliriz.

Kamu sağlık harcamaları, ülkenin genel bütçesi içerisinde bulunmaktadır. Kamu sağlık hizmetlerini topluma ulaştırmasında Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, KİT’ler ve Üniversiteler ile birlikte sosyal güvenlik içinde mevcut bulunan Emekli Sandığı, BAĞKUR, SSK tarafından giderilmektedir. Kamu, toplumun ihtiyaçlarını dikkate alarak ihtiyaçlar doğrultusunda harcamaları gerçekleştirmektedir. Bir kısım sağlık harcamaları da özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Bunlar içerisinde özel sağlık sigortası, fonlar ve cepten yapılan harcamalar gösterilebilir. Bireyin cepten sağlık harcamaları değişkenlik gösterebilir. Sağlık Bakanlığının yapmış olduğu çalışmada yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarında değişim gözlemlenmiştir. Bu çalışmayı incelediğimizde 1999 yılında 29,1 oranında iken 2015 yılına baktığımızda bu oranın 16,6 olduğu görülmüştür. Bu düşüşün sebebi devlet hastanelerinin artması ve çalışanların zorunlu sigortalı olması gibi faktörler olabileceği belirtilmektedir (Kekeç vd., 2018: 555).

Şekil 16: Genel ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2018-2019 (Milyon/ TL).

	2018	Pay (%)	2019	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	165 234	100,0	201 031	100,0
Genel devlet	128 021	77,5	156 819	78,0
Merkezi devlet	40 461	24,5	51 492	25,6
Mahalli idareler	1 439	0,9	1 373	0,7
Sosyal Güvenlik Kurumu	86 121	52,1	103 954	51,7
Özel sektör	37 213	22,5	44 212	22,0
Hanehalkları	28 655	17,3	33 626	16,7
Sigorta şirketleri	4 625	2,8	5 801	2,9
Diğer ⁽¹⁾	3 933	2,4	4 785	2,4

(1) "Diğer" sağlık harcamaları; hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019.,

Genel devlet sağlık harcamasının, toplam sağlık harcaması oranı 2019 yılında %78, özel sektör sağlık harcaması ise %22 olarak gerçekleştiği şekilden de anlaşılmaktadır. Genel ve özel sektörü oluşturan alt bileşenlere baktığımızda 2019 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu %51,7, merkezi devlet %25,6, hanehalkları %16,7, sigorta şirketleri %2,9, hanehalklarına hizmet eden kar amacı taşımayan kuruluşlar ve diğer işletmeler %2,4, mahalli idareler %0,7'lik pay taşımaktadırlar (TÜİK, Erişim tarihi: 20.06.2021).

Cari sağlık harcaması 2019 yılında, 2018 yılına göre %21,1'lik bir artış göstermiştir. Bu artış ile birlikte 187 milyar 673 milyon TL'ye cari sağlık harcamasının yükseldiği saptanmıştır. Sağlık harcamaları, yatırımlar içinde %30,05 artış göstererek 13 milyar 357 milyon TL'ye ulaştığı belirtilmektedir. Toplam sağlık harcamaları, sağlık hizmetleri bileşenleri içinde incelendiğinde ilk üç sıranın 2019 yılında değişim göstermediği belirtilmektedir. Bu üçlü hastaneler, tıbbi malzeme sunanlar ve ayakta bakım sunucularını kapsamaktadır (TÜİK, Erişim tarihi: 20.06.2021).

3.8. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Yeri

Sağlık harcamalarında gözlemlenen artış toplumun tamamında bir beklenti oluşturmaktadır. Toplumun sağlık düzeyini etkileyen en önemli faktörler arasında bebek ölüm oranı, yaşam süresi, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık sistemleri göstergeleridir. Bir toplumun sağlıklı olması o ülkenin rekabet etme düzeyini yükseltmektedir. Sağlık harcamalarının artması,

ülkenin ekonomik büyümesinde ve gelişmesinde doğrudan etkili faktörlerden biridir. Çünkü sağlık harcamasındaki artış yaşam süresini uzatmaktadır (Kamacı ve Yazıcı, 2017: 53).

Ülkemizde sağlık sistemi karma bir yapı içermektedir. Sağlık hizmetleri de hem kamu hem de özel kesim tarafından gerçekleştirilmektedir. Kalkınma açısından önde gelen bölgelerin sağlık personeli ihtiyacının giderilmesi gibi hedefler uygulamaya geçirilmek için Sağlıkta dönüşüm dönemi başlatılmıştır. Bu dönem geçmişten günümüze kadar hedeflenmiş ama yapılamamış olan uygulamaları da içermektedir. Tüm bu çalışmalarda gerekli değişimlerin yapılması, planların geliştirilmesi, sağlık harcamaları finansmanının etkili ve verimli kullanılması için yeni bir döneme adım atılmıştır.

Şekil 17: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Toplam İçindeki Payı

	2018	2019
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	165 234	201 031
Kişi başına sağlık harcaması (TL)	2 030	2 434
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	4,4	4,7
Cari sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	4,1	4,3
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	77,5	78,0
Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	22,5	22,0
Hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	17,3	16,7

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019.

Hanehalklarının tedavi, ilaç gibi ihtiyaçlarını karşılamak için yapılan sağlık harcaması 2019 yılında, 2018 yılına göre %17,4 artış göstererek 33 milyar 626 milyon TL'ye yükseldiği görülmektedir. Hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2019 yılında %16,7 olduğu belirtilmektedir (TÜİK, Erişim tarihi: 20.06.2021).

3.9. Türkiye ve Seçilmiş Yabancı Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Günümüzde ülkeler farklı sağlık sistemleri kullanmaktadır. Bu sistemlerle, sağlık hizmet sunumu, sağlık harcamaları finansmanındaki uygulamalar devlet ve özel sektör tarafından giderilmektedir. Bu sebeple her ülkenin kişi başına yaptığı harcama, toplam sağlık harcamaları değişkenlik göstermektedir.

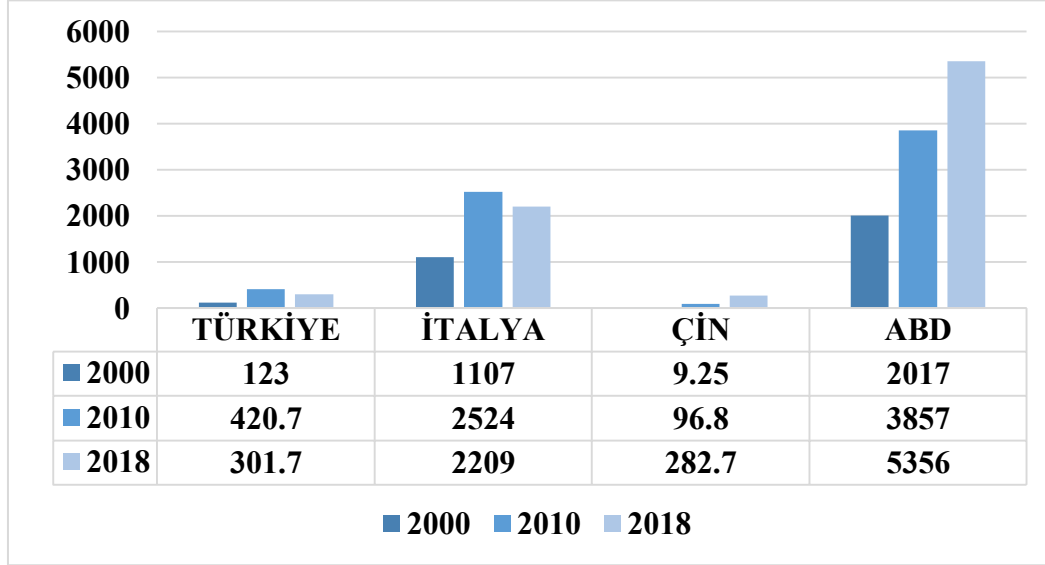
Her ülkenin finansman sağlama şekli farklılık göstermektedir. Bu farklılık ülkenin sosyo-ekonomik özelliklerinden, politik tercihlerinden kaynaklanmaktadır. Devlet her sektöre ait finansman yükünün bir kısmını toplumla paylaşmaktadır. Bu paylaşım genelde vergiler yoluyla gerçekleşmektedir. Sağlık harcamalarını incelediğimizde gelişmiş ülkelerde görülen sağlık harcamalarındaki artışa, o ülkelerin yaşlı nüfusunun sebep olduğu belirtilmektedir. Fakat ülkelerin teknolojik açıdan gelişmesi, tıp alanındaki yeniliklere uyum sağlaması için yapılan çalışmalar da sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Bu sebeple gelişmelerin gerisinde kalmak ülkeler için daha büyük tehdittir. Gelişen teknoloji ile tıp alanında üretilen herhangi bir makine, enerji tasarrufu sağlayan ve işlemleri daha hızlı yapan bir araç olabilir. Bu da ülke ekonomisine olumlu etki edecektir. Gelişen teknoloji ve artan nüfus sebebiyle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine olan talep artacaktır. Sağlık politikalarında yeniliğe gitmek gerekecektir. Tüm bunlar gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaşlanmasından kaynaklansa da diğer teknolojik faktörlerde beraberinde sağlık harcamalarında artışa neden olacaktır.

Ülkemizde 2003 yılında başlayan ‘Sağlıkta Dönüşüm’ programı sağlık sistemimizi yeniden yapılandırmıştır. Bu sayede Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası sistemi de uygulanmaya başlanmıştır. Yapılan bu değişiklikler sonrası kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşması daha kolay olmakla birlikte yüksek sağlık harcamalarına karşı düşük gelirlilerin mali koruma durumunda iyileşme ortaya çıkmıştır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 120).

Türkiye gelişmekte olan ülkeler içinde ve kendi bulunduğu grupta karşılaştırıldığında sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarına göre ortalamanın üzerine çıkma başarısı göstermiştir. Fakat OECD, üye ülkeler içinde Türkiye’nin sağlık göstergelerinin iyi olmadığını belirtmektedir. Son dönemlerde kamunun yapmış olduğu sağlık harcamalarının artması ile finansal yük ekonomide riskleri artırmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 120).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranının %5 olması gerektiğini belirtmektedir. Türkiye’de ise 2000’li yıllara kadar bu oran %3-4 civarında olmuştur. 2000 yılından sonra istenen düzey sağlanmıştır (Özuysal, 2011: 47).

Şekil 18: Kişi Başına ABD Doları Cinsinden Yerel Genel Hükümet Sağlık Harcamaları (\$).



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Sağlık Gözlemevi, Erişim Tarihi: 25.06.2021.

Yapılan diğer çalışmalarda OECD ülkeleri veya gelişmiş diğer ülkelerin harcamaları karşılaştırılması oldukça fazladır. Ancak bu çalışmada içinde bulunduğumuz dönemde yaşanan koronavirüs hastalığında gelişmiş ülkeler olmalarına rağmen çok fazla ölümlerin yaşandığı ülkelere seçilmiş bazı ülkeler incelenmek istenmiştir.

Şekli incelediğimizde 2000 yılına ait en düşük kişi başına sağlık harcaması dört ülke arasından Çin'e ait harcamanın en az olduğu görülmektedir. Aynı tarihte diğer ülkeleri sıraladığımızda en yüksek kişi başı harcamanın ABD'de olduğu görülmektedir.

Amerika'da 2008 yılında yaşanan Mortgage krizinin yaşanması sonucunda GSYİH içinde sağlık harcaması payının azaldığı belirtilmektedir (Kamacı ve Uğurlu Yazıcı, 2017: 59).

Fakat şekilde ABD'nin yapmış olduğu harcama 2010 ve 2018 tarihlerinde de artarak devam ettiği görülmektedir. Şekilde Çin'in 2000 yılında kişi başına sağlık harcaması 9,25 \$ iken 2018'de 282,7'ye yükselmiştir. Dünya savaşlarından sonra Çin Halk Cumhuriyetinin kurulduğu ilk yıllarda ülke fakirliğe sürüklenmiştir. Daha sonra 2000'li yıllarda Dünya Ticaret Örgütüne (DTÖ) katılmasıyla birlikte ülke ekonomik sisteme hızlı geçiş yapmıştır (Dibo ve Aytac, 2017: 169).

Amerika Birleşik Devletlerinin genel sağlık sistemi incelendiğinde dört ana sağlık sistemlerinden her birini yapısında bulundurduğunu görmekteyiz. Çocukların ve gazilerin

sağlık sistemi hizmetinden faydalanması bakımından Beveridge modeline, çalışanlara verilen sağlık hizmeti Bismarck modeline benzemektedir. Nüfusun %15'inden fazlasının sağlık sigortası bulunmamasından dolayı cepten ödeme modeli görülmektedir. Amerika'da hasta ve doktor seçebilme hakkı görülmektedir. Buradaki sağlık sisteminin temelini özel sigortalar oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri, kişi başına sağlık harcamaları en yüksek ülkedir. Teknolojik gelişmeye rağmen toplumun çok sağlıklı yapısı bulunmamaktadır (Daştan, Çetinkaya, 2015: 108).

İtalya sağlık politikalarında yenilenme 1972 yıllarında başlanmıştır. Bu dönemde devlet fon aktarma sorumluluğuna sahipti. 1978 yılında Ulusal Sağlık Sistemi belirli hizmetler karşılığında vatandaşın ücretlerini kapsayan sağlık sigortası ve sağlık hizmetleri sağlayan evrensel bir sistem olarak kabul görmektedir. Üç aşamadan oluşan hükümet sistemi, ulusal bölgelerin ihtiyaçlarına göre düzenlenen sağlık sistemi merkezileşmiştir. İtalya'da birinci basamak sağlık hizmeti, pratisyen doktorların hastaları uzman hastanelere sevk etmesi ile sağlanmaktadır. Kişi başına ücret alınarak bağımsız çalışılmaktadır (Altınkaya, 2020: 19).

Genel olarak İtalya, yaşlı nüfusun en fazla bulunduğu Avrupa ülkelerinden biridir. Ülkedeki sağlık harcamasına ayrılan pay diğer Avrupa ülkelerinden daha az olduğu bilinmektedir. Bu sebeple İtalya sağlık sistemi yetersiz durumdadır. Günümüzde de salgın hastalıktan en çok etkilenen ülkelerden biridir. Sağlık sisteminin hazırlıksız yakalanması sonucunda yaşlı nüfus salgın hastalıktan ağır bir şekilde etkilenmiştir.

Çin'de sağlık sisteminden sorumlu olan merci Sağlık Bakanlığıdır. Çin hükümeti yeni uygulamalar ve planlamalar ile sağlık sektöründe hızlı ilerleme sağlamıştır. Tıpkı diğer ülkeler gibi Çin hükümeti de halkına iyi sağlık hizmeti sunmak için çalışmalar yapmaktadır. Çin toplumu genellikle yaşlanan nüfusa sahip ve ülke hızlı ekonomik büyüme göstermektedir. Ayrıca nüfusun artmasıyla sağlık sistemi de gelişme göstermektedir. Çin'de sağlık sistemi üzerinde yeni planlamalar söz konusudur. Örneğin kamu hastanelerinin yapısını düzenleyecek olan yasaklar uygulamaya konmaktadır. Geçmiş dönemlerde Çin halkı daha çok geleneksel tıp uygulamaları ile hastalıklara çözüm bulmakta olduğu belirtilmektedir. Fakat bugün en gelişmiş ülkelerden biri olmakla birlikte sağlık sistemi de aynı seviyede gelişme göstermiştir (Öztürk ve Küsmez, 2019: 35).

SONUÇ

Türk Tütününün kalitesi ve çeşitliliği iyi bilinmektedir. Bu özelliği ile hem iç hem de dış piyasada tütün talebi artmaktadır. Tütünden elde edilen döviz artışı tütün üretimini de etkilemiş ve üretimde artma meydana geldiği gözlemlenmiştir. Sahip olduğumuz genç nüfus, popüler tütün ürünleri kullanıma eğilimini giderek arttırmıştır. Gençlik dönemlerinde alışkanlık oluşturan tütün kullanımı ileri yaşlarda sigara kaynaklı hastalıklar sebebiyle oluşan sağlık sorunları ve sağlık harcamalarını artışına neden olmuştur. Bugünden bakıldığında, 1983 sonrası izlenen liberalleşme politikaları sonucu tütünde tekel kalkması ile yanlış politika uygulanmıştır. Çünkü bu politika kontrolsüz üretim ve denetimsiz ithalat süreci sigaraya bağlı kanser vakalarını arttırmıştır.

Türkiye, DSÖ'nün Mpower paketini uygulamaya koymasından sonra bu paketin içeriğini yerine getiren ilk ülkedir. Türkiye'nin gelişmekte olan ülkeler arasında yer alması ve tütün tüketimine bağlı ölüm oranında hızla artış yaratan akciğer kanseri gibi hastalıklar sebebiyle tütün kaynaklı mortalite riskinin fazla olması nedeniyle tütün kapsamında uygulanan politikalar önemli ve etkili olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de tütün üretimi ile ilgili düzenlemeler ve politikalar Tarım ve Orman Bakanlığı içerisinde yer alan Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Türkiye'de tütün, üreticilerden devlet tarafından satın alınmasını destekleyen ilk yasal düzenleme 1940 yılında uygulamaya konulan Milli Güvenlik Kanunu'dur. Bu dönemde devlet adına tütün ürünlerinin tamamını satın alan kurum TEKEK'di. Fakat 1980'li yıllara gelindiğinde 24 Ocak 1980 Kararları ile birlikte Türkiye'de tütün sektöründe, özellikle ticaret ve yatırımlarda serbestleşme ve özelleştirme getirilerek TEKEK kapsamından çıkarılarak piyasada şirketlerin belirleyici olmasına yol açılmıştır. Bu serbestleşme ile uluslararası şirketlerin reklam, promosyon gibi etkinlikleri sonucunda sigara tüketiminde artış görülmüştür.

1990'lı yıllarda alınan kararlar ile Türkiye'de tütün üretimi ve pazarlanmasında Cumhuriyetin kurulmasından sonra köklü değişim yaşanmıştır. Özellikle 1996 yılında tütün ürünleri zararlarının önlenmesi konusunda 4207 Sayılı Kanun ile tütün kontrolünde önemli adımlar atılmıştır.

- Kamu binalarında kapalı alanlarda tütün ürünü kullanımına yasak getirilmiştir.
- Tütün ürünlerine, ürünün zararlarını belirten uyarıların eklenmesi zorunluluğu getirilmiştir.
- Tütün ürünlerinin 18 yaşını doldurmamış bireylerin ulaşmasına izin verilmemesi.

- Televizyon ve radyo kanallarına tütün tüketiminin zararlarını anlatan yayınların yapılması zorunluluğu getirilmiştir.

Bu kanunun uygulanmasında yaptırım eksikliği nedeniyle sorunlar yaşanmıştır. Tütün ürünleri tüketiminde azaltıcı etkinin sınırlı kalmasına neden olmuştur.

2002 yılında 4733 Sayılı Kanun ile destekleme alımları kaldırılmış, TEKEL yapısı değiştirilerek özelleştirmeye hazır duruma getirilmiş, üretiminde sözleşmeli üretim yaygınlık kazanmıştır. Bu durumun benzerleri Zimbabve, ABD, Malavi gibi tütün üretiminin fazla olduğu ülkelerde de görülmüştür. Türkiye dışında diğer ülkelerde üretici tütün ürünlerini açık artırma merkezlerinde pazara çıkarmaktadır. 5727 Sayılı tütün ürünleri kontrolü hakkındaki kanun, 2008 yılında uygulamaya konulmuştur. Bu sebeple 2009 ve 2011 yıllarını kapsayan dönemde sigara tüketimi azalma eğilimi göstermiştir. Ayrıca 2013 yılında Mpower paketini uygulayan ilk ülke, 2019 yılında ise Mpower paketinin tamamının uygulayan ülkelerden biri Türkiye'dir. Bu sebeple 2000'li yıllarda yürürlüğe girmiş olan tütün ürünleri kontrolü kanunları sigara tüketiminin azaltılması konusunda oldukça başarılı bir yol izlediğini söyleyebiliriz.

Tütün üretiminde günümüzde görülen gerileme dış ticarete de yansımaktadır. 2017 yılında 51 bin 028 ton tütün, 352,6 milyon dolar karşılığında ihraç edilmiştir. Ayrıca ithalatta 2017 yılında 99 bin 773 ton tütün 522,7 milyon dolar ödenmiştir. Bu veriler doğrultusunda 2012 yılından günümüze genel olarak ihracat, ithalat karşısındaki üstünlüğünü kaybetmiştir. Ayrıca tütün ithalatındaki artış günümüzde devam etmektedir. 2002 yılında çıkarılan Tütün Yasası sonrasında tütün üretimi ve ihracatında hızla düşüş görülürken, ithalatta tam tersine artış görülmektedir. 2002 yılında 405 bin tütün üreticisi varken 2018 yılında bu sayı %86 azalarak 56 bine, tütün üretimi ise 2002 yılında 159 bin 521 ton iken %48 azalarak 2018 yılında 82 bin 500 tona gerilediği görülmektedir. Türkiye'de tütün tarımının azalmasında en önemli faktörlerden biri emek yoğun bir yöntemle dayanmasıdır. Teknolojik gelişmelerde yaşanan yenilikler tütün üretimi şartlarını iyileştirmede ve maliyetleri azaltmada yetersiz kalmaktadır. Ayrıca iç piyasada tütün ürünlerinde kullanılan yerli tütün oranı azalarak ithal tütün çeşitlerinin daha fazla talep edilir olması da bir başka sebep olarak gösterilebilir. Bu sebepler sonucunda, toplumumuzun tütün ürünlerinin meydana getirmiş olduğu tehditlere karşı korumaları devam etmeli ve Bakanlığımızın tütün üretim ve ihracatındaki gelişimler için Milli Tütün Politikası oluşturması iyi sonuçlar almamıza yardımcı olacaktır.

Kanser hastalığından kaynaklanan ölümlerin %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Kanserden ölüme sebep olan faktörler arasında tütün kullanımı, yüksek vücut kitle indeksi, alkol kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği ve düşük meyve, sebze alımı gösterilmektedir. Fakat bu faktörlerden tütün, kanser ölümlerinin yaklaşık üçte birinden sorumlu tutulmaktadır. Dünya genelinde DSÖ'den alınan verilere göre yılda 8,8 milyon insan tütün ürünlerinden biri olan sigaradan hayatını kaybetmektedir. Bu sayı oldukça fazla olduğundan dikkat çekmektedir. Günümüzde covid 19 pandemisi bile 1,5 yılda 4,8 milyon insanın ölümüne sebep olmuşken kanserden ölümlerin yılda 8,8 milyon olması bu sayının önemini artırmaktadır. Bu sayılar konuyu incelemede önemli bir faktör haline gelmiştir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansının yaptığı çalışma sonucunda da sigaradan kaynaklanan kanser hastalıkları dikkat çekmektedir. Tütünden etkilenen kanser hastalıkları içinde akciğer kanseri önde gelmektedir. DSÖ'nün açıkladığı bilgilere göre tütünden kaynaklı en önemli kanser çeşitlerinden akciğer kanseri, 2020 yılında 2.21 milyon vaka görülürken, 1.80 milyon ölüm gerçekleştiği belirtilmiştir. Akciğer kanserinden ölümler ilk sırada gelmektedir. Bu sebepten tütün ve tütün ürünleri üzerinde çalışmalar önem kazanmıştır. Kanserın ekonomik etkisinin de giderek arttığı ve bu artışın devlet bütçesiyle karşılanamayacak boyutlara ulaşabileceği ifade edilmektedir.

Türkiye Akciğer Kanseri Raporuna göre akciğer kanserinin ülke ekonomisine etkisi 8,8 milyar TL olduğu belirtilmektedir. Bu rapor sonucuna göre Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının %6,7'sinin doğrudan kanser harcamalarına gittiği belirtilmektedir. Bu durumun Avrupa ülkelerinde %6,4 olduğu bilinmektedir. Bu durumda Türkiye'de kanser hastalıklarına ayrılan harcama payının Avrupa ülkelerinden daha fazla olduğunu göstermektedir. İşte bu durum sağlık harcamalarını nasıl azaltabiliriz sorusunu akıllara getirmektedir. Bu sebeple tütün faktörüne dikkatleri çekerek, tütün kaynaklı hastalıkların azaltılması ve bu hastalıklardan kaynaklı sağlık harcamalarının düşürülmesi mümkün olabilsin. Çünkü kanser hastalıkları hem sektörlere yatırım olanaklarını hem de işgücü üzerindeki verimlilik kaybı sebebiyle gelir düzeyinde azalmanın yanı sıra ekonomik kalkınmayı negatif yönde etkilemektedir. Günümüze en yakın veri olarak 2019 yılına bakacak olursak, 201 milyar 31 milyon TL toplam sağlık harcamasının yaklaşık 13,5 milyarının kanser harcamasına ve bunun da yaklaşık 9 milyarının akciğer kanserine harcadığını yapmış olduğumuz hesaplamalar sonucu görmekteyiz. Bu sebeple kanser ve kanser çeşitlerinin yol açtığı maliyetler ele alınmaktadır. Ayrıca bu nedenle ülkeler DSÖ tarafından koruyucu sağlık politikalarına yönlendirilmelidir.

Yaptığımız bu çalışmada incelediğimiz veriler doğrultusunda tütün kaynaklı akciğer kanserinin kanser harcamaları içindeki yerinin büyüklüğünü ve önemini görmekteyiz. Tütün ve tütün ürünleri kontrolü çok boyutlu olduğundan multidisipliner bir işbirliği gerektirmektedir. Bu sebeple sağlıklı nesiller yetişmesinde her sektörün az da olsa önemi büyüktür. Çalışmada tütün ve tütün ürünlerinin akciğer kanseri ile olan ilişkisi ve bu ilişkinin sağlık harcamalarına etkisi araştırılmaktadır. Bu çalışma yapılırken TÜİK, DSÖ ve Bakanlıklardan elde edilen yıllık raporlardan yararlanılmıştır. Çalışmanın amacı toplumun tütün ürünleri kullanımının etkisi sonucunda ortaya çıkan hastalıklar içerisinde akciğer kanserine olan etkisinin önemine dikkat çekmek ve tütün ürünlerine olan talebi düşürülmesine yardımcı olmaktır. Ayrıca sağlık sektöründe sağlık harcamalarında meydana gelen tedavi süreci ve ölüm sürecindeki sağlık harcamalarını en aza indirebilmek için toplumun dikkatine çekebilmektir.

KAYNAKÇA

- 15.04.2021 tarihinde <https://www.atlasbig.com/tr/ulkelerin-tutun-uretimi> pdf sayfasından erişilmiştir.
- 15.04.2021 tarihinde <https://www.gezengazeteci.com/2021/04/20/en-cok-tutun-ureten-ulkeler-listesi-ilk> pdf sayfasından erişilmiştir.
- Adıyaman Tütün Raporu. (2013), 05.04.2021 tarihinde <https://www.ika.org.tr/assets/upload/dosyalar/adiyaman-tutun-raporu.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Ağır H. Ve Tıraş H. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2(15), 643-670.
- Ağır H., Tıraş H. (2018). Türkiye’de sağlık harcama türlerinin Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 15(2), 643-670.
- Akbay, C. ve Kafas, A. (2017). Kahramanmaraş İl Merkezinde Tüketicilerin Sigara ve Maraş Otu Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Analizi. KSÜ Doğa Bilimleri Dergisi, 20(3), 276-282.
- Akbulut, E. (2020). Kahramanmaraş il merkezinde tüketicilerin sigara ve maraş otu kullanımını etkileyen faktörlerin analizi. KSÜ Doğa Bilimleri Dergisi, 20(3), 276-282.
- Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım Uzlaşısı Raporu. (2020). 5.02.2021 tarihinde <https://www.astrazeneca.com.tr/press-release/astrazeneca-tuerkiyenin-kouls> sayfasından erişilmiştir.
- Akfert, S., Çakıcı, E. ve Çakıcı, M. (2009). Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 40.
- Akın, C. S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.
- Akkoçlu, A. (2006). Akciğer Kanseri. Türk Toraks Derneği. 2.02.2021 tarihinde http://evreninsirlari.net/dosyalar/140_s03_02.pdf sayfasından ulaşılmıştır.
- Altınkaya, Z. (2020). 2020 Koronavirus Pandemisinde Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Neoliberalizm: İtalya Örneği. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(20), 1-31.

- Arısoy, İ. (2005). *Türkiye'de kamu harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi (1950-2003)* (No. 2005/15). Discussion Paper.
https://www.econstor.eu/bitstream/10419/83264/1/dp_2005-15.pdf
- Aşut, Ö., Çalı, Ş., Özcan, A., Dündar, F., Palaz, Ç., Duran, A., Vaizoğlu, S. (2019). Lefkoşa'da Bir Üniversitenin Türkçe Tıp Öğrencilerinde Tütün Kullanımı Durumu. *Sted/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(1), 1-16.
- Ataseven, Y. (2004). Türkiye ve AB Tütün Politikaları ve Karşılaştırmalı Bir Analiz. 10.04.2020 tarihinde <https://tarekoder.org/2004tokat/94-102.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Ataseven, Y. (2005). Avrupa Birliği ve Türkiye'de Tutune Yonelik Politikalar Karsilastirmali bir Analiz. *Ankara: Tarimsal Ekonomi Arastirma Enstitusu*.
- Atasever, M. (2014). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi. *TC. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara*.
- Aydemir, C., & Baylan, S. (2015). Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (13), 417-435.
- Aykanat, A., Karahacıoğlu, E. (1993). Radyoterapideki Yeni Ufuklar ve Kanserli Hastalarda Radyoterapinin Hayat Kalitesindeki Rolü. *Erciyes Tıp Dergisi*, 152(2): 186-189.
- Aytoç, D., & Dibo, M. (2017). (2017). Çin'de Büyüme ve Kalkınma: Binyıl Kalkınma Hedefleri Kapsamında Bir Değerlendirme. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(3), 165-185.
- Baheiraei, A., Shamsi, A., Khaghani, S., Shams, S., Chamari, M., Boushehri, H., & Khedri, A. (2014). The effects of maternal passive smoking on maternal milk lipid. *Acta medica Iranica*, 280-285.
- Baran, M., Küçükakça, G. ve Ayrar, G. (2014). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sigara Kullanımı Üzerine Etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 9-15.
- Başol, E., & Songül, C. A. N. (2015). Tütün Tüketiminin Ekonomik Etkileri Ve Tütün Kontrol Politikaları Üzerine Bir İnceleme. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(7).
- Bayram, M., (2019). Akciğer Kanserinin Mesleki ve Çevresel Nedenleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 7(2):28-37.

- Baysal, Ö. (2010). Kas- İskelet Sistemi ve Tütün. Toraks Kitapları. Tütün ve Tütün Kontrolü. Sayı:10, 251-266. 02.03.2021 tarihinde http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/TutunVeTutunKontrolu_17062010.pdf sayfasından erişilmiştir.
- Berger, M. C., & Messer, J. (2002). Public financing of health expenditures, insurance, and health outcomes. *Applied Economics*, 34(17), 2105-2113.
- Bilir, N. A. Z. M. İ. (2011). Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. *Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, S Akçay, O Elbek)*, 21-23. <http://file.lookus.net/TGHYK/tghyk.90.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Bilir, N., (2008). Sigara ve Kanser. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. s.10.12. (2019). Akciğer Kanseri Görülme Sıklığı Hem Dünyada Hem de Türkiye’de Artıyor: En Çok Erkeklerde Var. <https://www.yenisafak.com/hayat/akciger-kanseri-gorulme-sikligi-hem-dunyada-hem-de-turkiyede-artiyor-en-cok-erkeklerde-var-3512836> sayfasından erişilmiştir.
- Bilir, N., Çakır, B., Dağlı, E., Ergüder, T., & Önder, Z. (2010). Türkiye’de tütün kontrolü politikaları. *World Health Organization Report. Available from: URL: http://www.euro.who.int/document/E_93038*.
- Bluhm, D. (1997). Colombus’tan Davidoff’a Tütün ve Kültür (Z. Aksu Yılmaz, Çev.). Ankara: Dost Kitabevi.
- Bokhari, F. A., Gai, Y., & Gottret, P. (2007). Government health expenditures and health outcomes. *Health economics*, 16(3), 257-273.
- Borlat, B. Cumhuriyet Dönemi Tütün Ve Sigara Kaçakçılığı Bağlamında Suriye Sınır Güvenliğine Bakış (1923-1940). *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 357-376.
- Casaa. (2015). Vaper in Oneonta, NY. 1.10.2020 tarihinde https://casaa.org/page/12/?post_types&s=VAPE pdf sayfasından erişilmiştir.
- CDC. (2015). Bidis and Kreteks. 25.09.2020 tarihinde https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/bidis_kreteks/_pdf sayfasından erişilmiştir.

- CDC. (2016). Electronic Cigarettes. 25.09.2020 tarihinde https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/about-e-cigarettes.html pdf sayfasından erişilmiştir.
- Chaloupka, J. F. ve Warner, K. E. (1999). The Economics of Smoking. National Bureau of Economic Research Working Paper, No: 7047. <https://www.nber.org/papers/w7047>.
- Çalışkan, G. (2019). *Ülkelerin Gelir Gruplarına Göre Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Panel Veri Analizi* (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Çalışkan, Ş. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım). *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 23-48.
- Çelikkaya, A. (2020). Tütün Ürünleri Üzerinden Alınan Özel Tüketim Vergisi Üzerine Genel Bir Değerlendirme. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 1-14.
- Çevik, B. A., & Pirinççi, E. (2017). Beslenme ve Kansere. *Fırat Tıp Dergisi*, 22(1).
- Çoban, H. (2009). *Sağlık ekonomisi ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması* (Doctoral dissertation, DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü).
- Çulha Doğan E. (2019). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler Üzerine Araştırma* (2003-2017). Gazi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Ankara s.1-113.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Deborah, Carvalho, Malta^{1,2}, Silvânia, Suely, Caribé de Araújo, Andrade², Taís Porto, Oliveira², Lenildo de Moura³, Rogério, Ruscitto do Prado^{2,4}, Maria de Fátima Marinho de Souza, (2019). Kronik Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar İçin Erken Ölüm Olasılığı, Brezilya ve Bölgeler, 2025’e Yönelik Tahminler. *Brezilya Epidemiyoloji Dergisi*, 22: E190030.
- Dela Cruz, C. S., Tanoue, L. T., Matthay, R. A. (2011). Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. *Clinics in chest medicine*, 32(4), 605-644.
- Demir, B. M., Ercan, S., Aktan, M., & Öztaşkın, H. (2018). Türkiye’nin Asbest Profili ve Asbest Güvenliği Sorunu. *Jeoloji Mühendisliği Dergisi*, 42(2), 215-232.

- Didkowska, J., Wojciechowska, U., Mańczuk, M., & Łobaszewski, J. (2016). Lung cancer epidemiology: contemporary and future challenges worldwide. *Annals of translational Medicine*, 4(8).
- Dikmen, N. (2005). Türkiye’de Sigara Tüketimi Ve Tüketimi Etkileyen Degiskenler Üzerine Bir Model Çalışması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(1), 1-19.
- Doğan, N., Kaçan, T., Doğan İ. (2020). Türkiye’de Kansere Bağlı Ölümlerdeki Eğilimin Analizi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 35(1), 52-7.
- Doğanışık, İ. (2020). *Türkiye’de ve Dünyada Kansere Vakaları*. 5.01.2021 tarihinde <https://www.dogrulukpayi.com/bulten/turkiye-de-ve-dunyada-kanser-vakalari> sayfasından erişilmiştir.
- Durualp, E., & Çiçekoğlu, P. (2013). Yetiştirme Yurdunda Kalan Ergenlerin Yalnızlık Düzeylerinin İnternet Bağımlılığı Ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(1), 29-46.
- Dünyada Kanserden Ölenlerin Sayısı Artıyor. 12.06.2021 tarihinde <https://www.dw.com/tr/d%C3%BCnyada-kanserden-%C3%B6lenlerin-say%C4%B1s%C4%B1-art%C4%B1yor/a-45480525> pdf sayfasından erişilmiştir.
- Eaton, D. L., Kwan, L. Y., Stratton, K., & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). Dependence and Abuse Liability. In *Public health consequences of e-cigarettes*. National Academies Press (US).
- Ece, F. (2010). Küçük Hücreli Akciğer Kanserli Hastalarda Prognostik Faktörler. *Tıbbi Onkoloji Dergisi*, 27(2), 237-241.
- Ece, F. ve Kasapoğlu Hürkal, T. (2010). Akciğer Kanseri Tedavi ve Bakım. A. Aydın, G. Can (Ed.), *Akciğer Kanseri Korunma İçinde* (ss.13-23). İstanbul: İpometM.
- Elster, N. (2018). Sigara İçmeyenlerde ve Kadınlarda Akciğer Kanseri Neden Artıyor? 25.02.2021 tarihinde <https://www.bbc.com/turkce/vert-fut-44617704> sayfasından erişilmiştir.
- Ennett, ST., Faris, R., Hipp, J., Foshee, VA., Bauman, KE., Hussong, A., Cai, L.(2008). Peer smoking, other peer attributes, and adolescent cigarette smoking: A social network analysis. *Prevention Science*, 9(2), 88-98.

- Ekber Yıldırım, A. (2020). Tütünde 18 Yıl Sonra Yerli Üretime Dönüş. 05.04.2021 tarihinde <https://www.tarimdunyasi.net/2020/07/14/tutunde-18-yil-sonra-yerli-uretime-donus/> sayfasından erişilmiştir.
- Ergün, S. G., & Uğurlu, K. E. (1935). Yılından Günümüze Türkiye’de Tütün Ekimi ve Üretiminde Bölgesel Değişimler ile Alternatif Ürün Projesinin Etkileri, IV. *Ulusal Coğrafya Sempozyumu*, 25-26.
- Erol, H., & Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Erzurum Alim, N. (2018). *Türkiye’de ve Dünyada Kanser Epidemiyolojisi*. 25.01.2021 tarihinde <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/sunular> sayfasından erişilmiştir.
- Esin, M. N., & Aktaş, E. (2012). Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(2), 166-176.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in Globocan 2012. *International journal of cancer*, 136(5), E359-E386.
- FAO, 02.03.2021 tarihinde <http://www.fao.org/faostat/en/#data/TCL> sayfasından erişilmiştir.
- Gandini, S., Botteri, E., Iodice, S., Boniol, M., Lowenfels, A. B., Maisonneuve, P., & Boyle, P. (2008). Tobacco smoking and cancer: a meta- analysis. *International journal of cancer*, 122(1), 155-164.
- Gerdtham, U. G., Sögaard, J., Andersson, F., & Jönsson, B. (1992). An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries. *Journal of health economics*, 11(1), 63-84.
- Gökdemir, O. (1993). XIX. Yüzyıl Sonunda İzmir ve Çevresinde Tütün Kaçakçılığı. *DEÜ Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*, C1/S3, 323-333.
- Gravely, S., Cummings, K. M., Hammond, D., Lindblom, E., Smith, D. M., Martin, N., ... & Fong, G. T. (2020). The association of e-cigarette flavors with satisfaction, enjoyment, and trying to quit or stay abstinent from smoking among regular adult vapers from

Canada and the United States: Findings from the 2018 ITC Four Country Smoking and Vaping Survey. *Nicotine and Tobacco Research*, 22(10), 1831-1841.

Gülpınar, F. (Yıl yok) *AB – Türkiye Tütün Sektörü Politikaları*. 10.04.2021 tarihinde https://www.zmo.org.tr/resimler/ekler/3802b1dc0d80d8a_ek.pdf?tipi.. Sayfasından erişilmiştir.

Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, T., Kızıltan, G., Doğan, N., Algier, L., & Bulut, I. (2008). Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri.

Gümüş, A. H. (2009). Türkiye’de Tütün Politikaları, Pazarlama Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Tütün Eksperleri Derneği*, 1-265.

Gümüş, A. H., Güler Gümüş, S., Çelik, O., Aslan, M. E., Aytaş, H. İ., Tekdemir, N., Yaprak, S. (2008). *Türkiye’de Tütün Politikası Uygulamaları ve Tütün Üretiminin Geleceği*. 01.04.2021 tarihinde https://www.zmo.org.tr/resimler/ekler/78688fb6a550741_ek.pdf sayfasından erişilmiştir.

Gümüş, F. Ç. V. E., Çelikay, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.

Güner, A., & KUMSAR, A. K. (2020). Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörler. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 155-162.

Güven, E., Tefik, A. T., & Ramazan, E. B. R. U. Sağlık Ekonomisi Kapsamında Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Bir Uygulama. *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, 3(1), 63-81.

Güzel, A., Bitkisi, T., & Özellikleri, F. (2016). Gerçekten Şeytan Otu Mu. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4(1), 22-26.

Irwin, S., Karim, A., McHenry, P., Hutchinson, S., Miller, K., Jamison, J., ... & McCluggage, W. G. (2020). Multiple epidermolytic acanthomas: rare vulval lesions which may be mistaken for viral warts. *International Journal of Gynecological Pathology*, 39(1), 93-96.

İşıktaş, S., Karafistan, M., Dilan, A. Y. A. Z., & Yılmaz, A. S. (2019). Sigara İçen Ve İçmeyen Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tutumları Açısından Karşılaştırılması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri Ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 102-107.

İlhan, M. N., Tüzün, H., Ayca, S., Aksakal, F. N., & Özkan, S. (2006). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri Ve Bazı

Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 33-41.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 10 Aralık 1948 ilan edilmiştir. Bakanlar Kurulu Kararı ile 27 Mayıs 1949 tarihinde 7217 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

<https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/612/ekutuphane2.1.1.3.pdf>

Jones, C. I. (2002). Why Have Health Expenditures As a Share of Gdp Risen So Much. National Bureau of Economic Research, 1-37.

Kamacı, A. ve Uğurlu Yazıcı, H. (2017). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. *Sakarya İktisat Dergisi*, 6(2), 52-69.

Kanser Tedavisine Yılda 3 Milyar Dolar Harcanıyor. 15.06.2021 tarihinde <https://www.dunya.com/saglik/kanser-tedavisine-yilda-3-milyar-dolar-harcaniyor-haberi-251874> pdf sayfasından erişilmiştir.

Kanser. 15.06.2021. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 pdf sayfasından erişilmiştir.

Kaptanoğlu, A. Y., Polat, G., & Soyer, M. (2012). Marmara Üniversitesi öğrencilerinde ve öğretim üyelerinde sigara alışkanlığı ve durağan maliyet ilişkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, (2), 119-125.

Karabacak, K. (2017). Türkiye’de tütün tarımı ve coğrafi dağılışı. *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 15(1), 27-48.

Karakoç, F., Dağlı, E., Kut, A., & Pamukçu, A. (1998). Çocuklarda pasif sigaraya maruziyetin serum kotinin düzeyi ile belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 7, 77-82.

Karlıkaya, C., Öztuna, F., Aytemur Solak, Z., Özkan, M., Örsel, O. (2006). Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7(1), 51-64.

Kekeç, H. M., Yıldırım, Z. ve Polat, A. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(14), 550-563.

Knishkowsky, B. Ve Amitai, Y. (2005). Water-pipe (narghile) Smoking: an Emerging Health Risk Behavior. *Am Acad Pediatrics*, 116(1), 113-119.

- Koç, E. M., Ayhan Başer, D., Döner, P., Yılmaz, T. E., Yılmaz, T., Demir Alsancak, A., ... & Özkara, A. (2014). Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi.
- Koç, E. Ve Aslan, D. (2016). Tütün Kontrolünde Yeni Mücadele Alanları: Nikotin Salıveren Sistemler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Toplum İçin Bilgilendirme Dizisi-146.
- KUTLU, R., DEMİRBAŞ, N., BÖRÜBAN, M. C., & GÜLER, T. (2014). Sigara içmeye atfedilebilen kanser türleri ve sosyodemografik özellikleri. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3).
- Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. (2010). 02.03.2021 tarihinde <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-Turkiye-Raporu-2010-TR.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. (2012). 05.03.2021 tarihinde <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-2012.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Laaksonen, M., Rahkonen, O., Karvonen, S., & Lahelma, E. (2005). Socioeconomic status and smoking: analysing inequalities with multiple indicators. *The European Journal of Public Health*, 15(3), 262-269.
- Lie, T. M., Bomme, M., Hveem, K., Hansen, J. M., & Ness-Jensen, E. (2017). Snus and risk of gastroesophageal reflux. A population-based case-control study: the HUNT study. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 52(2), 193-198.
- Merkezi Yönetim Bütçe Gelirleri 2006 – 2017”, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü (BUMKO), Erişim Tarihi: 29.09.2019. <https://muhasibat.hmb.gov.tr/merkezi-yonetim-butce-istatistikleri>.
- Mohsin, M., & Bauman, A. E. (2005). Socio-demographic factors associated with smoking and smoking cessation among 426,344 pregnant women in New South Wales, Australia. *BMC public health*, 5(1), 1-9.

- National Cancer Institute (NIH). (2020). Kanser Nedir? 5.01.2021 tarihinde <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer> pdf sayfasından erişilmiştir.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret Ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.
- Orhaner, E. (2007). *Kamu Maliyesi*. (4). Ankara: Siyasal Kitabevi
- Orhaner, E. (2014). *Türkiye'de sağlık sigortası*. Siyasal Kitabevi.
- Özavcı, Ö. (2007). Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye Tütün Ekonomisi ve Politikaları: AB Ülkeleri İle Bir Karşılaştırma. *Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enst., Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*, (s 198).
- Özcebe, H. (2008). *Gençler ve Sigara*. 5.03.2021 tarihinde <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t18.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Özdoğan, M. (2021). *Akciğer Kanseri Belirtileri, Evreleri ve Tedavisi*. 20.01.2021 tarihinde <https://www.drozdogan.com/akciger-kanseri-belirtileri-evreleri-ve-tedavisi/> sayfasından erişilmiştir.
- Özkul, İ. ve Sarı, Y. (2008). Türkiye'de Tütün Sektörünün Durumu, Sorunları ve Çözüm Önerileri, 2. Ulusal İktisat Kongresi. 20-22 Şubat, İzmir: İİBF İktisat Bölümü.
- Öztuna, F., Aytemur, A. Z., Elbek, O., Kılınç, O., Uyanusta Küçük, Ç., Akçay, Ş. ve Dağlı, E. (2014). Tütün Bağımlılığında Dumansız Tütün Ürünleri Zarar Azaltma Yöntemi Olarak Kabul Edilebilir Mi? *Türk Toraks Dergisi*, 15,136-141.
- Öztürk, S., & Küsmez, T. (2019). Sağlık harcamalarının belirleyicileri: BRICS-T ülkelerinin Analizi. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 31-47.
- Öztürkcan, S., Özel F., Doğan, S., Seyfikli, Z., Hatipoğlu, A. (2003). Akciğer Kanseri Hastalarda Deri Bulguları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(1) : 23-26.
- Özuysal, H. (2011). Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama. *Master Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
- Pazarcıkcı, M., & Altıntoprak, A. E. Denetimli Serbestlik Tedbirine Tabi Kişilerde Sigara, Alkol Ve Patolojik Kumar Bağımlılığının Araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 21(3), 190-200.

- Peksüslü, A., Yılmaz, İ., İnal, A., ve Kartal, H. (2012). Tütün Genotipleri. *Ege Tarımsal Araştırma Enstitüsü*, 22(2), 82-90.
- Pisinger, C., & Mackay, J. (2019). New tobacco products do not protect public health. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(11), 1363-1365.
- Rodu, B., & Godshall, W. T. (2006). Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers. *Harm reduction journal*, 3(1), 1-23.
- Sarılı Özkan, S. (2019). Nargile Kullanımında Riskler, Tehditler ve Önleyici Yaklaşımlar. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırma Dergisi*, 2(3), 105-114.
- Satıcı, C., Kabalak, P. A., & Yılmaz, U. Akciğer Kanseri ve COVID-19. *ğer: Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Bilmesi Gerekenler*'başıklı ek sayısında derlemeyi, 118.
- Sayım, F. (2017). Türkiye'de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri Ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(15), 13-30.
- Serke, M., & Schönfeld, N. (2007). Lungenkarzinom: Diagnostik und Staging. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132(21), 1165-1169.
- Sevinç, Ş., ve Yılmaz, F. Ö. (2020). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 118-132.
- Seydioğulları, M. (2009). Dünya'da ve Türkiye'de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. Z. A. Aytemur ve Ş. Akçay (Ed.), *Tütün ve Tütün Kontrolü* (ss.3-20). İstanbul: Aves Yayıncılık.
- Somunoğlu S., Kavramsal Açıdan Sağlık, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:4, Sayfa:53, Sayı:1, 1999.
- Şahin, G., & Taşlıgil, N. (2013). Türkiye'de Tütün (Nicotiana Tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. *Eastern Geographical Review*, 18(30), 71-101.
- Şahin, G. ve Taşlıgil, N. (2013). Türkiye'de Tütün Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. *Doğu Coğrafya Dergisi* (30), 71-102.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2021). 2021 Yılı Vatandaşın Bütçe Rehberi.
- T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü , 02.03.2021 tarihinde <https://www.hmb.gov.tr/muhasebat-genel-mudurlugu-istatistikleri> erişilmiştir.

- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2018). On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023: Kamu Harcamalarında Etkinlik Çalışma Grubu Raporu, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı. (2009). *Türkiye’de Kansere Kontrolü*. 12.02.2021 tarihinde http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf sayfasından erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). *Ulusal Kansere Kontrol Planı (2013-2018)*. 5.02.2021 tarihinde https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf sayfasından erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2018)*. 2.02.2021 tarihinde <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/36134/0/siy2018trpdf.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kansere Dairesi Başkanlığı. 10.01.2021 tarihinde <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri> sayfasından erişilmiştir.
- Taşdemir Atam, Z. (2016). Tütün Ürünleri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 4(1), 27-31.
- The Tobacco Atlas. 10.12.2020 tarihinde <https://tobaccoatlas.org/topic/smokeless/> sayfasından erişilmiştir.
- Topçu, T. (2003). Tütün Ortak Piyasa Düzeni ve Türkiye’de Uygulanabilirliği. *Uzmanlık Tezi, TC Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Dış İlişkiler ve AT Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara*.
- TÜİK. Sağlık Harcamaları İstatistikleri (2019). 20.06.2021 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2019-33659> pdf sayfasından erişilmiştir.
- TÜİK, Sağlık Harcama İstatistikleri (2019). 05.04.2021 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2019-> sayfasından erişilmiştir.
- Türk Toraks Derneği 19.Yıllık Kongresi. 2.03.2021 tarihinde https://toraks.org.tr/site/community/library/ms_6Z_mwODb9sKv6 sayfasından erişilmiştir.

Türk Toraks Derneği Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu (2015). En çok Ölüme Sebep Olan Kanser Türü; Akciğer Kanseri. 12.02.2021 tarihinde <https://toraks.org.tr/site/news/2694> sayfasından erişilmiştir.

Türk Toraks Derneği. (2020). 1.10.2020 tarihinde <https://toraks.org.tr/site/community/news/5693> sayfasından erişilmiştir.

Türk Toraks Derneği. (2021). 15.01.2021 tarihinde Akciğer Kanseri. <https://www.toraks.org.tr/site/resources/aegrotationes/p/3> sayfasından erişilmiştir.

Türkiye Akciğer Kanseri Raporu (2018). 05.04.2021 tarihinde <https://www.medikalakademi.com.tr/wp-content/uploads/2018/11/turkiye-a> sayfasından erişilmiştir.

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri. (2017). 20.09.2020 tarihinde https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19_06.2018.pdf sayfasından erişilmiştir.

Türkiye Kanseri Kontrol Planı. (2013-2018). 12.06.2021 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf sayfasından erişilmiştir.

Türkiye’de Tütün. (2020) 22.03.2021 tarihinde <http://www.tutuneksper.org.tr/tutun-bilgisi/turkiyede-tutun/turkiyede-tutunun-tarihcesi> pdf sayfasından ulaşılmıştır.

Türkiye’de Tütünün Tarihçesi. 25.09.2020 tarihinde <http://www.tutuneksper.org.tr/files/turkiye-ve-dunyada-tutun> pdf sayfasından erişilmiştir.

Türkiye’de ve Dünyada Kanseri Vakaları. 12.06.2021 tarihinde <https://www.dogrulukpayi.com/bulten/turkiye-de-ve-dunyada-kanser-vakalari> pdf sayfasından erişilmiştir.

Tütün Bağımlılığı. (2020) 15.03.2021 tarihinde <https://www.yesilay.org.tr/tr/sikca-sorulan-sorular/tutun-bagimlilik> pdf sayfasından erişilmiştir.

Tütün Kontrolü Strateji Belgesi 2018-2023. 20.03.2021 tarihinde

https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/eylem_plani/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-plani.pdf sayfasından erişilmiştir.

Tütün Raporu. (2018) 02.03.2021 tarihinde

https://www.zmo.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=30641&tipi=38 pdf sayfasından erişilmiştir.

Tütün Raporu. (2018), 01.04.2021 tarihinde

https://www.zmo.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=30641&tipi=38&sube=0 pdf sayfasından erişilmiştir.

Tütün Raporu. (2020) 02.03.2021 tarihinde <http://www.tutunekspertur.org.tr/> pdf sayfasından erişilmiştir.

Tütün Tüketimi. 20.09.2020 tarihinde tobaccoatlas.org/topic/consumption/ pdf sayfasından erişilmiştir.

Tütün ve Sigarayla Mücadele Kampanyası. (2020) 20.03.2021 tarihinde

<https://sggm.saglik.gov.tr/TR-4003/kampanya-hakkinda.html> pdf sayfasından erişilmiştir.

Tütünde Yüzyıllık Gerileme. 10.04.2021 tarihinde <https://www.tarlasera.com/haber-10717-tutunde-yuz-yillik-gerileme> pdf sayfasından erişilmiştir.

Uçar, G. (2007). *Akciğer Kanserlerinde Siklooksijenaz-2, Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü, Osteopontin ve Human Papilloma Virüsün Prognostik Önemi*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.

Uğur, A., & Kömürcüler, E. (2015). Türkiye’de Sigara’nın Vergilendirilmesinin Etkinliği. *Suleyman Demirel University The Journal of Faculty of Economics and Administrative Sciences*, 20(4), 327-346.

Uğur Yılmaz, C. (2020). *Sigara Üzerinden Alınan Vergilerin Ters Esneklik Kuralı Bağlamında Analizi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Uyanusta Küçük, F. Ç. (2017). Gençler ve Tütün Ürünleri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 26,6-11.

Üzer, F. (2018). Devlet Hastanesi Çalışanlarının Sigara Kullanma Alışkanlıklarına Bakış. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 92-99.

WHO (2009). Basic Documents: Contitution of The World Health Organization (Fortyseventh Edition). Geneva: *World Health Organization Puplication*

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>

WHO. (2008), 15.03.2021 tarihinde https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1 pdf sayfasından erişilmiştir.

WHO. (2014). <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>

WHO. (2019). Heated Tobacco Products: Market Monitoring Information Sheet. 1.10.2020 tarihinde <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-18.7> sayfasından erişilmiştir.

WHO. (2019). 21.09.2020 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-she> pdf sayfasından erişilmiştir.

WHO. (2020), 20.09.2020 tarihinde https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1 pdf sayfasından erişilmiştir.

WHO. (2020), 15.03.2021 tarihinde https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1 pdf sayfasından erişilmiştir.

WHO. (2020). Kanser. 10.01.2021 tarihinde https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 sayfasından erişilmiştir.

WHO. (2020). Kanser. 5.01.2021 tarihinde https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1. pdf sayfasından erişilmiştir.

WHO. (2020). Tütün. 5.01.2021 tarihinde https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1 pdf sayfasından erişilmiştir.

Wikipedia. (2020). 1.01.2021 tarihinde https://tr.wikipedia.org/wiki/%C3%87i%C4%9Fneme_t%C3%BCt%C3%BCn%C3%BC C sayfasından erişilmiştir.

Yalçın, A. Z., ve Çakmak F. (2016). Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve idari Bilimler Dergisi*, 30(4), 705-723.

Yazgan, M. (2009). *Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İzmir s.1-112.

- Yereli, A. B., Kobal, İ., ve Köktaş, A. M. (2010). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Artıran Faktörler*. 8. Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Yılmaz Uğur, C. (2020). Sigara Üzerinden Alınan Vergilerin Ters Esneklik Kuralı Bağlamında Analizi: *Türkiye Üzerine Bir Uygulama*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, S. (2014). Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı. *The Turkish Journal on Addiction*, 1(2), 127-134.
- Yilmazer, A. (2019). *Sağlıklı Bireylerde Sigaranın Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Yokuş,, B, Çakır D. Ü. (2012). Kanser Biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 7-18.
- Yumuşak, İ. G., ve Yıldırım, D. Ç., (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetim Dergisi*, 4(1), 57-70.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591-610.
- Yürekli, A. Önder, Z. Elibol, H. M. Erk, N. Çabuk, A. Fisunoğlu, M. Erk, S. F. Chaloupka, F. J. (2010). Türkiye’de Tütün Ekonomisi ve Tütün Ürünlerinin Vergilendirilmesi. 1-60.

Aksaray Üniversitesi Tez Değerlendirme Formu		
Öğrencinin Adı Soyadı:		EVET
Kapak		
1	Tez Başlığı tutanaktaki başlıkla aynı mı?	
2	Kapaktaki ay ve yıl savunmaya girilen tarihle tutarlı mı?	
3	Kapak format kılavuzdaki kapak formatına uygun mu?	
4	Kapakta yazılan tüm yazılar doğru olarak verilmiş mi?	
İçindekiler		
5	Sayfa numaraları tam verilmiş mi?	
6	Şekil, Çizelge vb. listeleri verilmiş mi? Sıralaması doğru mu?	
7	Özet, Abstract, Giriş, Sonuçlar vb. bölümler var mı?	
8	Yazım hataları kontrolü yapıldı mı?	
Giriş		
9	Hazırlanan tezin önemini anlatıyor mu?	
10	İkinci ve Üçüncü dereceden başlık içermemeli kuralına uyuldu mu?	
Özet/Abstract		
11	Kılavuza uygun mu?	
12	Ay ve yıl savunmaya girilen tarihle tutarlı mı?	
13	Özet; tek sayfa, tek aralık, tek paragraf kuralına uygun olarak yazıldı mı?	
14	Bilim kodu, sayfa adedi, anahtar kelimeler ve tez danışmanı yazıldı mı?	
Kaynakça		
15	Kaynakların tamamına metin içinde atıf yapıldı mı?	
16	Kaynak formatı Kılavuzdaki kaynak formatına uygun olarak hazırlanmış mı?	
17	Atıf formatı kılavuzdaki atıf formatına uygun mu?	
Atıf Yöntemi APA 6 ☐ CMS ☐ İSNAD ☐		
Genel Değerlendirme		
18	Etik Beyan açıklaması okundu, uyuldu ve imzalandı mı?	
19	Kabul/Onay sayfası kılavuzdaki formata uygun olarak düzenlenmiş mi?	
20	Kabul /Onay sayfasında belirtilen oy birliği/oy çokluğu seçeneklerinden uygun olanı savunmayla tutarlı olacak şekilde belirlenmiş mi?	
21	Sayfa kenar boşluklar ve sayfa numaraları kılavuzdaki formatına uygun mu?	
22	Paragraf boşlukları ve metin satır aralığı kılavuza uygun olacak şekilde düzenlenmiş mi?	
23	Başlık yazımları kılavuzdaki başlık formatlarına uygun mu?	
24	Yazı tipi ve boyutu kılavuzdaki yazı tipi ve boyutu formatına uygun mu?	
25	Şekil, Çizelge vb. açıklama ve numaralandırmaları kılavuzdaki formata uygun olarak yazılmış mı?	

Bu tezin tarafımdan “Tez yazım kuralları” okunarak dikkatlice hazırlanmış olduğunu ve doğabilecek her türlü olumsuzluktan sorumlu olacağımı kabul ederim.

Öğrencinin imzası