



**YAŞLANAN NÜFUSUN KAMU SAĞLIK
HARCAMALARINA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

DENİZ GURBANOV

Eskişehir 2025

YAŞLANAN NÜFUSUN KAMU SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ

Deniz GURBANOV

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Maliye Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Şebnem TOSUNOĞLU

Anadolu Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Haziran 2025

Eskişehir

Bu tez çalışması Anadolu Üniversitesi, Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi Koordinatörlüğü tarafından 2641 proje numarası ile desteklenmiştir.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Deniz Gurbanov'un "Yaşlanan Nüfusun Kamu Sağlık Harcamalarına Etkisi" başlıklı çalışması 29/05/2025 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek "Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, Eğitim Bilimleri Anabilim dalında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	<u>Unvanı Adı Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Üye (Tez Danışmanı)	: Prof. Dr. Şebnem TOSUNOĞLU	
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi HAtive ALTINOK	
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Funda TUNÇEL	
	(Marmara Üniversitesi)	

Prof. Dr. Nazif Öncü CAN
Enstitü Müdürü

ÖZET

YAŞLANAN NÜFUSUN KAMU SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ

Deniz GURBANOV

Maliye Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Haziran 2025

Danışman: Prof. Dr. Şebnem TOSUNOĞLU

Bu tezde, yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamalarına etkisi kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Avrupa, genelinde demografik yapının değişmesiyle birlikte yaşlı nüfus oranlarının giderek artması, sosyal ve ekonomik alanlarda önemli etkiler yaratmaktadır. Özellikle sağlık sektörü bu değişimden doğrudan etkilenmekte, artan yaşlı nüfus sağlık hizmetlerine olan talebi büyümekte ve kamu sağlık harcamalarının hızla yükselmesine neden olmaktadır. Bu durum hem kamu bütçesi hem de sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından ciddi bir meydan okuma oluşturmaktadır. Tez çalışmasında, yaşlanma sürecinin sağlık harcamalarına etkileri hem teorik hem de uygulamalı açıdan ele alınmıştır. Avrupa’da bulunan eğilimler karşılaştırmalı olarak incelenmiş, artan sağlık maliyetlerinin kamu maliyesine yansımaları analiz edilmiştir. Yaşlanan nüfusun getirdiği sağlık ve bakım hizmetleri ihtiyacı, yalnızca doğrudan sağlık harcamalarını değil, aynı zamanda sosyal güvenlik sistemlerini ve uzun dönemli bakım hizmetlerini de etkilemektedir. Çalışma, kamu sağlık harcamalarının yönetiminde, demografik değişimlerin dikkate alınmasının önemine işaret etmekte ve sürdürülebilir sağlık finansmanı için öneriler geliştirmektedir. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlıklı yaşlanmayı teşvik eden politikaların benimsenmesi ve uzun dönemli bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi gibi stratejiler ön plana çıkmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlanan Nüfus, Kamu Sağlık Harcamaları, Sağlık Sistemleri, Demografik Değişim, Sağlık Finansmanı, Sürdürülebilirlik, Sosyal Güvenlik Sistemleri, Koruyucu Sağlık Hizmetleri.

ABSTRACT

THE IMPACT OF AGING POPULATION ON PUBLIC HEALTH EXPENDITURES

Deniz GURBANOV

Department of Public Finance

Graduate School of Anadolu University, June 2025

Supervisor: Prof. Dr. Şebnem TOSUNOĞLU

In this thesis, the impact of ageing population on public health expenditures is analysed comprehensively. The gradual increase in the proportion of elderly population with the change in the demographic structure across Europe creates significant effects in social and economic areas. Especially the health sector is directly affected by this change, the increasing elderly population increases the demand for health services and causes public health expenditures to increase rapidly. This situation poses a serious challenge for both the public budget and the sustainability of health services. In this thesis, the effects of the ageing process on health expenditures are analysed both theoretically and practically. The trends in Europe have been examined comparatively and the reflection of increasing health costs on public finance has been analysed. The need for health and care services brought about by the ageing population affects not only direct health expenditures but also social security systems and long-term care services. The study points out the importance of taking demographic changes into account in the management of public health expenditures and develops recommendations for sustainable health financing. In this context, strategies such as expanding preventive health services, adopting policies that promote healthy ageing and strengthening long-term care services come to the fore.

Keywords: Ageing Population, Public Health Expenditures, Health Systems, Demographic Change, Health Financing, Sustainability, Social Security Systems, Preventive Health Services.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü öğrenim hayatımın tüm zorlu aşamalarında, tecrübeleri ile beni aydınlatan, kendisini tanımaktan büyük onur duyduğum, çalışma konumun belirlenmesinde ve her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Şebnem Tosunoğlu'na çok teşekkür ederim her durumda bilgi, birikim ve tecrübeleriyle sağladığı motivasyon ile birlikte lisansüstü eğitim ve çalışma hayatıma destek ve yardımlarından dolayı minnettarım. Ayrıca hayatım boyunca beni maddi, manevi her anlamda destekleyen anneme, babama, babaanneme ve benim daha iyi bir birey olmamı sağlayan kız kardeşime teşekkürü bir borç bilirim.

Deniz GURBANOV

Eskişehir 2025

...../...../2025

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm

Deniz GURBANOV

...../...../2025

ÜRETKEN YAPAY ZEKÂ KULLANIM BEYANI

Bu tezi hazırlarken ChatGPT üretken yapay zekâ programlarından destek aldığımı beyan ederim. Tezin hazırlığı aşamasında üretken yapay zekâ programlarından çeviri desteği aldım. Üretken yapay zekâ programlarından aldığım bilgilerin doğruluğunu kontrol ettiğimi bildiririm. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Deniz GURBANOV

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BAŞLIK SAYFASI	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ.....	vi
ÜRETKEN YAPAY ZEKÂ KULLANIM BEYANI	vii
İÇİNDEKİLER	viii
GRAFİKLER DİZİNİ	xi
SİMGELER DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI	4
2.1. Sağlık Tanımı ve Önemi	4
2.1.1. Sağlık hizmetleri.....	7
2.1.1.1. Sağlık hizmetlerinin işlevsel ayrımı.....	9
2.1.1.2. Koruyucu sağlık hizmetleri	10
2.1.1.3. Tedavi edici sağlık hizmetleri.....	12
2.1.1.4. Rehabilitasyon hizmetleri.....	15
2.1.1.5. Geliştirici-destekleyici sağlık hizmetleri	16
2.1.2. Sağlık sistemleri.....	17
2.1.2.1. Vergi tabanlı sağlık finansmanı (Beveridge modeli).....	17
2.1.2.2. Sosyal sağlık sigortası sistemi (Bismarck Modeli)	18
2.1.2.3. Özel sağlık sigortası sistemi.....	19
2.1.2.4. Karma sağlık sistemi.....	19
3. SAĞLIK HARCAMALARI ve KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ ÖNEMİ	21
3.1. Sağlık Harcamaları	21
3.1.1. Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler	24

3.1.1.1. Bireysel gelir seviyelerinin artması.....	25
3.1.1.2. Eğitim düzeyi	28
3.1.1.3. Teknolojik yenilikler	30
3.1.1.4. Toplumsal düzen ve demokrasideki gelişmeler	32
3.1.1.5. Bilgi eşitsizliği durumu	33
3.1.1.6. Sağlık hizmetlerine erişim kolaylığının artması.....	34
3.1.1.7. Hava kirliliği ile çevre kirlenmesi.....	35
3.1.1.8. Yaşam süresinin uzaması	36
3.1.2. Kamu sağlık harcamaları ve önemi.....	38
3.1.3. Sağlık harcamalarının finansmanı: temel dinamikler ve modeller	46
3.1.3.1. Vergiye dayalı finansman modeli	51
3.1.3.2. Sigorta primleri ile finansman yöntemi	53
3.1.3.3. Sosyal sağlık sigortası	55
3.1.3.4. Özel sağlık sigortası.....	58
3.1.3.5. Cepten ödemeler.....	60
3.1.4. Kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği.....	61
4. YAŞLANAN NÜFUS VE KAMU SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ	66
4.1. Yaşlanan Nüfus Kavramı ve Önemi.....	66
4.1.1. Yaşlanan nüfusun ekonomik ve sosyal etkileri	70
4.1.2. Yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamalarına etkisi	73
4.1.2.1. Kronik hastalıklar ve uzun süreli bakım maliyetleri.....	76
4.1.2.2. Yaşlanan nüfusun hastanelere ve sağlık kuruluşlarına etkisi	77
4.1.2.3. Sağlık sigortası ve sosyal güvenlik sistemine etkileri.....	78
4.1.3. Yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamalarına etkisini azaltmaya yönelik çözüm önerileri: yaşlılık destek programları	80
4.1.3.1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi	82
4.1.3.2. Sağlık teknolojilerinin etkin kullanımı	83
4.1.3.3. Yaşlı bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve alternatif modeller.....	84
4.1.3.4. Sağlık politikalarının yaşlanan nüfusa uyarlanması	86

5. AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE YAŞLANAN NÜFUS VE KAMU SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ	89
5.1. AB Ülkelerinde Yaşlı Nüfus ve Sağlık Harcamaları.....	89
5.1.1. Avrupa Birliği ülkelerinde yaşlı nüfusun genel görünümü.....	90
5.1.2. AB Ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının genel görünümü.....	97
5.1.2.1. Kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı	98
5.1.2.2. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı.....	102
5.1.2.3. Kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki oranı.....	104
5.1.2.4. Kişi başına kamu sağlık harcaması	106
5.1.3. AB Ülkelerinde nüfusun yaşlanması ve kamu sağlık harcamaları arasındaki ilişki	108
6. SONUÇ	111
KAYNAKÇA.....	116

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa

Grafik 1: Avrupa Birliği Ülkelerinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı...	91
Grafik 2: Avrupa Birliği Ülkelerinde 80 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı...	92
Grafik 3: AB Ülkelerinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (2002-2022)	94
Grafik 4: AB Ülkelerinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (2002-2022)	95
Grafik 5: En Yüksek ve En Düşük 65+ Yaşlı Nüfus Oranı Olan Ülkeler (2022)	97
Grafik 6: AB Ülkelerinde Yıllara Göre Ortalama Kamu Sağlık Harcaması (%GSYH) 2000-2023	99
Grafik 7: AB Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamaları (% GSYH) (2002-2022)	101
Grafik 8: AB Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı	102
Grafik 9: AB Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamaları (%Toplam Kamu Harcamaları) (2002-2022).....	104
Grafik 10: AB Ülkeleri Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (ABD Dolar) 2022	106
Grafik 11: AB Ülkelerinde Yaşlı Nüfus Oranı ile Kamu Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki	109

SİMGELER DİZİNİ

Simgeler	Anlamı / Açıklama
%	Yüzde
\$	Amerikan Doları
€	Euro
$\geq$	Büyük eşit
$\leq$	Küçük eşit
$\neq$	Eşit değil
$\rightarrow$	Yön, ilişki göstergesi
$\pm$	Artı-eksi, yaklaşık değer
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (yazılı ama sembol gibi de geçer)
$\rightarrow$	Bağlantı veya yön oku (grafiklerde/şekillerde kullanılır)

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açılımı
AB	Avrupa Birliği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USD	Amerikan Doları
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Günümüzde dünya nüfus yapısında yaşanan hızlı değişimlerin en çarpıcılarından biri, yaşlı nüfusun toplam içindeki oranının sürekli artış göstermesidir. Demografik geçiş sürecinin bir sonucu olarak ortaya çıkan bu durum, yalnızca bireysel yaşam pratiklerini değil, aynı zamanda devletlerin sosyal politika uygulamalarını ve özellikle kamu sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkilemektedir (Erol, 2016; Aydemir ve Yaşar, 2020). Dünya Sağlık Örgütü, 60 yaş ve üzeri bireylerin oranındaki artışı küresel düzeyde bir yaşlanma süreci olarak tanımlarken, bu olgunun özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklı ekonomik, sosyal ve politik sonuçlara neden olduğunu vurgulamaktadır (Göktaş, 2023). Türkiye de bu dönüşüm sürecinden etkilenmekte, hızla yaşlanan nüfus yapısı nedeniyle sağlık hizmetlerinin kapsamı ve finansmanı konularında yeni yaklaşımlara gereksinim duyulmaktadır (Keskin ve Koçak, 2023). Yaşlı nüfusun artışı, sağlık harcamaları üzerinde çok boyutlu etkiler yaratmaktadır. Öncelikle, yaşla birlikte kronik hastalıkların, çoklu morbiditenin ve fonksiyonel kısıtlılıkların artması, bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebini artırmakta ve dolayısıyla kamu kaynakları üzerindeki yükü yoğunlaştırmaktadır (Eryer, 2024; Beceren vd., 2021). Nüfusun yaşlanması yalnızca tedavi odaklı harcamaların artmasına değil, aynı zamanda uzun süreli bakım, rehabilitasyon ve evde bakım gibi alanlara yönelik hizmet ihtiyacının da yükselmesine neden olmaktadır (Gökbunar vd., 2016; Karagöz, 2021). Bu çerçevede, yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin, doğrudan tedavi harcamaları kadar dolaylı ve uzun vadeli maliyetler üzerinden de değerlendirilmesi gerekmektedir (Karacan, 2017).

Ulusal sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından, yaşlı nüfusun kamu bütçesine getirdiği yükün rasyonel bir şekilde analiz edilmesi önem taşımaktadır. OECD ülkelerinde yapılan çeşitli çalışmalarda, yaşlılık ile sağlık harcamaları arasındaki pozitif ilişki net biçimde ortaya konmuş, bu bulgular Türkiye bağlamında yapılan çalışmalarla da desteklenmiştir (Arpa ve Kolçak, 2017; Batbaylı, 2021; Büyüksırt, 2023). Nüfus yaşlanmasının sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri, sadece harcama düzeyinde değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılması, insan gücü planlaması, dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu ve sağlık turizmi gibi çeşitli yönleriyle de ele alınmaktadır (Atılğan, 2024; Öncebe, 2024; Mutlu ve Metin, 2022). Yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamalarına etkisini anlamak için demografik dönüşümün

makroekonomik etkilerinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Demografik değişim sadece sağlık sistemlerini değil, aynı zamanda işgücü piyasalarını, vergi gelirlerini ve sosyal güvenlik dengelerini de etkilemektedir (Kaygısız ve Ezanoğlu, 2021; Kenanoğlu ve Aydın, 2022). Bu anlamda, sağlık harcamaları bir bütçe kalemi olmanın ötesine geçmekte, toplumsal refahın sürdürülebilirliği açısından stratejik bir alan haline gelmektedir (Karagöz, 2021; Çal ve Zarplı, 2025). Nitekim bazı çalışmalar, yaşlı nüfusun artışının kamu sağlık harcamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artışa yol açtığını, ancak bu etkinin ülke bazında değişkenlik gösterebildiğini ortaya koymaktadır (Çalışkan ve Sanisoğlu, 2022; Kavurmacı ve Gündüz, 2023).

Bu bağlamda, çalışmamız yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamalarına etkisini Avrupa Birliği (AB) ülkeleri özelinde analiz etmeyi amaçlamakta; bu süreçte uluslararası literatürün bulgularından da yararlanılarak karşılaştırmalı bir çerçeve sunulmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan AB üyesi ülkeler arasında yaşlılık kaynaklı sağlık harcamalarındaki farklılıklar, bu ülkelerde benimsenen sosyal devlet politikaları ve sağlık sistemlerinin yapısıyla doğrudan ilişkilidir. Özellikle Batı Avrupa ülkelerinde uzun yıllardır uygulanan kapsamlı sosyal refah politikaları, yaşlanan nüfusun sağlık sistemleri üzerindeki etkisini nispeten daha yönetilebilir kılarken; Doğu Avrupa ülkelerinde yapısal dönüşüm süreçleri bu alanda farklı sonuçlar doğurabilmektedir (Çal ve Zarplı, 2025; Kaya, 2024). AB ülkelerinde sağlık hizmetlerinin finansmanında genellikle merkezi bütçe, sosyal sigorta sistemleri ve özel sağlık harcamaları birlikte rol oynamakta; ancak yaşlı nüfus oranının artmasıyla birlikte mevcut sistemlerin mali sürdürülebilirliği tartışma konusu haline gelmektedir. Bu durum, pek çok AB ülkesinde sağlık harcamalarının yeniden yapılandırılmasını ve daha sürdürülebilir modellerin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır (Tunca, 2024; Akar vd., 2023). Ayrıca, sağlık harcamaları yalnızca sayısal büyüklükler değil, aynı zamanda niteliğe ilişkin göstergeler üzerinden de ele alınmalıdır. Nitelikli yaşlanma, aktif yaşlılık ve başarılı yaşlanma gibi kavramlar, yaşlıların sağlık sisteminden nasıl faydalandığına, sistemin yaşlı bireylerin yaşam kalitesine ne ölçüde katkı sunduğuna dair önemli ipuçları sunmaktadır (Koçak, 2023; Kalyoncuo ve Kartın, 2021). Bu bağlamda, yaşlı bireylere yönelik sağlık politikalarının yalnızca maliyet odaklı değil, aynı zamanda yaşam kalitesini ve sosyal uyumu önceleyen bir yaklaşım çerçevesinde tasarlanması gerekmektedir (Mercan Sarı ve Burcu Sağlam, 2024; İnce, 2022). Dolayısıyla, kamu sağlık harcamalarındaki artışın

yalnızca bir maliyet unsuru olarak görölmemesi, aynı zamanda toplumsal refahın bir yatırımı olarak değerdendirilmesi gerekliliğı ortaya çıkmaktadır.



2. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

2.1. Sağlığın Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, sağlık kavramının çok boyutlu bir olgu olduğunun altını çizmektedir. Fiziksel sağlık, vücudun en iyi şekilde işlev görme kapasitesi ile tanımlanır. Buna katkıda bulunan temel unsurlar arasında dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite, yeterli uyku ve zararlı alışkanlıklardan kaçınma yer alır. Ruh sağlığı ise duygusal ve psikolojik dengenin korunmasını ifade eder. Stres yönetimi, özgüven, olumlu düşünme becerileri ve anlamlı bir yaşam amacı bu süreçte kritik rol oynar. Sosyal sağlık ise toplumla uyumlu ilişkiler kurulması, sosyal destek ağlarına sahip olunması ve sosyal rollerin yerine getirilmesi ile tanımlanır. Bu üç bileşen birbiriyle bağlantılıdır ve birinin yokluğu genel sağlık üzerinde zararlı bir etkiye sahip olabilir.

Sağlık, bedenin ve zihnin çevreyle uyumlu bir şekilde işlev görmesi olarak tanımlanabilir ve bu durum, bireylerin yaşamdan zevk almasını, kendileriyle ve çevreleriyle ilgili doğru kararlar alabilmelerini, ayrıca verimli bir üretim seviyesine ulaşmalarını sağlar. Bu nedenle, sağlık koşullarının iyileştirilmesi, toplumun refah seviyesini artırmayı amaçlayan toplumsal bir hedeftir. Ayrıca, sağlık koşullarının iyileştirilmesi, bireylerin ekonomiye daha fazla katkı sağlamalarına ve üretimin artırılmasına yardımcı olur. Sağlığın önemi, yaşam kalitesinin temeli olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlıklı bireyler günlük aktivitelerini daha verimli ve keyifli bir şekilde gerçekleştirebilirler. Ayrıca, sağlıklı bir toplum işgücü verimliliği, eğitimde başarı ve ekonomik büyüme açısından daha avantajlı bir toplumdur. Buna karşılık, sağlık sorunları iş kaybı, üretkenliğin azalması ve sağlık harcamalarının artması gibi çeşitli olumsuz sonuçlara yol açabilir. Sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesinin, diyabet ve kalp hastalıkları da dahil olmak üzere kronik hastalık riskini azalttığı kanıtlanmıştır. Ayrıca, sağlıklı bireylerin toplumsal katkısı, kültürel ve sosyal gelişimdeki rollerinde açıkça görülürken, salgın kontrolü gibi halk sağlığı uygulamaları tüm nüfusun refahını sağlar. Ruh sağlığı, bireyin zorluklarla başa çıkma ve ilişkilerini sağlıklı bir şekilde yönetme becerisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Ayrıca, sağlık hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması sosyal adalet ve insan haklarının temel bir unsurudur. Dolayısıyla sağlık yalnızca bireysel bir mesele değil, aynı zamanda kolektif

bir sorumluluktur. Devlet politikalarının, çevresel koşulların, eğitim sisteminin ve kişisel tercihlerin sağlık sonuçları üzerindeki etkisi çok yönlü ve karmaşık bir konudur. Sağlık korunmasının teşvik edilmesinin tedaviden daha etkili ve sürdürülebilir bir yaklaşım olduğu kanıtlanmıştır. Bu nedenle bireylerin ve toplumların sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemeleri, düzenli sağlık kontrollerinden geçmeleri ve sağlık okuryazarlıklarını geliştirmeleri tavsiye edilmektedir.

Sağlık artık, hastalığın olmaması veya genel iyilik hali olarak tanımlandığı geçmişe kıyasla daha kapsamlı bir şekilde tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, t.y.). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı sadece fiziksel açıdan değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (WHO, t.y.). Bu da sağlık kavramının sadece fiziksel durumla sınırlı olmadığı, bireyin psikolojik ve sosyal yönlerini de içerdiği anlamına gelmektedir. Sağlığın bir diğer tanımı ise bir organizmanın hücresel yapısını ve dengesini koruyarak düzenli işleyişini sürdürmesi ve aynı zamanda daha ileri bir organizasyon düzeyine ulaşması sürecidir (Smith, 2019) Bu yaklaşımda sağlık, bireyin hem çevresel hem de biyolojik faktörlerle uyum içinde işlevlerini yerine getirmesi anlamına gelmektedir (Brown vd., 2021). Türkiye'de 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sağlığı yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır ancak sağlık kavramı sürekli değişen ve gelişen bir olgu olduğu için “tam iyilik hali” herkes için aynı anlama gelmeyebilir ve farklı dönemlerde, toplumlarda veya bireylerde değişiklik gösterebilir. Sağlığın genel amacı, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahip biyolojik, çevresel, sosyal ve kişisel engellerin ortaya çıkmasını önlemek veya mevcut endişeleri ortadan kaldırmaktır. Sağlık ve sağlık hakkı, doğuştan gelen temel insan haklarından biri olarak kabul edilmektedir (İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Madde 25). Sağlık, en temel hak olan yaşam hakkı çerçevesinde değerlendirilmekte ve bireylerin sağlıklı bir yaşam sürme hakkına sahip olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık hakkı, “sağlıklı olma hakkı” ve “sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı” olmak üzere iki ana başlık altında incelenebilir. Bireylerin sağlıklı bir çevrede yaşama, fiziksel ve ruhsal iyilik hallerini sürdürme hakkı olarak tanımlanan sağlıklı olma hakkı, bireylerin devlet tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanma ve gerektiğinde tedavi ve rehabilitasyona erişim hakkını da kapsamaktadır.

Bu hakkın hayata geçirilmesini sağlamak için, aşağıdakiler de dahil olmak üzere bir dizi önlem alınmalıdır:

- Bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması
- Çocukların sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için gerekli koşulların sağlanması
- Çevre ve sanayi alanında hijyen standartlarının yükseltilmesi
- Salgın hastalıkların önlenmesi ve tedavisi
- Meslek hastalıklarının kontrol altına alınması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesi uyarınca sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı güvence altına alınmış olup, devlet bireylerin beden ve ruh sağlığını korumakla yükümlüdür. Devlet ayrıca sağlık sistemini düzenlemek ve toplumun sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamakla yükümlüdür. Sağlık sistemlerinin temel amaçları iki yönlüdür birincisi, bireylerin sağlık düzeyini yükseltmek ve ikincisi, hastalıkların mali yüküne karşı mali güvence sağlamaktır. Etkili, adil ve verimli bir sağlık hizmeti sunabilmek için devletin bu alandaki planlama ve düzenlemeleri titizlikle uygulaması gerekmektedir.

Sağlık hakkı, yaygın olarak temel insan haklarından biri olarak kabul edilmektedir. Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmeleri, hastalandıklarında uygun tedaviye erişebilmeleri ve hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması en temel haklardan biri olarak kabul edilmektedir. Ancak bu hakkın uygulanma biçimi ülkelerin politikalarına, mevcut koşullara, bireysel ihtiyaçlara, hükümetlerin yaklaşımlarına ve bilimsel bakış açılarına göre farklılık gösterebilmektedir. Bir toplumdaki bireylerin sağlıklı olması hem bireysel hem de toplumsal düzeyde çeşitli avantajlar sunar. İlk olarak, sağlıklı bireyler net düşünme ve kendileri, çevreleri ve ülkeleri hakkında bilinçli kararlar alma yeteneğine sahiptir. İkinci olarak, bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlığı, üretken ve gelir getirici faaliyetlerde yer almalarını sağlar. Üçüncü olarak, sağlık düzeyi yüksek toplumlarda sağlık harcamaları azalırken, bu durum hem bireyler hem de devletler için ekonomik bir avantaj yaratır. Sağlıklı bireylerin eğitim süreçlerine daha kolay uyum sağladıkları, teknolojiye, çevresel değişimlere ve yeni koşullara uyum sağlamada daha başarılı oldukları gösterilmiştir. Ayrıca sağlıklı bireyler hem birey hem

de ülke için daha verimli ve etkin bir iş gücü oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlıklı bireylerin sayısının artırılması toplumun genel refah düzeyinin artırılmasında önemli bir faktördür. Sağlık sektörü önemli bir ekonomik alan olarak kabul edilmekte ve daha geniş toplumsal manzara üzerinde derin bir etki yaratmaktadır. Bu sektörde çalışan işgücünün büyüklüğü, teknolojik araçların, tıbbi cihazların, ilaçların, sağlık altyapısının ve yardımcı faktörlerin gelişmişliği, ekonomideki üretim ve gelir artışına katkıda bulunmaktadır. Vatandaşlarının sağlıklı bireyler olarak ekonomik ve sosyal alanlara aktif katılımını teşvik etmeyi amaçlayan devlet tarafından sağlık hizmetlerinin sağlanması, yatırımlarda artışa neden olmaktadır. Aynı zamanda, sağlık harcamaları, piyasada artan talebe bağlı olarak üretim seviyelerinde bir artışa katkıda bulunur. Yatırımlardaki artışın her zaman üretim kapasitesinde bir genişlemeye, istihdamda bir artışa ve sonuç olarak gelir seviyelerinde bir yükselmeye yol açtığı yaygın olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda, sağlık sektörü hizmetlerinin genişlemesi ve bu sektöre yönelik ekonomik hareketlilik genel ekonomik büyümeye olumlu katkıda bulunmaktadır.

2.1.1. Sağlık hizmetleri

Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam süresi, güç, direnç, enerji ve canlılık gibi unsurları etkileyen tüm faaliyetler olarak tanımlanabilir. Schultz'a göre, sağlık hizmetleri, insan kapasitesinin geliştirilmesiyle ilgili en önemli faaliyetlerden birisidir. Gelişmekte olan ülkeler, kalkınma sürecinde bazı koşulları yerine getirmelidir ve bu koşullar arasında yeterli sağlık hizmetlerinin sunulması, eğitim düzeyinin artırılması ve altyapının güçlendirilmesi bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri, 5.1.1961 tarihli ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 2. maddesinde şu şekilde tanımlanmıştır: "Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren unsurların ortadan kaldırılması, toplumun bu unsurlardan korunması, hastaların tedavi edilmesi ve bedensel ve ruhsal kapasiteleri azalmış bireylerin rehabilitasyonu amacıyla yapılan tıbbi faaliyetlerdir." Bu tanımla sağlık hizmetleri, bireylerin fiziki ve psikolojik sağlıklarının korunması ve iyileştirilmesi amacıyla yapılan işlemler olarak ifade edilebilir. Diğer bir tanım ise şu şekildedir: "Bireylerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalık durumunda tedavi sağlamak, iyileşemeyen ve engelli hale gelen kişilerin başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını

sağlamak ve toplum sağlığını yükseltmek amacıyla gerçekleştirilen planlı çalışmaların tümüdür."

Ayrıca "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergenin" 4. maddesinde sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren etkenlerin ortadan kaldırılması, toplumun bu olumsuz etkilerden korunması, hastaların tedavi edilmesi ve bedensel veya ruhsal yönden zayıflamış kişilerin rehabilitasyonunun sağlanması için sunulan hizmetler olarak tanımlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin temel özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık hizmetlerinin sağlanması, ertelenemez ve önceliklidir.
- Sağlık hizmetleri asla iptal edilemez.
- Bazı sağlık hizmetleri, kamusal mal olarak kabul edilir.
- Yetersiz sağlık hizmetleri, toplumsal sorunlara yol açabilir.
- Sağlık hizmetlerine erişim, genellikle rastlantısalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin kapsamı ve büyüklüğü, doktorlar tarafından belirlenir.
- Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları genellikle mantıklı değildir.
- Sağlık hizmetlerinin sağladığı faydalar, parasal bir şekilde ölçülemez.
- Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireyler, aynı memnuniyeti ve kaliteyi alamayabilir.
- Sağlık hizmetlerinde iyileşme sağlanması garanti değildir.
- Sağlık hizmetlerinin kalitesi, dışsal faydalar ya da zararlar yaratabilir.

Sağlık hizmetlerinin kapsamı ve kalitesi, bir ülkenin sağlık sisteminin işleyişini doğrudan etkileyen birçok faktöre bağlıdır. Bunlardan ilki, sağlık hizmetleri çeşitliliğidir. Bu çeşitlilik, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici hizmetleri kapsar. Hizmetlerin kapsamlı olması, bireylerin tüm sağlık ihtiyaçlarına yanıt verilmesini mümkün kılar. Örneğin sadece hastalıkların tedavisine değil, hastalıkların önlenmesine ve sağlıklı yaşamın desteklenmesine yönelik hizmetlerin de sunulması, sağlık sisteminin kalitesini artırır.

Bir diğerk önemli unsur, sağık hizmetlerinin finansmanıdır. Hizmetlerin kim tarafından ve nasıl finanse edildiğı, erişim düzeyini ve hizmet kalitesini belirleyen temel bir faktördür. Genel vergilerle finanse edilen sistemlerde eşitlik daha yüksek olabilirken, özel sigortaya dayalı sistemlerde hizmetin kalitesi genellikle yüksek olsa da erişim sınırlı kalabilir. Finansman yapısının sürdürülebilir ve adil olması, sağık hizmetlerinin hem yaygın hem de kaliteli bir biçimde sunulmasını sağılar.

Kamu sektörünün sağık hizmetleri sunumundaki rolü de belirleyici bir etmendir. Devletin doğrudan hizmet sunucusu olduğı sistemlerde, temel sağık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve toplumsal eşitliğin sağılanması ön plandadır. Kamu eliyle sunulan sağık hizmetleri, özellikle düşük gelirli gruplar için hayati önem taşır. Ancak bu sistemlerde kaynakların etkin kullanımı ve hizmet kalitesinin sürekliliğı, güçlü bir yönetim ve denetim mekanizmasını gerektirir.

Ayrıca, sağık hizmetleri arzını etkileyen faktörler arasında sağık çalışanı sayısı, altyapı, teknoloji kullanımı ve lojistik unsurlar yer alır. Nitelikli personel eksikliğı, tıbbi malzeme yetersizliğı ya da coğrafi erişim sorunları, hizmet sunumunun kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle insan kaynağı planlaması ve altyapı yatırımları, sağık sistemlerinin güçlü kalabilmesi açısından kritiktir.

Son olarak, sağık hizmetlerine yönelik talep düzeyi de kapsam ve kalite üzerinde etkilidir. Nüfusun yaş yapısı, eğitim düzeyi, sağık bilinci ve gelir seviyesi, sağık hizmetlerine olan talebi şekillendirir. Artan talep, özellikle de kronik hastalıkların yaygınlaştığı yaşlı nüfuslarda, sağık sistemine daha fazla yük bindirirken aynı zamanda hizmetlerin çeşitlendirilmesini ve iyileştirilmesini de zorunlu kılar. Bu noktada sağık okuryazarlığının artırılması ve koruyucu sağık hizmetlerine yatırım yapılması, talebi yönetmede önemli stratejiler arasında yer alır.

2.1.1.1. Sağık hizmetlerinin işlevsel ayırımı

Sağık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağık düzeyini korumak, geliştirmek ve hastalık durumunda iyileştirmek amacıyla sunulan çok boyutlu hizmetler bütünüdür. Bu hizmetler, sunuluş amaçlarına göre genellikle dört ana gruba ayrılır: koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici hizmetler. Sağık hizmetlerinin esas amacı, insanların hasta olmamalarını sağılamak, yani hastalıkların önlenmesidir. Diğerk bir amaç ise, sağık hizmetlerinin, hastalanan kişilerin tedavi edilmesini sağılamaktır. Üçüncü

olarak, sakat kalan bireylerin bağımsız bir yaşam sürebilmeleri için rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesidir.

Bu sınıflandırma, sağlık sistemlerinin işlevsel yapısını anlamak ve politika geliştirme süreçlerinde doğru önceliklendirmeler yapmak açısından önem taşır. Özellikle koruyucu ve tedavi edici hizmetler, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturarak hem hastalıkların önlenmesinde hem de mevcut sağlık sorunlarının giderilmesinde kritik rol oynar. Aşağıda bu hizmet grupları detaylı biçimde incelenmektedir.

2.1.1.2. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, halk sağlığını iyileştirmeye yönelik olarak hastalıkların önlenmesini, çevresel sağlık koşullarının düzeltilmesini ve toplumun sağlık konusunda bilinçlendirilmesini amaçlayan hizmetlerdir. Bu kapsamda bulaşıcı hastalıklarla mücadele, beslenme koşullarının iyileştirilmesi, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması ve çevre sağlığının korunması gibi çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek ve toplumda hastalığa yakalanma riskini en aza indirmektir. Bu tür hizmetler toplumun tüm kesimlerini kapsadığı için sosyal faydası yüksek, bireysel kazançtan ziyade kamusal yararın ön planda olduğu hizmetlerdir. Ancak bu hizmetlerin sonuçlarını net bir şekilde ölçmek her zaman mümkün olmamaktadır.

Koruyucu hizmetlerin etkin şekilde yürütülememesi durumunda, hastalıkların yaygınlaşması bireylerin günlük yaşamlarını ve çalışma kapasitelerini doğrudan etkileyerek sağlık sistemine daha büyük bir yük bindirir. İnsanların sağlığındaki zayıflık, onların ekonomik aktivitelerde yer almasını zorlaştırır ve iş gücüne katkılarını düşürür. Ayrıca, kötü sağlık koşulları, toplumun genel gücünün azalmasına neden olur. Bir ülkedeki insan sermayesinin verimliliğini artırmak için sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine öncelik verilmesi, halkın fiziksel sağlığını artırmayı hedeflemelidir. Sağlık durumu bozulduğunda, tedavi sürecinin devamlılığını ve kalitesini sağlamak büyük önem taşır.

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan başlıca uygulamalar şunlardır:

- Bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleme çalışmaları
- Anne ve çocuk sağlığını koruyucu hizmetler

- Risk altındaki bireylerin aşılması
- Çevresel kirliliğin azaltılması
- Sağlıklı ve dengeli beslenme konusunda bilinçlendirme
- Tütün, alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele
- Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri
- Sağlık ve hijyen eğitimi
- Çalışma ortamlarının iyileştirilmesi ve iş hijyeni
- Gıda üretiminin denetlenmesi ve kalitesinin artırılması.

Koruyucu sağlık hizmetleri bireylere doğrudan veya dolaylı olarak sunulabilir. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler arasında bağışıklık sistemini güçlendirmek için yapılan aşılarda, ilaçla korunma yöntemleri, erken teşhis çalışmaları, sağlık eğitimi, yeterli ve dengeli beslenme, aile planlaması ve okul sağlığı uygulamaları yer almaktadır. Çevreyeye yönelik hizmetler ise su ve atık yönetimi, hava kirliliğiyle mücadele, gürültü kontrolü, endüstriyel hijyen ve zararlı canlıların kontrol altına alınması gibi konuları kapsar. Koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlık ocakları temel bir rol oynamaktadır. Küçük yerleşim yerlerinde her 5-10 bin kişiye bir sağlık ocağı düşecek şekilde planlamalar yapılmakta ve hizmetler daha etkin bir şekilde yürütölmektedir. Sağlık ocakları, bulundukları bölgelerdeki tüm nüfusu tespit ederek hizmet planlaması yapar. Özellikle hamile kadınlar, bebekler ve 6 yaş altı çocuklar ebe ve hemşireler tarafından düzenli olarak takip edilmekte, gerektiğinde halka sağlık eğitimi verilmektedir. Ayrıca, salgın hastalık durumlarında hızlı bir şekilde incelemeler yapılarak gerekli önlemler alınmakta ve hastalık bildirimi yapılmaktadır. Sağlık ocaklarında, okul sağlığı, çevre sağlığı, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi koruyucu hizmetler, doktorların gözetiminde yürütölmektedir. Çevresel sağlık hizmetleri, birçok farklı meslek grubunun iş birliği içinde çalışmasını gerektirir. Bu alanda Sağlık Bakanlığı, genellikle danışmanlık, eğitim ve denetim görevlerini üstlenmektedir. Çevresel sağlık uygulamalarının en önemli bileşenleri arasında su ve gıda güvenliği denetimleri ile atık yönetimi yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri hem bireylerin hem de toplumun güvenliğini artıran önemli bir unsurdur. Erken alınan önlemler, sağlık harcamalarında tasarruf sağlarken, aynı zamanda hastalıkların ilerlemesini ve daha yüksek maliyetli

tedavi süreçlerini önlemeye yardımcı olur. Bazı koruyucu önlemler ise sağlık harcamalarını geciktirerek ekonomik açıdan bir rahatlama sağlayabilir. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar, uzun vadede bireylerin yaşam kalitesini yükseltirken, devletin sağlık harcamalarını da azaltan etkili bir kamu politikası olarak değerlendirilmektedir

2.1.1.3. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireylerin hastalandıktan sonra başvurduğu, doğrudan teşhis, tedavi ve iyileştirme süreçlerini kapsayan sağlık hizmetleridir. Sağlık sistemlerinin en görünür ve talep edilen bileşenlerinden biri olan bu hizmetler, hem birinci basamak (aile hekimliği gibi) hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulabilir. Bu hizmetlerin temel amacı, ortaya çıkan hastalıkları erken teşhis etmek, etkili bir şekilde tedavi etmek ve bireylerin mümkün olan en kısa sürede normal yaşamlarına dönebilmelerini sağlamaktır. Ayrıca komplikasyonların önlenmesi, yaşam kalitesinin korunması ve ölüm oranlarının azaltılması da bu hizmetlerin önemli hedefleri arasında yer alır.

Koruyucu sağlık hizmetleri toplumu genel olarak etkileyen ve uzun vadeli fayda sağlayan uygulamalar sunarken, tedavi edici sağlık hizmetleri daha çok bireysel ihtiyaçlara yanıt verir. Bu yönüyle, özellikle hastalanan bireyler için yaşamsal öneme sahiptir. Gelişmiş bir tedavi altyapısı, yalnızca sağlık göstergelerini değil, aynı zamanda bireylerin üretkenliğini, sosyal yaşamını ve genel refah düzeyini de olumlu etkiler. Tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında sunulan başlıca hizmetler şunlardır:

Tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında sunulan başlıca hizmetler şunlardır:

- Hastane hizmetleri
- Evde sağlık hizmetleri
- Kan hizmetleri
- Organ nakli hizmetleri
- Doku ve hücre nakli hizmetleri

Bu hizmetlerin finansmanı genellikle sağlık sigortası, bireysel ödemeler ve devlet desteği ile karşılanmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalığın durumuna ve gerekli uzmanlık seviyesine göre dört basamakta ele alınmaktadır:

Kendi Kendine Bakım: Bireylerin kendi sağlıklarını korumak veya basit hastalıklarını tedavi etmek için başvurdukları yöntemleri içerir. Evde yapılan bitkisel tedaviler, eczaneden reçetesiz alınan ilaçlar veya geleneksel yöntemler bu kapsama girer.

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Birinci basamak sağlık hizmetleri, temel koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsar. Genellikle toplum genelinde en yaygın sunulan sağlık hizmetleri bu düzeyde verilmektedir. Bireylerin ilk başvurduğu sağlık hizmeti birinci basamaktır. Genellikle yataksız sağlık kuruluşlarında verilen bu hizmetler, hastaların temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta ve gerekirse hastanelere yönlendirilmesini sağlamaktadır. Yapılan araştırmalar, birinci basamağa başvuran hastaların yaklaşık %90'ının burada yeterli tedavi aldığını, yalnızca %10'unun ileri tetkik ve tedavi için hastanelere sevk edildiğini göstermektedir.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar şunlardır:

- Toplum Sağlığı Merkezleri (Bulaşıcı hastalıkların kontrolü, çevre sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği, okul sağlığı, acil sağlık müdahaleleri ve sağlık eğitimi gibi hizmetler sunar.)
- Aile Sağlığı Merkezleri (Aile hekimleri tarafından bireylere yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler sunulur.)
- 112 Acil Sağlık Hizmetleri (Acil tıbbi müdahaleleri gerçekleştirir ve hastaların hastanelere naklini sağlar.)

Bu hizmetler, sağlık sisteminde erken teşhis ve koruyucu hekimlik açısından büyük önem taşımaktadır.

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Birinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların hastanelere sevk edilerek yataklı sağlık hizmeti almasını kapsar. Bu seviyede hastalar hastaneye yatırılarak daha kapsamlı teşhis ve tedavi süreçlerinden geçer.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzman hekimler tarafından sunulan teşhis ve tedavi hizmetlerini kapsar. Genellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında teşhis edilemeyen veya daha ileri düzeyde müdahale gerektiren hastalıkların tedavisi için kullanılır.

Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar şunlardır:

- Devlet Hastaneleri
- Hastaneleri (Onkoloji, Kardiyoloji, Psikiyatri gibi uzmanlaşmış hastaneler)
- Semt Poliklinikleri
- Entegre İlçe Hastaneleri
- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri

Bu basamaktaki hizmetler, ileri düzey tıbbi donanım ve uzmanlık gerektiren durumlar için önem arz etmektedir.

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Bu aşama, ileri düzeyde uzmanlık gerektiren tedavi hizmetlerini içerir. Özellikle ciddi hastalıklar veya özel bakım gerektiren durumlarda, gelişmiş tıbbi teknolojiye sahip ihtisas hastanelerinde sunulan hizmetlerdir. Onkoloji hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve belirli hastalıklara odaklanan uzmanlaşmış sağlık kuruluşları bu gruba dahildir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalıkların bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesini önleyerek, toplumun genel sağlığını koruyan ve iş gücü kaybını azaltan önemli bir hizmet alanıdır. Bu nedenle hem bireyler hem de devletler için stratejik bir sağlık politikası unsuru olarak değerlendirilmektedir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ileri düzeyde uzmanlık ve gelişmiş tıbbi teknoloji gerektiren tedavi hizmetlerini kapsar. Bu basamaktaki sağlık kuruluşları genellikle kompleks cerrahi müdahaleler ve nadir görülen hastalıkların tedavisi için hizmet vermektedir.

Türkiye’de üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar şunlardır:

- Üniversite Hastaneleri
- Araştırma ve Eğitim Hastaneleri
- Diş Hekimliği Fakülteleri
- Vakıflara Ait Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Bu hizmetler genellikle multidisipliner ekipler tarafından yürütülmekte olup, ileri tıbbi araştırmalara da katkı sağlamaktadır.

Sağlık sisteminin etkin ve verimli çalışabilmesi için, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında koordinasyonun sağlanması gerekmektedir. Bu kapsamda uygulanan sevk zinciri, sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını sağlamayı amaçlamaktadır.

Sevk zinciri sistemine göre:

- Bireyler öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanır.
- Daha ileri teşhis ve tedavi gerektiren durumlarda ikinci basamağa yönlendirilirler.
- Yüksek teknoloji ve uzmanlık gerektiren vakalar üçüncü basamağa sevk edilir.

Sevk zincirine uygun hareket eden hastaların sağlık harcamaları Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmaktadır. Ancak, sevk almadan doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireyler, sağlık giderlerini kendileri karşılamak durumunda kalabilmektedir.

Sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonun sağlanması, gereksiz tıbbi harcamaları önlemekte ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini artırmaktadır.

2.1.1.4. Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, fiziksel veya zihinsel sağlığını kaybeden bireylerin, başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürebilmeleri için sunulan destekleyici hizmetleri kapsar. Bu hizmetlerin amacı, kaza, hastalık veya doğuştan gelen sağlık sorunları nedeniyle fiziksel ya da zihinsel yetilerini kaybeden bireylerin işlevsel becerilerini yeniden kazanmalarına yardımcı olmaktır. Bu hizmetler, yataklı ve yataksız rehabilitasyon merkezleri, hemşirelik bakım merkezleri ve evde bakım hizmetleri aracılığıyla sunulmaktadır. Rehabilitasyon süreci, tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetlerle bireyin yeniden üretken hale gelmesini sağlar. Rehabilitasyon hizmetleri iki ana başlık altında ele alınmaktadır: Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal ve mesleki rehabilitasyon

Tıbbi rehabilitasyon, bireylerin fiziksel bozukluklarını düzeltmek ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Bu kapsamda; duruş (postür) bozukluklarının düzeltilmesi, protez ve ortez kullanımı ile işitme ve görme bozukluklarının en aza indirilmesi gibi uygulamalar örnek olarak verilebilir.

Sosyal rehabilitasyon, bireylerin topluma aktif bir şekilde katılmalarını sağlayarak bağımsız bir yaşam sürmelerine yardımcı olur.

Mesleki rehabilitasyon ise, fiziksel veya zihinsel engelleri nedeniyle eski işini yapamayacak duruma gelen bireylere yeni meslekler kazandırmayı, iş bulmalarını ve çalışma hayatına uyum sağlamalarını desteklemeyi amaçlar. Rehabilitasyon hizmetleri, yalnızca bireylerin fiziksel yetilerini geri kazanmalarını değil, aynı zamanda sosyal hayata uyum sağlamalarını ve üretken bireyler olarak yaşamlarına devam etmelerini hedefler. Bu nedenle, sağlık sisteminin vazgeçilmez bir bileşeni olarak kabul edilmektedir.

2.1.1.5. Geliştirici-destekleyici sağlık hizmetleri

Destekleyici sağlık hizmetleri, doğrudan hasta bakımına yönelik olmasa da sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve kesintisiz sunulmasını sağlayan tamamlayıcı nitelikteki hizmetlerdir. Bu hizmetler, sağlık sisteminin arka planını oluşturarak tedavi, koruma ve rehabilitasyon faaliyetlerinin sürekliliğini güvence altına alır. Lojistik destek, tıbbi malzeme ve ilaç temini, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri, hasta kayıt sistemleri, sağlık bilgi yönetimi, ambulans hizmetleri ve acil durum koordinasyonu bu kapsamda değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, yalnızca hekim müdahalesiyle değil, aynı zamanda bu destek mekanizmalarının etkinliğiyle de doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, destekleyici hizmetler güçlü ve entegre bir sağlık sisteminin vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilir.

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bireylerin ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayan çalışmalardır. Bu hizmetler sadece hastalıkları önlemeye yönelik olmayıp, aynı zamanda sağlıklı yaşam alışkanlıklarını teşvik ederek bireylerin yaşam kalitesini artırmaya odaklanmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri kapsamında, bireylerin sağlık konusunda bilinçlenmesi, sağlıklı davranışların teşvik edilmesi ve çevresel koşulların iyileştirilmesi gibi faaliyetler yer almaktadır. Bu hizmetler genellikle kamu kurumları, sağlık kuruluşları ve sivil toplum örgütleri tarafından yürütülmektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri; sağlık eğitimi ve bilinçlendirme, çevresel sağlığın korunması ve sağlıklı yaşamı teşvik eden politikalar gibi çeşitli alanları kapsamaktadır.

Bu hizmetler, bireylerin sağlık düzeyini artırmanın yanı sıra, uzun vadede sağlık harcamalarını azaltarak ekonomik fayda da sağlamaktadır. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte sağlık sisteminin temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir.

2.1.2. Sağlık sistemleri

Sağlık sistemlerinin temel amacı, bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek, hastalıkların mali yükünü azaltmak ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmasını sağlamaktır. Etkili bir sağlık sisteminde üç temel unsur öne çıkmaktadır: maliyet, kalite ve erişim. İdeal bir sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin maliyeti düşük tutulmalı, sunulan hizmetler yüksek kalitede olmalı ve herkesin bu hizmetlere kolayca erişebilmesi sağlanmalıdır. Ancak sağlık hizmetlerinin maliyeti ve erişim durumu, kamu politikaları çerçevesinde belirlenmekte olup, bu iki faktör sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve hizmet kalitesinin artırılması genellikle maliyetleri yükseltmekte olup, bu maliyetlerin karşılanması ise sağlık sistemlerinde finansman sorunlarını gündeme getirmektedir. Devlet, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi ve hastalandıklarında gerekli sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için uygun bir sağlık finansman sistemi oluşturmakla yükümlüdür. Bu nedenle, sağlık kurumlarının harcamalarının düzenli bir şekilde karşılanması ve finansmanın hangi kaynaklardan sağlanacağı önemli bir mesele haline gelmektedir (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184).

Ülkelerin sağlık sistemleri farklı ekonomik, sosyal ve politik yapılar göz önünde bulundurularak şekillenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman yapıları incelendiğinde, ülkeler vergi tabanlı sağlık finansmanı, sosyal sağlık sigortası sistemleri ve özel sağlık sigortası sistemleri gibi farklı modelleri benimsemiştir. Bu sistemler, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından çeşitli avantajlar ve dezavantajlar içermektedir.

2.1.2.1. Vergi tabanlı sağlık finansmanı (Beveridge modeli)

Vergi tabanlı sağlık finansmanı, devlet tarafından doğrudan sağlanan ve genellikle ulusal sağlık hizmetleri olarak adlandırılan sistemlerde kullanılır. Bu model, sağlık sisteminin kapsamının evrensel olduğu ve finansmanın tamamen genel vergilere dayalı

olduğu bir yapı sunmaktadır. Beveridge Modeli olarak da bilinen bu sistemde, sağlık hizmetleri büyük ölçüde devlet tarafından organize edilmekte ve finanse edilmektedir (European Union, 2012: 11).

Bu modelin uygulandığı ülkelerde sağlık hizmetleri büyük ölçüde ücretsiz veya düşük maliyetlidir. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak adına sosyal adalet ilkesi benimsenmektedir. İngiltere, İspanya, İtalya, Norveç, Portekiz ve Yeni Zelanda gibi ülkeler, bu modeli benimseyerek sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlar için erişilebilir olmasını sağlamaktadır (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184).

Bu modelin avantajları arasında, sağlık hizmetlerine herkesin erişiminin sağlanması, sağlık sigortasına ihtiyaç duyulmaması ve sağlık sisteminin genel olarak maliyet açısından kontrol altında tutulabilmesi yer almaktadır. Ancak dezavantajları arasında, devlet bütçesine yüksek yük getirmesi, hizmet kalitesinde bölgesel farklılıklar görülmesi ve uzun bekleme sürelerinin oluşabilmesi bulunmaktadır (European Union, 2012: 11).

2.1.2.2. Sosyal sağlık sigortası sistemi (Bismarck Modeli)

Sosyal sağlık sigortası sisteminde sağlık hizmetlerinin finansmanı, işçi-işveren katkılarıyla zorunlu sağlık sigortası fonları üzerinden sağlanmaktadır. Bismarck Modeli olarak da bilinen bu sistem, işgücüne katılan bireylerin ve işverenlerin prim ödeyerek sağlık sigortası fonlarını finanse etmesi esasına dayanmaktadır (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184). Almanya, Belçika, Fransa, Hollanda, İsviçre ve Japonya gibi ülkelerde yaygın olarak uygulanmaktadır.

Bu modelde, sağlık sigortası zorunlu olup, sağlık hizmetlerinin kapsamı geniştir. Sigorta kapsamında yer alan sağlık hizmetlerine erişim büyük ölçüde ücretsizdir, ancak sigorta paketine dahil olmayan hizmetler için hastalar ek ödeme yapmak zorunda kalabilir. Ayrıca, düşük gelirli bireyler ve kronik hastalar için katkı payı muafiyetleri sunulmaktadır (European Union, 2012: 11).

Bu sistemin en büyük avantajlarından biri, kaliteli ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunmasıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı doğrudan sigorta primleri aracılığıyla sağlandığı için devlet bütçesine büyük bir yük getirmez. Ancak, işçi ve işverenler için sigorta primlerinin maliyetli olabileceği ve sigorta sisteminin karmaşıklığının

yönetimsel zorluklar yaratabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184).

2.1.2.3. Özel sağlık sigortası sistemi

Özel sağlık sigortası modeli, bireylerin veya işverenlerin kişisel sigorta poliçeleri aracılığıyla sağlık hizmetlerine erişmesini sağlamaktadır. Bu sistemde, devletin sağlık finansmanına katkısı minimaldir veya hiç yoktur. ABD gibi ülkelerde yaygın olan bu modelde, sağlık hizmetleri özel sigorta şirketleri aracılığıyla sunulmaktadır (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184).

Bu modelde, sağlık hizmetleri büyük ölçüde rekabetçi bir ortamda sunulmakta olup, sigortalı bireyler diledikleri sağlık kuruluşunu seçme özgürlüğüne sahiptir. Ancak, özel sağlık sigortasının zorunlu olmadığı ülkelerde birçok kişi, özellikle düşük gelir grupları, sağlık sigortasına erişememektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinden eşitsiz yararlanma sorunlarını doğurmaktadır (European Union, 2012: 11).

Özel sağlık sigortası modelinin avantajları arasında, hizmet kalitesinin yüksek olması, bekleme sürelerinin kısa olması ve rekabetçi bir sağlık hizmeti piyasası oluşturması yer almaktadır. Ancak, düşük gelir gruplarının sağlık hizmetlerine erişiminde büyük zorluklar yaşanabilmekte ve sağlık hizmetleri giderek maliyetli hale gelebilmektedir (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184).

2.1.2.4. Karma sağlık sistemi

Bazı ülkeler, yukarıda bahsedilen modellerin çeşitli bileşenlerini bir arada kullanarak karma sağlık sistemi uygulamaktadır. Örneğin, ABD, Polonya, Romanya, Rusya, Macaristan ve Çekya gibi ülkelerde hem kamu hem de özel sağlık hizmetleri bir arada bulunmaktadır (European Union, 2012: 11). Kamu tarafından sağlanan hizmetler belirli bir düzeyde olsa da bireyler özel sağlık sigortası veya doğrudan ödeme yoluyla ek sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir.

Bu sistemin avantajı, bireylere kamu sağlık hizmetleri ile özel sağlık sigortası seçeneklerini bir arada sunarak esneklik sağlamasıdır. Ancak, finansman açısından sürdürülebilir olması için iyi bir düzenleme ve denetim gerektirmektedir.

Farklı ülkeler, sağlık sistemlerini ekonomik, sosyal ve politik yapılar doğrultusunda şekillendirmekte ve sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli modeller uygulamaktadır.

Vergi bazlı sistemler, sosyal sağlık sigortaları ve özel sigorta sistemleri gibi farklı modeller, ÷lkelerin sağlık politikalarına yön vermekte olup, her modelin kendine özgü avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. ÷lkeler, sürdür÷lebilir, erişilebilir ve kaliteli sağlık hizmetleri sunabilmek adına sistemlerini sürekli olarak güncellemek ve geliştirmek zorundadır.



3. SAĞLIK HARCAMALARI ve KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ ÖNEMİ

3.1. Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları, bireylerin ve toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlamak amacıyla yapılan tüm ekonomik kaynak aktarımlarını kapsar. Bu harcamalar yalnızca hastaların muayene, tedavi ve rehabilitasyon süreçleriyle sınırlı değildir; aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri, halk sağlığı programları, ilaç ve tıbbi malzeme temini, sağlık personeli ücretleri, hastane altyapısının kurulması ve işletilmesi gibi çok çeşitli giderleri içerir. Dolayısıyla sağlık harcamaları, hem doğrudan hem de dolaylı unsurları içeren çok boyutlu bir kamu ve özel sektör harcama alanıdır.

Bu bağlamda sağlık harcamaları iki temel kategoriye ayrılır: kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları. Kamu sağlık harcamaları; genel bütçe, sosyal güvenlik kurumları ve diğer kamu kaynakları aracılığıyla devlet tarafından finanse edilen harcamaları kapsar. Bu tür harcamalar, özellikle toplumun düşük gelirli kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına almayı amaçlar ve evrensel sağlık kapsayıcılığı açısından kritik öneme sahiptir. Öte yandan özel sağlık harcamaları; hanehalklarının cepten yaptığı harcamalar, özel sağlık sigortası ödemeleri ve özel sağlık kuruluşlarına yapılan ödemeler gibi birey ya da kurumlar tarafından doğrudan finanse edilen harcamaları içerir. Özel harcamalar, sistemdeki kamu hizmetlerinin yetersiz kaldığı ya da tercih edilmediği durumlarda daha belirgin hale gelir.

Sağlık harcamalarının sınırlarının belirlenmesi, kamu maliyesi açısından önemli bir konudur ve farklı ülkelerdeki uygulamalar doğrultusunda çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık harcamalarının kapsamını belirlerken, bireylere yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine dayalı kamu sağlık programlarını bu tanım içerisinde değerlendirmektedir. Ayrıca, doğrudan sağlık durumu üzerinde etkili olan belirli programlar da bu kapsama dahil edilmektedir. Aile planlaması, beslenme programları ve sağlık taramaları gibi uygulamalar, sağlık harcamaları çerçevesinde ele alınırken, dolaylı olarak sağlık üzerinde etkili olan gıda ve çevre programları bu kapsam dışında tutulmaktadır (Murray ve diğerleri, 1994). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'ne (OECD) göre sağlık harcamaları, bireylere yönelik sağlık hizmetleri (tedavi, rehabilitasyon, uzun süreli bakım ve destek hizmetleri, tıbbi ürünler) ile topluma yönelik hizmetlerin (koruyucu sağlık hizmetleri, halk sağlığı

programları, sağlık yönetimi vb.) sunumu için yapılan nihai parasal harcamalar olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerine yönelik yatırım harcamaları bu toplamın dışında bırakılmaktadır (OECD, 2020). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, devlet harcamaları ve merkezi bütçe kaynaklarının yanı sıra zorunlu veya gönüllü sigorta primleri, bireysel cepten ödemeler, sivil toplum kuruluşları aracılığıyla yapılan bağışlar ve özel sektör tarafından sağlanan fonlar gibi çeşitli kaynaklardan karşılanmaktadır. Yapılan tanımlar doğrultusunda sağlık harcamaları, belirli bir yıl içerisinde bireylere ve topluma yönelik tüm önleyici, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlıklı geliştirici faaliyetlerin yürütülmesi ve yönetilmesi için ürün ve hizmetlere yapılan tüm harcamaların parasal değeri olarak tanımlanabilir. Yatırım harcamalarının etkisi harcamanın yapıldığı yıllar sınırlı olmadığından, aksi belirtilmedikçe bu harcamalar ayrı olarak ele alınmaktadır. Dolayısıyla, sağlık yatırımlarını içermeyen sağlık harcamaları 'cari sağlık harcamaları' olarak da adlandırılmaktadır.

Sağlık harcamalarının düzeyi ve yapısı, bir ülkenin sağlık sisteminin kapasitesini, hizmet kalitesini ve halkın sağlık hizmetlerine erişim düzeyini doğrudan etkiler. Aynı zamanda bu harcamalar, ekonomik kalkınma süreciyle yakından ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde kişi başına sağlık harcamaları yüksek olmasına rağmen bu harcamaların daha planlı, kapsamlı ve sürdürülebilir bir yapıda olduğu görülmektedir. Buna karşılık, gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının sınırlı olması, hizmetlerin kalitesini ve yaygınlığını olumsuz etkileyebilmektedir.

Sağlık harcamaları; kamu kaynakları (vergiler, sosyal güvenlik primleri), özel harcamalar (özel sigortalar, doğrudan cepten ödemeler) ve uluslararası fonlar gibi çeşitli finansman araçlarıyla karşılanabilir. Bu nedenle sağlık harcamalarının analizi, sadece harcama miktarının değil, harcamanın kaynağının, dağılımının ve etkinliğinin de değerlendirilmesini gerektirir. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından, yapılan harcamaların sadece miktarı değil, bu kaynakların ne ölçüde verimli kullanıldığı da kritik öneme sahiptir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin finansmanı, sağlık harcamalarının kapsamının belirlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu noktada hangi tür harcamaların sağlık harcaması olarak değerlendirilmesi gerektiği sorusu ortaya çıkmaktadır. Örneğin, temel eğitim programları sağlık konusunda önemli kazanımlar sağlasa da asıl amaçları sağlık alanının dışında yer aldığı için doğrudan sağlık

harcaması olarak sınıflandırılmamaktadır. Bununla birlikte, belirli faaliyetlerin sağlığa katkı düzeyi çerçevesinde kategorize edilmesi mümkündür. Örneğin, bağışıklık sistemini güçlendirmek amacıyla yürütülen aşılama programları tamamen sağlık harcaması olarak kabul edilirken, temiz içme suyu sağlanmasına yönelik altyapı projelerinin sağlık üzerindeki etkisi belirli bir oran üzerinden değerlendirilebilmektedir.

Sağlık harcamaları, bireylerin ve hane halklarının ekonomik refahı üzerinde doğrudan etkiler yaratan önemli bir mali yük unsuru olarak değerlendirilir. Özellikle yüksek maliyetli sağlık hizmetleri, bireylerin gelir düzeyine bağlı olarak finansal sürdürülebilirliklerini tehdit edebilir. Bu bağlamda, sağlık harcamalarının hane halkı bütçesi üzerindeki etkilerini ölçmek için kullanılan iki temel kavram bulunmaktadır. Katastrofik sağlık harcamaları ve yoksullaştırıcı sağlık harcamaları. Katastrofik sağlık harcamaları, bireylerin veya hane halklarının sağlık hizmetlerine yaptıkları harcamaların, gelirlerinin belirli bir eşiğini aşarak finansal zorluk yaratması durumunu ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) gibi kuruluşlar, sağlık harcamalarının hane halkı gelirinin %10-40'ını aşması halinde bu harcamaların "katastrofik" olarak değerlendirilebileceğini belirtmektedir. Katastrofik sağlık harcamaları, bireyleri temel ihtiyaçlarını karşılayamaz hale getirebilir ve uzun vadede ekonomik istikrarsızlığa neden olabilir.

Katastrofik sağlık harcamalarının ortaya çıkmasına neden olan faktörler arasında:

- Sağlık hizmetlerine erişimde finansal koruma eksikliği,
- Sigorta kapsamının yetersiz olması,
- Özellikle özel sektörde sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli olması,
- Kronik hastalıklar veya uzun süreli bakım gerektiren durumların artması,
- Bireylerin doğrudan cepten ödeme oranlarının yüksek olması gibi unsurlar bulunmaktadır.

Katastrofik sağlık harcamalarının önlenmesi için devletler, sosyal güvenlik sistemlerini güçlendirmek, sağlık sigortasını yaygınlaştırmak ve bireylerin cepten harcamalarını azaltacak politikalar geliştirmek zorundadır. Yoksullaştırıcı sağlık harcamaları ise, bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik harcamaları nedeniyle temel yaşamsal gereksinimlerinden ödün vermek zorunda kalmalarını ifade eder. Bu tür harcamalar,

bireylerin gıda, barınma, eğitim ve diğer temel ihtiyaçlarını karşılamalarını zorlaştırarak yaşam standartlarını düşürebilir. Özellikle düşük gelirli haneler, yüksek sağlık harcamaları nedeniyle yoksulluğa sürüklenebilir ve sosyal dışlanma riskiyle karşı karşıya kalabilirler. Yoksullaştırıcı sağlık harcamalarının yaygın olduğu ülkelerde, bireyler ve aileler sağlık hizmetlerinden kaçınma eğilimi gösterebilir, bu da uzun vadede daha ciddi sağlık sorunlarına yol açarak toplum üzerindeki mali yükü artırabilir. Bu durumu önlemek için devletler, düşük gelirli bireyler için sağlık güvencelerini artırmalı, sosyal destek mekanizmalarını güçlendirmeli ve sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir olmasını sağlamalıdır. Kişilerin ve toplumun sağlık durumunun korunması ve iyileştirilmesi, hasta olan bireylerin sağlıklarına tekrar kavuşmalarını sağlamak amacıyla gerçekleştirilen tüm hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır.

3.1.1. Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler

Bir devlet, sınırları içindeki toplumsal sağlık düzeyi ile ekonomik kalkınma arasındaki ilişkiyi ele almayı amaçlamaktadır. Sağlık ve ekonomi arasında güçlü bir bağlantı olduğu, özellikle belirli bir ekonomik gelişmişlik seviyesine ulaşan ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan ekonomik kaynakların bu ilişkinin temel bir bileşeni olduğu genel kabul görmektedir. Aynı şekilde, toplumun genel sağlık bilinci düzeyi de bu ilişkiye önemli katkılar sunmaktadır. Günümüz toplumlarında sağlık, korunması, iyileştirilmesi ve sürdürülebilirliği hedeflenen öncelikli bir değer haline gelmiştir. Bu değişim, ekonomik kaynakların sağlık harcamalarına yönlendirilmesine neden olmuş ve bu harcamaların ülkeler arasında farklı kategorilere ayrılmasına yol açmıştır. Bu farklılıklar, özellikle gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasında belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018). Az gelişmiş ülkelerin, gelişmiş ülkelere kıyasla bütçelerinin daha büyük bir kısmını sağlık harcamalarına ayırdığı gözlemlenmektedir (Ağır ve Tıraş, 2018). Bunun aksine, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan kaynakların göreceli olarak daha düşük seviyelerde olduğu dikkat çekmektedir. Dünya Bankası verilerine göre (WB, 2022), 2019 yılında ülkeler gayrisafi yurt içi hasıllarının (GSYİH) %1,8 (Djibouti) ile %16,8 (ABD) arasında değişen oranlarını sağlık harcamalarına ayırmıştır. Bu veriler, gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasında sağlık kaynaklarının tahsisi konusunda önemli bir fark olduğunu ortaya koymaktadır. Akdur'un (2008) belirttiği üzere, ülkelerin etkili sağlık politikaları

geliştirebilmek için bireylerin farklı ihtiyaçlarını dikkate almaları gerekmektedir. Sağlık harcamaları, temel sağlık hizmetlerinin sunumu için hayati bir öneme sahip olup, bireylerin ve toplumların refahını güvence altına almanın temel bir koşulu olarak değerlendirilmektedir. Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında önemli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Mevcut literatürün incelenmesi, bu ilişkinin öncül analizinin ilk olarak Groosman tarafından 1972 yılında gerçekleştirildiğini göstermektedir. Grossman, analizinde sağlık hizmetlerini sabit sermaye stoku olarak değerlendirmiş ve bu hizmetlerin üretim artışını teşvik ettiğini ifade etmiştir. Ayrıca, sağlık harcamalarının bir yatırım harcaması olarak ekonomik büyümeye olumlu katkı sağladığını vurgulamıştır. İnsan sermayesinin artan önemi, ülkelerde sağlık harcamalarının yükselmesine yol açmıştır. Bütçe açıkları ve finansman zorluklarıyla karşı karşıya kalan birçok ülke, bu sorunları çözmek amacıyla vergi artışlarıyla birlikte kamu ve sağlık harcamalarında kesintilere gitmeyi tercih etmiştir (Yereli ve ark., 2016). Sağlık harcamalarındaki hızlı artışı etkileyen faktörlerin incelenmesi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki temel nedenlerin büyük ölçüde benzer olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık harcamalarının ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler tarafından şekillendiği belirlenmiştir (Hansen ve King, 1996). Bu faktörler arasında artan kişisel gelirler, tıbbi teknolojiye ilerlemeler, küresel sağlık risklerindeki artış, demografik değişimler, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve sigorta kapsamının genişlemesi gibi unsurlar yer almaktadır (Akdemir ve Karakurt, 2009; Khanolkar ve ark., 2016). Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve sosyal güvenlik ağının genişletilmesi de önemli katkı sağlayan faktörler arasında görülmektedir (Mutlu Işık, 2012). Takip eden tartışmada, sağlık harcamalarını etkileyen bu kritik unsurlar ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır.

3.1.1.1. Bireysel gelir seviyelerinin artması

Bir ülkenin vatandaşları için sağlık hizmetlerine ayırdığı miktar, nüfusun sağlık durumu ve ülkenin ekonomik koşullarına bağlıdır. Araştırmalar, sağlık harcamalarının hacmini ve değişim hızını etkileyen temel faktörlerin gelir dalgalanmaları olduğunu göstermektedir (Cura, 2012). Gelir artışı yaşayan bireylerin, yaşam kalitesini artıracak mal ve hizmetleri önceliklendirme eğiliminde olduğu görülmüştür. Devletin temel hizmetleri garanti altına alması, diğer mal ve hizmetlere olan talebi artırdığı kanıtlanmıştır (Tıraş, 2020). Aynı zamanda, artan kişisel gelirlerin, bireyleri daha üstün

sağlık hizmetleri aramaya ve daha konforlu bir yaşam sürmeye teşvik ettiği gösterilmiştir (Cura, 2012). Gelir artışının, sağlık hizmetlerine olan talepte ve dolayısıyla sağlık harcamalarında bir artışa neden olduğu kanıtlanmıştır. Bu bağlamda, Newhouse (1977), ulusal düzeyde GSYİH'nin sağlık harcamaları üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu ifade etmektedir. Ekonomistler, gelir artışının sağlık harcamalarında bir yükselmeye ve talep edilen sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir iyileşmeye yol açacağını savunmaktadır (Khanolkar ve ark., 2016). Günümüzde, gelir (kişi başına düşen GSYİH), ülkeler arasındaki sağlık harcamalarındaki büyüme farklılıklarını açıklamada en önemli değişkenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Newhouse (1977) gibi öncü çalışmalar, sağlık harcamalarının belirleyicilerini incelemek için ağırlıklı olarak kesitsel veriler kullanmış ve gelirin, gelişmiş ülkelerde harcamaların artışında belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Milne ve Molana (1991), reel kişi başına düşen gelirin en yüksek olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerinin daha maliyetli olduğunu ve bu hizmetlerin lüks mal kategorisine girdiğini belirtmiştir. Öte yandan, Feldstein (1979), sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin birden küçük olduğunu savunmuş ve bu durumun sağlık harcamalarının gelir artış oranından daha düşük bir hızda arttığını gösterdiğini ifade etmiştir. Bu durum, o dönemde kişi başına sağlık harcamalarının düşük seviyelerde olmasından kaynaklanıyor olabilir. Buna karşın, Hitiris ve Posnett (1992), OECD ülkeleri için sağlık harcamaları ile GSYİH seviyeleri arasında güçlü bir pozitif ilişki tespit etmiş ve bu ilişkiyi hem ülke bazında tahminlerle hem de kesitsel ve zaman serileri modelleriyle ortaya koymuştur. Özellikle kesit verilerin kullanımı ve panel veri analizinde yeni tahmin yöntemlerine yönelik yoğun eleştiriler nedeniyle, OECD ülkelerindeki birçok çalışma panel veri yöntemlerini tercih etmiş ve gelir esnekliğini birden büyük olarak tespit etmiştir (Gerdtham, Sogaard ve diğerleri, 1992). Daha yakın tarihlerde, Baltagi ve Moscone (2010), 1971-2004 dönemi boyunca 20 OECD ülkesindeki sağlık harcamaları ile gelir arasındaki uzun dönemli ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmada, sağlık harcamaları ile belirleyicileri arasında uzun vadeli bir ilişki olduğu ortaya konmuş ve gelir ile sağlık harcamaları arasındaki esneklik yaklaşık 0,87 olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde, Gerdtham ve Jönsson'un (2000) uluslararası sağlık harcamaları karşılaştırmalarına ilişkin kapsamlı literatür taramasında, yaşlanma, teknoloji ve kurumlar gibi değişkenler arasında gelirin en önemli belirleyici olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışma, toplam gelirin sağlık harcamalarındaki farklılıkları

açıklayan birincil faktör olduğunu ve gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYİH) etkisinin pozitif ve anlamlı olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, Hall ve Jones (2007) ile Razaei ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmalarda da desteklenmiştir. Bu araştırmalar, hane gelirindeki artış ile sağlık hizmetlerine olan talep ve dolayısıyla sağlık harcamaları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Okunade (2009), reel kişi başına düşen sağlık harcamalarının en önemli belirleyicisi olarak GSYİH'yı tespit etmiştir. Acemoglu ve diğerleri (2013), Barkat, Sbia ve Maouchi (2019), Khan ve diğerleri (2016), Byaro ve diğerleri (2018) ile Magazzino ve Mele (2012), Zhou ve diğerleri (2020), Tang (2010), Ali ve Sayed (2020) ve Murphy ve Topel (2006) tarafından gerçekleştirilen çalışmalar da benzer sonuçlar elde etmiştir. Ayrıca, Chaabouni ve Abednnadher (2014), gelir ve sağlık harcamaları arasında uzun vadeli ve istikrarlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Buna karşılık, Erdil ve Yetkiner (2009), GSYİH ile kişi başına düşen sağlık harcamaları arasında nedensel bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu sektörü tarafından finanse edilmektedir. Bu durum, kamu harcamalarını artırmakta ve aynı zamanda kişisel gelir düzeyindeki artışlarla birlikte sağlık hizmetlerine yönelik talebi yükseltmektedir. Yaşam standartları yükselen bireyler, aldıkları sağlık hizmetlerinde daha yüksek kalite, daha fazla ilgi ve tatmin arayışına girerek, beklentilerini karşılamak amacıyla geniş olanaklara sahip özel sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir (Tıraş ve Türkmen, 2020). Buna ek olarak, zorunlu sigortalar kapsamında estetik tedaviler ve saç ekimi gibi belirli sağlık harcamalarının kapsam dışı bırakılması, kişisel gelir artışı durumunda bu hizmetlere olan talebin yükselmesi nedeniyle sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Mutlu Işık, 2012). Ayrıca, bireylerin yaptığı sağlık harcamalarının çıktılarının tüm yaşamlarını etkileyecek olması, sağlık harcamalarına herhangi bir kısıtlama getirilmesini engelleyen önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Gelir seviyesi ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen mikro düzeydeki araştırmalar, sağlık hizmetlerine olan talebin gelir esnekliğinin düşük olduğunu göstermiştir. Bunun aksine, makro düzeyde yapılan analizler, sağlık hizmetlerinin gelir esnekliğinin birden büyük olduğunu ve sağlığın lüks bir tüketim malı olarak değerlendirilebileceğini ortaya koymaktadır (Özer, 2010). Getzen (2000), gayrisafi milli hasıladaki artışların kişi başına geliri artıracaklarını ve bunun yaklaşık 35 yıllık bir süreçte sağlık harcamalarında yükselişe neden olacağını öngörmüştür. Baltagi ve Moscone

(2010), gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi uzun vadede ele aldıkları çalışmalarında bu iki değişkenin pozitif bir bağa sahip olduğunu tespit etmiştir. Özellikle kişi başına gelir düzeyinin düşük olduğu ülkelerde, işsizlik, yoksulluk ve gelir eşitsizliği gibi faktörler nedeniyle temel sağlık ihtiyaçlarının yeterince karşılanamaması, bireylerin sağlık durumunu olumsuz etkileyerek kronik hastalıkların artışına neden olmaktadır (Doğan ulha, 2019). Bu durum, tedavi süreçlerini uzatmakta ve maliyetleri artırarak sağlık harcamalarının yükselmesine ve bireylerin ekonomik anlamda daha da zorlanmasına yol açmaktadır.

3.1.1.2. Eğitim düzeyi

Eğitim, sağlık harcamalarını etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Araştırmalar, sağlık bilincinin artması ile eğitim düzeyinin yükselmesi arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve bunun hem bireyler hem de toplumlar düzeyinde sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına yol açtığını göstermektedir (Mutlu Işık, 2012). Eğitim seviyesi yüksek bireyler, sağlıklarını daha fazla önemseyerek, sağlık hizmetlerine daha fazla başvurmakta ve daha kaliteli hizmet almaya yönelmektedir. Bu durum, sadece bireysel sağlık harcamalarını artırmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık sektöründeki talebi de arttırır. Eğitim düzeyinin artması, bireylerin iş gücü piyasasında daha iyi fırsatlarla karşılaşmalarını, gelir seviyelerinin yükselmesini ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişmelerini sağlar (Erdinç Aydınbaş, 2020). Eğitimi bireyler, sağlıklarıyla ilgili daha fazla bilgiye sahip olup, sağlık sorunlarını daha erken tespit etmekte ve tedavi süreçlerinde daha bilinçli kararlar almaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinin kalitesine olan talebi doğrudan artırmaktadır. Ayrıca, eğitim seviyesi yüksek bireyler, tıbbi gelişmeleri takip etme konusunda daha proaktif olurlar. Sağlıkla ilgili yenilikler ve hastalıklarla mücadeledeki yeni yöntemler hakkında bilgi sahibi olmak, sağlık harcamalarının artmasına ve sağlık hizmetlerine yönelik talebin yükselmesine neden olmaktadır (Newhouse, 1978). Bir toplumda eğitimi ve becerikli bir iş gücünün varlığı, sadece iş gücü kalitesini artırmakla kalmaz, aynı zamanda bu kalitenin sürekli liğini de sağlar. Yetenekli bir iş gücü, ekonominin genel üretkenliğini ve sağlık sektörünün etkinliğini artıran bir faktör olarak öne çıkar. Eğitimi bireyler, sağlıklarını korumak için daha sağlıklı yaşam tarzlarına yönelirler ve bu da sağlık harcamalarının verimli bir şekilde kullanılmasını sağlar. Bu açıdan bakıldığında, sağlık harcamaları yalnızca bir gider olarak değil, insan sermayesine yapılan bir yatırım olarak

da görülmektedir (Xu ve ark., 2011). İnsan sermayesinin sağlıklı olması, toplumların ekonomik büyümesini ve refahını artırırken, sağlık harcamalarının da daha verimli bir şekilde kullanılmasına olanak tanır. Eğitim ile sağlık arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalar, bireylerin sağlık durumu ile yaşam tarzları arasında güçlü bir bağ olduğunu ortaya koymaktadır. Eğitimli bireyler, sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinir, düzenli fiziksel aktivitelerde bulunur ve bu sayede daha sağlıklı bir yaşam sürerler. Eğitim, bireylerin sağlıklarını iyileştirmek ve korumak için gerekli bilgi ve becerileri kazanmalarına yardımcı olur. Bu da toplumun genel sağlık düzeyini yükseltirken, sağlık harcamalarını daha verimli bir şekilde yönlendirmeye katkı sağlar (Cura, 2012). Eğitim düzeyinin artması ile sağlık bilinci arasındaki ilişki, sağlık alanındaki yenilikler ve gelişmeler hakkında daha fazla bilgi edinme, zararlı alışkanlıklardan kaçınma ve fiziksel ile zihinsel sağlığa daha fazla önem verme gibi bir dizi olumlu sonucu beraberinde getirmiştir. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, sağlıkla ilgili daha fazla bilgiye sahip olmaları, sağlık yönetimi konusunda daha bilinçli kararlar almalarını sağlamaktadır. Eğitimli bireyler, sağlıklarını korumak ve iyileştirmek için daha sağlıklı yaşam biçimleri benimsemekte, zararlı alışkanlıklardan kaçınmakta ve önleyici sağlık hizmetlerine yönelmektedirler (Boz Sur, 2015). Bu durum hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta ve dolayısıyla sağlık harcamalarında bir artışa yol açmaktadır. Sağlık bilincindeki bu artış, bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmesini, düzenli fiziksel aktivitelerde bulunmalarını ve psikolojik sağlığı da göz önünde bulundurarak daha dengeli bir yaşam sürmelerini teşvik etmektedir. Bunun yanı sıra, sağlığın sadece fiziksel boyutuyla değil, zihinsel ve duygusal boyutlarıyla da ele alınması gerektiği bilincinin artması, toplumların daha holistik sağlık yaklaşımlarına yönelmelerini sağlamaktadır. Bu süreç, sağlık harcamalarını artırırken, aynı zamanda sağlık sektörünün büyümesine ve gelişmesine de katkıda bulunmaktadır. Ancak, eğitim seviyesinin yükselmesinin yalnızca olumlu etkileri yoktur. Bazı araştırmalar, eğitimli bireylerin hijyen ve sağlık normlarına daha fazla uyum gösterse de, bu gelişmelerin bazen sağlığı olumsuz etkileyebilecek davranışlar doğurabileceğini öne sürmektedir (Mutlu Işık, 2012). Özellikle, bireylerin sağlık bilincinin artması, bazen yanlış sağlık uygulamalarına ve aşırı tıbbi müdahalelere yönelmesine yol açabiliyor. Bu tür olumsuzluklar, sağlık harcamalarında bir azalma sağlamak yerine, tam tersi şekilde, bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla harcama

yapmasına yol açabilmektedir. Ancak, genel olarak sağlık harcamaları, bu etkileşimlerin aksine, sürekli bir artış göstermektedir. Eğitimdeki ilerlemeler ve teknolojik yeniliklerle birlikte artan sağlık bilinci, sağlık sektörünü yalnızca daha karlı bir sektör haline getirmekle kalmayıp, aynı zamanda bu alanda yeni fırsatlar yaratmış, sağlık hizmetlerinin daha da çeşitlenmesine yol açmıştır. Bu dinamik, sağlık sektörünü sadece ekonomik büyümenin motorlarından biri yapmış değil, aynı zamanda sürekli gelişen ve evrilen bir endüstri olarak şekillendirmiştir. Bu nedenle, eğitim ve sağlık arasındaki ilişki, sağlık harcamalarının artmasına yol açan birçok farklı faktörü bünyesinde barındıran karmaşık bir yapıyı ortaya koymaktadır.

3.1.1.3. Teknolojik yenilikler

Tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da teknolojik gelişmeler büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinde araştırma ve geliştirme (Ar-Ge) faaliyetlerinin yoğunlaşması, hastalıkların teşhisi, tedavisi ve yönetiminde yeni teknolojilerin yaygın bir şekilde kullanılmasına olanak tanımıştır (Yıldırım, 2012). Sağlık alanındaki teknolojik yenilikler ve ilerlemeler, günümüzde sağlık harcamalarını etkileyen en önemli faktörler arasında yer almaktadır. Sağlık harcamalarındaki gözlemlenen artışın yaklaşık yarısı ile üçte ikisinin, teknolojik gelişmelere dayandığı tahmin edilmektedir (Yıldırım, 2012). Bu gelişmeler, hastalıkların teşhisini kolaylaştırarak ve tedavi süreçlerini daha verimli ve etkili hale getirerek maliyetleri düşürme potansiyeline sahiptir (Yıldırım, 2012). Ancak, sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için gerekli olan binaların, teknolojik altyapının, cihazların, araçların ve tüm ekipmanların temini (Mutlu ve Işık, 2012) önemli maliyetler doğurmaktadır. Ayrıca, bu teknolojik yeniliklerle üretilen cihazların ve araçların kullanımı, bakımı ve onarımı ile bu cihazları kullanacak personelin eğitimi de belirli maliyetleri beraberinde getirmektedir. Sağlık sektöründeki teknolojik ilerlemeler, yalnızca hastalıkların kesin teşhisini kolaylaştırmakla kalmamış, aynı zamanda daha önce tedavi edilemeyen birçok hastalığın tedavi edilmesini de mümkün kılmıştır. Robotik cerrahi uygulamaları, koroner bypass cerrahisi, pacemaker implantasyonu, kanser hastalıklarının erken teşhisi, kemik iliği nakli ve diyaliz gibi pek çok cerrahi işlemde teknolojik gelişmelerin kullanımı önemli örnekler arasında yer almaktadır. Bu gelişmeler, endokrin hastalıklar, radyolojik araştırma prosedürleri (örneğin, MRI, tomografi, anjiyografi, dijital röntgen cihazları, dört boyutlu ultrasonlar, radyoterapi ve onkoloji cihazları) gibi pek çok alanda uygulanmaktadır (Bodenheimer

ve Fernandez, 2005). Sağlık alanında teknolojinin yaygın kullanımı, maliyetlerin artmasına yol açmakla birlikte, yeni ve ileri düzey cihazların, malzemelerin, ilaçların ve araştırma girişimlerinin geliştirilmesine de olanak sağlamıştır. Bu ilerlemeler, sağlık hizmetlerinde iyileşmeler sağlamakla birlikte, bebek, çocuk ve genel ölüm oranlarını azaltmış ve yaşam süresini artırmıştır. Sonuç olarak, sağlık hizmetleri ve harcamalarındaki finansal yük artmış, ancak bu artış, tıbbi alandaki teknolojik ilerlemenin entegrasyonundan elde edilen faydaları yansıtmaktadır.

Günümüzün küreselleşmiş dünyasında, toplumsal değerlerde de eş zamanlı bir değişim yaşanmaktadır. Bu değişime insanların yaşam tarzları, istekleri ve gereksinimlerindeki değişiklikler de eşlik etmektedir. Geleneksel olarak sahip olunan değerler ve bakış açılarının yerini, giderek artan bir şekilde çağdaş ihtiyaçlar tarafından şekillendirilen yeni değerler ve görüşler almaktadır. Sosyal değer yargılarındaki bu değişim, sağlık alanında da kendini göstermektedir. Küreselleşmenin, artan bireysel gelirlerin, yükselen eğitim düzeylerinin ve hızlanan teknolojik gelişmelerin etkisiyle, daha önce lüks ve pahalı olarak kabul edilen tanı ve tedavi yöntemlerinin ortaya çıkmasına yol açılmıştır. Bu çağdaş gelişmeler, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmış ve sağlık harcamalarını yükseltmiştir. Nüfus artışı ve ortalama yaşam süresindeki uzama, sağlık harcamaları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmuş, bu durum geleceğe dair endişeleri, aile yapısı ve ilişkilerindeki değişiklikleri ve madde kullanımının artmasını beraberinde getirmiştir (Cura, 2012). Sosyal değerlerdeki bu değişim, özellikle aile yapılarına yönelik dönüşüm, aile içinde bakım gereksinimi duyan yaşlı bireylerin sayısının artmasına yol açmış, birçok yaşlı birey ise bakım evlerine yerleştirilmiştir. Bu durum, bakım ihtiyacı duyan yaşlı nüfusunun önemli bir kesiminin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Mutlu ve Işık, 2012). Yaşlı ve emekli nüfusun sağlık hizmetlerine olan talepleri tüm alanlarda olduğu gibi artmaktadır. Yaşlanma süreci, organ fonksiyonlarında azalma ve vücut fonksiyonlarının karmaşıklığının artması ile birlikte gelir. Bu da, uzun süreli ve yoğun tedavi gerektiren kronik hastalıkların yaygınlığında artışa yol açarak sağlık harcamalarının yükselmesine katkıda bulunmaktadır (Aktan Işık, 2016). Ayrıca, sosyal değer sistemindeki değişim, genç bireyler üzerinde farklı bir etki yaratmakta ve çeşitli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Gençler arasında alkol ve madde kötüye kullanımı gibi problemlili davranışların artması, sağlık harcamalarında önemli bir artışa neden olmuştur (Edgman et al., 1996). Bu problemlili davranışları ele alacak ve ortadan

kaldırarak yeterli sağlık hizmetleri altyapısının kurulması, ilgili personelin eğitilmesi ve topluma gerekli eğitimin verilmesi, belirli bir zaman ve mali kaynak yatırımı gerektirmektedir. Bu gözlemler, sosyal değerlerdeki değişimin sağlık harcamaları üzerindeki etkisini ne kadar geniş kapsamlı olduğunu ortaya koymaktadır.

3.1.1.4. Toplumsal düzen ve demokrasideki gelişmeler

Ülkelerin ekonomik gelişimi, demokratik sistemlerin kurulması, bireylerin gelir düzeyindeki artış, eğitim olanaklarının çoğalması, bilişim sektöründeki ilerlemeler ve hızlı teknolojik gelişmeyle birlikte ulaşımdaki gelişmeler, hızlı bir küreselleşme sürecine katkıda bulunmuştur. Bu gelişmelere paralel olarak, bireysel haklar ve özgürlükler ön plana çıkmıştır. Ekonomik büyüme, demokratikleşme ve bireylerin artan gelir düzeyi, küresel bağlantıların hızlanmasını sağlamıştır. Eğitim olanaklarının artması, farkındalığın genişlemesine ve daha nitelikli bir iş gücünün oluşmasına katkıda bulunurken, özellikle bilişim alanındaki teknolojik yenilikler, iletişim, ticaret ve çeşitli sektörlerde küresel çapta dönüşümlere yol açmıştır. Ulaşım ağlarındaki iyileşmeler ise mal, hizmet ve insanların hareketini daha hızlı ve verimli hale getirerek küreselleşmeyi daha da pekiştirmiştir. Aynı zamanda, toplumlar geliştikçe bireysel haklar ve özgürlüklere verilen önem de artmıştır. Bu durum, insan haklarının, demokrasinin ve kişisel özerkliğin küreselleşen dünyada daha fazla kabul görmesiyle ilgilidir. Ekonomik refah ile sosyal adaleti teşvik eden sistemlerin oluşturulması, bu gelişmelerin birbirine sıkı sıkıya bağlı olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, günümüzde bilgi, fikir ve ekonomik faaliyetlerin yayılma hızı benzersiz bir seviyeye ulaşmış, ancak bireysel hakların korunması da temel bir mesele olmaya devam etmektedir. Demokratik sistemlerin yaygınlaşması, toplumsal yapıda köklü değişimlere zemin hazırlamış ve toplumun artan talepleriyle birlikte yeni bir dinamik ortaya çıkarmıştır. İnsanlar, ihtiyaç ve beklentilerini daha etkin bir şekilde ifade edebilecekleri mekanizmalar geliştirmiş, bu bağlamda sivil toplum kuruluşları önemli bir araç haline gelmiştir. Demokratikleşmeyle birlikte hak ve özgürlükleri genişleyen bireyler, devletin sunduğu hizmetler ve politikalar konusunda daha yüksek beklentilere sahip olmaya başlamıştır. Bu durum, kamu harcamalarının artmasında orta sınıfın daha belirgin bir rol oynamasına yol açmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan refah devleti modeli, demokratikleşme sürecinin getirdiği yeni haklar sayesinde toplumun, siyasi karar alıcılara yönelik etkisini artırmıştır. Çalışan kesimin gelir düzeyini yükseltebilmesi ve

bu gelirleri sürdürülebilir kılması, eğitim ve sağlık hizmetlerinin gelişimine bağlıdır. Çünkü bu hizmetler, iş gücünün niteliğini ve verimliliğini artırarak ekonomik yapının temel taşlarını güçlendirmektedir. Eğitim ve sağlık alanlarına yapılan yatırımlar, bireylerin yaşam kalitesini artırırken, iş gücünün devamlılığına da katkı sağlar. Kamu hizmetlerinin çeşitlenmesi ve kapsamının genişlemesi, özellikle sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde topluma ulaştırılmasını sağlamaktadır ve bu durum sağlık harcamalarının maliyetine de yansımaktadır. Demokratikleşmenin etkisiyle değişen toplumsal yapı, sağlık hizmetlerinin hem çeşitlenmesini hem de niteliğinin artmasını sağlamakla birlikte, bu süreç kamu sağlık harcamalarının artışını da beraberinde getirmektedir.

3.1.1.5. Bilgi eşitsizliği durumu

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri, doktorlar ve hastalar arasındaki bilgi eşitsizliği, sağlık sektöründe sıkça karşılaşılan bir durumdur. Bu olgu, taraflar arasında bilgi düzeyi açısından bir dengesizlik olmasıyla tanımlanabilir ve "asimetrik bilgi" olarak adlandırılmaktadır (Tıraş, 2021). Bu bağlamda, hastaların bilinçli kararlar verebilmesi için doğru bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bilgi asimetrisi, genellikle hastaların, alacakları sağlık hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasıyla sonuçlanır. Bu durum, bireylerin sağlık hizmeti seçiminde tam anlamıyla bağımsız kararlar verememesi ve dolayısıyla otonomilerini kaybetmesiyle sonuçlanır. Hastalar genellikle herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduktan sonra tedavi süreci için doktora güvenmek durumunda kalır. Tedavinin kalitesi ve miktarı büyük ölçüde doktorun kararlarına bağlıdır (Kılavuz, 2010). Bazı hastalar, şikayetlerini ifade etmekte veya bunları net bir şekilde dile getirmekte güçlük yaşayabilir. Ayrıca, verilen sağlık hizmetlerinin niteliği, miktarı ve maliyeti hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabilirler. Bu durumda hasta, sağlık kuruluşuna başvurduğunda doktorunu vekil tayin eder. Doktor, hasta adına gerekli sağlık hizmetlerini sağlama sorumluluğunu üstlenir, bakımın kapsamını belirler, hizmeti sunar ve maliyetlerden sorumlu olur. Doktor hem hizmet sağlayıcı hem de hizmet talep edici rollerini üstlenerek çift taraflı bir görev yürütür. Bu durum, hizmetin sağlanması sırasında aynı zamanda hizmet ihtiyacının ortaya çıkmasıyla sonuçlanır. Bu olgu, "hasta odaklı karar verme" olarak adlandırılır. Burada doktor, hem sağlık hizmetlerini sağlayan bir temsilci hem de bu hizmetlerin mali sorumluluğunu üstlenen bir kişi olarak hareket eder. Öte yandan, bilgi asimetrisi, bazı

durumlarda hastaların gereksiz prosedürler talep etmesine ve bu durumun sağlık sistemine ek maliyetler yüklemesine neden olabilir. Gereksiz tüketim, sağlık harcamalarını artırarak hem hasta hem de sigorta şirketi için maddi zarara yol açabilir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin gereksiz ve aşırı kullanılmasını önlemek için bu asimetrik durumu kontrol altına almak önemlidir. Aksi takdirde, sağlık harcamalarında artış ve sistemde kaynak israfı kaçınılmaz hale gelir.

3.1.1.6. Sağlık hizmetlerine erişim kolaylığının artması

Yeni ekonomik ve sosyal koşulların ortaya çıkışı, sağlık sektöründe önemli bir dönüşüm yaratmış ve bireylerin sağlık hizmetleriyle olan etkileşimlerini şekillendirmiştir. Bu dönüşüm, sağlık hizmetlerine erişimin daha geniş bir kitleye kolayca ulaşılabilir hale gelmesini sağlamıştır. Bu değişimin temel unsurlarından biri, sigorta kapsamının genişlemesi ve özel sağlık sigortası seçeneklerinin artmasıdır; bu durum sağlık hizmetlerine erişimi daha da kolaylaştırmıştır. Ayrıca, ulaşım altyapısının iyileşmesi ve sağlık kurumları ile kuruluşlarının artması da sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasında önemli bir rol oynamıştır. Sağlık merkezlerinin sayısındaki artış ve sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimi de sağlık hizmetlerine erişimi büyük ölçüde artırmıştır. Bu gelişmeler, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmalarını sağlayan bir ortam yaratmıştır. Ancak, bu erişim kolaylığının sağlık harcamalarındaki artışla birlikte geldiği de göz önünde bulundurulmalıdır. Boz ve Sur'un 2015 yılında gerçekleştirdiği araştırmalar, bu durumun özellikle sosyal güvenlik yardımlarına erişimi olan bireyler arasında daha belirgin olduğunu göstermektedir. Bu bireyler, sağlık hizmetleri için cebinden ödeme yapmadıkları için talep artışı gözlemlenmektedir ve sağlık hizmetlerinden faydalanma, gelir düzeylerine bağlı olarak artmaktadır. Hem özel hem de kamu sağlık sigortalarının sağlık hizmetlerinin tüm maliyetlerini karşılaması, sağlık hizmetlerine talebi artıran bir diğer faktördür. Hizmetlere olan talebin artması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasının doğal bir sonucudur ve bu durum toplam sağlık harcamalarında bir artışa yol açmaktadır. 2016 yılında yapılan bir araştırma, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılmasının, talep ve toplam sağlık harcamalarında artışa neden olduğunu ortaya koymuştur. Sigorta kapsamı veya sosyal güvenlik programlarının sağlık hizmetlerinin tamamını karşılaması, bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla başvurmasına neden olmuş ve bu da sağlık harcamalarının yükselmesine yol açmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimin artması, daha fazla bireyin zamanında sağlık

hizmeti almasını sağlayarak kamu sağığına katkıda bulunmuş olsa da aynı zamanda sağıık harcamalarının yönetilmesi ve kontrol edilmesi konusunda önemli bir zorluk yaratmıştır. Erişimin artışı ile sağıık harcamalarındaki artış arasındaki ilişki açıktır, çünkü daha fazla birey, daha önce karşılaşılabilecekleri finansal engeller olmadan sağıık hizmetlerini kullanmaktadır. Bu nedenle, erişim kolaylığı ile maliyet yönetimi arasında denge kurmak, sağıık sistemlerinin geliştirilmesinde kritik bir sorun olmaya devam etmektedir.

3.1.1.7. Hava kirliliğı ile çevre kirlenmesi

Bireylerin yaşadığı çevrenin kalitesinin, sağııkları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu uzun zamandır yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Çevre kirliliğı gibi faktörlerin, sağııkla ilgili harcamalar üzerinde dolaylı etkiler yaratabileceğı ve gelecekte artması beklenen hava kirliliğinin hem doğrudan hem de dolaylı olarak insan sağıığına maliyet getirebileceğı varsayılmaktadır. Atmosferdeki artan karbondioksit emisyonları ve çevre kirliliğı, kamu sağıığını olumsuz yönde etkileyebilir; bu, yapılan araştırmalarla kanıtlanmaktadır. Çevre kirliliğinin sağıık üzerindeki olumsuz sonuçları arasında hastaneye yatış oranlarını ve erken ölümleri artıran faktörler bulunmaktadır; bu durum, yeterli tedaviye erişimi sınırlamakta ve sağıık harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Birçok araştırma, hava kirliliğinin arttığı bölgelerde sağıık harcamalarının da arttığını göstermektedir. Narayan ve Narayan (2008), hava kirliliğinin sağıık maliyetlerini artırdığını ortaya koyarken, Jerrett ve arkadaşları (2003), hava kirliliğine maruz kalmanın sağıık harcamalarını önemli ölçüde artıran bir faktör olduğunu saptamıştır. Abdullah ve arkadaşları (2016), Chaabouni ve Abednnadher (2014) ve Yazdi ve Khanalizadeh (2017) gibi diğer araştırmalar da, hava kirliliğı oranlarının arttığı bölgelerde sağıık harcamalarının belirgin şekilde yükseldiğini vurgulamaktadır. Bu bulgular, çevresel faktörler ile sağıık sistemlerinin mali sürdürülebilirliği arasındaki karmaşık ilişkiyi ortaya koymaktadır. Hava kirliliğinin sağıık üzerindeki dolaylı etkileri de önemli bir konudur. Kötü çevre koşulları, mevcut sağıık durumlarını kötüleştirerek ve kronik hastalıkları artırarak, yeterli sağıık hizmetlerine erişimi engellemektedir. Çevresel kirliliğe bağılı hastalıklar nedeniyle sağıık sistemleri artan tedavi talepleriyle karşılaşırken, bu durum sağıık hizmetlerinin sunulmasındaki maliyetleri de yükseltmektedir. Sonuç olarak, çevre koşullarının kötüleşmesi sağıık harcamalarını artırırken, bu da sağıık hizmetleri için ayrılan kaynakların azalmasına yol açmaktadır.

Çevre kirliliği, özellikle hava kirliliği, sadece halk sağlığını korumak için değil, aynı zamanda sağlık harcamalarını kontrol altına almak için de önemli bir sorundur. Emisyonları azaltmaya ve çevresel kaliteyi iyileştirmeye yönelik çabalar, kirlilikle ilişkili sağlık risklerini hafifletmeye yardımcı olabilir ve sağlık sistemlerine olan finansal yükü azaltabilir. Hava kirliliği ve sağlık risklerinin artan uzun vadeli eğilimleri göz önünde bulundurulduğunda, çevresel sağlık hususlarını kamu politikaları ve sağlık planlamasına entegre etmek hem sağlık etkilerini hem de artan sağlık harcamalarını en aza indirmek için önemli olacaktır.

3.1.1.8. Yaşam süresinin uzaması

Toplumdaki bireylerin yaş yapısı ve yaşam süresi, sağlık harcamalarını etkileyen önemli faktörlerdir. Yaş yapısı, toplam nüfusta çocuklar (0-14 yaş), aktif nüfus (15-64 yaş) ve yaşlılar (65 yaş ve üzeri) oranları açısından incelenmektedir. Gelişmiş ülkelerde, yaşlı nüfusun önemli bir oranı, sağlık harcamalarındaki artışın önemli bir faktörü olarak belirlenmiştir (Yenimahalleli Yaşar Aydın, 2019). Bu durum, yaşlanan bireylerin sağlık hizmetlerine olan artan talepleriyle (Bhat, 2005) ve yaşlı bakımının uzun süreceği ve pahalı olacağı algısıyla ilişkilendirilmektedir. Sağlık harcamalarındaki artışa katkıda bulunan bir diğer unsur ise yaşam süresinin ortalama olarak uzamasıdır. Bu durum, sağlık teknolojisindeki ilerlemeler ve sağlık hizmetlerinin kalitesindeki iyileşmelerle açıklanabilir ve dünya genelinde yaşam süresinde bir artışa yol açmıştır (Becerren ve diğ., 2021). Aynı zamanda, dünya nüfusu yavaş bir şekilde artarken, gelişmiş ülkelerdeki kişi başına düşen gelirin artması, bireylerin daha iyi sağlık koşullarına ve yaşam tarzlarına sahip olmalarına olanak tanımaktadır. Bir ülkenin sağladığı sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bu hizmetlere vatandaşlarının erişim kalitesi de bu eğilime katkıda bulunan önemli faktörlerdir. Ortalama yaşam süresinin uzaması, sağlık harcamalarındaki artışın bir diğer önemli boyutunu oluşturmaktadır. Sağlık teknolojisindeki yenilikler ve sağlık hizmetlerinin kalitesindeki iyileşmeler, dünya genelinde yaşam süresinin uzamasına katkı sağlamaktadır (Becerren vd., 2021). Aynı zamanda, gelişmiş ülkelerdeki kişi başı gelir artışları, bireylerin daha iyi sağlık koşullarına ve yaşam standartlarına sahip olmalarını mümkün kılmaktadır. Bir ülkenin sağlık hizmetlerinin kalitesi ve vatandaşların bu hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanabilme imkânları, yaşam süresinin uzamasında belirleyici faktörlerdendir. Özellikle gelişmiş ülkelerde, artan gelir seviyeleri, yüksek yaşam kalitesi, teknolojik

ilerlemeler, hastalıklara karşı yeni tedavi yöntemlerinin uygulanması ve ilaç geliştirme süreçleri, insanların yaşam sürelerinde önemli artışlar sağlamaktadır. Ancak yaşam şartlarındaki bu iyileşmeler, nüfusun yaşlanmasına ve sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır (Tıraş ve Türkmen, 2020). Yaşam süresinin uzaması, sağlık harcamalarındaki artışı tetiklerken, sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların da yaşam süresini uzattığı karşılıklı bir etkileşim meydana gelmektedir. Giderek yaşlanan bir küresel nüfusun demografik eğilimi daha belirgin hale gelmekte ve bir dizi önemli sosyal ve ekonomik zorluk ortaya çıkarmaktadır. Nüfusun yaşlanmasının temel göstergelerinden biri, genel nüfus içinde yaşlı bireylerin oranının artmasıdır ve bu eğilim birçok sektörde derin etkiler yaratmaktadır. Yaşlanma süreci sadece toplumların demografik profilini yeniden şekillendirmekle kalmıyor, aynı zamanda işgücü ve finans piyasaları da dahil olmak üzere ekonomik yapıların kritik yönlerini de etkiliyor. Ayrıca, yaşlı nüfus arttıkça evde bakım, ulaşım ve sosyal koruma gibi belirli mal ve hizmetlere olan talep de artmaktadır. Bu demografik değişim aynı zamanda aile yapılarını ve nesiller arası ilişkileri de etkileyerek toplumsal doku üzerinde yeni baskılar oluşturmaktadır. Bu eğilimler ortaya çıktıkça, yaşlanan nüfus günümüzün en önemli sosyal olgularından biri haline gelmeye hazırlanmaktadır. Yaşlanan nüfus ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki, son dönemdeki akademik ve politik tartışmaların odak noktası haline gelmiştir. Artan yaşlı nüfus, sağlık hizmetlerinin genişlemesini gerektirmekte, bu da hem hükümetler hem de özel sektör için kritik bir konu olan sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır. Bu dinamik, kamu ve özel sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinin yanı sıra hem bireyler hem de toplumun geneli için potansiyel uzun vadeli ekonomik sonuçlar hakkında önemli soruları gündeme getirmektedir. Yaşlı yetişkinler için sağlık hizmetlerinin maliyeti, tıbbi bakıma, özel tedavilere ve uzun vadeli desteğe olan ihtiyaçlarının artması nedeniyle genellikle daha yüksektir; bu da ulusal sağlık sistemlerini zorlayabilir ve önemli mali kaynaklar gerektirebilir. Yaşlanan nüfusun ekonomik etkilerinin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlamak amacıyla ileri yaş ve sağlık harcamaları arasındaki karmaşık ilişkiyi araştırmayı amaçlamaktadır. Araştırma, artan yaşlı birey sayısı ile sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri arasındaki doğrudan ilişkiyi incelemeye odaklanacaktır. Çalışma ayrıca, demografik yaşlanmanın kamu harcamaları üzerindeki etkisine ilişkin mevcut literatürü değerlendirecek ve hükümetlerin değişen demografik yapıya uyum sağlarken

karşılaştıkları mali yüklere ilişkin anlayışımızı geliştirmeyi amaçlayacaktır. Yaşlanma, sağlık hizmetleri talebi ve kamu harcamalarının kesişimini inceleyerek bu araştırma, toplumların yaşlanan nüfusun yarattığı zorlukları nasıl daha iyi yönetebilecekleri, kamu maliyesinin sürdürülebilirliğini ve gelecek nesillerin refahını nasıl sağlayabilecekleri konusunda değerli bilgiler sunmayı amaçlamaktadır.

Yaşam süresinin uzaması, sağlık harcamalarını artıran önemli faktörlerden biridir. Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte kronik hastalıkların yaygınlaşması, sağlık hizmetlerine olan talebi yükseltmektedir. Aynı zamanda, doğal afetler de sağlık sistemleri üzerinde ani ve büyük maliyet baskıları yaratmaktadır.

Depremler, seller ve kasırgalar gibi afetler, acil sağlık hizmetleri ihtiyacını artırarak hastane kapasitelerini zorlamaktadır. Bulaşıcı hastalıkların yayılması, psikolojik destek ihtiyacının artması ve sağlık altyapısının zarar görmesi, sağlık harcamalarında uzun vadeli bir yükselişe neden olmaktadır.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, doğal afetler sağlık sistemlerini daha kırılgan hale getirmekte, ilaç ve tıbbi malzeme temininde aksamalara yol açmaktadır. Afetlere karşı dirençli sağlık altyapısının oluşturulması ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini sağlamak için uzun vadeli stratejiler geliştirilmelidir.

3.1.2. Kamu sağlık harcamaları ve önemi

Kamu sağlık harcamaları, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran ve ekonomik eşitsizlikleri en aza indirmeyi hedefleyen devlet destekli harcamaları içermektedir. Her ülkenin ekonomik ve toplumsal yapısına bağlı olarak farklı sağlık sistemleri uygulanabilir olsa da devletin sağlık hizmetlerinde aktif bir rol üstlenmesi kaçınılmazdır. Sağlık hizmetlerine devletin müdahalesi ve kamu finansmanının dünya genelinde oldukça yaygın olduğu bir gerçektir. Özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra gelişmiş ülkelerde kamu sağlık harcamalarının düzenli bir şekilde arttığı görülmektedir (Matteo ve Matteo, 1998: 212; Huber ve Orosz, 2003: 13). Ancak, devletin sağlık sektörüne müdahalesi sadece kamu harcamaları yapmakla sınırlı değildir. Sağlık hizmetlerinin risk ve belirsizlik, asimetrik bilgi, eksik rekabet ve yaygın dışsallıklar gibi özellikleri, devletin bu sektöre çeşitli araçlarla müdahale etmesini gerekli kılmaktadır. Kamu otoriteleri, sağlık hizmetlerini düzenlemek, bilgi sorunlarını çözmek, özel sağlık sistemlerini finanse etmek veya doğrudan kamu kurumları ve çalışanları aracılığıyla

sağlık hizmetleri sunmak gibi yöntemlerle sektörde aktif bir rol üstlenmektedir. Devletler, sağlık harcamalarını düzenleyerek veya finansman düzeyini değiştirerek, temel sağlık göstergelerinde (örneğin, çocuk, bebek ve anne ölüm oranları, hayat beklentisi) iyileşme sağlamayı hedefleyebilir. Aynı zamanda, kamu harcamalarının düzeyi ve bileşimini değiştirerek sağlık sistemlerini yeniden yapılandırabilirler. Sağlık reformları, neredeyse tüm ülkelerde sürekli bir ilgi alanı olarak bu tür müdahaleler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelere kamu sağlık harcamalarının kapsamını ve bileşimini iyileştirme çabaları sosyal refahı artırmak amacıyla sürdürülmektedir. Bu reformlar kapsamında, kamu harcamalarının sağlık sonuçları üzerindeki etkisi önemli bir araştırma konusu olmuştur. Genel olarak gelişmiş ülkelere, kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı, gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Bu ülkeler, aynı zamanda daha düşük ölüm oranlarına ve daha yüksek yaşam beklentilerine sahiptir. Ancak, bu olumlu göstergelerin sadece kamu harcamalarının düzeyine bağlı olup olmadığı ya da bu konuda tek bir model geliştirilip geliştirilemeyeceği akademik tartışma konusudur

Kamusal otoriteler, sağlık hizmetlerinin etkin, kaliteli ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını güvence altına almak için düzenleyici ve denetleyici mekanizmalar oluşturmaktadır. Devletin sağlık sektöründeki varlığı, hizmetlerin kesintisiz sunumu, finansal sürdürülebilirlik ve toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Devletin sağlık alanındaki işlevi üç temel boyutta incelenebilir: düzenleyici, denetleyici ve doğrudan hizmet sağlayıcı. Düzenleyici rol, sağlık sektöründeki standartların belirlenmesi, hizmet kalitesinin güvence altına alınması ve özel sektörün sınırlarının çizilmesi gibi işlevleri içerir. Denetleyici rol ise, sağlık hizmetlerinin etkinliğini, eşitliğini ve güvenliğini izlemeye yöneliktir. Hizmet sağlayıcı rol ise doğrudan kamu hastaneleri, sağlık ocakları ve aile hekimliği sistemleri üzerinden hizmet sunumunu ifade eder (Uyanık ve Başyigit, 2018; Karagöz, 2021).

Ekonomik teori bağlamında değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin kamusal mal niteliği taşıdığı görülmektedir. Sağlık hizmetleri, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi açısından tam kamusal mal ve hizmetler olarak kabul edilmekte ve ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilmektedir. Tam kamusal mal ve hizmetler, toplumun ortak yararı için sağlanan, bireysel tüketimi kısıtlanamayan ve kullanımı kişisel tercihlere bağlı olmayan hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Bu tür hizmetlerin

temel özellikleri dışlanamazlık ve rekabet edilemezliktir; yani bir bireyin bu hizmetlerden faydalanması, diğer bireylerin faydalanmasını engellememektedir. Musgrave (1959) tarafından geliştirilen kamusal mallar teorisine göre, dışlanamazlık ve rakipsizlik özelliklerine sahip hizmetler devlet tarafından finanse edilmelidir. Sağlık hizmetlerinin özellikle koruyucu ve önleyici yönü bu tanıma uymakta, tüm toplumun faydalandığı, bireysel katkıya dayandırılmayan bir hizmet kategorisi olarak öne çıkmaktadır (Batbaylı, 2021; Kavurmacı ve Gündüz, 2023). Örneğin aşılama programları, çevresel hijyen uygulamaları ve salgın hastalıklarla mücadele gibi kamu sağlığı girişimleri, yalnızca müdahil bireyleri değil, tüm toplumu doğrudan ilgilendiren sonuçlar doğurmaktadır. Bu kapsamda devletin hem hizmet sunucu hem de düzenleyici rolü kaçınılmaz hale gelmektedir (Çalışkan ve Sanisoğlu, 2022).

Tedavi edici sağlık hizmetleri ise yarı kamusal mal niteliğindedir. Bu hizmetler bireylere doğrudan fayda sağlarken, aynı zamanda işgücü verimliliğini artırarak toplumsal refaha katkı sunmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin tamamen piyasaya bırakılması durumunda, sağlık sektöründe bilgi asimetrisi, ahlaki tehlike (moral hazard), seçim sorunu (adverse selection) ve fırsat eşitsizliği gibi piyasa başarısızlıkları ortaya çıkabilmektedir (Beceren vd., 2021; Gökbunar vd., 2016). Bu piyasa başarısızlıklarını önlemek için devletin müdahalesi gerekli olmakta, özellikle düşük gelir gruplarının hizmetlere erişimi kamu politikaları yoluyla sağlanmaktadır.

Sağlık hizmetleri, geleneksel olarak ulusal düzeyde sunulan bir kamu hizmeti olarak değerlendirilse de küreselleşmenin etkisi, salgın hastalıklar ve sağlık tehditlerinin sınır tanımaması nedeniyle küresel kamu malı niteliği kazanmaktadır. Küresel kamu malları, tüketiminde rekabet olmaması (bir kişinin kullanımının başkalarını dışlamaması) ve dışsallıkların sınırları aşarak tüm insanlığı etkilemesi gibi temel özellikler taşır. Sağlık hizmetlerinin küresel kamu malı olarak değerlendirilmesini gerektiren en önemli unsurlar, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, aşılama programları ve sağlık teknolojilerine erişim gibi kolektif fayda sağlayan unsurlardır. Örneğin, bir ülkede geliştirilen bir aşının yalnızca o ülkenin vatandaşlarını değil, küresel ölçekte tüm insanlığı koruyarak pozitif dışsallık yarattığı kabul edilmektedir. Benzer şekilde, antibiyotik direnci gibi küresel sağlık sorunları, yalnızca ulusal politikalarla çözülemeyeceğinden uluslararası iş birliğini zorunlu hale getirmektedir.

Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin küresel kamu malı olarak sunulmasında finansman ve yönetim eksiklikleri önemli bir engel teşkil etmektedir. Özel sektörün kâr odaklı yapısı, sağlık alanındaki yüksek maliyetli araştırma-geliştirme (Ar-Ge) yatırımlarını veya düşük gelirli ülkelere yönelik sağlık projelerini ticari açıdan cazip olmaktan çıkarabilmektedir. Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), UNICEF ve Küresel Fon gibi uluslararası kuruluşlar, kaynak havuzlama ve finansman mekanizmaları (ör. COVAX Girişimi) aracılığıyla küresel sağlık hizmetlerinin üretimini desteklemektedir. Ancak, devletler arasındaki çıkar çatışmaları ve kaynak dağılımındaki adaletsizlikler, küresel sağlık politikalarının uygulanmasını zorlaştırmaktadır.

Küresel eşitsizlikler, sağlık hizmetlerine erişimi doğrudan etkileyen en kritik faktörlerden biridir. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık altyapısının yetersizliği, salgın hastalıkların kontrol altına alınamamasına ve bunun küresel ölçekte yayılımına yol açmaktadır.

Bu durum, sağlık hizmetlerinin küresel bir mal olarak karşılıklı bağımlılık (interdependence) ilkesini yansıttığını göstermektedir. Bir bölgede yaşanan sağlık hizmeti eksikliği, tüm sistemin istikrarını tehdit edebilmektedir.

Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin küresel ölçekte eşit, sürdürülebilir ve erişilebilir olması, yalnızca etik bir gereklilik değil, aynı zamanda küresel sağlık güvenliği açısından zorunluluktur. Küresel kamu sağlığını güvence altına almak için uluslararası iş birlikleri, devletler arası koordinasyon ve sürdürülebilir finansman modelleri güçlendirilmelidir. Özellikle bulaşıcı hastalıklarla mücadelede küresel yönetim mekanizmalarının etkinleştirilmesi, gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık krizlerine karşı daha güçlü bir küresel sağlık sisteminin oluşturulmasını sağlayacaktır.

Sağlık hizmetleri, yalnızca bireylerin yaşam kalitesini ve fiziki refahını artıran bir sosyal hak olmanın ötesinde, toplumun bütünlüğünü ve ekonomik üretkenliğini koruyan stratejik bir alandır. Bu nedenle, devletlerin sağlık sektöründeki rolü yalnızca sosyal yardım temelli bir müdahale değil, aynı zamanda kamu maliyesi politikaları bağlamında sürdürülebilir büyümeyi ve beşeri sermayeyi destekleyen bir zorunluluktur (Aydemir ve Yaşar, 2020; Erol, 2016). Sosyal refah devletinin temel işlevlerinden biri olan sağlık hizmetlerinin kamu eliyle sunulması, gelir dağılımında adaletin sağlanması, fırsat

eşitliğinin artırılması ve sağlıkta bölgesel eşitsizliklerin giderilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir (Karacan, 2017; Kaya, 2024).

Kamu sağlık harcamaları, toplumların refah seviyesini artırmak ve temel sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak açısından büyük bir öneme sahiptir. Sağlık sadece bireylerin yaşam kalitesini etkileyen bir unsur değil, aynı zamanda ekonomik kalkınmayı destekleyen ve toplumsal eşitliği teşvik eden bir faktördür. Bu bağlamda, devletler kamu sağlık harcamaları aracılığıyla bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırırken, aynı zamanda ekonomik ve sosyal gelişmeye de katkı sağlamaktadır. Sağlık harcamaları, toplumların yaşam süresini uzatmak, hastalık yükünü azaltmak ve üretkenliği artırmak adına stratejik bir yatırım olarak değerlendirilmektedir. Yapılan araştırmalar, sağlık harcamalarının hem doğrudan hem de dolaylı yoldan ekonomik büyümeye olumlu etkiler sağladığını ortaya koymaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, kamu sağlık harcamaları yoksulluk döngüsünü kırmak ve sağlık eşitsizliklerini azaltmak için önemli bir araçtır. Kamu sağlık harcamaları, aynı zamanda toplumun savunmasız kesimlerini koruma işlevi görür. Düşük gelirli bireyler sağlık hizmetlerine erişimde finansal engellerle karşılaşırken, devlet destekli sağlık sistemleri bu engelleri ortadan kaldırarak daha kapsayıcı bir hizmet sunmayı hedefler.

Devletlerin sağlık sistemlerindeki temel rolü, finansman, düzenleme ve hizmet sunumu gibi kritik alanlarda kendini göstermektedir. Kamu sağlık harcamaları aracılığıyla devletler, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak, sağlık altyapısını güçlendirmek, ekonomik riskleri azaltmak ve sağlık krizlerine etkin müdahale etmek gibi görevleri yerine getirir. Küresel ölçekte, sağlık harcamalarının dağılımında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde devletler, sağlık sektörüne önemli miktarda kaynak ayırmakta ve bu durum, yaşam beklentisinin yüksek, ölüm oranlarının ise düşük olmasına katkıda bulunmaktadır. Örneğin, OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamaları, toplam harcamaların büyük bir kısmını oluştururken, bu ülkelerde yaşam beklentisi ortalama 80 yılın üzerindedir. Öte yandan, düşük gelirli ülkelerde devletin sağlık harcamalarındaki payı sınırlı kalmakta ve bu durum sağlık eşitsizliklerini daha da artırmaktadır. Sahra Altı Afrika ve Güney Asya gibi bölgelerde kamu sağlık harcamalarının düşük olması, yaşam beklentisinin kısa ve çocuk ölümlerinin yüksek olmasına yol açmaktadır. Kamu sağlık harcamaları bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırma, toplumsal eşitliği destekleme ve ekonomik büyümeyi teşvik etme

açısından hayati bir öneme sahiptir. Ancak, dünya genelinde bu harcamaların düzeyi ve etkinliği arasında belirgin farklılıklar gözlemlenmektedir. Bu nedenle, kamu sağlık harcamalarının artırılması ve kaynakların etkin bir şekilde yönetilmesi, daha sağlıklı ve adil bir toplum inşa etmek için temel bir yaklaşım olmalıdır.

Kamu sağlık harcamaları, toplumların sağlık standartlarını iyileştirmede, sağlık hizmetlerine erişimi artırmada ve toplumsal eşitsizlikleri azaltmada önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık, yalnızca bireylerin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir faktör değil, aynı zamanda ekonomik büyüme ve sosyal refah için de temel bir unsurdur. Bu nedenle, devletlerin sağlık harcamalarına yönelik stratejik yatırımları, yalnızca sağlık sektörünü iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda geniş çaplı toplumsal faydalar da sağlar. Kamu sağlık harcamaları, toplumda sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmak için kritik bir mekanizma sunar. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, düşük gelirli ve savunmasız grupların sağlık hizmetlerine erişiminde önemli engeller bulunmaktadır. Kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri, bu engelleri aşarak sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir olmasını sağlar. Bu tür harcamalar, yalnızca bireylerin yaşam sürelerini uzatmakla kalmaz, aynı zamanda toplumda genel refah seviyesinin artmasına katkıda bulunur. Ayrıca, sağlıklı bir nüfus, üretkenliği artırarak ekonomik kalkınmayı da destekler. Dünya genelinde sağlık harcamalarının dağılımında büyük eşitsizlikler vardır. Gelişmiş ülkelerde, devletler sağlık sektörüne önemli miktarda kaynak ayırmakta ve bu, genellikle daha yüksek yaşam beklentisi ve daha düşük hastalık oranları gibi olumlu sağlık sonuçları ile kendini göstermektedir. Örneğin, OECD ülkelerinde, sağlık harcamalarının büyük kısmı kamu tarafından finanse edilmekte ve bu ülkelerde yaşam beklentisi genellikle 80 yılın üzerindedir. Bununla birlikte, düşük gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının yetersizliği, sağlık eşitsizliklerini derinleştirir ve bu ülkelerde yaşam beklentisi genellikle daha düşüktür. Sahra Altı Afrika ve Güney Asya gibi bölgelerde, kamu sağlık harcamalarının düşük düzeyde kalması, sağlık sistemlerini zayıf bırakmakta ve bu durum yüksek hastalık yükü ve çocuk ölüm oranlarının artmasına yol açmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi de önemlidir. Sağlık alanına yapılan yatırımlar, bireylerin sağlık durumunu iyileştirerek üretkenliklerini artırır, bu da genel ekonomik performansı olumlu şekilde etkiler. Sağlık harcamaları, aynı zamanda toplumun savunmasız kesimlerini ekonomik krizlere karşı koruyarak uzun vadede sosyal güvenliği artırır. Bu bağlamda, sağlık harcamaları sadece

bireysel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda toplumun genel refahı ve ekonomik dayanıklılığı üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir.

Kamu sağlık harcamalarının önemi, sadece sağlık hizmetlerine erişimi artırma ve toplumsal eşitsizlikleri azaltma değil, aynı zamanda ekonomik kalkınmayı destekleme açısından da büyüktür. Ancak dünya genelinde sağlık harcamalarının düzeyinde ve etkinliğinde büyük farklılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle, kamu sağlık harcamalarının artırılması ve daha verimli bir şekilde yönetilmesi, daha sağlıklı, adil ve sürdürülebilir toplumlar inşa etmek için kritik bir öneme sahiptir.

Sağlık hizmetlerine erişim hakkı, anayasal düzeyde güvence altına alınmış bir sosyal hak olmakla birlikte, bu hakkın somut olarak yaşama geçirilebilmesi devletin mali ve yapısal kapasitesiyle doğrudan ilişkilidir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesi, devletin herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla görevli olduğunu açıkça belirtmektedir. Bu anayasal görev doğrultusunda devlet, ulusal sağlık politikalarını belirlemekte, stratejik planlamalar yapmakta ve bütçesel kaynak tahsisini sağlamaktadır (Tunca, 2024; Öncebe, 2024).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından değerlendirildiğinde, devletin varlığı özellikle eşitsizliklerin önlenmesinde kritik bir işlev üstlenmektedir. Özellikle kırsal alanlarda ve sosyoekonomik dezavantajlı gruplarda hizmet sunumunun sürdürülebilirliğini yalnızca piyasa mekanizmalarıyla sağlamak mümkün değildir. Özel sektörün kar maksimizasyonu hedefi doğrultusunda hareket etmesi, bu bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlamakta; bu da toplumun genel sağlık düzeyini olumsuz etkilemektedir (Çal ve Zarplı, 2025; Karagöz, 2021). Bu tür eşitsizliklerin giderilmesi, sağlıkta bölgesel kalkınma hedeflerinin gerçekleştirilmesi ve sosyal bütünlüğün korunması amacıyla devletin kaynak dağılımı politikalarında pozitif ayrımcılık uygulaması kaçınılmazdır.

Öte yandan, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı da devletin rolünü genişletmektedir. Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmakta; bu da devletin yalnızca tedavi hizmetleriyle sınırlı kalmaksızın sağlığın geliştirilmesine yönelik bütüncül politikalar geliştirmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Göktaş, 2023; İnce, 2022). Bu çerçevede devletin sağlık politikaları, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının

teşviki, çevre sağlığı önlemleri, beslenme düzenlemeleri, eğitim kampanyaları gibi pek çok alanı kapsamalıdır.

Ayrıca, sağlık hizmetleri yalnızca sosyal refahın bir aracı değil; ekonomik büyümenin temel dinamiklerinden biri olarak da değerlendirilmelidir. Sağlıklı bir işgücü, üretkenlik artışı ve beşeri sermaye birikimi için elzemdir. Bu nedenle devletin sağlık harcamaları, yalnızca sosyal harcama olarak değil, aynı zamanda ekonomik bir yatırım olarak görülmelidir (Emsen vd., 2024; Atılğan, 2024). Bu anlayış doğrultusunda kamu sağlık harcamalarının planlanması, kısa vadeli bütçe dengeleriyle sınırlı olmamalı; uzun vadeli kalkınma hedefleriyle uyumlu olmalıdır.

Devletin sağlık hizmetlerinde üstlendiği rol, aynı zamanda toplumsal güven inşası açısından da önemlidir. Kamuya duyulan güvenin yüksek olduğu toplumlarda, sağlık politikalarının uygulanabilirliği ve bireylerin sağlık sistemine katılımı daha etkin şekilde sağlanabilmektedir. Bu durum, özellikle salgın hastalıklar ve acil sağlık krizlerinde devletin yönetsel kapasitesinin kritik rolünü bir kez daha gözler önüne sermektedir (Kaygısız ve Ezanoğlu, 2021; Kalyoncuo ve Kartın, 2021). COVID-19 pandemisi süresince devletlerin sağlık sistemleri üzerindeki belirleyici rolü, kamu-özel dengesinin ne kadar hassas bir sınırdan yürütüldüğünü göstermiştir (Kaya, 2024).

Bu bağlamda, toplum sağlığını korumak için tasarlanan koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mal olarak kabul edilirken, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri hem bireylere doğrudan fayda sağladığı hem de toplumsal refaha katkıda bulunduğu için yarı kamusal mal olarak değerlendirilmektedir. Bu hizmetler belirli ölçüde fiyatlandırılabilir, tahsis edilebilir ve özel sektör tarafından da sağlanabilir. Ancak sağlık hizmetlerinin tamamen piyasa koşullarına bırakılması durumunda, yeterli arz sağlanamayabilir ve hizmet sunumu aksayabilir.

Sağlık hizmetlerinin aksaması yalnızca bireyler için değil, tüm toplum için ciddi ekonomik ve sosyal maliyetlere neden olmaktadır. Özel sektör, kâr odaklı bir yapı benimsediğinden, sağlık hizmetlerini daha çok ekonomik açıdan avantajlı bölgelerde sunma eğilimindedir. Bu da kırsal ve dezavantajlı bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim sorunlarını beraberinde getirmektedir. Devlet, bu dengesizliği gidermek, eşit erişim sağlamak ve toplum sağlığını güvence altına almak için sağlık hizmetleri alanında doğrudan rol oynamaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişimin adaletli bir şekilde sağlanması, sosyal devlet anlayışının temel bir gerekliliğidir. Devlet, sağlık alanında düzenleyici, denetleyici ve hizmet sağlayıcı roller üstlenerek sağlık hizmetlerinin sürekliliğini, kalitesini ve erişilebilirliğini güvence altına almaktadır. Ayrıca, devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleri, sadece tedaviye yönelik değil, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi gibi geniş kapsamlı faaliyetleri de içermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, bireyin bedensel, zihinsel ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali içinde olmasıdır. Bu çerçevede, bireylerin sağlık hizmetlerine eşit ve sürdürülebilir şekilde erişebilmesi için etkin kamu politikaları geliştirilmelidir. Devlet, hukuki ve idari çerçeveleri kullanarak, sağlık hizmetlerinin herkes için ulaşılabilir olmasını sağlamakla yükümlüdür.

3.1.3. Sağlık harcamalarının finansmanı: temel dinamikler ve modeller

Sağlık harcamalarının finansmanı temel olarak üç ana aktör tarafından sağlanmaktadır: bireyler, firmalar ve devlet. Bireyler, sağlık hizmetleri için doğrudan cepten yaptıkları ödemeler, vergi yoluyla katkıları ve sosyal güvenlik sistemine ödedikleri primler aracılığıyla finansmana destek olmaktadır. Firmalar ise ödedikleri vergiler, sigorta primleri ve yaptıkları bağışlarla sağlık sistemine katkı sağlamaktadır. Devlet, sigorta primlerine yaptığı katkılar, bütçeden ayırdığı kaynaklar ve vergiler aracılığıyla sağlık harcamalarına finansal destek sunmaktadır. Bunun yanı sıra, uluslararası kuruluşlar ve yabancı kurumlar da kredi, bağış ve farklı finansman yöntemleri ile sağlık sistemine ek kaynaklar yaratmaktadır. Sağlık harcamalarının artış eğiliminde olması, sağlık finansmanı konusunu sürekli gündemde tutmakta ve bu alandaki politikaların önemini her geçen gün artırmaktadır. Nüfusun yaşlanması, tıbbi teknolojideki gelişmeler, hasta profillerindeki değişimler, bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik artan beklentileri ve sağlık güvencesi kapsamının genişlemesi, sağlık harcamalarının yükselmesine neden olan temel faktörler arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, kaynakların transfer edilmesi veya dağıtılması süreci olarak tanımlanabilir. Başka bir ifadeyle, sağlık finansmanı, kullanılabilir fon miktarını, mali yükün kimler tarafından taşındığını, fonların yönetim biçimini, risk paylaşım mekanizmalarını ve sağlık hizmeti maliyetlerinin kontrol edilebilir olup olmadığını belirleyen bir yapıdır. Modern sağlık sistemlerinde, doğrudan birey ile sağlık hizmeti sunucusu arasındaki finansal akıştan

ziyade, üçüncü taraf ödeyicilerin rol aldığı bir modelin benimsendiği görülmektedir. Bu modelde, bireyin sağlık hizmetine olan ihtiyacı ve bu ihtiyacın giderilmesine yönelik maliyetlerin belirsizliği nedeniyle sigorta sistemleri ve kamu finansmanı gibi çeşitli mekanizmalar devreye girmektedir. Bir ülkenin sağlık finansman modelini belirlerken dikkate alınması gereken temel kriterler arasında sosyo-ekonomik gelişim seviyesi, mali kapasite, uygulanabilirlik, siyasi sorumluluk, verimlilik, hakkaniyet, hizmet talebi ve kullanım düzeyi, tüketici davranışları, hizmet sunum süreçleri, risk paylaşımı ve ekonomik etkiler yer almaktadır. Bunların yanı sıra, sağlık hizmetlerinin geçmişten gelen finansman ve örgütlenme yapısı, toplumsal kabuller, kültürel faktörler ve önceki deneyimler de sağlık finansman sisteminin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır.

Kamu sağlık harcamaları, devletin sağlık sektörüne yönelik doğrudan ve dolaylı harcamalarını kapsayarak bireylerin sağlık hizmetlerine eşit erişimini güvence altına almayı hedefler. Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini belirleyen en temel unsurlardan biri olmasının yanı sıra, ekonomik ve sosyal kalkınmanın da vazgeçilmez unsurları arasında yer almaktadır. Bu nedenle devletler, sağlık hizmetlerinin erişilebilir, sürdürülebilir ve etkin bir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla çeşitli finansman mekanizmaları geliştirmiştir. Toplumların refah seviyesini yükseltmek ve sürdürülebilir bir kalkınma sağlamak amacıyla devletler, sağlık hizmetlerinin finansmanını güvence altına alacak çeşitli politikalar ve mekanizmalar geliştirmektedir.

Sağlık harcamalarındaki artış eğilimi, finansman sorununu da beraberinde getirmektedir. Günümüzde birçok ülkede sağlık harcamaları artış göstermektedir. Bu artışın temel nedenleri arasında nüfusun giderek yaşlanması, sağlık sektöründe maliyeti yüksek ve hızla gelişen teknolojilerin kullanımı, hastaların ve hizmet sunucularının en yeni teknolojilerden yararlanma isteği, kronik hastalıkların yaygınlaşması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin giderek yükselmesi bulunmaktadır. Sağlık harcamalarındaki bu artış, sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik çözümler geliştirilmesini zorunlu hale getirmektedir. Sağlık hizmetlerinden tüm bireylerin eşit şekilde yararlanmasını sağlamak ve bu hizmetlerin sürekliliğini temin etmek için finansman kaynaklarının etkin ve verimli bir şekilde kullanılması gerekmektedir.

Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlayan en temel unsurlardan biri, etkili ve dengeli bir finansman yapısının kurulmasıdır. Kamu sağlık harcamalarının finansmanı,

devletin bireylerin sağlık hizmetlerine eşit ve s¼rekli erişimini sağlamak ¼zere ayırdığı kaynakların y¼netimini ifade etmektedir. Bu kapsamda finansman, yalnızca hizmet sunumu i¼in gerekli olan mali kaynakların sağlanması değil, aynı zamanda bu kaynakların toplanması, dağıtılması ve hizmet sağlayıcılar arasında adil bi¼imde y¼nlendirilmesini de i¼ermektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık sisteminin genel performansını, hizmet kalitesini, kapsayıcılığı ve maliyet etkinliğini doğrudan etkileyen bir yapıdır.

Sağlık harcamalarının finansmanı, sağlık hizmetlerinin s¼rd¼r¼lebilir bir şekilde sunulabilmesi i¼in ¼nemli bir konudur. Sağlık hizmetlerini başarıyla sunan ¼lkeler, ekonomik, sosyal ve siyasi gelişim a¼ısından ¼nemli bir altyapı oluşturmuş olurlar. Sağlıklı bireyler, bir ¼lkenin en değerli kaynağını oluşturduğundan, sağlık harcamalarının artışına engel olmak m¼mk¼n değerildir. Sağlık hizmetlerinin yeterli ve s¼rd¼r¼lebilir bir şekilde sunulabilmesi i¼in etkin bir finansman yapısının oluşturulması gerekmektedir. Sağlık harcamalarının finansmanı, ¼lkelerin ekonomik yapısına, sosyal politikalarına ve kamu maliyesi stratejilerine bağlı olarak farklı modellerle ger¼ekleřtirilmektedir. Genel vergiler, sosyal sigorta sistemleri, doğrudan devlet s¼bvansiyonları ve karma finansman modelleri, kamu sağlık harcamalarının karşılanmasında yaygın olarak kullanılan y¼ntemler arasındadır. Bu bağlamda, kamu sağlık harcamalarının etkin y¼netimi, mali s¼rd¼r¼lebilirlik ve hizmet kalitesinin korunması a¼ısından kritik bir ¼neme sahiptir. Son yıllarda yaşlanan n¼fus, teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmetlerine y¼nelik artan talep, kamu sağlık harcamalarının finansmanı ¼zerinde baskı oluşturmaktadır. Bu durum, devletleri alternatif finansman y¼ntemleri ve reform politikaları geliştirmeye y¼nlendirmektedir. ¼zellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ¼lkeler, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini dengeleyebilmek i¼in farklı finansman modellerini benimsemekte ve politika değişiklikleri yapmaktadır.

Sağlık harcamalarının finansmanında yaygın olarak kullanılan modeller arasında genel vergilendirme, sosyal sigorta sistemleri, bireysel katkılar ve ¼zel sigortalar gibi y¼ntemler bulunmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının artan maliyetleri, ¼lkeleri s¼rd¼r¼lebilir finansman y¼ntemleri geliştirmeye y¼nlendirmektedir. Sağlık hizmetlerine olan talebin artması, maliyetlerin y¼kselmesi ve teknolojik gelişmeler, sağlık harcamalarının s¼rekli olarak b¼y¼mesine neden olmaktadır. K¼resel ¼l¼kte sağlık harcamalarının artışında bir¼ok fakt¼r etkili olmaktadır. ¼zellikle yaşlanan n¼fus,

kronik hastalıkların yaygınlaşması, tıbbi teknolojideki gelişmeler, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin yükselmesi, sağlık harcamalarının sürekli olarak artmasına yol açan temel unsurlar arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan kaynakların etkin bir şekilde yönetilmesi, mali sürdürülebilirliği sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

Sağlık harcamalarının finansmanı, devlet, bireyler ve özel sektör arasında paylaşılan bir sorumluluk olarak değerlendirilmekte ve farklı finansman modelleri aracılığıyla sağlanmaktadır. Finansman modelleri, ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeylerine, toplumsal yapısına ve kamu maliyesi anlayışına göre çeşitlenmektedir. Genel bütçe gelirleri, sigorta primleri, doğrudan bireysel ödemeler ve uluslararası finansal destekler, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan başlıca kaynaklardır. Kamu sağlık harcamalarının finansmanında vergi gelirleri önemli bir rol oynarken, sosyal güvenlik sistemleri de sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü karşılamaktadır. Bunun yanı sıra, bazı ülkelerde özel sigortalar ve bireysel katkı payları da sağlık sisteminin finansmanına destek sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel hedef, herkes için erişilebilir ve kaliteli sağlık hizmetleri sunarken aynı zamanda mali sürdürülebilirliği korumaktır. Bu nedenle devletler, sağlık sistemlerini reforme etmek, maliyet etkin politikalar geliştirmek ve kamu sağlık harcamalarının verimliliğini artırmak için çeşitli stratejiler benimsemektedir.

Gelişmiş ülkelerde yaygın olan sosyal sigorta modeli, genellikle çalışan kesimden ve işverenlerden prim toplayarak sağlık hizmetlerinin giderlerini karşılamaya yöneliktir. Bu sistemde sağlık sigortası zorunlu hale getirilmekte ve özel sektörün hizmet sunumundaki payı yüksek olabilmektedir. Diğer yandan, genel vergilere dayalı finansman modeli, devletin topladığı dolaylı ve doğrudan vergilerden elde edilen gelirlerle sağlık hizmetlerini finanse etmesine dayanır. Bu modelde sağlık hizmetleri genellikle ücretsiz ya da çok düşük bir katkı payı ile sunulmakta, tüm vatandaşlara eşit erişim garanti altına alınmaktadır.

Karma finansman modeli ise her iki sistemin unsurlarını bir araya getirerek uygulanmakta, sosyal sigorta gelirleri ile birlikte genel bütçeden aktarılan ödenekler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin maliyeti karşılanmaktadır. Türkiye’de uygulanan sistem de bu anlamda karma modele yakın bir yapı sergilemektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu

(SGK) aracılığıyla toplanan primler sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını karşılar, sistemin açık veren yapısı nedeniyle Hazine'den doğrudan transferler yapılmaktadır. Bu da Türkiye'de sağlık harcamalarının önemli bir bölümünün genel bütçeden finanse edildiğini göstermektedir.

Finansman yapısının tasarımı kadar, kaynakların yönetimi de büyük önem taşımaktadır. Sağlık finansmanında etkinlik ilkesi, mevcut kaynaklarla mümkün olan en yüksek sağlık çıktısına ulaşmayı amaçlar. Bu bağlamda kaynakların israf edilmeden, gereksiz harcamaların önlenerek ve sağlık teknolojilerinin maliyet-etkin biçimde kullanılması gerekmektedir. Ancak günümüzde artan sağlık hizmeti talebi, sağlık teknolojilerinin maliyeti, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve yaşlanan nüfus gibi etkenler, kamu sağlık harcamalarının finansmanı üzerinde ciddi baskılar yaratmaktadır. Bu baskılar, mali sürdürülebilirliğin sağlanması ve kamu bütçesinin diğer kalemlerini zorlamadan sağlık hizmetlerinin sunumunun devam ettirilebilmesi için alternatif finansman yöntemlerinin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Alternatif finansman arayışları çerçevesinde kamu-özel işbirliği (KÖİ) modelleri, ilave özel sağlık sigortaları, performans bazlı bütçeleme ve hizmet bazlı ödeme sistemleri öne çıkmaktadır. Kamu-özel işbirliği modeli, özellikle sağlık altyapısının geliştirilmesinde etkili bir araç olarak kullanılmakta, özel sektör yatırımlarıyla kamu hizmetleri sunulmaktadır. Ancak bu modelin uzun vadeli mali yükleri ve sağlık sistemine etkileri de dikkatle izlenmelidir. Öte yandan, tamamlayıcı veya ilave özel sağlık sigortaları, kamu tarafından karşılanmayan hizmetlerin finansmanında bir alternatif sunmakta; bireylerin sağlık harcamalarındaki yükünü hafifletmektedir. Bu sistem, özellikle gelir düzeyi yüksek bireyler için çekici olsa da, sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesine gölge düşürebilmektedir.

Bir diğer önemli uygulama alanı olan performans dayalı ödeme sistemleri, kaynak kullanımında verimliliği teşvik etmeyi hedeflemektedir. Bu modelde, sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemeler, sundukları hizmetin sayısı ve kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Ancak bu uygulamanın etkinliği, sağlık çıktılarının doğru şekilde ölçülmesi ve hizmet sunucularının motivasyonlarının denetlenmesi gibi faktörlere bağlıdır. Ayrıca, bu tür finansman modellerinin gerektirdiği idari kapasite ve izleme sistemlerinin yeterliliği de önemli bir tartışma konusudur.

Kamu sağlık harcamalarının finansmanında karşılaşılan temel sorun, hizmetlerin kapsayıcılığı ile maliyetler arasında denge kurulabilmesidir. Evrensel sağlık kapsamını sağlama hedefiyle tüm vatandaşlara temel sağlık hizmetlerinin sunulması, yüksek düzeyde kamu harcaması gerektirirken; bu harcamaların vergi gelirleri ve sosyal sigorta primleriyle sürdürülebilir biçimde finanse edilmesi giderek zorlaşmaktadır. Bu nedenle sağlık finansmanında uzun vadeli planlama, ekonomik öngörüler, nüfus projeksiyonları ve sağlık hizmetlerine ilişkin taleplerin dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.

3.1.3.1. Vergiye dayalı finansman modeli

Sağlık sistemlerinin finansmanı bağlamında, genel sağlık hizmetlerinden elde edilen kaynakların nüfus içinde kullanımı büyük önem taşımaktadır. Vergi temelli finansman sistemlerinde, sağlık hizmetlerinin maliyetleri toplum genelinde paylaştırılmakta ve vergi yapısının tasarımına bağlı olarak yüksek gelirli bireyler için sübvansiyon mekanizmalarının devreye sokulması yaygın bir uygulama olarak kabul edilmektedir (Normand ve Thomas, 2009). Devlet tarafından finanse edilen sağlık sistemleri, küresel olarak en yaygın sağlık finansman mekanizmalarından biridir ve vergi toplamak, sağlık hizmeti sağlayıcılarından oluşan bir ađ kurmak ve düşük gelirli gruplar için hedeflenen politikaları formüle etmek için idari ve mali kapasiteye sahip ülkeler için uygun bir modeldir (Gottret ve Schieber, 2006). Vergiye dayalı finansman modellerinde, sağlık harcamalarının önemli bir kısmı vergiler yoluyla finanse edilmektedir ve vergi gelirlerinin sağlık harcamalarına ayrılan payı diğer finansman kaynaklarına kıyasla oldukça yüksektir. Genel olarak, hükümetler sağlık harcamalarını çeşitli yönetim kademeleri aracılığıyla tahsis edilen genel bütçe gelirlerinden finanse etmektedir. Vergiye dayalı finansman modelinde, devlet tarafından toplanan zorunlu katkı payları, sağlık hizmeti sunumunun sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla kamu bütçesine aktarılmaktadır. Buna ek olarak, hükümetler düşük gelirli bireylerin sağlık sigortası kapsamına alınmasını sağlamak için prim sübvansiyonları sağlayabilir veya alternatif olarak, sigorta primi açığını kapatmak için genel vergi gelirlerinden ek finansman yaratabilirler. Bu sübvansiyonlar doğrudan mali yardım olarak kabul edilir ve vergiye dayalı finansman modelinin temel bir bileşeni olarak değerlendirilir (Evans, 2002). Vergi finansman modelleri hem ulusal hem de yerel düzeyde uygulanan çeşitli vergilendirme sistemlerine ek olarak doğrudan ve dolaylı vergiler gibi çeşitli kaynakları içeren heterojenlik ile karakterize edilir. Her bir vergi türünün sağlık hizmetlerine

erişim, maliyet etkinliği ve eşitlik ilkeleri üzerindeki etkisi önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Örneğin, Birleşik Krallık sağlık hizmetlerini öncelikle doğrudan vergiler yoluyla finanse ederken, Fransa ve İtalya sağlık hizmetlerine özel gelir vergileri tahsis etmektedir. Belçika ve Birleşik Krallık'ta tütün ürünlerinin satışından elde edilen vergi gelirlerinin bir kısmı sağlık harcamalarına tahsis edilmektedir. Ayrıca Bulgaristan, Danimarka, Finlandiya, Norveç, İsveç ve İtalya'da bölgesel veya yerel vergiler 2000 yılından bu yana sağlık harcamaları için birincil gelir kaynağı olarak kullanılmaktadır. Arnavutluk, Yunanistan, Polonya, Portekiz ve İspanya gibi ülkelerde ulusal düzeyde uygulanan vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanında ana kaynaktır (Mossialos ve Dixon, 2002a). Sağlık hizmetlerinin finansmanı için vergi gelirlerinin kullanılmasının, kapsamlı bir risk paylaşım mekanizması sağlaması nedeniyle sigorta sistemlerine kıyasla daha yaygın bir katılım biçimi oluşturduğu ortaya konmuştur. Bu modelde bireyler gelir vergisi, tüketim vergisi, emlak vergisi ve sermaye kazancı vergisi gibi çeşitli vergiler yoluyla sağlık sistemine katkıda bulunmakta ve böylece sağlık hizmetlerine evrensel erişim sağlanmaktadır. Özel veya kamu sigorta sistemlerinden farklı olarak, sağlık hizmetleri için fonlar bireylerin gelir düzeylerine, mesleklerine veya sağlık durumlarına bakılmaksızın vergiye dayalı sistemlerde toplanmaktadır. Ayrıca, mali yükün toplumun geniş bir kesimine dağıtılması, sosyal sigorta sistemlerine kıyasla kaynakların daha kapsamlı bir şekilde harekete geçirilmesini sağlamaktadır. Örneğin, bazı ülkelerde işverenler ve çalışanlar, bordro vergilerinden kaçınarak sigorta primlerinin ödenmesini engelleyebilmekte ve böylece sosyal sigorta sistemlerinin mali yükünü sınırlı bir kayıtlı çalışan grubu üzerinde yoğunlaştırabilmektedir. Buna karşılık, katma değer vergileri, satış vergileri ve ithalat vergileri gibi dolaylı vergiler, nüfusun daha geniş bir kesiminden finansman sağlanmasını kolaylaştırmaktadır (Savodoff, 2004).

Vergiye dayalı sağlık finansman sistemleri çok sayıda avantaja sahip olmakla birlikte, zorlukları da yok değildir. Bu sistemler, hükümetlerin bütçe ödeneklerindeki değişkenlik nedeniyle sağlık hizmetlerine ayrılan mali kaynakların sürekli olarak güncellenmesini gerektirmektedir. Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerdeki ekonomik dalgalanmalar ve vergi toplama süreçlerindeki sorunlar, finansman istikrarını olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahiptir. Ayrıca, vergi gelirlerinin tahsisi siyasi baskılara açıktır ve bu da adalet ilkesinin gözetilmesini sağlamak için ek hükümler

gerektirmektedir. Vergiye dayalı sistemlerin sürdürülebilirliği için ekonomik büyüme, istikrarlı vergi gelirleri ve etkin mali yönetimin önemi çok sayıda akademisyen tarafından vurgulanmıştır (Dixon vd., 2004; Çelik, 2011).

3.1.3.2. Sigorta primleri ile finansman yöntemi

Sigorta primlerine dayalı finansman yöntemi, modern ekonomilerde hem bireylerin hem de kurumların beklenmedik finansal risklere karşı korunmasını mümkün kılan temel araçlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bu finansman yöntemi, risk yönetiminin önemli bir bileşeni olup, özellikle sağlık hizmetleri, emeklilik, mal ve can güvenliği gibi alanlarda güvenlik sağlayan sistemlerin sürdürülebilirliğini garanti altına almaktadır. Sigorta, temel olarak bireylerin karşılaşılabilecekleri risklerin yaratabileceği maliyetlerin, bir havuz sistemi içinde dağıtılarak hafifletilmesini amaçlayan bir dayanışma mekanizmasıdır. Bu mekanizma, önceden belirlenmiş tutarlarda yapılan prim ödemeleriyle oluşturulan bir fon üzerinden işler. Katılımcıların bu fona katkı sağlamasıyla oluşan mali güç, zarara uğrayan bireylerin ihtiyaçlarını karşılayarak, risklerin olumsuz sonuçlarını minimize etmektedir. Bu yönüyle sigorta, hem sosyal hem ekonomik açıdan koruyucu bir işlev üstlenmektedir.

Sigorta primine dayalı sistemin temel mantığı, aynı tür risklere maruz kalma olasılığı bulunan bireylerin veya kurumların, bu risklere karşı ortak bir havuz aracılığıyla önlem almasıdır. Bu yapı içinde sigorta şirketleri, aktüeryal hesaplamalara dayanarak belirli bir riskin gerçekleşme ihtimalini ve olası maliyetlerini değerlendirir ve buna uygun prim tutarlarını tespit eder. Katılımcılar, bu primleri ödeyerek sisteme dâhil olurlar ve karşılığında, riskin gerçekleşmesi durumunda zararın telafi edileceği garantisini elde ederler. Böylece bireysel düzeyde üstesinden gelinmesi güç olan risklerin yükü, kolektif bir yapıyla paylaşılır ve sürdürülebilir bir finansman modeli ortaya çıkar. Bu sistem, sigortalıların maddi kayıplar yaşamalarını engellemekle kalmaz, aynı zamanda toplumsal istikrarın sürdürülmesine de katkıda bulunur.

Sigorta sistemi, sadece bireysel güvenlik sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda makroekonomik düzeyde önemli etkiler doğurmaktadır. Ekonomide öngörülebilirlik yaratan bu sistem, belirsizlikleri azaltarak yatırım ortamını daha cazip hale getirmekte ve girişimcilik faaliyetlerini teşvik etmektedir. Ayrıca, sigorta fonlarının finansal piyasalarda değerlendirilmesi yoluyla kaynakların mobilizasyonuna katkıda

bulunulmakta, bu durum da sermaye piyasalarının derinleşmesine ve ekonomik büyümeye ivme kazandırmaktadır. Bunun yanında sigorta sistemi, devletin sosyal refah yükünü azaltarak, kamusal hizmetlerin finansmanına alternatif oluşturmakta ve kamu bütçesi üzerindeki baskıyı hafifletmektedir.

Sigorta primlerine dayalı finansman yönteminin işlerlik kazanabilmesi için bazı temel şartların sağlanması zorunludur. Öncelikle, sigorta edilebilir bir riskin varlığı gereklidir; bu risk, rastlantısal olmalı ve ekonomik bir zarar doğurma potansiyeline sahip olmalıdır. İkinci olarak, bu riskin geniş bir nüfusa yayılabilir olması gerekir ki, risk havuzu yeterli büyüklüğe ulaşsın ve aktüeryal denge sağlanabilsin. Üçüncü olarak, riskin istatistiksel olarak hesaplanabilir olması, yani gerçekleşme sıklığının ve hasar düzeyinin geçmiş verilere dayanarak tahmin edilebilir olması beklenir. Son olarak, düşük primlerle yüksek tazminatların karşılanabilmesi için geniş bir sigortalı kitlesinin sisteme dâhil olması esastır. Bu durum, sistemin sürdürülebilirliğini artırmakta ve moral hazard gibi olumsuz etkilerin azaltılmasına katkı sağlamaktadır.

Sigorta primlerine dayalı finansman yöntemi, sigorta şirketlerinin, gelecekte ortaya çıkabilecek risklerden kaynaklanan olası kayıplara karşı finansal koruma sağlaması esasına dayanmaktadır. Bu koruma, önceden belirlenen ödemeler karşılığında sunulmaktadır. Sigorta sistemi, bireylerin kişisel risklerini ortak bir havuzda birleştirerek, olası mali kayıpların yükünü paylaşmalarına olanak tanımakta ve böylece finansal kayıpların etkisini azaltmaktadır. Sigorta, belirli bir prim karşılığında, bireyleri ve kurumları beklenmedik risklerin neden olabileceği kayıplara karşı koruyan bir sistem olarak değerlendirilebilir. Aynı risklere maruz kalanların kaynaklarını birleştirmesine imkân tanıyan bu sistem, ekonomik istikrarı desteklerken, olası sosyal çöküşleri önlemeye de katkıda bulunmaktadır. Temel olarak sigorta, benzer risklerle karşılaşma olasılığı yüksek olan geniş bir grubu bir araya getirerek, bu riskleri daha öngörülebilir hâle getiren ve küçük ve düzenli katkılarla oluşturulan bir fon aracılığıyla muhtemel zararları karşılamayı amaçlayan bir organizasyon olarak tanımlanabilir.

Sigorta sisteminin işleyebilmesi için belirli koşulların sağlanması gerekmektedir:

- Ekonomik sonuçlar doğurabilecek risklerin varlığı,
- Olası tehlikelerin geniş bir gruba dağıtılması,

- Düşük primler aracılığıyla büyük ölçekli zararların karşılanabilmesi için geniş bir risk taşıyıcı topluluğunun bulunması,
- Sigortacı olarak adlandırılan kişi veya kurum tarafından benzer risklere karşı korunmak isteyen bireylerin bir araya getirilmesi.

Bu çerçevede sigorta, risklerin yol açabileceği mali kayıplara karşı sigortalıyı korumak amacıyla belirli bir prim karşılığında sunulan bir güvence veya hizmet olarak tanımlanabilir. Sigorta sistemi, sosyal güvenliğin sağlanması açısından iki temel gruba ayrılmaktadır: sosyal sigorta ve özel sigorta.

3.1.3.3. Sosyal sağlık sigortası

Sosyal sağlık sigortası, bir taraftan üyelerin sağlık risklerinin, diğer taraftan ise hane halklarının, firmaların ve devletin katkılarının havuzladığı bir sistemdir. Hane halklarının ve firmaların katkıları genellikle gelire dayanırken, devlet katkısı çoğunlukla genel vergilerden finanse edilir. Sosyal sağlık sigortası, birtakım temel sağlık hizmetlerinin gelir veya sosyal statüden bağımsız olarak herkes için erişilebilir olmasını sağlayan evrensel güvence hedeflerine cevap vermektedir. Bu yüzden sosyal sağlık sigortası, kullanıcıların yalnızca şahsi tıbbi tedavilerinin ödemeleriyle yükümlü olduğu kullanıcı katkısı veya doğrudan ödeme planlarından açık bir biçimde farklıdır. Sosyal sağlık sigortası, risklerin ve katkıların havuzlamasının bakımından genel vergiler yoluyla sağlık finansmanı ile ortak özelliklere sahiptir. Bununla birlikte, vergilerle finansman yönteminde bireylerin genel vergiler yoluyla sadece dolaylı bir şekilde katkıda bulunmaları önemli bir fark olarak ortaya çıkmaktadır (Carrin, 2002). Sosyal sağlık sigortası sistemleri, genellikle bağımsız sigorta fonları, zorunlu tahsis edilen bordro katkıları (bireylerden ve işverenlerden alınan primler) ile karakterize edilmektedir. Bu katkılar, tanımlanmış bir sağlık yardım paketine sahip olma hakkı ile doğrudan bağlantılıdır. Birçok ülkede sosyal sağlık sigortasının kapsamı, başlangıçta belirli alt gruplara yönelik olarak oluşturulmuşken zamanla genişleyerek tüm nüfusu kapsayacak şekilde geliştirilmiştir. Ancak fon sayısı ülkeye göre değişmektedir ve birden fazla fonun bulunduğu ülkelerde idari maliyetler genellikle daha yüksektir. Bazı ülkeler, risk havuzlamasını en üst düzeye çıkarmak ve ölçek ekonomilerinden yararlanmak için fon sayısını azaltmaktadır (Gottret ve Schieber, 2006).

Sosyal sağlık sigortası, sağlık için daha fazla fonun harekete geçirilmesi, yoksullar için makul sağlık hizmetlerine eşit erişimin teşvik edilmesi, sağlık risklerinin havuzlanması, yoksulluğun önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılması gibi birçok hedefe ulaşmak için bir araçtır. Sosyal sağlık sigortası tasarımı, esasen mali ve politik kısıtlamalar altında sosyal faydaların maksimize edilmesini içermektedir (Hsiao, 2007).

Sosyal sağlık sigortasının temel özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Zorunluluk: Sosyal sigorta zorunludur ve bu yönüyle gönüllü özel sigortadan ayrılır. Sosyal sigorta kapsamında katkıda bulunması gereken herkes sigortaya kaydolmalı ve belirtilen prim veya katkıyı ödemelidir. Katkı genellikle ücretlerin yüzdesi olarak belirlenmektedir. Yoksul, yaşlı ve çocuklar gibi belirli kesimlerin primleri ise devlet tarafından karşılanabilmektedir.
- Liyakat Esasına Dayanma: Vatandaşlar yalnızca gerekli primi ödediklerinde fayda alma hakkına sahiptir. Bu nedenle sosyal sağlık sigortası, genel vergi gelirleriyle finanse edilen ve tüm vatandaşları kapsayan sistemlerden farklıdır.
- Yasal Sosyal Sözleşme: Sosyal sağlık sigortası primleri ve faydaları, üyeler ve sosyal sigorta planları arasında ekonomik değişimi tesis eden mevzuatta belirtilen bir sosyal sözleşme ile tanımlanmaktadır (Hsiao ve Shaw, 2007).

Sosyal sağlık sigortasının birçok çeşidi vardır ve sistemlerin performansı, katkıların nasıl toplandığına, nasıl havuzlandığına ve sağlık fonlarına nasıl tahsis edildiğine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Bununla birlikte, sosyal sağlık sigortası sistemleri lehine temel argüman, bu sistemlerin gelir toplama yönteminin özel sağlık sigortalarına göre daha adil olmasıdır.

Sosyal sağlık sigortası, ihtiyaca göre bakıma erişim sağlama amacıyla dağıtım politikalarına dayanmaktadır. Sosyal ve özel sigorta arasındaki temel fark, sosyal sağlık sigortasının yeniden dağıtım niyetinin kapsamıdır. Sosyal sigorta, çapraz sübvansiyonun dört yolunu hedeflemektedir (Wonderling vd., 2005):

- Sağlıklılarından hastalara: Bireysel riske bakılmaksızın alınan katkılar.
- Gençlerden yaşlılara: Yaşlılardan daha az alınan katkılar.
- Zenginlerden fakirlere: Sabit bir kazanç yüzdesi halinde alınan katkılar.

- Bekârlardan ailelere: Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısına bakılmaksızın eşit katkılar.

Sosyal sağlık sigortası sistemleri, 19. yüzyılın sonunda Almanya'da uygulanmaya başlanmış olup günümüzde 60'tan fazla ülkede mevcuttur. Özellikle OECD ülkelerinde yaygın olarak kullanılan bu sistem, Latin Amerika (Arjantin, Brezilya, Şili, Kolombiya, Kosta Rika, Dominik Cumhuriyeti, Ekvador, Peru, Uruguay, Venezuela), Afrika (Cezayir, Kenya, Lübnan, Tunus) ve Asya'daki bazı gelişmekte olan ülkelerde de bulunmaktadır. Ayrıca Bosna-Hersek, Çin, Hırvatistan, Estonya, Gana, Macaristan, Endonezya, Kırgızistan, Makedonya, Moldova, Fas, Nijerya, Filipinler, Polonya, Rusya, Sırbistan, Slovenya, Tanzanya ve Vietnam gibi birçok düşük ve orta gelirli ülke de sosyal sağlık sigortası sistemlerini benimsemiştir (Gottret ve Schieber, 2006).

Sosyal sağlık sigortasının avantajları şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık sistemi için daha fazla kaynak yaratabilmesi.
- Sürekli ve öngörülebilir finansman sağlaması.
- Yüksek yeniden dağıtım boyutu.
- Nüfusun güçlü desteği.
- Bağımsız fon denetimi.
- Çoklu sigorta olması durumunda, sigortacı seçimine izin verebilmesi.

Dezavantajları ise şunlardır:

- Yoksulların dışlanma olasılığı.
- Serbest çalışanlar, tarım sektörü ve kayıt dışı sektör çalışanlarının kapsama alınmasında güçlükler.
- Bordro katkılarının ekonomik etkileri.
- Karmaşık yapısı nedeniyle yönetim zorlukları.
- Maliyet artışı ve maliyet kontrolünün zorluğu.
- Kronik hastalıklar ve koruyucu bakım için yetersiz destek.

Bu nedenlerle sosyal sağlık sigortası sistemleri, ÷lkeden ÷lkeye farklılık gösterse de finansman ve erişim açısından önemli avantajlar sunarken belirli mali ve yapısal zorluklar da barındırmaktadır.

3.1.3.4. Özel sağlık sigortası

Özel sağlık sigortası, üçüncü taraflar tarafından primler yoluyla finanse edilen ve gelire bağlı olmayan bir dizi sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Ozawa, 2011). Özel sağlık sigortasına katılım gönüllölük esasına dayanmaktadır (Ozawa, 2011). Özel sağlık sigortası piyasaları genellikle kamu tarafından finanse edilen sistemlerin etrafında gelişmekte olup, birçok ÷lkede özel sigorta sağlık finansmanında kalıcı bir rol oynamaktadır (Robinson, 2011). Amerika Birleşik Devletleri (ABD), özel sigortanın sağlık hizmetlerinin ana finansman mekanizması olduğu az sayıdaki ÷lkelerden biridir (Wonderling vd., 2005). Özel sağlık sigortası, düşük gelirli bireyler için karşılanması en zor sigorta türü olmasına rağmen, yalnızca üst gelir grubuna özgü değildir. Örneğin hem sosyal sağlık sigortası sistemlerinde hem de vergiye dayalı ulusal sağlık sistemlerinde, özel sağlık sigortası, ulusal sistem tarafından karşılanmayan bileşenler için bireyler tarafından kullanılmakta ve mevcut kapsamı tamamlayıcı bir işlev görmektedir.

Özel sağlık sigortasının iki ek türü dikkate değerdir: tamamlayıcı ve ikame edici sigorta.

- Tamamlayıcı özel sigorta, sosyal sağlık sigortası planlarının sunduğu faydalara ek olarak daha fazla hak elde etmek için yapılan ek ödemeler şeklindedir. Bu sigorta türü, sağlık hizmetlerine daha hızlı erişim sağlamanın yanı sıra ilaç veya hastane masraflarından muafiyet gibi avantajlar sunmaktadır.
- İkame edici özel sigorta, adından da anlaşılacağı üzere sosyal sağlık sigortasına bir alternatif olup, kamu sigortası kapsamına girmeyen bireyler tarafından satın alınmaktadır.

Bireyler, gelir seviyelerine ve kişisel tercihlerine bağlı olarak ulusal sosyal sağlık sigortası sistemine geri dönebilir veya özel sigortaya geçiş yapabilirler (Goodwin, 2009). Özel sağlık sigortası alanında bireyler sigorta Şirketleriyle sözleşmeli anlaşmalar yapmakta ve primlerin mali yükü genellikle birey ya da işveren tarafından, genellikle yapılan kesintiler yoluyla üstlenilmektedir (Dewar, 2010) Sigorta primlerinin temelinde yatan ilke genellikle topluluk (ya da grup) derecelendirmesi ya da bireysel risk derecelendirmesinin bir fonksiyonudur. Topluluk (grup) derecelendirmesi primleri

belirli bir topluluk veya Şirketteki tüm bireyler (veya bir grup) için aynı iken, bireysel risk derecelendirmesi primleri yaş, cinsiyet, meslek, aile geçmişi, geçmiş sağlık hizmeti kullanımı ve hasar deneyimi gibi çok sayıda faktöre göre değişmektedir (Mossialos ve Thomson, 2002). Özel sigorta temelli sağlık sistemleri ahlaki tehlike ile karakterize edilmektedir (Smith, 2019). Bunun nedeni, ödemelerin mali yükünün, primlere önemli ölçüde katkıda bulunan işverenler tarafından üstlenilmesidir (Jones vd., 2021). Bu durum ne tüketicinin ne de hizmet sağlayıcının maliyet bilincine sahip olmasını sağlamaktadır (Brown, 2022). Ücretsiz veya düşük maliyetli hizmetlerle karşılaşan tüketiciler, maliyetleri dikkate almadan hizmete olan taleplerini artırabilirler (Green vd., 2023). Benzer şekilde, sağlık hizmeti sunucuları da maliyetleri göz ardı edebilmektedir (Black vd., 2020).

Özel sağlık sigortası primlerini toplayan acenteler bağımsız, kâr amacı güden özel sigorta şirketleri veya kâr amacı gütmeyen özel sigorta şirketleri ve fonları olabilir. Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, İspanya, İsviçre ve Birleşik Krallık'ta özel sağlık sigortası bu tür kuruluşlar aracılığıyla sağlanmaktadır. Bazı ülkelerde özel sağlık sigortası, vergi kredileri veya vergi indirimleri yoluyla devlet tarafından sübvansede edilmektedir. Örneğin, Avusturya, İrlanda ve Portekiz bu tür teşvikler sunarken, Almanya ve Hollanda sadece sınırlı vergi indirimi sağlamaktadır. Buna karşılık, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık özel sağlık sigortası için herhangi bir vergi indirimi sunmamaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a).

Özel sağlık sigortasının kamu sağlık hizmetleri finansman sistemine göre bazı avantajlar sunduğu kanıtlanmıştır. Hükümetlerin, özel sigortaya erişimi olmayan bireylere hizmet sağlamak için daha hedefe yönelik sağlık finansman sistemleri geliştirmelerine olanak tanımaktadır. Ayrıca, kamu sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda, temel altyapının yeniden inşasında ve gerekli yatırımların finansmanında sağlık hizmeti sağlayıcılarına yardımcı olma kapasitesine sahiptir. En elverişli koşullarda, özel sağlık sigortası sağlık sistemlerini finansman ve bakım sunumu açısından yenilik yapmaya ve verimliliklerini artırmaya teşvik edebilir. Aynı zamanda, kamu sağlık sistemi içerisinde bakım kalitesinin artırılması için bir ölçüt olarak da işlev görebilir (Chollet ve Lewis, 1997). Özel sigorta, yüksek gelirli bireylerin kendi sağlık

harcamalarını finanse etmelerini sağlayarak ve tüketicilere daha fazla seçenek sunarak devlet üzerindeki mali yükü azaltabilir (Maynard ve Dixon, 2002).

Ancak, özel sağlık sigortasının dezavantajları da bulunmaktadır. Öncelikle, özel sağlık sigortasının maliyeti düşük gelirli bireyler için engelleyici olabilir. Teorik olarak, hükümetler düşük gelirli bireyleri sigorta satın almaya teşvik etmek için sübvansiyonlar sunabilir, ancak bu tür sistemlerin tasarlanması ve yönetilmesi zor olabilir. İkinci olarak, sigorta şirketleri hasta bireyleri kapsama alma konusunda takdir yetkisini kullanabilir veya yüksek maliyetli sağlık hizmetleri için kapsamı sınırlandırabilir. Özel sağlık sigortasının bir diğer sorunu da sigorta sözleşmelerinin karmaşıklığından kaynaklanmaktadır. Tüketiciler genellikle sigorta sözleşmelerinin inceliklerini kavrayamamakta, bu da etik değerleri veya mali sağlamlığı göz ardı eden sigorta şirketlerini tespit etme becerilerini engellemektedir.

3.1.3.5. Cepten ödemeler

Cepten ödemeler, bireylerin, üçüncü bir taraf veya hükümet tarafından geri ödenmeyen mal ve hizmetler için doğrudan yaptıkları ödemeler olarak tanımlanır (Tatar, 2011). Bu nedenle, ödemeler, doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve gayri resmi ödemeler dahil olmak üzere, tüketici tarafından doğrudan yapılan tüm maliyetleri kapsar. Doğrudan ödemeler, sigorta kapsamında yer almayan hizmetler için yapılan ödemelerdir (sadece sigorta kapsamı dışında kalan hizmetlerin özel olarak satın alınması). Kullanıcı katkıları, sigorta kapsamında yer alan ancak tam olarak karşılanmayan hizmetler için yapılan ödemeler ya da havuzdanmış gelirle tamamen finanse edilmesi gereken ancak ek ödeme talep edilen hizmetler için yapılan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon, 2002a). Gayri resmi ödemeler, sağlık sigortası kapsamında olan kişilerin, herhangi bir yasal olarak tanımlanmış ödeme dışında, hizmet sağlayıcılara (bireyler veya kuruluşlar) yaptıkları ödemelerdir (Belli vd., 2002). Fransa ve Hollanda dışında, tüm Avrupa ülkelerinde, ödemeler, özel sağlık sigortasından daha büyük bir paya sahiptir (Mossialos ve Dixon, 2002a). Ödemeler, özellikle kullanıcı katkıları için yapılmaktadır ve bu katkılar, verimlilik, eşitlik ve kaliteyi artırdığı gerekçesiyle savunulmaktadır. Ancak, eşitlik faydalarının, sağlanan gelirin düşük gelirli ve hizmetten yoksun bireylere yönlendirilmesi ve etkili bir muafiyet planı uygulanması durumunda gerçekleştirilebileceği ileri sürülmektedir. Ayrıca, ödemelerin sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediği savunulmaktadır. Ancak, ödemelerin, bireyin gelirine

bağlı olmadığında hem risk koruması hem de eşitlik açısından en olumsuz sonuçları doğuran sağlık hizmetleri finansman yöntemi olduğu iddia edilmektedir (Çelik, 2011; Mossialos ve Dixon, 2002b; Tatar, 2011).

3.1.4. Kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği

Kamu sağlık harcamaları, devletlerin vatandaşlarına sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak amacıyla yapılan önemli maliyetlerdir. Sağlık, bireylerin yaşam kalitesi ve toplumsal refah açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle, kamu sağlık harcamaları, sadece halk sağlığı hizmetlerinin sağlanmasında değil, aynı zamanda ekonomik büyüme ve sürdürülebilir kalkınma açısından da büyük bir rol oynamaktadır. Ancak, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artan sağlık harcamaları, ekonomik sürdürülebilirlik üzerinde önemli baskılar yaratmaktadır. Bu artış, hükümetlerin bütçelerinin önemli bir kısmını sağlık hizmetlerine ayırmalarına yol açarken, diğer kamu hizmetlerine ayrılacak kaynakları sınırlamaktadır. Artan sağlık harcamalarının ekonomik sürdürülebilirlik üzerindeki etkisi, doğrudan kamu bütçelerinin büyüklüğünü ve devletin borçlanma düzeyini etkileyebilir. Sağlık harcamalarındaki sürekli artış, devletlerin finansal kaynaklarının büyük bir kısmını bu alana tahsis etmesine neden olabilir. Bunun sonucunda, diğer kamu hizmetleri için ayrılacak kaynaklar azalabilir ve devletin borçlanma ihtiyacı artabilir. Bu durum, bütçe açığı ve kamu borcu gibi ekonomik dengesizliklere yol açabilir, bu da ekonomik sürdürülebilirliği olumsuz etkileyebilir.

Kamu sağlık harcamaları, devletlerin vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak, halk sağlığını geliştirmek ve toplumsal refahı artırmak amacıyla ayırdığı kaynakların bütününe kapsamaktadır. Modern refah devleti anlayışının temel unsurlarından biri olan sağlık hizmetleri, yalnızca bireysel yaşam kalitesini artırmakla kalmayıp, aynı zamanda ekonomik büyümenin ve toplumsal istikrarın korunmasında da merkezi bir rol üstlenmektedir. Ancak günümüzde yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların artışı, sağlık hizmetlerinden beklentilerin yükselmesi, tıbbi teknolojilerin gelişmesi ve tedavi maliyetlerinin artması gibi faktörler, kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından önemli zorluklar yaratmaktadır.

Bu durum, yalnızca gelişmiş ülkelerde değil, aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde de görülmektedir. Örneğin Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde kamu sağlık harcamaları,

vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak, halk sağlığını korumak ve toplumsal refahı artırmak amacıyla önemli ölçüde kaynak ayrılan bir alandır. Modern refah devleti anlayışının temel bir unsuru olan sağlık hizmetleri, sadece bireylerin yaşam kalitesini artırmakla kalmaz, aynı zamanda ekonomik büyüme, toplumsal istikrar ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri açısından da kritik bir rol oynamaktadır.

Ancak, AB ülkelerinde yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların artışı, teknolojik gelişmelerin getirdiği maliyetler ve sağlık hizmetlerine yönelik artan beklentiler gibi faktörler, kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini ciddi biçimde tehdit etmektedir. Özellikle demografik yaşlanma, AB genelinde sağlık bütçeleri üzerinde baskı oluşturan en temel yapısal sorunlardan biridir. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyması, tedavi sürelerinin uzaması ve kronik hastalıkların yaygınlığı, kişi başına sağlık harcamasını artırmakta ve devlet bütçelerinde önemli bir paya ulaşmaktadır.

Avrupa İstatistik Ofisi (Eurostat) verilerine göre, AB’de sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurt İçi Hasıla’ya (GSYİH) oranı genel olarak %8 ila %10 arasında değişmektedir. Almanya, Fransa ve İtalya gibi yaşlı nüfus oranı yüksek ülkelerde bu oran %11’i aşabilmektedir. Örneğin Almanya’da 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı %22’nin üzerindedir ve bu oran önümüzdeki yıllarda daha da artması beklenmektedir. Bu durum, kamu sağlık bütçesi üzerinde uzun vadeli baskılar yaratmakta ve mali sürdürülebilirliği zorlaştırmaktadır.

Yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamalarına etkisi yalnızca harcama miktarının artmasıyla sınırlı değildir. Aynı zamanda kaynakların etkin kullanımını ve hizmet sunumunda verimliliği de gündeme getirmektedir. Bu noktada, önleyici sağlık hizmetleri, erken tanı programları ve yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri gibi maliyet-etkin stratejiler öne çıkmaktadır. Özellikle İskandinav ülkeleri (İsveç, Danimarka, Norveç) bu alanda öncü politikalar geliştirmiş ve yaşlı nüfusa yönelik entegre sağlık sistemleri kurarak, sağlık harcamalarının etkinliğini artırmayı başarmışlardır.

Öte yandan, AB içinde yaşanan bölgesel eşitsizlikler de sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini etkileyen başka bir faktördür. Batı Avrupa ülkeleri sağlık sistemlerine daha fazla kaynak ayırabilirken, Doğu Avrupa’daki bazı ülkelere yaşanan

nüfusa rağmen kaynak yetersizliği ciddi bir sorundur. Bu da AB içinde sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin artmasına ve sosyal uyumun zayıflamasına neden olabilmektedir.

Teknolojik gelişmelerin sunduğu fırsatlar, AB ülkelerinde sağlık harcamalarının daha verimli hale getirilmesine katkı sağlayabilir. Dijital sağlık sistemleri, uzaktan hasta izleme gibi uygulamalar, özellikle kırsal alanlarda yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırabilir. Ancak bu teknolojilerin yaygınlaştırılabilmesi için altyapı yatırımları, insan kaynağı eğitimi ve veri güvenliği gibi konulara da yatırım yapılması gerekmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde yaşanan nüfusun kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisi, ekonomik sürdürülebilirlik açısından ciddi bir meydan okumadır. Artan harcamaların sürdürülebilirliği, yalnızca mali disiplinle değil, aynı zamanda etkin kaynak yönetimi, sosyal adalet, dijital dönüşüm ve sağlık sistemlerinin yapısal reformları ile sağlanabilir. AB'nin bu alanda izleyeceği politikalar, sadece bugünkü değil, gelecek nesillerin de sağlık hizmetlerine adil ve sürdürülebilir biçimde erişebilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğinde dikkat edilmesi gereken ilk unsur, yalnızca harcama miktarları değil, bu harcamaların etkinliği ve verimliliğidir. Kaynakların etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken maliyetlerin kontrol altında tutulmasına katkı sağlar. Bu noktada, özellikle önleyici sağlık hizmetleri ve erken teşhis uygulamaları öne çıkmaktadır. Örneğin, kronik hastalıkların (diyabet, hipertansiyon, obezite vb.) erken aşamada kontrol altına alınması, uzun vadede hem tedavi maliyetlerini düşürebilmekte hem de bireylerin yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu tür önleyici stratejiler, yalnızca sağlık bütçeleri üzerinde değil, aynı zamanda iş gücü piyasasında verimlilik ve üretkenlik üzerinde de olumlu etkiler yaratmaktadır. Bir diğer önemli unsur ise, sağlık harcamalarının adil ve eşitlikçi bir biçimde dağıtılmasıdır. Yüksek sağlık harcamalarının sürdürülebilir olması için, yalnızca yüksek gelirli grupların değil, dezavantajlı ve düşük gelirli grupların da sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması gerekmektedir. Benzer şekilde, İskandinav ülkelerinde (İsveç, Norveç, Danimarka), kamu sağlık harcamaları yüksek olmakla birlikte, bu ülkeler kaynaklarını etkin kullanarak yüksek sağlık çıktıları elde etmekte ve sağlık eşitsizliklerini minimumda tutmaktadır. Teknolojik yenilikler de sürdürülebilir sağlık harcamaları açısından önemli fırsatlar sunmaktadır. Dijital sağlık çözümleri, e-reçete sistemleri ve uzaktan hasta izleme teknolojileri, sağlık hizmetlerinin daha geniş

kitlelere ulaşmasını sağlayabilir ve maliyetleri düşürebilir. Özellikle kırsal ve ulaşılması güç bölgelerde bu tür dijital çözümler, sağlık hizmetlerine erişimde devrim yaratma potansiyeline sahiptir. Ancak bu fırsatların hayata geçirilebilmesi için altyapı yatırımları, sağlık çalışanlarının eğitimi ve veri güvenliği gibi alanlarda dikkatli planlamalar yapılması gerekmektedir. Sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği yalnızca sağlık sektörüne özgü bir mesele değildir; genel kamu maliyesi ve ekonomik sürdürülebilirlik ile doğrudan ilişkilidir. Devletlerin sağlık harcamalarına ayırdığı kaynaklar, bütçenin diğer kalemlerini etkileyebilir ve uzun vadeli mali dengeleri zorlayabilir. Örneğin, sürekli artan sağlık harcamaları, eğitim, sosyal yardım, altyapı yatırımları ve çevre politikaları gibi diğer öncelikli alanlara ayrılacak kaynakları sınırlandırabilir. Bu durum, yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda toplumsal eşitsizlikler açısından da sorun yaratabilir. Özellikle dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişiminin zayıflaması, toplum genelinde sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesine yol açabilir. Kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği, yalnızca mali sınırlara odaklanılarak değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesi, etkinliği, hakkaniyeti ve toplum sağlığına katkısıyla da değerlendirilmelidir. Etkin mali yönetim, önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, dijital sağlık çözümlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması gibi politikalar, sürdürülebilir bir sağlık finansmanı sistemi kurmanın temel taşlarıdır. Sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği, yalnızca bugünün sağlık ihtiyaçlarını karşılamak değil, aynı zamanda gelecek nesillerin sağlık hizmetlerine erişimini de güvence altına almak anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, sürdürülebilir sağlık harcamaları, ekonomik kalkınma ve toplumsal refah arasındaki hassas dengeyi koruyan, iyi planlanmış ve uzun vadeli stratejilere dayalı politikalar gerektirmektedir. Sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği, sadece toplam harcama seviyesinin kontrol altına alınmasıyla değil, aynı zamanda bu harcamaların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasına bağlıdır. Verimli sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken, sağlık alanındaki maliyetleri de optimize eder. Bu noktada, devletlerin sağlık harcamalarının nasıl yapılandırılacağı ve hangi sağlık politikalarının benimsenmesi gerektiği önem kazanmaktadır. Örneğin, erken teşhis, önleyici sağlık hizmetleri ve halk sağlığına yönelik programlar, daha pahalı tedavi ve hastalık yönetim hizmetlerine kıyasla uzun vadede daha düşük maliyetlerle sağlanabilir. Bu tür önleyici tedbirler, yalnızca sağlık harcamalarını düşürmekle kalmaz, aynı

zamanda bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine olanak tanır ve toplumsal verimliliği artırır. Ayrıca, kaynak dağılımı da sürdürülebilir sağlık harcamaları açısından kritik bir rol oynamaktadır. Kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini sağlamak için, kaynakların sadece sağlık sektörüne değil, aynı zamanda diğer sektörlerle de dengeli bir şekilde dağıtılması gerekmektedir. Eğitim, altyapı, sosyal güvenlik ve çevre gibi diğer kamu hizmetleri, halk sağlığının iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği, yalnızca sağlık sektörüyle ilgili değil, genel kamu hizmetlerinin etkin yönetimiyle de ilişkilidir. Sağlık harcamalarındaki artış, yalnızca ekonomik sürdürülebilirlik üzerinde değil, aynı zamanda toplumsal eşitsizlikler üzerinde de önemli etkiler yaratabilir. Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların toplumun tüm kesimlerine eşit şekilde ulaşması, sağlıklı yaşam fırsatlarının daha adil bir şekilde dağıtılması gerekmektedir. Sağlık harcamalarının artması, düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırabilir, bu da sağlık eşitsizliklerini daha da derinleştirebilir. Bu tür toplumsal eşitsizliklerin önlenmesi için, sağlık harcamalarındaki artışların, özellikle dezavantajlı gruplara yönelik hizmetlerin güçlendirilmesine yönlendirilmesi önemlidir. Sonuç olarak, artan sağlık harcamalarının ekonomik sürdürülebilirlik üzerindeki etkisi, sağlık harcamalarının verimli yönetilmesi ve kaynakların etkin bir şekilde dağıtılmasına bağlıdır. Artan sağlık harcamalarının, toplumsal refahı ve bireylerin yaşam kalitesini artırma potansiyeli olmakla birlikte, aynı zamanda ekonominin genel sürdürülebilirliği üzerinde baskı oluşturabilecek bir faktördür. Bu nedenle, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini sağlamak için, yalnızca sağlık sektörüne odaklanmak değil, aynı zamanda toplumun tüm kesimlerinin refahını gözetken kapsamlı politikaların geliştirilmesi gerekmektedir.

4. YAŞLANAN NÜFUS VE KAMU SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ

4.1. Yaşlanan Nüfus Kavramı ve Önemi

Demografik değişimler, toplumların ekonomik, sosyal ve politik yapılarını doğrudan etkileyen kritik süreçlerden biridir. Özellikle nüfus yaşlanması, birçok ülkenin uzun vadeli kalkınma stratejilerini ve sosyal politikalarını yeniden şekillendirmeye zorlayan önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Nüfusun yaşlanması, doğum oranlarının düşmesi, yaşam süresinin uzaması ve sağlık hizmetlerinin gelişmesi gibi çeşitli dinamiklerin birleşimiyle meydana gelen bir süreçtir. Bu süreç, özellikle sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkelerde belirgin bir şekilde gözlemlenmektedir. Nüfus yaşlanması, yalnızca bireylerin yaşam döngüsünün doğal bir sonucu değil, aynı zamanda toplumsal dinamikleri köklü biçimde değiştiren bir olgudur (Keskin ve Koçak, 2023).

Dünya genelinde yaşlanan nüfus, birçok ülkenin sosyal, ekonomik ve sağlık politikalarını yeniden şekillendiren temel demografik değişimlerden biri haline gelmiştir. Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğum oranlarının azalması ve yaşam beklentisinin uzaması, nüfusun yaşlanmasına neden olmaktadır. Yaşlanan nüfus, belirli bir yaş aralığının üzerindeki bireylerin toplam nüfus içindeki oranının artması olarak tanımlanabilir. Birleşmiş Milletler'in (BM) yaş sınıflandırmasına göre 65 yaş ve üzeri bireyler yaşlı nüfus olarak kabul edilmektedir.

Yaşlanmanın bireysel ve toplumsal etkileri giderek daha fazla tartışılır hale gelmiş, özellikle sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki etkileri önemli bir araştırma alanı haline gelmiştir. Yaşlı nüfusun artışı, sağlık sistemleri üzerinde artan maliyet baskısı, sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesi ve uzun süreli bakım ihtiyacının artması gibi birçok önemli sonucu beraberinde getirmektedir (Koçak, 2023). Bunun yanı sıra yaşlanma, bireylerin yalnızca fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal iyi oluşlarını da etkilemektedir (Yılmaz ve Mermutlu, 2023).

Yaşlanma, yalnızca biyolojik bir süreç değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları olan karmaşık bir olgudur. Biyolojik açıdan bakıldığında, yaşlanma hücresel ve fizyolojik değişimlerle karakterizedir ve zamanla vücudun işlevselliğinde azalma görülmektedir. Hücre yenilenme hızının yavaşlaması, bağışıklık sisteminin zayıflaması ve organ fonksiyonlarının bozulması yaşlanma sürecinin temel biyolojik unsurlarındandır (Kalyoncuo ve Kartın, 2021).

Psikolojik açıdan yaşlanma süreci, bireyin bilişsel işlevlerinde değişimlere yol açabilir. Bellek, dikkat ve problem çözme becerilerinde farklı seviyelerde azalma görülebilir. Bununla birlikte, psikolojik iyi oluş ve yaşlanma algısı, bireylerin yaşlılık sürecini nasıl deneyimlediğini önemli ölçüde etkileyebilir. Olumlu yaşlanma algısına sahip bireyler, yaşlılık dönemine daha kolay uyum sağlarken, olumsuz algıya sahip bireyler depresyon, kaygı ve sosyal izolasyon gibi psikolojik sorunlarla karşılaşabilmektedir (Yılmaz ve Mermutlu, 2023).

Sosyal boyutta ise yaşlanma, bireyin toplum içindeki rollerinin ve ilişkilerinin değişmesiyle kendini göstermektedir. Çalışma hayatından emekli olmak, fiziksel aktivite seviyesinin azalması ve sosyal çevrenin daralması, yaşlı bireylerin sosyal entegrasyonunu zorlaştırabilir. Yaşlı bireylerin topluma aktif katılımının teşvik edilmesi ve sosyal bağlarının güçlendirilmesi, başarılı yaşlanma sürecinde kritik rol oynamaktadır (Koçak, 2023).

Dinî ve kültürel değerler de yaşlanma sürecini şekillendiren önemli faktörler arasındadır. İnanç sistemleri, yaşlı bireylerin ruhsal iyi oluşlarını destekleyerek yaşlanma sürecine yönelik daha olumlu bir bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olabilmektedir. Örneğin, yaşlılık döneminde ibadet ve manevi destek mekanizmalarının ön plana çıkması, bireyin psikolojik ve sosyal uyum sürecini olumlu yönde etkileyebilmektedir (İnce, 2022).

Yaşlanma sürecinin birey ve toplum üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, yaşlı nüfusun artışına yönelik sağlık, sosyal güvenlik ve istihdam politikalarının uyumlu bir şekilde geliştirilmesi gerekmektedir. Özellikle yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması, yaşlı bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yaşlıların sosyal hayata aktif katılımının teşvik edilmesi, yaşlanan nüfusun toplum üzerindeki olası olumsuz etkilerini azaltmada önemli rol oynayacaktır.

Nüfusun yaşlanma süreci, demografik dönüşüm teorisi çerçevesinde ele alındığında dört temel aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada, yüksek doğum ve ölüm oranları nedeniyle nüfus artışı düşük seviyelerde kalmaktadır. İkinci aşamada, sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, hijyen koşullarının iyileştirilmesi ve beslenme olanaklarının artmasıyla ölüm oranları düşmekte, ancak doğum oranları yüksek seyrettiğinden nüfus hızla artmaktadır. Üçüncü aşamada, kentleşme ve sanayileşmenin etkisiyle doğum oranları da düşüş

göstermekte, nüfus artış hızı yavaşlamaktadır. Son aşamada ise doğum ve ölüm oranlarının düşük seviyelerde dengelenmesiyle nüfus yaşlanmaya başlamaktadır. Bugün birçok gelişmiş ülke bu son aşamaya ulaşmış durumda olup, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler ise üçüncü aşamadan dördüncü aşamaya geçiş sürecindedir (Kaygısız ve Ezanoğlu, 2021).

Nüfus yaşlanmasının en önemli nedenlerinden biri doğum oranlarındaki azalmadır. Sanayileşme, kentleşme ve kadınların iş gücüne katılımının artması gibi faktörler doğurganlık oranlarını düşürmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu eğilim daha önce başlamış olsa da Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde de son yıllarda doğum oranlarında belirgin bir gerileme gözlemlenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, doğurganlık hızı 2000’li yılların başında 2,38 çocuk seviyesinde iken, 2022 itibarıyla 1,7 seviyesine kadar gerilemiştir. Bu durum, nüfusun kendini yenileme eşiği olan 2,1’in altına düştüğünü ve uzun vadede yaşlanma sürecinin hızlanacağını göstermektedir. Doğurganlık oranlarının düşmesi, çalışan nüfusun azalmasına ve yaşlı bağımlılık oranının yükselmesine neden olmaktadır. Çalışan nüfusun azalması, ekonomik büyüme üzerinde baskı oluştururken, yaşlı nüfusun artışı sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri üzerinde ek maliyet yaratmaktadır (Karaağaç, 2022).

Nüfus yaşlanmasının diğer önemli nedeni ise yaşam süresinin uzamasıdır. Tıbbi gelişmeler, sağlık hizmetlerindeki iyileşmeler, yaşam standartlarının yükselmesi ve beslenme koşullarındaki gelişmeler sayesinde ortalama yaşam süresi giderek artmaktadır. Özellikle bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, kronik hastalıkların tedavisinde ilerlemeler kaydedilmesi ve bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemeleri yaşam beklentisini yükselten temel unsurlar arasında yer almaktadır. Türkiye’de 1960’lı yıllarda ortalama yaşam süresi yaklaşık 48 yıl iken, 2022 itibarıyla bu rakam 78 yıla kadar çıkmıştır. Yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun oranını artırarak demografik yapının değişmesine neden olmaktadır (Yakar ve Özgür, 2022). Türkiye’de nüfus yaşlanmasının etkileri bölgesel düzeyde de farklılık göstermektedir. Büyükşehirler ve sanayileşmiş bölgeler, genç nüfus açısından daha avantajlı bir yapıya sahipken, kırsal bölgelerde genç nüfusun kentlere göç etmesi nedeniyle yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. Özellikle Doğu Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde doğurganlık oranlarının düşmesi ve gençlerin ekonomik fırsatlar nedeniyle büyükşehirlere göç etmesi, bu bölgelerde nüfusun hızla yaşlanmasına neden olmaktadır. Bu durum, kırsal

kesimde yaşı nüfusun yoğunlaşmasına ve yaşı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşamasına yol açmaktadır. Ayrıca, kırsal bölgelerde yaşı bireylerin sosyal destek mekanizmalarına erişimi daha sınırlı olduğundan, yaşı bakım hizmetlerine olan ihtiyaç giderek artmaktadır (Keskin ve Koçak, 2023).

Demografik değişimlerin bir diğr önemli sonucu da yaşı bağımlılık oranının artış göstermesidir. Yaşı bağımlılık oranı, çalışabilir yaştaki nüfusun (15-64 yaş arası) yaşı nüfus (65 yaş ve üzeri) karşısındaki yükünü ifade etmektedir. Türkiye’de yaşı bağımlılık oranı 2000 yılında %10 seviyesinde iken, 2022 itibarıyla %15 seviyesine yükselmiştir. Gelişmiş ölkelerde bu oran %30’lara kadar çıkmış durumda olup, Türkiye de benzer bir eğilim göstermektedir. Yaşı bağımlılık oranının artışı, ekonomik büyüme üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta, sosyal güvenlik sistemlerini zorlamakta ve kamu sağlık harcamalarını artırmaktadır. Çalışan nüfusun azalması, sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği açısından risk oluştururken, sağlık harcamalarındaki artış devlet bütçesi üzerinde ek yük oluşturmaktadır (Kaygısız ve Ezanoğlu, 2021).

Nüfus yaşlanmasının sağlık sistemi üzerindeki etkileri giderek daha belirgin hale gelmektedir. Yaşı bireylerin sağlık hizmetlerine olan talepleri, genç bireylere kıyasla daha yüksek olmakta ve yaşlılıkla birlikte kronik hastalıkların yaygınlığı artmaktadır. Kalp hastalıkları, diyabet, osteoporoz ve nörodejeneratif hastalıklar yaşı bireylerde daha sık görölmekte ve bu hastalıkların tedavisi uzun süreli ve maliyetli olmaktadır. Özellikle uzun süreli bakım hizmetlerine olan ihtiyacın artması hem bireysel hem de kamu sağlık harcamalarının yükselmesine yol açmaktadır. Türkiye’de sağlık sisteminin yaşlanan nüfusa uyum sağlayabilmesi için sağlık politikalarının yaşı nüfusun ihtiyaçlarına göre yeniden şekillendirilmesi gerekmektedir. Uzun vadede, yaşı bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve yaşı dostu sağlık politikalarının hayata geçirilmesi kritik öneme sahiptir (Karaağaç, 2022).

Demografik değişimler ve nüfus yaşlanması, Türkiye’nin sosyal, ekonomik ve sağlık sistemleri üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Doğurganlık oranlarının azalması ve yaşam süresinin uzaması, yaşı nüfus oranının artmasına ve yaşı bağımlılık oranının yükselmesine neden olmaktadır. Bu süreç, çalışma hayatı, sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık harcamaları üzerinde baskı oluştururken, bölgesel düzeyde de farklı etkiler yaratmaktadır. Türkiye’nin yaşlanan nüfusa yönelik etkin politikalar geliştirmesi, sağlık

ve sosyal güvenlik sistemlerini sürdürülebilir kılmak açısından hayati önem taşımaktadır. Özellikle yaşlı bireylere yönelik sağlık ve bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve aktif yaşlanma politikalarının teşvik edilmesi, yaşlanan nüfusun etkilerini yönetmek açısından kritik stratejiler arasında yer almaktadır.

4.1.1. Yaşlanan nüfusun ekonomik ve sosyal etkileri

Yaşlanan nüfusun ekonomik ve sosyal etkileri, günümüz toplumlarının karşı karşıya olduğu en önemli demografik dönüşümlerden biridir. Nüfus yaşlanması hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyüme, iş gücü piyasaları, sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık harcamaları üzerinde önemli değişimlere yol açmaktadır. Bununla birlikte, yaşlanma süreci yalnızca ekonomik etkilerle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda aile yapılarından sosyal dayanışmaya, toplumsal ilişkilerden kültürel dinamiklere kadar geniş bir çerçevede sosyal sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle OECD ülkeleri gibi yaşlanan nüfusun yüksek olduğu ülkelerde, ekonomik büyüme üzerinde baskı oluşturduğu ve iş gücü piyasasını daralttığı görülmektedir (Karagöz, 2021). Bu bağlamda, yaşlanan nüfusun ekonomik büyüme, servet dağılımı, sosyal güvenlik sistemleri ve toplumsal yapılar üzerindeki etkilerinin detaylı bir şekilde ele alınması gerekmektedir.

Yaşlanan nüfusun ekonomik büyüme üzerindeki etkisi, iş gücü arzının azalması ve üretkenlik oranlarının düşmesiyle doğrudan ilişkilidir. Çalışan nüfusun azalması, ülkelerin ekonomik büyüme hızlarını yavaşlatmakta ve refah seviyelerinin düşmesine neden olmaktadır. Genç nüfusun iş gücüne katılım oranındaki düşüş, üretim süreçlerinde verimliliği olumsuz etkilemekte ve ekonomik dinamizmin azalmasına yol açmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı bağımlılık oranının artması, çalışan nüfusun üzerindeki mali yükü artırmaktadır. OECD ülkeleri üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, yaşlı nüfusun artışı ekonomik büyüme oranlarını aşağıya çekmekte ve kamu harcamalarının büyük bir kısmının sağlık ve sosyal güvenliğe yönlendirilmesine neden olmaktadır (Karagöz, 2021). Gelişmekte olan ülkelerde ise yaşlanma süreci, ekonomik büyüme ile ilerlemekte ve sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir.

Yaşlanan nüfusun servet dağılımı üzerindeki etkileri de önemli bir tartışma konusudur. Yaşlı bireyler genellikle servet birikimine sahip olduklarından, toplam servet dağılımı yaş grupları arasında farklılık göstermektedir. Çalışma çağındaki bireylerin gelirlerinin büyük bir kısmı tüketim harcamalarına yönlendirilirken, yaşlı bireyler tasarruf eğilimlerini artırarak servet birikimini sürdürmektedir. Ancak, yaşlanan nüfusun servet dağılımındaki rolü ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin, gelişmiş ülkelerde yaşlı bireyler, emeklilik fonları ve yatırım gelirleri aracılığıyla ekonomik güvenceye sahipken, gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun büyük bir kısmı düşük gelir gruplarında yer almakta ve sosyal yardımlara bağımlı hale gelmektedir (Kenanoğlu ve Aydın, 2022). Yaşlı bireylerin servet birikimindeki artış, miras yoluyla servet transferini artırarak ekonomik eşitsizlikleri de derinleştirebilmektedir. Özellikle genç nüfusun iş gücüne katılımının azalması ve gelir dağılımındaki eşitsizlikler, yaşlanan nüfusun ekonomik sistem üzerindeki etkisini daha da karmaşık hale getirmektedir.

Sosyal güvenlik sistemleri, yaşlanan nüfusun en fazla etkilediği alanlardan biri olarak öne çıkmaktadır. Emeklilik sistemleri, uzun vadeli bakım hizmetleri ve sağlık harcamaları yaşlanan nüfus ile birlikte hızla artış göstermektedir. Sosyal güvenlik sistemleri, çalışan nüfusun ödediği primlerle finanse edilmekte olup, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte sistemin sürdürülebilirliği tehlikeye girmektedir. Emeklilik yaşının yükseltilmesi, sosyal güvenlik reformları ve bireysel emeklilik fonlarının teşvik edilmesi gibi önlemler, yaşlanan nüfusun sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki etkilerini azaltmayı amaçlamaktadır. Ancak, yaşlı nüfusun artışıyla birlikte, sosyal yardımlara olan talep de artmakta ve bu durum devlet bütçeleri üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır (Ertürk, 2023). Kamu harcamalarının artan bir oranının yaşlı nüfus için sağlık ve emeklilik harcamalarına ayrılması, eğitim, altyapı ve diğer kamu hizmetlerine yönelik yatırımların azalmasına neden olabilmektedir.

Yaşlanan nüfusun sosyal etkileri, ekonomik etkiler kadar önemli olup, toplumsal ilişkiler, aile yapıları ve sosyal dayanışma sistemleri üzerinde değişikliklere yol açmaktadır. Yaşlı nüfusun artışı, nesiller arası ilişkilerin yeniden şekillenmesine neden olmakta ve bakım yükünü artırmaktadır. Geleneksel aile yapılarında yaşlı bireylerin bakımının aile üyeleri tarafından üstlenildiği görülürken, modern toplumlarda bu bakımın kurumsallaşmış hizmetler aracılığıyla sağlandığı gözlemlenmektedir. Özellikle şehirleşmenin artması ve bireylerin çekirdek aile yapısına yönelmesi, yaşlı bireylerin

sosyal izolasyon yaşamasına ve yalnızlık hissine kapılmasına yol açmaktadır. Bu durum, yaşlı bireylerin psikolojik sağlığını olumsuz etkilemekte ve depresyon, anksiyete gibi ruh sağlığı problemlerinin yaygınlaşmasına neden olmaktadır (Mercan Sarı ve Burcu Sağlam, 2024).

Sosyal ilişkilerde meydana gelen bu değişimler, yaşlı bireylerin topluma entegrasyonunu da zorlaştırmaktadır. Yaşlı bireylerin iş gücü piyasasından çekilmesi, onların ekonomik ve sosyal hayatta daha az aktif olmalarına yol açmakta, bu durum sosyal dışlanma riskini artırmaktadır. Bununla birlikte, yaşlı bireylerin toplumla olan bağlarını güçlendirmek ve aktif yaşlanma politikalarını teşvik etmek, bu olumsuzlukların önüne geçmek adına önemli bir strateji olarak görülmektedir. Yaşlı bireylerin toplumsal yaşama katılımının desteklenmesi, gönüllülük faaliyetlerine teşvik edilmesi ve sosyal hizmetlerin artırılması, yaşlı nüfusun toplumsal hayattaki rolünü güçlendirebilir.

Yaşlanan nüfus, iş gücü piyasalarında da önemli dönüşümlere neden olmaktadır. Genç iş gücünün azalması, şirketlerin deneyimli çalışanlara daha fazla ihtiyaç duymasına yol açmakta ve emeklilik yaşının yükseltilmesini gündeme getirmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde, yaşlı çalışanların iş gücüne daha uzun süre katılmasını teşvik eden politikalar benimsenmektedir. Bu durum, iş gücü piyasasında yaşlı bireylerin daha aktif roller üstlenmesine yol açarken, aynı zamanda genç iş gücüyle rekabeti artırarak istihdam politikalarında değişikliklere neden olmaktadır (Ertürk, 2023).

Yaşlanan nüfusun ekonomik ve sosyal etkileri, küresel ölçekte birçok ülkenin karşılaştığı en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. Ekonomik büyüme, iş gücü piyasaları, sosyal güvenlik sistemleri ve servet dağılımı üzerindeki etkileri, yaşlanan nüfusun yönetilmesi gereken bir süreç olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda, sosyal etkileri açısından yaşlı bireylerin topluma entegrasyonu, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve aktif yaşlanma politikalarının hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda hem ekonomik hem de sosyal politikaların, yaşlanan nüfusun etkilerini azaltacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Uzun vadeli planlamalar ve sürdürülebilir sosyal politikalar, yaşlanan nüfusun olumsuz etkilerini minimize etmeye ve toplumsal uyumu sağlamaya yönelik stratejiler geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

4.1.2. Yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamalarına etkisi

Nüfusun yaşlanması, sağlık sistemleri ve kamu bütçeleri üzerinde önemli baskılar yaratan küresel bir olgu haline gelmiştir. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine olan ihtiyacının artması, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından yeni politikaların geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Kamu sağlık harcamaları, hükümetlerin sağlık sistemlerini finanse etmek için ayırdığı kaynaklardan oluşmakta olup, yaşlanan nüfusun artışıyla birlikte bu harcamaların giderek yükseldiği gözlemlenmektedir. Özellikle sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık sigortaları aracılığıyla sağlanan hizmetlerin maliyetleri, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranına bağlı olarak artış göstermektedir (Eryer, 2024).

Yaşlanan nüfusun sağlık harcamaları üzerindeki etkisi, doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki temel faktör üzerinden değerlendirilmektedir. Doğrudan etkiler, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması, hastaneye yatış oranlarının yükselmesi, ilaç tüketiminin artması ve uzun süreli bakım hizmetlerine olan talebin büyümesiyle ilişkilidir. Dolaylı etkiler ise yaşlı bağımlılık oranındaki artışın sağlık sigortası primleri üzerindeki baskısı, sağlık finansman modellerinin sürdürülebilirliği ve sağlık iş gücü üzerindeki taleplerin değişimi ile ilgilidir (Öncebe, 2024). Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının büyük bir kısmı yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için tahsis edilmekte, bu durum kamu bütçelerinde sağlık alanına ayrılan payın giderek büyümesine neden olmaktadır.

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte kronik hastalıkların yaygınlaşması, daha sık sağlık hizmeti kullanımı ve uzun süreli bakım ihtiyacının artması, kamu sağlık harcamalarının daha büyük bir payla finanse edilmesini gerekli kılmaktadır. Gelişmiş sosyal güvenlik sistemlerine sahip ülkelerde yaşlı nüfusa yönelik sağlık hizmetlerinin büyük oranda kamu kaynaklarıyla karşılandığı ve bu nedenle yaşlanmanın kamu harcamalarına doğrudan yansıdığı görülmektedir. Kamu maliyesi açısından değerlendirildiğinde, yaşlı nüfusun artışı ile birlikte kamu kaynaklarının sağlık hizmetlerine yönlendirilme düzeyinin de arttığı söylenebilir. COVID-19 pandemisinin etkisiyle olduğu düşünüldüğünde, sağlık krizlerinin yaşlı nüfus üzerindeki etkisi ve bunun kamu harcamalarına yansması daha görünür hale gelmektedir. Pandemi süreci, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde kamusal desteğin artırılmasını zorunlu kılmıştır. Yaşlanan nüfusun yaygın kronik rahatsızlıkları ve sağlık sistemi üzerindeki

bakım yükü, devletin sağlık bütçesindeki artışı doğrudan yönlendiren faktörler arasında yer almıştır.

Yaşlılık ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyması nedeniyle güçlü bir bağ içermektedir. İnsan yaşamının ilerleyen dönemlerinde kronik hastalıkların yaygınlaşması, fiziksel ve bilişsel yetilerin azalması, sağlık sigortası taleplerinin yükselmesi ve sağlık hizmetlerine olan bağımlılığın artması, kamu sağlık harcamalarını doğrudan etkilemektedir. OECD ülkeleri üzerinde yapılan araştırmalar, sağlık harcamalarının yaşlı nüfusun yoğunlaştığı ülkelerde daha yüksek olduğunu göstermektedir (Kavurmacı ve Gündüz, 2023).

Sağlık harcamalarının yaşlı nüfusa bağlı olarak artmasının temel nedenlerinden biri, bireylerin yaşlandıkça sağlık hizmetlerine olan bağımlılığının artmasıdır. Yaşlı bireylerin hastaneye yatış oranları genç nüfusa kıyasla daha yüksektir ve tedavi süreleri genellikle daha uzundur. Aynı zamanda yaşlı bireyler, rutin sağlık kontrollerine, tıbbi testlere ve ilaç tedavilerine daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Bu durum, sağlık harcamalarının yaşlı nüfusun artışıyla birlikte büyümesine yol açmaktadır (Eryer, 2024). Kamu sağlık harcamalarının finansmanı açısından, yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için devlet bütçelerinden daha fazla pay ayrılması gerekmekte, bu da ekonomik kaynakların daha fazla zorlanmasına neden olmaktadır.

Bunun yanı sıra, yaşlanan nüfusun sağlık harcamaları üzerindeki baskısı, sağlık sigorta sistemleri için de sürdürülebilirlik açısından ciddi sorunlar yaratmaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri, çalışan nüfus tarafından finanse edilen bir yapıdadır ve yaşlı bağımlılık oranının artması, bu sistemlerin finansmanını zorlaştırmaktadır. Çalışan nüfusun azalması ve yaşlı nüfusun büyümesi, sağlık sigortası fonlarının maliyetlerini artırarak primlerin yükselmesine veya devlet desteklerinin artmasına neden olmaktadır (Öncebe, 2024). Bu durum, sağlık harcamalarının kamu bütçesi içindeki payının sürekli artmasına yol açarak, eğitim, altyapı ve sosyal hizmetler gibi diğer alanlara ayrılan kaynakların azalmasına sebep olmaktadır.

Yaşlı nüfusun sağlık harcamalarını artıran bir diğer önemli faktör, sağlık teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yükselmesidir. Tıbbi teşhis ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, yaşlı bireylerin daha uzun süre tedavi görmesine olanak sağlamakta ancak bu durum sağlık hizmetlerinin maliyetini

artırmaktadır. Özellikle ileri yaş gruplarında kullanılan tıbbi cihazlar, cerrahi müdahaleler, rehabilitasyon hizmetleri ve evde bakım programları, kamu sağlık harcamalarının giderek yükselmesine neden olmaktadır (Tıraş ve Özbek, 2021).

Artan yaşlı nüfusla birlikte kronik hastalıkların, uzun süreli bakım ihtiyaçlarının ve düzenli ilaç kullanımının yaygınlaşması, kamu kaynaklı sağlık harcamalarının giderek daha büyük bir paya ulaşmasına neden olmuştur. Ayrıca yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz ve kapsamlı şekilde faydalanmasını sağlayan sosyal politika araçları, kamu harcamalarının giderek daha büyük bir kısmının yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına tahsis edilmesine neden olmaktadır.

Sonuç olarak yaşlı nüfus artışının kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin iki ana mekanizma üzerinden işlediği söylenebilir. Birincisi, doğrudan sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıdır. Yaşlı bireyler, genç nüfusa kıyasla daha sık sağlık kuruluşlarına başvurmakta, daha uzun süreli tedavi ve bakım hizmetlerine ihtiyaç duymakta ve daha fazla ilaç tüketmektedir (Batbaylı, 2021). Bu durum, sağlık sistemlerinde yaşlı bireylere özgü hizmetlerin planlanmasını ve bu hizmetlerin kamu kaynaklarıyla karşılanmasını zorunlu kılmaktadır. İkinci mekanizma ise, sağlık hizmetlerinin niteliğine yönelik dönüşümdür. Yaşlı bireyler için yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda koruyucu, palyatif ve psikososyal hizmetlerin sunulması gerekmektedir. Bu hizmetlerin finansmanı da genellikle kamu tarafından sağlandığı için yaşlılıkla birlikte sağlık harcamaları yalnızca miktar olarak değil, içerik olarak da genişlemektedir (Becerem vd., 2021; Çalışkan ve Sanisoğlu, 2022).

Literatürde sağlık harcamalarının artış nedenleri arasında yaşlı nüfusun doğrudan bir etki unsur olup olmadığı uzun yıllardır tartışma konusudur. Bazı çalışmalar, yaşlılıkla birlikte sağlık harcamalarının arttığını savunurken (Getzen, 2000), bazıları ise teknolojik gelişmelerin ve genel hizmet talebinin daha belirleyici olduğunu öne sürmektedir (Zweifel et al., 2004). Ancak bu çalışmanın bulguları, yaşlı nüfusun oransal artışı ile kamu sağlık harcamaları arasında pozitif ve tutarlı bir ilişki olduğunu açıkça göstermektedir. Özellikle sosyal güvenlik sistemi gelişmiş ülkelerde yaşlı bireylere yönelik harcamaların kamu bütçeleri içinde çok daha belirgin hale geldiği, böylece yaşlılık olgusunun doğrudan bir maliyet unsuru olarak ortaya çıktığı anlaşılmaktadır.

4.1.2.1. Kronik hastalıklar ve uzun süreli bakım maliyetleri

Yaşlanan nüfusun sağlık harcamaları üzerindeki en büyük etkilerinden biri de kronik hastalıkların yaygınlaşması ve uzun süreli bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacın artmasıdır. Yaşlı bireylerde yaygın olarak görülen hastalıklar arasında kalp hastalıkları, diyabet, osteoporoz, hipertansiyon, solunum rahatsızlıkları ve nörolojik bozukluklar yer almaktadır. Bu hastalıkların tedavi edilmesi, düzenli takip edilmesi ve ilaç tedavilerinin sürdürülmesi uzun vadeli sağlık harcamalarının önemli bir bileşenini oluşturmaktadır (Kavurmacı ve Gündüz, 2023).

Özellikle yaşlı bireylerin uzun süreli bakım hizmetlerine olan ihtiyaçlarının artması, sağlık harcamalarının önemli bir kısmının bu alana yönelmesine neden olmaktadır. Uzun süreli bakım hizmetleri, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri için sunulan sağlık ve sosyal hizmetleri kapsamaktadır. Evde bakım hizmetleri, huzurevleri, rehabilitasyon merkezleri ve palyatif bakım hizmetleri, yaşlı bireyler için sağlanan uzun vadeli sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır (Eryer, 2024). Bu hizmetlerin maliyetleri oldukça yüksek olup hem bireyler hem de kamu bütçeleri üzerinde ciddi finansal baskılar oluşturmaktadır.

Türkiye’de uzun süreli bakım hizmetlerinin maliyetleri incelendiğinde, kamu ve özel sektör iş birliği ile sunulan hizmetlerin giderek arttığı gözlemlenmektedir. Ancak, yaşlı bireylerin büyük bir kısmı ekonomik yetersizlikler nedeniyle özel bakım hizmetlerine erişimde zorluk yaşamaktadır. Bu durum, devletin sağlık bütçesinden uzun süreli bakım hizmetlerine daha fazla kaynak ayırmasını gerektirmekte ve kamu harcamalarının sürdürülebilirliği açısından yeni çözümler geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır (Öncebe, 2024).

Uzun süreli bakım hizmetlerinin maliyetlerini azaltmak için birçok ülkede koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılmaktadır. Özellikle erken teşhis ve hastalık önleme programları sayesinde yaşlı bireylerin hastalıklara yakalanma riski azaltılmakta ve uzun vadeli sağlık harcamalarının kontrol altında tutulması hedeflenmektedir. Bunun yanı sıra, teknolojik sağlık çözümleri ve dijital sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması da uzun süreli bakım maliyetlerini düşürmek açısından önemli bir strateji olarak görülmektedir (Tıraş ve Özbek, 2021).

Yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisi giderek daha belirgin hale gelmekte ve hükümetlerin sağlık sistemlerini bu değişime uygun hale getirmesi gerekmektedir. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebinin artması, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve uzun süreli bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacın büyümesi, kamu sağlık harcamalarının finansmanını zorlaştırmaktadır. Bu süreçte, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık sigorta sistemlerinin sürdürülebilir hale getirilmesi ve uzun süreli bakım hizmetlerine yönelik politikaların geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Uzun vadede, yaşlanan nüfusun sağlık sistemleri üzerindeki yükünü hafifletebilmek için inovatif sağlık çözümlerine yatırım yapılması ve devletin sağlık harcamalarına yönelik stratejik planlamalar yapması gerekmektedir.

4.1.2.2. Yaşlanan nüfusun hastanelere ve sağlık kuruluşlarına etkisi

Nüfusun yaşlanması, sağlık sistemlerinin işleyişinde önemli değişimlere yol açmakta ve hastaneler ile sağlık kuruluşları üzerindeki baskıyı artırmaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine duyduğu talep, hastanelerin kapasitesini zorlamakta ve sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli zorluklara neden olmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı yaşlı bireylere yönelik olarak düzenlenmekte olup, hastane yatış oranlarının yüksek olması sağlık sistemleri üzerinde mali ve operasyonel baskı oluşturmaktadır (Becerren, İzgi ve Fırat, 2021).

Yaşlanan nüfusun hastaneler üzerindeki etkileri, yatış sürelerinin uzaması, acil servis başvurularının artması, yoğun bakım ihtiyacının yükselmesi ve rehabilitasyon hizmetlerine olan talebin büyümesi gibi faktörlerle doğrudan ilişkilidir. Yaşlı bireylerin kronik hastalıkları, akut sağlık sorunlarıyla birleştiğinde hastanede kalış süresi genç nüfusa kıyasla daha uzun olmaktadır. Bu durum, yatak doluluk oranlarını artırarak hastanelerin hizmet kapasitesini zorlamakta ve sağlık personeli üzerindeki iş yükünü yükseltmektedir. Aynı zamanda, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine düzenli erişim ihtiyacı, poliklinik hizmetlerinin artmasına ve hastanelerdeki tıbbi cihaz ile ekipman kullanım oranlarının yükselmesine neden olmaktadır (Atılğan, 2024).

Sağlık kuruluşları, yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarına cevap verebilmek için daha fazla uzmanlaşmış hizmetler sunmak zorunda kalmaktadır. Geriatri kliniklerinin yaygınlaştırılması, palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaşlı bireylere yönelik

özel sağlık programlarının artırılması gibi politikalar, yaşlanan nüfusun hastaneler üzerindeki etkisini hafifletmeye yönelik stratejiler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, yaşlı bireylerin hastane dışı sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi, evde bakım hizmetlerinin teşvik edilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gibi önlemler de sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini artırmaya katkı sağlamaktadır (Çalışkan ve Sanisoğlu, 2022).

Hastanelerin artan yaşlı nüfus nedeniyle karşı karşıya olduğu bir diğer önemli sorun, sağlık personelinin yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarına uygun olarak eğitilmesi gerekliliğidir. Yaşlı bireylerin sağlık sorunları daha karmaşık olduğu için, sağlık personelinin bu alanda uzmanlaşması ve geriatrik bakım konusunda daha fazla bilgi sahibi olması gerekmektedir. Özellikle hemşirelerin ve hekimlerin yaşlı hastalarla iletişim, kronik hastalık yönetimi ve uzun süreli bakım hizmetleri konularında eğitilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada kritik rol oynamaktadır (Akar, Sarıtaş ve Akar, 2023).

Hastanelerin fiziki altyapısı da yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarına göre yeniden düzenlenmelidir. Yaşlı bireyler, hareket kabiliyeti kısıtlı olduğundan, hastane içi ulaşım, hasta odalarının tasarımı ve tıbbi ekipmanların yaşlı bireylerin kullanımına uygun hale getirilmesi gibi düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca, acil servislerde yaşlı bireylere yönelik öncelikli hizmetlerin sağlanması ve özel bakım alanlarının oluşturulması, yaşlanan nüfusun sağlık hizmetlerine daha etkin erişimini mümkün kılacaktır.

Yaşlanan nüfus, hastaneler ve sağlık kuruluşları üzerinde artan bir baskı oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için hastanelerin kapasitesinin artırılması, sağlık personelinin geriatrik bakım konusunda eğitilmesi ve yaşlı bireylerin hastane dışında da etkin sağlık hizmeti almasını sağlayacak politikaların geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, sağlık sistemlerinin yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarına uyum sağlaması için uzun vadeli planlamaların yapılması gerekmektedir.

4.1.2.3. Sağlık sigortası ve sosyal güvenlik sistemine etkileri

Yaşlanan nüfus, sağlık sigortası sistemleri ve sosyal güvenlik politikaları üzerinde önemli değişimlere yol açmaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri, çalışan nüfus tarafından finanse edilen bir yapı üzerine kurulu olup, yaşlı nüfusun artması bu sistemlerin

sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Emeklilik yaşının yükselmesi, sağlık sigortası primlerinin artması ve sosyal güvenlik fonlarının bütçe üzerindeki yükünün artması, yaşlanan nüfusun sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki en önemli etkilerinden bazılarıdır (Becerren, İzgi ve Fırat, 2021).

Yaşlanan nüfusun sağlık sigortası sistemleri üzerindeki en büyük etkilerinden biri, sigorta primleri ile sağlık hizmetlerine yönelik talepler arasındaki dengenin bozulmasıdır. Genç ve sağlıklı bireylerin ödediği primler, yaşlı bireylerin sağlık harcamalarını finanse etmek için kullanılmakta olup, yaşlı nüfusun artması sigorta sistemlerini daha fazla maliyetle karşı karşıya bırakmaktadır. Özellikle devlet destekli sağlık sigortası sistemlerinde, yaşlı nüfusun sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu bütçesinden karşılanmaktadır. Bu durum, hükümetlerin sağlık sigortası fonlarını sürdürülebilir hale getirmek için emeklilik yaşını yükseltme ve sağlık sigortası primlerini artırma gibi politikalar geliştirmesine neden olmaktadır (Atılğan, 2024).

Sağlık sigortası sistemlerinin yaşlanan nüfusa uygun hale getirilmesi için birçok ülkede çeşitli reformlar gerçekleştirilmektedir. Özellikle bireysel emeklilik ve sağlık sigortası fonlarının teşvik edilmesi, özel sağlık sigortası sistemlerinin yaygınlaştırılması ve sigorta kapsamındaki hizmetlerin yeniden düzenlenmesi gibi politikalar, sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliğini artırmak için uygulanmaktadır. Bununla birlikte, yaşlı bireylerin sağlık sigortası kapsamında yer alan hizmetlere daha fazla erişebilmesi için sosyal devlet anlayışı çerçevesinde sağlık sigortası politikalarının güçlendirilmesi gerekmektedir (Akar, Sarıtaş ve Akar, 2023).

Sosyal güvenlik sistemleri açısından yaşlanan nüfusun en büyük etkilerinden biri, emeklilik sistemleri üzerindeki baskıdır. Emeklilik yaşının yükseltilmesi, çalışan nüfusun daha uzun süre iş gücüne katılmasını teşvik etmekte ve sosyal güvenlik sistemlerinin mali yükünü azaltmayı hedeflemektedir. Ancak, bu tür reformlar sosyal tepkilere yol açabilmekte ve çalışan nüfusun emeklilik hakkı konusundaki beklentilerini değiştirmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde emeklilik yaşının 65 yaşın üzerine çıkarılması, sosyal güvenlik sistemlerinin finansal sürdürülebilirliğini sağlamak için sıkça başvurulan bir yöntem olmuştur (Çalışkan ve Sanisoğlu, 2022).

Yaşlanan nüfus, sağlık sigortası ve sosyal güvenlik sistemleri üzerinde önemli baskılar oluşturmaktadır. Sigorta primleri ile sağlık harcamaları arasındaki dengenin korunması,

sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliği için kritik bir faktördür. Bu süreçte, hükümetlerin sağlık sigortası ve sosyal güvenlik politikalarını yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarına uygun hale getirmesi gerekmektedir. Bireysel emeklilik ve özel sağlık sigortası fonlarının teşvik edilmesi, emeklilik yaşının yeniden düzenlenmesi ve sigorta kapsamındaki sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, yaşlanan nüfusun sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki etkilerini yönetmek için alınabilecek önlemler arasında yer almaktadır. Uzun vadeli stratejik planlamalar, sosyal güvenlik sistemlerinin mali sürdürülebilirliğini sağlamak için temel bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

4.1.3. Yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamalarına etkisini azaltmaya yönelik çözüm önerileri: yaşlılık destek programları

Nüfusun yaşlanması, devletlerin sağlık politikalarını ve sosyal destek programlarını yeniden yapılandırmasını zorunlu kılmaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine olan ihtiyacının artması, sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki mali yükü artırmakta ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından yeni politikaların geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu doğrultuda, sağlık politikaları ve yaşlılık destek programları, yaşlanan nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini artırmayı ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedeflemektedir (Göktaş, 2023).

Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusa yönelik sağlık politikaları, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve uzun vadeli bakım sistemlerinin geliştirilmesi gibi unsurlar üzerine inşa edilmiştir. Yaşlı bireylerin hastaneye yatış oranlarını düşürmek ve sağlık sistemlerinin üzerindeki yükü hafifletmek için önleyici sağlık hizmetlerine büyük önem verilmektedir. Erken teşhis programları, kronik hastalık yönetimi ve yaşlılara yönelik özel sağlık sigorta sistemleri, gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun sağlık sistemine getirdiği maliyetleri azaltmaya yönelik başlıca stratejiler arasında yer almaktadır (Mutlu ve Metin, 2022).

Türkiye’de yaşlı nüfusa yönelik sağlık politikaları, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve sosyal güvenlik sistemlerini daha kapsayıcı hale getirmek üzerine yoğunlaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan Evde Sağlık Hizmetleri Programı, yaşlı bireylerin hastane ortamına ihtiyaç duymadan sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra, yaşlı bireylerin uzun vadeli bakım ihtiyacını karşılamak amacıyla huzurevleri, yaşlı bakım merkezleri ve

rehabilitasyon tesislerinin sayısının artırılması hedeflenmektedir. Ancak, Türkiye’de yaşı nüfusun hızla artması, sağlık hizmetlerine yönelik taleplerin beklenenden daha hızlı büyümesine yol açmakta ve sağlık politikalarının sürekli güncellenmesini gerektirmektedir (Topcu, 2021).

Yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini artırmak için geliştirilen bir diğer politika, yaşlı dostu hastaneler modelidir. Gelişmiş ülkelerde uygulanan bu model, yaşlı bireylere özel bakım alanlarının oluşturulmasını, sağlık personelinin geriatrik bakım konusunda eğitilmesini ve yaşlı hastaların sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılmasını kapsamaktadır. Türkiye’de de bazı üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşları, yaşlı bireylere yönelik özel sağlık hizmetleri sunmaya başlamış ancak bu modelin yaygınlaştırılması için daha fazla kurumsal destek gerekmektedir (Göktaş, 2023).

Sosyal güvenlik sistemlerinin yaşlı nüfus için daha kapsayıcı hale getirilmesi de sağlık politikalarının önemli bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir. Özellikle düşük gelirli yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak amacıyla devlet destekli sağlık sigorta programları genişletilmekte, ilaç ve tedavi destekleri artırılmaktadır. Türkiye’de Yeşil Kart Sistemi gibi düşük gelirli bireyleri kapsayan sosyal güvenlik mekanizmaları, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya düşük maliyetle yararlanmasına olanak tanımaktadır (Mutlu ve Metin, 2022).

Sağlık politikaları ve yaşlılık destek programları, yaşlanan nüfusun sağlık sistemlerine olan etkisini minimize etmek için büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de ve dünyada yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmaya yönelik politikalar geliştirilmekte olup, bu politikaların etkin bir şekilde uygulanması, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından kritik bir öneme sahiptir. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşlanmasını teşvik eden politikalar, hem sağlık sistemlerinin üzerindeki yükü hafifletecek hem de bireylerin yaşam kalitesini artıracaktır.

Yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisini azaltmak, sürdürülebilir sağlık politikalarının geliştirilmesini gerektiren önemli bir konudur. Demografik dönüşüm sürecinde yaşlı nüfusun artması, sağlık sistemlerine yönelik harcamaların hızla yükselmesine neden olmakta ve devlet bütçeleri üzerinde önemli bir mali yük oluşturmaktadır. Bu süreçte, sağlık harcamalarının kontrol altına alınabilmesi için çeşitli politika ve stratejiler geliştirilmelidir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin

güçlendirilmesi ve sağlık teknolojilerinin etkin kullanımı, yaşlanan nüfusun sağlık hizmetlerine olan bağımlılığını azaltarak kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilir hale gelmesini sağlayabilir (Aydemir ve Yaşar, 2020).

Sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik çözüm önerileri, önleyici sağlık politikaları, yaşlı dostu sağlık hizmetleri, dijital sağlık uygulamaları, tıbbi teknolojilerin verimli kullanımı ve aktif yaşlanma stratejileri gibi çeşitli başlıklar altında ele alınabilir. Bu kapsamda, devletlerin sağlık harcamalarını optimize edebilmesi için uzun vadeli planlamalar yapması, yaşlı nüfusa yönelik özel sağlık hizmetleri geliştirmesi ve teknoloji destekli sağlık çözümlerini yaygınlaştırması büyük önem taşımaktadır.

4.1.3.1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık harcamalarının azaltılmasında temel stratejilerden biri olarak öne çıkmaktadır. Yaşlı nüfusun kronik hastalıklara yakalanma riskini en aza indirmek, uzun süreli bakım ihtiyacını azaltmak ve sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı düşürmek için koruyucu sağlık politikalarının güçlendirilmesi gerekmektedir (Gökbunar, Uğur ve Duramaz, 2016). Koruyucu sağlık hizmetleri, erken teşhis ve tarama programları, aşı kampanyaları, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerini teşvik eden programlar gibi çeşitli alanları kapsamaktadır.

Özellikle erken teşhis ve tarama programları, yaşlı bireylerin kronik hastalıklara yakalanmasını önlemede önemli bir rol oynamaktadır. Kanseri, diyabet, kalp hastalıkları ve hipertansiyon gibi hastalıkların erken evrelerde teşhis edilmesi, sağlık harcamalarının uzun vadede azalmasına katkı sağlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde uygulanan yaygın sağlık taramaları, yaşlı bireylerin düzenli olarak kontrol edilmesini ve hastalıkların ilerlemeden önlenmesini hedeflemektedir. Türkiye’de de sağlık ocakları ve aile hekimliği sistemleri aracılığıyla yaşlı bireylerin düzenli sağlık kontrollerinden geçmesi teşvik edilmelidir (Erol, 2016).

Aşı kampanyaları da yaşlı nüfusun sağlık harcamalarını azaltmada etkili bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Özellikle grip, zatürre ve COVID-19 aşısı, yaşlı bireylerin enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmasını sağlamakta ve hastane yatış oranlarını düşürmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşlı bireyler için aşı zorunluluğu veya teşvik sistemleri bulunmakta olup, Türkiye’de de benzer uygulamaların

yaygınlaştırılması sağlık harcamalarını azaltmada önemli bir rol oynayacaktır (Uyanık ve Başyigit, 2018).

Sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini teşvik eden programlar da kamu sağlık harcamalarını azaltmada önemli bir faktördür. Dengeli beslenme, fiziksel aktivite, sigara ve alkol kullanımının azaltılması, yaşlı bireylerin genel sağlık durumlarını iyileştirerek hastalık risklerini azaltmaktadır. Örneğin, Avrupa’da birçok ülke sağlıklı yaşam merkezleri ve yaşlı dostu spor salonları aracılığıyla yaşlı bireylerin aktif yaşlanmasını teşvik etmektedir. Türkiye’de de benzer uygulamaların yaygınlaştırılması, yaşlı bireylerin sağlık harcamalarını düşürerek kamu sağlık sistemine olan yükü azaltabilir (Aydemir ve Yaşar, 2020).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, yaşlanan nüfusun sağlık sistemleri üzerindeki yükünü azaltmak için en etkili stratejilerden biridir. Devletlerin erken teşhis ve tarama programlarını yaygınlaştırması, aşı kampanyalarını genişletmesi ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını teşvik etmesi, uzun vadede sağlık harcamalarının sürdürülebilir hale gelmesini sağlayacaktır.

4.1.3.2. Sağlık teknolojilerinin etkin kullanımı

Sağlık teknolojilerinin etkin kullanımı, yaşlanan nüfusun sağlık harcamalarını optimize etmek için önemli bir araçtır. Tıbbi cihazlar, dijital sağlık sistemleri, yapay zekâ destekli teşhis yöntemleri ve uzaktan sağlık hizmetleri, sağlık harcamalarının verimli bir şekilde yönetilmesine katkı sağlamaktadır (Gökbunar, Uğur ve Duramaz, 2016). Gelişmiş ülkelerde teknoloji tabanlı sağlık çözümleri, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmakta ve sağlık sistemlerinin üzerindeki yükü hafifletmektedir.

Dijital sağlık sistemleri ve elektronik sağlık kayıtları, yaşlı bireylerin sağlık geçmişlerinin daha iyi takip edilmesini sağlamaktadır. Elektronik sağlık kayıtları sayesinde hasta bilgileri dijital ortamda saklanmakta ve hastaneler arasında daha etkin bir bilgi akışı sağlanmaktadır. Bu sistemler, gereksiz test ve tetkiklerin önlenmesini sağlayarak sağlık harcamalarının düşmesine katkıda bulunmaktadır. Türkiye’de e-Nabız sistemi, hastaların sağlık geçmişlerini takip etmelerine olanak tanımakta olup, bu sistemin yaşlı bireylere yönelik daha kapsamlı hale getirilmesi sağlık harcamalarını azaltabilir (Erol, 2016).

Uzaktan sağlık hizmetleri (tele-tıp uygulamaları), yaşı bireylerin hastanelere gitmeden sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayarak sağlık harcamalarını düşüren önemli bir yöntemdir. Özellikle kronik hastalık yönetiminde kullanılan uzaktan hasta izleme sistemleri, yaşı bireylerin evlerinden çıkmadan sağlık profesyonelleri tarafından takip edilmesine olanak tanımaktadır. Bu sayede hastaneye yatış oranları azalarak kamu sağlık harcamaları üzerinde olumlu bir etki yaratılmaktadır (Uyanık ve Başyigit, 2018).

Yapay zekâ destekli teşhis sistemleri, hastalıkların erken aşamada tespit edilmesine ve tedavi süreçlerinin hızlandırılmasına yardımcı olmaktadır. Yapay zekâ algoritmaları, yaşı bireylerin sağlık verilerini analiz ederek hastalık risklerini önceden belirleyebilmekte ve doktorların daha doğru teşhis koymasına olanak tanımaktadır. Bu sistemlerin yaygınlaştırılması, gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçilmesine ve yaşı bireylerin hastalıklarının daha erken aşamalarda tedavi edilmesine katkı sağlayacaktır (Aydemir ve Yaşar, 2020).

Son olarak, robotik bakım sistemleri ve yaşı dostu akıllı cihazlar, uzun vadeli bakım hizmetlerinin maliyetlerini azaltmak için kullanılmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde yaşı bireylere yönelik otomatik ilaç dağıtım sistemleri, hareket sensörleri ve akıllı ev teknolojileri, yaşı bireylerin daha bağımsız bir yaşam sürmesini sağlamakta ve hastane yatış oranlarını düşürmektedir. Türkiye’de de yaşı bakım hizmetlerinde teknolojik çözümlerin yaygınlaştırılması, sağlık harcamalarının daha verimli yönetilmesine katkı sağlayacaktır (Gökbunar, Uğur ve Duramaz, 2016).

Sağlık teknolojilerinin etkin kullanımı, yaşı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırarak kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilir hale gelmesini sağlayabilir. Dijital sağlık çözümlerinin yaygınlaştırılması, uzaktan sağlık hizmetlerinin artırılması ve yapay zekâ destekli teşhis sistemlerinin kullanımı, yaşı nüfusun sağlık sistemleri üzerindeki yükünü hafifletmek için kritik öneme sahiptir. Bu doğrultuda, devletlerin teknoloji odaklı sağlık politikalarını geliştirmesi ve yaşı bireylere yönelik dijital sağlık hizmetlerini teşvik etmesi gerekmektedir.

4.1.3.3. Yaşı bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve alternatif modeller

Yaşlanan nüfus, küresel ölçekte sağlık ve sosyal politika sistemlerinde önemli değişimlere neden olmakta, özellikle yaşı bireylerin bakım hizmetlerine yönelik talepler giderek artmaktadır. Yaşı bakım hizmetleri, bireylerin sağlık durumlarına ve

yaşam kalitelerine doğrudan etki eden kritik bir alan olup, bu hizmetlerin geliştirilmesi sağlık harcamalarının uzun vadede dengelenmesine yardımcı olabilir. Türkiye’de ve dünyada yaşlı bakım hizmetlerine yönelik farklı modeller geliştirilmiş olup, bu modellerin etkin bir şekilde uygulanması, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırırken, kamu sağlık harcamalarının daha verimli kullanılmasına olanak tanıyacaktır (Karacan, 2017).

Geleneksel yaşlı bakım hizmetleri, genellikle hastane temelli bakım, uzun süreli yatılı bakım ve evde bakım hizmetleri olmak üzere üç ana kategoriye ayrılmaktadır. Ancak bu hizmetlerin maliyeti oldukça yüksek olup, sağlık sistemleri üzerindeki finansal yükü artırmaktadır. Bu nedenle, son yıllarda alternatif bakım modelleri geliştirilmiş ve yaşlı bireylerin daha bağımsız bir yaşam sürmesini sağlamak amacıyla toplumsal dayanışma mekanizmaları ön plana çıkarılmıştır (Kaya, 2024).

Evde bakım hizmetleri, yaşlı bakım hizmetlerinin en yaygın modellerinden biridir. Bu modelde, yaşlı bireylerin hastanelere veya bakım merkezlerine gitmelerine gerek kalmadan sağlık hizmetleri ev ortamında sunulmaktadır. Evde bakım hemşireleri, fizyoterapistler ve sosyal hizmet uzmanları tarafından yürütülen bu hizmetler, yaşlı bireylerin sağlık harcamalarını azaltmakta ve hastane yatış oranlarını düşürmektedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Evde Sağlık Hizmetleri Programı, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran önemli bir girişimdir. Ancak, bu programın kapsama alanının genişletilmesi ve hizmet kalitesinin artırılması gerekmektedir (Karacan, 2017).

Toplum temelli bakım hizmetleri, yaşlı bireylerin sosyal entegrasyonunu sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmak amacıyla geliştirilmiş bir modeldir. Bu sistemde, yaşlı bireyler için özel bakım merkezleri, yaşlı dostu topluluk projeleri ve mahalle temelli sosyal destek mekanizmaları oluşturulmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılan yaşlı köyleri ve bakım kooperatifleri, yaşlı bireylerin bağımsız bir yaşam sürmelerine olanak tanırken, devletin bakım harcamalarını minimize etmektedir. Türkiye’de ise bu tür girişimler henüz sınırlı düzeyde uygulanmakta olup, yerel yönetimlerin ve sivil toplum kuruluşlarının yaşlı bakım hizmetlerine daha fazla katkı sağlaması gerekmektedir (Okan ve Cam, 2022).

Teknoloji destekli bakım hizmetleri, yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirilen yenilikçi çözümler arasında yer almaktadır. Tele-sağlık uygulamaları, uzaktan hasta izleme sistemleri, yapay zekâ destekli sağlık danışmanlık hizmetleri ve akıllı ev teknolojileri, yaşlı bakım hizmetlerinin gelecekteki önemli bileşenleri olarak görülmektedir. Dijital sağlık teknolojileri, yaşlı bireylerin sağlık durumlarının anlık olarak takip edilmesini sağlarken, hastane ve bakım merkezlerine olan bağımlılığı azaltmaktadır. Türkiye’de dijital sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, yaşlı bakım sistemlerinin modernizasyonu açısından önemli bir fırsat sunmaktadır (Kaya, 2024).

Özetle, yaşlı bakım hizmetlerinin sürdürülebilir hale getirilmesi için evde bakım, toplum temelli bakım ve teknoloji destekli bakım hizmetleri gibi alternatif modellerin geliştirilmesi gerekmektedir. Türkiye’de yaşlı nüfusun hızla artması, bu hizmetlerin daha geniş kapsamlı hale getirilmesini zorunlu kılmaktadır. Devlet destekli bakım politikalarının yanı sıra, yerel yönetimlerin, özel sektörün ve sivil toplum kuruluşlarının iş birliği içinde çalışması, yaşlı bakım hizmetlerinin verimliliğini artıracaktır. Uzun vadede, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek ve kamu sağlık harcamalarını dengelemek için alternatif bakım modellerinin yaygınlaştırılması kritik bir öneme sahiptir (Arpa ve Kolçak, 2017).

4.1.3.4. Sağlık politikalarının yaşlanan nüfusa uyarlanması

Nüfusun yaşlanması, sağlık sistemlerinin mevcut yapısının yeniden şekillendirilmesini gerektirmekte ve devletleri sağlık politikalarını yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uyumlu hale getirmeye zorlamaktadır. Yaşlanan nüfus için sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, uzun vadeli bakım politikalarının geliştirilmesi, yaşlı dostu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sosyal güvenlik sistemlerinin güçlendirilmesi, bu sürecin en önemli bileşenleri arasında yer almaktadır. Türkiye ve OECD ülkelerinde yaşlı nüfusa yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesi, kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini sağlamak ve yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak açısından kritik bir öneme sahiptir (Kaya, 2024).

Yaşlanan nüfusa yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesinde en önemli adımlardan biri, yaşlı dostu hastane ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıdır. Yaşlı bireylerin hastane ortamında rahat edebilmeleri ve sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanabilmeleri için özel bakım ünitelerinin oluşturulması, geriatric bölümlerin

genişletilmesi ve sağlık personelinin yaşlı bakımı konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Avrupa’da birçok ülkede yaşlı dostu hastane sertifikasyon programları uygulanmakta olup, Türkiye’de de bu uygulamaların yaygınlaştırılması gerekmektedir (Karacan, 2017).

Sağlık politikalarının yaşlanan nüfusa uygun hale getirilmesi için bir diğer önemli konu, uzun vadeli bakım finansmanının güçlendirilmesidir. OECD lkelerinde uzun vadeli bakım hizmetlerinin finansmanı genellikle kamu-özel ortaklıkları, bireysel sağlık sigortaları ve devlet destekli bakım fonları aracılığıyla sağlanmaktadır. Türkiye’de uzun vadeli bakım hizmetlerinin finansmanında eksiklikler bulunmakta olup, yaşlı nüfusun artışına paralel olarak sosyal güvenlik sisteminin güçlendirilmesi gerekmektedir. Özel sigorta sistemlerinin teşvik edilmesi ve devlet destekli bakım fonlarının artırılması, yaşlanan nüfusun sağlık harcamalarına yönelik baskıyı azaltabilir (Okan ve Cam, 2022).

Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için dijital sağlık teknolojilerinin yaygınlaştırılması da kritik bir strateji olarak öne çıkmaktadır. Tele-tıp uygulamaları, uzaktan sağlık danışmanlık hizmetleri ve elektronik sağlık kayıt sistemleri, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden daha etkin bir şekilde yararlanmasına olanak tanımaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılan dijital sağlık mleri, Türkiye’de henüz yeterince yaygınlaşmamış olup, bu alandaki yatırımların artırılması gerekmektedir (Arpa ve Kolçak, 2017).

Son olarak, sağlık politikalarının yaşlı bireylerin sosyal güvenlik sistemleriyle uyumlu hale getirilmesi, kamu sağlık harcamalarının daha dengeli yönetilmesini sağlayabilir. Emeklilik yaşının kademeli olarak artırılması, yaşlı bireylere yönelik sağlık sigorta primlerinin yeniden düzenlenmesi ve uzun vadeli bakım sigortalarının teşvik edilmesi, yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisini azaltmaya yönelik stratejiler arasında yer almaktadır (Kaya, 2024).

Sağlık politikalarının yaşlanan nüfusa uyulanması hem sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından hem de yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılması açısından kritik bir öneme sahiptir. Uzun vadeli bakım finansmanının güçlendirilmesi, yaşlı dostu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, dijital sağlık mlerinin geliştirilmesi ve sosyal güvenlik sistemlerinin yenilenmesi, bu süreçte devletlerin üzerinde durması gereken temel politika alanlarıdır. Türkiye’nin hızla yaşlanan nüfus

yapısını göz önünde bulundurarak sağlık sistemlerini yeniden şekillendirmesi, gelecekte sağlık harcamalarının yönetilebilir olmasını sağlayacaktır.



5. AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE YAŞLANAN NÜFUS VE KAMU SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ

5.1. AB Ülkelerinde Yaşlı Nüfus ve Sağlık Harcamaları

Bu çalışmada, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde yaşlı nüfus oranındaki değişim ve bu değişimin kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisi incelenmektedir. Avrupa ülkeleri, yaşlı nüfus oranının giderek artması nedeniyle demografik dönüşüm yaşayan bölgelerin başında gelmektedir. Özellikle son yıllarda yaşlanan nüfus yapısı, kamu politikaları üzerinde önemli bir baskı oluşturmuş, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği konusunda çeşitli sorunlar gündeme gelmiştir.

AB ülkelerinin seçilmesinin temel nedeni, bölgenin dünya genelinde en yüksek yaşlı nüfus oranlarına sahip olması ve bu durumun sağlık harcamalarını doğrudan etkilemesidir. Yaşlı nüfusun artışı, uzun vadede sağlık sistemlerinin finansmanı ve sürdürülebilirliği üzerinde baskı oluşturmakta, yaşlı bakım hizmetlerine olan ihtiyacı artırmaktadır. Bu nedenle, yaşlı nüfus oranının kamu sağlık harcamalarıyla olan ilişkisi, Avrupa ülkeleri özelinde analiz edilmesi gereken kritik bir konudur.

AB ülkelerinde nüfus yapısındaki bu değişim, yalnızca demografik göstergelerde değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik politikalar üzerinde de etkili olmaktadır. Özellikle sağlık harcamalarının artışı, yaşlanan nüfusun getirdiği yükün önemli bir yansımasıdır. Emeklilik yaşının uzatılması, sağlık sigorta sistemlerinin yeniden düzenlenmesi ve yaşlı bakım hizmetlerinin genişletilmesi gibi politikalar, AB üyesi ülkelere giderek daha fazla gündeme gelmektedir. Bu nedenle, yaşlı nüfusun kamu maliyesi üzerindeki etkilerinin kapsamlı bir şekilde incelenmesi, geleceğe yönelik sürdürülebilir politikaların oluşturulması açısından kritik önem taşımaktadır.

Bu çalışmada kullanılan veri, Dünya Bankası'nın Dünya Kalkınma Göstergeleri (World Development Indicators) veri tabanından elde edilmiştir. Veri seti, 2000-2022 yılları arasında AB üyesi 27 ülkenin verilerini içermektedir. Ülkeler şunlardır: Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Hırvatistan, Kıbrıs, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Malta, Hollanda, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovenya, Slovakia, İspanya, İsveç.

5.1.1. Avrupa Birliği lkelerinde yaşı nüfusun genel görünümü

AB lkeleri, dünya genelinde en yüksek yaşı nüfus oranlarına sahip bölgeler arasında yer almaktadır. Bu durum, Avrupa'nın sosyal ve ekonomik yapısını önemli ölçüde etkilemekte ve politika yapıcılar için yeni zorluklar doğurmaktadır. Yaşı nüfus oranının giderek artması, sosyal güvenlik sistemleri üzerinde baskı yaratırken, sağlık hizmetleri açısından da sürdürülebilirlik sorunlarına yol açmaktadır.

Yaşı nüfus oranının artışı, doğurganlık oranlarının azalması ve yaşam beklentisinin uzamasıyla doğrudan ilişkilidir. Özellikle gelişmiş Avrupa lkelerinde yaşam süresinin uzaması, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı artırmakta ve bu durum kamu bütçeleri üzerinde önemli yük oluşturmaktadır. Yaşı bireylerin sosyal güvenlik sistemlerinden yararlanma süresinin uzaması, emeklilik fonlarının sürdürülebilirliği açısından risk oluşturmaktadır.

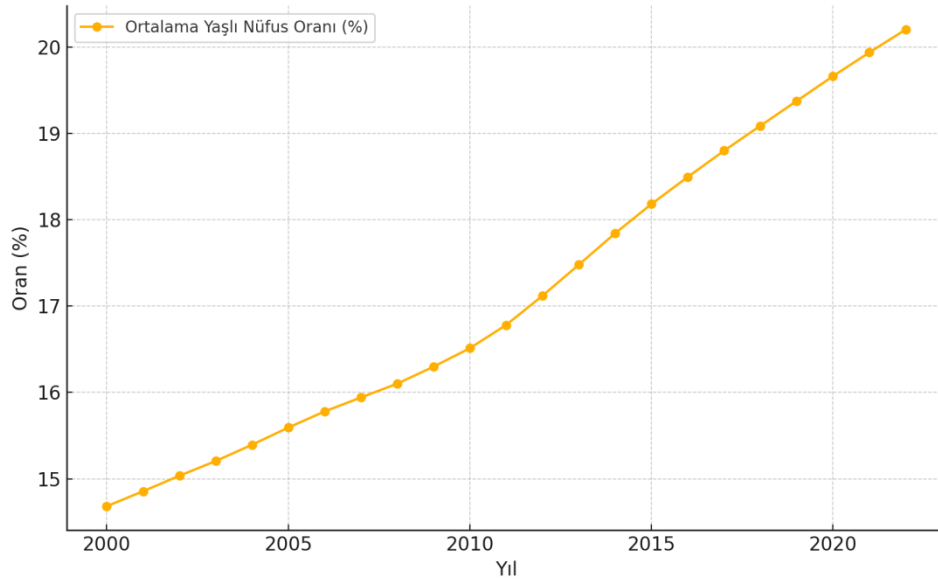
Birçok Avrupa ülkesinde yaşı nüfusun artışıyla birlikte yaşı bakımı, sosyal yardım hizmetleri ve kronik hastalıklarla mücadele politikaları ön plana çıkmaktadır. Bu süreçte, hem demografik dönüşümün etkilerinin doğru analiz edilmesi hem de yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak uzun vadeli kamu politikalarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle kamu sağlık harcamalarının bu artışa nasıl yanıt vereceği, analiz edilmesi gereken temel konular arasındadır.

Grafik 1 AB lkelerinde 2000-2022 yılları arasında yaşı nüfus oranının (65 yaş ve üstü) yıllık bazda nasıl değiştiğini göstermektedir. Grafikteki çizgi, AB lkelerinde yaşı nüfus oranının ortalama değerlerini yansıtmaktadır. Veriler, Dünya Bankası'nın World Development Indicators veri tabanından elde edilmiştir ve güvenilir, güncel nüfus istatistiklerine dayanmaktadır. Veri seti, 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfusa oranını yıllık bazda göstermekte olup, ortalama değerler kullanılarak Avrupa genelindeki eğilim belirlenmiştir. Veriler, Dünya Bankası'nın "Population ages 65 and above (% of total population)" göstergesinden elde edilmiş olup, yıllık olarak güncellenen ve uluslararası karşılaştırmalara uygun olan güvenilir bir kaynaktır. Veri işleme sürecinde, her yıl için 27 ülkenin yaşı nüfus oranlarının ortalaması alınarak genel eğilim hesaplanmıştır. Daha sonra, yıllara göre ortalama yaşı nüfus oranını gösteren bir çizgi grafik oluşturulmuştur. Grafik, yıllar içindeki değişimi görselleştirmek için çizgi tipi kullanılarak düzenlenmiştir.

ve artan eğilim daha belirgin hale getirilmiştir. Grafikte, yatay eksenle yıllar, dikey eksenle ise yaşlı nüfus oranı (%) yer almaktadır.

Grafik 1:

Avrupa Birliği Ülkelerinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı



Kaynak: Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, "Population ages 65 and above (% of total population) [SP.POP.65UP.TO.ZS]. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>

Grafik 1, yıllar içinde yaşlı nüfus oranında düzenli bir artış olduğunu açıkça göstermektedir. Özellikle 2010 yılı sonrasında yaşlı nüfus oranındaki artış hızlanmış ve Avrupa'da yaşlanma eğilimi daha belirgin hale gelmiştir. Bu eğilim, yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık oranlarındaki düşüş ile doğrudan bağlantılıdır.

Artan yaşlı nüfus oranı, sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık hizmetleri üzerindeki yükü artırmakta, bu da kamu maliyesi açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu bağlamda, yaşlı nüfus oranının kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini anlamak, sürdürülebilir sağlık politikaları geliştirmek için kritik öneme sahiptir.

Grafik 1'in incelemesi sonucunda, Avrupa ülkelerinde 65 yaş ve üstü nüfus oranının 2000 yılından 2022 yılına kadar düzenli bir artış gösterdiği tespit edilmiştir. Bu artış, özellikle 2010 sonrası dönemde hızlanmış ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı belirgin şekilde yükselmiştir. Yaşlı nüfus oranındaki artışın temel nedenleri arasında

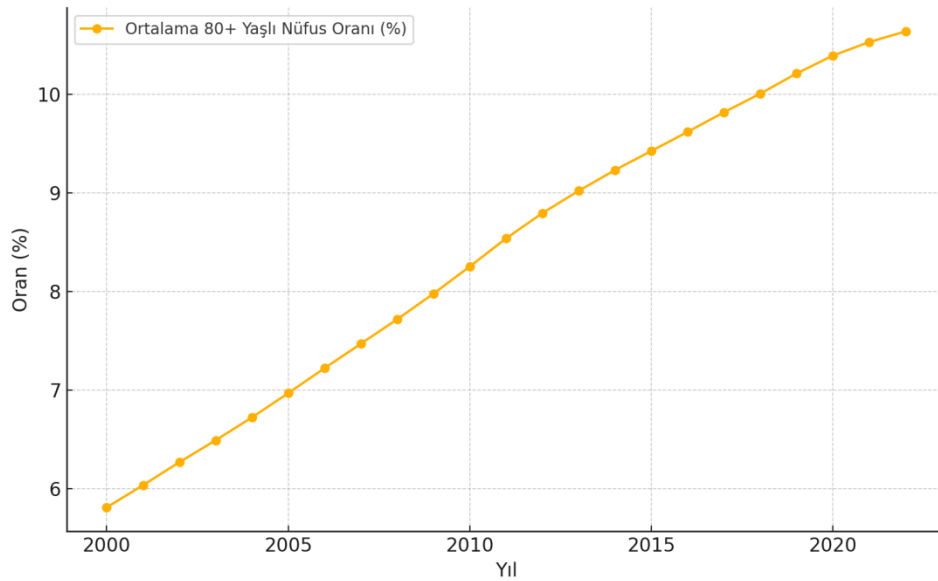
doğurganlık oranlarının düşmesi, yaşam süresinin uzaması ve genç nüfus oranının azalması yer almaktadır.

Yaşlı nüfus oranının artması, sağlık harcamaları üzerinde doğrudan bir baskı yaratmaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyması, sağlık harcamalarının önemli bir kısmının bu yaş grubuna ayrılmasına yol açmaktadır. Özellikle kronik hastalıkların yaygın olduğu yaşlı nüfus grupları, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmekte ve uzun vadeli planlamalar gerektirmektedir.

Grafik 2’de ise Avrupa Birliği ülkelerinde yıllara göre 80 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı gösterilmektedir (Oran 80 yaş üstü erkek ve kadın nüfusun toplam nüfusa oranı verisi toplanarak oluşturulmuştur).

Grafik 2:

Avrupa Birliği Ülkelerinde 80 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı



Kaynak: Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, "Population ages 80 and above (% of total population) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.80UP.MA.5Y?locations=XD>

Grafik, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde 2000-2022 yılları arasında yaşlı nüfus oranının (80 yaş ve üstü) yıllık bazda nasıl değiştiğini göstermektedir. Grafikteki çizgi, AB ülkelerinde 80 yaş ve üzeri nüfus oranının ortalama değerlerini yansıtmaktadır. Veriler,

Dünya Bankası'nın World Development Indicators veri tabanından elde edilmiştir ve güvenilir, güncel nüfus istatistiklerine dayanmaktadır.

65 yaş üstü nüfus, genel olarak emeklilik sürecine giren ve yaşlı olarak kabul edilen bireyleri kapsamaktadır. Bu yaş grubunda, işgücüne katılımın azalması, sağlık harcamalarının artması ve sosyal güvenlik yükünün yükselmesi gibi etkiler ön plandadır. Ancak, yaşlılık sürecinin ilerlemesiyle birlikte, özellikle 80 yaş ve üzeri nüfusta sağlık sorunları daha karmaşık hale gelmekte ve bakım ihtiyacı belirgin şekilde artmaktadır.

80 yaş ve üzeri nüfus, genellikle ileri yaş grubunu temsil eder ve bu grup sağlık hizmetlerinden daha yoğun bir şekilde faydalanmaktadır. Kronik hastalıkların yaygınlaşması, uzun süreli bakım ihtiyacının ortaya çıkması ve bakımevi hizmetlerine olan talebin artması gibi durumlar, bu yaş grubunun kamu sağlık harcamaları üzerindeki baskısını daha da artırmaktadır.

Dolayısıyla, yaşlanmanın etkilerini daha bütüncül bir perspektiften değerlendirmek amacıyla, 65 yaş ve üstü nüfus oranına ek olarak 80 yaş ve üstü nüfus oranını da analiz ettik. Böylece, yaşlanmanın farklı evrelerinin kamu maliyesine ve sağlık politikalarına olan etkilerini daha doğru ve kapsamlı bir şekilde inceleme imkanı elde etmiş olduk.

Bu analiz sayesinde, politika yapıcılar yaşlanan nüfusun farklı evrelerine yönelik daha hedefli ve etkili kamu politikaları geliştirebilirler.

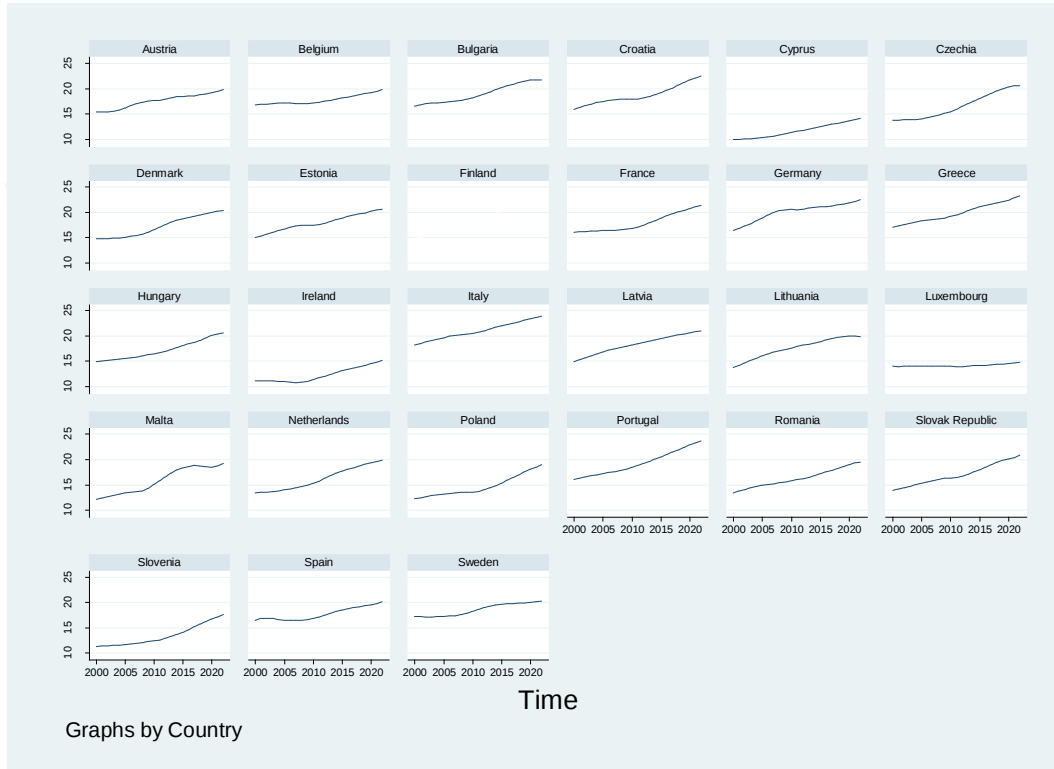
Grafik, yıllar içinde 80 yaş ve üstü nüfus oranında düzenli bir artış olduğunu açıkça göstermektedir. Bu artış, özellikle 2010 yılı sonrasında daha belirgin hale gelmiş ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı sürekli olarak yükselmiştir. Bu eğilim, ortalama yaşam süresindeki uzama ve doğurganlık oranlarındaki azalma ile doğrudan ilişkilidir.

Artan 80 yaş ve üstü nüfus oranı, sağlık hizmetlerinin yoğunluğunu artırmakta ve sosyal güvenlik sistemleri üzerinde önemli bir baskı oluşturmaktadır. Bu yaş grubunun sağlık hizmetlerinden yoğun olarak faydalanması, kronik hastalık yükünün artması ve uzun süreli bakım gereksinimleri kamu maliyesi açısından büyük bir sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle, 80 yaş ve üstü nüfusun artışını dikkate alan sağlık politikalarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Grafik 3 ve 4 ‘te AB ülkelerinde 65 ve 80 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranlarındaki değişim 2002-2022 yılları arasında gösterilmektedir. Grafiklerde Avrupa Birliği (AB) üyesi 27 ülkenin 2000-2022 yılları arasındaki 65 ve 80 yaş ve üstü nüfus oranını yıllık bazda göstermektedir. Her bir ülke için ayrı ayrı çizgi grafikleri kullanılarak yaşlı nüfus oranındaki değişim görselleştirilmiştir.

Grafik 3:

AB Ülkelerinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (2002-2022)



Grafik 3 genel olarak, tüm AB ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfus oranının düzenli bir artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu eğilim, özellikle 2010 sonrası dönemde hızlanmış ve yaşlı nüfus oranı daha belirgin bir şekilde yükselmiştir.

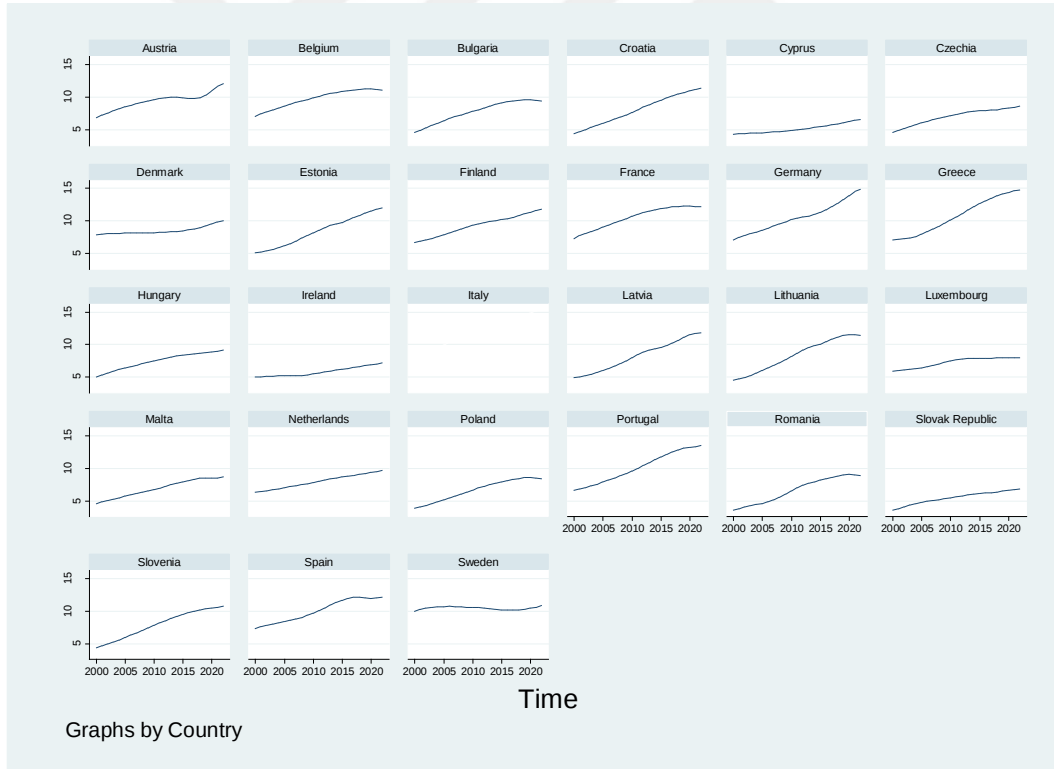
Grafikte yer alan ülkeler arasında yaşlı nüfus oranında önemli farklılıklar görülmektedir. Avusturya, Almanya, İtalya ve Yunanistan gibi ülkelerde yaşlı nüfus oranı daha yüksek seviyelerde seyretmektedir. Buna karşın, Polonya, Romanya ve Letonya gibi ülkelerde yaşlı nüfus oranı görece daha düşük seviyelerdedir. Bu durum, Batı Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfus oranının Doğu Avrupa ülkelerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Yaşlı nüfus oranının artış hızında da belirgin farklar bulunmaktadır. Özellikle Almanya, İtalya ve Yunanistan gibi ülkelerde yaşlı nüfus oranı daha hızlı yükselirken, İrlanda ve Malta gibi ülkelerde bu artış daha yavaş gerçekleşmektedir. Bu farklılıklar, ülkelerin demografik yapıları ve sosyal politikalarıyla doğrudan ilişkilidir.

Sonuç olarak, Avrupa Birliği genelinde yaşlı nüfus oranının sürekli arttığı ve bu artışın bazı ülkelerde daha hızlı gerçekleştiği gözlemlenmektedir. Yaşlanan nüfus yapısı, özellikle yüksek oranlara sahip ülkelerde sağlık sistemleri ve sosyal güvenlik yapıları üzerinde daha fazla baskı yaratmaktadır. Bu nedenle, yaşlı nüfus oranındaki artışa yönelik politika geliştirme süreci, ülke bazında ihtiyaçları göz önünde bulundurmalıdır. Bu kapsamda, her ülkenin kendi demografik dinamiklerini dikkate alarak yaşlanma politikalarını uyarlaması büyük önem taşımaktadır.

Grafik 4:

AB Ülkelerinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (2002-2022)



Grafik, Avrupa Birliği (AB) üyesi 27 ülkenin 2000-2022 yılları arasındaki 80 yaş ve üstü nüfus oranını yıllık bazda göstermektedir. Her bir ülke için ayrı ayrı çizgi grafikleri kullanılarak yaşlı nüfus oranındaki değişim görselleştirilmiştir. Grafik genel olarak, tüm AB ülkelerinde 80 yaş ve üzeri nüfus oranının düzenli bir artış gösterdiğini ortaya

koymaktadır. Bu eğilim, özellikle 2010 sonrası dönemde hızlanmış ve yaşlı nüfus oranı daha belirgin bir şekilde yükselmiştir.

Grafikte yer alan ülkeler arasında 80 yaş ve üzeri nüfus oranında önemli farklılıklar görülmektedir. Almanya, İtalya, Yunanistan ve Fransa gibi ülkelerde 80 yaş üstü nüfus oranı oldukça yüksek seviyelere ulaşmışken, Romanya, Polonya ve Slovakya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde bu oran görece daha düşük seviyelerdedir. Bu durum, Batı Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfus oranının Doğu Avrupa ülkelerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

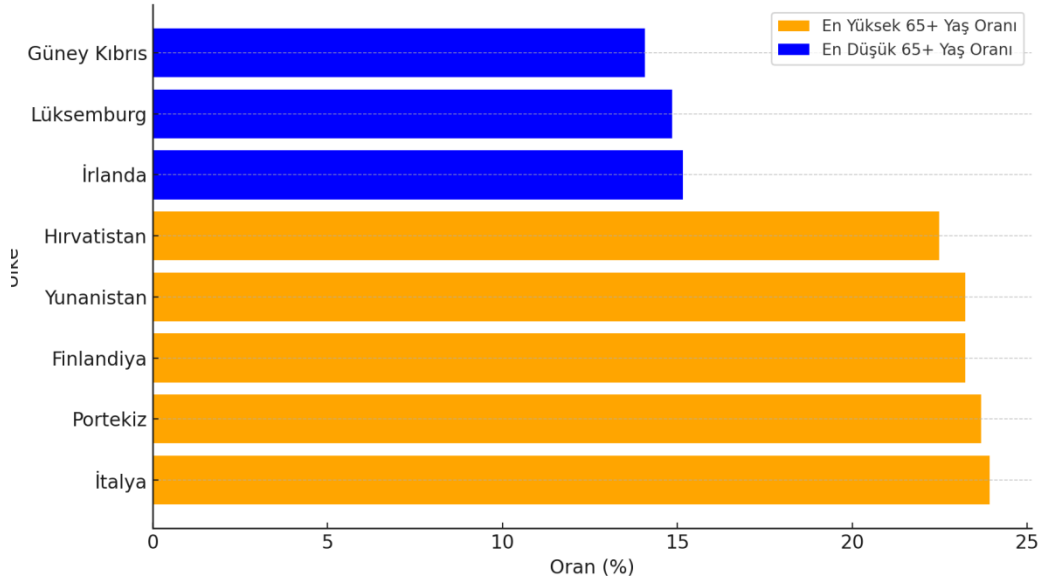
Yaşlı nüfus oranının artış hızında da belirgin farklar bulunmaktadır. Almanya, İtalya ve Yunanistan gibi ülkelerde artış daha hızlı gerçekleşirken, İrlanda ve Malta gibi ülkelerde bu artış daha yavaş gözlemlenmektedir. Özellikle Almanya ve İtalya gibi ülkelerde, 80 yaş ve üzeri nüfus oranındaki belirgin artış dikkat çekmektedir.

Sonuç olarak, Avrupa Birliği genelinde 80 yaş ve üzeri nüfus oranının sürekli arttığı ve bu artışın bazı ülkelerde daha hızlı gerçekleştiği gözlemlenmektedir. Yaşlanan nüfus yapısı, özellikle yüksek oranlara sahip ülkelerde sağlık sistemleri ve sosyal güvenlik yapıları üzerinde daha fazla baskı yaratmaktadır. Bu nedenle, yaşlı nüfus oranındaki artışa yönelik politika geliştirme süreci, ülke bazında ihtiyaçları göz önünde bulundurmalıdır. Özellikle uzun süreli bakım hizmetleri ve yaşlı sağlığı politikaları bu bağlamda öncelikli hale gelmektedir.

Grafik 5, 2022 yılı itibarıyla Avrupa Birliği ülkelerinde 65 yaş ve üstü nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu ülkeleri göstermektedir.

Grafik 5:

En Yüksek ve En Düşük 65+ Yaşlı Nüfus Oranı Olan Ülkeler (2022)



Kaynak: Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, "Population ages 65 and above (% of total population) [SP.POP.65UP.TO.ZS]. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>

Grafik 5, 2022 yılı itibarıyla Avrupa Birliği ülkelerinde 65 yaş ve üstü nüfus oranının en yüksek ve en düşük olduğu ülkeleri göstermektedir. Grafikte, yaşlı nüfus oranı en yüksek olan beş ülke ve en düşük olan üç ülke ayrı sütunlar halinde gösterilmiştir.

En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülkeler; İtalya, Yunanistan, Portekiz, Almanya ve Finlandiyadır. Bu ülkeler, yaşlı nüfus oranı açısından Avrupa Birliği ortalamasının oldukça üzerinde yer almaktadır. Yaşlı nüfus oranlarının yüksek olması, bu ülkelerin sosyal güvenlik ve sağlık harcamaları üzerinde önemli bir yük oluşturmalarına neden olmaktadır. En düşük yaşlı nüfus oranına sahip ülkeler ise; İrlanda, Güney Kıbrıs ve Lüksemburg'dur. Bu ülkeler, yaşlı nüfus oranının daha düşük olduğu bölgeleri temsil etmektedir. Genç nüfus yapısı sayesinde bu ülkelerde sosyal güvenlik harcamalarının diğer ülkelere göre daha düşük olduğu gözlemlenmektedir.

5.1.2. AB Ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının genel görünümü

Avrupa Birliği (AB) ülkeleri, yaşlanan nüfus yapısının yanı sıra sağlık harcamalarındaki artışla da dikkat çekmektedir. Yaşlı nüfus oranındaki yükseliş, sosyal güvenlik

sistemlerinin sürdürülebilirliği ve sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından önemli zorluklar yaratmaktadır. Kamu sağlık harcamaları, toplumun sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak ve kaliteli bakım sunmak amacıyla yapılan bütçe tahsisatlarını ifade eder. Bu harcamalar; hastane hizmetlerinden ilaç teminine, koruyucu sağlık uygulamalarından yaşlı bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerine kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır.

5.1.2.1. Kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı

AB ülkelerinde kamu sağlık harcamaları, gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH) içindeki oran olarak incelendiğinde belirgin farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş refah devletlerine sahip ülkelerde bu oran genellikle daha yüksekken, ekonomik kapasitenin daha sınırlı olduğu bazı AB üyesi ülkelerde oranlar görece düşük kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, erişilebilirliği ve finansman yapısı açısından ülkeler arasında önemli farklar bulunmakta, bu da kamu maliyesi ve sağlık politikalarının ülkeden ülkeye değişmesine neden olmaktadır.

Kamu sağlık harcamalarının düzeyi, yaşlı nüfus oranı ile yakından ilişkilidir. Yaşlı nüfus oranının yüksek olduğu ülkelerde kronik hastalık yükü ve uzun süreli bakım ihtiyacı arttıkça sağlık harcamalarının da yükseldiği gözlemlenmektedir. Bununla birlikte, bazı ülkelerde sağlık harcamalarının daha sınırlı olmasının temel nedeni, kamu sağlık sisteminin yapısı, sigorta mekanizmaları ve özel sağlık harcamalarının payıdır.

Bu çalışmada, AB ülkelerinin kamu sağlık harcamaları detaylı bir şekilde analiz edilerek ülkeler arası karşılaştırmalar yapılacaktır. Veriler, Dünya Bankası'nın Dünya Kalkınma Verileri veri tabanından elde edilmiştir. Çalışma kapsamında, kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı, yıllara göre değişimi ve yaşlı nüfus oranı ile ilişkisi incelenerek politik çıkarımlar yapılacaktır.

Bu bağlamda, AB ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının nasıl şekillendiği, hangi ülkelerin daha fazla bütçe ayırdığı ve yaşlı nüfus oranı ile sağlık harcamaları arasındaki bağlantının nasıl kurulduğu analiz edilecektir. Elde edilen bulgular, sağlık politikalarının daha sürdürülebilir hale getirilmesi için yol gösterici nitelikte olacaktır.

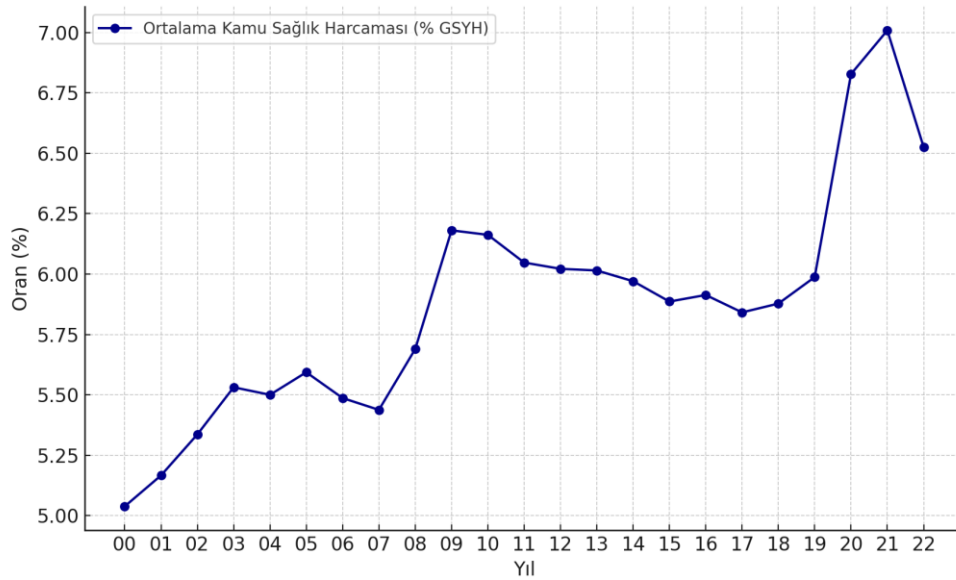
Grafik 6'da AB ülkelerinde yıllara göre ortalama kamu sağlık harcaması (%GSYH) 2000-2023 yılları arasında yer almaktadır. Bu çalışmada kullanılan veri seti, Avrupa Birliği'ne üye 27 ülkenin kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH)

içindeki oranını içermektedir. Veriler, Dünya Bankası'nın World Development Indicators veri tabanından elde edilmiştir.

Veri seti, 2000-2022 yılları arasındaki yıllık kamu sağlık harcamalarını içermekte olup, AB'ye üye 27 ülkenin kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranını göstermektedir. Kamu sağlık harcamalarını ifade eden gösterge, Dünya Bankası'nın World Development Indicators veri tabanında Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) olarak tanımlanmaktadır. Bu gösterge, bir ülkenin kamu sağlık hizmetlerine ayırdığı toplam harcamaları kapsamaktadır. GGHE-D, hastane hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, yaşlı bakımı ve diğer kamu kaynaklı sağlık hizmetlerini içermektedir. Bu harcamalar, merkezi yönetim, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik kurumlarının sağlık hizmetleri için yaptığı tüm harcamaları kapsamaktadır. Grafik, sağlık harcamalarının ülke ekonomisi içindeki payını göstermekte ve kamu sağlık politikalarının sürdürülebilirliğini analiz etmek için önemli bir ölçüt sunmaktadır.

Grafik 6:

AB Ülkelerinde Yıllara Göre Ortalama Kamu Sağlık Harcaması (%GSYH) 2000-2023



Kaynak: Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, " Domestic general government health expenditure (% of GDP)" <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>

Grafikte görüldüğü üzere, kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı yıllar boyunca dalgalanma göstermekle birlikte genel olarak artış eğilimi sergilemektedir.

Özellikle 2008 küresel ekonomik krizinin ardından birçok AB ülkesinde kamu sağlık harcamalarının oranında belirgin bir artış gözlemlenmiştir. Bu artışın temel nedenlerinden biri, ekonomik krizle birlikte sosyal koruma harcamalarına duyulan ihtiyacın artması ve sağlık hizmetlerine yapılan kamusal desteğin artırılmasıdır.

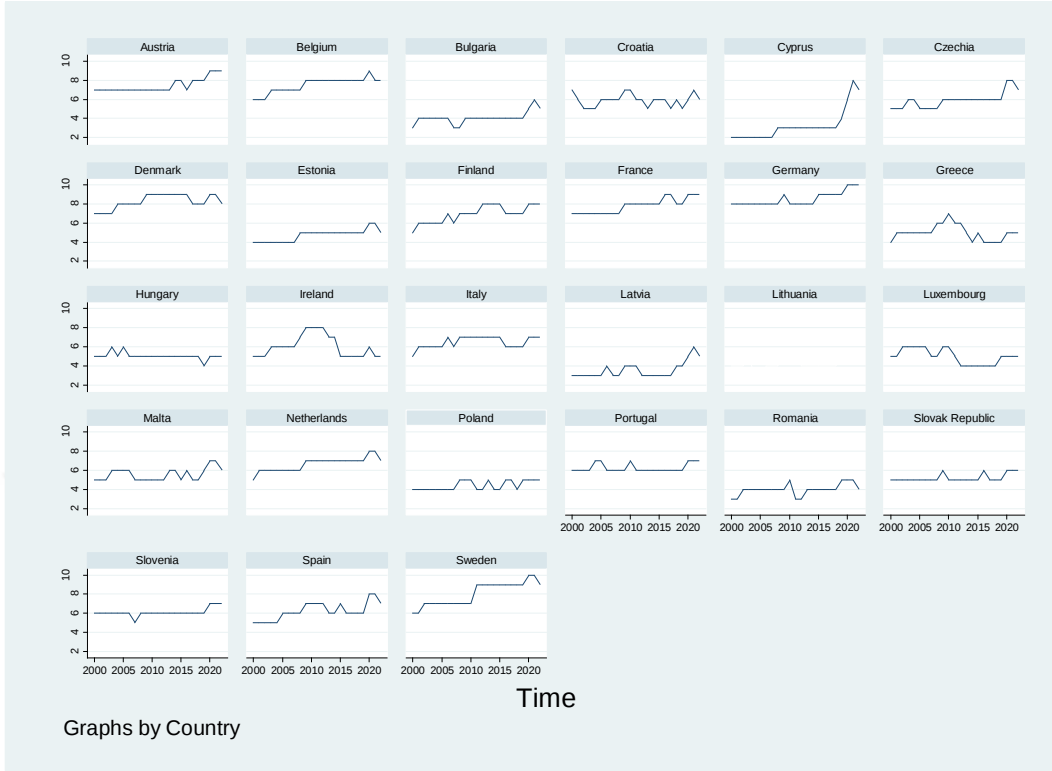
2010'lu yıllarda görece daha stabil bir seyir izleyen sağlık harcamaları, 2020 yılında COVID-19 pandemisinin etkisiyle yeniden belirgin bir artış göstermiştir. Pandemi döneminde sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve yoğun bakım kapasitesinin artırılması amacıyla kamu sağlık harcamalarına daha fazla bütçe ayrılmıştır. Bu süreçte, hem doğrudan sağlık hizmetleri hem de salgınla mücadele kapsamında yapılan ek harcamalar, GSYH'ye oranı yükseltmiştir. Yaşlı nüfus oranının artması ve pandemik krizler gibi sağlık sistemleri üzerinde baskı oluşturan gelişmeler, kamu harcamalarının artışında belirleyici olmuştur. Bu bağlamda, kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği ve mali yükü, uzun vadeli sağlık politikalarının belirlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında uzun vadeli planlamalar yapılması ve yaşlı nüfus artışına yönelik proaktif sağlık politikalarının uygulanması gerekmektedir. Bu grafik, kamu sağlık harcamalarının ekonomik krizler ve pandemik olaylarla nasıl şekillendiğini göstermesi açısından da önemli bir referans sunmaktadır.

Grafik 7'de her ülkenin kamu sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki oranları (%) yıllar bazında ayrı ayrı gösterilmiştir.

Grafik 7:

AB Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamaları (% GSYH) (2002-2022)



Genel olarak grafik, kamu sağlık harcamalarının ülkeler arasında önemli farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bazı ülkelerde harcamalar oldukça yüksek seviyelerde seyretmekte iken, bazı ülkelerde bu oranlar daha düşük ve değişkenlik göstermektedir. Ülkelerin ekonomik yapıları, sosyal güvenlik sistemlerinin gelişmişlik düzeyi ve demografik yapıları bu farklılıkların temel nedenlerini oluşturmaktadır.

Yüksek kamu sağlık harcamalarına sahip ülkeler arasında Avusturya, Belçika, Almanya, Danimarka, Fransa ve İsveç gibi gelişmiş refah devleti modellerine sahip ülkeler öne çıkmaktadır. Bu ülkelerde kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı genellikle %7'nin üzerinde seyretmekte, bazı yıllarda %9'a kadar ulaşmaktadır. Özellikle Almanya ve Fransa gibi güçlü sosyal güvenlik sistemine sahip ülkelerde yaşlı nüfusun artması da bu harcamaların yüksek olmasına katkı sağlamaktadır. Yaşlı nüfus oranının yüksek olduğu ülkelerde, sağlık hizmetleri ve yaşlı bakımı gibi sosyal güvenlik harcamaları bütçede büyük bir pay tutmaktadır.

Öte yandan, kamu sağlık harcamalarının daha düşük olduğu ülkeler arasında Bulgaristan, Romanya, Polonya, Litvanya ve Letonya gibi Doğu Avrupa ülkeleri

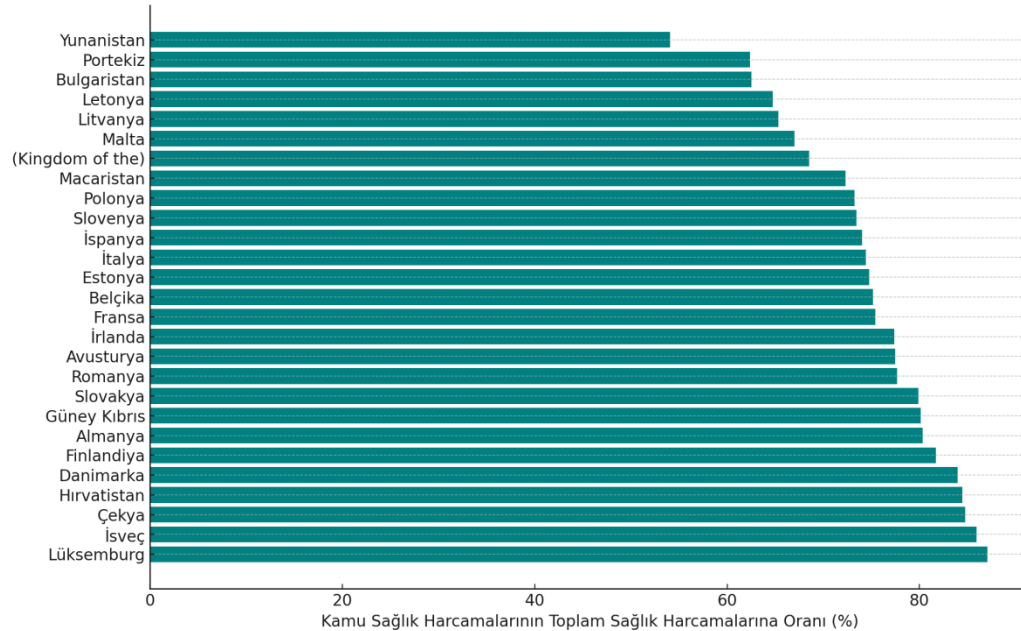
bulunmaktadır. Bu ülkelerde kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı genellikle %4'ün altında kalmaktadır. Düşük harcama oranlarının temel sebepleri arasında ekonomik kapasitenin sınırlı olması, sosyal güvenlik harcamalarına ayrılan bütçenin yetersizliği ve sağlık sistemlerinin daha az gelişmiş olması bulunmaktadır.

5.1.2.2. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı

Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu kaynaklarının önemli bir yeri bulunmaktadır. Kamu sağlık harcamaları, devletin vatandaşlarına sunduğu temel sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak amacıyla ayrılan bütçe kalemlerini kapsamaktadır. Bu harcamalar, hastane hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine, uzun dönem bakım hizmetlerinden kronik hastalık yönetimine kadar geniş bir yelpazeyi içermektedir. AB ülkelerinde sağlık harcamalarının finansmanında kamunun oranı genellikle yüksek düzeyde seyretmekte olup, sosyal devlet anlayışının güçlü olduğu ülkelerde bu oran daha belirgin hale gelmektedir. Grafik 8 Avrupa Birliği ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payını göstermektedir.

Grafik 8:

AB Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı



Kaynak: Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, "Domestic general government health expenditure (% of current health expenditure)" <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>

Genel olarak, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı, ÷lkelerin sağlık politikalarının yapısını ve sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamını yansıtmaktadır. Sosyal devlet modelinin güçlü olduğu Batı Avrupa ve İskandinav ÷lkelerinde bu oran yüksek seyrederken, özel sağlık harcamalarının daha yaygın olduğu Doğu Avrupa ÷lkelerinde oran görece daha düşüktür. Ekonomik gelişmişlik düzeyi, sosyal güvenlik politikalarının kapsamı ve yaşlı nüfus oranı bu farklılıkların temel belirleyicileri arasında yer almaktadır.

Grafikte gör÷ldüğü üzere, AB ÷lkeleri arasında kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı açısından önemli farklılıklar göze çarpmaktadır. En yüksek kamu payına sahip ÷lkeler arasında İsveç, Danimarka, Almanya, Hollanda ve Fransa yer almaktadır. Bu ÷lkelerde kamu sağlık harcamalarının oranı genellikle %80'in üzerinde seyretmekte, bazı ÷lkelerde %85'e kadar ulaşmaktadır. Bu yüksek oranlar, sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamlı yapısı ve sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde devlet tarafından finanse edilmesi ile açıklanabilir. Özellikle İsveç ve Danimarka gibi sosyal devlet anlayışının güçlü olduğu ÷lkelerde, vatandaşların sağlık hizmetlerine ücretsiz veya düşük maliyetle erişimi önemli bir öncelik olarak kabul edilmektedir.

Öte yandan, kamu sağlık harcamalarının oranının düşük olduğu ÷lkeler arasında Bulgaristan, Romanya, Letonya, Litvanya ve Macaristan bulunmaktadır. Bu ÷lkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı genellikle %60'ın altında kalmaktadır. Özellikle Bulgaristan ve Romanya'da özel sektörün sağlık sistemine daha fazla katkı sağlaması, kamu kaynaklı harcamaların düşük seviyede kalmasına yol açmaktadır. Bu ÷lkelerde ekonomik zorluklar, sınırlı kamu bütçesi ve sağlık sistemindeki yapısal eksiklikler harcamaların düşük olmasının temel nedenleri olarak öne çıkmaktadır.

Orta düzeyde kamu sağlık harcamaları oranına sahip ÷lkeler arasında İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan bulunmaktadır. Bu ÷lkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı %70-75 aralığında değişmektedir. Güney Avrupa ÷lkelerinde ekonomik krizlerin sağlık bütçeleri üzerindeki kısıtlayıcı etkileri gözlemlense de sosyal güvenlik politikaları görece güçlü kalmaya devam etmiştir. Bu nedenle, devletin sağlık harcamalarındaki payı orta düzeyde seyretmekte, özel sağlık harcamaları da bütçeye önemli katkı yapmaktadır.

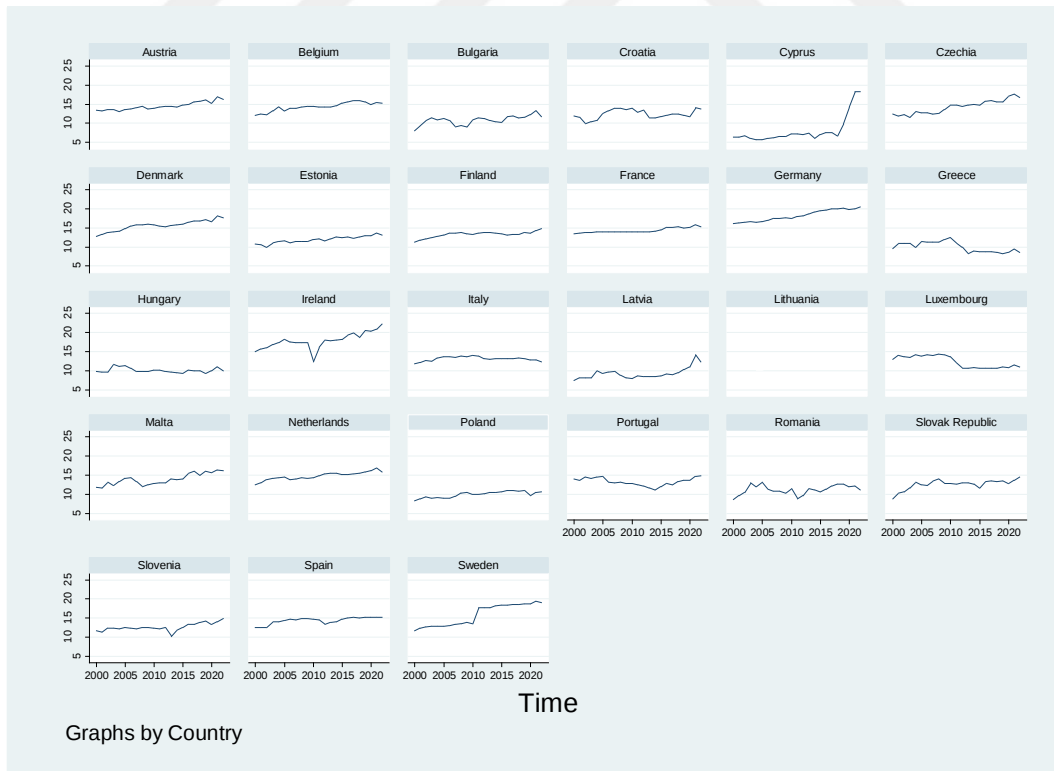
Sonuç olarak, AB ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı, sosyal devlet anlayışının güçlülüğü ve ekonomik gelişmişlik düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Yüksek kamu payına sahip ülkelerde sağlık hizmetlerinin devlet tarafından finanse edilmesi yaygınken, düşük paya sahip ülkelerde özel sağlık harcamaları daha fazla öne çıkmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişim açısından ülkeler arasında farklılıklar yaratmakta ve sağlık politikalarının sürdürülebilirliği konusunda önemli bir gösterge olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel sektör dengesinin korunması, sosyal devlet yapısının güçlendirilmesi ve özellikle düşük kamu payına sahip ülkelerde sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi, AB ülkelerinde sağlık politikalarının önemli bir gündem maddesi olmaya devam etmektedir.

5.1.2.3. Kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki oranı

Kamu sağlık harcamaların toplam kamu harcamaları içerisindeki oranlarının ülkeler arasındaki görünümü ise aynı yıllar için Grafik 8’de sunulmuştur.

Grafik 9:

AB Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamaları (%Toplam Kamu Harcamaları) (2002-2022)



Grafik 8’de, her ülkenin kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki oranları yıllar bazında ayrı ayrı gösterilmiştir. Genel olarak, AB ülkelerinde

kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı zaman içinde artış eğilimindedir. Ancak bu artışın oranı ve eğilimi ülkeden ülkeye önemli farklılıklar göstermektedir. Özellikle Batı Avrupa ülkelerinde bu oran daha yüksek ve stabil görünmekte iken, Doğu Avrupa ülkelerinde dalgalanma ve nispeten daha düşük oranlar dikkat çekmektedir. Bu durum, ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin gelişmişlik düzeyi ve ekonomik kapasiteleri ile doğrudan ilişkilidir.

Kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payının yüksek olduğu ülkeler arasında İsveç, Almanya, Fransa, Finlandiya ve Danimarka öne çıkmaktadır. Bu ülkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı genellikle %15 ile %20 arasında seyretmektedir. Özellikle İsveç ve Almanya'da bu oran daha yüksek olup, sosyal devlet yapısının ve kapsamlı kamu sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Bu ülkelerde sağlık harcamalarının yüksek paya sahip olmasının nedeni, sosyal güvenlik sistemlerinin güçlü olması ve yaşlı nüfus oranının yüksekliğidir. Bu bağlamda, güçlü refah devletine sahip olan ülkelerde sağlık harcamaları, sosyal koruma politikalarının önemli bir bileşeni olarak öne çıkmaktadır.

Öte yandan, kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payının düşük olduğu ülkeler arasında Bulgaristan, Romanya, Letonya ve Litvanya gibi Doğu Avrupa ülkeleri bulunmaktadır. Bu ülkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki oranı genellikle %10'un altında kalmaktadır. Düşük harcama oranlarının temel sebepleri arasında, hem kamu sağlık harcamalarına ayrılan bütçenin sınırlı olması hem de sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların görece düşük düzeyde kalması yer almaktadır. Ekonomik yapının daha zayıf olduğu bu ülkelerde, sosyal güvenlik sistemi daha sınırlı ve özel sağlık harcamalarının payı daha yüksektir.

Grafikte dikkati çeken bir diğer önemli nokta, ekonomik kriz dönemlerinde bazı ülkelerde harcama oranlarının değişim göstermesidir. Özellikle 2008 ekonomik krizi sonrasında bazı ülkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payında dalgalanmalar gözlemlenmiştir. Bu dalgalanmalar, kriz dönemlerinde sosyal harcamaların kısılması veya kamu kaynaklarının yeniden önceliklendirilmesi ile ilişkilidir.

Sonuç olarak, AB ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı ülkeden ülkeye önemli farklılıklar göstermektedir. Batı Avrupa

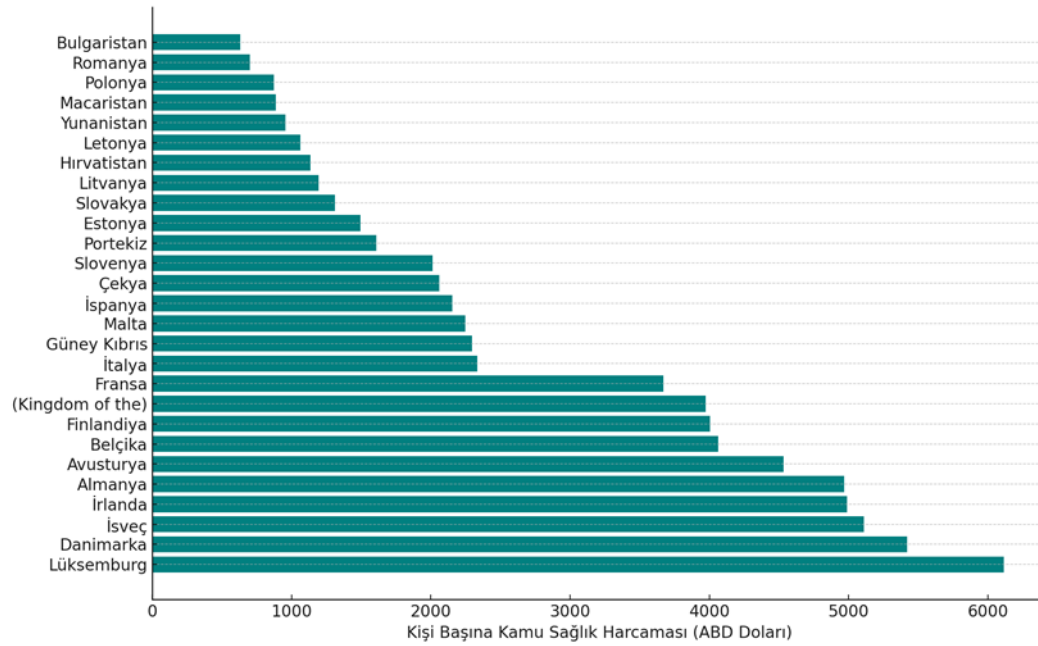
ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının yüksek oranlarda seyretmesi, sosyal güvenlik sistemlerinin güçlü yapısı ile ilişkilendirilirken, Doğu Avrupa ülkelerinde düşük oranlar, ekonomik kapasitenin sınırlılığı ve sosyal harcamaların düşük düzeyi ile açıklanmaktadır. Bu durum, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği ve sosyal politika yapımı açısından ülkelerin demografik yapısını ve sosyal devlet anlayışını dikkate almayı gerekli kılmaktadır.

5.1.2.4. Kişi başına kamu sağlık harcaması

Kamu kaynaklarının sağlık hizmetlerine ne ölçüde ayrıldığı, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerin kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, kişi başına kamu sağlık harcaması göstergesi, ülkelerin sağlık politikalarının değerlendirilmesinde kritik bir ölçüt olarak öne çıkmaktadır.

Grafik 10:

AB Ülkeleri Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (ABD Dolar) 2022



Kaynak: Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, " Domestic general government health expenditure per capita, PPP (current international \$)" <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PP.CD>

Grafiğe bakıldığında, AB ülkeleri arasında kişi başına kamu sağlık harcamaları düzeylerinde belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Genellikle Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde harcama oranları daha yüksekken, Doğu Avrupa ülkelerinde bu

oranlar oldukça düşük kalmaktadır. Bu çeşitlilik, ülkelerin ekonomik kalkınma düzeyi, sosyal güvenlik yapıları ve sağlık politikalarındaki önceliklerden kaynaklanmaktadır. AB ülkeleri arasında kişi başına kamu sağlık harcaması açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır. En yüksek harcamaya yapan ülkeler arasında İsveç, Danimarka, Almanya, Hollanda ve Fransa öne çıkmaktadır. Bu ülkelerde kişi başına düşen kamu sağlık harcaması oldukça yüksek seviyelerde seyretmekte olup, yıllık olarak 5.000 ABD dolarının üzerinde harcamaya yapılmaktadır. Özellikle İsveç ve Danimarka, sosyal devlet yapısının güçlü olduğu ülkeler olarak dikkat çekmektedir. Bu ülkelerde kamu sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı, kapsamlı sosyal güvenlik ağı ve yüksek yaşam standartları, harcamaların yüksek olmasına katkı sağlamaktadır. Almanya gibi güçlü bir ekonomiye sahip ülkelerde ise yaşanan nüfus ve kronik hastalıkların artışı, kamu sağlık harcamalarının yükselmesine neden olmaktadır.

Öte yandan, kişi başına kamu sağlık harcaması en düşük olan ülkeler arasında Bulgaristan, Romanya, Letonya, Litvanya ve Macaristan yer almaktadır. Bu ülkelerde yıllık kamu sağlık harcaması genellikle 1.000 ABD dolarının altında kalmaktadır. Düşük gelir düzeyi, sınırlı kamu bütçesi ve daha az gelişmiş sosyal güvenlik sistemleri bu harcamaların düşük seviyelerde kalmasına yol açmaktadır. Özellikle Bulgaristan ve Romanya’da, sağlık sistemlerinde daha çok özel sektörün ağırlık kazandığı görülmekte, bu da kamu kaynaklı harcamaların sınırlı olmasına neden olmaktadır.

Orta düzeyde harcamaya yapan ülkeler arasında ise İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan bulunmaktadır. Bu ülkelerde kişi başına kamu sağlık harcaması yıllık olarak 2.000 ile 3.000 ABD doları arasında değişmektedir. Güney Avrupa ülkeleri olan bu bölgelerde, ekonomik krizlerin sağlık harcamaları üzerinde kısıtlayıcı etkileri görülmekle birlikte, sosyal güvenlik politikalarının görece güçlü kaldığı söylenebilir. Bu durum, kriz dönemlerinde dahi sağlık hizmetlerinin bütçeden tamamen çıkarılmamasını sağlamaktadır.

Kamu sağlık harcamalarının belirleyici faktörlerine bakıldığında, ekonomik kapasite en önemli unsur olarak öne çıkmaktadır. Batı Avrupa ve İskandinav ülkelerinde kişi başına sağlık harcamasının yüksek olması, bu ülkelerin ekonomik güçlerinin bir yansımasıdır. Buna karşılık, Doğu Avrupa ülkelerinde harcamaların düşük kalması, sınırlı ekonomik kaynaklarla açıklanabilir. Yaşlı nüfus oranı da önemli bir faktör olup, özellikle Almanya ve İsveç gibi yaşlı nüfus oranı yüksek ülkelerde sağlık

harcamalarının da yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Ayrıca, sağlık sisteminin yapısı da harcamaların düzeyini belirlemektedir. Kamu sağlık sistemlerinin kapsamlı olduğu ülkelerde harcamalar daha yüksekken, özel sağlık harcamalarının ağırlıklı olduğu ülkelerde kamu harcamaları sınırlı kalmaktadır.

Sonuç olarak, AB ülkelerinde kişi başına kamu sağlık harcamalarının düzeyi; ekonomik gelişmişlik, sosyal güvenlik yapısı ve sağlık politikalarının kapsamı gibi faktörlere bağlı olarak önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Güçlü ekonomilere ve sosyal devlet modellerine sahip ülkelerde harcamalar yüksekken, daha düşük gelir seviyesine sahip ülkelerde kamu sağlık harcamalarının sınırlı kaldığı gözlemlenmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sürdürülebilirliği açısından ülkelerin karşı karşıya olduğu farklı zorlukları da gözler önüne sermektedir.

5.1.3. AB Ülkelerinde nüfusun yaşlanması ve kamu sağlık harcamaları arasındaki ilişki

Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde nüfusun yaşlanması, kamu maliyesi ve sağlık harcamaları üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Yaşlı nüfus oranının artışı, sağlık hizmetlerine duyulan talebi artırmakta ve bu da sağlık bütçelerinin sürdürülebilirliği açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Özellikle sosyal devlet yapısının güçlü olduğu Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde, yaşlanan nüfusun sağlık harcamalarına etkisi daha belirgin hale gelmektedir.

Nüfusun yaşlanması ile kamu sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi anlamak, sağlık politikalarının sürdürülebilirliğini sağlamak açısından kritik öneme sahiptir. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden daha yoğun faydalanmaları, uzun dönemli bakım ihtiyaçları ve kronik hastalıkların artışı, kamu bütçesi üzerinde baskı oluşturmakta ve sağlık harcamalarının yüksek olmasına yol açmaktadır. Bu bağlamda, yaşlı nüfus oranındaki artış ile kamu sağlık harcamalarının payı arasındaki ilişkinin belirlenmesi, gelecekteki sağlık politikalarının yönlendirilmesi açısından önemli bir veri sunmaktadır.

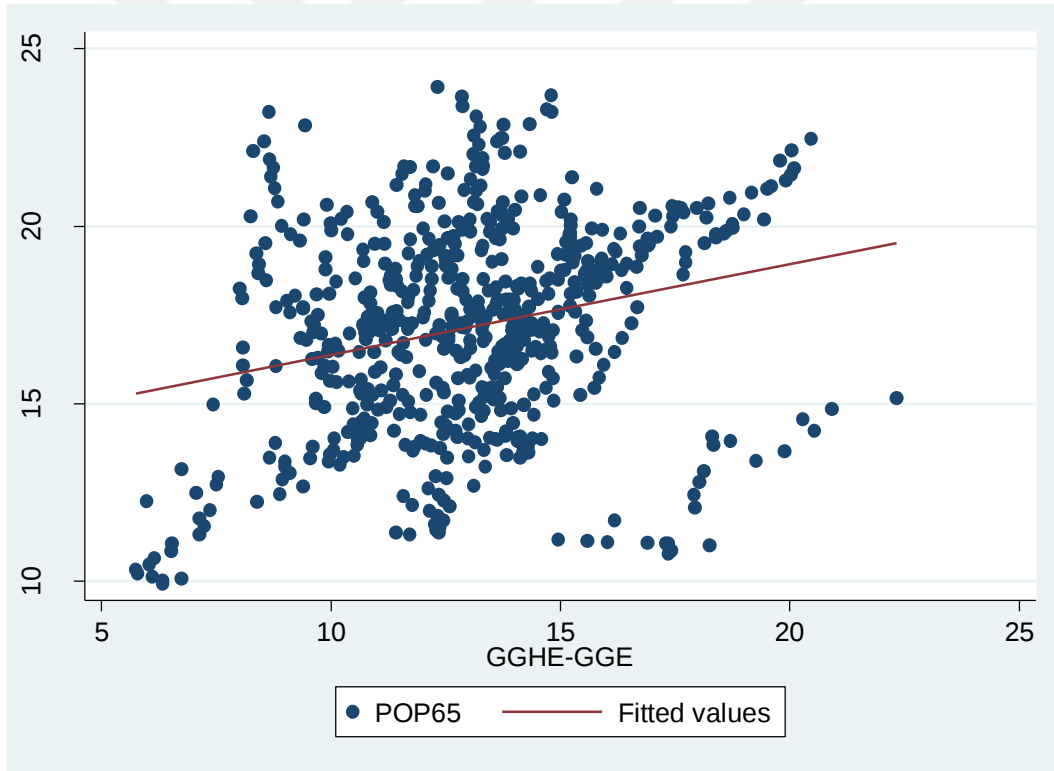
Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde yaşlı nüfus oranı (65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı) ile kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı arasındaki ilişki incelenmiştir. İlişkiyi ortaya koymak amacıyla doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır (Grafik 10). Doğrusal regresyon analizi, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi belirlemek ve bu ilişkinin yönünü ve gücünü ölçmek için kullanılan bir

istatistiksel yöntemdir. Bu çalışmada amaç, yaşlı nüfus oranı ile kamu sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin pozitif veya negatif olup olmadığını belirlemek ve bu ilişkinin doğrusal bir model ile ne derece açıklanabildiğini ortaya koymaktır. Analizde kullanılan veri, Dünya Bankası'nın World Development Indicators veri tabanından elde edilmiştir.

Veriler, 2000-2022 yılları arasında AB üyesi 27 ülkenin yaşlı nüfus oranı (%65 yaş ve üzeri) ve kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamalarına oranını içermektedir. Grafikte mavi noktalar, her bir ülkenin yaşlı nüfus oranı ile kamu sağlık harcamaları oranı arasındaki dağılımını göstermektedir. Kırmızı çizgi ise regresyon doğrusunu temsil etmekte olup, değişkenler arasındaki ortalama doğrusal ilişkiyi göstermektedir.

Grafik 11:

AB Ülkelerinde Yaşlı Nüfus Oranı ile Kamu Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki



Grafikte görüldüğü üzere, yaşlı nüfus oranı ile kamu sağlık harcamalarının payı arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu, yaşlı nüfus oranı arttıkça kamu sağlık harcamalarının da artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Ancak, noktaların geniş bir alana yayılması, bu ilişkinin güçlü bir doğrusal bağlantıya sahip olmadığını da ortaya koymaktadır. Özellikle bazı ülkelerde yaşlı nüfus oranı yüksek olmasına rağmen

kamu sağlık harcaması görece düşük kalırken, bazı ülkelerde ise daha düşük yaşı nüfus oranına rağmen sağlık harcamaları yüksek olabilmektedir. Regresyon doğrusunun eğimi pozitif olup, yaşılanan nüfus yapısının sağlık harcamaları üzerinde artan bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, AB lkelerinde yaşı nüfus oranı ile kamu sağlık harcamalarının payı arasında genel olarak pozitif bir ilişıki bulunmakla birlikte, bu ilişıki ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Ülkelerin ekonomik yapıları, sağlık politikaları ve sosyal güvenlik sistemleri bu ilişıkinin doğrusal yapısını önemli lde etkilemektedir. Bu nedenle, yaşı nüfusun artışına karşı kamu sağlık harcamalarını sürdürülebilir kılmak için ülke bazında uyarlanmış sağlık politikaları oluşturulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamu tarafından ne lde finanse edildiği, yaşı nüfus oranının sağlık harcamalarına etkisini doğrudan belirleyen önemli bir faktördür. Bu nedenle, yaşılanan nüfus yapısının kamu maliyesi üzerindeki yükünü hafifletmek için uzun vadeli ve sürdürülebilir sağlık politikaları oluşturulması gerekmektedir.

6. SONUÇ

Bu araştırma, yaşlanan nüfusun kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisini çok boyutlu bir perspektif ile inceleyerek hem ulusal hem de uluslararası düzeyde sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı yapısal dönüşüm baskılarını ortaya koymaktadır. Demografik değişimlerin merkezinde yer alan nüfusun yaşlanması olgusu, sadece sosyal güvenlik sistemlerini değil, aynı zamanda kamu sağlık harcamalarının yapısını, sürdürülebilirliğini ve etkinliğini doğrudan etkileyen bir dinamik olarak belirginleşmektedir. Özellikle 65 yaş üstü bireylerin nüfus içindeki oranındaki artış, kronik hastalık prevalansının yükselmesi, uzun dönemli bakım ihtiyacının çoğalması ve acil sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimin artması, kamu sağlık politikalarının yeniden yapılandırılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu çerçevede yapılan analizler, yaşlanan nüfusun hem doğrudan hem de dolaylı yollarla sağlık harcamaları üzerinde baskı oluşturduğunu; bu baskının ise sadece mali değil, aynı zamanda organizasyonel ve etik boyutlar taşıdığını göstermektedir.

Araştırma kapsamında kamu sağlık harcamalarının temel bileşenleri incelenmiş, bu harcamaların finansmanında kullanılan yöntemlerin vergiye dayalı modeller, sosyal sağlık sigortası, özel sigorta sistemleri ve cepten ödemeler sürdürülebilirlik üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Özellikle sigorta primleri ile sağlanan finansman yöntemlerinin geniş bir risk havuzu oluşturarak kaynakları dengeleyici bir rol üstlendiği; ancak yaşlanan nüfus karşısında bu yapıların da maliyet etkinlik açısından zorlandığı tespit edilmiştir. Kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği, yalnızca toplam harcama miktarının kontrolüyle değil, bu harcamaların etkin ve verimli kullanımını önceleyen politikalarla mümkündür. Bu bağlamda önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, erken tanı ve tedavi mekanizmalarının geliştirilmesi, yaşlı bireylerin evde bakım hizmetleriyle desteklenmesi ve sağlık teknolojilerinin etkin şekilde entegrasyonu, sistemin direncini artıracı başlıca stratejik uygulamalardır.

İkinci bölümde ortaya konduğu üzere, kamu sağlık harcamalarını etkileyen faktörler yalnızca sağlık sistemine özgü yapısal unsurlarla sınırlı değildir. Bireysel gelir seviyelerindeki artış, toplumsal demokrasi düzeyi, çevresel koşullar, bilgi eşitsizliği ve hizmet erişimindeki iyileşmeler gibi makro düzeydeki değişkenler de kamu sağlık harcamalarının düzeyi üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Özellikle bilgiye erişimin artmasıyla birlikte sağlık talebinde yaşanan yükseliş, kamu kaynaklarının daha yüksek

bir oranda bu alana kanalize edilmesine neden olmaktadır. Bu noktada kaynak tahsisi sürecinde yapılan tercihler, kamu politikasının sosyoekonomik eşitlik hedefleriyle ne derece uyumlu olduğunun da bir göstergesi haline gelmektedir. Zira kamu sağlık harcamalarının artması, düşük gelirli ve dezavantajlı grupların hizmetlere erişimini doğrudan etkileyebilmekte, bu da sağlıkta eşitsizlikleri daha da derinleştirebilmektedir.

Araştırmanın üçüncü bölümünde yaşanan nüfusun kamu sağlık harcamaları üzerindeki etkisi incelenmiş, özellikle kronik hastalık yükünün artışı, hastanelere başvuru oranlarındaki yükselme ve sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki baskılar detaylandırılmıştır. Burada elde edilen bulgular, yaşanan nüfusun yalnızca sağlık sisteminin değil, aynı zamanda ekonomik sistemin sürdürülebilirliği açısından da stratejik bir mesele olduğunu ortaya koymuştur. Kronik hastalıkların yönetimi, bakım, rehabilitasyon hizmetleri ve yaşlılara özel hastane altyapıları gibi çok sayıda alanda ek maliyetler doğmakta; bu da kamu sağlık harcamalarının yapısal olarak genişlemesine neden olmaktadır. Aynı zamanda yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan zorluklar, sistemin hizmet sunum kalitesiyle ilgili etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda geliştirilen yaşlılık destek programları, yalnızca bir mali yönetim aracı değil, aynı zamanda sosyal adaletin tesisi bakımından da kritik önemdedir.

Avrupa Birliği ülkeleri üzerinden yapılan karşılaştırmalı analizler ise yaşanan nüfus ile kamu sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin ülke bazlı değişkenlik gösterdiğini, ancak temel eğilimlerin benzer olduğunu ortaya koymuştur. Gerek kişi başı kamu sağlık harcamaları gerekse kamu harcamalarının GSYH içindeki payları yaşlı nüfus oranı ile paralel biçimde artmakta; dolayısıyla AB ülkelerinde sağlık sistemlerinin yaşlı nüfusa adaptasyonu, politika önceliği haline gelmektedir. Burada dikkat çeken bir diğer unsur, yüksek gelirli AB ülkelerinin yaşanan nüfusa rağmen sağlık harcamalarını daha sürdürülebilir kılabilirdikleri; bunun da etkin planlama, teknolojik altyapı, güçlü sosyal devlet mekanizmaları ve çok kanallı finansman yapılarıyla ilişkili olduğudur.

Dünya genelinde yaşanan demografik dönüşümler, toplumların sağlık sistemlerini yeniden yapılandırmasını zorunlu kılan temel faktörlerden biri haline gelmiştir. Özellikle nüfusun yaşlanması olgusu, sadece sosyal güvenlik sistemlerini değil, aynı zamanda kamu sağlık harcamalarının kapsamını, yönünü ve sürdürülebilirliğini de doğrudan etkilemektedir. Bu bağlamda yürütülen bu araştırma, Avrupa ülkeleri

örneğinde olmak üzere, yaşlanan nüfus ile kamu sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi çok boyutlu bir biçimde ele almış ve bu ilişkinin yapısal etkilerini gerek tablolar gerekse grafiksel analizler yoluyla gözler önüne sermiştir. Araştırmanın bulguları göstermektedir ki, 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfus içindeki oranı arttıkça, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı da sistematik olarak yükselmektedir. Bu durum, yaşlılıkla birlikte artan sağlık hizmeti ihtiyacının büyük ölçüde kamu kaynaklarıyla karşılandığını ve dolayısıyla yaşlılık olgusunun kamu maliyesi üzerinde doğrudan ve kalıcı bir baskı oluşturduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Araştırma kapsamında incelenen yirmi yedi Avrupa ülkesi, yaşlı nüfus oranlarındaki farklılıkları ve kamu sağlık sistemlerine ilişkin yapısal özellikleriyle karşılaştırmalı analiz yapılmasına olanak sağlamıştır. Refah devleti anlayışının kökleştiği Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfusun oransal artışı daha belirgin olurken, bu ülkelerde kamu sağlık harcamalarının da yüksek seviyelerde seyretmeye devam ettiği görülmektedir. Almanya, Fransa, İsveç, Hollanda ve Danimarka gibi ülkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde seksenlerin üzerine çıkarken, yaşlı nüfus oranı da yüzde yirmi beş seviyelerine yaklaşmıştır. Bu ülkelerde kamu politikalarının yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarını merkeze alacak şekilde dönüştürüldüğü ve sosyal güvenlik harcamalarının önemli bir kısmının yaşlı nüfusun sağlık taleplerine tahsis edildiği anlaşılmaktadır.

Buna karşın, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfus oranı Batı ülkeleri kadar yüksek olmamakla birlikte, artış eğilimi belirgin biçimde sürmektedir. Macaristan, Polonya, Slovakya, Bulgaristan, Romanya gibi ülkelerde kamu sağlık harcamalarının yüzdesel artış hızının yüksek olması, bu ülkelerde yaşlanan nüfusun sistem üzerinde nasıl giderek büyüyen bir mali baskı yarattığını göstermektedir. Bu ülkelerde, sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği, yaşlı bireylere sunulan hizmetlerin kapsamı ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler gibi sorunlar, yaşlanma sürecinin yönetilmesi açısından ciddi zorluklara işaret etmektedir. Buna rağmen, kamu harcamalarının giderek artan bir bölümünün yaşlı bireylerin bakım, tedavi, ilaç ve uzun vadeli destek ihtiyaçlarına ayrıldığı, veri analizleriyle ortaya konulmuştur. Bu durum, yaşlanma olgusunun yalnızca demografik değil, aynı zamanda sosyo-ekonomik bir yeniden yapılanma sürecini tetiklediğini ortaya koymaktadır.

Araştırmada yalnızca barış dönemi sağlık politikaları değil, aynı zamanda doğal afetler ve pandemiler gibi olağanüstü koşulların yaşlı bireyler üzerindeki etkileri de ele alınmış; bu çerçevede son yirmi yıl içinde gerçekleşen on farklı afet ve salgın üzerinden kamu sağlık harcamalarının dinamikleri analiz edilmiştir. Bulgular, kriz anlarında yaşlı bireylerin sağlık sistemlerinin en kırılgan grubu haline geldiğini ve bu nedenle kamu otoritelerinin en hızlı müdahale ve en yüksek bütçe tahsisini bu gruba yönelik gerçekleştirdiğini göstermiştir.

Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, yaşlanmanın kamu sağlık sistemleri üzerinde yapısal bir yeniden düzenleme gerekliliği doğurduğu anlaşılmaktadır. Gerek normal dönemlerde gerekse olağanüstü koşullarda yaşlı bireylerin artan sağlık hizmeti talebi, yalnızca bir sağlık politikası sorunu değil, aynı zamanda bir kamu finansmanı ve sosyal adalet sorunudur. Bu bağlamda, gelecekte kamu sağlık sistemlerinin yalnızca harcama düzeyleriyle değil, aynı zamanda kaynak tahsis mekanizmaları, hizmet sunum biçimleri, bakım modelleri ve teknolojik yeniliklerle desteklenmiş geriatrik hizmet altyapısıyla yeniden tasarlanması gerekmektedir. Uzun vadeli bakım sigortası sistemlerinin kurulması, yaşlı dostu hastanelerin yaygınlaştırılması, evde bakım hizmetlerinin kamusal olarak desteklenmesi, dijital sağlık teknolojilerinin yaşlı bireylerin erişimine uyarlanması gibi yenilikçi politikalar, hem bireylerin yaşam kalitesini artıracak hem de kamu sağlık harcamalarının daha etkin biçimde kullanılmasına olanak sağlayacaktır.

Tüm bu anlatılanlar doğrultusunda, yaşlanma ile kamu sağlık harcamaları arasındaki ilişki, çok yönlü ve giderek derinleşen bir etkileşim biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık sistemlerinden daha uzun süre ve daha yoğun şekilde faydalanması, kamu bütçelerinin planlamasında yaşlanma olgusunu temel belirleyici haline getirmiştir. Gelecek dönemde gerek Avrupa ülkelerinde gerekse küresel ölçekte sağlık sistemlerinin yaşlanmaya karşı ne ölçüde hazırlıklı olduğu, sadece ekonomik değil, aynı zamanda toplumsal refah, sosyal eşitlik ve insan hakları açısından da belirleyici olacaktır. Bu nedenle, yaşlanmayı yalnızca bir nüfus istatistiği değil, bir kamu politika meselesi olarak ele alan bütüncül yaklaşımlar geliştirilmesi kaçınılmazdır. Bu araştırmanın bulguları, bu doğrultuda atılacak adımlara bilimsel bir zemin sunmakta; yaşlanmanın sağlık sistemleri üzerindeki etkilerinin yalnızca bugüne

değil, geleceğe dair de planlama gerektiren çok katmanlı bir yapı arz ettiğini ortaya koymaktadır.



KAYNAKÇA

- Akar, T., Sarıtaş, T., ve Akar, G. (2023). Yenilenebilir enerji ve sağlık harcamaları ilişkisi: AB ülkelerinden kanıtlar. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(23), 43-48.
- Arpa, A. T., ve Kolçak, M. (2017). Türkiye ve OECD ülkelerinde sosyal güvenlik harcamaları. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(3), 651-677.
- Atılğan, D. (2024). Ekonomik büyüme, yaşlanan nüfus ve küreselleşmenin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi: Gelişmiş bir panel veri tahmini. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 26(47), 994-1008.
- Aydemir, İ., ve Yaşar, M. E. (2020). Demografik değişim kuramının sağlık, hastalık ve sağlık harcamaları üzerindeki etkisine ilişkin literatür değerlendirmesi. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(15), 102-116.
- Batbaylı, Ş. (2021). *Sağlık hizmeti ihracatı ve Türkiye örneği* (Doktora tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi).
- Becerren, E., İzgi, B. B., ve Fırat, E. (2021). Sağlık ve kalkınma ilişkisi: OECD ülkelerinde sağlık harcamalarını belirleyen faktörler. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 1-10.
- Büyüksırt, M. B. (2023). *Türkiye ve Hindistan'ın sağlık turizmi faaliyetlerinin karşılaştırılması* (Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi).
- Çal, E., ve Zarplı, Ç. (2025). *Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki refah devleti sistemlerinin karşılaştırmalı bir analizi* (Yüksek lisans tezi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Çalışkan, G., ve Sanisoğlu, Y. (2022). Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin dinamik panel veri analizi ile incelenmesi. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (35), 1-16.
- Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, " Domestic general government health expenditure (% of GDP)" <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, " Domestic general government health expenditure (% of current health expenditure)" <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, " Domestic general government health expenditure per capita, PPP (current international \$)" <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PP.CD>
- Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, "Population ages 65 and above (% of total population) [SP.POP.65UP.TO.ZS].
- Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, "Population ages 80 and above (% of total population) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.80UP.MA.5Y?locations=XD>
- Dünya Bankası, World Development Indicators veri tabanı, "Population ages 65 and above (% of total population)
- Emsen, H. S., Yurttaçıkılmaz, Z. Ç., ve Emsen, Ö. S. (2024). Yükselen ekonomilerde beşeri sermaye unsurlarından sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ilişkileri. *Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Bilimleri Akademik Araştırmalar Dergisi*, 7(16), 63-77.
- Erol, S. I. (2016). Küresel bir sorun olarak demografik dönüşüm: Nedenleri, etkileri ve alınması gereken önlemler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (37), 75-123.
- Ertürk, S. (2023). Nüfus yaşlanmasının ekonomik sonuçları ve modellenmesi. *Ekonomi Gündemi: Analizler ve İncelemeler*, 29.
- Eryer, A. (2024). Yaşlı nüfus ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Panel veri analizi. *Econder Uluslararası Akademik Dergi*, 8(2), 192-209.

- Gökbunar, A. R., Uğur, A., ve Duramaz, S. (2016). Yaşlı nüfusa yönelik sağlık harcamalarının azaltılmasında kamusal politikaların önemi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(1), 109-122.
- Göktaş, A. (2023). 60 yaş ve üzeri kişilerde algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, iyilik hali ve başarılı yaşlanmanın sosyal sağlık ile ilişkisi (Yüksek lisans tezi, Balıkesir Üniversitesi).
- İnce, A. (2022). *Yaşlanma sürecinde dini hayat* (Diyanet Vakfı Yayınları).
- Kalyoncuo, S., ve Kartın, P. T. (2021). Aktif yaşlanma ve hemşirelik bakımı. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 26-32.
- Karaağaç, H. (2022). Dünyada ve Türkiye’de demografik dönüşüm, sorunlar. *Güncel Tartışmalarla Yaşlılık*, 25.
- Karacan, E. (2017). Sosyal politika kapsamında Türkiye’de yaşlı nüfus: Sorunlar ve çözüm önerileri. *Journal of International Social Research*, 10(49).
- Karagöz, H. (2021). Nüfus yaşlanmasının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri: OECD ülkeleri örneği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(42), 1544-1565.
- Kavurmacı, A., ve Gündüz, H. İ. (2023). Yaşlanmanın aile yardımı harcamalarına etkisi: OECD ülkeleri üzerine bir araştırma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(58), 11-43.
- Kaya, Z. (2024). COVID-19 döneminde sosyal devlet harcamaları: Millî bir model önerisi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 23(1), 221-240.
- Kaygısız, A. D., ve Ezanoğlu, Z. (2021). Demografik değişimin enflasyon üzerindeki etkisi. *Siyasal: Journal of Political Sciences*, 30(1), 45-64.
- Kenanoğlu, M. E., ve Aydın, M. (2022). Yaşlanan nüfusun servet dağılımı üzerindeki etkisi: Seçilmiş ülkeler üzerine bir değerlendirme. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(4), 758-774.
- Keskin, M., ve Koçak, H. (2023). Türkiye’de nüfusun yaşlanması üzerine bir SWOT analizi. *Sosyolojik Düşün*, 8(2), 275-303.
- Koçak, D. B. (2023). Başarılı yaşlanma sürecinde bazı kuramsal yaklaşımlar. *Türkiye Din Eğitimi Araştırmaları Dergisi*, (16), 235-255.
- Mercan Sarı, R., ve Burcu Sağlam, E. (2024). Sosyal problemler sosyolojisi çerçevesinde Türkiye’de nüfus yaşlanması. *Erdem*, (86).
- Mutlu, F. N., ve Metin, B. (2022). Sivil toplum kuruluşlarının sosyal politikadaki rolü bağlamında Ankara’da yaşlılara yönelik faaliyet gösteren derneklerin incelenmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 12(2), 347-368.
- Okan, M., ve Cam, E. (2022). Uluslararası kuruluşların yaşlı işgücüne yönelik istihdam politikaları ve bazı ülkelere yönelik incelemeler. *Journal of Social Policy Conferences*, (82), 53-92.
- Öncebe, Ş. (2024). Türkiye’de yaşlı bağımlı nüfus, sağlık harcamaları ve iç borç ilişkisi. *ISPEC International Journal of Social Sciences ve Humanities*, 8(4), 103-122.
- Tunca, D. (2024). *Türkiye’de sağlık harcamaları ve finansmanı* (Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi).
- Uyanık, Y., ve Başyigit, R. (2018). Demografik yapı içinde yaşlı nüfusun görünümü ve aktif yaşlanma yaklaşımı perspektifinde politika örnekleri. *İş ve Hayat*, 4(8), 273-310.