

**T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ABD
İKTİSAT BİLİM DALI**

**SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA SAĞLIK EKONOMİSİ İLİŞKİSİNİN VAN
İLİNDE ANALİZİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

NİDA GÜNSAN

DANIŞMAN

DOÇ. DR. ZAFER KANBEROĞLU

VAN - 2019

**T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ABD
İKTİSAT BİLİM DALI**

**SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA SAĞLIK EKONOMİSİ İLİŞKİSİNİN VAN
İLİNDE ANALİZİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

NİDA GÜNSAN

DANIŞMAN

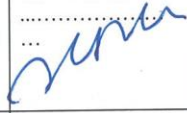


DOÇ. DR. ZAFER KANBEROĞLU

VAN – 2019

Bu Tez Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bap Koordinasyon Birimi Tarafından

SYL-7941 Nolu Proje Olarak Desteklenmiştir.

KABUL VE ONAY SAYFASI

NİDA GÜNSAN tarafından hazırlanan "SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA SAĞLIK EKONOMİSİ İLİŞKİSİNİN VAN İLİNDE ANALİZİ" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi İktisat Anabilim Dalında <u>YÜKSEK LİSANS TEZİ</u> olarak kabul edilmiştir.	
Başkan: Doç. Dr. Haluk YERGIN İktisat Anabilim Dalı, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/ onaylamıyorum	
Danışman: Doç. Dr. Zafer KANBEROĞLU İktisat Anabilim Dalı, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/ onaylamıyorum	
Üye: Dr. Öğr. Üyesi Şekip YAZGAN Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, İİBF Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/ onaylamıyorum	
Yedek Üye: Dr. Öğr. Üyesi Fatma Fehime AYDIN İktisat Anabilim Dalı, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/ onaylamıyorum
Yedek Üye: Dr. Öğr. Ahmet OĞUZ İktisat Anabilim Dalı, Karabük Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/ onaylamıyorum
TezSavunmaTarihi:/...../.....
Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini ve imzaların sahiplerine ait olduğunu onaylıyorum. Doç. Dr. Bekir KOÇLAR Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü	

ETİK BEYAN SAYFASI

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü **Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;**

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 28/06/2019



NİDA GÜNSAN

(Yüksek Lisans Tezi)

NİDA GÜNSAN

VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Haziran, 2019

**SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA SAĞLIK EKONOMİSİ İLİŞKİSİNİN
VAN İLİNDE ANALİZİ**

ÖZET

Sürdürülebilir kalkınma, gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneğini ortadan kaldırmaksızın şimdiki neslin ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sürdürülebilir kalkınmanın temel unsurları arasında ekonomik unsurlar, sosyo-kültürel unsurlar ve çevresel unsurlar yer almaktadır. Açlığın azaltılması, nitelikli eğitim, toplumsal cinsiyet eşitliği, temiz su ve sıhhi koşullar, insana yakışır iş ve ekonomik büyüme, sanayi- yenilikçilik ve altyapı, eşitsizliklerin azaltılması, sorumlu tüketim ve üretim, sudaki yaşam, karasal yaşam, barış ve adalet, yoksulluğun azaltılması, erişilebilir temiz enerji, sürdürülebilir şehir ve yaşam alanları ile sağlıklı bireyler sürdürülebilir kalkınmanın temel hedeflerinden bazılarıdır. Bu hedeflere ulaşmada sağlık önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık insanoğlunun temel ihtiyaçlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre sağlık; bireylerin fiziki, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halleri olarak ifade edilmektedir. Doğaldır ki bu tam iyilik hali yaşanan ekonomik kalkınma ve onun etkilediği çevre ile yakından ilişkilidir. Sürdürülebilir kalkınmanın hedeflerini değerlendirmede kullanılacak sağlık göstergeleri arasında beslenme durumu, ölüm oranı, hijyen koşulları, içme suyu, sağlık hizmetler gibi değişkenler yer almaktadır. Bütün bu değişkenlerin değerlendirilmesi , sağlık adına yapılan çalışmalarında daha verimli olması için ekonomi biliminin alt dalı olarak sağlık ekonomisinin payı artmıştır. Bu tez çalışması kapsamında ‘‘Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Van İlinde ki Analizi’’ ortaya konulmuştur. Çalışmada Sürdürülebilir

Kalkınma tanım ve kapsamı ile Sağlık Ekonomisi tanım ve kapsamı ve gelişimi ele alınmıştır. Van ilinde yaşayan vatandaşlara uygulanan anket çalışması ile Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Van İlinde ki Analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda Sürdürülebilir Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi arasında olumlu bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler Sürdürülebilir Kalkınma, Sağlık Ekonomisi, Van

Sayfa Sayısı 124

Tez Danışmanı Doç. Dr. Zafer KANBEROĞLU

(M.Sc.)

NİDA GÜNSAN
VAN YÜZÜNCÜ YIL UNIVERSITY
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES

June , 2019

**ANALYSIS OF RELATIONSHIP BETWEEN SUSTAINABLE
DEVELOPMENT AND HEALTH ECONOMICS IN VAN CITY**

ABSTRACT

Sustainable development is to meet the needs of current generation without abolishing the ability of future generations' meeting their own needs. Basic elements of sustainable development include economical, socio-cultural and environmental elements. Reduction of famine, qualified education, gender equality, clean water and health conditions, decent work and economic development, innovation and substructure, alleviating the inequalities, responsible production and consumption, life in water and on land, peace and justice, reduction of poverty, accessible clean energy, sustainable city and life areas and healthy are some of basic objectives of sustainable development. Health is regarded as one of important indicators in achieving these objectives. Health is one of the basic needs of mankind. According to the definition made by WHO; health is defined as complete wellness of individuals in terms of physical, mental and social aspects. Naturally, this complete wellness is closely related to the economic development and the environment it affects. There are such variables as nutrition situation, death rate, hygiene conditions, drinking water, health care among health indicators which will be used assessing the objectives of sustainable development. In order to do more beneficial works on behalf of health, the evaluation of these variables is taken over by health economics as the sub-branch of economics. The analysis of relationship between sustainable development and health care economy in Van city has been revealed in the thesis in question. In addition to scope and definition of sustainable development in working, the scope and definition of health care economy have been dealt with. In application section, the analysis of relationship between sustainable development and health care

economy in Van city has been presented through the survey study conducted with people living in Van. Connection levels of the Variable factors determined by survey study in Van has been presented at the end of analysis.

Key words : Sustainable development, health care economy, Van

Quantity of Page : 124

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Zafer KANBEROĞLU



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ETİK BEYAN SAYFASI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
ÖNSÖZ.....	xii
GİRİŞ	1

I. BÖLÜM

1. KALKINMA VE SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA KAVRAMINA GENEL BAKIŞ

1.1 Kalkınma Kavramı	3
1.1.1. Kalkınmanın Tanımı	3
1.1.2.Kalkınma Ve Büyüme	4
1.1.3. Azgelişmişlik ve Gelişmişlik Kavramları	4
1.1.4 Kalkınma Göstergesi Olarak İnsani Gelişme Endeksi (İGE)..	5
1.2 Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı.....	5
1.2.1 Sürdürülebilir Kalkınmanın Tanımı	6
1.2.2 Sürdürülebilir Kalkınmanın Tarihsel Gelişimi.....	7
1.3 Sürdürülebilir Kalkınmanın Amaçları Hedefleri Ve Göstergeleri ...	14
1.3.1 Sürdürülebilir Kalkınmanın Amacı	14
1.3.2 Sürdürülebilir Kalkınmanın Hedefleri.....	15
1.3.3 Sürdürülebilir Kalkınmanın Göstergeleri.....	16
1.3.4 Sürdürülebilir Kalkınma Kavramına Yöneltilen Eleştiriler ..	17
1.4. Türkiye’de Sürdürülebilir Kalkınma Anlayışının Gelişmesi Ve Uygulamaları.....	18
1.4.1.Türkiye’de Yerel Gündem 21	18
1.4.2.Ulusal Çevre Eylem Planı (UÇEP)	19
1.4.3.Türkiye’de Sürdürülebilir Kalkınmanın Yasal Yansımaları .	20

II. BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ

2.1 Sağlık Sektörü Kavramı	24
2.1.1 Sağlık Ve Hastalık Kavramı.....	24
2.1.2 Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi.....	27
2.1.3 Sağlık Kavramına Yönelik Modeller	30
2.1.4 Sağlığın Önemi.....	31
2.1.5 Sağlık Hizmetleri.....	31
2.1.5.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	32
2.1.5.2 Tedavi Edici Rehabilitasyon Hizmetleri	33
2.1.5.2.1. Ayakta Tedavisi Yapılan Sağlık Hizmetleri.....	33
2.1.5.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri	33
2.1.5.3. Rehabilitasyon(Esenlendirme) Hizmetleri	34
2.1.5.3.1 Tıbbi Rehabilitasyon	34

2.1.5.3.2 Toplumsal Rehabilitasyon.....	33
2.1.6. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	40
2.1.7 Türkiye’de Sağlık Reformu.....	44
2.1.8 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)	44
2.2 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	45
2.3 Sağlık Ekonomisine Genel Bakış.....	48
2.3.1 Sağlık Ekonomisi Kavramı	48
2.3.2 Sağlık Ekonomisi Kapsamı	48
2.3.3 Sağlık Ekonomisinin Tarihsel Gelişimi	53
2.3.4 Sağlık Ekonomisinin İşleyişi.....	56
2.4 Sağlık Harcamaları	61
2.4.1 Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri	62
2.5. Sağlık Ekonomisi Finansmanı.....	69
2.5.1. Sağlık Finansmanı Kavramı	69
2.5.2 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modellerinin Belirlenmesi	71
2.5.3 Sağlık Sistemleri Finansman Modelleri	73
2.6. Sağlık Hizmetleri Finansman Sistemleri.....	79
2.7 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	82
2.8 Türkiye’de Sağlık Finansmanı	89

III.BÖLÜM

SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA SAĞLIK EKONOMİSİ İLİŞKİSİNİN VAN İLİNDE ANALİZİ

3.1. Van İline Genel Bakış	91
3.1.1. Van İlinin Coğrafi Konumu	91
3.1.2. Van İlinin Tarihçesi.....	91
3.1.3. Van İlinin Sosyo-Ekonomik Yapısı	92
3.2 Sürdürülebilir Kalkınma Ve Sağlık İlişkisinin Analizi	93
3.3. Literatür Taraması	94
3.4 Sürdürülebilir Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Van İlinde Analizi İle ilgili Yöntem ve Bulgular.....	97
3.4.1 Çalışmanın Unsurları.....	97
3.4.2 Çalışmanın Amacı	97
3.4.3 Çalışmanın Önemi.....	97
3.4.4 Çalışmanın Yöntemi.....	98
3.4.5 Çalışmanın Kapsamı	98
3.4.6 Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Tespitine Yönelik Anket Çalışması	98
SONUÇ VE ÖNERİLER	115
KAYNAKÇA	119
EKLER	126
ANKET ÖRNEĞİ	126
ÖZGEÇMİŞ	
ORJİNALLİK RAPORU	

KISALTMALAR DİZİNİ.

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar Açıklamalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ATY	Arzın Talep Yaratması
BM	Birleşmiş Milletler
COE	Avrupa Konseyi
DALY	Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı
DRG	Teşhise Dayalı Grup
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EUİGE	Eşitsizliğe Uyarlanmış İnsani Gelişme Endeksi
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
QALY	Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı
ICPD	Uluslararası Nüfus Ve Kalkınma Konferansı
IULA – EMME	Uluslararası Yerel Yönetimler Birliği , Doğu Akdeniz ve Ortadoğu Bölge Teşkilatı
İGE	İnsani Gelişme Endeksi
OECD	Ekonomik İşbirliği Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
UNDP	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UÇEP	Ulusal Çevre Eylem Planı
UNDP – TTF	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı - Tematik Güven Fonu
Vb.	Ve benzeri
Vd	Ve diğerleri
YG	Yerel Gündem
WTO	Dünya Ticaret Örgütü
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
SHİKD	Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu

ÇİZELGELER DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler	64
Tablo 2. Türkiye'nin 1999-2017 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Harcamaları	66
Tablo 3. OECD Ülkeleri Arasında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH 'ye Oranı (2005-2017).....	68
Tablo 4. Sağlık Sistemleri Modelleri	74
Tablo 5. Tıbbi Tasarruf Hesabı Avantajları ve Dezavantajları	88
Tablo 6. 2015- 2018 Yılları Arasında Van Nüfusu.....	92
Tablo 7. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini Değerlendirme de Kullanılabilecek Olan Sağlık Göstergeleri.....	94
Tablo 8. Güvenirlik analizi tablosu.....	101
Tablo 9. Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Dağılım Tablosu.....	101
Tablo 10. Katılımcıları Cinsiyet Durumlarına Göre Dağılım Tablosu	103
Tablo 11. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılım Tablosu.....	103
Tablo 12. Katılımcıları Gelir Durumuna Göre Dağılım Tablosu.....	103
Tablo 13. Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Dağılım Tablosu	104
Tablo 14. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılım Tablosu	104
Tablo 15. Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılım Tablosu	104
Tablo 16. Katılımcıların Cinsiyet Durumuna Göre İstatistik Değerleri Tablosu.....	106
Tablo 17. Katılımcıların Cinsiyet Durumlarına Göre T Testi Tablosu.....	106
Tablo 18. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre İstatistik Değerleri t	108
Tablo 19. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre T Testi Tablosu	108
Tablo 20. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	109
Tablo 21. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Anova tablosu	109
Tablo 22. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Tanımlayıcı İstatistik Tablosu.....	110
Tablo 23. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Anova Testi Tablosu	110
Tablo 24. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Tanımlayıcı İstatistik Tablosu..	111
Tablo 25. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Anova Testi Tablosu	111
Tablo 26. Katılımcıların Yaşadıkları Yere Göre Tanımlayıcı İstatistikleri Tablosu	112
Tablo 27. Katılımcıların Yaşadıkları Yere Göre Anova Testleri Tablosu	113
Tablo 28. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	113
Tablo 29. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Anova Testi Tablosu.....	114

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlığı Belirleyen Başlıca Faktörler	25
Şekil 2. Sağlık Üretim Fonksiyonu	26
Şekil 3. Bilgi Asimetrisi Kaynaklı Arzın Talep Yaratması Probleminin Oluşturduğu İsrar Sorunu.....	38
Şekil 4. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı.....	49
Şekil 5. Sağlık Ekonomisinin Kara Kutusu.....	55
Şekil 6. Sağlık Hizmetleri Üçgeni.....	71



ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine her ne zaman danışsam bana değerli zamanını ayırıp sabrı ve büyük ilgisiyle bana faydalı olmak için elinden gelenin fazlasını yapan, her konu da yanına çekinmeden gidebildiğim güler yüzlülüğünü ve samimiyetini benden hiçbir zaman esirgemeyen ve gelecekteki meslek hayatımda da bilgilerinden fazlasıyla yararlanacağımı düşündüğüm sayın danışman hocam, Doç. Dr. Zafer Kanberoğlu' na teşekkürü bir borç biliyor ve şükranlarımı sunuyorum.

Tez çalışmam süresince başka bir şehirde bulunmasına rağmen desteklerini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Gülenay Baş Dinar'a çok teşekkür ediyorum. Yüksek lisans eğitimim süresince yardımları ve bilgileriyle destek olan iktisat bölümünde ki tüm hocalarıma teşekkür ediyorum. Tez çalışmamda verilerin analiz kısmında bana yardım eden arkadaşım doktora öğrencisi İbrahim Yıldırımçakar'a yardımlarından dolayı teşekkür ediyorum. Tez çalışmamın projelendirilmesinin desteklenmesinde Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Projeleri Merkezi ve çalışanlarına, destek ve yardımlarından dolayı teşekkür ediyorum.

Ve teşekkürlerin az kalacağı tez çalışmamda desteklerini ve bana olan güvenlerini her zaman gösteren, beni bugünlere en iyi şekilde yetiştirerek getiren bu hayatta ki en büyük şansım olan canım aileme çok teşekkür ediyorum.

NİDA GÜNSAN

GİRİŞ

Kalkınmanın nitel ve nicel yönü bulunmaktadır. Kalkınma, ekonomik, toplumsal, sosyo-kültürel ve çevresel anlamda insanoğlunun yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan bir kavramdır. Bu bağlamda geçmişten günümüze kadar ülkelerin temel hedefi kalkınma politikaları aracılığıyla toplumun yaşam standartlarını arttırmak olmuştur. Kalkınmanın etkin bir şekilde sağlanabilmesi için her ülkenin kendi durumlarına göre politika belirlemeleri gerekmektedir. Ülkeler belirledikleri politikalar ışığında önemli bir noktada kalkınmanın sürdürülebilir olmasıdır. Günümüzde adından çokça bahsettiren 1987 yılında Bruntland raporunda yayınlanan Sürdürülebilir Kalkınma, günümüz ihtiyaçlarının, gelecek kuşakların ihtiyaçlarını karşılama olanaklarından fedakarlık yapılmaksızın karşılanabilmesi sürecidir. 1970'li yıllardan itibaren çevre ile ilgili problemler kalkınma iktisatçılarının dikkatini çekmiştir. Kalkınma disiplini başlangıçta çevresel problemleri dikkate almazken söz konusu tarihten itibaren çevreyi de dikkate alan bir anlayış içerisine girmişlerdir. Bu anlayış sürdürülebilir kalkınma olarak ifade edilmektedir. Sürdürülebilir kalkınma kavramı hem çevreyi hem de kalkınma içerisinde daha önceden var olan iktisadi ve sosyal unsurları bir araya getirmiştir. Çevre, toplum ve ekonomi arasındaki bu bağın alt başlıkları da şüphesiz bu etkileşimde önemli rol oynamaktadır. Özellikle toplum unsurunun önemli alt başlıklarından biri olarak kabul edilen sağlık unsuru insanoğlunun refahını doğrudan etkileyen bir unsur olarak burada öne çıkmaktadır. Bu kapsamda sağlık, sürdürülebilir kalkınmayı oluşturan çevre ve ekonomi başlıkları ile yoğun etkileşim içerisinde. Sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasındaki etkileşimde açık ve kapalı alanlarda insan sağlığını etkileyen unsurlar önemli rol oynamaktadır. Sürdürülebilir kalkınma kavramı, aynı zamanda gelecek nesillerin uzun dönemde sağlıklı bir yaşam sürmeleri gerektiğini vurgulayan bir kavramdır. Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için ülkelerin sağlık hizmetlerine ilişkin bütçe ve hizmetleri arttırması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında ekonomi biliminin alt dalı olan sağlık ekonomisi bu görevi üstlenmektedir. Sağlık ekonomisi, sağlık sektörü için ayrılan kaynakların etkili ve verimli şekilde kullanarak toplumda yaşayan bireylerin daha iyi sağlık hizmeti almalarını sağlamak şekilde tanımlayabiliriz. Sağlık ekonomisinin görevi

sağlık alanında sunulan hizmetlerin verimliliğini sağlamak ve bunlarla ilgili çalışmalarda bulunmaktadır.

Bu alışma 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kalkınma kavramı ve sürdürülebilir kalkınma kavramlarının tanımını ve kapsamını detaylı bir şekilde anlatılmıştır. İkinci bölümde ise Sağlık ekonomisi tanımı, kapsamı ve tarihsel gelişimi sırayla ele alınmıştır. nc bölümde ise Van ili hakkında bilgi verilmiş ve sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında ki ilişkinin Van ilinde ki analizi yapılmıştır.



I. BÖLÜM

1. KALKINMA VE SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA KAVRAMINA GENEL BAKIŞ

1.1 Kalkınma Kavramı

Kalkınma ekonomisinin bir disiplin olarak ortaya çıktığı tarih 1930'larda yaşanan büyük buhrana kadar uzanmaktadır. Büyük buhran (1929) ve II. Dünya savaşı (1939 - 1945) ile birlikte dünyanın birçok yerinde meydana gelen olaylar ekonomik sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır ve kalkınma kavramının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Genel anlamda ekonomik kalkınmanın, sürdürülebilir bir şekilde sağlanabilmesi için yalnızca kaynakların etkin bir şekilde sağlanması değil aynı zamanda ekonomik, sosyal, politik alanlarda insanların yaşam kalitelerinin artırılmasını sağlamaktır. Kalkınma kavramı nitel ve nicel yönü bulunan geniş kapsamlı bir kavramdır. Kalkınma iktisadi II. Dünya savaşı sonrasında birçok iktisatçının ilgi odağı haline gelmiştir. İktisatçılar gelir ve üretimin artması üzerine yoğunlaşmışlardır. İktisat bilimin de yer edinen bu kavram tıpkı para, enflasyon, büyüme gibi iktisat biliminde adından söz ettirmeye başlamıştır. Günümüzde de iktisadi kalkınma adından söz ettirmeye devam etmektedir.

1.1.1. Kalkınmanın Tanımı

Kalkınma , sadece üretimin ve kişi başına gelirin artırılması demek değildir, az gelişmiş toplumda ekonomik ve sosyo - kültürel yapının da değiştirilmesidir. Kişi başına düşen milli gelirin artması, üretim faktörlerinin miktarlarında meydana gelen değişiklik, endüstri kesiminin milli gelir ve ihracat içerisindeki payının artması gibi unsurlar ,kalkınmanın temel unsurlarıdır(Han ve Kaya, 2009).

Kalkınma sürecinde rol oynayan üç eleman bulunmaktadır. (Tolunay, 2006: 116).Bu elemanlar;

1.İktisadi Kalkınma : İnsanların ihtiyacı olan mal ve hizmetlerin gelişmiş bir ekonomide üretilmesi , insanların yaşam standartlarını arttıracaktır.

2.Sosyal Kalkınma : İÇeriği sosyal hayat şartlarının iyileştirilmesi olan bir kalkınma çeşididir. Sosyal kalkınma kavramı altında yer alan unsurlara örnek olarak; sağlık, eğitim, altyapı, şehirleşme, çevre sorunları gibi unsurları örnek olarak verebiliriz.

3. İnsani Kalkınma : Bireysel ve toplumsal olarak insanların, sahip oldukları yeteneklerini kalkınma için kullanmaları ülkenin pozitif yönde ilerlemesinde temel etkindir. İnsani kalkınmada toplumda yaşayan bireylerin eğitim seviyesinin yükseltilmesi büyük önem arz etmektedir.

1.1.2.Kalkınma Ve Büyüme

Kalkınma ve büyüme kavramları birbirine çok yakın olan kavramlardır. II. Dünya savaşından sonra ülkelerin kalkınmışlık seviyelerinin arttırmak istemeleri ve büyüme hızlarını korumak istemeleri ekonomi literatüründe büyüme ve kalkınma kavramlarına yer açmıştır. Ancak bu iki kavram birbirinden farklı özellikler bakımından ayrılmaktadır. Ekonomik kalkınmayı dar anlamda tanımlarsak insanoğlunun iktisadi şartlarının nasıl değişebileceğini gösteren kavram olarak tanımlayabiliriz. Ancak bu tanıma sadece ekonomik faktörleri eklemek yanlış olur insan hayatında önemli olan eğitim, kültürel , açlık , yoksulluk gibi kavramlarında eklenmesi gerekir. Yani kalkınma hem ekonomik hem de ekonomik olmayan faktörleri içinde barındırır.

Büyüme ise bir ülke de mal ve hizmet miktarının artması olarak tanımlanır. Bir ülke de yaşayan insanların yaşam standartlarının daha iyi hale gelmesinin bir yoludur. Ekonomik kalkınma da ekonomik büyümeden farklı olarak şunu ekleyebiliriz; toplumda ki ekonomik ve sosyal değişimleri kapsar. Yani kalkınma sadece az gelişmişlikle ilgili olurken, büyüme hem az gelişmiş hem de gelişmiş ekonomilerle ilgilidir.

1.1.3. Azgelişmişlik ve Gelişmişlik Kavramları

Azgelişmişlik kavramı; Geri kalmış, endüstrileşememiş, tarımda makineleşmeye geçememiş ve halen insan gücüne dayalı olarak üretim yapan ,

eğitim seviyesinin düşük olduğu, modern teknolojiyi kullanamayan ülke ya da bölgeleri ifade etmek için kullanılan kavramdır(Başkaya, 2011: 23).Gelişmişlik kavramı ise; sanayileşmiş, modern teknoloji kullanabilen, eğitim düzeyinin yüksek olduğu ülke ya da bölgeleri ifade etmek için kullanılmaktadır.

1.1.4 Kalkınma Göstergesi Olarak İnsani Gelişme Endeksi (İGE)

İnsanların yaşam seviyelerinin daha iyi hale gelmesine gelişme olarak tanımlanmaktadır. İnsani gelişme endeksi ile ilgili adım ilk defa 1990 senesinde UNDP tarafından atılmıştır. Bu endeks insanların yaşamlarını daha iyi seviyeye ulaştırmak için neler yapılması gerektiği ile ilgili fikirler ileri sürmektedir. İnsani gelişme endeksi yaşam seviyesi, eğitim düzeyi ve okur yazarlık oranı ile ölçülen bir endekstir. İnsani Gelişme Raporu'nda yer alan insani gelişmenin temel hedefi, “bugünkü ve gelecekte tüm nesillerin her alandaki yeteneklerinin geliştirilmesi ve bu yeteneklerini kullanılabilmesini sağlamak için uygun çevre ve imkanların sunulması” olarak belirtilmiştir(Yıldız, 2015: 45).

İnsani Gelişme Endeksi, kalkınma disiplinine çok boyutlu bir şekilde yaklaşan sağlık , eğitim , gelir başta olmak üzere 189 ülke için hesaplanan endekstir. İnsani Gelişme Endeksi Eğilimleri, 1990-2017 yılları arasında ki İGE' de oluşan değişiklikleri vurgularken, uzun vadeli eğilimlerin analiz edilmesine olanak tanımaktadır. Eşitsizliğe Uyarlanmış İnsani Gelişme Endeksi (EUIGE) ise, 151 ülkeyi kapsamakta ve İGE kazanımlarının eşitsiz dağılımı sonucundaki insani gelişme kaybını ölçmektedir. 2018 İstatistiksel Güncellemesi 5 istatistik gösterge panosunu kapsamaktadır. Bunlar; 1) İnsani gelişme kalitesi 2) ömür boyu toplumsal cinsiyet farklılığı 3) kadının güçlenmesi 4) çevresel sürdürülebilirlik ve 5) sosyo-ekonomik ve kültürel alanda sürdürülebilirlik (UNDP, 2018).

1.2 Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı

Sürdürülebilir kalkınma kavramını , sürdürülebilirlik kelimesinden hareketle sürekli, daimi olarak devam etmek olarak tanımlayabiliriz. İlk bakıldığı zaman basit bir kavram gibi görünebilir ancak detaylı olarak incelediği zaman oldukça geniş bir kavramdır. Sürdürülebilir kalkınma kavramı Kent Bilim Terimleri Sözlüğü 'nde ise

şu şekilde ifade edilmiştir ; “çevrenin bozulmayacağı , doğal kaynakların ise bilinçsiz bir şekilde kullanılmayacağı gereği göz önünde tutularak, bugünkü ve gelecek nesillerin çıkarlarını da göz ardı edilmemesi gerektiğini kavrayan ve iktisadi ilerlemenin gerçekleşmesini hedefleyen çevreci dünya yaklaşımı” şeklinde tanımlanmaktadır (Seydioğulları, 2013: 19). Sürdürülebilirlik kavramı günümüzde de birçok alanda kullanılmaktadır. Tarım, sağlık, turizm, ekonomi gibi alanlarda kaynakların tedbirli kullanılması gerektiğini ileri süren bir kavramdır.

1.2.1 Sürdürülebilir Kalkınmanın Tanımı

Sürdürülebilir kalkınma ortaya atıldığı zamandan şimdiye kadar farklı şekillerde tanımlanmıştır. Yoksulluğun azaltılmasından çevrenin korunmasına, gelir dağılımında adalete kadar pek çok alt başlık bu tanımlama içerisinde görülmüştür. Sürdürülebilir kalkınma konusunda günümüzde de geçerli kabul edilen tanım 1987 yılında Brundtland (Ortak Geleceğimiz) raporunda yapılmıştır. Brundtland raporuna göre sürdürülebilir kalkınma; bugünkü ihtiyaçlarının, gelecek nesillerin ihtiyaçlarını karşılama olanaklarından fedakarlık yapılmaksızın karşılanabilmesi sürecidir.

Sürdürülebilir Kalkınma: çevre, ekonomi ve sağlık unsurunun içinde bulunduğu toplumsal ilişkileri kapsamaktadır . Sürdürülebilir kalkınma kavramı kapsamı üzerinde durulan en önemli nokta gelecek nesillerin ihtiyaçlarının karşılanmasında sorun yaratmayacak şekilde bugünkü nüfusun ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sanayi devrimi sonrasında ortaya çıkan çevresel problemlerin artmaya başlaması ile birçok düşünür var olan kaynakların korunması için fikir yürütmeye başlamışlardır. Artan çevresel sorunlar, büyüme ve eşitliğe ilişkin geleneksel kaygıların yanı sıra sürdürülebilirlik ile bağlantılı konularında kalkınma tartışmalarına dâhil olmasına neden olmuştur. Çevresel sorunlarla birlikte kaynakların yakın bir zamanda tükenecek olmasından dolayı , kalkınmanın sürdürülebilir olması gerektiğinin daha geniş bir kitleler tarafından anlaşılmasını sağlamıştır (Eryılmaz, 2011: 6). Sürdürülebilir kalkınmanın kilometre taşlarınının 1972 Stockholm konferansı ile başladığı kabul edilmektedir.

1.2.2 Sürdürülebilir Kalkınmanın Tarihsel Gelişimi

Avrupa’da 18 ve 19 yüzyıllarda insan gücüne dayalı üretimde makine gücüne dayalı üretime geçilmesi ve yeni buluşların etkisi ile insan hayatında çığır açacak gelişmeler yaşanmaya başlanmıştır ve bu gelişme endüstri devrimi olarak isimlendirilmiştir. Endüstri devrimi ile birlikte hızlı bir şekilde hem üretimin artması hem de nüfusun artmasıyla beraber çevrenin ve doğal kaynakların tahrip edilmesine neden olmuştur. Ancak çevreye ilişkin sorunlar 1970’lere kadar göz önünde bulundurulmamıştır. Çevre sorunlarının giderek artmaya başlamasıyla kalkınma kavramına yeni bir yaklaşım getirilmesi gerekliliğini gün yüzüne çıkarmaya başlamıştır. 1980’lerle birlikte çevrenin korunması ile alakalı bir farkındalık dünyada gelişmeye göstermeye başlamıştır(Terzi, 2017: 7).Çevre üzerinde ki yıkıcı tahribatın artması ekosistem için bir tehdit oluşturmaya başlamıştır. Hızlı üretimle beraber doğadan daha fazla kaynak tüketilmeye başlanmış ve tüketilen bu kaynakların atıkları da doğaya daha fazla zarar vermeye başlamıştır.

Çevre sorunların ciddi boyutlarda artması ve gün geçtikçe bugünün ki neslin ihtiyaçlarını karşılarken yarın ki nesilleri tehdit altında bırakmaya başlaması ile bu tehditlerin kontrol altında tutulması için uluslararası düzeyde birlikte hareket ettirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Bu konuyla ilgili ilk olarak ulusal ve uluslararası birçok anlaşma, bildiri, sözleşmeler hazırlamaya başlanmıştır. Uluslararası kuruluşlar, Birleşmiş Milletler (BM), Avrupa Konseyi (COE), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi kuruluşlar konuyla yakından ilgilenmeye başlamışlardır. Çevre sorunlarını tespit edip konuyla ilgili çözümler üretmeye başlamışlardır. Sürdürülebilir kalkınmanın kilometre taşlarınının 1972 Stockholm konferansı ile başladığı kabul edilmektedir.

1.2.2.1.Birleşmiş Milletler İnsan Çevresi Konferansı (Stockholm Deklarasyonu 1972)

Birleşmiş Milletler tarafından 1972 senesinin Haziran ayında Stockholm’ da “İnsan Çevresi Konferansı” düzenlenmiştir. Konferansın düzenlenmesinin hemen ardından Stockholm Deklarasyonu onaylanmıştır. Stockholm Konferansı’nın sona

erdiği gün yani 16 Haziran'da “İnsan Çevre Bildirgesi” yayımlanmıştır. Deklarasyon ile insanoğlu ve çevre arasında ki ilişkilere insan faaliyetlerinin çevre üzerinde ki olumsuz etkilerine, çevrenin korunması konusunda uluslararası iş birliğinin önemine dikkat çekilmiş ayrıca insanların sağlıklı ve temiz bir çevrede yaşama hakkının olması gerektiği kabul edilmiştir. “Sürdürülebilir Kalkınma” Stockholm deklarasyonu ile vurgulanmaya başlamıştır ve alt yapısı Stockholm deklarasyonu ile atılmıştır . Bunun nedeni olarak ise, deklarasyonda taşıma kapasitesine ne dikkat çekmesi, kaynak kullanımında nesiller arasında doğruluğunu savunması ve ekonomik-sosyal ilerlemenin çevre ile arasında oluşan bağın kurulmasını gösterebiliriz (Taşkın, 2011: 20-21).

1.2.2.2.Ortak Geleceğimiz (Brundtland) Raporu (1987)

Bruntland raporu 1987 yılında Birleşmiş Milletler Dünya Çevre Ve Kalkınma Komisyonu tarafından hazırlanan, yoksulluğun kaldırılması, kaynaklarımızdan elde edilen faydaların eşit miktarda dağıtılması, nüfusun sürekli kontrol altına alınması ve son olarak çevreye zararı olmayan teknolojilerin geliştirilmesi gibi sürdürülebilir kalkınma amaçları doğrultusunda problemlere sonuçlar arayan rapordur.

Bruntland raporunda, büyümenin çevre dostu bakış açısı ile gerçekleştirilebileceği kanısıyla yola çıkılmış ve çevre sorunlarının üstesinden gelebilmek, fakirliği önlemek gibi amaçları yerine getirebileceği üzerinde durulmuştur. Ayrıca Bruntland raporuna göre sürdürülebilir kalkınma modeli teknoloji ve ekonomik canlılık ile sağlanırsa bu insanların yaşam kalitesini iyileştiren ilk ve en önemli sosyal politik yapı olacağı ifade edilmektedir (Karataş, 2017).

1.2.2.3.Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı (Rio de Janeiro, 1992)

Birleşmiş milletler Çevre Ve Kalkınma Konferansı 3-14 Haziran 1992 tarihleri arasında Brezilya'nın Rio De Janerio kentin de 178 devletin katılımı ile düzenlenmiştir. Rio konferansında insanların Sürdürülebilir Kalkınma' nın odak noktasında yer aldığı her insanın doğa ile iç içe sağlıklı ve verimli bir yaşam hakkı olduğu kabul edilmiştir. Rio konferansı ile sürdürülebilir kalkınma kavramının alanı

genişlemiştir, kavram birden çok disiplinin çalışma alanında kendine yer edinmiştir. Konferans'ta kabul edilen Gündem 21 adlı belge de sürdürülebilir kalkınma kavramını ek olarak sürdürülebilir insan yerleşimi, sürdürülebilir tarım ve kırsal kalkınmanın teşvik edilmesi, sürdürülebilir orman yerleşimi gibi kavram ve konular üzerinde de detaylı bir şekilde yoğunlaşmıştır. Konferansın getirdiği yeni kavramların sürdürülebilir kalkınma kavramı ile arasında sıkı bir bağ içerisinde olduğunu, sürdürülebilir bir ilerlemeye ulaşma konusunda çevre, ekonomi, kentleşme ve idari gibi alanlarda faaliyette bulunulması gerektiğine vurgu yapılmıştır(Taşkın , 2011: 22).

1.2.2.4 Gündem 21 (1992 Rio Zirvesi)

1992 yılında Brezilya'nın Rio de Janeiro kentinde düzenlenen Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı'nda kabul edilen Gündem 21 adlı belgeyi yaklaşık olarak 180 ülke imzalamıştır. Konferans dört bölüme ayrılmış, uzun bir belge olan Gündem 21 ile sona ermiştir. Söz konusu zirvede sosyal ve ekonomik konular kalkınma için var olan kaynakların korunması ve yönetilmesi için başlıca grupların rollerinin güçlendirilmesi ve uygulama araçları konuları görüşülmüştür. 179 ülke bu belgeyi imzaladı ve ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde bu programı uygulamayı ve finansman ve teknoloji transferi konusunda uluslararası projelere katılmayı taahhüt ettiler.

1.2.2.5 Avrupa Birliği Çevre Eylem Programları

1973 yılından bugüne kadar sırayla 1.çevre eylem programından başlayarak 7 tane çevre eylem programı yapılmıştır(AB, 2018). Bunlar;

- 1.Çevre Eylem Programı
- 2.Çevre Eylem Programı
- 3.Çevre Eylem Programı
- 4.Çevre Eylem Programı
- 5.Çevre Eylem Programı
- 6.Çevre Eylem Programı
- 7.Çevre Eylem Programı

31 Aralık 2020 tarihine kadar geçerliliği devam edecek olan 7.Çevre Eylem Planı doğrultusunda aşağıda ki hedefler seçilmiştir.

Hedefler;

- 1.Dogal sermayenin korunması ,
- 2.Verimli, yeşil, rekabetçi düşük karbon ekonomisine geçisin sağlanması
- 3.İnsanların sağlık ve refahının çevre ile ilgili tehlikelere karşı korunması
- 4.Çevre mevzuatın uygulanabilirliğinin geliştirilmesi
- 5.Çevre mevzuatına yönelik tecrübelerin artırılması
- 6.Çevre ve iklim politikaları için gerekli yatırımın sağlanması
- 7.Çevrenin diğer politika alanlarıyla bütünleşmesi ve politikalarda istikrarlığın sağlanması
- 8.Kentlerin sürdürülebilirliğinin ilerletilmesi
- 9.Birliğin uluslararası çevre ve iklim sorunları konusunda ki etkinliğinin güçlendirilmesi

1.2.2.6 Sürdürülebilir Kalkınma Komisyonu, 1993

1993 senesinde Birleşmiş Milletler bünyesinde yer alan Ekonomik Ve Sosyal Konsey altında sürdürülebilir kalkınma komisyonu kurulmuştur. Komisyonda Birleşmiş Milletler Şartnamesi 'nin 68.maddesi ve konferansta kabul edilen Gündem 21 adlı belgenin hükümleri üzerinde durulmuştur(Taşkın, 2011: 23).

Komisyonun kurulmasında ki hedef, Konferans'ta kabul edilen ilke ve hükümlerin hayata geçirilebilir olmasını sağlamak, uluslararası işbirliğini kuvvetlendirmek, çevre ve gelişme konularının entegrasyonuna yönelik hükümetler arası karar verme kapasitesini rasyonalize etmek ve Gündem 21'in ulusal, bölgesel ve uluslararası alanda uygulanabilir olmasına dair gelişmeleri gözlemlemek olarak belirlenmiştir (Taşkın, 2011: 23).

1.2.2.7 Birleşmiş Milletler Nüfus Ve Kalkınma Konferansı (Kahire, 1994)

Aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 179 ülke tarafından 1994 yılında Kahire'de kabul edilmiş olan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) Eylem Programı, içerdiği kapsamlı insan hakları yaklaşımı, üreme sağlığı ve hakları tanımı ile kadınların ve kız çocukları başta olmak üzere tüm bireylerin insan haklarını pekiştirerek bireysel refahı artan nüfusla birlikte ekonomik büyümeyi ve sürdürülebilir kalkınmayı temel alan dikkate değer bir uluslararası uzlaşmayı yansıtmaktadır (BMDERGI, 2018).

1.2.2.8 Birleşmiş İnsan Yerleşmeleri Konferansı Habitat III. (Ekvator, 2016)

Habitat konferansları, sürdürülebilir bir insan yerleşmeleri kurulması ve herkes için yeterli ev sağlanması doğrultusunda meydana getirilmiş bir programdır. 20 yılda bir olarak yapılan konferans tüm dünya da sürdürülebilir kentsel yerleşmeye yönelik gündemi belirlemektedir. İlk konferans 1976 senesinde Kanada'nın Vancouver şehrinde gerçekleşmiştir. Türkiye'de 1996 senesinde İstanbul'da düzenlenen Habitat II. konferansına ev sahipliği yaparak 'Yaşanabilir Kentler' kavramı ile konferansın sürdürülebilirlik olgusuna önemli katkı sağlamıştır. Habitat III. ise 17-20 Ekim tarihlerinde Ekvator'un başkenti Kito'da düzenlenmiştir. Habitat III ile sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşabilmek için evrensel kentleşmenin yönetilme ve yönlendirme şekline bağlı olduğu belirtilmiştir (HABITATCSB, 2018).

1.2.2.9 Rio+5 Formu (New York, 1997)

RİO+5 Forumu 1997'de New York 'ta düzenlenmiştir. Forum'un amacı, sürdürülebilir kalkınmayı konu olmaktan çıkarıp artık uygulanması gerektiğini hayata geçirmek için toplanmıştır. Forumda Sürdürülebilir kalkınmayı yerel, ulusal ve küresel düzeylerde hayata geçirerek strateji ve yönetim sistemleri üzerinde durulmuştur (Taşkın, 2011: 26).



Forum'un amaçları;

1.Sürdürülebilir kalkınmanın uygulanmasında önem arz eden konuları ve uygulamaları vurgulamak

2.Sürdürülebilir kalkınmayı ilerletebilmek için gerekli girişim ve tavsiyelerde bulunmak

3.Sürdürülebilir kalkınmayı her alanda gerçekleştirebilmek için çok boyutlu işbirliği sağlamak

4.Sürdürülebilir kalkınmanın küresel negatif neticelerine karşı yerel ve ulusal sürdürülebilirliği desteklemek

5.Ekonomik küreselleşmenin negatif neticelerine karşı yerel ve ulusal sürdürülebilirliği desteklemek

6.Sivil toplum bir araya getirilmesi , idari sistemlerin ve iktisadi girişimlerin tekrardan düzenlenmesine yönelik yapısal yenilikler konusunda çeşitli girişimlerde bulunmak

1.2.2.10 Sürdürülebilir Kalkınma Konferansı (Johannesburg ,2002)

Güney Afrika Cumhuriyeti'nin en büyük kenti olan Johannesburg' da 2002 yılında gerçekleştirilmiştir. Konferansta ülkelerin, ulusal sürdürülebilir gelişme stratejilerini hazırlama konusunda ki son durumların değerlendirilmesi Gündem 21'in uygulanmasında karşılaşılan sıkıntıların görüşülmesi, kazanılan tecrübelerin paylaşılması, tavsiyeler geliştirilmesi sivil toplum ve özel sektör kuruluşlarının tecrübelerinden daha fazla yararlanılması gibi konular üzerinde yoğunlaşmıştır. Sürdürülebilir Kalkınma Konferansı'nda iki önemli belge olan Eylem Planı ve Johannesburg uluslararası belge onaylanmıştır.

Sürdürülebilir kalkınmanın belli başlı hedefleri bulunmaktadır. Bu hedefler, 2012 yılında Rio De Janeiro ' da toplanan Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Konferansı' nda doğmuştur. Amaç dünyamızın karşı karşıya olduğu acil çevresel, siyasi ve ekonomik sorunları ele alan evrensel hedefler kümesi oluşturmaktır. Sürdürülebilir kalkınma hedefleri, onur kırıcı yoksulluğu ortadan

kaldırmak üzere 2000 yılında küresel seferberlik başlatan Bin Yıl Kalkınma Hedefleri' nin yerini almıştır. Söz konusu hedefler şöyle sıralanmaktadır(UNDP, 2018).

- Yoksulluğa son
- Açlığa son
- Sağlıklı bireyler
- Nitelikli eğitim
- Toplumsal cinsiyet eşitliği
- Temiz su ve sıhhi koşullar
- Erişilebilir ve temiz enerji
- İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme
- Sanayi, yenilikçilik ve alt yapı
- Eşitsizliklerin azaltılması
- Sürdürülebilir şehir ve yaşam alanları
- Sorumlu tüketim ve üretim
- İklim eylemi
- Suda ki yaşam karasal yaşam
- Barış ve adalet
- Hedefler için ortaklıklar

1.3 Sürdürülebilir Kalkınmanın Amaçları Hedefleri Ve Göstergeleri

Kalkınmanın en temel amacı insan refahını sağlamaktır. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu refaha ulaşmak için çaba gösterilmesi ve bu gösterilen çaba sonucu doğadan daha fazla hammadde almaya ve tüketilmeye başlanması çevre üzerindeki baskıların artmasına neden olmuştur . Bu baskıların en aza indirgenip ve sürdürülebilir kalkınmanın sürekliliğinin sağlanması için amaçlar, hedefler ve göstergeler belirlenmiştir.

1.3.1 Sürdürülebilir Kalkınmanın Amacı

Endüstri devrimi sonrasında üretimin artması, dünya nüfusunun artması ve teknolojik gelişmelerle birlikte insanoğlunun çevreye vermiş olduğu yıkıcı tahribat

gün geçtikçe artmaya başlamıştır. Sürdürülebilir kalkınmanın temel amacı , bu zararların en aza indirilmesini sağlamak ve sürdürülebilirlik çerçevesi içinden bugünden doğru seçimler yaparak gelecek nesillere daha sağlıklı bir çevre bırakmaktır.

Sürdürülebilir kalkınmanın temel amaçları;

1. Büyümenin canlandırılması
2. Gıda, su ve sağlık gibi alanlarında toplumun temel gereksinimlerinin karşılanması,
3. Sürdürülebilir bir demografik artışın sağlanması
4. Teknolojinin yeniden yönlendirilmesi,
5. Ekonomik kalkınma sürecinde çevre ve ekonominin entegre edilmesi

1.3.2 Sürdürülebilir Kalkınmanın Hedefleri

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, yoksulluğu ortadan kaldırmak, dünyamızı korumak ve bütün insanların barış ve rahatlık içinde yaşamasını sağlamak için evrensel eylem çağrısıdır (UNDP,2018).Sürdürülebilir kalkınma hedefleri içinde 17 tane hedef vardır. Bu hedefler Bin Yıl Kalkınma Hedefleri üzerine kuruludur.

Günümüz de yoksullukla mücadele için yürütülen birçok çalışma vardır. Bu çalışmalardan bir tanesi de Bin Yıl Kalkınma Hedefleridir. Bu hedefler, Birleşmiş Milletler tarafından 2000 yılında New York'ta gerçekleştirilen zirvede, 189 ülke tarafından imzalanan Bin Yıl Bildirisinde yer alan ve 2015 yılına kadar ulaşılması beklenen amaçlardan oluşmaktadır. Birçok ülke ve uluslararası kuruluş bu hedefleri benimsemiş ve bu doğrultuda ortak çalışmalar yapmıştır. Bin Yıl Kalkınma Hedefleri, yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması, tüm insanların temel eğitim haklarından yararlanması, cinsiyet eşitsizliğinin azaltılması, çocuk ölümlerinin önlenmesi, anne sağlığının iyileştirilmesi, salgın hastalıklarla mücadele gibi küresel sorunlara çözüm aramaktadır(Çelik vd., 2016: 337).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini şöyle sıralayabiliriz ;

1. Yoksulluğa son
2. Açlığa son
3. Sağlıklı bireyler
4. Nitelikli eğitim
5. Toplumsal cinsiyet eşitliği
6. Temiz su ve sıhhi koşullar
7. Erişilebilir ve temiz enerji
8. İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme
9. Sanayi , yenilikçi ve Altyapı
10. Eşitsizliklerin azaltılması
11. Sürdürülebilir şehir ve yaşam alanları
12. Sorumlu tüketim ve üretim
13. İklim eylemi
14. Suda ki yaşam
15. Karasal yaşam
16. Barış , adalet ve güçlü kurumlar
17. Hedefler için ortaklık

1.3.3 Sürdürülebilir Kalkınmanın Göstergeleri

Sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleşip gerçekleşmediğini yada ne kadar gerçekleştiğini anlamak için bir takım göstergeler kullanılmaktadır. Bunlar ekonomik, sosyal, çevre ve sağlıkla ilgili göstergelerdir.

Sürdürülebilir kalkınma göstergelerini şöyle sıralayabiliriz ;

-Eşitlik: Fakirlik, Cinsiyet eşitliği

-Sağlık : Beslenme durumu, Ölüm oranı, Hijyen koşulları, İçme suyu, Sağlık hizmetleri

-Eğitim : eğitim düzeyi ve okuryazarlık oranı

-Barınma: Yaşam koşulları

-Güvenlik: Suç oranı

-Nüfus: Nüfus artış oranı

1.3.4 Sürdürülebilir Kalkınma Kavramına Yöneltilen Eleştiriler

Sürdürülebilir kalkınma Brundtland raporu ile birlikte gelecek kuşaklara daha iyi bir dünya bırakabilmek adına umut ışığı olmuştur. Ancak uygulamaya bakıldığında, özellikle fırsat eşitliği, gelirin dağılımı, güç ve refahın dağılımdaki haksızlığın kaldırılması , bireysel özgürlük ve baskıların azaltılması gibi sosyal adalet konularında çok az ilerleme sağlandığı görülmektedir. Sürdürülebilir kalkınma bunlardan dolayı 5 tane eleştiriye maruz kalmıştır (Çokişler,2017 :3-4).Bunlar;

1. İhtiyaç Tanımının Belirsizliği : Sürdürülebilir kalkınma kavramına yöneltilen ilk eleştiriler, kavramın mevcut ve gelecekte ki insan gereksinimlerin karşılanabilmesi üzerine vurgulanmasıyla başlar . Raporda yer alan gereksinim kelimesi ile ifade edilmek istenen şeyin net olmadığı ve gelecekte nelere gereksinim duyabileceğimizi bugünden bilebilmek mümkündür.

2. İnsan Merkezli Çevrecilik Anlayışı: Sürdürülebilir kalkınma ilkesinin kaynaklarında , insanın doğanın sahibi, doğaninsa insanın mutluluğu için onun emrine verilmiş bir kaynak olduğu fikri yatar. İnsan merkezli çevrecilik anlayışı, insan ve çevre arasında ki bağın yanlış bir ilişki üzerinden bağladığından bu ilişkinin kurallarını tanımlama konusunda yanlış noktadan hareket edecektir. İnsanın çevreye göre el üstünde tutulduğu anlayışta çevrenin tam olarak insandan korunması mümkün olamaz.

3. Az Gelişmişlik ve Sürdürülebilir Kalkınma : Brundtland Raporu, Rio Bildirgesi ve Gündem 21'in ortak vurgusu az gelişmişliğin ortadan kaldırılması için az gelişmiş ülkelerin dünya ekonomik sistemleriyle bütünleşmesi olmuştur. Fakat az gelişmiş devletlerin dünya ekonomik sistemi ile bütünleşmeleri ve serbest ticarete müdahil olmaları bu devletlerde sürdürülebilir kalkınmaya katkı sağlayacağı yönünde ki fikirler birçok ekonomistler tarafından gerçekçi gözle bakılmamıştır.

4. Kalkınmada İktisadi Boyutun Göz Önüne Çıkarılması: Brundtland Raporu'nda ve sonrasında Rio bildirgesi ve Gündem 21 ile sürdürülebilir kalkınmanın sosyo - ekonomik kalkınmayı çevrelediği net olarak vurgulanmıştır. Yani sürdürülebilir kalkınmanın hem ekonomik büyümeyi hem de toplumda yaşayan bireylerin yaşam standartlarının artırılmasıdır. Fakat sürdürülebilir kalkınma politikalarının uygulanmasında sosyal boyut göz ardı edilmiş, büyümeyi hedef alan ekonomik hedefler üzerinde odaklanılmıştır. Dolayısıyla kalkınmanın sosyal boyutu geri plana atılır.

5. Kapitalizm ve Sürdürülebilir Kalkınma Çelişkisi: Kapitalist sistemde sürdürülebilir kalkınma politikalarını uygulayabilmek iki nedenden dolayı mümkün değildir. Birincisi, kapitalizmde hangi bir faaliyet olursa olsun sürdürülebilirliğinin koşulu o faaliyetten kâr edilmesidir. Dolayısıyla kapitalist sistemin sürdürülebilir olması ve kâr maksimizasyonudur. İkincisi ise, sürdürülebilir kalkınma politikaları kapitalizmin devamlı üretim ve sürekli tüketim döngüsü ile çelişir.

1.4. Türkiye’de Sürdürülebilir Kalkınma Anlayışının Gelişmesi Ve Uygulamaları

1.4.1. Türkiye’de Yerel Gündem 21

Türkiye'nin Gündem 21' i 1996 yılında İstanbul'da düzenlenen BM Habitat II. İnsan Yerleşimleri Konferansı ile tanımıştır. Bu konferansın düzenlendiği sırada UNDP tarafından uluslararası bir program olarak kabul edilen YG-21 uygulamaları, Türkiye’de destek görmeye başlamıştır.

Habitat II Konferansı sonrasında Türkiye’deki bazı yerel yönetimlerin liderliğinde uygulamaya konulan Yerel Gündem 21 uygulamalarına destek olabilmek için , IULA-EMME (Uluslararası Yerel Yönetimler Birliği), Doğu Akdeniz ve Ortadoğu Bölge Teşkilatı'nın yönlendirilmesiyle , “Türkiye’de Yerel Gündem 21’lerin Teşviki ve Geliştirilmesi” adlı bir proje geliştirildi . Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın desteğiyle, 1997 senesinin sonlarına doğru hayata geçirilen Proje, iki yıllık bir döneme yayılmıştır. Projenin ikinci aşaması olarak tasarlanan “Türkiye’de Yerel Gündem 21’lerin Uygulanması” Projesi, birinci aşamada olduğu

gibi, IULA-EMME'nin önderliğinde ve UNDP'nin desteğiyle yürütülmüştür. Proje, yerel yönetimin kuvvetlendirilmesine yönelik olarak, sivil toplumun karar alma sürecine katılımının ve yerel yatırımlarda söz sahibi olmasının sağlanmasını hedeflemiştir. İkinci aşama sırasında çeşitli alt-projelerin başlatılması ve yeni katılımlarla proje ortağı yerel yönetimlerin sayısının 50'yi aşması sonrasında, Yerel Gündem 21 uygulamaları “proje” çerçevesinden çıkarılarak, uzun dönemli bir “Program”a dönüştürülmüştür. Türkiye Yerel Gündem 21 Programı'nın üçüncü aşamasında ise birbirini destekleyen birçok projeyi kapsamaktadır. İlk olarak, UNDP-TTF Programı'nın desteğiyle başlatılan “Türkiye’de Yerel Demokratik Yönetişimi Teşvik Amacıyla Sürdürülebilir İlişkiler Ağı Kurulması” adlı proje çerçevesinde, mevcut web sitesi etkileşimli bir yapıya kavuşacak şekilde değiştirilmiş ve ülke ölçeğinde “Yerel Gündem 21 Yönetişim Ağı”nın oluşması sağlanmıştır .

UNDP tarafından 2001 senesinde Türkiye Yerel Gündem 21 Programı, dünyada ki başarılı uygulamalardan biri olarak seçilmiş ve dolayısıyla, 2002 senesinde Birleşmiş Milletler Johannesburg Zirvesi'nde başarılı uygulama örneklerinden biri olarak gösterilmiştir. YG-21 Programı, başlangıç tarihi olan 1997 senesinden bu zamana kadar IULA-EMME – Uluslararası Yerel Yönetimler Birliği, Doğu Akdeniz ve Ortadoğu Bölge Teşkilatı tarafından koordine edilmektedir(Ökmen ve Görmez, 2009: 6).

1.4.2.Ulusal Çevre Eylem Planı (UÇEP)

1992 yılında Rio zirvesinde, düzenlenen “Gündem 21” sürdürülebilir Kalkınma ile birlikte “Gündem 21” kapsamında belirlenen hedeflere ulaşmak amacıyla bir ulusal çevre programı geliştirilmiştir. Türkiye ulusal çevre eylem planı çalışmalarını 1995 senesinde hazırlamaya başlamış ve 1998 senesinin Mayıs ayında tamamlamıştır. Çalışma sonunda ise “Ulusal Çevre Stratejisi ve Eylem Planı (UÇEP)” başlıklı belge ile ortaya konmuştur(Taşkın, 2011: 38).

UÇEP ' in hazırlık sürecinde belirlenen hedefleri şunlardır:

- Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi;

- Çevre bilinç ve duyarlılığının geliştirilmesi
- Çevre yönetiminin iyileştirilmesi
- Sürdürülebilir bir ekonomik, toplumsal ve kültürel ilerlemenin gerçekleşmesi

Bu hedefler doğrultusunda eylem planının kapsamı oluşturmuştur.

UÇEP, uygulanma aşamasında olan bir plan olsa bile, sürdürülebilir kalkınma hedeflerini özümsemiş bir ülke olarak Türkiye'nin uluslararası hedeflere ulaşmasında önem arz etmektedir. Bu yüzden Türkiye'nin çevre politikaları ve bu politikaların uygulanmasındaki başarısı başka ülkeler tarafından dikkatlice mercek altına alınmaktadır.

Türkiye'nin UÇEP uygulamalarında sağlayacağı başarı ülkemize çevre yönetiminde olumlu bir katkı sağlayacaktır. Çevre yönetimindeki bu başarı doğrudan tüm sektörlere yansıtılacak ve kendini hissettirecektir.(Çevremühendisliği, 2019)

1.4.3.Türkiye’de Sürdürülebilir Kalkınmanın Yasal Yansımaları

Çevre ile ilgili yasal bir düzenleme dendiği zaman akla “Çevre Yasası” gelmektedir. Çevre yasasında Sürdürülebilir kalkınma kavramına yer verilmemiştir. Çevre mevzuatında çevreyle ilgili değinilen 3 madde bulunmaktadır;

Madde 1 , canlıların hepsinin ortak hazinesi olan çevrenin, sürdürülebilir çevre ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri doğrultusunda muhafaza edilmesini sağlamak

Madde 2 , Çevre , çevrenin muhafaza edilmesi ,çevre kirliliği ,sürdürülebilir çevre , , alıcı ortam, doğal kaynak , ekosistem ,atık su gibi kavramlara değinilmiştir.

Madde 3, Çevrenin muhafaza edilmesi ve çevre kirliliğinin önlenmesine ilişkin kavramlara değinilmiştir(Mevzuat,2019).

Bu maddeler ışığında şu yorumu yapabiliriz ; Madde 1’de kalkınma sırasında ekonomik ve toplumsal şartlara uyum sağlamaya değinilmiştir. Madde 2 ve 3’ de ise

, kalkınma sırasında çevreyi olumsuz şekilde etkileyecek her türlü olumsuz durumlardan kaçınmak ve bunun korunması için çaba gösterilmesi gerektiğine değinilmiştir.

1.4.3.1.Anayasa

Anayasa da sürdürülebilir kalkınma ilgili madde 169 ve madde 56 örnek verilebilir.

Madde 169 - *“Devlet, ormanların korunması ile ilgili tedbirler alır. Yanan ormanların yerinde yeni orman yetiştirilir. Bu ormanlar zamanaşımı nedeniyle devredilmesi yasaktır. Ormanların tahrip edilmemesi için hiç bir aktivite ve eyleme izin verilmez.”* (TBMM , 2018) ifadesi yer almaktadır. Çünkü ormanların korunması ilk önce temiz hava olmak üzere birçok şey üzerinde öneme sahiptir. Temiz bir havanın da insan yaşamının sağlıklı sürdürülebilirliği açısından önemi büyüktür.

MADDE 56- *“Her vatandaş sağlıklı bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devletin ve ülkede yaşayan vatandaşlar çevreyi korumak ve çevrenin kirlenmesini önlemek zorundadırlar. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak için sağlık kuruluşlarını tek elden planlar ve hizmet verebilmesini sağlar. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir”*(TBMM, 2018) ifadesi yer almaktadır.

Anayasanın bu maddelerinden de Sürdürülebilir Kalkınma kavramının önemine dair kısaca açıklama getirilmiştir.

1.4.3.2.Çevre Yasası

2872 sayılı Çevre kanunun da kanunun 1.maddesinde de sürdürülebilir kalkınma kavramına değinilmiştir.**1.Madde** de söz konusunu olan sürdürülebilir kalkınma ile ilgili “ekosistem de doğal kaynakların düzgün bir şekilde kullanılması ve korunmasından” bahsedilmektedir. Doğa da ki hava, su ,toprak verimli şekilde

kullanarak hem bugünkü neslin ihtiyaçlarının karşılanması hem de gelecek nesillerin ihtiyaçlarının karşılanmasına engel olmamasına yardımcı olacaktır.

Çevre kanununun **3.Maddesinde** ise devlet çevreye ilişkin politikalarını uygularken sürdürülebilir kalkınmada, çevreye zarar verecek uygulamaların yapılmamasına ve çevrenin korunmasına yardımcı olacak yöntemler seçilmelidir .

1.4.3.3.Hükümet Programları

Türkiye’de çevre yönetilmesi ile ilgili geçişten günümüze baktığımızı zaman ülkemizde yakın zamana kadar, çevre sorunlarını kapsamlı bir şekilde ele alacak uygulamalardan söz edilemez. Günümüzde bile devam etmekte olan çevre sorunları bütüncül bir şekilde ele almak yerine değil dağınık bir şekilde ele alınmaktadır. söz edilebilir. Çevreye ilişkin görevler ve yetkiler yerel kurum ve kuruluşlar arasında, çeşitli mevzuatlarla, belirlenmiş olup söz konusu görev ve yetkiler doğrultusunda kurum ve kuruluşlara dağıtılmış bulunmaktadır(Şengün, 2015:111).Osmanlı döneminden bu zamana kadar çeşitli yasalarla çevreye ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Türkiye’de doğayı korumaya ilişkin yasal düzenlemelerin tarihi 1950’li yıllara kadar uzanmaktadır ancak çevreye ilişkin politikalar 1972 Birleşmiş Milletler İnsan Çevresi Konferansı’ndan (Stockholm Konferansı) sonra başladığı bilinmektedir. Doğa korumaya yönelik önemli sözleşmelerden birkaçına örnek verecek olursak ; “*Birleşmiş Milletler Biyolojik Çeşitlilik Sözleşmesi ile Çölleşmeyle Mücadele Sözleşmesi, Avrupa’nın Yaban Hayatı ve Doğal Yaşama Ortamlarının Korunması Sözleşmesi (Bern Sözleşmesi), Sulak Alanların Korunması Sözleşmesi (Ramsar Sözleşmesi), Nesli Tehlike Altında Olan Yabani Bitki ve Hayvan Türlerinin Uluslararası Ticaretine İlişkin Sözleşmesi (Cites Sözleşmesi), Barcelona Sözleşmesi, Kültürel ve Doğal Mirasın Korunması Sözleşmesi, Cartagena Protokolü*” bunlardan bazılarıdır.(Alıca,2012:186).

Cumhuriyetten günümüze kadar çevreyle ilgili yapılan düzenlemeler ilk olarak Belediye Kanununa (1930) kadar uzanmaktadır. Belediye kanununda yer alan kimi düzenlemeler çevrenin korunması ile ilgilidir. Günümüze kadar yapılan her anayasa da çevrenin korunması ile ilgili ormanların korunması , yeraltı sularının

korunması, insanoğlunun sağlığına karşı risk oluşturacak her tŸrlŸ evre kirliliğinin nŸne geçilmesi konusunda dŸzenlemeler yapılmıştır. TŸrkiye’de evre konusunda yapılan uygulamaları dŸzenlemekle ilgilenen bakanlık, evre ve Şehircilik Bakanlığı sorumludur.



II. BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ

2.1 Sağlık Sektörü Kavramı

Sağlık Sektörü sağlığa dolaylı, doğrudan etkilerini gösteren, mal ve hizmet ürününü üretmek, arz ve talep etmek, tüketime sağlanması için ilgili üretim merkezlerinde kurulmuş altyapı ile bunların kapsadığı şahıslar, kurum ve kuruluşları nitelendirmek için kullanılan, bir kavramdır(Sargutan,2005:400). Son yıllarda hızlı bir şekilde büyüme gösteren sağlık sektörü, gelişme potansiyeli yüksek bir sektör olarak hizmet sektöründe yerini almaktadır. Sağlıklı bir toplum için ekonomide kullanılan kaynakların büyük bir kısmı sağlık sektörüne ayrılmaktadır. Sağlık sektöründe meydana gelen gelişmeler toplumların gelişmişlik seviyelerine bağlı olarak bir gelişme gösterebilmektedir.

2.1.1 Sağlık Ve Hastalık Kavramı

Sağlığın tanımı literatürde çok farklı tanımlar şeklinde yerini almıştır. Sağlık kavramı çok kapsamlı bir şekilde ele alınmış ekonomi, sosyoloji ve tıp gibi alanların ilgi alanına girmiştir. Sağlığın en genel geçer tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımdır. 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre ; “Sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın yokluğu değil, aynı zamanda bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik durumudur.” Genel olarak kabul görmüş bu tanım insanın tam olarak sağlıklı olması tam olmaktan kasıt edilen şey insanın beden ve ruhen sağlıklı olması demektir. İnsanların sağlığını etkileyen faktörler bulunmaktadır. Bu faktörleri kişisel, çevresel ve sosyal olmak üzere 3 gruba ayırabiliriz. Bireyin sağlığını etkileyen kişisel özellikler arasında doğup büyüdüğü ortam , genetik özellikleri, cinsiyeti yaş gibi unsurları sayabiliriz. Çevreyle ilgili sağlığı etkileyebilecek özellikler ise, çevre kirliliği, hava kirliliği, temiz su, hijyen koşulları gibi unsurları sayabiliriz. Son olarak bireyin sosyal çevresine etki eden unsurlar ise, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel statüsü, gelir düzeyi gibi özellikleri sayabiliriz. Sağlığı belirleyen başlıca faktörleri aşağıdaki şekil yardımıyla inceleyebiliriz.

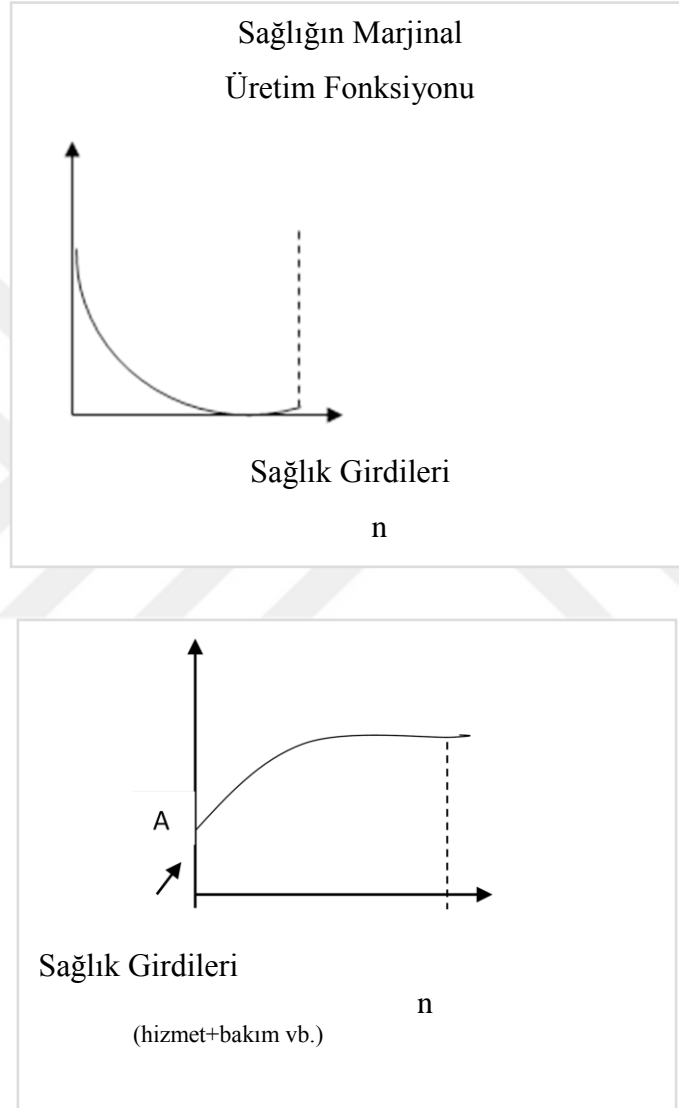


Şekil 1. Sağlığı Belirleyen Başlıca Faktörler

Kaynak: Ulutürk, 2015: 50

İnsan hayatında sağlığı etkileyen faktörlerinde başında kişisel özellikler gelmektedir. Kişisel özellikler, dışardan gelen olumsuz bir müdahale sonucu sağlığı etkilenmeyen faktörlerdir. Fakat insan hayatına dışardan etki eden ve sonradan olumsuz bir şekilde etkileyen faktörler vardır. Bunlar; fiziksel çevre ve sosyal çevredir. Fiziksel çevre, yaşam ve çalışma koşulları, sağlık hizmetlerinden yararlanma, temiz içme suyu kullanma , hijyen koşulları gibi sosyal çevresel, bireysel veya toplumsal olarak insan sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerdir.

Sağlık kavramı sağlık girdilerinin bir fonksiyonudur ve aşağıda ki sağlık üretim fonksiyonu ile ifade edebiliriz. Şekil 2' de sağlık girdilerinin sonucu olarak sağlanan hayat statüsü, girdilerin artmasıyla beraber artış göstermektedir. Belli bir noktadan sonra sağlık girdilerinin(n) arttırılmaya başlanması sağlık statüsünde herhangi bir değişkenlik göstermemektedir (Işık, 1997: 7).



Şekil 2. Sağlık Üretim Fonksiyonu

Kaynak: Işık, 1997: 7

2.1.2 Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi

Sağlık hizmetleri sunumları yapılabilmesi için gerekli kaynaklara gereksinim duyulmaktadır. Sağlık harcamalarına ayrılmış olan kaynakların kıt olması sebebiyle uygulanacak olan tedavi de maliyeti en az olanın seçilmesi öngörülür. Bu yüzden sağlık çıktılarının ölçülmesinde kullanılan QALY (Quality Adjusted Life Year - Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı) ve DALY (Disability Adjusted Life Years – Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları) gibi yöntemler kullanılarak sağlık hizmeti sunucularının kaynakları en etkin şekilde kullanmasına katkı sağlar(Arslan ve Ağırbaş, 2017 : 101).

QALY (Quality Adjusted Life Year - Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı): QALY yaşam süresinde ki artışın yanında yaşam süresinin kalitesinde meydana gelen farklılaşmayı ölçmektedir. Bu yöntemin hedefi, sağlık getirilerini veya götürülerini birçok farklı durumda ele almak için ortak bir ölçüde değerlendirerek birçok ölçütün tek bir kalemde toplanmasıdır. QALY kavramı kısıtlı olan sağlık kaynaklarının alternatif sağlık programları arasında dağıtılması esnasında karar vericilere yardımcı olarak analizlerde kazanımların etkinliğini daha doğru ölçmek için kullanılan bir kavramdır. QALY kavramının temelinde bireyin sağlık statüsü hakkında nasıl bir değerlendirme yapacağı üzerinde kurgulanmıştır(Arslan ve Ağırbaş, 2017 : 102). QALY' ler yaklaşımı hesaplarında, birim olarak bir ömür yılı kalitesi kullanılır. Puanlandırma yaparken ölüm 0 ile mükemmel sağlık ise 1 ile puanlandırılmaktadır. Beş yıl fazla yaşamak o süredeki sağlık kalitesine göre değerlendirilecek beş yaşam yılı ekleyecektir. Çok ağır hastalıklar gibi ağır olan durumları ölümcül durumlarla ele alabilmek için çeşitli sağlık durumlarına sayısal değerler verilmiştir ki böylece birikimle ilerleyen bir sağlık getirisi ölçütü oluşabilir. Örneğin; çok ağırlı geçirilen bir yıla 0.5 puan verilebilir. Temel bir varsayım QALY' ler değerlerinin toplanabileceğidir , böylelikle iki bireyin şiddetli ağrısını gideren bir tedavi 2×0.5 bir sağlık yaşı ekleyebilecek tedaviyle eşit hale gelir. Yaşam yılları her birey için aynıdır, gelir ya da yaş farkı gibi değişkenleri göz önünde bulundurmadan tüm yaşam yıllarının ağırlıkları aynıdır. (Öksüz ve Malhan, 2005: 37).

QALY Avantaj ve dezavantajları (Şahin vd., 2015: 240-241):

Avantajları;

- Ekonomik bir değerlendirme yapabilmek için ortak bir ölçüt elde edilebilmektedir.
- Yaşam süresi ve yaşam kalitesi tek bir sağlık birimine indirgenmekte,
- Kronik hastalıkların öne çıktığı günümüzde tedavi hizmetlerini değerlemeye daha elverişlidir.
- Farklı programları değerlendirmede maliyet etkililik ve maliyet yararlılığının analizlerine yardımcıdır.

Dezavantajları;

- Bir yıllık ilave yaşamın yaş, cinsiyet vb. ayırmaksızın herkes için aynı değerde olduğunu varsayar.
- Kimin değerleri kullanılmalı belli değildir.

QALY değerlerinin hesaplanması için yaşam kalitesini belirlemeye yönelik ölçekler bulunmaktadır. Bu ölçekler genel yaşam kalitesi ölçekleri ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri diye ikiye ayrılmaktadır. Genel yaşam kalitesi ölçekleri, kendi içinde Avrupa Beş Boyutlu Kalite Ölçeği, Kısa Form 36, Nothingam Sağlık Profili ve Hastalık Etki Profili diye ayrılmaktadır. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri ise, Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü, Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği, Osteoporozlu Hastalarda Yaşam kalitesi Ölçeği , Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği şeklinde kendi içinde 6 farklı şekilde ayrılmaktadır.

DALY (Disability Adjusted Life Years -Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları): DALY, mükemmel sağlık beklentisine karşın sağlıkta oluşan açığı ölçmektedir. Bu ölçüt ile şu andaki durum ile her bir bireyin o toplum için belirlenmiş doğuştan beklenen yaşam süresi kadar yaşadığı ve mükemmel sağlığa sahip olduğu ideal durum arasındaki fark gösterilebilmektedir. DALY değerleri farklı

sağlık müdahaleleri ile kazanılan sağlıklı yaşam yıllarının maliyetlerinin karşılaştırmasının da yapılmasına olanak sağlamaktadır(Erbaydar,2019:20).

DALY hesaplanmasında kullanılan 5 temel göstergeler ise aşağıda ki şekildedir (Homedes, 1996: 2-4).

1. Kaybedilen yaşam yılının tespit edilmesi : Her yaşta ölüm nedeniyle kaybedilen zamanın süresi , yaşam yıllarını ölçmek için kullanılır. DALY ölçümü potansiyel yaşam sınırı belirlemeyi gerektirir. DALY standard yaşam yılının kaybında kullanılır. Bu standart yaşam yılı en yüksek seviye seçilmiştir. DALY ölçümünde West-Level 26 modelini temel almaktadır.
2. Engel derecesi : Engellik derecesinin seviyesi ile hastalıklar arasında karşılaştırma yapılmaktadır. Engellik derecesi 0 ile 1 arasında değerler olarak değişkenlik göstermektedir.
3. Yaş ağırlıkları : Farklı yaşlarda sağlıklı yaşamın nispi önemini gösteren yaş ağırlıkları DSÖ tarafından (1994) formüle edilmiştir. DSÖ örgütüne göre yaş ağırlıkları 25 yaşına kadar yükselmekte daha sonra azalmaktadır.

Formül şu şekildedir ; Cxe^{-Bx}

C=Sabit değer 0.16243

B=Sabit değer 0.04

X=Yaş

e=Sabit değer 2.71

4. Zaman tercihi : Bu durumda gelecekte kullanılacak olan sağlık değerlerine bakılarak, bugünkü sağlık kazanımlarını karşılaştırma yapmaktadır. Kullanılacak projelerin ekonomik değerlendirilmesinde net bir uygulamadır. DALY hesaplanmasında kullanılan iskonto oranı yüzde 3 'tür. Zaman tercihi için ;

İskonto fonksiyonu : $e^{-r(x-a)}$

r =sabit değer 0.03

x =Yaş

e =sabit değer 2.71

a : Başlangıç yılı

5. Sağlık bireyler arasında etkileşim gösterir: Sağlık temelde bireyler arasında hesaplanır yani her biri 10 yıl kaybeden engelsiz 2 birey, engelsiz tek bir bireyin kaybettiği 20 yıl gibidir.

Dolayısıyla sakatlığa ayarlanmış yaşam yılları (DALY), sakatlık nedeniyle gerçekleşen , ölüm sebebiyle kaybedilen yaşam yıllarını açıklamaktadır.

2.1.3 Sağlık Kavramına Yönelik Modeller

Sağlık kavramının açıklanmasına yönelik çeşitli modeller bulunmaktadır. Sağlık kavramının açıklanmasına yönelik modelleri genel olarak 4 farklı şekilde sınıflandırabiliriz(Somunoğlu, 1999: 53-54).Bunlar;

1. Tıbbi model, hastalık ve kişilerin fonksiyonlarını tam olarak yerine getirebilmeleri konularında odaklaşmaktadır. Tıbbi modelin sağlık tanımı tıp ile ilgili alanlarda yoğunlaşanlar arasında kabul edilen bir tanımdır.
2. Holistik model, kişiyi fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık yönünden bir bütün olarak ele almaktadır.
3. İyilik modeli, sağlıkla alakalı öznel değerlendirme ile beraber normalden daha iyi olma durumuyla ilgilenmektedir.
4. Çevre modeli ise, çevreyle olan optimal ilişkileri tanımlamaktadır.

Yukarıda anlatılan bu tanımların her biri sağlığın nasıl ölçülmesi gerektiği ile ilgili önem arz etmektedir.

2.1.4 Sağlığın Önemi

Sağlık insan hayatında vazgeçilmez bir unsurdur. Sağlıklı olmak bir insan için bir tercih değil bir zorunluluktur. Sağlık insanı tamamlayan parçalardan birdir diyebiliriz. Uyumak için, çalışmak için ,gezebilmek için ve daha da önemlisi yaşayabilmek için sağlıklı olmak gerekir. Bir insanın en başta kendine sonra da çevresine faydalı bir birey olması için sağlıklı olması gerekir.

Geçmişten günümüze kadar tüm toplumlar da sağlığın önemi vurgulanmıştır. Her geçen gün sağlığa verilen önem artmaya devam etmektedir. Bunu bir örnekle açıklamaya çalışalım; elimize bir kağıt alalım sağlığımız yerindeyse kağıda 1 rakamını yazalım bu bizim sağlığımız olsun. “1” rakamını yazdıktan sonra yanına sahip olduğumuz içe, gelirimize ,eşimize ,çocuklarımıza ,sosyal yaşantımız gibi unsurlara “0” koyalım. 100000 sayısını elde etmiş oluruz. Bu bizim için değerli bir sayı olarak gözükebilir. Ama başında sağlığa verdiğimiz 1 rakamını kaldırırsak geri kalan 0’ların bizim için bir önemi kalmaz. Kısacası insanların mutlu ve rahat bir hayat yaşayabilmeleri için sağlıklı olmaları gereklidir. Çünkü sağlık demek hayat demektir.

2.1.5 Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, bireylerin veya toplumun hastalık veya sakatlıktan korunması için ve bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde hayat sürdürülmesi için sunulan hizmetler şeklinde tanımlanabilir (Poyraz, 1990: 5-6). Sağlık hizmetleri, günümüzde insanların hayata gözlerini açtığı andan itibaren koruyucu sağlık hizmetleri ile başlayarak hemen hemen her şahsın kullanma ihtimali yüksek olan bir hizmettir. Sağlık hizmetlerinin dışsallıkları çok yüksektir. Faydası bir yılı aşan insana yatırım niteliğinde olan kalkınma carisidir (Çöğürçü, 2015: 9).

Sağlık hizmetlerini; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici rehabilitasyon hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri şeklinde 3 ana kategoriye ayırabiliriz. Sırasıyla bunlara değinelim.

2.1.5.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık meydana gelmeden önce alınması gereken her türlü tedbir ve mücadeleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketilmesi ile ortaya bir fayda çıkmaktadır ve bu fayda toplumda yaşayan diğer bireylere olumlu olarak yansımaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sosyal faydası özel faydasından yüksektir. Anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalık riski yüksek olan bireylerin aşılınması, sağlıklı beslenme, gıda kontrolü gibi hizmetlerden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini kendi içerisinde iki şekilde sınıflandırabiliriz:

2.1.5.1.1 Bireye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireye dönük sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha özele indirgeyerek ele alındığı sağlık hizmetidir. Doktor, hemşire, fizyoterapist, radyolog, ebe vb. sağlık meslek mensupları tarafından verilen aşılama, sağlık eğitimi, beslenme eğitimi, doğurganlığın kontrolü vb. kişiye yönelik sağlık hizmetleri bu grupta incelenir. Aşılama, beslenme vb. hizmetler bireyin hastalık oluşturan unsurlara karşı direncini arttırmakta, sağlık eğitimleri ile erken teşhis olanakları genişletmekte ve tedavi hizmetlerinin maliyetleri düşürülerek toplam sağlık maliyetlerinde azalmaya neden olmaktadır. Bu tür hizmetler kişiye yönelik olarak dar bir çerçevede ele alınmış olsa dahi çok önemli dışsallıklara sahip hizmetlerdir(Çoban, 2009: 17).

2.1.5.1.2 Çevreye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireylerin hastalıklara karşı direncini arttırmak için aşılama, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi vb. gibi hizmetler bireyin sosyal bir varlık olması sebebiyle fizyolojik, biyolojik ve sosyal çevresi de çok büyük önem arz etmektedir. Hastaliksız bir bireyin sağlık açısından uygun olmayan bir ortamda bulunması hastalık risklerini artıracaktır. Bireyin sağlık açısından zararlı gıdaları tüketmesinin önüne geçilmesi, bireyler için sağlıklı olan temiz hava, içme suyunun kullanımı, katı atık, tıbbi atık gibi her türlü zararlı atıkların çevreden uzak tutulması gibi örnekleri çevreyi koruyan sağlık hizmetlerine örnek verebiliriz. Böyle sağlık

hizmetleri, bireye yönelik koruyucu hizmetlerden çok daha fazla pozitif dışsallık içermektedirler(Çoban, 2009: 17).

2.1.5.2 Tedavi Edici Rehabilitasyon Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst düzeyini oluşturan ve alt kademedeki korucuyu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Hastalıkların tedavi edilmesi ile birlikte bireyin hem kendine hem de topluma olan faydası artmaktadır. Hastalığın oluşmaya başlaması ile birlikte, hastalığın belirlenmesinde ve tedavi edilmesini yardım eden hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin daha sağlıklı bir yaşam sürerek ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğini artırarak milli gelirin artmasına da katkıda bulunur.

Tedavi edici sağlık hizmetleri basamaklar halinde 3'e ayrılmaktadır. Bunlar;

- Birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kurumlar; sağlık ocağı, verem savaş dispanseri , ana-çocuk sağlığı merkezleri gibi kurumlardır.
- İkinci basamak sağlık hizmetleri sunan kurumlar; devlet hastaneleri, SSK hastaneleri gibi kurumlardır.
- Üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan kurumlar; eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri gibi kurumlardır.

2.1.5.2.1. Ayakta Tedavisi Yapılan Sağlık Hizmetleri

Hastalanan bireylerin tedavilerinin ayakta veya evde yapıldığı sağlık hizmetleridir. Bu tip sağlık hizmetini sunanlar birinci basamak sağlık hizmetleri yani yataklı tedavi olanakları bulunmayan sağlık ocakları, aile hekimlikleri, dispanserler gibi sağlık kurumlarıdır(Çoban, 2009: 18).

2.1.5.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri

Sağlığı bozulan bireylerin teşhis ve tedavilerinin yataklı hizmet sunan kurumlarda yatışı yapılarak tedavi edildiği sağlık hizmeti türüdür. Yataklı tedavi hizmetine olanak tanıyan kurumlarda uzman hekim, yeterli makine ve teçhizat ve

sağlık personelinin tam donanımlı olarak hizmet sunduğu kurumlardır. (Çoban, 2009: 18).

2.1.5.3. Rehabilitasyon(Esenlendirme) Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında ayrı bir yeri olan hizmet türüdür. Kaza, ruhsal bozukluklar sonucunda vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan durumların ortadan kaldırılması için gereken süreyi kapsamaktadır. Böyle hizmetlerin sunulmasında ki amaç engellilik durumuyla karşılaşan bireylerin söz konusu durumlarını kabullenip devam eden yaşamlarına alıştırmalarıdır. Doğuştan veya sonradan kaza nedeniyle meydana gelen sakatlıklar örnek verilebilir. Bu hizmetler tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

2.1.5.3.1 Tıbbi Rehabilitasyon

Hastalık veya kaza nedeniyle gücünü kaybeden organın, fizik tedavi gibi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesi veya tamamen işlevini kaybeden organların yerine ortez-protez takılması ile birlikte kişiye işlevini yitiren organın eksikliğini az derecede hissettirilebilmesinin sağlanmasına yardımcı olan sağlık hizmetine verilen addır. Sunulan bu hizmetlerle birlikte kişi azda olsa günlük yaşamda ki aktivitelere katılabilecektir. (Akdur, 2006: 15).

2.1.5.3.2 Toplumsal Rehabilitasyon

Fiziksel ya da psikolojik olarak engelli bireylerin günlük hayatta geçimlerini sağlayacak bir iş bulmaları oldukça güç bir durumdur. Hayatlarını ailesine ve topluma yük olmayacak şekilde sürdürebilmeleri ancak kendilerine uygun bir iş imkanı ile olacaktır. Benzer şekilde, önceden sağlıklı olan ve aktif olarak bir işte çalışan bireylerin daha sonra herhangi bir hastalık sebebiyle engelli hale gelmesi durumunda kendisinin yapabileceği başka bir iş verilmesi gerekir. Bazı bireylerin çalışmasının mümkün olmadığı durumlarda ise bu bireylerin ilgili kurumlarda bakılması ihtiyacı doğar. İşte bu ve benzeri türden hizmetlerin hepsine Toplumsal

Rehabilitasyon Hizmetleri adı verilir. Toplumsal esenlendirme hizmetleri sunulmasında görevli toplumsal kurum ve örgütlenmeler vardır. (Akdur, 2006: 15).

Sağlık hizmetlerinin alınıp satıldığı yani arz ve talebin karşılaştığı piyasaya sağlık hizmetleri piyasası denir. Genel olarak hizmet sektörlerinin birbiriyle benzer özellikleri vardır sağlık hizmetleri sektörü de bu özellikleri taşımakla beraber kendine has bir takım özelliklerde taşımaktadır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz;

-Sağlık hizmetlerinde talep belirsizdir: Sağlık hizmetlerinde devamlı olarak bir belirsizlik söz konusudur. Sağlık hizmetlerinde talebin nerde, ne zaman, nasıl ya da ne şekilde olduğuna dair kesin bir varsayımda bulunamıyoruz. Sağlığımızın bozulmaya ve hastalanmaya başladığımız anda bizim sağlık hizmetlerinde talebimiz ortaya çıkmaktadır.

-Sağlık piyasasında asimetrik bilgi vardır: Piyasa, bilgidен oluşan bir sistemdir. Bu bilgi sayesinde doğru mal ve hizmetleri bize fayda sağlayacak şekilde en düşük maliyetle alırız. Bu bilgiyi bilmezsek piyasa başarısız olur. Tam rekabet piyasasında yer alan üreticiler tüketiciler ve üretim faktörleri piyasa hakkında tam bilgiye sahiptir .Ancak sağlık hizmetleri piyasasında eksik rekabet mevcuttur .Eksik rekabet ise, tüketiciler tam bilgiye tam olarak sahip değildirlер.

Bir malın alıcı veya satıcısının, malın özellikleri ile ilgili farklı bilgiye sahip olmalarını asimetrik bilgi olarak tanımlayabiliriz. Asimetrik bilgi, daha çok doktor ve hasta arasında olabildiği gibi aynı zamanda hasta ve sağlık kuruluşu arasında olabilmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasının arz yönünü bulan doktorlar, sunmuş oldukları hizmetler hakkında hastalardan daha fazla bilgiye sahiptirler. Piyasanın talep yönünün oluşturan hastalar ise, sunulan hizmetin niteliği hakkında yeterli bilgiye sahip değillerdir. Sağlık hizmeti sunumunda doktorlara tek tip bir sağlık hizmet modeli sunulmadığı için doktorlar istedikleri tedavi yöntemini kullanabilirler. Dolayısıyla , hem hasta hem de hastanın sağlık güvencesini karşılayan sağlık kuruluşu açısından dezavantaj oluşturabilir. Çünkü sağlık hizmeti sunucuları gerekmediği halde sağlık hizmeti talebini artırabilir ve aşırı tüketime

neden olabilirler (Bilgili ve Ecevit, 2008: 207). Piyasa da asimetrik bilgiye sahip olan 3 tane faktör vardır. Bunlar;

1.Ters Seçim: Ters seçim kavramının çıkış noktası, Akerlof 'un (1970) bilgi ekonomisine ilişkin "The Market of Lemons" çalışmasıyla olmuştur. İkinci el araba piyasasının işleyişinin ele alındığı çalışmada, arz ve talep arasındaki asimetrik bilgi durumunun tam rekabet piyasasının varsayımlarına engel oluşturulduğu ortaya konulmuştur. Sağlık sigortası piyasasında ters seçime ise hastalar ve sigortacılar arasındaki asimetrik bilgiden kaynaklanmaktadır. Hastalar kendi sağlık durumları hakkında sigorta şirketlerinden daha fazla bilgiye sahip olurlar ve bunu sigorta şirketinden saklamaları durumunda ters seçime neden olurlar. Sağlık sigortası kuruluşları, hastaların risk düzeylerini bilemediklerinden dolayı ortalama olarak bir sigorta primi belirlerler. Riske bağlı prim belirlenememesi durumunda düşük risk grubunda yer alanlar kişiler için prim yüksek olacaktır. Primi yüksek olan kişiler piyasadan çekilmek zorunda kalacaklardır. Yüksek risk grubunda yer alan hastaların ise daha fazla sağlık hizmeti tüketmeye başlayacaklardır. Sigorta şirketleri düşük risk grubunda yer alanları piyasada çekilmelerini engellemek amacıyla riskli grupta yer alanların kişilerin risk düzeylerine göre prim ödemelerini yapacaklardır. Yüksek risk grubuna dahil olanlar; yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, kötü alışkanlıkları olanlardan yüksek prim talep edilmesi sigorta piyasasında arz ve talep dengesinin sağlanamamasına neden olur ve bu durum ters seçim olarak ifade edilir (Bilgili ve Ecevit, 2008: 208).

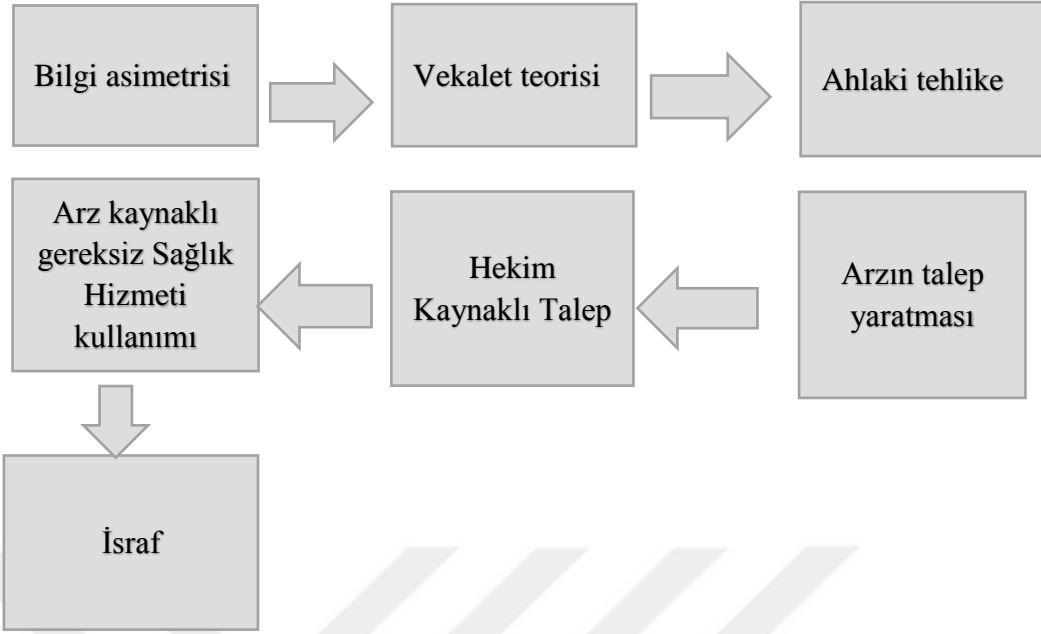
2.Ahlaki Tehlike: Ahlaki tehlike, sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinin sunumu ve kullanımı sırasında hizmet sunucularıyla ve hizmet alıcıları arasında bilgi asimetrisinden dolayı sunulan hizmetlerin kötüye kullanılmasına denir. Arrow ' a göre ahlaki tehlike, sağlık sigortası olduğu zaman hastanın sağlık giderlerinin sadece çok az miktarına katlanması ya da hiç katlanmaması nedeniyle sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesi sonucu ortaya çıkan durumun olarak tanımlanmaktadır (Arrow, 1963: 941-973). Ahlaki tehlikenin temelinde, sağlık sigorta sisteminin kötüye kullanımı ile ilgili bir sorun vardır. Ahlaki tehlikeye sebep olanlar hem hizmet sunucuları hem de hizmet alıcıları olabilir. Örneğin; hizmet alıcısı(birey), sigortalı olduğunda ve sigorta da her şeyi karşıladığı zaman , sağlık hizmet talebi doğmasa

bile sağlık kuruluşuna başvurup muayene olmak isteyebilir. Diğer tarafta hizmet sunucusu(doktorlar, sağlık kuruluşları) hastasına vereceği her hizmet karşısında sigortadan para alacağını bilirse hasta için gerekli olmasa bile tüm tetkikleri isteyerek ahlaki tehlikeye sebep olabilirler.

3.Arzın Talep Yaratması: Sağlık hizmetlerinde arzı oluşturanlar; sağlık hizmeti veren kurumlar, hekimler, eczacılar ve diğer sağlık personelleridir. Sağlık hizmetleri piyasasında hizmet talep edenler kendileri yapılacak tedavinin hangisi kendileri için daha uygun olacağını bilmemeleri hizmet sunucuları ve hizmet arz edenler arasında ki asimetrik bilgiden kaynaklanmaktadır.

Hasta ve doktor arasındaki bilgi farklılığı ilgili araştırmalar, “Vekâlet Teorisi Yaklaşımı” olarak ifade edilen çalışmaya dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasının arz tarafında bulunan doktorun ve talep tarafında bulunan hastanın adına talebi belirlemesi, hasta üzerinde söz sahibi olması sağlık ekonomisi dalında “Arzın Talep Yaratması (ATY)” ifade edilmektedir(Bilgili ve Ecevit, 2008: 213).

Sağlık ekonomistlerinin çoğu hekim ve hasta arasındaki bilgi asimetrisi kaynaklanan sorun nedeniyle sağlık hizmetleri piyasasında tüketicici egemenliğinin olamayacağını ifade etmişlerdir ve hekim-hasta ilişkisinin “ vekalet teorisi ” çerçevesinde değerlendirilebileceği düşüncesindedirler. Sağlık hizmetlerinde vekâlet ilişkisi genellikle sağlık hizmeti talebinde bulunan hastaların bilgi asimetrisi sebebiyle hangi hizmetten, ne miktarda ve nasıl tknetmesi gerektiğini bilmemesi durumunda kendilerine vekil olarak gösterdiği sağlık hizmeti sunucularının; tknetilecek hizmeti belirlemesi ve hastaları adına hareket etmesi olarak tanımlanmaktadır (Durmaz ve Erdem, 2017: 582).



Şekil 3. Bilgi Asimetrisi Kaynaklı Arzın Talep Yaratması Probleminin Oluşturduğu İsraf Sorunu

Kaynak: Durmaz ve Erdem, 2017: 583.

Şekil 3’de sağlık hizmetlerinin sunulmasında bilgi asimetrisi kaynaklı olarak ortaya çıkan arzın talep yaratması probleminin ortaya çıkarmış olduğu israf sırayla anlatılmıştır.

-Sağlık piyasasında arz ve talep arasında dengesizlik vardır: Nüfus hızlı bir şekilde artarken sağlık hizmetlerine olan talepte o derece hızlı artmaktadır. Yani taleple nüfus arasında doğrusal bir ilişki ortaya çıkmaktadır. Ancak arz için aynı durumun varlığından söz edemeyiz. Çünkü nüfus artınca sağlık hizmetlerinde arz miktarı aynı oranda artmamaktadır. Sağlık hizmetini arz edecek olan sağlık çalışanlarının kısa süre de yetişmesi mümkün değildir onların eğitimlerini tamamlayıp bitirmeleri zaman almaktadır. Dolayısıyla arz edilecek iş gücü artan nüfusu hemen karşılamakta yetersiz kalmaktadır.

-Sağlık hizmetleri piyasasına girişte sınırlamalar vardır: Sağlık sektöründe işgücünün yetişmesi zaman almaktadır. Sağlık sektöründe çalışanların hizmet verebilmeleri için belli kurum ve kuruluşlardan izin almak zorundadırlar. Uzmanlık gerektiren durumlarda piyasada ki doktor arzının azlığından dolayı şahıslar

yaşadıkları şehirde sınırlı sayıda ki doktorun sunduğu hizmetlerden faydalanmak zorunda kalabilirler. Bunun doğal sonucu olarak, sağlık hizmetlerinin arzında ‘doğal monopol’ durumu söz konusu olur(Çöğür, 2015: 15).Sağlık hizmetlerini arz edenler (doktorlar), sağlık hizmetlerini talep edenlerin(bireyler) ihtiyaçlarını karşılarken sağlık hizmet talep edenlerin ihtiyaçların ne miktarda olduğunu anlamak için danışmanlık yaparlar. Bu durum doktoru , hem bir hizmeti sunan hem de hizmetin talebini belirleyen bir pozisyona sokmaktadır. Doktorların bu durumu literatürde “arzın yarattığı talep” olarak değerlendirilmektedir. Arzın talep yaratabilmesi özelliğinin iki önemli sonucundan bulunmaktadır. Birincisi, sağlık bakımının ve doktor hizmetinin bedelini ödeme yöntemi tercihiyle ilgili olarak hizmeti sunanların tüketicileri yanlış yönlendirebileceğidir. İkincisi ise sağlık hizmetlerini sunanların tekel olabilmeleri sonucunu doğurabileceği konusudur(Yıldırım, 1999: 5).

-Sağlık hizmetleri piyasasında sunulan hizmetler heterojenlik vardır:

Araştırmacılar ve hastalar için konulmuş sabit bir hizmet yapısı bulunmamaktadır. Örnek olarak, aynı bölgede hizmet veren aynı okuldan mezun olmuş iki beyin cerrahına olan talep farklıdır. Normalde benzerlik gösteren bu iki hizmet hastalar bakımından farklılık göstermektedir(Çöğür, 2015: 16). Benzer hastalıklar her insanda farklı şekilde ortaya çıkar hastalık başka şekilde seyir edebilir. Sağlık hizmetlerinde doktorların bu hastalığı tedavi etmeleri kullandıkları yöntemler farklı olduğu için sağlık hizmetlerinde homojenlik yoktur. Sağlık hizmetlerinin heterojen olmasının nedeni ise ,sağlık hizmeti talep eden hastaların tam bilgiye sahip olamamalarından kaynaklanır.

-Sağlık hizmetleri ikame edilmesi ve stoklanması mümkün değildir:

Sağlık hizmeti başka bir hizmetle değiştirilmez. Ayrıca sağlık hizmetlerini önceden stoklayıp başka zaman kullanmamız mümkün değildir. Çünkü sağlık hizmeti ortaya çıktığı zaman karşılanması gereken bir hizmettir.

-Sağlık hizmetleri piyasasında fiyatlarla gerçek maliyetler arasında ilişki

zayıftır: Bir mal ya da hizmetin belli bir üretim teknolojisi içinde, üretim maliyetlerine bağlı olarak oluşan fiyatı ile piyasada ki fiyatı arasında ki farkı idare

eden gölge fiyat, sağlık hizmetleri piyasasında oldukça sık karşılaşılmaktadır (Çöğürçü, 2015: 17).

-Kar amacı gütmeyen kurumların da olduğu karma bir yapı söz konusudur: Sağlık hizmetleri piyasasında kârı göz önünde bulunduran ve bulundurmeyen kurumlar vardır. Kârı göz önünde bulunduran kurumlara örnek olarak özel hastaneleri, kârı göz önünde bulundurmeyen kurumlara örnek olarak ise devlet hastanelerini verebiliriz. (Çöğürçü, 2015: 17).

2.1.6. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi Selçuklu ve Osmanlı dönemi ile Cumhuriyet dönemi ve sonrası olarak ikiye ayrılmaktadır. Tarihi Selçuklulara dayanan Sağlık Sistemi’nde o zamanın şartlarına göre gelişmiş bir sağlık hizmeti uygulaması sunulmaktadır. Selçuklular ve Osmanlı döneminde sağlık hizmetleri vakıflar aracılığıyla sunulmuştur. Bu dönemde sağlık hizmetleri genelde saraya ve orduya yönelik verilmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerini sunan kurum ‘Reisul Etibba’ yani Hekim Baş’ıdır. Kurum sağlık hizmetlerinin sunumunda tabip, cerrah ve diğer sağlık personeli atamalarını gerçekleştirmektedir(Çavmak, 2017: 49).

Osmanlı Devleti’nde sağlık alanındaki ilk çalışmalar III. Selim zamanında gerçekleşmiştir. Bu dönemde sağlık alanında yapılan yenileşme çalışmaları askeri alanda yapılan yeniliklerle beraber gelişmiştir. III. Selim zamanında yapılan yeniliklerden biri de “Nizam-ı Cedit” adı verilen batı tarzı ordu için Levent Çiftliği’ni inşa ettirilmiş ve bu ordunun sağlık hizmetlerinin karşılamak amacıyla 1799 yılında Levent Çiftliği Hastanesi adıyla ilk Osmanlı hastanesi açılmıştır. Osmanlı da yenilik hareketleriyle adını duyuran diğer isimde II. Mahmut’tur. II. Mahmut döneminde 1827 yılında Tıphane-i Âmire kuruldu II. Mahmut’un padişahlık yılları boyunca Osmanlı Devleti’nde halk sağlığının verilen öneminin anlaşıldığı dönem olduğu anlaşılmaktadır. Osmanlı Devleti’nde resmen hastane adını taşıyan ilk kurum ve ilk vakıf hastanesi İstanbul’da açılan Bezmiâlem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi olmuştur. 1845 yılında hasta kabul etmeye başlayan bu hastanenin açılmasından sonra genel hastanelerin yanı sıra çocuk, kadın ve erkek hastaneleri gibi hastanelerde

kurulmuştur. Bu hastanelere örnek olarak 1862 yılında faaliyete geçen Zeynep Kamil Hastanesi, Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye, Darülaceze ve ilk çocuk hastanesi olan Etfal Hastanesi gösterilebilir. Bununla birlikte azınlıklar ve yabancı devletler de kendi cemaatleri için çeşitli hastaneler kurmuşlardır. Bunların ilki Balıklı Rum Hastanesi'dir. Ayrıca Yedikule Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi, Pangaltı'daki St. Jacques Ermeni-Katolik Hastanesi, Jeremya Hastanesi, Surp Agop Hastanesi ile Balat Musevi Hastanesi'dir. Bugünkü sağlık bakanının yaptığı görevi Osmanlı da hekim başı olarak adlandırılan Hekim Baş'ı yapmıştır.(Çavdar ve Karcı, 2014: 257-259). Bu anlatılanlardan anlaşıldığı üzere Osmanlı zamanında da sağlık ve sağlık hizmetlerine önem göz önünde bulundurulmuştur.

Sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olarak ele alınmasının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi ile olmuştur. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 3 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 Sayılı Yasa ile, sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, temel bir devlet görevi haline getirmiştir. Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşullarının yaşanmasına ve o tarihlerde sadece gelişmiş birkaç ülkede bir sağlık bakanlığı örneği bulunmasına karşın, sağlık bakanlığının hemen kurulmasına karar verilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nı kurulması kararından hemen sonra TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak atanan, Dr. Adnan Adıvar göreve başlamıştır. Bu nedenle de, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcında önemli bir tarih olduğunu söylemek yanlış olmaz(Akdur, 2006: 24).

-Refik Saydam Dönemi : Türkiye'nin ilk sağlık bakanı Adnan Adıvar'dan sonra 1921 senesinde göreve Dr. Refik Saydam atanmıştır. 1921 senesinde atanan Dr. Refik Saydam 1937 senesine kadar görevini yürütmüştür. Dr. Refik Saydam döneminde , il merkezlerinde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde ise Hükümet Tabiplikleri kurulmuştur. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem verilmiş, bu hizmetler merkezi hükümet tarafından üstlenilerek genel bütçe olanakları ile karşılanmaya çalışılmıştır. Yataklı tedavi hizmetleri kamu tarafından yürütülmüştür fakat belediyeler ve il özel idareleri tarafından da yine merkezi yönetime bağlı kalmak şartıyla sağlık hizmetlerinin yürütülmesi gerektiğine dair politika benimsemişlerdir. Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, bütün sağlık hizmetleri temel bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve ele alınan görevler devletin çeşitli organları

arasında dağıtılmıştır fakat sunulan hizmetlerin denetimi ve hizmeti sunacak olan sağlık personelinin atama yetkisi merkeze yani Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmuştur (Akdur, 2006: 25).

-Behçet Uzun Dönemi: Dr. Saydam Dönemi'nden sonraki, önemli isim 1946-1950 yılları arasında Sağlık Bakanlığı görevini Dr. Behçet Uzun yapmıştır. Dr. Behçet Uzun tarafından hazırlanan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" 1946 yılında 9.Milli Tıp Kongresi'ne sunulmuş ve yürürlüğe koyulmuştur. Birinci On yıllık Milli Sağlık Planı döneminin Sağlık Bakanı olan Behçet Uz'un adıyla da anılmıştır. Behçet Uz Planının hedefi ; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve yedi bölgenin de örgütlenmesi yeterli düzeye getirilecekti. Yedi bölgeye ayrılan her yerdeki 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezleri kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Bu merkezlerde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri uygulanacaktır. Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel hedeflerinden biri olan, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerinin entegre edilmesi amaçlanmıştır. Planda , geçmişte yalnızca büyük şehirlerin faydalandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde faydalanabilmesi hedeflenmişti. Behçet Uz'dan döneminden sonra bu plan yeterince uygulanmamış. Kurulmuş olan sağlık merkezleri ise, maliyetli küçük birer hastane olmaktan öteye gidememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yüksek ücret uygulamasına son verilmiştir. Dolayısıyla hekimlerde koruyucu sağlık hizmetlerini göz ardı etmişler ve ücretsiz hem poliklinik hem de tedavi yapamaz hale gelmişlerdir. Düşük ücret uygulamasından sonra hekimler kendi muayenelerinde çalışmaya başlamışlar ve kurulan sağlık merkezlerinde sağlık personeli ihtiyacı artmaya başlamıştır. Ücret uygulamasına çözüm olarak 1978 yılında Tam Gün Yasası çıkartılmış. Tam Gün Yasası ile sağlık merkezleri eski refahına kavuşsa bile yasanın uygulamasına son verilmesi eski sıkıntılar tekrar meydana gelmiştir. Behçet Uz döneminde kurulan sağlık merkezleri , 1980'den sonra hastaneye veya sağlık ocağına dönüşmeye başlamışlardır (Akdur, 2006: 27).

-Demokrat Parti Uygulamaları : Demokrat Parti 1950 yılında iktidara gelen Demokrat Parti sağlık merkezlerini tüm yurda yaymak için çaba sarf etmiş ayrıca da 1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile, il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı

bütün hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlamıştır. Kamuya bağlı hastanelerin yönetimi (SSK , MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç) tek merkezden toplanmış ve merkez yükümü ve sorumlulukları yerine getirmeye başlamıştır. Dolayısıyla bu durumun olumlu tarafı il ve ilçelerde hastane açılmıştır. Tüm yurda yayılan hastaneler ile birlikte önemli başarılar elde edilmeye başlamıştır. Yaşanan bu olumlu gelişmelerle beraber hastane hizmetleri Bakanlık Merkezi'nin önemli konularından biri olmuştur. 1980 'den sonra ekonomide görülen liberal politikalar her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kendini göstermiştir. Bu uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından beri sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğunda ve görevinde yürütülmesi yönünde olmuştur(Akdur, 2006: 28).

-Sosyalleştirme Dönemi: Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında Sağlık Yönetiminin amacı toplumun sağlık düzeylerinin yükseltilmesi olmuştur. Bu amacın gerçekleştirilmesi için tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. Az sayıda kişinin faydalandığı hastanecilik yerine ayakta tedavi veya evde tedavi sağlayan küçük toplulukları da kapsayacak şekilde sağlık örgütünün kurulması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda düzenlenmesi amacıyla dönemin Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek tarafından “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” hakkında kanun çıkarılmıştır. Uygulamaya 1963 yılında başlanmış ve 1977 yılına kadar tüm ülkeyi yayılacağı öngörülmüştür. Uygulama amacına ulaştığı zaman sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü birçok kurum birbirine bağlanacak ve bunların eğitimleri ve denetimleri sağlanacaktı. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu ile sağlık hizmetlerinin birleştirilmesi ve tek merkezden yürütülmesi amaçlanmıştır. Ancak ileri zamanlarda ki hükümetlerin sağlık politikaları ile çelişki gösterdiği için uygulanması imkansızlaşmıştır.(Akdur, 2006:29).

- Aktif Özelleştirme Dönemi :1970'li yıllar neoliberal anlayış ve politikaların aktif hale geldiği yıllar olmuştur. Bu politikaların ülke yönetimlerine hakim olmasıyla sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Neoliberal anlayışın Türkiye'yi etkilemesi uzun zaman almamıştır. Neoliberal politikalar 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi olarak hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve

kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika resmi politika haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde “Aktif Özelleştirme Dönemi” diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve TC Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir(Akdur, 2006: 31).

2.1.7 Türkiye’de Sağlık Reformu

Sağlık sektörü reformu, sağlık sektörünün performansını ve işlevselliğini, nihai anlamda da toplumun sağlık düzeyini geliştirmek üzere planlanmış ve hükümetçe rehberlik edilen, politika ve kurumsal düzenlemelerdeki uzun süreli ve sürdürülebilir yapısal değişim sürecidir. Bu süreçte sağlık sisteminin finansmanı, organizasyonu ve hizmet üretiminde geçerli olan yapılar değiştirilir. Sağlık sistemlerindeki reform arayışları özellikle finansman boyutunda ortaya çıkmıştır. Temel amaçlar harcamaların sınırlanması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu dışında yeni kaynak kanallarının yaratılması, var olan kaynakların daha verimli kullanılmasıdır. Finansman boyutundaki çalışmalar doğal olarak sağlık sistemlerinin organizasyon ve yönetim boyutlarındaki çalışmaları tetiklemiştir. Sağlık reformlarının hizmet kalitesinin artırılması, toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesi gibi genelde öncelikli amaç olarak gösterilen; fakat finansmanla ilgili kaygıların önüne geçemeyen başka amaçları da bulunmaktadır(Orhan, 2006: 124).

2.1.8 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

Türkiye’de 1987 tarihli “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” sağlık reformları ile ilk defa somut adımlar atılmıştır. 1990’ların sonuna kadar maliyet sınırlayıcı politikalarla gündeme gelmiştir. Yine sağlık reformlarıyla liberalizasyon konusunda 1980’li ve 1990’lı yıllarda çok önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Genel olarak sağlık reformları, hizmetin finansmanının vergilerden değil de, ödeyebilenlerin primleri ve katkı payı ile karşılanmasını, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasını, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, yerinden yönetime dayalı ve rekabeti kolaylaştıran bir sistemin oluşmasını, sağlık emek gücü istihdamında esnekleşmenin ve performansa dayalı ödemenin yaygınlaşmasını önermektedir. Neoliberal ekonomi politikaları olarak gösterilen bu sağlık reformları, 2003 yılında SDP adıyla topluma

sunulmuştur(Soysal ve Yağar, 2015: 317). Sağlıkta Dönüşüm Programı, iki temel aşama şeklinde gerçekleştirilmiştir . Buna göre 2003-2009 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm Projesi başlığı altında hedeflenen uygulamalar, sürecin ilk aşamasını teşkil etmektedir. İkinci aşamasını ise 2009-2014 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi başlığı altında hedeflenen uygulamalardan oluşmaktadır. (Bostan ve Çiftçi, 2016: 1).

2.1.8.1 Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları

Sağlıkta dönüşüm programının amaçları sağlık hizmetlerinin; etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulmasıdır. *Etkilik*, uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyini yükseltilmesi amacını ifade etmektedir. *Verimlilik*, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. *Hakkaniyet* , insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır(SB, 2019).

2.2 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık sektörü diğer sektörlerden , sağlık hizmetlerini de diğer mal ve hizmetlerden ayrılan bir takım özellikleri bulunmaktadır. Diğer sektörlerde geçerli olan bazı ekonomik kuralların sağlık sektörünün de geçerli olmadığı ve sektörün kendine ait özelliklerinin olduğunun bilinmesi gerekir. Sağlık hizmetlerinin özellikleri şunlardır ;

a. *Belirsizlik durumu ve derecesi* : Sağlık hizmetlerinde belirsizlik durumu hem sağlık hizmetleri talebi hem de sağlık hizmetleri arzı için geçerlidir. Talebin belirsiz olması demek , kişilerin belirli bir gelecekte sağlık statüsünü bilmemeleri ve ne tür sağlık hizmetine ihtiyacı olacağını kestirmemeleri anlamına gelmektedir. Bu özelliği itibariyle sağlık hizmetleri talebi düzensizdir(Çelik, 2016: 55).Arz tarafında da belirsizlik söz konusudur çünkü hastanın ihtiyacının ne olduğu ne tür hizmet ne sağlık hizmeti talep ettikleri bilinmemektedir. Sağlık hizmetlerinde

yaşanan belirsizlikten dolayı üçüncü taraf olarak adlandırdığımız sigorta şirketleri veya devlet araya girer.

b. *Sağlık sigortalarının etkisi* : Sağlık hizmetlerinin belirsizlik özelliğinden dolayı sağlık sektöründe sigorta şirketleri piyasa içerisinde önemli rol oynamalarının temel nedendir. Toplumda yaşayan bireyler ne zaman hastalanacaklarını ve hastalandıkları zaman ne tür bir sağlık hizmeti alacaklarını ve ne miktarda alacaklarını bilmedikleri için ortaya bir risk çıkar ve bu riski de sağlık sigorta şirketlerinden satın alırlar. Satın alma işi ise hasta olmadan bireylerin sağlık sigortalarına prim ödemeleri şeklinde olmaktadır(Çelik, 2016: 56).Bireyler satın alma işlemini gerçekleştirdikten sonra karşılaştıkları herhangi bir sağlık durumunda, alacakları sağlık hizmetinin fiyatı ne olursa olsun sağlık sigortalarının karşılayacağını bilirler. Bu durumun dezavantajı sağlık ekonomisinde ahlaki tehlike olarak adlandırılmaktadır. Ahlaki tehlike kavramı kısaca , sağlık sigortasına sahip bireylerin daha fazla sağlık hizmeti kullanma gereksinimini artırma eğilimine girmeleri demektir. Bu durumun önüne geçebilmek için sağlık sigorta kuruluşları bireylere ödeyebilecekleri alt ve üst limit belirlemektedirler ve belirlenen belirli bir oranı aşmaları halinde sağlık hizmet bedelini ödemeye katılmalarını sağlamış olurlar.

c. *Asimetrik bilgi mevcudiyeti* : Sağlık hizmetleri piyasasında hizmet sunucuları ile hizmet kullanıcıları arasında bir ters orantı vardır. Sağlık hizmet sunucuları yani hekimler, eczacı vs. gibi hizmet alıcılarına göre daha fazla bilgiye sahiptir. Çünkü birey bir sağlık hizmeti talep ettiği zaman talebinin en iyi şekilde nasıl karşılayacağını hizmet sunucuları bilir.

d. *Kar amaçlı olmayan kurumların rolü* : Eğitim ,finans , gıda ,inşaat gibi bir çok sektörde müteşebbisler yatırım yaparken kâr elde etmeyi hedeflerler. Ancak sağlık insan hayatında önemli rol oynayan önemli bir olgu olduğu için sağlık sektöründe hastaneler, sağlık sigortası kurumları, bakımevleri kâr elde etmek amacıyla çalışmamaktadır. Bu sektörde müteşebbisler kârlarını maksimum edecek yerlere sınırlı kaynak ayıracaklardır.

e. *Rekabette sınırlamalar* : Rekabet ekonominin olmazsa olmaz unsurudur. Piyasa da tüketiciler ve üreticiler faydalarını maksimize etmeye çalışırlar. Tüketiciler , kaliteli ürünü düşük fiyattan almak ister, üreticiler ise tüketicileri memnun eden ürünü düşük maliyetle üretip kâr elde etmeyi hedefler. Rekabet etik bir şekilde yapıldığı zaman ekonomide verimliliği arttırır. Ancak sağlık sektöründe çoğu uygulama için rekabet kısıtlanmıştır. Bir sağlık kurumunun açılması için zorunlu bir takım standartların yerine getirilmesinin zorunlu olması , sağlık hizmeti sunucularının ve kurumlarının reklam yapmaması bu sınırlamalara örnektir. Rekabetteki sınırlamalar nedeniyle hükümet sağlık sektörüne sık sık müdahale etmektedir. Örneğin eğitim programlarının belirlenmesi , sağlık kurumu açma izninin verilmesi gibi(Çelik, 2016: 57).

f. *İhtiyacın etkisi* : Sağlık insan hayatının vazgeçilmezidir. Dolayısıyla insan sağlığı bozulduğu zaman, sağlık ihtiyacımız ortaya çıkar. Sağlık diğer ihtiyaçlarımız gibi değildir. Sağlık ihtiyacımız meydana geldiği zaman bunun hemen karşılanması gerekir. Tabi ihtiyacımız karşılandığı zaman söz konusu bozulan sağlık durumunun şiddeti ve aciliyeti önemlidir. Örneğin; bir kanser hastasının ameliyatı estetik olmak isteyene göre daha acildir.

g. *Hükümet katkısı ve kamunun etkisi* : Çoğu ülkede hükümet sağlık hizmetlerinde hem bir sağlık hizmeti sunucusu olarak hem de talep eden bir taraf olarak sağlık sektörüne müdahale eder. Çoğu ülke de ise hükümet sağlık hizmetini finanse eden en önemli kaynak olarak ortaya çıkar(Çelik, 2016: 57).

h. *Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır* : Sağlık hizmetleri kullanıldığı zaman hem hizmeti kullananlar hem de çevredekilere fayda sağlar. Bu faydanın başka kişilere yansımaya pozitif dışsallık yada negatif dışsallık adı verilir. Pozitif dışsallığa örnek verirsek , AIDS gibi bulaşıcı olan hastalık tedavi edildiği zaman hastalık başka insanlara bulaşmaz. Negatif dışsallıkta ise , AIDS’li bir hasta tedavi edilmediği zaman hastalık insandan insana bulaşacaktır.

i. *Sağlık hizmetleri talebinde hekimin rolü oldukça fazladır* : Sağlık hizmetlerinin sunulmasında bilgi asimetrisinden dolayı hizmet sunucuları hizmet

alıcılarına göre daha fazla bilgiye sahiptir. Bu sebepten ötürü hizmetin sunulmasında sağlık hizmet sunucuları daha fazla önemli rol oynamaktadırlar.

2.3 Sağlık Ekonomisine Genel Bakış

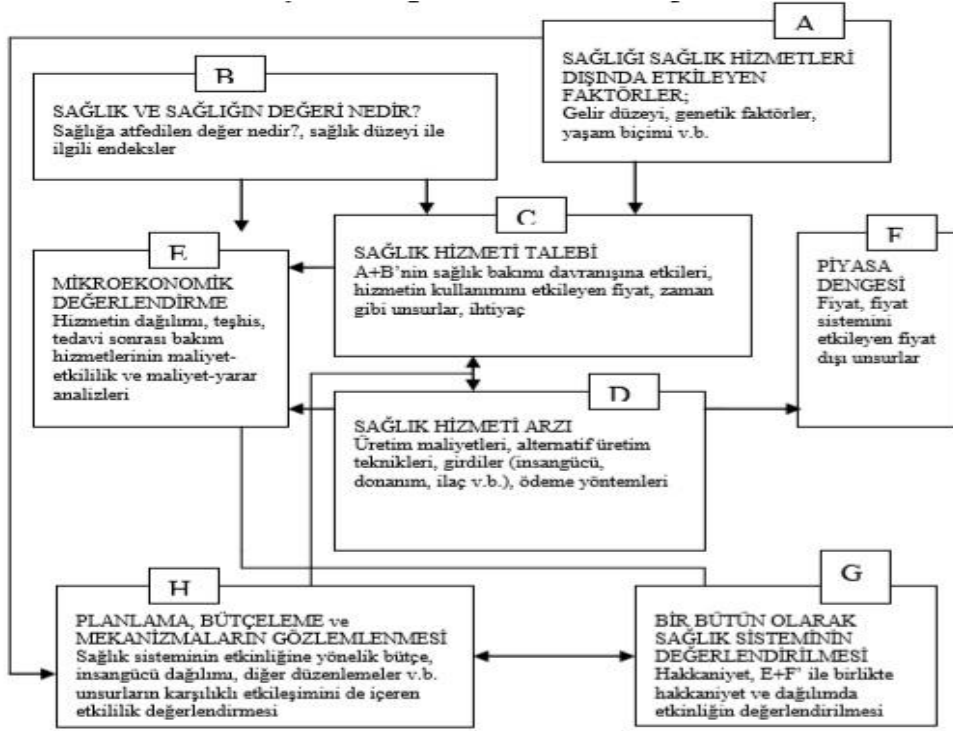
2.3.1 Sağlık Ekonomisi Kavramı

Ekonomi, “Sınırsız insan ihtiyaçlarının, sınırlı kaynaklarla nasıl tatmin edileceğini inceleyen bir sosyal bilimdir”. Başka bir deyişle, “Ekonomi, insanların ortaya çıkan sınırsız ihtiyaçlarını kıt kaynaklarla daha verimli ve etkin bir şekilde nasıl karşılanması gerektiğini inceleyen bilim dalıdır. Ekonomi kendi içinde alt dalları ayrılmaktadır. Sağlık ekonomisi de ekonominin genel kurallarının sağlık sektörüne uygulanması ile ilgili ortaya çıkan ekonominin bir alt dalıdır. Sağlık ekonomisi, “Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi şekilde bölüştürmek” şeklinde tanımlanabilir(Taşkın, 2011: 66).Yani sağlık ekonomisi elde ki kıt kaynaklarla sağlık alanında yapılacak çalışmaların etkinliğinin sağlanması için yapılan çalışmadır. Selma J.Mushkin , 1958 yılında yayımlandığı çalışmasıyla sağlık ekonomisini ele alarak bir giriş yapmıştır. İlk olarak Mushkin’in çalışmasıyla sağlık ekonomisine bir giriş yapılırsa da sağlık ekonomisi 1963 yılında yayınlanan Kenneth J.Arrow’ un makalesiyle özdeşleşmiştir. Arrow çalışmasında sağlık piyasası ve sağlık ekonomisi ile ilgili kavramlara yer vermiştir. Arrow çalışmasının giriş kısmında “ normatif ekonominin kendine özgü farklılıkları araştırılmıştır ve tıbbi sağlık endüstrisini refah ekonomisi normlarıyla karşılaştırıyor ve sağlık ekonomisinin özel ekonomik problemlerinden söz edilmektedir”(Arrow, 1963: 941).

2.3.2 Sağlık Ekonomisi Kapsamı

Sağlık ekonomisinin temel görevi sağlık alanında yapılan hizmetlerin verimliliğini en iyi şekilde sağlamak ve bunun için çalışmalar yapmaktır. Sağlık ekonomisinin konusunu sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak analiz edilmesi oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisinin çalışma alanını kesin çizgilerle belirli bir alana ayırmak güçtür. Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin temel kurallarının sağlık

sektörüne uygulanması olarak tanımladıktan sonra, sağlık ekonomisini kavramsal bakımdan daha iyi anlayabilmek için Williams'ın tablosu ile geniş bir çerçevede değerlendirebiliriz.



Şekil 4. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

Kaynak: Çalışkan, 2008: 33

Şekil 3'de görüleceği üzere sağlık ekonomisinin temel olarak ilgilendiği alanları ve bu alanlar arasında ki ilişkiler verilmiştir. Bu ilişkiler arasında sağlık ve sağlık sektörü kavramının oldukça kapsamlı çalışma alanını ortaya koymaktadır. Şekilde 8 tane kutu bulunmaktadır. A,B,C,D sağlık sektörünün bir bütün olarak işleyişini anlamayı ve incelemeyi sağlayan temel yapı taşlarını oluşturmaktadır. E,F,G,H kutuları ise sağlık ekonomisinin uygulama alanlarını oluşturmaktadır.

A kutusu, sağlık hizmetleri dışında kalan ve sağlığı etkileyen faktörleri kapsamaktadır. Sağlık, kişilerin genetik yapılarıyla yakından ilişkilidir. Ancak gelir düzeyi ve dağılımı, eğitim, beslenme ve barınma koşulları, yaşam biçimi gibi

unsurlardan da etkilenmektedir. Kişilerin sağlığının bozulmasında çoğu zaman ekonomik açıdan toplumun zayıf gruplarını daha çok etkilenmektedir. Kişilerin sağlık düzeylerini belirleme de sağlık hizmetlerinin dışında kalan unsurlara daha çok önem verilmektedir. Azgelişmiş ve gelişmekte ülkeler de sağlık düzeyinin korunması ve yükseltilmesinde özellikle temel sağlık hizmetlerinin (sanitasyon, temiz su kullanımı, aşılama vb.) düzeyi ve kalitesine önem verilmektedir (Çalışkan, 2008: 34).Gelir düzeyi ve sağlık arasında ki ilişki ile ilgili yapılan çalışmalardan birine örnek olarak Tüylüoğlu ve Tekin'in "Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerinde ki etkileri" adlı çalışmayı verebiliriz. Tüylüoğlu ve Tekin çalışmasında; ülkelerin sağlık harcamalarındaki farklılığın nedenleri çeşitli yorumlara açıktır. Genel olarak kişi başına gelirin yüksek olduğu ülkelerde kişi başına sağlık harcaması da yüksek olmaktadır. Ancak sağlık sisteminin organizasyon yapısı, sağlık finansman sistemindeki farklılıklar, teknolojiye ulaşmadaki faktörler, toplumun genel kültürü, nüfusun yaş dağılımı (yaşlı nüfusunun toplam nüfusa oranı) gibi faktörler sağlık harcamalarının seviyesini etkilemektedir. Ülkelerin gelir durumu ile eğitim ve sağlık gibi beşeri sermayeye ayrılan kaynakları arasında bir ilişki mevcuttur. Kişi başına gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen hemen hemen tüm çalışmalar tıbbi bakımın lüks mal olduğunu göstermektedir. Daha yüksek gelir ya da ek tıbbi harcamalar (ya da her ikisi birden) hem bebek ölümü hem de yaşam beklentisi gibi sağlık çıktılarında ilerlemeye sebep olmaktadır(Tüylüoğlu ve Tekin ,2008:13-14).Ancak gelir ve sağlık alanında yapılan çalışmaları incelediğimiz zaman ikisi arasında pozitif bir ilişki vardır ama ilişkinin doğrusal mı yoksa ters yönlü olduğuna dair belirsizlikler vardır. Çünkü gelir düzeyi artınca bireylerin yaşam koşulları (beslenme, barınma, giyinme) daha iyileşiyor. Yaşam şartları daha iyiye giden bireyler hayatlarında daha sağlık bir şekilde aktif rol oynayınca gelir düzeyleri daha çok artmaya başlayacaktır. Yani gelir artışı daha sağlıklı yaşama ,sağlıklı yaşamda daha çok gelir artışına neden olacaktır.

B kutusu ise, birçok farklı tanımın yapıldığı sağlık kavramı ve ölçülmesi ile ilgilidir. Sağlık birçok faktörden dolaysız veya dolaylı bir şekilde etkilenmektedir. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ göre sağlık , "yalnızca hastalık ya da

sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklindeki tanımlanmış ve birçok faktörü tanım içinde barındırdığı için herkes tarafından kabul görmüştür. Çünkü DSÖ tarafından yapılan bu tanım bireyin sağlıklı olmasını yaşam standartları ile ilişkilendirmiş ve çevresel, sosyal etkilerin de sağlığın kaybedilmesinde önemli bir etken olduğunu vurgulamış ve sağlığı etkileyen olumsuz koşulların yalnızca biyolojik süreçten kaynaklanmadığını ortaya koymaktadır. (Çalışkan, 2008: 34).

C kutusu ise , Sağlık hizmetlerine olan talep, sağlık talebi ile ilişkilendirilmesi gerekir. Çünkü bireylerin temel hedefi sağlıklı olmak olduğundan doğrudan ve açıkça sağlık talep etmeleri kaçınılmazdır. Bireyin sağlık talebi iki farklı nedene bağlıdır. Birinci neden “tüketim malı” olması diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi fayda sağlaması ve diğeri ise “yatırım malı” olmasıdır. Sağlık, bireyin gelecekte yeniden üretim ve diğer yaşamsal faaliyetleri ile ilgili zamanını belirlemektedir. Bazı sağlık düzeyi göstergelerinin (boy uzunluğu gibi) belirli bir zamanda sabit kalması buna karşılık bazılarının değişmesinin (kilo alıp verme gibi) sağlığın hem stok hem de akım yönlerinin olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık düzeyindeki değişiklikler akım yönünü etkiler ve bu alanda yapılan değişiklikler yatırım olarak görülebilir. Dolayısıyla bireyin sağlık stokunda azalmaya neden olan herhangi bir durum olmadığı sürece sağlık hizmetleri talebinin de olamayacağı söylenebilir. İkinci neden ise, sağlık hizmetleri sisteminin organizasyon ve finansman yapısıdır. Sağlık sistemini oluşturan finansman yapısında vergiler, sigorta primleri ve sağlık hizmetlerinin geri ödeme yöntemleri yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinde sağlık sigortaların ve katkı paylarının az olması hizmet talep edenler açısından bir avantajdır ancak bilinçsiz kullanımın da gereksiz hizmet yaratarak maliyet artışlarına neden olabilmektedir. Cepten ödemeler, sağlık sigortaları, geri ödeme biçimleri talep üzerinde etkili olan yapısal düzenlemelerdir. Sağlık hizmetlerine olan talep kapsamlı bir şekilde ele alınmakta ve nüfus ve epidemiyolojik yapıda meydana gelen değişikliklere göre zaman içerisinde değişiklik gösterebilmektedir (Çalışkan, 2008: 35).

D kutusu, sağlık hizmetlerinin üretimi ve üretim maliyetleri ile ilgilidir. Sağlık hizmetleri sağlık sektörü açısından ele alındığı zaman koruyucu hizmetler,

tedavi hizmetleri, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirme hizmetleri olmak üzere dört farklı biçimde sunulmaktadır. Tedavi hizmetlerinde cerrahi müdahale, ilaçla tedavi gibi tedavi yöntemlerinden dolayı diğer sağlık hizmetlerine göre daha pahalı sağlık hizmetleridir (Çalışkan, 2008: 36).

E kutusu ise, son zamanlarda sıklıkla üzerinde durulan araçları ele almaktadır. Bütün sağlık sistemlerinin temel hedefi bireyin ve toplumun sağlık statülerini korumak ve yükseltmektir. Bu bağlamda hangi faaliyetlerin veya müdahalelere öncelik verilmesi gerektiği veya yapılmaya değer olup olmadığı önem arz etmektedir. Bu durumda sağlık hizmetleri ile ilgili faaliyetlerin veya müdahalelerin hedeflenen sağlık getirisi ile katlanılan maliyetlerin toplu bir şekilde değerlendirilmesini gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin ekonomik yönden değerlendirilmesinde değişik yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemler maliyet- minimizasyon , maliyet-fayda , maliyet-yarar ve maliyet-etkililik analizleridir. En sık kullanılanlar maliyet-yarar ve maliyet-etkililik analizleridir(Çalışkan, 2008: 36-37).

F kutusu ise, büyük ölçüde iktisadın temel kurgusu olan kıt kaynak yönetimi ile yakından ilgilidir. Bu hem sağlık alanına ayrılan kaynaklar hem de bu alandaki kaynakların dağılımı hangi düzeyde olmalıdır sorusuna yanıt aramayı gerektirir. Geleneksel iktisadi görüşün piyasa fiyatlarının kaynak dağılımında etkinliği sağladığı varsayımı sağlık hizmetleri piyasasında, daha sonraki bölümde nedenleri ile görüleceği gibi geçerliliğini yitirmektedir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin üretim sürecinde büyük ölçüde fiyat dışı mekanizmaların rol oynaması kaçınılmazdır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunumunda pozitif analiz büyük ölçüde yerini normatif değerlendirmelere bırakmakta ve sağlık hizmetlerinin ihtiyaç olarak tanımlanıp tanımlanamayacağı tartışmalarına kadar uzanan yeni bir süreç ortaya çıkmaktadır (Çalışkan, 2008: 38).

G Kutusu ise, sağlık sisteminin amaçlarının tanımlanması ve performans değerlendirmesinin yapılması anlamına gelmektedir. Değerlendirmenin ulusal düzeyde ve uluslararası şekilde yapılması gerekir. Bu durumda verilerin niceliksel ve niteliksel yönden farklılık göstermesi önemli sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Genellikle benzer sosyo-ekonomik yapıya sahip ülkeler (OECD, az gelişmiş ülke grupları, Afrika ülkeleri vb.) arasında karşılaştırmalar yapmak homojenliği sağlamaya yönelik önemli bir düzenleme sayılabilir. Fakat önemli sağlık çıktılarının belirlenmesidir. Çalışmalara bakıldığı zaman sağlık harcamaları, doktor başına düşen kişi sayısı, yatak sayısı, ameliyat sayısı ya da yatak işgal oranı gibi sağlık sisteminin önemli unsurları ile karşılaştırılmalarda bulunmakta beraber temel metodolojik yaklaşım sağlık üretim fonksiyonuna dayandığından bunlar daha çok sağlık çıktıları için birer girdi olarak kabul edilmektedirler. Bu bağlamda doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı gibi sağlık çıktıları sağlık iktisatçıları tarafından sağlık sisteminin performansını ölçmek amacıyla kabul görmüş ölçütlerdir. Bebek ölüm hızı diğerlerine göre sağlık sisteminin düzeyini ve niteliğini daha iyi yansıtan çıktılar olarak kabul edilmektedir. Çünkü bebek ölüm hızı değerlendirilmesi biyolojik ve epidemiyolojik bakımdan iki farklı sürece (neonatal ve post-neonatal dönem) indirgenmekte, bu süreçlerde yani annenin gebelik öncesi, gebelik sırasındaki ve bebeğin doğum sonrası bakımının temel sağlık hizmetlerinin düzeyi ile yakından ilgili olduğundan sonraki yaşamlarından önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir. (Çalışkan, 2008: 38-39).

H kutusu ise, sağlık sisteminin performansını sadece sağlık çıktıları yönünden değil , aynı zamanda bütçe, çalışma koşulları ve bununla ilgili düzenlemeler, sağlık insan gücü dağılımı gibi sistemin arz koşullarını etkileyen unsurlar ortaya koymaya yöneliktir. Sağlık hizmeti için ayrılan bütçe düzeyi ve sağlık sisteminin organizasyon yapısı hizmet sunucuları bakımından ele alındığından etkinliği sağlayıp sağlamadığı ve hizmet sunucuları için bir arzu yaratıp yaratmadığı önemlidir. Diğer taraftan sistemin performansını etkilediği düşünülen durumda temel sorun kalp ve damar hastalıkları ile mücadelenin cerrahi müdahale ya da ilaçla tedavi arasındaki etkililik değil, önemli olan iki tedavi arasında etkililiği yüksek olandan hangisinin uygulanıp uygulanmadığı ile ilgilidir. (Çalışkan, 2008: 39).

2.3.3 Sağlık Ekonomisinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık ekonomisi, “Sağlık sektörüne ayrılan kaynaklarını en iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti

üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmek” şeklinde tanımlanabilir. Yani sağlık ekonomisi elde ki kıt kaynaklarla sağlık alanında yapılacak çalışmaların etkinliğinin sağlanması için yapılan çalışmadır. Selma J.Mushkin , 1958 yılında yayınlandığı çalışmasıyla sağlık ekonomisini ele alarak bir giriş yapmıştır. İlk olarak Mushkin ’ in çalışmasıyla sağlık ekonomisine bir giriş yapılsa da sağlık ekonomisi 1963 yılında yayınlanan Kenneth J.Arrow’un makalesiyle özdeşleşmiştir. Arrow çalışmasında sağlık piyasası ve sağlık ekonomisi ile ilgili kavramlara yer vermiştir. Arrow çalışmasının giriş kısmında “normatif ekonominin kendine özgü farklılıkları araştırılmıştır ve tıbbi sağlık endüstrisini refah ekonomisi normlarıyla karşılaştırıyor ve sağlık ekonomisinin özel ekonomik problemlerinden söz edilmektedir”(Arrow, 1963: 941).

Sağlık ekonomisi sağlık alanında yapılan çalışmaların ekonomik boyutu ile ilgilenmektedir. Ekonomi de uygulanan teori ve politikaların sağlık alanına uygulanması ile sağlık ekonomisi oluşmaktadır. Sağlık ekonomisini kendine özgü çalışma alanları bakımından ekonomiden ayıramayız. Çünkü ekonominin mevcut olan tekniklerin çoğunlukla uygulandığı ekonominin bir alt disiplindir. Sağlık ekonomisinin çalışma alanları sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan tüm faaliyetleri içine almaktadır. Sağlık ekonomisi sağlık kavramını çevreleyen geniş bir çalışma alanını kapsamaktadır. Sağlık ekonomisinin amacı kaynakların en iyi şekilde kullanarak sağlık alanındaki en iyi çıktıyı sağlamak hasta olmadan sağlıklı yaşamayı , bu amacını gerçekleştirirken de kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını amaçlar. Bu amacı aşağıdaki şekilde gösterilen şekilde açıklayabiliriz;



Şekil 5. Sağlık Ekonomisinin Kara Kutusu

Kaynak: Smith G.T, 1987

Ekonomistlerin sağlık sektöründe yaşanan problemlerle yakından ilgilenmeye başlamasıyla sağlık ekonomisi disiplini ortaya çıkmıştır. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların kısıtlı kaynakların artmasıyla birlikte sağlık sektöründe yaşanan verimsizliklerin en aza indirilmesi amacıyla sağlık ekonomistleri bu alanda çalışmalarını yürütmeye başlamışlardır. Sağlık ekonomisinin gelişme nedenleri şu şekilde sıralanabilir(Şantaş, 2017: 86-87). Bunlar ;

1. İnsan istekleri ile karşılaştırıldığında da mevcut kaynaklar kısıtlıdır. Bu gerçek tüm istek ve ihtiyaçları karşılanmayacağına işaret etmektedir.
2. Kaynaklar alternatif kullanım alanlarına sahiptir. Bu durum fırsat maliyeti olarak ifade edilmektedir.
3. Her insan farklı istek ve ihtiyaçlara sahiptir ve her insanın kendi isteği diğerlerinin isteğine göre daha önemlidir.

Sağlık günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ne düzeyde olursa olsun her toplumda önemini giderek arttırmaktadır. Bir toplumda yaşayan insanlar daha sağlıklı yaşam standartlarını daha da yükselterek kaliteli yaşam sürmek istemektedirler. Sağlıklı ve kaliteli bir yaşama giden yolda sağlıklı bireylerden geçmektedir. Sağlığa verilen önem artınca sağlık hizmetlerine talep de artmaktadır. Ancak ekonominin temel problemi olan kısıtlı kaynaklar sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında da önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm ülkeler milli gelirinde sağlık hizmetlerine önemli bir pay ayırmasına rağmen bu yetersiz kalmaktadır. Ekonominin temel problemi olan kısıtlı kaynaklar etkin ve verimli kullanılması büyük önem arz etmektedir. Sağlık alanında meydana gelen teknolojik gelişmeler, ilaç sektöründe üretilen yeni ilaç türleri ve bunların maliyetleri tüm bunlarda meydana gelen gelişmeler kısıtlı kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasında ki zorluğu arttırmaktadır. Bu nokta da sağlık hizmetlerinin tüm bireylere yeterli bir şekilde sunulabilmesi ve finansmanın sağlanabilmesi için bunların ekonomik açıdan değerlendirilmesi gerekir. Ekonomide ki sınırsız

ihtiyaçların ve kıt kaynakların sağlık sektörüne uygulanmasıyla sağlık ekonomisi ortaya çıkmıştır.

Sağlık ekonomisi; sağlık alanındaki yasal düzenlemeler, birey ve toplum sağlığını ilgilendiren düzenlemelerin iktisadi sonuçları, sağlık politikalarının oluşturulması ve sonuçlarının değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin kullanımının sağlanması, sunulan hizmette yaygınlığın ve sürekliliğin oluşturulması, hizmet alanların elde ettiği faydaların artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı, arz ve talebinin; yönetim, organizasyon ve insan gücü boyutuyla yeniden yapılandırılması ve geliştirilmesi faaliyetlerinin tamamını içine almaktadır(Tıraş, 2013: 126). Özetlersek sağlık ekonomisi, sağlık alanında yapılan tüm iktisadi faaliyetleri içermektedir.

2.3.4 Sağlık Ekonomisinin İşleyişi

Ekonomik sistemde arz ve talebin karşılaştığı ortama piyasa denir. Sağlık ekonomisi içerisinde sağlık arz ve talebinin nasıl işleyeceğini gösteren bir sistem vardır. Sağlık ekonomisi sisteminde sağlık hizmetlerinin nasıl üretileceği, sunumun nasıl yapılacağı, finansmanın nasıl sağlanacağı sistem içerisinde belirlenmektedir. Sağlık ekonomisinin sisteminin işleyişini, sistemi oluşturan asli unsurlar olan arz ve talep cepheleri belirleyecektir. Sağlık ekonomisi sisteminde arz ve talep unsurlarının nasıl hangi koşullarda ve nasıl ortaya çıktığını inceleyelim.

2.3.4.1 Sağlık Ekonomisinde Arz

Üreticilerin çeşitli fiyatlardan üretmek veya satmak istedikleri mal ve hizmet miktarına arz denir. Arz şedülüne göre bir malın fiyatı arttıkça arz edilen miktarı artmaktadır(Bilgili, 2012: 105).

Sağlık ekonomisinde mal veya hizmet üretildiği zaman toplumda yaşayan bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Sağlık mal ve hizmetleri arz edilirken diğer mal veya hizmetlerden özellikleri bakımından ayrılmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında arzı oluşturanlar şunlardır; doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, fizyoterapistler, laborantlar, ebe gibi sağlık alanında

eğitimini tamamlamış kişilerden oluşmaktadır. Ekonomide arzı etkileyen birçok faktör bulunduğu gibi sağlık ekonomisi alanında sağlık hizmetleri arzını etkileyen bir çok faktörler bulunmaktadır. Bu faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz;

1. Üretilen mal ve hizmet Fiyatı: Diğer mal veya hizmetlerin fiyatında olduğu gibi sağlık hizmetlerinin üretiminin de fiyat önemli rol oynamaktadır. Ancak sağlık hizmetleri üretimi söz konusu olduğu zaman fiyat üretilmek istenen sağlık hizmetinin miktarını her zaman düşürür veya yükseltir demek doğru değildir. Çünkü sağlık hizmetlerinin tek bir hizmetle veya ürünle ifade edilemez. Sağlık hizmetlerinin aciliyeti, pozitif dışsallık durumu, nerede ve kim tarafından verildiği gibi bazı özellikler üretilmek istenen sağlık hizmetinin miktarı üzerinde farklı etkilerde bulunacaktır(elik, 2016: 77).
2. Sağlık işgücü :Sağlık hizmetlerini sunan personellerin belli bir eğitim almış olmaları gerekir. Sağlık personellerinin eğitimlerini almaları ve kendilerini geliştirmeleri zaman almaktadır. Ekonomi de fiyatlar yükselince arz edenler hemen üretim yapmak isterler ancak sağlık ekonomisinde bu durum geçerli değildir. Nedeni ise; fiyatlar yükselse bile bu işi sunabilecek personel azlığı vardır.
3. Teknoloji: Diğer mal ve hizmetlerin üretiminde teknoloji ne derece önemliyse aynı durum sağlık hizmetleri içinde geçerlidir. Sağlık hizmetlerinde gelişmiş teknolojinin kullanılması, tedavi imkanların daha iyi kullanılması , tedavi sürecinde daha iyi teknolojik araçların kullanılması sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanmasına yardımcı olacaktır.
4. Yatırım: Sağlık hizmetlerinde yapılan yatırımlar yüksek maliyet oluşturur. Yeni binaların yapılması, ileri teknolojide tıbbi cihazların alınması sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların maliyetlerini arttırmaktadır.
5. Kapasite Kullanım Oranı : Fiyatı değişen ve artan sağlık hizmetlerinin miktarının arttırılması belki de kısa vadede kapasite kullanım

oranların artırılmasıyla mümkün olabilir. Ancak sağlık hizmetlerinin yapısal özelliklerinden dolayı da sağlık kurumlarında çok ender durumlar hariç %100 kapasiteyi arttırmak mümkün değildir.(Çelik, 2016: 78).

2.3.4.2 Sağlık Ekonomisinde Talep

Talep , satın alma gücü ile desteklenmiş satın alma isteğini ifade eder(Bilgili,2016:49).Bir malın fiyatı düştükçe satın alınmak istenen miktar artar, malın fiyatı yükseldikçe satın alınmak istenen miktar azalmaktadır. Talebi etkileyen pek çok faktör vardır ama bunlar en önemlisi talep edilen mal ve hizmetlerinin fiyatıdır. Kişilerin taleplerini etkileyen temel unsurlar kısaca şu şekilde sıralayabiliriz(Tıraş, 2013: 138).Bunlar;

- Mal veya hizmetin fiyatı,
- Tüketicinin parasal geliri,
- Tamamlayıcı mal veya hizmetlerin fiyatı,
- Tüketicilerin zevk ve tercihleri,
- Tüketicilerin fiyat ve gelir düzeyine ilişkin beklentileri,
- Alıcıların sayısı

Sağlık ekonomisinde talebi oluşturan taraf ise hastalardır. Sağlık ekonomisinde ki talep genel ekonomiden farklıdır. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunulduğu piyasa diğer piyasalara göre farklılık göstermektedir. Sağlık ekonomisinde talebi etkileyen unsurlar şunlardır;

1. Mal veya hizmete duyulan ihtiyaç: Mal ve hizmetlerin fiyatları değiştiği, fiyatı değişen mal ve hizmetler hayatımızı devam ettirebilmek için zorunlu değilse değişen fiyatlara daha rahat tepki gösteririz. Yada fiyatı yükselen bir mal veya hizmetin ikamesi varsa ihtiyacımızı o mal veya hizmetle de karşılayabiliriz. Ancak sağlık alanında sunulan mal veya hizmetlerin ihtiyacı ortaya çıktığı zaman hemen giderilmesi gereken ve ikamesi olmayan mal ve hizmetlerdir. Sağlık alanında ki mal ve hizmetlere verdiğimiz tepkiler sağlık

hizmetlerinin esneklik katsayısını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri ihtiyacı ortaya çıktığı zaman ne olursa olsun giderilmesi gerektiği için esneklik katsayısı genel olarak katıdır. Örnek verirsek ; Elini kesen bir hastanın kanamasının durması için hemen tedavi edilmesi gerekir. İstisnai olarak belirtmek gerekirse sağlık hizmetlerinin esneklik katsayısının esnek olduğu durumlarda olabilir. Örneğin; estetik ameliyatı olması gereken bir hastanın ameliyatı çok acil olmadığı için ortaya çıkan ihtiyaç bir kaç gün ertelenebilir bu durumda esneklik katsayısı esnek olur .

2. Mal ve hizmetlerin ikamesi: İkame malları , biri diğerinin yerine geçebilen ve kullanılabilen mallar olarak tanımlayabilir. İnsanların ihtiyaçlarından bazılarının ikamesi mümkündür. Ancak sağlık hizmetlerinde ihtiyaçların ikamesi mümkün değildir .Hastalandığımız zaman tedavi olabilmemiz için doktor yerine başka bir meslek dalında ki kişiyi koyamıyoruz çünkü tedaviyi yapacak kişinin ikamesi yoktur. Ancak yine sağlık hizmeti türünün ne olduğu konusunda spesifik olmak gerekecektir. Eğer bu açıdan bakılırsa aynı sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamaya yönelik birbirinin alternatifi olan tedavi yöntemlerinin olduğu görülecektir. Örneğin prostat kanseri , lazer tedavi yöntemiyle de ya da açık cerrahi girişimle de tedavi edilebilir. Ama lazerli yöntem pahalıdır. Ya da aşılama hizmetleri doktorlar tarafından hastanede yapılabilir , hemşireler tarafından sağlık ocağında da (Çelik, 2016: 120).
3. Gelir Düzeyi: Bireylerin gelir düzeyleri mal ve hizmetten ne kadar faydalanacaklarını gösterir. Çünkü bireyler tüketim harcamalarını gelir düzeyine göre yaparlar. Eğer bireylerin gelir düzeyinde bir artma olursa talep eğrisi sağa doğru hareket edecek olup azalma olması durumunda ise solan doğru kayacaktır. Gelir arttıkça tüketilmek istenen sağlık hizmeti miktarı artmaktadır. Burada yine spesifik olmak sağlık hizmetleri için son derece önemlidir. Örneğin durduk yerde insanlar gelirim arttı diye , hastane hizmetlerini kullanıp ameliyat olmak istemezler. Ama ertelenmiş ve kişisel sağlık ihtiyaçlarını gidermeye

yönelik estetik ameliyatlara gibi bazı sağlık hizmetlerinin kullanımı artabilir(Çelik, 2016: 122).

4. İkame ve tamamlayıcı malların fiyatı: Talep ettiğimiz mal ve hizmetlerin miktarı ikame ve tamamlayıcı malların fiyatlarından da etkilenmektedir. Etkilenme durumunun malın ikame yada tamamlayıcı mal olması durumuna göre farklılık gösterecektir. Eğer mal , ikame mallar ise yani biri diğerini yerine kullanılabilen mallar ise herhangi bir üretilen bir mal ve hizmetin fiyatında ki artış ikamesi olabilen diğer malın tüketiminde ki artışa neden olacaktır. Tamamlayıcı mallar ise , tüketimi sırasında birlikte kullanılabilen mallardır. Sağlık hizmetlerinin ikamesi yada tamamlayıcısı yoktur ama ikame olarak örnek gösterebileceğimiz bir durumu verirsek; bir doktorun hastane de muayene etmesi ile sağlık ocağında muayene etmesini gösterebilir.
5. Malın Fiyatı ve Sağlık Sigortası: Almak istediğimiz sağlık hizmetinin fiyatı bizi ilgilendirmektedir. Sağlık hizmeti ihtiyacımızın şiddeti her zaman aynı değildir. Örneğin bazen almak istediğimiz hizmet bir estetik ameliyatı olabilirken, bazen de bir trafik kazası ameliyatı olabilir. İlk örneğimizde ki estetik ameliyatını kısa süre erteleyebiliyorken, ikinci örneğimiz trafik kazası ameliyatını erteleme gibi bir şansımız bulunmamaktadır. Çünkü sağlık hizmeti ihtiyacımız genel olarak ortaya çıktığı zaman fiyatı ne olursa olsun alınması gereken bir hizmettir. Bu yönüyle sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır. Ayrıca sağlık hizmetinin fiyatı içine sadece kullanım sırasında ödediğimiz ücret değil, ayrıca ulaşım masrafları ve bekleme masrafları dahil edilmelidir(Çelik, 2016: 122).Sağlık hizmetlerinin öngörülebilir olmaması nedeniyle sağlık ihtiyacı ortaya çıktığı zaman bireylerin oluşan maliyet nedeniyle hizmetten kaçınmalarını önlemek amacıyla sağlık sigorta kuruluşları ön plana çıkmaktadır. Sigortalı olma durumunda bireyler sağlık hizmetini daha uygun fiyata alabileceklerdir. Sigortalı olma sağlık hizmetlerinin fiyatını , sağlık hizmetini kullanan kişi için oldukça düşürecektir. Eğer sigorta şirketi ,ihtiyaç anında kullanılan sağlık hizmetlerinin tamamının maliyetini

karşılıyorsa bu durumda sağlık hizmetleri , kullanıcı için bedava olacak ve kullanıcı tükettiği sağlık hizmeti miktarını azaltmak için çaba sarf etmeyecektir(Çelik, 2016: 123).Bireyler sağlık hizmetlerini aldıkları zaman sigorta şirketlerinin sunmuş olduğu ücret avantajından dolayı sağlık alanında ki tüm hizmetlerden kaçınmadan faydalanmak isteyeceklerdir. Bu durumda yükselen fiyatlar, tüketilen miktarı azaltmayacak ve talep esnekliği katsayısı tam katı olacaktır. Sigortanın sağlık hizmetleri üzerinde iki önemli etkisi vardır; Talebi arttırır ve talep esnekliğini azaltır(Çelik, 2016: 123).

6. Kişisel özellikler: Sağlık hizmetleri talebini yakından etkileyen kişisel özelliklere ırk , yaş , cinsiyet ve eğitim düzeyi örnek olarak verilebilir. Örneğin ilerleyen yaşlarda daha fazla hastalık durumu ortaya çıkacağından dolayı insanlar daha fazla sağlık hizmeti kullanmak isteyeceklerdir(Çelik, 2016: 124).
7. Sağlık Statüsü: Bireyin statüsünün kötü ya da iyi olması bireyi sağlık hizmeti aramaya ve kullanmaya yönelten en önemli sebeptir. Eğer kişinin sağlık statüsü bozulmuşsa kullanmak istediği sağlık hizmeti miktarı artacaktır(Çelik, 2016: 125).
8. Hekimin hizmet sunumu: Sağlık hizmetlerinin sunulmasında hekimlerin payı büyük bir öneme sahiptir. Çünkü hastaların tedavi edilmesinde en uygun tedavi yöntemini belirler ve uygularsa kaynak kullanımını azaltacaktır. Eğer hekim kendi çıkarlarını ön plana koyar ise arz-talep kaynakları sorun ortaya çıkacaktır ve bu durumda da hastanın hizmet maliyetlerinde artış meydana gelecektir.

2.4 Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları genellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına yapılan harcamaları kapsamaktadır. Sağlık harcamalarının artması bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu etkilemektedir. Ayrıca sağlık sektörüne yapılan fiziki yatırımlar (makine teçhizat gibi) teknolojik ilerlemeyi desteklemekte, teknolojik ilerlemeler de büyümeyi uyarmakta, büyüme de sağlık harcamalarının tekrar artmasına yol açmaktadır(Akar, 2014: 311). Sağlık harcamaları yalnızca hastalıkların

tedavisi için yapılan harcamaları değil hastalıkların önlenmesi için yapılan harcamaları ve sağlığın geliştirilmesi için gerçekleştirilen yatırımları da kapsamaktadır (Loş, 2016: 68). Ülkelerin sağlık alanında yaptıkları harcamalar kalkınmasında önemli bir rol oynamaktadır. Her yıl sağlık harcamaları büyüme ve nüfus nedeniyle artmaktadır(Mendelson ve Schwartz, 1993: 119).Sağlık harcamaları yapıldığı zaman hem bugün için sağlık sorunlarına çözüm bulurken hem de gelecekte ortaya çıkabilecek bir sağlık sorununun önüne geçmiş olur. Bir ülkede sağlık harcamalarının ne düzeyde yapılacağı o ülkenin gelişmişlik düzeyiyle yakından ilgilidir. İnsanların sağlık alanında yaptığı harcamalar gelir düzeyiyle yakından ilgilidir. Çünkü sağlık ihtiyacı ortaya çıktığı zaman giderilmesi gereken zorunlu bir ihtiyaçtır. İnsanlar sağlık harcamaları yaparken bazı şeylerden fedakarlık yapması gerekir ve insanlar sağlık harcamalarını karşılayabilmek için gereken kaynakları yaratmaya çalışır. Sağlık harcamalarını karşılamak için kredi kullanılması ,varlıkların satılması ya da sağlık harcamaları nedeniyle hanelerin gıda tüketiminden fedakarlık ettiği durumlarda söz konusu olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bu tür durumları “sağlık harcamalarının yarattığı finansal katastrofi” olarak adlandırmaktadır(TÜİK, 2015: 1).Sağlık harcamaları yapılırken temel sorun yapılan harcamanın içeriğinin neleri kapsayacağıdır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri için yapılan harcamalara ek olarak tıbbi güzellik ve bakım, zayıflama, saç ektirme gibi hizmetler için yapılan harcamaların da sağlık harcaması kapsamında değerlendirilip değerlendirilemeyeceği tartışma konusudur(Loş, 2016: 69).

2.4.1 Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri

Sağlık harcamalarının yapılmasıyla insanın yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır . Ekonomik büyüme ve ülkenin kalkınmasında önemli olan sağlık ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Sağlık harcamalarının son yıllarda toplam gelir ve toplam harcama içerisindeki payının arttığı görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki bu artış nedenlerinin çeşitli etkileri bulunmaktadır (Öztürk ve Uçan, 2017 :145).Bunlar;

1. Sağlık sektörünün emek yoğun bir sektör olması,
2. Arzın talep yaratması,

3. Gelirdeki artışla birlikte sağlık harcamaları talebinin artması,
4. Kronik hastalıkların ve yetersizliklerin ortalama yaşam süresinin yükselmesiyle birlikte artması,
5. İnsanlarda sağlık bilincinin gelişmesi,
6. Maliyetlerin asimetrik bilgiden dolayı artması,
7. Sağlık sektöründe yüksek sermayeli ileri teknolojinin kullanılması,

Sağlık harcamalarında ki artış nedenleri, genelde olumlu olarak kabul edilen gelişmelere bağlanmıştır. Özellikle erişimin artması ile birlikte sosyal adaletin sağlanması, daha fazla bireyin bu hizmetlerden faydalanması ve tüketiminin artması, sağlıklı bir nüfus için gerekli harcamaların yapılması bakımından son derece önemlidir (Yereli vd., 2011: 6).

2.4.2 Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Toplumda yaşayan insanların sağlıklı bir şekilde hayatlarını devam ettirebilmeleri için insanların yaşam standartlarını arttırılabilmesi için yapılan harcamalara sağlık harcama denilmektedir. Sağlık harcamaları sağlık ekonomisi başlığı altında önemli bir paya sahiptir. Son yıllarda sağlık harcamaları üzerinde ülkeler çok fazla yoğunlaşmaktadır. Çünkü modern teknolojinin kullanılmaya başlanması ce vatandaşların da daha da bilinçli hele gelmesi sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Ülkelerin sağlık harcamalarına pay ayırmalarında sağlık politikaları ve ekonomik yapıları önemlidir.

Türkiye’de sağlığa ayrılan kaynakların etkin, verimli ve hakkaniyete uygun olarak kullanmak, sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak ve artan sağlık harcamalarını kontrol altına almak amacıyla 1990 yılında başlatılan sağlıkta reform çalışmaları başlatılmıştır. Sağlıkta reform çalışmaları 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı ile desteklenmiştir. Sağlıkta dönüşüm programının önemli amaçlarından birisi de artan sağlık harcamalarının kontrol altına alınmaya çalışılmasıdır. Türkiye sağlık harcamalarının raporlanmasında 2001 yılından itibaren TÜİK verileri toplamaktadır. Sağlık Harcamalarının izlenebilmesi için 2009 yılında Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu (SHİKD) kurulmuştur(Ağır ve Tıraş, 2018: 647-649).

Tablo 1. Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler

	2016	2017
Toplam Sağlık Harcaması	119.756	140.647
Milyon Türk Lirası (TL)	39.608	38.551
Milyon ABD Doları ()		
Kişi Başı Sağlık Harcaması		
Türk Lirası (TL)	1.511	1.751
ABD Doları	500	480
Toplam sağlık harcamasının gayrisafi yurtiçi hasılaya oranı (%)	4.6	4.5
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	78.5	78.0
Hane halkı sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı	16.3	17.1

Kaynak: TÜİK , 2018

Tablo 1. de TÜİK' dan alınan sağlık harcamalarına ilişkin göstergelerini 2016 ve 2017 yıllarını kıyaslayarak incelediğimiz zaman 2016 yılında 119 milyar 756 milyon TL olan toplam sağlık harcaması 2017 yılında 140 milyar 647 milyon TL' ye çıkmıştır. Kişi başı sağlık harcamasına baktığımız zaman ise 2016 yılında 1.511 TL iken 2017 yılında 1.751 TL olarak gerçekleşmiştir.



Tablo 2. Türkiye'nin 1999-2017 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Harcamaları

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Toplam Harcamasının GSYH'ye oranı(%)
1999	4.985	4.7
2000	8.248	4.8
2001	12.396	5.1
2002	18.774	5.2
2003	24.279	5.2
2004	30.021	5.2
2005	35.359	5.2
2006	44.069	5.6
2007	50.904	5.8
2008	57.740	5.8
2009	57.911	5.8
2010	61.678	5.3
2011	68.607	4.9
2012	74.189	4.7
2013	84.390	4.7
2014	94.750	4.6
2015	104.568	4.5
2016	119.756	4.6
2017	140.647	4.5

Kaynak:TÜİK,2018

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2018 yılında yayınladığı habere bültenin de 1999-2017 yılları arasında toplam sağlık harcamasının GSYH'ye oranını veren veriler yayınlanmıştır. Sağlık harcaması 2017 yılında 140 milyar 647 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamaları, 2017 yılında %17,4 oranın da artarak, 140 milyar 647 milyon TL' ye ulaştı. Cari sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2016 yılında %94 iken, 2017 yılında %93,1 oldu. Toplam sağlık harcamasının GSYH'ye oranı, 2017 yılında %4,5 oldu. Genel devlet sağlık harcamasının GSYH' ya oranı ise, %3,5 olarak gerçekleşti (TÜİK, 2018).Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde ki etkisi genellikle pozitif olarak kabul edilir. Bu pozitif etkinin çeşitli nedenleri bulunmaktadır (Akar, 2014: 313).Bunlar;

1. Sağlıklı bireyler (çalışanlar) daha verimlidir.

2. Sağlıklı bireyler beşeri sermayeyi pozitif etkiler.
3. Ortalama yaşam süresinin fazla olması, fiziksel yatırımların artmasını teşvik etmektedir. Bununla birlikte artan sağlık harcamaları, ortalama yaşam süresinin fazla olmasını desteklemekte ve bu durumda uzun dönem büyümeyi arttırmaktadır.

Literatürü incelediğimiz zaman sağlık harcamaları ve ekonomik büyümeyi analiz eden ve ikisi arasındaki pozitif yönde ilişki olduğunu öne süren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalara örnek olarak ;

- Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), OECD ülkelerini ele almış olduğu çalışmalarında , sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında ki ilişkiyi pozitif yönde bir ilişki olarak bulmuştur. Buna benzer ilk çalışma Hansen ve King (1996), OECD üyesi ülkelerin ve sağlık harcamaları ve GSYİH değişkenlerinin birim kök analizini yapmışlar ve çalışmalarında bu serilerin durağan olmadığı sonucuna varmışlardır. Hansen ve King sağlık harcamalarında GSYİH' nın önemine vurgu yapmışlardır.

-New house (1977), ulusal düzeyde GSYİH' nın tıbbi bakım harcamalarına olumlu bir etki sağladığını o ileri sürmektedir.

- Groosman (1972), yapmış olduğu çalışmaya göre , sağlık hizmetini sabit sermaye stoku olarak ifade etmiş ve sağlık hizmetinin çıktısının da ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkileyeceğini belirtmiştir.

Tablo 2 den anlaşılacağı üzere toplam sağlık harcamasını gayri safi yurtiçi hasılaya oranı neredeyse her yıl ya artış göstermiş yada aynı değerlerde kalmıştır. Bir çalışma yapıldığı zaman sadece üzerinde çalışılan ülkenin verilerinin kullanılması etkinliğin sağlanabilmesi için eksik bilgi arz edebilir. Yapılan çalışmada verilerin güncel olması ve diğer ülkelerle elde edilen verilerin karşılaştırılması daha verimli sonuç almak için önemlidir. Aşağıda ki tabloda OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamasının GSYH' ya oranı gösterilmeye çalışılmış ve tabloda ki verilerle bir karşılaştırma yapılmıştır.

Tablo 3. OECD Ülkeleri Arasında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH 'ye Oranı (2005-2017)

ÜLKELER	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Avusturalya	8.0	8.0	8.1	8.3	8.6	8.4	8.6	8.7	8.8	9.1	9.3	9.3	9.1
Avusturya	9.6	9.5	9.5	9.7	10.2	10.2	10.0	10.2	10.3	10.4	10.3	10.4	10.2
Belçika	9.0	8.9	8.9	9.3	10.0	9.8	10.0	10.1	10.3	10.3	10.1	10.0	10.0
Kanada	9.1	9.2	9.3	9.5	10.6	10.6	10.2	10.2	10.1	10.0	10.4	10.5	10.4
Şili	6.6	6.0	6.2	6.7	7.2	6.8	6.8	7.0	7.4	7.6	8.0	8.2	8.1
Çek Cumhuriyeti	6.4	6.2	6.0	6.4	7.3	6.9	7.0	7.0	7.8	7.7	7.1	7.1	7.1
Danimarka	9.1	9.2	9.3	9.5	10.7	10.3	10.2	10.2	10.2	10.2	10.3	10.4	10.2
Estonya	5.0	4.9	5.0	5.8	6.5	6.3	5.8	5.8	6.0	6.2	6.5	6.7	6.7
Finlandiya	8.0	8.0	7.8	8.1	8.9	8.9	8.9	9.3	9.5	9.5	9.7	9.5	9.2
Fransa	10.2	10.3	10.3	10.5	11.2	11.2	11.2	11.3	11.4	11.6	11.5	11.5	11.5
Almanya	10.2	10.1	10.0	10.2	11.1	11.0	10.7	10.8	10.9	11.0	11.1	11.1	11.3
Yunanistan	9.0	9.0	9.1	9.4	9.5	9.6	9.1	8.9	8.4	8.0	8.2	8.5	8.4
Macaristan	8.0	7.8	7.2	7.1	7.2	7.5	7.5	7.5	7.3	7.1	7.1	7.4	7.2
İzlanda	9.2	8.9	8.7	8.7	9.0	8.8	8.5	8.5	8.3	8.3	8.3	8.3	8.5
İrlanda	7.6	7.5	7.8	9.1	10.5	10.5	10.7	10.8	10.3	9.7	7.4	7.4	7.1
İsrail	7.1	6.9	6.9	7.0	7.1	7.1	7.0	7.1	7.1	7.2	7.4	7.3	7.4
İtalya	8.4	8.5	8.2	8.6	9.0	9.0	8.8	9.0	9.0	9.0	9.0	8.9	8.9
Japonya	7.8	7.8	7.9	8.2	9.1	9.2	10.6	10.8	10.8	10.8	10.9	10.8	10.7
Kore	4.9	5.2	5.2	5.7	6.1	6.2	6.3	6.4	6.6	6.8	7.0	7.3	7.6
Letonya	5.9	5.7	5.5	5.6	6.2	6.1	5.6	5.4	5.4	5.5	5.7	6.3	6.3
Litvanya	5.6	5.8	5.6	6.3	7.4	6.8	6.5	6.3	6.1	6.2	6.5	6.7	6.3
Lüksemburg	7.2	6.7	6.2	6.5	7.3	7.0	6.1	6.6	6.6	6.4	6.2	6.2	6.1
Meksika	5.8	5.7	5.8	5.7	6.1	6.0	5.7	5.8	5.9	5.6	5.8	5.5	5.4
Hollanda	9.3	9.2	9.2	9.5	10.2	10.4	10.5	10.9	10.9	10.9	10.4	10.4	10.1
Yeni Zelanda	8.3	8.6	8.3	9.1	9.6	9.6	9.5	9.7	9.4	9.4	9.3	9.2	9.0
Norveç	8.3	7.9	8.0	8.0	9.1	8.9	8.8	8.8	8.9	9.3	10.1	10.5	10.4
Polonya	5.8	5.8	5.9	6.4	6.6	6.4	6.2	6.2	6.4	6.2	6.3	6.5	6.7
Portekiz	9.4	9.1	9.1	9.4	9.9	9.8	9.5	9.3	9.1	9.0	9.0	9.1	9.0
Slovak Cumhuriyeti	6.6	6.9	7.2	7.0	8.0	7.8	7.4	7.6	7.5	6.9	6.9	7.1	7.1
Slovenya	8.0	7.8	7.5	7.8	8.6	8.6	8.6	8.8	8.8	8.5	8.5	8.5	8.0

İspanya	7.7	7.8	7.8	8.3	9.0	9.0	9.1	9.1	9.0	9.0	9.1	9.0	8.8
İsveç	8.3	8.2	8.1	8.3	8.9	8.5	10.7	10.9	11.1	11.1	11.0	10.9	10.9
İsviçre	10.8	10.2	10.0	10.2	10.8	10.7	10.8	11.1	11.3	11.5	11.9	12.2	12.3
Türkiye	4.9	5.2	5.3	5.3	5.5	5.1	4.7	4.5	4.4	4.3	4.1	4.3	4.2
Birleşik Krallık	7.2	7.3	7.4	7.7	8.5	8.5	8.4	8.3	9.8	9.7	9.8	9.8	9.6
ABD	14.5	14.7	14.9	15.3	16.3	16.4	16.4	16.4	16.3	16.5	16.8	17.1	17.2

Kaynak : OECD , 2017.

Tablo 3' de 2005-2017 yılları arasında OECD ülkeleri ile ilgili toplam sağlık harcamasının GSYİH' ya oranları verilmiştir. OECD' ye üye ülkeler arasında toplam sağlık harcamasının GSYH 'ya oranına baktığımız zaman 2017 yılı itibariyle ABD milli gelirinin 17.2'sini Türkiye ise 4.2'sini sağlık harcamasına ayırmıştır. Türkiye OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığı zaman 2010 yılına kadar küçük artışlar şeklinde devam etmiştir ancak 2011 yılından sonra sürekli bir düşüş meydana gelmeye başlamıştır ve 2005 yılında gerçekleşen değerden daha düşük bir değer elde etmiştir.

2.5. Sağlık Ekonomisi Finansmanı

2.5.1. Sağlık Finansmanı Kavramı

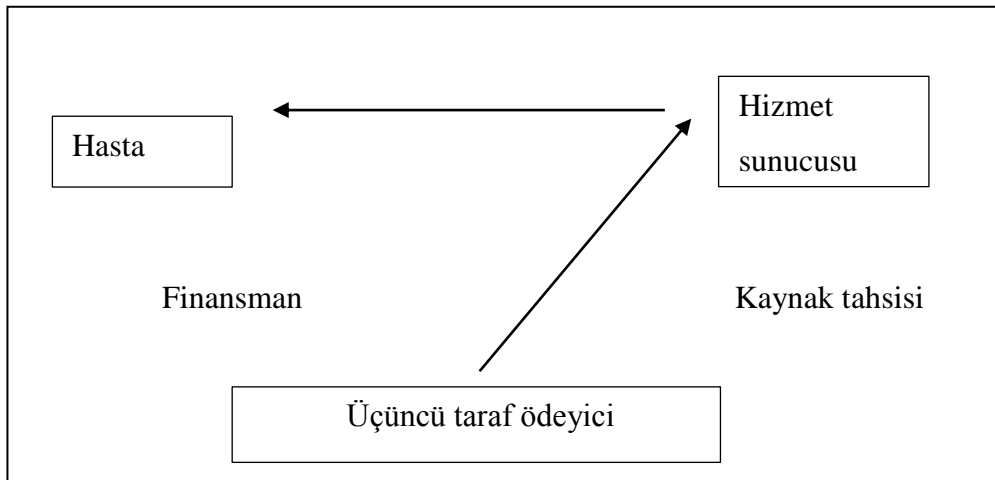
Gelişmekte olan sağlık sektörü, sağlık hizmetlerinde sunulmasında rol oynayan kuruluşların sayısının artması, nüfus artışı gibi nedenler sağlık sektörüne ayrılan kaynakların ihtiyacını her geçen gün arttırmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talebin karşılanması ve verimli bir sağlık hizmeti sunabilmek için sağlık kuruluşlarının personel sayısını arttırmaları ve son teknolojileri kullanabilmek için sağlık giderlerini arttırmaktadırlar. Sağlık hizmetleri finansmanı sağlık hizmetleri sağlayan kurumların kaynaklarını hastalara sunması ve hastaların yada sağlık finansmanı yapan kuruluşların bu hizmet karşılığında ödeme şeklinde tanımlanabilir (Gökalp, 2015: 139). Yani sağlık finansmanı kısaca, sağlık sektörün de finansal kaynakların nasıl kullanılması gerektiğini inceleyen bir olgudur. Her ülkenin sağlık finansmanı konusu da ki amacı ülkede ki bireylerin sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları sırada sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde ulaşabilmek ve bireyleri

sağlık hizmetlerinde ulaştıkları zaman da oluşabilecek katastrofik harcamalardan korumaktır.

WHO(Dünya Sağlık Örgütü) göre sağlık finansmanı; finansal sağlık sigortasının temelini oluşturmaktadır. WHO sağlık finansmanı ile ilgili bazı noktalara değinmiştir(WHO, 2019).Bunlar;

- Sağlık alanında kullanılacak fonların artırımı,
- Sağlık için cepten yapılan ödemeler hane halkının felaket harcamalara sebep olabileceği için sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıkmadan önce bir fon havuzu oluşturmaları ve finansal birikintilerin oluşmasıyla finansal sorunların azalacağını ,
- Toplanan fonların verimli ve hakkaniyetli bir şekilde kullanmak ,

Sağlık hizmetlerin de, sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman ortaya çıkacağı belli olmamasından dolayı belirsizlik mevcuttur. Modern sağlık sistemlerinde, bu belirsizlikten dolayı, sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanabilmesi için hizmet sunucusu ile hizmeti alan arasında alan arasında doğrudan finansal sürecin gerçekleşmesi yerine bu iki taraf arasında ilişkinin sağlanmasına kaynaklık eden üçüncü taraf ödeyicinin bulunması gerektiği bir model benimsenmiştir. Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin çok yüksek olması durumunda bireylerin ödeme güçlerini zorlayacaktır. Böyle bir durumda üçüncü tarafın müdahalesi olmadığı zaman birey sağlık hizmeti ihtiyacının ya yarısını alacaktır yada sağlık hizmetinde faydalanamayacaktır. Sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan ile hizmeti alan arasında ki finansman sürecinde üçüncü taraf ödeyicinin aldığı rolü aşağıdaki şekil 6 ile



açıklayalım.

Şekil 6.

Hizmet sunumu

Kaynak: Tatar, 2011: 106

Şekil 6'da görüldüğü üzere, sağlık hizmetlerinin finansmanı esnasında , hizmet sunucuları, kendilerine başvuran bireylerin sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik hizmetleri sunarlar ve hastalar ya da ülkenin benimsediği finansman modeline göre üçüncü taraf ödeyici hizmetin karşılığını hizmet sunana aktarır(Tatar, 2011: 105).Sağlık hizmeti maliyeti bireyin katlanabileceği durumda olduğu zaman sağlık finansman süreci hizmet sunucu ve hizmeti alan arasında doğrudan gerçekleşebilir.

2.5.2 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modellerinin Belirlenmesi

Sağlık hizmetleri finansmanı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bir ülkede sağlık hizmetlerinin finansman modelinin belirlenmesi sürecinde birden çok farklı kriterlerin göz önünde bulundurulması gerekir. Bu süreçte dikkate alınması gereken temel kriterler vardır.(Tatar, 2011: 106) Bunlar;

1.Ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi: Bir ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin en temel göstergelerinden biri kişi başına düşen milli gelirdir. Ayrıca ülkenin var olan kaynaklarını da kullanabilmesi önemli bir etkidir. Çünkü gelir düzeyi ile sağlık hizmetlerini kullanma arasında sıkı bir ilişki vardır. Bu yüzden seçilecek olan finansman modelinin ülkenin ekonomik performansı ile uyumlu olması gerekir.

2.Mali kapasite: Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyiyle yakından ilgilidir ve hedeflenen sağlık harcaması düzeyine ulaşabilmede kaynakları harekete geçirebilme açısından finansman stratejisinin belirlenmesinde önemlidir.

3.Uygulanabilirlik: Sağlık hizmetleri finansmanında seçilen modelin uygulanabilirliği son derece önemlidir. Uygulanabilirlik noktasında iki önemli faktör

dikkat çekmektedir. Bunlar ; Kaynakların yaratılması ve yaratılan kaynakların harcanmasıdır.

4.Verimlilik: Ülkeler hangi finansman modelini tercih ederse etsin tercih edilen her modelin kendine ha olan yönetsel maliyeti bulunacaktır. Tercih edilen modelin yönetim maliyetleri, elde edilen gelirler içinde önemli bir yere sahipse bu durumda modelin verimlilik açısından incelenmesi gereklidir.

5.Hakkaniyet: Sağlık hizmetlerinin finansmanına karar verilirken dikkat çeken önemli bir noktada hakkaniyettir. Ödeme yükünün toplumun ağırlıklı olarak hangi kesimine yükleneceği konusunda dikkatli olunmalıdır. Çünkü seçilen modelin özelliği gelir düzeyi düşük veya sağlık düzeyi daha kötü olan bireyleri olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir.

6. Talep ve Tüketici Davranışı: Sağlık hizmetlerinin finansmanında tercih edilen, kullanılan hizmetin türü ve düzeyini ciddi ölçüde etkileyebilir. Bazı yöntemler hizmet sunucularını daha çok hizmet vermesine neden olurken bazıları da kişilerin gereksiz sağlık hizmeti talep etmesine neden olabilir. Örneğin ; sigorta, özel ya da kamu kaynaklı olsun, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımını artıran bir finansman yöntemidir. Dolayısıyla hem sosyal hem de özel sağlık sigortası sistemlerinde gereksiz kullanımı önlemek amacıyla çeşitli düzeylerde kullanıcı katkılarının kullanımı söz konusudur.

7. Arz/Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışı: Seçilen finansman yöntemi sağlık hizmetini sunan kişi ya da kurumların davranışını doğrudan etkileyebilir. Özellikle, finansman modeli içinde belirlenen ve hizmet sunucusuna hangi hizmetler için ne kadar ödeme yapılacağını ortaya koyan geri ödeme yöntemleri hizmet sunucusunu daha az fazla hizmet sunmaya yönlendirebilir.

Maddeler halinde kısaca değindiğimiz sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinin belirlenmesinde temel bazı kriterler bulunmaktadır. Finansmanın sunulmasında hangi model uygulanırsa uygulansın bu kriterler her modeller için farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Seçilen her modelin kendi için de avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır.

2.5.3 Sağlık Sistemleri Finansman Modelleri

Sağlık sistemlerinin finansman modellerin bulunmaktadır Bunlar; Beveridge modeli, Bismarck Modeli, Özel sigorta şeklinde üçe ayrılmaktadır. Aşağıda tablo şeklinde gösterdikten sonra kısaca açıklayalım.



Tablo 4. Sağlık Sistemleri Modelleri

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti Örnek: Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası Örnek: Almanya	Birleşik Amerika
Karar verme mekanizması	Hükümet tarafından karar verme ve idare	İdare ve karar alma doktor örgütleri ve hastalık fonları	Özel Girişimcilik Kuramları
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel Finansman (risk odaklı ücretler)
Sağlık hizmetleri sunucuları	Kamu	Kamu veya Özel	Özel

Kaynak: Wild ve Gibis , 2003: 189

Sağlık hizmetleri hasta, hizmet sunucu ve üçüncü taraf ödeyici üçgeninde şekillenmektedir. Dünyadaki uygulamalar bakıldığı zaman hemen her ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında hem vergiler, hem sosyal sigorta primleri ile hane halklarının cepten yaptığı ödemeler ve özel sağlık sigortasının aynı anda mevcut olabildiği görülmektedir. Bu yüzden ülkeler sağlık finansman modelleri açısından gruplandırılırken sistemde ağırlıklı olan finansman şekline göre isimlendirilmektedir. Aşağıda ülkeler ekseninde finansman yöntemleri ve sağlık hizmetleri sunumunu dikkate alarak sınıflandırma yapılmıştır (Dürrü, 2012: 38).

1.Beveridge Modeli Finansman (Ulusal Sağlık Hizmeti, İngiltere)

II. Dünya Savaşı sonrasında İngiltere'nin ulusal sağlık sistemini William Beveridge tasarlamıştır. Ulusal sağlık sistemi (National Health Service: NHS) tüm vatandaşlara sağlık hizmeti sağlamak amacıyla 5 temmuz 1948 yılında kurulmuştur(Sargutan, 529). Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vergiye bağlı olarak finanse edildiği ve halka sunulduğu bir sağlık sistemidir. Bu anlamda sağlık hizmetleri ulusal güvenlik, yol, köprü, ışıklandırma gibi sıradan bir kamu malı olarak

görülmüştür. Sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle en çok başvurulan sağlık finansman yöntemidir. Bu sistemin kurucusu olan İngiltere’de birçok hastane ve klinik devlete aittir, devlete bağlı doktorlar kadar özel doktorlar da ücretlerini devletten almaktadırlar. Devlet doktorların ne yapacağını ve ne kadar ücret alacağını belirleyebildiği için bu sistemi kullanan ülkelerin çoğunda kişi başı sağlık harcamaları düşük olabilmektedir. Bu sistemi kullanan ülkeler Birleşik Krallık, İspanya, çoğu İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda’dır(Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106-107).

Beveridge modelinde sosyal güvenlik sistemin ana ilkeleri şu başlıklar altında toplanmıştır (Özmen, 2017: 603).

1. Genellik ve Sigorta Yardımlarında Teklik İlkesi: Sadece işçiler değil aynı zamanda mesleki icraatleri ne olursa olsun, toplumun bir bireyi olduğundan ötürü tüm İngiliz halkının sosyal güvenlik kapsamına alınmalıdır.

2. Yönetimde Birlik İlkesi: Ayrı ayrı bulunan bütün sosyal sigorta kurumlarını entegre etmeyi hedefleyen bir ilkedir.

3. Primlerde Teklik ve Vergilerle Katkı Sağlama İlkesi: Raporda devletle birlikte vatandaşlarında sosyal güvenliğin finansmanına katkıda bulunması gerektiği ifade edilmiştir. Yani kişisel sorumluluk benimsemişti.

4. Sosyal Güvenlik Sisteminin “tam istihdam” ve “ulusal sağlık” Politikalarıyla Desteklenmesi: Rapora göre, sigorta yardımlarının dağıtımıyla ilgili olan kamu hizmeti, daha genel bir sistemin sadece belirli bir kısmını oluşturur. Bu noktada verimliliğin sağlanabilmesi için öteki politikalarla desteklenmesi gereklidir. Ekonomik planda tam istihdam politikası ulusal sağlık hizmeti biçiminde somutlaştırılabilecek genel bir sağlık politikası, sosyal güvenlik istemini tamamlayan politikalar olmalıdır. Ulusal sağlık hizmetinin finansmanı vergilerle sağlanmalı ve tüm halk tıbbi yardımlardan ücretsiz olarak yararlandırılmalıdır.

2.Bismarck Modeli Finansman (Sosyal Sağlık Sigortası, Almanya)

Bismarck model ismini, 19. yüzyılda Alman Birliğinin bir parçası olarak refah devletini icat eden Prusya Başbakanı Bismarck' tan almaktadır. Avrupai mirasa rağmen bu sağlık hizmet sistemi, Amerikan sistemlerine benzemektedir. Sigortalıların hastalık sandığı dediği bir sigorta sistemini kullanan bu modeli uygulayan ülkelerde doktorlar ve hastaneler özel olma eğilimindedir; bu çok ödeyicili (Almanya'da 240 kadar farklı fon bulunmakta) bir sistem ise de, konulan katkı kuralları hükümete, tek-ödeyicili Beveridge modelinden daha fazla maliyet kontrolü olanağı sağlamaktadır(Er, 2011: 41).

Sosyal sigorta tekniği, bir sosyal güvenlik tekniği olarak öncelikle sanayileşme süreci içerisinde işçi kesiminin korunmasını sağlamak amacıyla bulunmuştur. Sosyal sigorta sistemi 1883-1889 yılları arasında ilk olarak Bismarck'ın başbakanlığındaki Alman imparatorluğu hükümeti tarafından kurulmuştur. Bismarck'ın sosyal güvenlik politikası kurmasındaki amaç, gelişen sosyalist akımlara karşı, bir yandan geleneksel yöntemlerle mücadele etmek ve öbür taraftan da sosyal politika alanında reform hareketlerine girilerek, sosyalistlerin etkisini kırmak olmuştur. Sistem başlangıçta belirli bir miktar ücretin altında kalan sanayi işçilerini kapsamış, sonradan diğer ücretlilere doğru genişletilmiştir. Sistem tamamen özel sigorta ilkesini benimsemiş olmakla beraber, sisteme girmeyi zorunlu görmüştür. 1883 tarihli hastalık sigortası, 1884 yılında kabul edilen, iş kazası sigortası ve 1889 tarihli sakatlık ve yaşlılık sigortaları kabul edilmiştir(Özmen, 2017: 602-603).

Kısaca, Almanya' da yaygın olan bu sistemde devlet sağlık hizmetlerinde önemli bir paya sahiptir. Almanya'da yaygın olan bu sistem de zorunlu olarak düşük gelirliler ve tarımda kendi adına çalışanların katılımı zaruri olmuştur Burada ki amaç toplumun hepsinin eşit şekilde yararlanmasını sağlamaktır . Geliri yüksek olanlar için ise katılma gibi zorunluluk konulmamıştır.

3.Özel Sigorta Modeli Finansman (Amerika Birleşik Devletleri)

Amerika birleşik devletleri sağlık hizmetleri alanında kamu düzenlemesi en az etkin olduğu ülkedir. Özel sigortalar, ABD' de sağlık sisteminin bel kemiğidir.

ABD’de bireylerin herhangi bir sağlık sigortası olma zorunluluğu yoktur. Buna karşın, sağlık harcamaları için gayri safi milli hasıladan en çok pay ayıran ülkedir. ABD’de "Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı" sağlık işlerinden sorumlu birimdir(Dürrü, 2012: 43). Amerika Birleşik Devletleri’nin genel sağlık sistemi, dört ana sağlık sistem modelinin her birinden esinlenerek oluşturulmuştur. Gaziler ve çocukların sağlık hizmeti alması bakımından model Beveridge modeline, yaşlılara hizmet sunuma bakımından ulusal sağlık sigortası modeline, çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri bakımında ise Bismarck modeline benzemektedir. Son yıllarda yapılan değişiklikten önce nüfusun %15’inden fazlasının sağlık sigortası olmamasından dolayı ise model cepten ödeme modeliyle benzerlikler taşımaktadır. Bu sistemde herkes doktorunu ve hastasını seçebilme hakkı tanınmıştır. Ülkenin sağlık uygulamalarında tam bir birlikten olduğu söylenemez çünkü eyaletlerde farklı uygulamalar görülebilmektedir. Özel sağlık sigortası merkezli gelişen sistemde, 1960’lı yıllarda düşük gelir seviyeli kişilerin problemlerine çözüm bulmak amacıyla kamunun devreye girmesiyle özel sağlık sigortası yaptıramayanlar için Medicaid ve yaşlılar için Medicare isimli kamu kuruluşları oluşturulmuştur. Aynı şekilde gaziler ve çocuklar içinde böyle bir uygulamaya yer verilmiştir (Daştan ve Çetinkaya , 2015: 108).

3.Ulusal Sağlık Sigortası Modeli Finansman

Karma model olarak ta adlandırılan ulusal sağlık sigortası Bismarck ve Beveridge modellerinin bir takım unsurları içinde barındırmaktadır. Bu modelde özel sağlık hizmeti sunucuları kullanılmaktadır ancak devlet tarafından işletilen ve vatandaşlar tarafından vergi ve prim ödemesi aracılığıyla finanse edilen bir sistemdir. Tek ödeyici olduğu, pazarlama ihtiyacı veya kar amacı olmadığı için diğer sistemlere kıyasla daha kolay yönetilen ve organize edilen bir sistemdir. Bu sistemi kullanan ülkelerde en bilinen örneği Kanada’dır. Fakat sanayileşmeye yeni başlamış ve Güney Kore ve Tayvan gibi ülkeler de bu sistemi kullanan ülkeler arasında örnek olarak verebiliriz(Daştan ve Çetinkaya , 2015: 107).

4.Cepten Ödeme Modeli Finansman

Cepten ödeme modeli, dünyanın hemen hemen her yerinde görülmekte olan bir modeldir. Ülke de yaşayan bireylere devletin sağlık hizmeti sunamayacağı düşük gelirlili ve az gelişmiş ülkelerde var olan bir modeldir. Bu ülkelere örnek olarak Afrika, Çin, Hindistan, Güney Amerika gibi ülkeleri verebiliriz. Parası olanların sağlık hizmetinden yararlanabileceği bir model olduğu için bu tür ülkelerde sağlık hizmetini alamayan bireyler ya hasta bir şekilde yaşamlarına devam edecekler ya da daha kötüsü ölebileceklerdir.

5.Karma Model Finansman (Genel Sağlık Sigortası , Türkiye)

Genel sağlık sigortası, “kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını hedefleyen sağlık sigortası sistemi ” şeklinde tanımlanmaktadır. Fakat kavram tanımı itibariyle toplumun geneli için yapılmış olsa bile durum böyle değildir. Çünkü kavram kişi ve konu bakımından farklılığı olabileceği gibi ülkeden ülkeye de değişiklik gösterebilmektedir. Bu kavrama bakıldığı zaman ulusal sağlık hizmetini kullanan ülkelerde dahil olabilir. Yine “sigorta” ifadesinden de sosyal sigorta mı yoksa özel sigorta mı olduğu anlaşılammaktadır(Bostancı, 2008: 153).Genel sağlık sigortasını kullanan ülkeye örnek olarak da Türkiye’yi verebiliriz.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’na göre sağlık hizmeti bir kamu malıdır ve ülkede ki her bireyin faydalanabileceği bir hak olarak görülmüştür. Türkiye sağlık hizmetlerinde sorumlu bakanlık sağlık bakanlığıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile yapılmaktadır(Daştan ve Çetinkaya, 2015: 109).Türkiye de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte sağlık alanında yapılan yeniliklerden biri de Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası sistemi olmuştur.2012 yılı itibariyle de ülkede yaşayan bireylerin GSS ’ ne katılması için zorunluluk getirilmiştir. Türkiye’de sağlık alanında iyileşmeler yapılmış olsa bile OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığı zaman sağlık göstergeleri açısından en son sırada yer almaktadır.

2.6. Sağlık Hizmetleri Finansman Sistemleri

Sağlık hizmetleri finansman sistemlerinin 3 temel işlevi bulunmaktadır. Bunlar; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunucularına ödeme şeklinde ayrırabiliriz.

Gelir toplama , sağlık sisteminin para toplama yöntemlerini gösteren bir fon oluşturma sürecidir. Bunu “finansman yöntemleri” olarak ta adlandırabiliriz. Gelir toplama işlevi; kimin hangi yöntemle , ne kadar ödeme yapacağı ve bu ödemelerin kimleri ve neleri kapsayacağı hakkında gibi unsurları kapsamaktadır(Çelik, 2016: 167)

Gelir toplama yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır(İstanbuluoğlu vd., 2010: 90).

Fon havuzlama, sağlık hizmetlerine yapılacak ödemelerin riskinin fonlara katkı sağlayan tüm üyelere paylaşılması temeline dayanan bir gelir biriktirme şeklidir(Çelik, 2016: 168) Fon havuzlama yönteminde ki temel ilke sağlık hizmetlerinde var olan belirsizliği azaltmaktır.

Hizmet sunucularına ödeme yapma yöntemi, toplanan gelirlerin üyelerin sağlık hizmetleri kullanımı karşılığında hizmet sunucularına aktarılmasıdır(Çelik, 2016: 168). İki çeşit ödeme bulunmaktadır; Birinci pasif ödeme, fatura karşılığı ödemedir. İkinci ise stratejik ödeme dinamik bir ödeme şeklidir. Hangi sağlık hizmetinin ne şekilde ve kim tarafından ödeneceği sürekli tartışma konusu olmuştur (İstanbuluoğlu vd., 2010:90).Hizmet sunucularına ödeme yapma yöntemlerini bireysel ve kurumsal ödeme yöntemleri şeklinde iki farklı şekilde değerlendirebiliriz;

1.Kurumsal Sağlık Hizmeti Sunanlara Yapılan Ödeme Yöntemleri : Hastaneler, sağlık ocakları, laboratuvarlar, tıp merkezleri, vb. gibi hizmet sunuculara yapılan ödemelerdir. Bunlar ; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleridir(Çelik, 2016: 169).

1.Hizmet başına ödeme: Yatarak yada ayakta tedavi edilen hastaların aldıkları hizmet başına yaptıkları ödemedir. Bu yöntemin avantajı, ihtiyaç duyulan her hizmetin sağlanmasını garanti ederek hizmette kaliteyi arttırmasıdır. Dezavantajı ise, hizmet sunucuların daha fazla kâr elde etmek amacıyla hastaya ihtiyacı olmayan hizmetleri sunması veya sunmuş gibi gösterebilmesine olanak tanınmasıdır(İstanbulluoğlu vd., 2010:93).

2.Gün başına ödeme: Bu yöntemde hastanın hastanede kaldığı gün sayısına göre ödeme yapılmaktadır. Bu yöntemin dezavantajı ise, bu yöntem hizmet sunucuları tarafından kâr amaçlı kullanırsa hastanın gereksiz olarak hastanede kalmasını ve gerekmeyen durumda bile hastanede yatışının yapmasına neden olacaktır. Hizmet sunucularının kâr amaçlı bir tutum sergilememeleri için önlem olarak ise, hastanın yattığı gün sayısına bağlı olarak belli bir zamanı atığı zaman gün başına ödeme oranı düşmektedir.

3.Vaka başına ödeme: Hem yatarak hem de ayakta tedavide kullanılan bir ödeme modelidir. Hastanın teşhis grubuna göre belirlenen sabit bir fiyat üzerinden o teşhis doğrultusunda yapılan her hizmetin kapsama dahil olduğu Teşhise Dayalı Grup (DRG) ödemesidir (Çelik, 2016: 170).Bu yöntemde hizmeti sunanlar daha basit ve maliyeti düşük olan vakalar tercih ederler daha zor ve maliyeti yüksek vakaları ise başka kurumlara yönlendirebilirler. Bunun olmaması içinde gerekli kurum ve kişilerce denetleme yapılabilir ama denetleme yapmakta oldukça maliyetli bir durumdur.

4.Kişi başına ödeme: Hem ayakta hem de yatarak tedavilerde kullanılan, kişi sayısına göre yapılan bir ödeme şeklidir. Gereksiz hizmet sunumuna neden olmaz ancak gerekli hizmetin sunumunu da zorlaştırabilir. Maliyetleri kontrol altına alma özelliğinden dolayı avantajlı bir sistem olarak sayılabilir(İstanbulluoğlu vd., 2010: 93).

5.Bütçe ödemesi: Hazine veya hükümet tarafından toplanan kaynakların sağlık kuruluşlarına aktarılmasıyla kullanılan bir yöntemdir. Kamu sağlık işletmelerinde yapılan bir yöntemdir. Bütçe tahsisi hizmeti sunan kuruma global

olarak tahsis edilebildiği gibi harcama kalemlerine özgü bütçe şeklinde de yapılmaktadır. Hastaneye tüm ihtiyaçlarını karşılamak üzere belli bir süre için verilen belirlenen sabit bir bütçe verilir. Ancak hastaneler beklenilmeyen bir morbidite artışında veya maliyetleri artıran ve önce kestirilmeyen olaylarda riske girer. Ödeme yapan kuruluş ve hastane arasında yapılacak anlaşmaya göre bütçe sabitlenir ve sayılmış olan olumsuz durumları bertaraf etmek için belli parametrelerde ki değişikliklerde ek bütçe yapma olanağı tanır. Bütçe ödemesinde hastane yöneticileri tahsis edilmiş bütçeyi en doğru şekilde kullanmak zorundadır. Bu ödeme şeklinin avantajları; Sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde kamu fonlarıyla finanse edildiği ülkelerde sağlık hizmetinin coğrafi ve sosyo -ekonomik yapıya uygun olarak dağıtılması ve harcama kalemlerine dayalı bütçede gerçeğe uygun hazırladıklarında maliyet azalması sağlarlar. Dezavantajları ise ; eğer bütçe tahsisi gerçeğe uygun yapılmazsa maliyet artışlarına yol açarlar , yetersiz bütçe durumunda hizmet kalitesi düşer , sağlık hizmeti sunucusuna kalitesini artırma konusunda yeterli teşviki vermez(SD Dergi, 2009).

2.Bireysel Sağlık Hizmeti Sunucularına, Hastanelere Ödeme Yöntemleri:

Bireysel sağlık hizmeti sunucuları hastaneler veya sağlık kuruluşlarında belli bir maaş karşılığı çalışan kişilerdir. Bunlara örnek olarak ; doktorlar , hemşireler , diş hekimleri , fizyoterapistler , laborantlar vb. gibi diğer sağlık çalışanlarını örnek verebiliriz. Bu ödeme yöntemleri maaş , kişi başına ödeme , hizmet başına ödeme , vaka başına ödeme , prim ödeme , karma ödeme diye 6 farklı şekilde ayırabiliriz . Bunlar ;

1.Maaş : Bir kişinin yaptığı işin karşılığına maaş denilmektedir. Sağlık çalışanları açısından maaş tanımı yaparsak; hizmet verilen hasta sayısına , hizmetin yoğunluğuna ya da sağlanan hizmetin maliyetine bakılmaksızın, sağlık personelinin iş başında buldukları sürece belli bir zaman aralıklarında aldıkları ücrettir(Çelik, 2016: 219). Maaş sistemi uygulaması yapılırken ücretle sunulan hizmet miktarı arasında bir bağlantı kurulmamaktadır. Çünkü bir doktor bir ayda 10 hastaya hizmet vermiş olsun yada 100 hastaya hizmet vermiş olsun ücretin ödeme zamanı geldiği

zaman sabit bir ücret alır. Yani bakılan hasta sayısı arttıkça ücret artmamaktadır. Hizmet başına ödeme ve kişi başına ödeme sistemlerini karşılaştırdığımız zaman maaş sisteminde daha düşük verimlilik elde edilmektedir. Maaş sisteminin ortaya çıkardığı olumsuz durum olarak hekimler aynı ücreti aldıkları için daha uzun sürede daha az hasta bakma gibi bir eğilim içine girebilirler.

2. Kişi Başına Ödeme : Kişi bazında yapılan ödeme sistemi uygulamasıdır. En yaygın kişi başına ödeme sistemine örnek olarak , hasta için gerekli hizmete ve hastaya uygulanan hizmetlere bakılmaksızın bir hekime o ay kendisinin baktığı her hasta için belli bir ücretin ödenmesi verilebilir(Çelik, 2016: 216).

3.Hizmet Başına Ödeme: Hizmet sunucularına vermiş oldukları hizmet başına veya sundukları ürün başına göre geri ödeme yapılmaktadır. Örneğin; bir hekim yaptığı bir muayene başına geri ödeme yapılmaktadır(Çelik, 2016: 213).

4.Vaka Başına Ödeme: Vakaya dayalı geri ödeme yönteminde, hizmet sunucularına her bir vaka için önceden belirlenmiş, sabit bir miktar ödenir. Burada vakadan kasıt; belirli bir durum ya da hastalığa bağlı olarak sağlık hizmeti alan hastalardır. Üçüncü taraf ödeyiciler, hizmet sunucularına gün ya da hizmet başına ödeme yapmak yerine her bir vaka için ödeme yaparlar(Akyürek, 2012: 135).

5.Prim Ödeme : Prim, hizmet sunan kişilere belirli bir hedefe ulaşmak için motivasyonlarını arttırmak adına verilir. Sağlık alanında verilen primler sağlık politikaları ile ilgili olabilmektedir. Ulusal sağlık politikası alanında yapılan hedeflere ulaşabilmek için prim sistemi önemlidir. Prim sistemini örnek olarak toplumun aşılama yüzdesinin belirli bir seviyeye yükseltilmesini örnek verebiliriz. Eğer aşılama yapılmasından aile hekimleri sorumlu ise kendi bölgesinde veya daha önce bakmakla yükümlü olduğu bireyler arasında daha önceden belirlenen oranda aşılama yapan aile hekimlerine prim verilebilir.(Çelik, 2016: 227).

2.7 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin sunulması ve bu hizmetlerin harcamalarının finansmanının nasıl sağlanması gerektiği sağlık ekonomisi alanında önemli bir

konudur. Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ile bu talep artışına tam donanımlı bir şekilde hizmet sunabilmek için son teknolojinin tüm imkanlarından yararlanılması ve sağlık personelinin yetişmesi sağlık alanında ki maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Ülkeler sağlık hizmetleri finansman stratejilerini belirlerken bazı temel unsurları göz önünde bulundurmaları zorundadırlar. Bu unsurlar; sosyo -ekonomik gelişme düzeyi, mali kapasite, uygulanabilirlik, verimlilik, hakkaniyet, tüketici davranışları ve hizmet sunucusu davranışlarıdır(Çelik, 2016: 172).

Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri genel olarak Kamu gelirleri ile finansman ve özel finansman kaynakları olmak üzere iki dala ve bunlarda kendi için de alt dallara ayrılmaktadır. Sırayla bunları incelersek ;

1. Kamu Gelirleri İle Finansman Yöntemleri (Vergi Tabanlı Finansman)

Kamu gelirleri çoğunlukla vergilerden elde edilmektedir. Bu yöntemde kamu gelirlerinden bir havuz oluşturuluyor ve toplanan gelirler genel bütçe yada yerel bütçe ile sektörlerle pay ediliyor. Tüm sektörler bir arada toplandığı için diğer sektörlerin sağlık sektörü üzerinde baskınlığı söz konusu olabiliyor. Dolayısıyla sağlık sektörü diğer sektörlerle rekabet içine giriyor. Kamu gelirleriyle finansman yönteminin bazı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Avantajını şu şekilde açıklayabiliriz; Ödeme zorunlu olduğundan dolayı ödemelerin gönüllü finansman sistemlerinde karşılaşılan bazı problemler kamu gelirleri ile finansman sistemlerinde görülmektedir. Dezavantajı ise şöyledir; Eğer bir ülke modern bir devlet ise vergileri toplama ve tahsisi etmede uygulanan politikalar tutarlı ve herkes tarafından kabul görüyorsa bu avantajlar kullanılabilir. Ancak bu özelliklere sahip olmayan bir ülkede ülke de yaşayan farklı grupların önemli baskılara maruz kalabileceği ve kamu hizmetlerinin yönetiminde verimsizliğe yol açabilecektir(Çelik, 2016: 173).Kamu gelirlerinin vergi tabanlı bir sistemle sağlanması sağlık hizmetlerinin toplumun bütününe yayılmasını sağlar. Kamu gelirleri ile finansman yöntemleri kendi içinde alt gruplara ayrılmaktadır. Bunlar ;

-Genel Vergi Gelirleri : Genel vergileri ile finansman yöntemi dünyada oldukça yaygın bir sistemdir. Ancak genel vergi gelirleri her ülkede hakkaniyetli bir şekilde toplanması ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu durum ülkelerin az gelişmiş ve gelişmekte olması ile yakından ilgilidir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gelir dağılımı arasında ki eşitsizlik oldukça fazladır. Dolayısıyla toplumun bütünde genel bir vergi toplandığı düşük gelirli ve yüksek gelirli kesimden aynı oranda vergi alınmaktadır ve bu durumda da adaletsizlik ortaya çıkmaktadır.

-Sosyal Sigorta (Zorunlu Kamu Sigortası) : Sosyal sigorta kurumlarının mali yapısıyla ilgili olan finansman, kurumların amaçları doğrultusunda faaliyette bulunabilmeleri gerekli mali kaynaklara sahip olmalarında izlenen yöntem, ilke ve kaynakları ifade etmektedir(Güneş ve Yakar, 2004: 128).Sosyal sağlık sigortasının temelini oluşturan dayanışma ilkesinin hedefi dayanışma ilkesi çerçevesinde bireylerin korunmasını sağlamak olduğundan bireyin riskleri ve sağlık düzeyleri ile ödenecek primler arasında bir bağlantı kurulmaz. Yani bireyin sağlık riskleri yüksekse daha fazla prim, düşükse daha az prim ödenmez. Özel sağlık sigortasında ise bunun tam tersi bir durum olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta ile finansmanında hem çalışanın hem de işverenin, belirlenmiş kurallar çerçevesinde bireyin geliri esas alınarak bir prim ödemesi, bu primlerin bir havuzda toplanması ve daha sonra sağlık ihtiyacı olanların bu havuzda biriken kaynakları kullanarak sağlık hizmetlerini alması söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta ile finanse edilmesinin avantajlarından biri bu yöntemin süreklilik göstermesidir. Bir ülkenin istihdam politikaları ve nüfusun gelişimi ile ilgili bilgiler, gelecekte öngörülen sosyal sigorta gelir ve harcamaları ile ilgili öngörülerde bulunmayı, sosyal sigorta aracılığı ile toplanacak prim gelirlerinin ne olacağının kısa, orta ve uzun vadeli projeksiyonlarını yapmaya olanak tanımaktadır. Bu projeksiyonlar sağlık hizmetlerini planlayanlara önemli bilgiler sağlamakta ve sağlık hizmetlerinin hem sunum hem de finansmanı için sürdürülebilir politikalar geliştirilebilmesine yardımcı olmaktadır. Sosyal sağlık sigortasının dezavantajı ise tarım sektörü ve informal sektörde çalışanları kapsamada karşılaşılan zorluklar ve maliyet kontrolü ile ilgili olarak yaşanan zorluklardır(Tatar, 2011: 116-117). Sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bazı temel özellikleri şunlardır (İstanbuluoğlu vd., 2010 :92):

1. Üyelik zorunludur.
2. İlk uygulama, işçi ve işveren katkıları ile başlamış, daha sonra devlet de finansmana katılmıştır.
3. Tespit edilen primler genellikle işçiyle işveren arasında dağıtılmaktadır.
4. Genel vergilerin, sosyal sağlık sigortalı ile finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır.
5. Sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kâr amacı taşımakta iken, bazı ülkelerde taşımamaktadır.

-Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı: Açık finansmanı daha çok iç veya dış borçlanmayla yapılabilir. Bu durumda ödenecek faizler, sunulan hizmetin maliyetlerini artıracaktır. Enflasyon kullanımı yüksek ve gelişmenin az olduğu ülkelerde kredi bulma şanslarının az olmasından dolayı devamlı ve güvenli bir metot değildir(Dürrü, 2012: 33).

-Özel Amaçlı Vergiler: Özel amaçlı vergiler, yalnızca sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir. Sekiz yıllık zorunlu eğitime fon oluşturmak amacıyla Sayısal Loto'da oynanan kupon başına ve araç alım satımında konulan ek vergiler, bu vergi türünün ülkemizdeki güncel uygulamalarıdır (Dürrü, 2012: 33).

- .Piyango ve Bahis Gibi Gelirler: Piyango veya bahis ile elde edilen gelirlerde finansman kaynağı olabilmektedir. Direk olarak sağlanmış bir finansman kaynağı değildir. .Adil olmayan bir özelliği olduğu için eşitsizliklere yol açabilir (Dürrü, 2012: 33).

-Tahsis Edilmiş Vergiler: Çoğu vergiler tek bir kaynaktan toplanır ve daha sonra çeşitli alanlara paylaştırılır. Bazı devletler belirli bir vergiyi belirli bir amaç için tahsis ederler. Örneğin; akaryakıt, sigara harcamalarından kesilen vergiler ya da lüks mallardan alınan vergiler şeklindedir (Dürrü, 2012: 33).

-Borçlanma: Genel vergi gelirleri kısa vadeli bir yardım kaynağı olan borçlanma ile de desteklenebilir. Borç kaynakları ulusal ya da uluslararası olabilir.

Genel vergi gelirlerinden karşılanan geri ödemeler belirli bir faiz oranı üzerinden hesaplanmaktadır(Dürrü, 2012: 33).

2.Özel Finansman Yöntemleri

-Özel sağlık sigortaları : Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinden biri de özel sağlık sigortalarıdır. Özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılmaktadır(Tatar, 2011: 114).Başka bir deyişle özel sağlık sigortası bireylerin şahsi çıkarlarını ortaya çıkabilecek risklere karşı garanti altına almak için sigorta şirketleri ile yapmış oldukları sözleşmedir. Özel sağlık sigortasının temel amacı kişilerin sigorta yaptığı tarihten itibaren ortaya çıkabilecek risklere karşı bireyleri korumaktır. Sigorta yapılmadan önce bireyler de meydana gelmiş olan bir hastalık var ise bu garanti altına alınmamaktadır. Özel sağlık sigortası ödeme gücü yüksek olan bireylere has olan bir sigortadır. Günümüzde, Amerika Birleşik Devletleri'nin yanı sıra, Avustralya ve İsviçre gibi ülkeler özel sağlık sigortacılığına ağırlıklı bir yer vermektedir(İstanbulluoğlu vd., 2010: 91).Özel sağlık sigortasında süre genellikle 1 yıl olarak kabul edilmektedir. Özel sağlık sigortasını sosyal sağlık sigortasından ayıran 2 temel özellik bulunmaktadır. Birincisi özel sağlık sigortası sosyal sigorta gibi emeklilik ve sakatlığı içermemektedir. İkincisi özel sağlık sigortası primleri sosyal sigortada ki bir havuzda toplanmış riske göre değil sigortalanan bireyin hastalanma olasılığı göz önüne alınarak belirlenmektedir(Çelik , 2016 : 185). Özel sağlık sigortasının uygulamadaki en önemli yararı, gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine olanak tanıyarak, sınırlı kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için kullanılmasına olanak tanımasıdır. Ayrıca özel sağlık sigortası bireylerin sağlık hizmetleri kullanımını sonucu yapacakları yüksek miktarlarda cepten harcamaların finansal yükünü azaltmaya ve dolayısıyla cepten harcamaların yaratacağı finansal riske karşı korumaya olanak tanır(Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 143).

- Cepten Ödemeler : Cepten ödeme, doğrudan hastalar veya hane halkları tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemedir(Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 147).Cepten ödemelerde hizmeti alan bireyler doğrudan ve hizmetin alındığı anda

ödeme yaparlar. Cepten ödemeler kendi içinde doğrudan ödeme , kullanıcı katkısı ve enformel ödeme olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Bunlar;

1. Doğrudan Ödeme: Sağlık hizmetlerinin alımında bireylerin bekleme yapmadan aldıkları hizmet karşılığında sosyal güvenlik kurumlarından hiçbir destek almadan yaptıkları ödemelerdir. Bu ödemeler sosyal güvence kapsamı dışında yer almaktadır.
2. Kullanıcı Katkıları :Sağlık güvencesi olmayan bireylerin aldıkları sağlık hizmetlerinin bir kısmı için ödemiş oldukları miktardır. Bu katkı payı belirlenirken bir limit belirlenmektedir. Örnek verirsek , eğer limit 1000 TL olarak belirlenmişse bireyler 1000 TL'ye kadar olan kısmı cepten ödemekte 1000 TL'yi aştığı zaman sağlık hizmetleri için geri ödeme kurumları devreye girecektir. Kullanıcı katkıları iki durumda kullanılabilir; Birincisi , sağlık harcamalarının düşük olduğu zamanlarda sağlık hizmetleri için var olandan daha fazla kaynak yaratmak için kullanılmasıdır. İkincisi , birinci durumun tersi olarak sağlık harcamalarının yüksek olduğu durumlarda talep azaltma ve verimliliği kısmak amacıyla kullanılır(Çelik, 2016: 190).
3. Enformel(Resmi olmayan) ödemeler : Tedavi sonrası "teşekkür hediyeleri" veya tedavi öncesi doktorlara sunulan para veya hediyeler resmi olmayan ödemeler olarak isimlendirilmektedir.(İstanbulluoğlu vd., 2010: 91)Enformel ödemelerin ortaya çıkma nedenleri ; kamuda ki finansal yetersizliktir. Hizmet alıcıları hizmet sunucularını cezbetmeye çalışırlar. Örneğin ; doğum sonrası verilen ödemeler .

-Tıbbi tasarruflar hesabı : Tıbbi tasarruf hesapları, sağlık ya da tıbbi bakım harcamalarının finansmanına tahsis edilmiş kişisel tasarruf hesaplarıdır. Bireyler, hane halkları ve firmaların gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık risklerine karşı gönüllü veya zorunlu bir biçimde, kendilerine ait banka hesaplarına önceden para yatırmaları ve bu parayı sadece sağlık harcamaları için kullanmaları esasına dayanmaktadır (Ermut , 2014: 100). Tıbbi tasarruflar hesabı sağlık finansmanın sağlanmasında bir alternatif kaynak olarak görülmüştür. Aşağıdaki tabloda tıbbi tasarruf hesaplarının avantaj ve dezavantajlarını inceleyelim.

Tablo 5. Tıbbi Tasarruf Hesabı Avantajları ve Dezavantajları

AVANTAJLAR	DEZAVANTAJLAR
TTH tüketicilerden kaynaklanan ahlaki tehlikeyi önler ve daha geniş kapsamlı sağlık bakım hizmeti almasını sağlar.	Yüksek oranlı muafiyete sahip TTH , bireylerin özellikle geliri sınırlı olanların ya da tasarruf yapamayanların sağlık hizmetlerine erişimini engeller.
Uzun dönemli tasarruf bireylere gelecek yıllarda ki sağlık harcamaları için kaynak oluşturur. Özellikle hızla nüfusu yaşlanan ülkelerde genç çalışan nüfus üzerinde ki sağlık yükünü azaltır.	TTH , özellikle fonların kullanımının serbest olduğu durumlarda hizmet sunucular karşısında zayıf bir pazarlık gücüne sahiptir. Bireylerin hesaplarında para olduğunda gereksiz hizmet kullanımını teşvik edebilir.
TTH ile mevcut sağlık hizmetleri finansman biçimi ile birlikte ve kamusal finansman kaynakları sayesinde yoksullara odaklanılabilir.	TTH uzun süreli işsizler ve kronik rahatsızlığı olan bireyler arasında risk havuzu oluşturulmamasını sağlar.
Tüketicilerin paralarını nereye harcama yapacakları konusundaki özgürlükleri , hizmet sunucularına talebi ve fiyat rekabetinde daha sorumlu hale getirebilir.	Zorunlu kapsayıcı sigortalar ve onun evrensel muadilleri ile karşılaştırıldığında TTH ' nin hiçbir rahatsızlığı olmayanları kapsam altına alma riski vardır.
TTH , ekonomik döngü içerisinde sağlık harcamalarında düşük etkiye sahip geçici risk havuzları oluşturulmasını sağlar.	TTH olmayanlar daha yüksek oranda prim ödemek zorunda .

Kaynak : Çelik , 2016: 197

-İşverenler tarafından finanse edilen sistemler : Bireyin çalıştığı kurum veya kuruluşlarda sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılanması için sağlanan finansman sistemidir. Örneğin ; bankaların anlaşmalı olduğu kurumlarla çalışanlarına sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi imkanı vb. gibi

- Gönüllü ve Hayır kuruluşlarının katkıları : Bu tür yardımlar parasal destek şeklinde olabildiği gibi, hizmet sunma, malzeme ve teçhizat ya da fiziksel mekan sağlama şeklinde de olabilir(Dürrü, 2012: 34)

-Toplum Finansmanı : İnsanların malzeme, işgücü gibi yönlerden katkıda bulunduğu finansman yöntemidir(Dürrü, 2012: 34).

-Doğrudan Hane Halkı Harcamaları : Kişilerin kullandıkları sağlık hizmeti için kendi ceplerinden yaptıkları doğrudan ödemelerdir(Dürrü, 2012: 34).

2.8 Türkiye’de Sağlık Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edilmesi gerektiği her ülkede üzerinde düşünülmesi gereken önemli bir konu olarak güncelliğini korumuştur. Türkiye Cumhuriyeti kurulduğundan günden bu yana sağlık hizmetlerinin daha iyi standartlara ulaşabilmesi için politikalar belirlemiştir. Tıp alanında yaşanan gelişmeler yakından takip edilmiş ve ülkede ortaya konulan politikalar üzerinde etkili olmuştur. Sağlık alanında ilk aşama 2 Mayıs 1920’ de Sağlık Bakanlığı’nın kurulmasıyla adım atılmıştır. Ülkelerin sağlık harcamalarına öncelik vermesi gerektiği vazgeçilmezdir. Ancak sağlık harcamalarını yaparken bunları nasıl finanse edilmesi gerektiği de önemli bir konudur. Türkiye’de sağlık sisteminde uzun yıllar sosyal ,ekonomik ve idari açıdan kaynaklı problemler yaşanmıştır. Kayıt dışı istihdamın varlığı , işgücüne katılım oranının düşük olması , işsizlik rakamlarında ki artışlar , günümüze kadar yaşanmış olan ekonomik krizler ve ülkenin ekonomik yapısı gibi nedenlerden dolayı Türkiye’de sağlık sisteminin finansman yapısını negatif yönde etkide bulunmuştur. Sağlık sistemi devamlı olarak bir finansman açığı ile karşı karşıya kalmıştır .Dolayısıyla, bu nedenlerden dolayı ülkede sağlık alanında kullanılmak üzere toplanan gelirlerin sağlık ödemelerini tatmin edici derecede olmayıp sağlık finansman sisteminde de sürdürülebilirlik açısından olumsuz etkilenmiştir.

Sağlık sisteminin yönetimi, planlaması ve örgütlenmesine bakıldığında belli başlı problemlerin varlığı göze çarpmaktadır. Ayaktan teşhis ve tedavi hizmetlerinin gerçekleştiği birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik olarak oluşturulmuş olan planlama ve hizmet sunumunun yetersizliği sebebiyle, bu kuruluşlar verimli bir biçimde çalışmamakta ve bu durumun sonucunda yataklı tedavi hizmetlerinin maliyetleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin düşük düzeyde tutulması nedeniyle ayaktan ve yatarak gerçekleştirilen sağlık hizmetlerine yapılan harcama tutarları oldukça yüksek seviyelere ulaşmıştır. Türkiye’de ayakta tedavi hizmetlerine müracaat edenlerin sayısı yatarak tedavi hizmetlerine müracaat edenlerin sayısından oldukça fazla düzeyde olmasına karşın ayakta tedavi hizmetleri ile yatarak tedavi hizmetlerinin maliyetleri yaklaşık olarak

birbiriyle aynı seviyededir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin maliyetleri yüksek seviyelere ulaşmaktadır(Erumut, 2014: 120).

Türkiye’de sağlık politikalarının oluşturulmasında uygulanmasında görevli olan kişilerin üzerinde durduğu nokta , bireyler sağlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları zaman anında ulaşımını sağlayabileceği ve bireyleri sağlık harcamalarının finansal yönden karşılaşacağı riske karşı nasıl korunacağıdır.

Sağlık finansmanı konusunda 3 farklı yöntem bulunmaktadır (Atasever, 2014: 42).

1. Kamusal Finansman Modeli: Bu modelin temeli vergi ve prim esasına dayanır. Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanı toplanan genel veya özel vergiler yoluyla (Beveridge Modeli) ya da toplanan primler yoluyla (Bismark Modeli) sağlanmaktadır. Finansmanın bir kısmının vergiler bir kısmının da primler yoluyla sağlandığı örnekler de vardır.
2. Özel Finansman Modeli: Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sağlık sigortacılığı, tıbbî tasarruf hesapları ve cepten yapılan sağlık harcamaları ile karşılanır.
3. Karma Finansman Modeli: Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamusal finansman modeli ile özel finansman modeli birlikte kullanılmaktadır. Yani sağlık hizmetlerinin finansmanı Türkiye’de olduğu gibi vergiler, primler, özel sağlık sigortaları ve cepten yapılan harcamalarla karşılanmaktadır.

Türkiye’de sağlık sisteminin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Bir taraftan belirli bir kesim için sağlık sigortacılığı (Bismark Modeli) uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı (Beveridge Modeli) modeli uygulanmakta ve sistemin finansmanında özel harcamalar da pay almaktaydı.

III.BÖLÜM

SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA SAĞLIK EKONOMİSİ İLİŞKİSİNİN VAN İLİNDE ANALİZİ

3.1. Van İline Genel Bakış

3.1.1. Van İlinin Coğrafi Konumu

Van dünya üzerinde 42 derece 40 dakika ve 44 derece 30 dakika Doğu boylamları ile 37 derece 43 dakika ve 39 derece 26 dakika ile Kuzey enlemleri arasında yer almaktadır. Van Türkiye üzerinde ise Doğu Anadolu bölgesinin Yukarı Murat-Van bölümünde ki Van Gölü kapalı havzasında bulunmaktadır. Kuzeyden Ağrı ili Doğubayazıt Diyadin ve Hamur ilçeleri, batıdan Van Gölü ile Ağrı ilinin Patnos ilçesi Bitlis'in Adilcevaz Tatvan ve Hizan ilçeleri, güneyden Siirt'in Pervari Hakkari ilinin Beytüşşebap ve Yüksek Ova ilçeleri ile komşudur.

Van , 19.069 km kare olan yüz ölçümü ile Türkiye topraklarının %25'ini oluşturur ve yüz ölçümü bakımından Türkiye'nin 6.büyük ilidir. Van rakım yüksekliği 1.725 metredir. Türkiye'nin en büyük gölü olan Van gölü etrafında bulunan yüksek dağlarla birlikte çöküntü durumundadır(Van Kültür Turizm , 2019).

3.1.2. Van İlinin Tarihçesi

Van, geçmişten bugüne kadar birçok medeniyet tarafından cazibe merkezi olmuştur ve bu medeniyetlerin izlerini taşımaktadır. Bölge de Neolitik zamandan itibaren sürekli devam eden kültürlerin varlığını Tilki Tepe ve Dil kaya Höyükleri ve çeşitli kazılardan elde edilen buluntular göstermektedir. Van'ın tarihine baktığımız zaman göze çarpan medeniyet Urartulardır. Urartulardan kalma kale , tapınaklar , kaya mezarları, su yolları , diğer toprak ve madeni eserler bunu kanıtlamaktadır. Urartuların M.Ö.6.yüzyıl ortalarında yıkılmasıyla birlikte Van, yaklaşık 1.500 yıllık bir sessizliğe bürünmüştür, O dönemden Van Kalesi'nin güney yüzünde kayalıklara kazınmış pers yazıtı dışında önemli kalıntı günümüze ulaşmamıştır. Dolayısıyla, bölge uzun süre geçiş noktası olarak kullanılmış, büyük medeniyetlerin yerleşimine sahne olmamıştır. Van'ın tekrar canlanması ise M.S.8.yüzyıl'dan sonra Vaspurakan

Krallığı ile başlamaktadır. Akdamar Kilisesi bunun en önemli tanığıdır. Çevrede Hıristiyan mimarisine ait dini yapılar bu devirden itibaren giderek yaygınlaşmış ve yörenin kültürel mirasında önemli bir yer edinmiştir.11.yüzyıl başlarından itibaren Türk akınlarına sahne olan bölge, Malazgirt savaşıyla Selçukluların egemenliğine girmiş ve Selçuklularla birlikte Türk-İslam eserleri görülmeye başlanmış, bunu diğer Türk devletlerinin hâkimiyetleri izlenmiştir. Selçuklu sonrasında Van ve çevresine İlhanlı, Karakoyunlu, Akkoyunlu, Safevi ve Osmanlı devlet ve hanedanları hâkim olmuşlardır. 1914 yılında başlayan 1.Dünya Savaşı'nda Rusların istilası ve Ermenilerin ayaklanmasıyla başlayan karanlık günler 2 Nisan 1918'e kadar sürmüştür. Cumhuriyet devrinde büyüyen Van, bugün ülkemizin önemli şehirlerinden biridir(Van Kültür Turizm, 2019).

3.1.3. Van İlinin Sosyo-Ekonomik Yapısı

Hayvancılık, Van illini önemli bir geçim kaynağı ve istihdam sektörü durumundadır. Van'da hayvancılığın temel sektör olmasında il arazisinin önemli bölümünün çayır ve mera olmasından kaynaklanmaktadır. Hayvancılıktan sonra bölge halkının temel geçim kaynağı tarımdır ve tarımda çalışanların toplam istihdam içindeki oranı ise Türkiye ortalamalarının üstünde yer almaktadır. Ticaret, turizm ve sanayi faaliyetleri de Van ekonomisinde önemli bir yer tutmaktadır. İl ekonomisinde sanayi; hammaddeyi yerinde işlemek, ihtiyaçları temin etmek ve istihdama olan katkılarından dolayı önemli bir işlev görmektedir. İlde gıda ve içki, dokuma ve giyim, lastik-plastik sanayi tesisleri faaliyette bulunmaktadır. Van ili Saray ilçesi Kapıköy Sınır Kapısı üzerinde yapılan sınır ticaretinin il ekonomisinde önemli bir yeri bulunmaktadır(DAKA, 2018).

Tablo 6. 2015- 2018 Yılları Arasında Van Nüfusu

Yıllar	Van
2015	1.096.397
2016	1.100.190
2017	1.106.891
2018	1.123.784

Kaynak: TÜİK, 2018

Tablo 6’da 2015 ve 2018 yılları arasında Van’ın nüfusu verilmiştir. Tabloya baktığımız zaman Van’ın nüfusu her yıl artış göstermektedir. Van çevre illerden kendine hem göç alırken, aynı zamanda büyük şehirlere göç vermektedir.

3.2 Sürdürülebilir Kalkınma Ve Sağlık İlişkisinin Analizi

Sanayi Devrimi’nin gerçekleşmesiyle birlikte ekonomik, sosyal, çevre ve demografik alanında olumlu gelişmeler yaşanmıştır. Bütün bu gelişmeleri takip eden sağlık alanında gelişmeler yaşanmıştır. Sanayi devrimin sonuçlarından biri de ülkeler arası ekonomik gelişmişlik düzeyi arasında ki farkların artmasıdır. Günümüz de sağlık ekonomik gelişmenin en önemli araçlarından biri olmaktadır. Dolayısıyla etkin bir ekonomik gelişmenin sağlanabilmesi için ülkelerin bireylere sağlık alanında her hizmeti sunması gerekir. Çünkü sağlıklı bir birey çalışıp bir şeyler üretebildiği zaman ülke ekonomisine katkı sağlanır(Kanberoğlu ve Günsan, 2018: 787).

Sürdürülebilir kalkınma kavramı çevre, ekonomi, sosyo-demografik ve sağlık unsurlarını içermektedir. Sürdürülebilir kalkınma kavramının temel özelliği gelecek kuşakların ihtiyaçlarının karşılanmasına engel olmayacak şekilde şuan ki nüfusun ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sağlık hizmetleri ve sistemi açısından bu tanımının önemi çevreye zarar vermeden insan yaşam standartlarının iyileştirilmesidir. Ancak sürdürülebilir kalkınma kavramı çevreyi koruma girişimlerinden çok daha fazlasını ele almaktadır. Bu kavram aynı zamanda, gelecek kuşakları ve uzun vadede sağlıklı olmayı da içerir. Sürdürülebilir kalkınma sadece gelir artışını değil aynı zamanda yaşam kalitesi, fakirliğin azaltılmasını da içerecek şekilde bireyler arasında eşitlik, kuşaklar arasında eşitlik ve insan refahının sosyal ve ahlaki yönleri üzerinde durmaktadır. Çünkü gelecek kuşaklar da bizim yaşadığımız kadar temiz bir dünyada yaşamlarını devam ettirme haklarına sahiptirler(Çelik, 2006: 27). Sürdürülebilir kalkınma ve sağlık ilişkisinde Tablo 6’da belirtilen tema ve göstergeler önem arz etmektedir.

Tablo 7. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini Değerlendirme de Kullanılabilecek Olan Sağlık Göstergeleri

TEMA	ALT TEMA	GÖSTERGE
SAĞLIK	Beslenme durumu	Çocukların beslenme durumu
	Ölüm oranı	Doğumda yaşam beklentisi
		5 yaş altı çocuk ölüm oranı
	Hijyen koşulları	Yeterli kirli su ve atık hizmeti alan nüfus oranı
	İçme suyu	Temiz içme suyu bulabilen nüfus oranı
Sağlık hizmetleri	Temel sağlık hizmeti alan nüfus Bulaşıcı çocuk hastalıklarına karşı aşılama Doğum kontrol yöntemlerini kullanma oranları	

Kaynak: Çelik, 2006:34

Sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında ki ilişkiyi değerlendirdiğimiz zaman beslenme durumu , ölüm oranı , hijyen koşulları , içme suyu ve sağlık hizmetleri önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Dolayısıyla bu ilişki kapsamında bu unsurlar ilişkinin pozitif ya da negatif yönlerini ortaya koymaktadırlar.

3.3. Literatür Taraması

Sürdürülebilir kalkınmanın sağlık boyutu konusunda toplumda yaşayan insanların duyarlılığını analiz eden sınırlı sayıda ulusal ve uluslararası çalışma bulunmaktadır. Söz konusu çalışmalardan ilki *Taşkın (2011)*, "Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi Ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi" adlı çalışmada Edirne 'nin sağlık sektörüne ilişkin istatistik verileri derlenerek Edirne'nin , Türkiye ve dünya sağlık göstergeleri ile karşılaştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli olan sağlık, insan gücü yönü ile karşılaştırıldığında yüz bin kişiye düşen pratisyen hekim,

uzman hekim, diş hekim, eczacı, ebe ve hemşire sayısında Edirne'nin Türkiye ortalamasının önemli ölçüde üstünde olduğu söylenmiştir fakat ebe sayısı dışında AB ve Avrupa birliği ülkelerinin gerisinde olduğu ifade edilmiştir. Türkiye sürdürülebilir kalkınma ilkelerini büyük ölçüde kalkınma politikalarına ve ulusal dokümanlarına birleştirmiş, bu çerçevede üst düzey politik sahiplilik göstermiştir. Ancak, sürdürülebilir kalkınmanın bileşenleri arasında bütüncül bir yaklaşım her düzeyde ve alanda tam anlamıyla hayata geçirilememiştir.

Çelik(2006), 'Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı Ve Sağlık' adlı makalesinde ,Sürdürülebilir kalkınma kavramının tanımından hareketle, bütün ülkelerin nihai hedefi olan kalkınmış bir toplumun oluşturulmasında sağlık hizmetlerinin oynadığı rolü incelemiştir. Ülkelerin hedefledikleri politikaları uygulamaya koyabilmeleri için izlemeleri gereken eylem alanları ve ilerleme göstergeleri incelendiği zaman en önemli payın sağlıklı yaşam, ölüm oranları vs. önenebilmesi için doğrudan halk sağlığı çalışmaları ile çok yakından ilişkili oldukları görülebilecektir. Sürdürülebilir kalkınma gelecek kuşakların kaliteli yaşama şansını azaltmayacak bugünkü neslin ihtiyaçlarının giderilmesidir. Bugüne kadar bildiğimiz gibi kirlenmiş bir çevre insan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca fakirlik ve ekonomik güvende olmama da sağlık için kötüdür bu sağlık riskleri özellikle fakirlere yansımıştır. Bu açıklamada daha fazla sürdürülebilir kalkınmanın daha sağlıklı bir toplum olacağını göstermiştir.

Smith (1987), kitabında sağlık ekonomisini değerlendirmektedir. Sağlık ekonomisinin önümüzde ki yıllarda gelişme göstereceğini ummaktadır. Sağlık ekonomisini kapsamını uluslararası alanlarda , ülkelerde ve Dünya Sağlık Örgütü ve uzmanlar tarafından değerlendirme yapılıyor.

Poyraz(1990), 'Sağlık Ekonomisi (Sağlık Hizmetlerinin Kalkınmaya Etkisi)' adlı tezinde , Türkiye'de sağlık hizmetlerinin verimli ve etkin bir hale getirilmesi amacıyla alınmasında yarar görülen önlemlere ilişkin düşünceye sunulmaya çalışılmaktadır. Sağlıklı yaşam insanın en doğal hakkıdır. Sağlıklı olmanın kişisel yararı yanında toplumsal yararı da vardır. Kişinin sağlık düzeyinin iyi olması onun daha üretken verimli olması kalkınmada daha etkili olmasına sağlar. Türkiye de

sağlık sektöründe ne kadar planlı dönemde gelişmeler sağlanmış ise de ülke düzeyinde halen bölgelerarası çarpıklık ve düzensizlik olduğuna değinilmiştir.

Somunoğlu(1999), çalışmasında sağlık kavramı ile ilgili çeşitli tanımlara yer vermiş ve sağlığı farklı modellerle ele almış ve değerlendirmiştir.

Ulutürk (2015), çalışmasında sağlık ekonomisi, sağlık statüsü , sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütlere ve ölçütlerin önemi açıklanmıştır. Sağlığın ölçülmesinde kullanılan QALY ve DALY ölçütlerine değinmiştir. Türkiye’de sağlığın ölçülmesi için 2004 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü ilk çalışmadır. Sağlık alanında yenilik çalışmaları yapılırken sadece bireysel sağlık hizmeti arz yada taleplerine bakılmayacağını yeterli olmayacağına değinmiştir.

Gibis ve Wild (2003) , çalışmasında sosyal sigortaya dayalı ülkelerde sağlık müdahalesinin değerlendirilmesi Almanya , Hollanda ve Avusturya örneği ile ele almışlardır. Sosyal sigortaya dayalı ‘Bismarck’ tipi sağlık sistemlerinde sağlık teknolojileri değerlendirilmesi vergilendirmeye dayalı olarak yapılmıştır. Sağlık müdahalelerinin şeffaflığının uzun süre Almanya ve Avusturya’daki güçlü sektörler tarafından engellenmiştir. Hollanda’da ise sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışma uzun süredir yapıldığı ifade edilmiştir. Her üç ülkede de sağlık fonları değerlendirmeleri politika aracı olarak görülmüştür Bu çalışmada Almanya , Avusturya ve Hollanda’da ki sağlık teknolojilerinin sigortaya dayalı sağlık hizmetleri olan sistemlerine sahip olan ülkelerin engelleri ve fırsatları üzerine değerlendirme yapılmıştır.

Loş (2016) , tez çalışmasında , sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları ile ilgili göstergeleri kullanmış ve çok boyutlu ölçekleme analiz yöntemini çalışmasında kullanmıştır. Çok boyutlu ölçekleme analizinde OECD’ ye üye ülke olan 34 ülkenin birbirlerine olan benzerlikleri ve farklılıkları ortaya konulmak istenmiştir. Analiz elde edilen boyutlarla birlikte ülkelerin koordinatları belirlenmiş Öklid Uzaklığı Grafiği ’ne yansıtılmış ve ülkelerin birbirlerine göre konumları elde edilmiştir. Elde edilen bu gruplar yedi farklı gruba ayrılmıştır. Bu çalışma kapsamında Türkiye ‘nin

benzerlik gösterdiği ülke Meksika olmuştur ve farklı olduğu ülkeler ise ABD , İsviçre ve Norveç'tir.

Mendelson ve Schwartz (1193), sağlık hizmetlerindeki maliyet artışına , yaşlanma ve demografik artışının etkisi olduğunu ifade etmişlerdir. Bu iki unsurun etkileri 1970 ve 1990 arasında azalış gösterdiği ve bunların etkilerinin 2005 yılına kadar düşeceğini tahmin etmişlerdir. Ellerinde bulunan verilerin 65 yaş ve üstü hastaların tedavi edilmesinin maliyetlerinin diğer hastalara göre daha fazla olduğunu belirtmişler. Duyarlılık analizlerine göre ise bu 65 yaş ve üstü hastalarla diğer hastaların eğilimlerinin devamlılığına bakmadan yaşlanma ve demografinin etkilerinin 1990 ve 2005 yılları arasında azalacağını çalışmalarında tahmin etmişlerdir.

3.4 Sürdürülebilir Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Tespitine Yönelik Anket Çalışması

3.4.1 Çalışmanın Unsurları

3.4.2 Çalışmanın Amacı

Bu çalışma kalitatif ve kantitatif bir araştırmadır. Araştırmanın kalitatif yönü Sürdürülebilir Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi kavramları arasındaki ilişkiye dair gözlemlerin sayısal olmayan bir biçimde incelenmesi ve yorumlanmasıdır. Çalışmanın amacı, konuyla ilgili araştırma yapıp yapılan araştırmaların istatistiksel uygulamalar sonucunda kantitatif verilerle genelde Sürdürülebilir Kalkınma ve Sağlık ilişkisinin kalkınmaya etkisi, özel olarak ise söz konusu ilişkinin Van ilinde ki analizine dair incelemelerde bulunmaktadır.

3.4.3 Çalışmanın Önemi

Sürdürülebilir kalkınma sağlık ekonomisi arasında ki ilişki kurularak iki kavram arasındaki ilişkinin Van ilinin kalkınmasında ki rolünü araştırmak ve araştırmayı Van'da ikamet eden 400 kişiye anket yöntemiyle uygulayıp çıkan sonuçta elde edilen nicel bilgilerle açıklamaktır. Araştırma Van ili bazında yapılmış bir çalışma olma yönüyle ilk olacaktır.

3.4.4 Çalışmanın Yöntemi

Van ilinde ikamet eden vatandaşlarla gerçekleştirilmiş olarak anket, mülakat ve gözlem olarak belirlenmiştir. Tez çalışmasında belirlenmiş olan süre iki dönem (1 yıl) olarak belirlenmiştir. Bu sürenin ilk altı ayında literatür taraması ve derlemelerin geliştirilmesi, veri toplama aracı bulunması ve bu araçların geliştirilmesi son altı ayında ise yine literatür taramalarının ve derlemelerin geliştirilmesi daha sonra Van'da ikamet eden vatandaşlara uygulanacak olan anket çalışmasıyla belirlenen değişken faktörlerin ilişki düzeyleri yapılacak analiz sonucunda ortaya konacaktır. Söz konusu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kalkınma ve sürdürülebilir kalkınma kavramının tanım ve kapsamı hakkında bilgi verilecektir. İkinci bölümde ise Sağlık Ekonomisi tanım ve kapsamı incelenecektir. Üçüncü bölümde ise Van ili hakkında genel bilgi verilerek , anket sonuçları değerlendirilmesi yapılacak ve sonuç raporunun yazılması ile incelenecektir.

3.4.5 Çalışmanın Kapsamı

Bu araştırmada Van'da ikamet eden vatandaşlar örneklem olarak alınmıştır. Araştırmada yapılacak olan anket çalışması örneklem olarak alınan 400 kişi üzerinde uygulama ile yapılacaktır. 20 sorudan oluşan anket çalışmamız sonucunda Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Van İlinde Analizi ile sınırlandırılmıştır.

3.4.6 Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Tespitine Yönelik Anket Çalışması

1-Genel bilgiler: Ankete katılanları tanıma amaçlı sorular yöneltilmiştir

2- Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Van İlinde Analizini ölçmek için katılımcılara beşli likert ölçeğine göre sorular yöneltilmiştir.

3- Van ilinde ankete katılanlara yaş, cinsiyet, meslek, aylık gelirleri, eğitim durumları, yaşadıkları yer türünde yine beşli likert ölçeğine uygun olarak sorular yöneltilmiştir.

4- Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Van İlinde Analizini ölçmek için ankete katılanlara beşli likert ölçeğine göre; Sürdürülebilir kalkınmada sağlık sektörü önemlidir. Sürdürülebilir kalkınmada uygulanan sağlık politikaları etkindir. Sağlık düzeyinin ve harcamalarının artışı işgücü verimliliğini artırmaktadır. Eğitim düzeyi ve sağlık durumu arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık düzeyinin gelişmesi ekonomik kalkınmayı olumlu etkilemektedir. Sağlık düzeyi gelişimi gelir seviyesini yükseltmektedir. Sağlık harcamaları ekonomik performansı artırmaktadır. Eğitim, sağlık ve gelir düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Yaşam süresi artışı ekonomik büyümeyi olumlu etkilemektedir. Sağlık alanındaki iyileşmeler çalışan bireyin verimliliğini artırmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların artışı ekonomik gelişmeyi olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı beslenme ile emek arzı artışı arasında olumlu ilişki bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tasarruf etkisi koruyucu sağlık hizmetlerini artırır. Sağlık harcamaları yatırım yapma arzusunu artırır. Sağlık düzeyinde ki iyileşme yaşam kalitesini doğrudan etkiler. Sağlık harcamaları ile toplumsal refah düzeyi arasında güçlü bir ilişki vardır. Çevresel koşullar ve genetik yapı toplumun sağlık durumunu etkiler. Sanayileşme düzeyi sağlık üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Çevre kirliliği sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Halkın çevre ve sağlık konusunda bilinçlendirilmesi sürdürülebilir kalkınmayı olumlu etkilemektedir.

Şeklinde sorular yöneltilmiştir. Anket uygulaması yapılırken veriler tek tek bilgisayara aktarılarak toplanmıştır. Değerlendirilmenin yapılması için SPSS programı kullanılmıştır. Yapılan SPSS analizinde güvenilirlik testi 0.927 olarak bulunmuş ve analizde T testi ve Anova testleri uygulanmış çıkan sonuçlar değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır.

İstatistiksel Analizler Ve Bulgular

Bu bölümde “Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Van İlinde Analizi” adlı çalışmamızda 400 katılımcıya 20 tane soru sorulmuş ve elde edilen veriler SPSS programıyla yorumlanmıştır. Katılımcılara sorulan sorulara “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kısmen katılıyorum”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde 5’li likert ölçeği ile seçenekler sunulmuş ve bu seçenekler 1,2,3,4,5 şeklinde değerlere eşlik bir puanlama verilmiştir. Analizde veriler normal dağıldığı için parametrik testlerle yapılmıştır. “*BAĞIMSIZ T TESTİ*” ve “*TEK YÖNLÜ ANOVA(VARYANS)*” analizleri yapılmıştır. **Bağımsız T Testi**, iki bağımsız değişkene göre katılımcıların anket sorularına verdikleri cevapların ortalamaları alınarak, demografik özelliklerden cinsiyet ve medeni durumuna göre analiz edilir. **Tek Yönlü Anova testi** ise, ikiden fazla değişkene uygulanmaktadır. Yaş, meslek, eğitim durumu gibi demografik özellikleri katılımcıların 20 tane soruya nasıl cevap verdiklerini şeklinde analize tabi tutulur. Grupların ortalaması “3 ve üstü” ise katılımcıların sorulara olumlu yaklaştıkları yani verilen soruya katıldıkları anlamına gelmektedir. Grupların ortalaması “2 ve altı” ise katılımcıların sorulara olumlu yaklaşmadıkları veya sorulara katılmadıkları anlamına gelmektedir. Ankette katılımcılara yöneltilen; “*Sürdürülebilir kalkınmada sağlık sektörü önemlidir*”, “*Sürdürülebilir kalkınmada uygulanan sağlık politikaları etkindir*”, “*Sağlık düzeyinin ve harcamalarının artışı işgücü verimliliğini artırmaktadır*”, “*Eğitim düzeyi ve sağlık durumu arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır*”, “*Sağlık düzeyinin gelişmesi ekonomik kalkınmayı olumlu etkilemektedir*”, “*Sağlık düzeyi gelişimi gelir seviyesini yükseltmektedir*”, “*Sağlık harcamaları ekonomik performansı artırmaktadır*”, “*Eğitim, sağlık ve gelir düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmaktadır*”, “*Yaşam süresi artışı ekonomik büyümeyi olumlu etkilemektedir*”, “*Sağlık alanındaki iyileşmeler çalışan bireyin verimliliğini artırmaktadır*”, “*Bulaşıcı hastalıkların artışı ekonomik gelişmeyi olumsuz etkilemektedir*”, “*Sağlıklı beslenme ile emek arzı artışı arasında olumlu ilişki bulunmaktadır*”, “*Sağlık hizmetlerinin tasarruf etkisi koruyucu sağlık hizmetlerini artırır*”, “*Sağlık harcamaları yatırım yapma arzusunu artırır*”, “*Sağlık düzeyinde ki iyileşme yaşam kalitesini doğrudan etkiler*”, “*Sağlık harcamaları ile toplumsal*

refah düzeyi arasında güçlü bir ilişki vardır”, “Çevresel koşullar ve genetik yapı toplumun sağlık durumunu etkiler”, “Sanayileşme düzeyi sağlık üzerinde doğrudan etkiye sahiptir”, “Çevre kirliliği sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır”, “Halkın çevre ve sağlık konusunda bilinçlendirilmesi sürdürülebilir kalkınmayı olumlu etkilemektedir” şeklinde sorular sorulmuştur. Katılımcıların sorulara verdikleri cevapların ortalaması alınarak bir grup şeklinde analiz edilmiştir. Ankette sorulan bu soruların genel olarak “ Sürdürülebilir Kalkınma ile Sağlık İlişkisi” şeklinde tek grup halinde toplanmıştır. Bu gruba yönelik oluşturulan hipotezimiz ise ;Katılımcıların demografik özelliklerine göre; “Sürdürülebilir Kalkınma ile Sağlık arasında olumlu bir ilişki var mıdır yok mudur ” şeklindedir.

GÜVENİRLİK ANALİZİ

Tablo 8. Güvenirlik analizi tablosu

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha standart sorulara bağlı değer	Soru sayısı
0,927	0,929	20

Alpha değeri 0.927 olarak bulunmuş ve katılımcılara yöneltilen 20 sorunun güvenilirliği çok yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

FREKANS TABLOLARI

Tablo 9. Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Dağılım Tablosu

	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
15-25 arası	109	27,3	27,3	27,3
26-35 arası	159	39,8	39,8	67,0
36-45 arası	83	20,8	20,8	87,8
45-60 arası	39	9,8	9,8	97,5
60 ve üstü	10	2,5	2,5	100,0
Total	400	100,0	100,0	

15-25 yaş arası 109 kişi, 26-35 yaş arası 159 kişi, 36-45 yaş arası 83 kişi, 45-60 yaş arası 39 kişi ve 60 üstü yaş 10 kişi bulunmaktadır.



Tablo 10. Katılımcıları Cinsiyet Durumlarına Göre Dağılım Tablosu

	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kadın	194	48,3	48,3	48,3
Erkek	206	51,5	51,5	99,8
Total	400	100,0	100,0	

Kadın katılımcı sayısı 194, erkek katılımcı sayısı ise 206 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılım Tablosu

	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
İLKOKUL	2	0,5	0,5	0,5
ORTAOKUL	10	2,5	2,5	3,0
LİSE	91	22,8	22,8	25,8
ÜNİVERSİTE	225	56,3	56,3	82,0
LİSANSÜSTÜ	72	18,0	18,0	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Katılımcılarından ilkokul 2 kişi, ortaokul 10 kişi, lise 91 kişi, üniversite 225 kişi ve lisansüstü 72 kişi ankete katılım sağlamıştır.

Tablo 12. Katılımcıları Gelir Durumuna Göre Dağılım Tablosu

	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
0-1000 TL	14	3,5	3,5	3,5
1000-1500 TL	15	3,8	3,8	7,2
1500-2000 TL	47	11,8	11,8	19,0
2000-2500	47	11,8	11,8	30,8
2500 üstü	277	69,3	69,3	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Katılımcıların 0-1000 TL geliri olanların sayısı 14 kişi, 1000-1500 gelirlili kişi sayısı 15 kişi, 1500-2000 TL gelirlili kişi sayısı 47 kişi, 2000-2500 TL gelirlili kişi sayısı 47 kişi ve 2500 TL üstü gelirlili kişi sayısı 277 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Dağılım Tablosu

	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Şehir merkezi	343	85,8	85,8	85,8
İlçe	50	12,5	12,5	98,3
Kasaba veya köy	7	1,8	1,8	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Katılımcılardan 343 kişi şehir merkezinden, 50 kişi ilçeden ve 7 kişi ise kasaba ve köyden ankete katılım sağlamışlardır.

Tablo 14. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılım Tablosu

	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Bekâr	209	52,3	52,3	52,3
Evli	191	47,8	47,8	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Katılımcılardan 209 kişisi bekar ve 191 kişi ise evli olarak ankete katılım sağlamışlardır.

Tablo 15. Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılım Tablosu

	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Esnaf	21	5,3	5,3	5,3
Öğrenci	70	17,5	17,5	22,8
Memur	143	35,8	35,8	58,5
Akademisyen	20	5,0	5,0	63,5
Diğer	146	36,5	36,5	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Katılımcılardan 21 kişi esnaf, 70 kişi öğrenci, 143 kişi memur, 20 kişi akademisyen ve 146 kişi ise diğer meslek gruplarından olmak üzere ankete katılım sağlamışlardır.

Bağımsız T Testleri

Parametrik testlerden biri olan Bağımsız T testi ile bağımsız iki değişkenin ortalamaları alınarak bir karşılaştırma yapılmaktadır. Analizimizde, ankete katılan katılımcılara sorduğumuz 20 soruya katılımcıların verdikleri cevapların ortalamasını alarak, cinsiyet ve medeni durumlarına göre yorumladık. Cinsiyet ve medeni durum iki seçenekli ve birbirinden bağımsız olduğunda(kadın ve erkek birbirinden bağımsız, evli ve bekâr birbirinden bağımsız) 20 tane sorunun ortalaması alındığı zaman cinsiyete ve medeni duruma göre anlamlı bir fark var mı yok mu diye bakılmaktadır. Eğer sig(p) değeri 0.05 değerinden büyükse anlamlı bir fark yoktur, eğer sig(p) değeri 0,05 değerinden küçükse anlamlı bir fark vardır diyoruz ve analizi ortalamalara göre yorumlarız. Eğer ortalama değerler “3 ve üstü “ ise katılımcıların sorulan sorulara olumlu yaklaştıkları yani söz konusu ifadeye katıldıkları anlamına gelmektedir. Eğer ortalama “3’ün altında bir değere sahipse sorulan sorulara katılımcıların katılmadıkları anlamına gelmektedir.

t- Testi

Tablo 16. Katılımcıların Cinsiyet Durumuna Göre İstatistik Değerleri Tablosu

	Cinsiyet	Kişi	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata ortalaması
Sürdürülebilir kalkınma ile sağlık ilişkisi	Kadın	193	3,9101	0,70859	0,05101
	Erkek	206	3,8587	0,68452	0,04769

Tablo 17. Katılımcıların Cinsiyet Durumlarına Göre t Testi Tablosu

	Levene's varyansların eşitliği	Ortalamaların eşitliği t-testi								
		f	Sig.	t	df	Sig.(2-tailed)	Ortalama farklar	Standart Hata farkları	95% güven aralığı	
									Alt	Üst
Sürdürülebilir kalkınma ile sağlık ilişkisi	Varyansların eşitliği varsayımı	0,840	0,360	0,737	397	0,462	0,05139	0,06975	0,08574	0,18852
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı			0,736	393,081	0,462	0,05139	0,06983	0,08590	0,18868

Hipotez 1: “katılımcıların cinsiyet durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”

Hipotez 2: “katılımcıların cinsiyet durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark yoktur”

Yapılan t testi sonucunda, varyanslar homojendir ve sig.(p) değeri 0,462 olarak bulunmuş bu değer 0,05 anlamlılık değerinden büyük çıkmıştır. Bu durumda Hipotez 1'i reddederiz Hipotez 2'yi kabul ederiz. Yani katılımcıların cinsiyet durumlarına göre elde edilen değer anlamlılık değerinden büyük bulunduğu için sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Tablo 16'da ki kadın ve erkeklerin ortalamalarına baktığımızda kadınların ortalaması 3,91, erkeklerin ortalaması 3,85 bu ikisi arasında önemli derecede bir fark bulunmamıştır. Cinsiyet durumuna göre kadınların ve erkeklerin sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında ki ilişkiye dair anlamlı bir fark bulunmamaktadır ve hem kadın hem de erkek bireylerde sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında bir anlamlı fark olmadığı

sonucu elde edilmiştir. Anlamlı fark olmaması sorulan sorulara katıldıkları anlamına gelmektedir.



Tablo 18. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre İstatistik Değerleri t Tablosu

	Medeni	Kişi	Ortalama	Standart sapma	Standart Hata ortalaması
Sürdürülebilir kalkınma ile sağlık ilişkisi	Bekar	209	3,8753	0,69782	0,04827
	Evli	191	3,8939	0,69386	0,05021

Tablo 19. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre t Testi Tablosu

	Levene's varyansların eşitliği		Ortalamaların eşitliği t-testi							
	f	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama farklar	Standart Hata farkları	95% güven aralığı		
								Alt	Üst	
Sürdürülebilir kalkınma ile sağlık ilişkisi	Varyansların eşitliği varsayımı	0,259	0,611	0,267	398	0,790	0,01859	0,06966	0,15554	0,11836
	Varyansların eşit olmadığı varsayımı			0,267	395,170	0,790	0,01859	0,06965	0,15551	0,11833

Hipotez 3: “katılımcıların medeni durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”

Hipotez 4: “katılımcıların medeni durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark yoktur”

Yapılan t testi sonucunda, varyanslar homojendir ve sig(p) değeri 0,790 olarak bulunmuş ve bulunmuş bu değer 0,05 anlamlılık değerinden büyük çıkmıştır. Bu durumda Hipotez 3’ü reddederiz, Hipotez 4’ü kabul ederiz. Yani katılımcıların medeni durumlarına göre elde edilen değer anlamlılık değerinden büyük bulunduğu için sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Tablo 18’de bekârların ortalaması 3,87 ve evlilerin ortalaması ise 3,89 bu ikisi arasında önemli derecede bir fark bulunmamıştır. Medeni duruma göre evli olan ile bekâr olan sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında ki ilişkiye dair medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ve hem evli hem de bekar bireylerde

sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucu elde edilmiştir. Hem cinsiyet hem de medeni duruma göre yapılan t testi sonucunda sürdürülebilir kalkınma göstergelerinden biri olan sağlık unsurunda olumlu gelişmeler olduğu zaman toplumun sağlık durumlarında iyileşmeler sağlanabileceği sonucuna varılmıştır.

TEK YÖNLÜ ANOVA TESTİ (VARYANS)

Tek yönlü Anova testi ile ikiden fazla bağımsız değişken arasında ilişki ortalamaları karşılaştırarak analiz yapılır. Tek yönlü Anova testi ile katılımcıların eğitim, meslek, yaş, şehir gibi demografik özelliklerine göre ortalaması alınan sorulara verdikleri cevaplarla bu gruplar arasında karşılaştırma yapılır. Gruplar arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığı , eğer bir ilişki varsa hangi gruplar arasında vardır test edilmeye çalışılır. Anova testinde varyanslar homojense *Post Hoc Testi* ile *Tukey* testine bakılır, varyanslar homojen değilse *Bonferroni* testine bakılır ve gruplar arasında karşılaştırma yapılır.

ANOVA TESTİ

Tablo 20. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

	Kişi	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% güven aralığı ortalaması		Minimum	Maximum
					Alt sınır	Üst sınır		
İLKOKUL	2	2,4000	1,06066	0,75000	6,1297	12,9297	2,65	4,15
ORTAOKUL	10	2,8600	0,66825	0,21132	3,3820	4,3380	2,95	4,75
LİSE	91	2,7978	0,7210	0,07559	3,6476	3,9480	1,90	5,00
ÜNİVERSİTE	225	2,8769	0,70709	0,04714	3,7840	3,9698	1,50	5,00
LİSANSÜSTÜ	72	3,0331	0,60626	0,07145	3,8906	4,1756	2,15	5,00
Total	400	3,8842	0,69512	0,03476	3,8159	3,9525	1,50	5,00

Tablo 21. Katılımcıların eğitim durumlarına göre Anova tablosu

	Ortalama kareler toplamı	df	ortalama kareler	F	Sig.
Gruplar arası karşılaştırma	2,763	4	0,691	1,436	0,041
Toplam	190,030	395	0,481		
	192,793	399			

Hipotez 5: “katılımcıların eğitim durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”

Hipotez 6: “katılımcıların eğitim durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark yoktur”

Yapılan Anova testi sonucu sig.(p) değeri 0,041 olarak bulunmuş ve bu değer 0,05 anlamlılık değerinden küçüktür. Hipotez 6’yı reddederiz ve Hipotez 5’i kabul ederiz. Yani “katılımcıların eğitim durumu ile sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”. Tablo 20’de ki grupların ortalamasına baktığımız zaman lisansüstü ortalaması 3,8842 olarak bulunmuştur. Bu değer 3’ün üstünde olması yapılan Anova testi sonucuna göre katılımcıların sorulan sorulara katıldıkları yani sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir fark olduğu sonucu elde edilmiştir. Diğer grup ortalamasına baktığımız zaman ilkökul ortalaması 2,4000, ortaokul ortalaması 2,8600, lise ortalaması 2,7978 ve üniversite ortalaması 2,8769 olarak bulunmuştur. Bu değerlerin 2’in altında olması katılımcıların sorulara katılmadıkları anlamına gelmektedir. Genel olarak toplamına baktığımız zaman 3 üstü bir ortalama olduğu için sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucu elde edilmiştir. Yani katılımcılar sorulara olumlu yaklaşmışlardır.

Tablo 22. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

	Kişi	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% güven aralığı ortalaması		Minimum	Maximum
					Alt sınır	Üst sınır		
0-1000 TL	14	4,0214	0,51988	0,13894	3,7213	4,3216	3,10	4,90
1000-1500 TL	15	3,6700	0,80463	0,20775	3,2244	4,1156	2,20	5,00
1500-2000 TL	47	3,9787	0,7443	0,10858	3,7602	4,1973	2,00	5,00
2000-2500 TL	47	3,6064	0,62159	0,09067	3,4239	3,7889	1,90	5,00
2500- üstü	277	3,9200	0,69051	0,04149	3,8383	4,0017	1,50	5,00
Total	400	3,8842	0,69512	0,03476	3,8159	3,9525	1,50	5,00

Tablo 23. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Anova Testi Tablosu

	Ortalama kareler toplamı	df	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası karşılaştırma	5,354	4	1,338	2,821	0,025
Total	187,439	395	0,475		
	192,793	399			

Hipotez 7: “katılımcıların gelir durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”

Hipotez 8: “katılımcıların gelir durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark yoktur”

Yapılan Anova testi sonucu sig.(p) değeri 0,025 olarak bulunmuş ve bu değer 0,05 anlamlılık değerinden küçüktür. Hipotez 8’i reddederiz ve hipotez 7’yi kabul ederiz. Yani “katılımcıların gelir durumu ile sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”. Tablo 22’de ki grupların ortalamalarına baktığımız zaman 0-1000 TL gelirlili katılımcıların ortalaması 4,0214 olarak bulunmuştur. Bu değer Anova testine göre 3’ün üstü bir değer olarak bulunması katılımcıların sorulan sorulara katıldıklarını yani sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark olduğunu ifade ettikleri anlamına gelmektedir. Grupta ki diğer katılımcıların ortalamasına baktığımız zaman 1000-1500 arası 3,670, 1500-2000 arası 3,978 , 2000-2500 arası 3,606 ve 2500 üstü 3,920 şeklinde değerler almışlardır. Bu değerlerin yine 3’ün üstünde bir değer olması katılımcıların sorulan sorulara katıldıklarını ve sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

	Kişi	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% güven aralığı ortalaması		Minimum	Maximum
					Üst sınır	Alt sınır		
Esnaf	21	4,1881	0,56633	0,1238	3,9303	4,4459	3,00	5,00
Öğrenci	70	3,8593	0,75557	0,09031	3,6791	4,0394	1,90	5,00
Memur	143	3,8140	0,77828	0,06508	3,6853	3,9426	1,50	5,00
Akademisyen	20	4,3072	0,48236	0,10786	4,081	4,5330	3,5	5,00
Diğer	146	3,8633	0,58853	0,04871	3,7670	3,9596	2,15	5,00
Total	40	3,8842	0,69512	0,03476	3,8159	3,9525	1,50	5,00

Tablo 25. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Anova Testi Tablosu

	Ortalama kareler toplamı	df	Ortalama kareler	F	Sig.
Gruplar arası karşılaştırma	6,331	4	1,583	3,353	0,010
Total	186,462	395	0,472		
	192,793	399			

Hipotez 9: “katılımcıların meslek durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”

Hipotez 10: “katılımcıların meslek durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark yoktur”

Yapılan Anova testi sonucu sig.(p) değeri 0,010 olarak bulunmuş ve bu değer anlamlılık 0,05 değerinden küçüktür. Hipotez 10’ nu reddederiz ve hipotez 9’u kabul ederiz. Yani “katılımcıların meslek durumu ile sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”. Tablo 24’de ki grupların ortalamalara baktığımız zaman mesleği akademisyen olan katılımcıların ortalaması 4,3072 olarak bulunmuştur. Bu değer Anova testi sonucunda 3’ün üstü bir değer olarak bulunması katılımcıların sorulan sorulara katıldıkları anlamına gelmektedir yani sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ifade etmişler ve diğer katılımcılara göre daha olumlu yaklaşmışlardır. Grupta ki diğer katılımcıların ortalamalarına baktığımız zaman esnaf 4.1881 , öğrenci 3.8593 , memur 3.814, diğer 3.8633 şeklinde ortalamalara sahiptirler. Varyansların sig. (p) değeri 0,005 çıkmış ve bu değer 0,05 değerinden küçük olduğu için varyanslar homojen değildir ve Post Hoc Testte Bonferroni testine baktığımız da mesleği akademisyen olan ile mesleği memur olanlar arasında anlamlı bir fark vardır. Bu grupta yer alan katılımcıların ortalamalarının da yine 3 üstü bir değer alması sorulan sorulara katıldıklarını ve sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların Yaşadıkları Yere Göre Tanımlayıcı İstatistikleri Tablosu

	Kişi	Ortalama	Standart Sapma	Standart. Hata	95% güven aralığı ortalama		Minimum	Maximum
					Alt sınır	Üst sınır		
Şehir merkezi	343	3,8730	0,69421	0,03748	3,7993	3,9467	1,50	5,00
İlçe	50	3,9509	0,71839	0,10160	3,7467	4,1551	2,20	5,00
Kasaba veya köy	7	3,9571	0,63010	0,23815	3,3744	4,5399	3,15	4,85
Total	400	3,8842	0,69512	0,03476	3,8159	3,9525	1,50	5,00

Tablo 27. Katılımcıların yaşadıkları yere göre Anova testleri tablosu

	Ortalama kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig.
Gruplar arası karşılaştırma	0,303	2	0,151	0,312	0,732
Total	192,490	397	0,485		
	192,793	399			

Hipotez 11: “katılımcıların yaşadıkları yere göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”

Hipotez 12: “katılımcıların yaşadıkları yere göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark yoktur”

Yapılan Anova testi sonucu sig.(p) değeri 0,732 olarak bulunmuş ve bu değer 0,05 anlamlılık değerinden büyüktür. Hipotez 11’ i reddederiz ve hipotez 12’yi kabul ederiz. Yani “katılımcıların yaşadıkları yere göre sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir fark yoktur”. Grupta yer alan katılımcıların ortalamalarına baktığımız zaman şehri merkezi 3,8730 , ilçe 3,9509 , kasaba ve köy 3,9571 şeklinde ortalamalara sahiptirler. Varyansların homojenlik testine baktığımız zaman sig.(p) değeri de 0,714 olarak bulunmuş ve varyanslar homojenlik özelliği göstermektedir. Post Hoc testte Tukey testine baktığımız zaman gruplar arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Yapılan Anova testine göre bu değerlerin 3 üstünde bir ortalamaya sahip olması katılımcıların sorulan sorulara katıldıkları ve sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

	Kişi	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% güven aralığı ortalaması		Minimum	Maximum
					Alt sınır	Üst sınır		
15-25 arası	109	3,8156	0,66697	0,06388	3,6890	3,9422	1,90	5,00
26-35 arası	159	3,8814	0,67265	0,05334	3,7761	3,9868	1,90	5,00
36-45 arası	83	3,7914	0,75352	0,08271	3,6269	3,9560	1,50	5,00
45-60 arası	39	4,1333	0,68742	0,11008	3,9105	4,3562	2,05	5,00
60 ve üstü	10	4,4750	0,42246	0,13359	4,1728	4,7772	3,70	5,00
Total	400	3,8842	0,69512	0,03476	3,8159	3,9525	1,50	5,00

Tablo 29. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Anova Testi Tablosu

	Ortalama kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig.
Gruplar arası karşılaştırma	7,139	4	1,785	3,798	0,005
Total	185,653	395	0,470		
	192,793	399			

Hipotez 13: “katılımcıların yaş durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”

Hipotez 14: “katılımcıların yaş durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark yoktur”

Yapılan Anova testi sonucu sig.(p) değeri 0,005 olarak bulunmuş ve bu değer 0,05 anlamlılık değerinden küçüktür. Hipotez 13’ u kabul ederiz ve hipotez 14’ü reddederiz. Yani “katılımcıların yaş gruplarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark vardır”. Bu anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu ortalamalarına bakarak anlarız. Tablo 28’de ki grupların ortalamalarına baktığımız zaman 15-25 yaş arası 3,8156, 26-35 yaş arası 3,8814, 36-45 yaş arası 3,7914, 45-60 yaş arası 4,1333, 60 ve üstü ise 4,4750 şeklinde ortalamalara sahiptirler. Ortalamaların 3’ ün üstünde bir değer almaları katılımcıların sorulara katıldıkları ve bu değerın 3 üstü olması sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı ilişki olduğu anlamına gelmektedir. Fakat 60 yaş ve üstü grubun 4,4750 ortalamayla sorulara daha olumlu yaklaştığını görmekteyiz. Varyansların homojenlik testine baktığımızda ise sig.(p) değeri 0,373 olarak bulunmuş ve bu değer 0.05 değerinden büyüktür olduğundan varyanslar homojendir. Post Hoc Testte Tukey testine baktığımızda ise, 15-25 yaş grubu ile 60 yaş üstü arasında anlamlı bir fark vardır 15-25 yaş grubu ortalaması 3,8156 ve 60 yaş grubu ortalaması 4,4750 arasında önemli bir fark vardır. Fakat her iki grubun ortalaması “3” ün üstünde olması ankette yer alan sorulara olumlu cevaplar verdiği anlamına gelmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sürdürülebilir kalkınma kavramı çevre , ekonomi , sosyo-demografik ve sağlık unsurlarını içinde barındırmaktadır. Sürdürülebilir kalkınmada vurgulanan nokta gelecek nesillerin ihtiyaçlarının karşılanmasına engel oluşturmayacak şekilde şuan ki nüfusun ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiği zaman, önemli olan bu ihtiyaçlar karşılanırken çevreye zarar vermeden insan yaşamının kalitesinin artırılmasıdır. Çünkü sürdürülebilir kalkınma sadece çevreyi korumayı değil aynı zamanda uzun dönemde sağlıklı olmayı da içerir. Sürdürülebilir kalkınmada sağlık göstergeleri arasında *beslenme durumu* (çocukların beslenme durumu), *ölüm oranı* (5 yaş altı çocuk ölüm oranı , doğumda yaşam beklentisi) , *hijyen koşulları* (yeterli kirli su ve atık hizmeti alan nüfusun oranı) , *içme suyu* (temiz içme suyu bulabilen nüfus oranı) , *sağlık hizmetleri* (temel sağlık hizmeti alabilen nüfus oranı ,bulaşıcı çocuk hastalıklarına karşı aşılama , doğum kontrol yöntemlerini kullanma oranı) gibi yer alan göstergeler sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında ki ilişkiyi ortaya koymaktadır.

Sürdürülebilir kalkınma sağlık ilişkisinin analiz edildiği anket çalışmamızda hipotez sonuçlarımız şu şekildedir;

Birinci hipotezimiz: “katılımcıların cinsiyet durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark olup olmadığı” yapılan T testine göre test edilmiştir ve sig.(p) değeri (0.462) olarak bulunmuştur bu değer anlamlılık değeri (0,05) büyük bir sonuç olduğu için katılımcıların cinsiyet durumlarına göre anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yani katılımcıların cinsiyet durumlarına göre anket sorularına aynı duyarlılıkla yaklaşıp anket sorularına katıldıklarını ifade etmişlerdir.

İkinci hipotezimiz: “katılımcıların medeni durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark olup olmadığı” yapılan T testine göre test edilmiştir ve sig.(p) değeri (0,611) olarak bulunmuştur bu değer anlamlılık değeri (0,05) büyük bir sonuç olduğu için katılımcıların medeni durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir fark

olmadığı test edilmiştir. Yani katılımcıların cinsiyet durumlarına göre anket sorularına aynı duyarlılıkla yaklaşım sorularına katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Üçüncü hipotezimiz :“katılımcıların eğitim durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark olup olmadığı ” yapılan Anava testine göre test edilmiştir ve sig.(p) değeri (0,041) olarak bulunmuştur bu değer anlamlılık değeri (0,05) küçük bir sonuç olduğu için katılımcıların eğitim durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir fark olduğu test edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre grup ortalamalarına baktığımız zaman ilkökul, ortaokul, lise olanların ortalamaları 2'nin altında bir sonuç elde edilmiştir bu durumda o eğitim düzeyinde olanların sorulara aynı duyarlılıkla katılmadıkları yani farklı cevaplar verdiği tespit edilmiştir. Lisansüstü eğitim durumunda olan katılımcıların ortalamaları 3 ve üstü olduğu için katılımcıların soruları aynı cevabı verdikleri yani katıldıkları sonucu elde edilmiştir.

Dördüncü hipotezimiz :“katılımcıların gelir durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark olup olmadığı” yapılan Anava testine göre test edilmiştir ve sig.(p) değeri (0,025) olarak bulunmuştur bu değer anlamlılık değeri (0,05) küçük bir sonuç olduğu için katılımcıların gelir durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir fark olduğu test edilmiştir. Anamlı bir fark olması demek katılımcıların sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında ki sorulara katılması anlamına gelmektedir. Katılımcıların gelir durumuna göre grup ortalaması bütün gelir düzeylerinde 3 ve üstü çıktığı için katılımcıların sorulara katıldıkları sonucuna varılmıştır.

Beşinci hipotezimiz: “katılımcıların meslek durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark olup olmadığı ” yapılan Anava testine göre test edilmiştir ve sig.(p) değeri (0,010) olarak bulunmuştur bu değer anlamlılık değeri (0,05) küçük bir sonuç olduğu için katılımcıların meslek durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir fark olduğu test edilmiştir. Anamlı bir fark olması demek katılımcıların sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında ki sorulara katılması anlamına gelmektedir

Katılımcıların meslek durumlarına göre grup ortalamaları 3 ve üstü bulunmuştur yani katılımcıların sorulara aynı duyarlılıkla yaklaşmışlar ve katılmışlardır. Mesleği akademisyen olan katılımcıların sorulara daha olumlu yaklaşmıştır.

Altıncı hipotezimiz: “*katılımcıların yaşadıkları yere göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark olup olmadığı*” yapılan Anavo testine göre test edilmiştir ve sig.(p) değeri (0,732) olarak bulunmuştur bu değer anlamlılık değeri (0,05) büyük bir sonuç olduğu için katılımcıların yaşadıkları yere göre sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir fark olmadığı test edilmiştir. Ancak gruplar arası karşılaştırma yaptığımız zaman ve ortalamalarına baktığımız zaman ise 3 ve üstü bir sonuç elde edildiği için katılımcılar sorulara katıldığı sonucu elde edilmektedir. Beşli likert ölçeğine göre cevaplar olumsuzdan olumluya gittiği için katılımcılar kesinlikle katılıyorum kısmına katılmasa bile kısmen sorulara katıldıkları ifade etmişlerdir.

Yedinci hipotezimiz: “*katılımcıların yaş durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ile sağlık arasında anlamlı bir fark olup olmadığı*” yapılan Anavo testine göre test edilmiştir ve sig.(p) değeri (0,005) olarak bulunmuştur bu değer anlamlılık değeri (0,05) küçük bir sonuç olduğu için katılımcıların yaş durumlarına göre sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu test edilmiştir. Anlamlı bir ilişki olması demek katılımcıların sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasında ki sorulara katılması anlamına gelmektedir. Katılımcıların yaş durumlarına göre grup ortalamaları 3 ve üstü bir sonuç bulunduğu için katılımcılar sorulara katılmışlardır. Katılımcılardan 60 yaş ve üstü grup sorulara daha olumlu yaklaştığı yapılan test sonucu elde edilmiştir.

Hipotez testleri sonuçları toplu olarak değerlendirildiği zaman *sürdürülebilir kalkınma ve sağlık* arasında pozitif ilişki olduğu söylenebilir. Bu kapsamda yine analiz sonuçları doğrultusunda sağlık göstergelerinde görülecek iyileşmelerin toplumsal refahı arttıracığı söylenebilir. Tez çalışmasında yapılan anket sonuçları ve gözlemler neticesinde aşağıda belirtilen önerilerin Van ili özelinde sürdürülebilir kalkınma sağlık ilişkisini olumlu yönde etkileyeceği tahmin edilmektedir. Söz konusu öneriler şöyle sıralanabilir;

- Van ilinde yaşayan çocukların bulaşıcı hastalıklara karşı korumak için aşılama yapmak,
- Van ilinde yaşayan vatandaşların eēitim düzeylerinin arttırılması,
- Van ilinde yaşayan vatandaşlara saēlıklı yaşam hakkında bilgilendirme yapmak,
- Van ilinde bulunan fabrikaların çevreye verdiēi zararları en aza indirmek,
- Köylerde yaşayan vatandaşların saēlık hizmetlerine ulaşabilmesini saēlama,
- Van ilinde ki vatandaşların temiz su kullanımına ulaşabilmelerini saēlama,
- Van ilinde yaşayan vatandaşların toplu Şekilde yaşadıkları yerlerde özellikle hastane, okul , yurt gibi ortamlarda hijyen koşullarına dikkat edilmesi ,
- Van ilinde ki vatandaşların koruyucu saēlık hizmetlerinin arttırılması,
- Tıbbi atıklar , evsel atıklar , katı atıkların toplanıp ayrı ayrı Őehirden uzak bir yerde imha edilmesi
- Günün ihtiyaçlarını karşılarken saēlıksız tüketimden kaçınılması konusunda bilinçlendirme faaliyetlerinin etkin Şekilde yapılması
- Saēlıēı olumsuz etkileyecek evre ve iktisadi faaliyetlerden kaçınılmasının benimsenmesi
- Nihai olarak kalkınma (gelişme) ve saēlıēın birbirinin tamamlayıcısı olduēunun içselleŐtirilmesini saēlamak.

KAYNAKÇA

- Ağır, H., Tıraş, H.H. (2018). “Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi”. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15 (2), 643-670.
- Akar, S.(2014). “ Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasında ki İlişkinin İncelenmesi”. *Yönetim ve Ekonomi*, 21(1), 311-322.
- Akdur, Recep. (2006). Sağlık Sektörü “ Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”. Ç. Erhan ve B. Kızılırmak. (Editörler). *Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi*. İkinci Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akyürek, Ç.E. (2012). “Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(2), 124-153.
- Alıca, S. (2012). “ Tabiatı ve Biyolojik Çeşitliliği Koruma Kanunu Tasarısı’nın Doğa Koruma Mevzuatı Çerçevesinde Değerlendirilmesi”. *Ankara Barosu Dergisi*, (3), 185-216.
- Arrow, K.J.(1963). “ Uncertainty and Welfare Economics Of Medical Care”. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973
- Arslan, D., Ağırbaş, İ.(2017). “Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY”. *Sağlıkta Performans Kalite Dergisi*, (13), 99-126.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, Ankara.
- Bilgili, E., Ecevit, E.(2009). “Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri”. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Bilgili, Y.(2012). *Mikro İktisat*. (On ikinci Baskı). İstanbul: 4T Yayınevi.
- Bostan, S., Çiftçi, F.(2016). “Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerinde ki Değişim Etkisi : Sağlık Çalışanlarının Görüşleri”. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 1-8.

- Bostancı, Y.(2008). “Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası”. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 6(1), 145-173.
- Çalışkan, Z. (2008). “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29-50.
- Çavdar, N., Karcı, E. (2014). “XIX.Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması’ na Dair Bibliyografik Bir Deneme”. *International Peridocal For The Languages, Literature and History Of Turkish or Turkic*, 9(4),255-286.
- Çavmak, Ş., Çavmak, D.(2017). “ Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”. *Sağlık Yönetim Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çelik, H., Çelik, A.D., Fisunoglu, M.(2016). “1990-2015 Yılları Arasında Bin Yıl Kalkınma Hedefleri ve Yoksulluk: Türkiye Örneği. *International Conference On Eurasian Economies*, 336-341.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi*. (Üçüncü Baskı).Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelik, Y.(2006). “Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 12-37.
- Çoban, H.(2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Çokişler, Nazım., Çokişler, Elvan. (2017). “Sürdürülebilir Kalkınma Kavramına Getirilen Eleştiriler”. *International Journal of Contemporary Tourism Research1*, 1-7.
- Çögürçü, İ.(2015).Sağlık Hizmetleri Piyasa Arz ve Talebi. B. Güvenek (Editör). *Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları*. Birinci Baskı. Konya: Çizgi Kitabevi, 9-44.
- Daştan, İ., Çetinkaya, V. (2015). “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırılması”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Durmaz, T ., Erdem, R.(2017). “Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi”. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(29),579-604.

- Dürrü, Z.(2012). *OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Er. Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erumut, M.C. (2014). “Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem”. *Sosyal Güvence Dergisi*, (5), 93-126.
- Eryılmaz, T. (2011). *Sürdürülebilir Kalkınma ve Türkiye’de Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gökalp, F.(2015). Türkiye’de SAĞLIK Hizmetlerinin Finansmanı. Burcu, G.(Editör). *Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro boyutları*. Birinci Baskı. Konya: Çizgi Kitabevi, 139-156.
- Groosman, M. (1972), “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health,” *Journal of Political Economy* 80 (2), 223–255.
- Güneş, İ., Yakar, S. (2004). “Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleriyle Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 127-142.
- Han, Ergül., Kaya, A.A. (2015). *Kalkınma Ekonomisi Teori ve Politika*. (Dokuzuncu Baskı). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Hansen, P., ve King, A. (1996).“The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach,” *Journal of Health Economics* 15 (1), 127–137.
- Homedes, N.(1996). “The Disability-Adjusted Life Year (DALY) Definition Measurement and Potential Use”. *Human Capital Development*, 1, 1-16.
- Işık, A.(1977). *Sağlık Ekonomisi: Finansman ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. (2010). “ Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”. *Dirim Tıp Gazetesi*, (85), 86-99.
- Kanberoğlu, Z., Günsan, N. (2018, 25-26 Ağustos). *Türkiye’de Sürdürülebilir Kalkınma ve Sağlık İlişkisi*. Ahtamara Uluslararası Multidisipliner Çalışmalar Kongresi, Van-Gevaş.

- Kara, Ö., Kuru, E., Bulut, H., Sanal, G., Günaydın, S ve Sargutan, A.E. (Editör). ***Birleşik Krallık Sağlık Sistemi***. 515-533.
- Loş, N. (2016). ***Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği***. Yayınlanmamış Doktora Tezi , İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Mendelson, D.N., Schwartz, W.B. (1993). “The effects of Aging and Population Growth on Health Care Costs”. ***Health Affairs***, 12(1), 119-125.
- Newhouse, J.P. (1977), “Medical Care Expenditure: A Cross-National Survey”, ***Journal of Human Resources***, 12, 115–125.
- Orhan, Ö. (2006). ***Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları***. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, İzmir.
- Ökmen, M., Görmez, K.(Editörler). (2009). “Türkiye’de Yerel Gündem 21 ve Yerel Yönetişim Uygulamaları”, ***Yerel Yönetimlerin Güncel Sorunları***. İstanbul: Beta Yayın.
- Öksüz, E., Malhan, S.(2005). ***Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi-Kalitemetri***. Ankara.
- Özmen, Z. (2017). “Avrupa’da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme”. ***Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi***, 7(2), 600-620.
- Öztürk, S., Uçan, Okyay. (2017). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri Sağlık Harcamalarında Artış-Büyüme İlişkisi”. ***Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*** , 22(1), 139-152.
- Paksoy Erbaydar, N.(2009). “Hastalık Yüğü Kavramı ve Hesaplamasında Kullanılan Ölçütler ve DALY Kavramına Kısa Bakış”. ***Toplum Hekimliği Bülteni***, 28(1), 20-25.
- Poyraz, T. (1990). ***Sağlık Ekonomisi (Sağlık Hizmetlerinin Kalkınmaya Etkisi)***, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi , İstanbul üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sargutan, A.E. (2005). “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”. ***Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi***, 8(3), 400-423.

- Sarı, Ç. (2011). “Doç.Dr.Fikret Başkaya ve Az Gelişmişlik”. *İlim Dünyası*, (2), 23-28.
- Seydioğulları, H.S. (2013). “Sürdürülebilir Kalkınma için Yenilenebilir Enerji”. *Planlama*, 23(1), 19-25.
- Smith, G.T.(1987). *Health Economics: Prospects For The Future*. Office of Health Economics, London.
- Somunoğlu, S.(1999). “ Kavramsal Açıdan Sağlık”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1), 51-62.
- Soysal, A., Yağar, F. (2015). “Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Bir Araştırma ve Uygulama”. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 313-343.
- Şahin, Ş., Toprak, S., Ünal, Erdiç.(2012). “QALY: Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları”. *Medicine Science*, 1(4),232-243.
- Şantaş, F.(2017). “Sağlık Ekonomisi Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi”. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Dergisi*, 9(19), 85-93.
- Şengün, H.(2015). “Türkiye’de Çevre Yönetim Ve Çevre ve Şehircilik Bakanlığının Uygulamaları”. *Strategic Public Management Journal*, (1), 109-130.
- Taşkın, Ö. (2011). *Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Tatar, M. (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Terzi, S. (2017). *Sürdürülebilir Kalkınma Çerçevesinde Türkiye’de Uygulanan Çevre Politikası Araçlarının Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, T.C Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Ankara.
- Tıraş, H.H.(2013). “Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme”. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.
- Tolunay, A., Akyol, A. (2006). “Kalkınma ve Kırsal Kalkınma :Temel Kavramlar ve Tanımlar”. *Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, A(2), 116-127.

- Tüylüoğlu, Ş., Tekin, M.(2009). “Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri”. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 13(1), 1-3.
- Uğurluoğlu, E., Özgen, H. (2008). “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Ulutürk, S.(2015). “Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlığın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler Ve Önemi: Türkiye Örneği”. *Finans & Ekonomik Yorumlar*, 52(603). 47-63.
- Wild, C., Gibis, B. (2003). “Evaluations of Health Interventions in Social Insurance-based countries: Germany, The Netherlands and Austria”. *Health Policy*, 63, 187-196.
- Yereli, AB., Kobal, İ., Köktaş, A.M. (2011). “*Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Artıran Faktörler*”. 1-9. <http://ahmetburcinyereli.com/BEYKON10.pdf> (Son Erişim Tarihi : 13.04.2019).
- Yıldırım, H.H. (1999). “ Piyasa Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları”. *Amme İdare Dergisi*, 32(1), 1-12.
- Yıldız, İ. (2015). *İnsani Gelişme ve İnsani Yoksulluk Bağlamında İnsani Gelişme Endeksi : gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkeler ile Türkiye Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

İNTERNET KAYNAKLARI

- <http://www.kaderkarataş.wordpress.com/author/kdrkrts/>(Son Erişim Tarihi: 28.07.2018).
- <http://www.bndergi.org/tr/nufus-ve-kalkinma-2015-program-cercevesi-ulusal-istisare-toplantisi/> (Son Erişim Tarihi: 01.08.2018).
- <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf> (Son Erişim Tarihi : 30.01.2019).
- <http://www.cevremuhendisligi.org/index.php/component/content/article/4-bunlari-biliyormusunuz/27-ucep-ulusal-cevre-stratejisi-eylem-plani> (Son Erişim Tarihi: 07.01.2019).

<http://www.daka.org.tr/panel/files/files/yayinlar/bask%C4%B1%20son%20hali%20rapor.pdf> (Son Erişim Tarihi : 09.06.2019).

<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2872.pdf> (Son Erişim Tarihi: 08.01.2019).

<http://www.sdplatform.com/Dergi/307/Saglik-hizmet-sunucularina-odeme-modelleri-ve-sorunlar.aspx> (Son Erişim Tarihi:12.05.2019).

http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human_development/nsani-geli-me-endeksleri-ve-goestergeleri--2018-statistiksel-gue.html(Son Erişim Tarihi: 14.12.2018).

<http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html> (Son Erişim Tarihi: 29.07.2018).

<http://www.vankulturturizm.gov.tr/TR-90249/tarihi-yapi.html>(Son Erişim Tarihi: 06.06.2019).

<https://data.oecd.org/> (Son Erişim Tarihi : 18.04.2019).

<https://docplayer.biz.tr/21889482-Turkiye-de-katastrofik-saglik-harcamalari.html> (Son Erişim Tarihi : 23.02.2019).

<https://habitat.csb.gov.tr/habitat-konferanslari-i-5746> (Son Erişim Tarihi: 01.08.2018).

https://www.ab.gov.tr/fasil-27-cevre_92.html (Son Erişim Tarihi: 28.07.2018).

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Son Erişim Tarihi: 12.02.2019).

https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf (Son Erişim Tarihi: 08.02.2019).

https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacesse/yuklemeler/RAPORLAR/tuik_2018_saglik_harcamalari_2017.pdf (Son Erişim Tarihi : 15.04.2019).

<https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/en/> (Son Erişim Tarihi: 13.04.2019).

EKLER

ANKET ÖRNEĞİ

ANKET SORULARI

Bu Çalışma Yüzüncü Yıl Üniversitesi İİBF iktisat bölümünde Doç. Dr. Zafer KANBEROĞLU danışmanlığında yürütülen ve yüksek lisans öğrencisi Nida Günsan tarafından hazırlanan "Sürdürülebilir kalkınma sağlık ekonomisi ilişkisinin Van ilinde analizi" isimli tezde kullanılmak amacıyla yapılmaktadır. Anketten elde edilen bilgiler bilimsel yayın dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmakta ve hiçbir şekilde anket katılımcılarının adı ve soyadı talep edilmeyecektir. Verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaşınız

- A) 15-25 arası B) 26-35 arası C) 36-45 arası D) 45-60 arası E) 60 ve üstü

2.Cinsiyetinizi belirtiniz

- A) Kadın B) Erkek

3.Eğitim durumunuzu belirtiniz

- A) ilkokul B) Ortaokul C) Lise D) Üniversite E) Lisansüstü

4. Ailenizin aylık toplam gelirini belirtiniz

- A) 0-1000 TL arası B) 1000-1500 TL arası C) 1500-2000 TL arası D) 2000-2500 TL arası E)2500 TL üstü

5. Yaşadığınız yeri belirtiniz

- A)Şehir merkezi B)İlçe C) Kasaba ve köy

6. Medeni durumunuzu belirtiniz

- A) Bekar B) Evli

7. Mesleğinizi belirtiniz

- A) Esnaf B) Öğrenci C) Memur D) Akademisyen E) Diğer

Açıklama

Anketin bu bölümünde katılımcılara Van ili örneğinde Sürdürülebilir kalkınma sağlık ekonomisi ilişkisinin tespitine ilişkin sorular yöneltilmiştir. Her bir soruya kendi görüşünüze göre "Kesinlikle katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kısmen katılıyorum", "Katılıyorum", "Kesinlikle katılıyorum", seçeneklerinde size en uygun olanı seçiniz.

1. Sürdürülebilir kalkınmada sağlık sektörü önemlidir.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

2. Sürdürülebilir kalkınmada uygulanan sağlık politikaları etkindir.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

3. Sağlık düzeyinin ve harcamalarının artışı işgücü verimliliğini artırmaktadır.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

4. Eğitim düzeyi ve sağlık durumu arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

5. Sağlık düzeyinin gelişmesi ekonomik kalkınmayı olumlu etkilemektedir.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

6. Sağlık düzeyi gelişimi gelir seviyesini yükseltmektedir.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

7. Sağlık harcamaları ekonomik performansı artırmaktadır.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

8. Eğitim, sağlık ve gelir düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmaktadır.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

9. Yaşam süresi artışı ekonomik büyümeyi olumlu etkilemektedir.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

10. Sağlık alanındaki iyileşmeler çalışan bireyin verimliliğini artırmaktadır.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

11. Bulaşıcı hastalıkların artışı ekonomik gelişmeyi olumsuz etkilemektedir.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

12. Sağlıklı beslenme ile emek arzı artışı arasında olumlu ilişki bulunmaktadır.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

13. Sağlık hizmetlerinin tasarruf etkisi koruyucu sağlık hizmetlerini artırır.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

14. Sağlık harcamaları yatırım yapma arzusunu artırır.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

15. Sağlık düzeyinde ki iyileşme yaşam kalitesini doğrudan etkiler.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

16. Sağlık harcamaları ile toplumsal refah düzeyi arasında güçlü bir ilişki vardır.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

17. Çevresel koşullar ve genetik yapı toplumun sağlık durumunu etkiler.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

18. Sanayileşme düzeyi sağlık üzerinde doğrudan etkiye sahiptir

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

19. Çevre kirliliği sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum

20.Halkın çevre ve sağlık konusunda bilinçlendirilmesi sürdürülebilir kalkınmayı olumlu etkilemektedir.

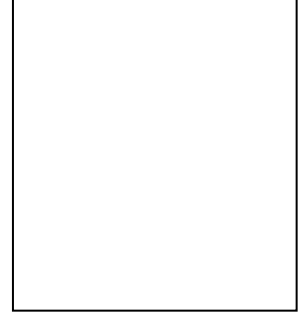
- A) Kesinlikle katılmıyorum B) Katılmıyorum C) Kısmen katılıyorum D) Katılıyorum
E) Kesinlikle katılıyorum



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : GÜNSAN , Nida
Uyruğu : T.C
Doğum Tarihi ve Yeri : 1993/Van
E-mail : nidagnsn93@gmail.com



EĞİTİM BİLGİLERİ

2017-2019 : Yüksek Lisans , Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi
Tez Konusu: Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi
İlişkisinin Van İlinde Analizi
2013-2016 : Abant İzzet Baysal Üniversitesi , İktisat
2012-2013 : Adnan Menderes Üniversitesi , İktisat (Yatay Geçiş)
2007-2011 : Van Selahaddin Eyyubi Anadolu Lisesi

YABANCI DİL

YÖKDİL: 72,50

BİLGİSAYAR

MS WORD: İyi
MS EXCELL: Orta

HOBİLER:

Film izleme, kitap okuma , seyahat etme, sosyal etkinliklere katılma, dil çalışma, doğa yürüyüşü, peçete koleksiyonu yapma, müzik dinlenme.

BE CERİ /YETENEKLER:

Etkin koordinasyon sağlayabilme, sorumluluklarını yerine getirmede titiz davranma, ekip çalışmasına yatkın, iletişim kabiliyeti güçlü, problemleri iyi analiz edebilme ve alternatif çözüm üretebilme, yenilikçi stratejiler geliştirebilme, hedef belirleme ile hızlı ve etkili kararlar alabilme, zaman yönetimde başarılı, danışmanlık ve öğreticilik becerileri mevcuttur.



VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

LİSANSÜSTÜ TEZ ORJİNALLİK RAPORU

17 / 06 / 2019

Tez Başlığı / Konusu:

Sürdürülebilir kalkınma sağlık ekonomisi ilişkisinin Van ilinde analizi

Yukarıda başlığı/konusu belirlenen tez çalışmamın Kapak sayfası, Giriş, Ana bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan toplam 123 sayfalık kısmına ilişkin, 17 / 06 / 2019 tarihinde şahsım tarafından Turnitin intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 10(on) dur.

Uygulanan Filtreler Aşağıda Verilmiştir:

- Kabul ve onay sayfası hariç,
- Teşekkür hariç,
- İçindekiler hariç,
- Simge ve kısaltmalar hariç,
- Gereç ve yöntemler hariç,
- Kaynakça hariç,
- Alıntılar hariç,
- Tezden çıkan yayınlar hariç,
- 7 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 7 words)

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Lisansüstü Tez Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılmasına İlişkin Yönergeyi İnceledim ve bu yönergede belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içemediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

17 / 06 / 2019
Nida Günsan

Adı Soyadı : Nida Günsan

Öğrenci No : 179202039

Anabilim Dalı : İktisat Anabilim Dalı

Programı : İktisat

Statüsü : Y. Lisans Doktora

DANIŞMAN
Doç.Dr. Zafer Kanberoğlu

17 / 06 / 2019

ENSTİTÜ ONAYI
UYGUNDUR

...../...../201....

Doç. Dr. Bekir KOÇLAR
Enstitü Müdürü