

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİMDALI

**GAZİANTEP İLİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE
SAĞLIK HARCAMALARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YEMLİHA YANAR

Tez Danışmanı: Yrd. Doç.Dr. Metin YILDIRIM

GAZİANTEP

TEMMUZ 2011

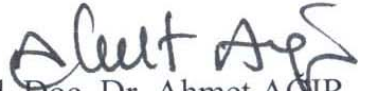
T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI

GAZİANTEP İLİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HARCAMALARI

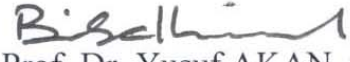
Yemliha YANAR

Tez Savunma Tarihi: 12.07.2011


Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı


Yrd. Doç. Dr. Ahmet AÖR
SBE Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları sağladığını onaylarım.


Prof. Dr. Yusuf AKAN y.
Enstitü ABD Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.


Yrd. Doç. Dr. Metin YILDIRIM
Tez Danışmanı

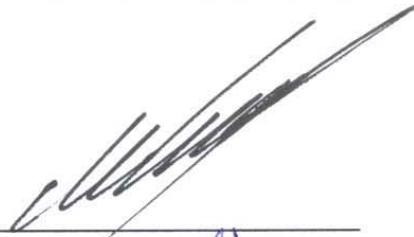
Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri:

Prof. Dr. Metin KARAKÖK

Yrd. Doç. Dr. Metin YILDIRIM

Yrd. Doç. Dr. Rüstem YANAR





ABSTRACT
THE HEALTH SECTOR AND HEALTH EXPENDITURES IN
GAZIANTEP PROVINCE

YANAR, Yemliha
Master Thesis, Department of Economics
Supervisor: Asist. Prof. Dr. Metin YILDIRIM
June, 2011, 99 pages

One of the most important indicator of the level of development of the countries is the investments to the health system and the ratio of these investments in the country's economy. As a result of the investments at the level of the European standards to health system, Turkey has become the center of attraction for Middle East region. Because of the Turkish active foreign policies like developing the relationships between the neighbours and holding up the visa between many neighbour countries, as well as Turkey has been watched by the neighbour countries, the attentions of the Turkish people to he neighbours has increased. Thus, in last years, versatile relations between Turkey and neighbour countries has started. So the tourists has began to come our country not only for he cultural and touristic trips, but also began to come for treatment. Therefore, at this study conducted between the years of 2009-2011 in Gaziantep province, the health care system and economical investmens for health system has been analysed. On the account of the study the compare of the effective bed capacity of the hospital, the number of person for each bed, the number of cottage hospitals, the number of population fort he cottage hospitals, the number of specialist, the number of person for each specialist, the number of practitioner, the number of person for each practitioner, the number of dentists, the number of person for each dentist, the number of widwife, the the number of person for each widwife, the number of nurses, the number of person for each nurse, the number of health staff, the number of person for each health staff, the number of pharmacies, the number of person for each pharmacy has been compared for the avarage between Gaziantep and Turkey. In the light of the informations obtained from this study, the increasing investments by the years in Gaziantep as well as in Turkey has been apparently seen. As a result of the investments and the reforms about the health system in the future, it has been thought that the standards of the European Community can be reached in Gaziantep province.

Keywords: Gaziantep, health, investment, economics

ÖZET

GAZİANTEP İLİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HARCAMALARI

YANAR, Yemliha
Yüksek Lisans Tezi, İktisat ABD
Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Metin YILDIRIM
Temmuz, 2011, 99 sayfa

Ülkelerin gelişmiş düzeylerinin en önemli göstergelerinden birisi de sağlık sistemlerine yapmış oldukları yatırımlar ve bu yatırımların ülke ekonomisi içerisindeki oranıdır. Son yıllarda sağlık alanında gelişmiş ülke standartlarında yapılan yatırımlarla Türkiye, Ortadoğu Bölgesi için sağlık hizmetleri konusunda çekim merkezi haline gelmiştir. Türkiye'nin aktif dış politikası sayesinde; komşularıyla ilişkilerini geliştirmiş olması ve birçok komşu ülke ile vize uygulamasını kaldırmış olması, Türkiye'yi komşu ülke halkları tarafından dikkatle izlenir hale getirdiği gibi, Türk halkının da komşu ülkelere ilgisini artırmıştır. Artık komşu ülkelerden Türkiye'ye Türkiye'den komşu ülkelere çok yönlü ilişki başlamıştır. Türkiye'ye kültürel ve turistik amaçlı geziler dışında tedavi amaçlı sağlık turisti de gelmeye başlamıştır. Bölge ülkeler arasında gelişmekte olan bu ilginin, ülkelerin sahip olduğu sağlık sektörü pontasiyelerinde işbirliği ve yatırım patlaması yapacak düzeyde olmaktadır. Bu nedenle 2009-2011 yılları arasında gerçekleştirilen bu çalışma ile Gaziantep ilinin sağlık sistemi ve sağlık sistemine yapılan harcamalar araştırılmıştır. Bu araştırma kapsamında hastane fiili yatak sayısı, yatak başına düşen nüfus, sağlık ocağı sayısı, sağlık ocağı başına düşen nüfus, sağlık evi sayısı, sağlık evi başına düşen nüfus, uzman hekim sayısı, uzman hekim başına düşen nüfus, pratisyen hekim sayısı, pratisyen hekime düşen nüfus, diş hekimi sayısı, diş hekimi başına düşen nüfus, ebe sayısı, ebeye düşen nüfus, hemşire sayısı, 1 hemşireye düşen nüfus, sağlık memuru sayısı, sağlık memuruna düşen nüfus, eczacı sayısı, eczacıya düşen nüfus bakımından Gaziantep ili ile Türkiye ortalaması karşılaştırması yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bilgiler ışığında, Türkiye genelinde olduğu gibi Gaziantep ilinde de yıllara göre sağlık sistemine yapılan yatırımların arttığı görülmektedir. Sağlık alanında önümüzdeki yıllarda yapılacak olan yeni yatırımlar ve uygulanacak olan sağlık reformları ile hem ülke genelinde hem de Gaziantep ilinde Avrupa Birliği standartlarının yakalanacağı görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Gaziantep, sağlık, yatırım, ekonomi

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans tez çalışmamın planlanmasından sonuçlandırılmasına kadar gereken imkan ve yardımı sağlayan danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Metin YILDIRIM'a, yüksek lisans yapmaya teşvik eden, tez çalışmamda bana yol göstererek yardımcı olan Okutman Sayın Mehmet BİÇİCİ'ye, tezin yazım aşamalarındaki yardımları için Yrd. Doç. Dr. Murat Kütük'e, Sayın Öğretim Görevlisi Mustafa METE'ye, Sayın Mustafa IŞIK'a, gösterdikleri fedakarlıktan dolayı eşim Elife YANAR'a ve kızlarım Tuğçe Kevser ve Burçe Hilal'e, uslu durarak çalışmama fırsat veren 6 aylık kızım Elif Beray'a teşekkürü borç bilirim.

Yemliha YANAR

14/06/2011

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ABSTRACT	i
ÖZET	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLULARIN LİSTESİ	vi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR ÖZETLERİ	3
2.1. SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME	3
2.1.1. Sağlık Kavramı ve Ekonomisi	3
2.1.2. Sağlıkın Unsurları	4
2.1.2.1. Gözetim	4
2.1.2.2. Kontrol ve önleme	5
2.1.2.3. Bilgi	5
2.1.3. Sağlık Hizmeti ve Genel Özellikleri	6
2.1.4. Sağlık Ekonomisi	8
2.1.5. Sağlık Sektörünün Gelişimini Etkileyen Faktörler	11
2.1.5.1. Çevresel Faktörler	11
2.1.5.2. Bünyesel Faktörler	11
2.1.6. Sağlık Düzeyinin Ölçülmesinde Kullanılan Sağlık Göstergeleri	12
2.1.6.1. Bebek ve Çocuk Ölüm Oranları	12
2.1.6.2. Ortalama Yaşam Süresi	12
2.1.6.3. Ölüm Sebepleri ve Hastalık Türleri	12
2.1.6.4. Sağlık Sistemine İlişkin Göstergeler	13
2.1.7. Dünyada Sağlık Ekonomisi	14
2.1.7.1. ABD’de sağlık ekonomisi ve etkileri	14
2.1.7.2. Avrupa Birliği’nde Sağlık Ekonomisi	14
2.1.8. Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması (Güney Afrika - Fransa Örneği)	16
2.1.8.1. Güney Afrika	16
2.1.8.2. Fransa	17
2.2. SAĞLIK SİSTEMİ	17
2.2.1. Kamu Yardımı Sistemi	18
2.2.2. Hastalık (Sağlık) Sigortası Sistemi	18
2.2.3. Ulusal Sağlık Hizmeti (Sosyalleştirme) Sistemi	18
2.3. SAĞLIK HARCAMALARI	19
2.3.1 Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	20
2.3.1.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi	20
2.3.1.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilinci	21
2.3.1.4. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	22

2.3.1.4. Teknolojik Gelişmeler	22
2.3.1.5. Şehirleşme	23
2.3.1.6. Yaşam Süresinin Uzaması	23
2.4. SAĞLIK HARCAMALARININ BÜYÜME VE KALKINMA ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	24
2.4.1. Sağlık Harcamaları ve Eğitim İlişkisi	24
2.4.2. Sağlık Harcamaları ve Büyüme Üzerindeki İlişkisi	25
2.4.3. Sağlık Harcamalarının ve Sosyo- Ekonomik Kalkınma İlişkisi	26
2.4.4. Kalkınma ve Sağlık İlişkisi	26
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: MATERYAL VE YÖNTEM	28
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	29
4. DEĞERLENDİRME	30
4.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK	30
4.1.1. Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları	30
4.1.2. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu	30
4.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ VE YÖNETİMİ	35
4.2.1. Sağlık Sisteminin Planlanması, Düzenlenmesi ve Yönetimi	35
4.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	36
4.2.2.1. Sağlık Bakanlığı	36
4.2.2.2. Milli Savunma Bakanlığı	37
4.2.2.3. Üniversiteler	37
4.2.2.4. Sosyal Sigortalar Kurumu	37
4.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	37
4.3.1. Devlet Bütçesi	37
4.3.2. Sosyal Güvenlik Katkıları	38
4.3.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)	39
4.3.2.2. Bağ-Kur	39
4.3.2.3. Emekli Sandığı	40
4.3.3. Özel Finansman	40
4.3.3.1. Özel Sigorta	40
4.3.3.2. Cepten Ödemeler ve Katkı Payı	41
4.4 TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI	41
4.4.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları	42
4.4.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları	43
4.4.1.2. Sosyal Güvenlik Fonları Sağlık Harcamaları	45
4.4.1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları	46
4.4.1.4. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları	47
4.4.1.5. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları	48
4.4.1.6. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Fonları Dışında Kalan Birimlerin Sağlık Harcamaları	50
4.4.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları	50
4.5. SAĞLIK SEKTÖRÜ VE İLAÇ SANAYİNİN İLİŞKİLENDİRİLMESİ	52
4.5.1. Türkiye’de İlaç Sektörünün Mevcut Durumu	56
4.6. GAZİANTEP’TE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HARCAMALARI	59
4.6.1. GAZİANTEP İLİNE AİT GENEL BİLGİLER	59
4.7. GAZİANTEP İLİNDE MEVCUT SAĞLIK KURUMLARI	61
4.7.1. Şahinbey İlçesi Sağlık Bilgileri	66
4.7.1.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler	67

4.7.1.2. Sağlık Alanında Planlanan ve Devam Eden Yatırımlar	68
4.7.2. Şehitkâmil İlçesi Sağlık Bilgileri	69
4.7.2.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler	70
4.7.2.2. Sağlık Alanında Planlanan ve Devam Eden Yatırımlar	72
4.7.3. Oğuzeli İlçesi Sağlık Bilgileri	72
4.7.3.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler	73
4.7.4. Nizip İlçesi Sağlık Bilgileri	73
4.7.4.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler	74
4.7.4.2. Sağlık Alanında Planlanan ve Devam Eden Yatırımlar	75
4.7.5. İslâhiye İlçesi Sağlık Bilgileri	75
4.7.5.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler	76
4.7.5.2. Sağlık Alanında Planlanan Ve Devam Eden Yatırımlar	77
4.7.6. Nurdağı İlçesi Sağlık Bilgileri	77
4.7.6.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler	78
4.7.7. Araban İlçesi Sağlık Bilgileri	78
4.7.7.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler	79
4.7.7.2. Sağlık Alanında Planlanan Ve Devam Eden Yatırımlar	79
4.7.8. Yavuzeli İlçesi Sağlık Bilgileri	79
4.7.8.1. İlçede Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler	80
4.7.8.2. Sağlık Alanında Planlanan Ve Devam Eden Yatırımlar	80
4.7.9. Karkamış İlçesi Sağlık Bilgileri	81
4.7.9.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler	81
4.7.9.2. Sağlık Alanında Planlanan ve Devam Eden Yatırımlar	81
4.8. GAZİANTEP İLİNİN SOSYAL GÜVENCE KAPSAMI	82
4.9. GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NÜN MEVCUT HİZMET VE PLANLARI	83
4.9.1. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2008 ve 2009 Bütçesi	83
4.9.2. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Tarafından 2003-2010 Yılları Arasında Hizmete Açılan Sağlık Birimleri	87
4.9.3. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nün Hedeflediği ve Ödenek Ayırdığı Projeler	88
SONUÇ	91
KAYNAKLAR	96
ÖZGEÇMİŞ (VITAE)	99

TABLOLARIN LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1: Farklı gelişmişlik düzeyine göre ülkelerin sağlık göstergeleri	13
Tablo 2.2: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülke Gruplarına Göre Eğitim Yatırımlarının Sosyal ve Kişisel Getiri Oranı (%)	21
Tablo 4.1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye	31
Tablo 4.2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı	31
Tablo 4.3: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane ve Yatak Sayısı	32
Tablo 4.4: Türkiye’de İkinci Ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler Ve Yatak Sayılarının Kurumlara Dağılımı	32
Tablo 4.5: Bazı Sağlık Personelinin Sektörlere Dağılımı	33
Tablo 4.6: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sektör Harcamasının GSYİH İçindeki Payı	34
Tablo 4.7: Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Türkiye, 2007	34
Tablo 4.8: 2008 yılı itibariyle Sosyal Güvenlik Kapsamında bulunan nüfus gruplarının Sosyal Güvenlik Kurumlarına göre dağılımı	38
Tablo 4.9: Türkiye Sağlık Harcamaları 1999-2007	42
Tablo 4.10: SGK Sağlık Harcamaları	46
Tablo 4.11: Bağ-Kur Sağlık Harcamaları	47
Tablo 4.12: Bağ-Kur Sağlık Prim Gelirleri	48
Tablo 4.13: 1995-2007 Yılları Arasında Gerçekleşen Emekli Sandığı Harcamaları	49
Tablo 4.14: Dünya İlaç İhracatı	55
Tablo 4.15: Dünya İlaç İthalatı	56
Tablo 4.16: Gaziantep nüfusunun İlçelere Dağılımı	59
Tablo 4.17: Kadın, Erkek Nüfusunun Yaş Grupları Arasındaki Dağılımı	60
Tablo 4.18: Gaziantep İlinin Demografik Verileri	61
Tablo 4.19: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane ve Hastane Yatak sayısı	63
Tablo 4.20: Gaziantep ili, resmi sağlık kuruluşlarının ayakta ve yatarak tedavi gören hasta sayıları	63
Tablo 4.21: Gaziantep ili, özel sağlık kuruluşlarının ayakta ve yatarak tedavi gören hasta sayıları	64
Tablo 4.22: Gaziantep ilinde bulunan hastanelerin gelir-gider cetveli	64
Tablo 4.23: Gaziantep ilinde bulunan sağlık kuruluşlarının genel durumları	65
Tablo 4.24: Şahinbey İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri	66
Tablo 4.25: Şehitkamil İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri	69
Tablo 4.26: Oğuzeli İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri	73
Tablo 4.27: Nizip İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri	74

Tablo 4.28: İslahiye İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri	76
Tablo 4.29: Nurdağı İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri	78
Tablo 4.30: Araban İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri	79
Tablo 4.31: Yavuzeli İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri	80
Tablo 4.32: Karkamış İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri	81
Tablo 4.33: Gaziantep İlinde Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Kişi Sayısı ve Türkiye Nüfusuna Oranı	82
Tablo 4.34: Gaziantep'te Sosyal Güvenlik Kapsamında Aktif Çalışan Kişi Sayısı	82
Tablo 4.35: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2008 Bütçesi	83
Tablo 4.36: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2009 Bütçesi	84
Tablo 4.37: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2009 Bütçesi	85

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Sağlık Ekonomisinin Yapısı	10
Şekil 2.2. Dünya Geneline Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Yüzdesi.....	19
Şekil 2.3. Sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki	25
Şekil 4.1. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar	36
Şekil 4.2. Kamu Sağlık Harcamalarının TSH’ye Oranı	42
Şekil 4.3. Yıllara Göre Kamu Sağlık Harcamaları	43
Şekil 4.4. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH İçindeki Oranı ...	44
Şekil 4.5. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Harcama Bütçesinin Konsolide Harcama Bütçesine Oranı	45
Şekil 4.6. Kamu Sektörü Harcamaları	51
Şekil 4.7. Özel Sektör Harcamaları	51
Şekil 4.8. Gelişmiş Ülkeler ve İlaç Pazarı	54
Şekil 4.9. Türkiye sağlık ve ilaç sektörünün gelişim tarihi	57
Şekil 4.10. Türkiye ilaç pazarının büyüklüğü	57
Şekil 4.11. İlaç pazarındaki ithalat ve ihracat eğilimleri	58

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. GİRİŞ

Son yıllarda hız kazanan sağlık sistemimizdeki reform süreci ve Avrupa Birliği'ne uyum çalışmaları nedeniyle sağlık ekonomisi uygulamaları da sık sık gündeme gelmeye başlamıştır. Çünkü sağlık harcamalarındaki son yıllardaki genel artış eğilimi ve kaynak yetersizliği, zenginlik derecesi ne olursa olsun her ülkenin ortak sorunudur. Bu artışın en çok değinilen nedenleri arasında yaşlı nüfusun oranının artması, bilişim teknolojileri nedeniyle halkın sağlık bilincinin gelişmesine bağlı artan sağlık hizmeti talebi, yeni geliştirilen yüksek maliyetli ilaçların ve diğer tıp teknolojilerinin hizmete sunumu ve artan araştırma maliyetlerini sayabiliriz.

Para ile sağlık arasındaki ilişkiye değinmek ve bazı yanlış anlamaları da açıklığa kavuşturmakta yarar vardır. Her ne kadar bazı kesimlerce para ile sağlık ilişkisi bir tabu olarak algılsa da, toplum sağlığının geliştirilmesi sürecinde bu ilişkiyi yok saymak gerçekçi değildir. Hükümetlerin genel bütçeden sağlığa ayırdığı oranın belirlenmesi politik bir süreçtir ve sağlık sisteminin satın alma ve sağlığa yatırım yapma gücünü belirlemektedir. Sağlık ekonomisi ise belirlenen bu bütçe çerçevesinde toplum sağlığının en yüksek düzeye getirilmesini sağlayacak yatırım ve hizmet sunumlarının seçilmesini amaçlamaktadır. Sağlık ekonomisi özelleştirme ya da devletleştirme aracı değildir. Sağlık ekonomisi sağlıktan para kazanmayı amaçlamaz. Toplam sağlık harcamalarını artırmayı ya da azaltmayı da amaçlamaz. Temelde sağlık ekonomisi, kendisine yüklenen birçok anlam ve amaçların ötesinde, ekonominin diğer dalları gibi, kısıtlı kaynakları en iyi kullanma biliminden başka bir şey değildir.

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde etkili olan göstergelerden birisi de sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kamu harcamaları içerisindeki payının ne

olduğudur. Sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler sadece insanların ortalama yaşam sürelerini değil aynı zamanda da yaşam kalitesinin yükseltilmesini de amaçlamalıdır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere bakıldığı zaman bu ülkelerde kamu harcamalarının oranının gelişmişlik düzeyine paralel şekilde arttığı ve kamu harcamaları içerisinde yatırım harcamalarından birisi olan sağlık harcamalarının da arttığı gözlemlenmiştir. Son yıllarda Türkiye başta olmak üzere diğer gelişmekte olan ülkelerin ve gelişmiş ülkelerin sağlık alanında ki yapmış oldukları yenilikler arasında sağlıkta teknolojinin yaygınlaştırılması, daha fazla hastane açılması, hastanelerde bulunan yatak sayılarının artırılması, hastanelerde hizmetin ve kalitenin artırılması gibi değişimlerin meydana geldiği görülmektedir.

Çalışmanın asıl amacı Dünyada ve Türkiye’de sağlık alanında meydana gelen değişimlerin ve bunların etkilerinin tüm bu gelişmelere paralel olarak Gaziantep ili özelinde ne gibi etkiler meydana getirdiği ve bu etkilerin sonucu olarak Gaziantep ilinde sağlık sektörü alanındaki gelişmeleri belirlemektir.

Bu çalışma dört temel bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümü “Giriş” bölümüdür. İkinci bölümü “Literatür”dür. Bu bölümde sağlık, sağlık ekonomisi, sağlık sistemi ve harcamaları konularına değinilmiştir. Üçüncü bölüm “Materyal ve Yöntem”dir. Dördüncü bölüm de “Değerlendirme” olup bu bölümde Gaziantep ili sağlık sektörü detaylarıyla incelenecektir.

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

2.1. SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME

2.1.1. Sağlık Kavramı ve Ekonomisi

Toplum var oluşundan bu yana hayatta kalmak için savaşılmaktadır. Gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin ortak amacı budur. Hayatta kalabilmeyi başaran toplumların ikinci amacı ise sağlıklı olarak hayatın sürdürülmesidir. Sağlık günlük hayatın kaynağıdır. “Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuz diğer mal ve hizmetlerin bir anlamı yoktur” (Witter, 2002:4). Bu nedenle sağlık kavramının önemi tartışılmaz. Sağlığın vazgeçilmez bir servet olması temel özelliğidir (WHO, 1981:19).

Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluş yasasında örgütün hedefinin ‘Bütün insanları mümkün olan en üst düzeyde sağlığa ulaştırmak’ ilkesi yazılıdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, ‘Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali’ şeklinde tanımlamaktadır. Daha sonra bu tanıma bir de ‘Manevi sağlık’ eklenmiştir. Tanımdan anlaşıldığı gibi sağlık, çok boyutlu, geniş bir kavramdır.

Sağlık bütün insanların temel hakkıdır. Sağlık, gelişmenin temel amacı olan insan refahının vazgeçilmez parçasıdır. Sağlıkta, sağlık bakımı ile sağlık hizmetleri aynı şey değildir. Sağlık bir meta değildir ama sosyal bir hizmettir. Sağlığın iyileştirilmesi için Ottawa Şartı’nda açıklandığı gibi ‘Sağlık için temel şartlar ve kaynaklar, barış, barınak, eğitimi yiyecek, gelir, istikrarlı eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik’.

Sağlık konusunda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında çok ciddi farklılıklar olduğu gibi, ülkelerin bölgeleri ve bu ülkelerdeki sosyo-ekonomik gruplar arasında da farklılıklar söz konusudur. Sağlık ve sağlık hizmet standartlarını yükseltmek ve söz konusu farklılıkları en aza indirmek amacıyla ulusal ve uluslararası çapta faaliyet gösteren kuruluşlar arasında, yönetici ve koordine edici bir

otorite olarak Dünya Sağlık Örgütü, amaçlarını gerçekleştirebilmek için bireyler ve devletler arasında tam işbirliğini öngörmektedir.

Sağlıklı olmanın yanı sıra onun sürdürülebilir kılınması da son derece önemlidir. Sağlık durumunu çevre, yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörleri etkilemektedir. Sağlığı etkileyen bu dört temel etken: Nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistemler ve politik sistemler gibi toplumsal sistemlerden etkilenmektedir (Sözen vd 2003). Ekonomik çevreler sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak yaratma çalışmalarında bulunurken, sosyolojik çevreler biyolojik ve fiziki çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması için gerekli önlemleri almalıdır (Yıldırım, 1994:10).

2.1.2. Sağlığın Unsurları

Sağlığın unsurlar genel olarak şu 3 başlıkta incelenmektedir; Gözetim, Kontrol ve Önleme, Bilgi.

2.1.2.1. Gözetim

Gözetim sağlığın önemli bir unsuru olup, ülkeler veya çeşitli kuruluşlar tarafından raporlanan ve bildirilen bulaşıcı hastalık vakalarına iliksin bilgilerin toplanması, değerlendirilmesi ve uluslararası kamuoyuna sunulması faaliyetidir. Bulaşıcı hastalıkların uluslararası düzeyde gözetimi tam kamusal özellikler taşıması dolayısıyla tek başına bir küresel kamu malı olarak da değerlendirilmektedir (Zacher, 1999; 268). Dünya sağlık örgütü diğer alanlarda olduğu gibi küresel düzeyde de sağlığın gözetimi ve denetimi hususunda da yetkili bir kuruluştur.

Bulaşıcı hastalıkların yayılmasının engellenmesinde veya yavaşlatılmasında gözetimden elde edilen bilgilerden yararlanıldığından dolayı sağlıkta gözetimin çok önemli bir rolü vardır. Bulaşıcı hastalığın erken teşhis edilmesiyle, hastalığın küresel olarak yayılması engellenebilmektedir. Ayrıca gözetim bulaşıcı hastalıkların ulusal çaptaki kontrolü açısından da önemlidir. Böylece ülke hükümetleri küresel çapta yayılma riski taşıyan hastalıklara (pandemic) karşı, uygun asıların sağlanması ve seyahat kısıtlamaları gibi önlemleri alarak hazırlıklı olabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, ası ve ilaç sunumu gibi ulusal düzeydeki hastalık kontrol çabaları bir küresel dışsallık yaratmamaktadır. Ancak gözetim faaliyeti sonucunda bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgiler ülke hükümetlerine ulaştırıldığından, bu faaliyet küresel çapta fayda sağlamaktadır (Kremer, 2004; 8).

2.1.2.2. Kontrol ve önleme

Kontrol, kısaca bulaşıcı hastalık görüldüğünde hastalığın yayılmasının engellenmesi olarak tanımlanmaktadır. Daha farklı şekilde ifade edilmiş tanımları da vardır bunlardan birisi de Scott'tur onun tarafından yapılmış olan tanıma göre; Kontrol ve ortadan kaldırma faaliyetleri çoğu durumda iç içe geçmiş ve birbirini tamamlayan iki faaliyettir. Bir bulaşıcı hastalığın kontrolü ve ortadan kaldırılması başarılı olduğunda bundan tüm ülkeler fayda sağlayacak (dışlanamama) ve faydalanmada rekabet etmeyecektir (rakip olmama). Dolayısıyla bu unsurlar gözetim faaliyetinde olduğu gibi basılı basına birer küresel kamu malı olarak da değerlendirilebilmektedir

Önlemenin tanımından bahsetmek gerekirse bulaşıcı hastalığın basta aşı geliştirme ve aşılama faaliyetleri ve ulusal sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi olmak üzere her türlü olanak kullanılarak tamamen yok edilmesi faaliyetidir

İnsani açıdan bakıldığında kontrol ve Önleme faaliyetlerinin önemi çok çarpıcı bir biçimde görülmektedir. Öyle ki, her yıl dünyada gerçekleşen ölümlerin % 25'inin nedeni bulaşıcı hastalıklardır. Az gelişmiş ülkelerde bu oran % 45'e yükselmektedir. Sadece çocuk ölümleri göz önüne alındığında bu oran % 63'e kadar çıkmaktadır. İnsani açıdan bulaşıcı hastalıkların etkisi neden olduğu ölümlerle de sınırlı kalmamaktadır. Bu hastalıklar çocukları ailelerinden yoksun bıraktığı gibi, eslerini kaybeden anne ve babaları muhtaç ve güç duruma düşürmektedir. Dolayısıyla, kontrol ve ortadan kaldırma faaliyetleri insani acıların azaltılmasını sağlamak bakımından son derece önemli hale gelmektedir (John ve Plant, 2001, s.5-6).

2.1.2.3. Bilgi

Genel olarak bilgi literatürde şu şekilde tanımlanmaktadır. İnsanın zihinsel faaliyetleri sonucunda elde ettiği ürünlere bilgi denir. Bilginin özünde küresel yarı kamusal mal olma özelliği göstermesi dolayısıyla fiyatlandırılabilmesi ve ticari amaçla kullanılabilmesi sağlık dâhil birçok alanda bilgi üretiminde, dağıtımında ve kullanımında bazı zorluklarla karşılaşılmasına neden olmaktadır. Örneğin ilaç, kimya, elektronik, metalürji gibi pek çok sektörde bilgi üretiminin ve kullanımının ticari sır olarak kalması, bilginin dışlanabilir olmasından kaynaklanmaktadır. Sonuç olarak, bilginin dışlanabilme özelliği ve günümüzde çoğu alanda bilgi üretiminin özel firmalar tarafından yapılıyor olması nedeniyle bazı tür bilgilerin üretimi yeterli düzeyde gerçekleşmemekte, bazılarının ise üretiminde, dağıtımında ve kullanımında

dünyadaki tüm insanlar, ülkeler ve nesiller açısından adil olmayan bir durum ortaya çıkmaktadır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin son yıllarda yapmış oldukları yatırımlara bakıldığı zaman bu yatırımlar içerisinde sağlık harcamalarının önemi artmıştır. Bu harcamaların önemli bir kısmını bilgi ve teknoloji alanında kullandığı görülmektedir. Bilgi ve teknoloji sayesinde hem rekabet açısından hem de verimlilik açısından önemli avantajlar sağlanmıştır.

2.1.3. Sağlık Hizmeti ve Genel Özellikleri

Sağlığın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaları kapsamaktadır.

Sağlık hizmetleri ‘toplum içindeki faydaları, ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş ve pratik, bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli metot ve teknoloji üzerine kurulmuş kilit hizmetler’ olarak tanımlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin temel girdileri, insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve ekipmanlardır. Sağlık hizmetinin çıktıları ise, yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir (WHO, 2000:19).

Sağlık ve sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetlerden ayrı olarak bir takım özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri belirli bir kesime hitap etmeyip bütün insanları kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin faaliyet alanları temel olarak toplumun sağlık koşullarını iyileştirmek ve geliştirmektir. Bu nedenle de sağlık hizmetleri toplumsal bir özellik taşımaktadır. Sağlık hizmetleri çoğu kez kâr amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır. Dolayısıyla maliyet, fayda ve kârlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları sağlık sektöründe farklı bir anlam kazanmaktadır (Özsarı, 2000, 21-22; Işık, 1997: 31-34).

Sağlık hizmetinin en temel özelliği belirsizlik ve öngörülemezliktir. Özellikle kazalarla (iş kazası, trafik kazası, ev kazası, deprem...) ilgili olarak gerekecek hizmetlere kimin ne zaman gereksinim duyacağı önceden öngörülemmez. Ayrıca sağlık sorunları karşısında başvuru yapılan incelemeler ve tedavide de her zaman bir

belirsizlik ve kesin öngörülemezlik söz konusudur. Tedavinin ne kadar süreceği ve başarılı olup olmayacağı kesinlikle bilinemez. Bu özelliklerin kaçınılmaz sonucu sağlık hizmetinin yol açacağı maliyetlerin belirsiz ve öngörülememektedir.

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç olması durumunda bu alınması gereken hizmetin yerine başka bir hizmetle doldurma şansı yoktur. Sağlık hizmetleri piyasasını diğer mal ve hizmet piyasalarından ayıran en önemli özelliklerden biri de budur. Diğer mal ve hizmetleri ikame edebilirken sağlık hizmetleri ortaya çıkan sağlık problemine göre belirlendiğinden ikame edilemez. Sağlığını kaybeden kişinin onu geri kazanabilmek için uygulanacak tedaviyi kabul etmekten başka şansı yoktur. Sunulan sağlık hizmeti konusunda karar verme yetkisi olmadığından tercih de söz konusu olamaz (Tokalaş, 2006:15).

Günümüzde gelişmiş ya da belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan gücüne yapılan yatırım olması nedeni ile, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için her yıl daha fazla kaynak tahsis etmektedirler. Ekonomik kalkınmanın da temel unsuru olan insanın sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için, gelişmiş ülkeler Gayri Safi Yurtiçi Hâsıllarından (GSYİH) her geçen yıl daha fazla pay ayırabilmektedirler. Bir anlamda sağlığa yapılan yatırımlar ‘üretken yatırım’ olarak kabul edilmektedir (Tokgöz, 1981: 499).

İnsanların sağlık durumlarında meydana gelen bozulmalar sonrasında ekonomik olarak iki sonuç ortaya çıkar. Birinci sonuç: Meydana gelen rahatsızlıktan dolayı kişinin gücünü kaybetmesi ve çalışamamaktan doğan gelir kaybıdır. İkinci sonuç ise hastalığın tedavi edilebilmesi için harcanan para sonrasında meydana gelen gelir kaybıdır. Sağlıklı bireylere sahip olma toplumun geleceği ve mutluluğu için önemli bir unsur olduğu gibi, ülkenin kalkınmasında gerekli insan gücü kaynağının oluşturulabilmesi için de şarttır (Kurtulmuş, 1998: 17). Bireysel bütçe veya toplumsal bütçe düşünüldüğünde hastalık nedeni ile gelir azalırken, giderler artmakta ve bütçe açık vermektedir. Toplumun sağlık düzeyi beşeri sermayeyi besleyen ve gelişmesine önemli katkıda bulunan bir unsurdur. Sağlıklı bireylere sahip olmak bir toplumun beşeri sermaye kalitesini de yükseltir (Taban, 2004: 17).

Sağlık hizmetlerinin dört boyutu vardır: Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetini kapsamaktadır (Kavuncubaşı, 2000:34). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1978 yılında Alma Ata Bildirgesinde, toplumun sağlığının gelişmesinde sağlık ve diğer sektörler arasında

eşgüdümün gerekliliği vurgulanmış ve 2000 yılında herkese sağlık hedefi konulmuştur (WHO, 2008).

Alma Ata Bidirgesi'nde sağlık ve kalkınmada görevli olan tüm birimlerin yanı sıra tüm dünya toplumlarının, insanların sağlıklarının korunması ve daha iyi duruma getirilmesi konusunda üzerlerine düşen görevleri belirleyen bir öneriler paketidir. Sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve bunun seviyesinin yükseltilmesinin sağlık sektörü için olduğu kadar diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörler için de önemli bir amaç olması gerektiği vurgulanmıştır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin arasında var olan sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin en yüksek derecesine ulaştığının kabulüyle, bunun tüm ülkelerin ortak sorunu olduğu noktasına dikkat çekilmiştir. Ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirmede ve dünya barışının korunmasında sağlığın rolü ortaya konarak, sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinin, toplumun ve bireyin hem hak, hem de görevi olduğu ifade edilmiştir.

Bildirgenin yayınlanmasından bugüne ülkelerin sağlık düzeylerinde kayda değer iyileşmeler elde edilmiştir. Hastalıkların yapısında, demografik profillerde, temel risklerin önlenmesinde ve sosyo-ekonomik koşullarda büyük değişiklikler olmuştur.

Tüm hükümetler, temel sağlığı başlatmak ve yürütmek için gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma planlarını yapmaya, bu amaç doğrultusunda iç ve dış kaynaklardan yeterince yararlanmaya çağırılmışlardır. İç kaynakların büyük bir kısmının silahlanma ve askeri anlaşmazlıklar uğruna harcandığına dikkati çeken bildirge, silahsızlanma ve yumuşamanın bu kaynakların barışçı maksatlarla kullanılmasına olanak sağlayacağını, vurgulayarak temel sağlığın en önemli kısmını oluşturan sosyal ve ekonomik kalkınmanın hızlandırılmasının bu yolla mümkün olabileceği vurgulanmıştır.

2.1.4. Sağlık Ekonomisi

Sağlık, günümüzde her türlü gelişmişlik düzeyinde tüm toplumları ve ülkeleri giderek artan derecede ilgilendirmekte ve buna paralel olarak artan ihtiyaçlar ve sağlık harcamaları, 'Sağlık Ekonomisi'ni daha da önem verilmesi gereken bir bilim dalı haline getirmektedir.

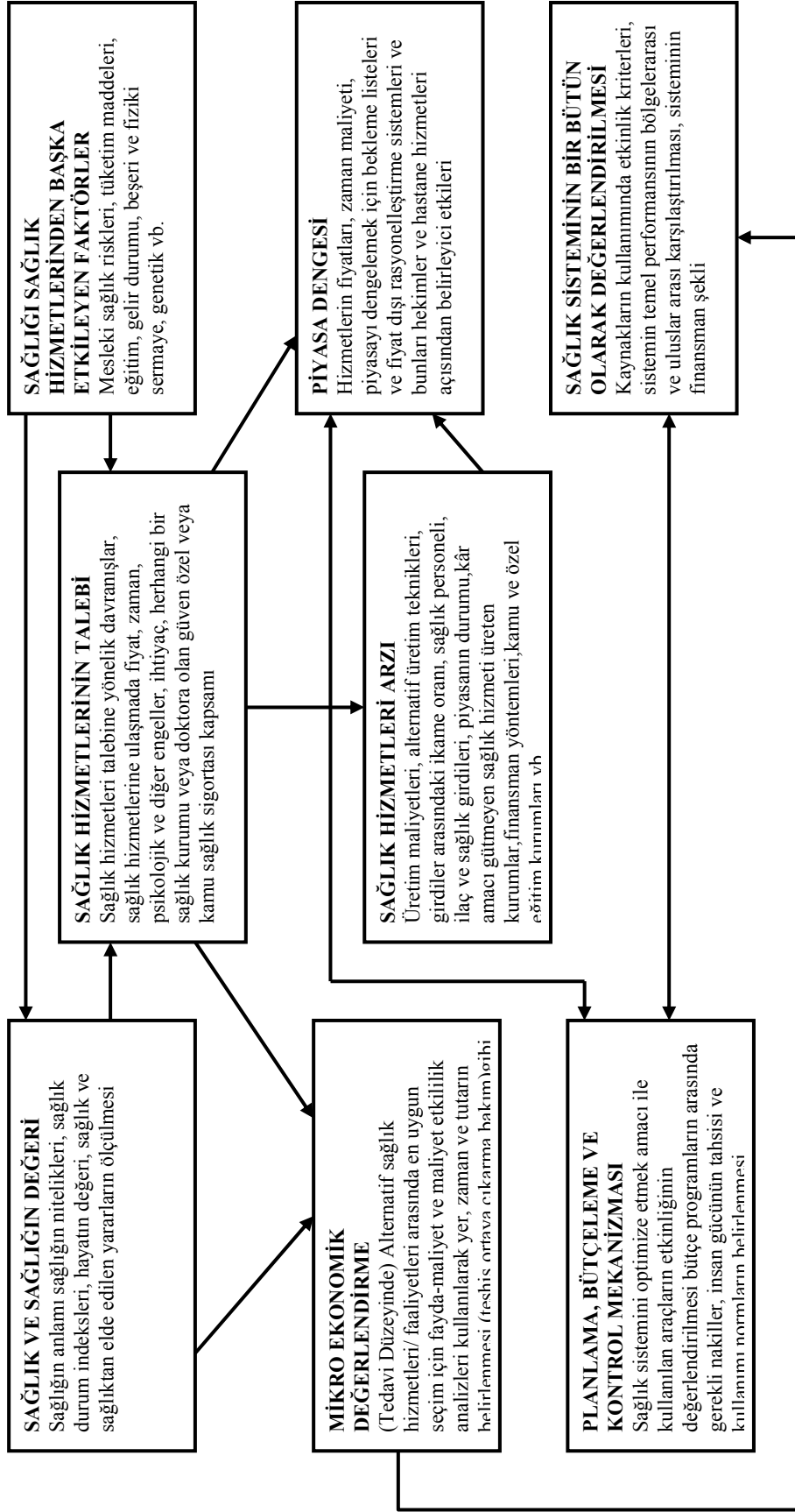
Sağlık ekonomisi, 'Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en iyi şekilde (ekonomik, verimli, etkili, rasyonel) kullanarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti

üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmek şeklinde tanımlanmaktadır. Kısaca sağlık ekonomisi eldeki kısıtlı kaynakların sağlık alanında en verimli şekilde kullanılması için yapılan çalışmalar olarak özetlenebilmektedir.

Sağlık alanında da kaynaklar sınırlı olduğu için eldeki kaynaklar doğru kullanılmalı, minimum kaynak ile maksimum çıktı sağlanmalı, kullanılan birim kaynak başına en fazla yarar sağlayan işlerin yapılmasına öncelik verilmelidir. Tüm bu tercihleri yapabilmek, kaynak israfının ve etkinliği olmayan işlerin yapılmasının önlenmesi için sağlık ekonomisine ihtiyaç vardır. Bir ülkede sağlık ekonomisi ile sağlık sisteminden sağlık ve sağlık hizmetlerine tahsis edilecek kaynakların optimum tutarının belirlenmesi, tahsis edilen kaynakların kullanımının optimum bileşiminin belirlenmesi, sağlık hizmetlerinde en yüksek düzeyde performans sağlanması için finansman tekniklerinin kullanımı, sağlık hizmetlerinin piyasa başarısızlığı ve dışsallıklar nedeni ile yönetimin rolünün ne olacağı, gibi temel konular çözüme kavuşturulmaya çalışılır (Saltık, 1995:38).

Son yıllarda hızla gelişen sağlık teknolojisi, piyasa sürülen yeni ve pahalı ilaçların getirdiği maliyetler, diğer taraftan insanların yükselen yaşam beklentileri, sağlık sistemlerinde giderek çözülmesi zorlaşan optimizasyon problemlerine yol açmaktadır. Bu çerçevede, sağlık ekonomisi bilimi, özellikle gelişmiş ülkelerde kara alma mercilerini destekleyen önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu noktada sağlık ekonomisi, eldeki kaynaklarla elde edilmesi olası en fazla sağlık getirisinin sağlanması yönünde yapılması gereken seçimlerin neler olabileceği konusunda yok gösteren bir bilim dalı olarak değerlendirilir.

Sağlık ekonomisinin temel amacı, her türlü sağlık hizmetini üretmek için ayrılan kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamaktır (Tokalaş, 2006:11). Sağlık hizmetleri sunumunda, sağlık üreten birimlerin ve sağlık personelinin amacı, hastalıkların önlenmesi mevcut sağlık düzeyinin korunup geliştirilmesi iken, ekonomistlerin amacı, mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılması ve toplumsal faydanın maksimize edilmesidir (Williams, 1987:9).



Şekil 2.1. Sağlık Ekonomisinin Yapısı (MUTLU ve Işık 2002, 17)

2.1.5. Sağlık Sektörünün Gelişimini Etkileyen Faktörler

Sağlık sektörünün gelişimini etkileyen faktörlere bakıldığı zaman bu faktörleri genel olarak Çevresel faktörler ve Bünyesel faktörler olarak sıralamak mümkündür.

2.1.5.1. Çevresel Faktörler

Bireyin sağlık durumunu direkt olarak etkilemeyen bunun yanında bireyin dışında gerçekleşen, bireylerin yaşadıkları çevreden kaynaklanan faktörleri kapsamaktadır. Çevresel faktörler kendi içerisinde biyolojik çevre, fiziki çevre ve son olarak sosyokültürel ve ekonomik çevre olmak üzere üç ana başlık altında incelenmektedir (Karabulut, 1998: 13-14).

Doğal olarak biyolojik ve fizik elemanların oluşturduğu bir çevredir. Bireyin bedensel yapısının yanı sıra yakın çevresinden bir bölümünü oluşturan hava, su gibi birçok canlı türünün yaşamı için gerekli koşulları sağlayan ortam, biyolojik çevredir (Sabuncu vd., 1996).

Su kaynakları, barınaklar, çevresel atıklar, iklim, gürültü, kazalar vb. faktörler ise fiziki çevreyi oluşturmaktadır. Bu faktörlerde ortaya çıkabilecek olan olumsuzluklar insan sağlığını tehdit altına almaktadır. Barınakların aşırı kalabalık olması, soğuk ya da sıcak, nemli, hava sirkülasyonunun yetersiz olması, yeterli miktarda güneş ışığı almaması, ya da dere ve nehir gibi akarsu kaynaklarının bulunmaması fiziki çevreyi ve dolayısıyla insan sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Sosyal bir varlık olan insan sürekli olarak çevresindeki diğer kişilerle ilişki içerisinde. Bu durum insanların vazgeçilmez bir gereksinimidir. Karşılıklı olan bu ilişki tarafları farklı olarak etkilemektedir. Örneğin, maddi durumu yetersiz olup, sağlıklı barınma koşullarından uzak olan fakir aileler bazı temel gereksinim maddelerinden uzaktır. Bu durum bazı bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır. Dolayısıyla bu ailelerin ilişki halinde olduğu diğer insanlar da bu durumdan etkilenecektir.

2.1.5.2. Bünyesel Faktörler

Bireyler, vücut yapılarına bağlı olarak hastalıklara yakalanabilmektedirler. Bu bağlamda genetik bozukluklar, metabolizma ve hormonal hastalıklar veya kalıtsal birtakım hastalıklar bunlara örnek gösterilebilir. Bu tür hastalıklar kişinin bünyesine

bağlı olarak ortaya çıkmakta ve kişinin sağlık düzeyini direkt olarak etkilemektedir. Ancak çevresel faktörlerdeki olumsuzluklar birey sağlığını dolaylı yollardan etkilemektedir (Karabulut, 1998:14).

2.1.6. Sağlık Düzeyinin Ölçülmesinde Kullanılan Sağlık Göstergeleri

Toplumun sağlık düzeyinin neler olduğunu sorusuna karşılık olarak şu kavramların incelenmesi uygun görülmektedir: bebek ve çocuk ölüm oranları, ortalama hayat süresi, sağlık sistemine ilişkin göstergeler ve ölüm sebepleri ve hastalık türleri olarak gösterilebilir (Karagül, 2002: 66).

2.1.6.1. Bebek ve Çocuk Ölüm Oranları

Toplumların sağlık düzeylerinin ölçülmesinde kullanılan ilk gösterge bebek ve çocuk ölümleridir. Bebek ölümleri, doğum anında ve doğumu takip eden bir yıl içerisindeki ölümler şeklinde tanımlanırken, çocuk ölümleri ise bir ile beş yıl içerisinde meydana gelen ölümler şeklinde tanımlanmaktadır (Taban ve Kar, 2004: 290.)

2.1.6.2. Ortalama Yaşam Süresi

Toplumların sağlık düzeylerinin ölçülmesinde kullanılan ikinci gösterge ise ortalama hayat süresidir. Toplumların sağlık düzeylerinin ölçülmesinde iyi bir gösterge olan ortalama hayat süresi, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve insanların bu hizmetlerden yararlanma imkânlarıyla alakalıdır (Taban ve Kar, 2004: 290).

2.1.6.3. Ölüm Sebepleri ve Hastalık Türleri

Son olarak ülkede görülen hastalık türleri ve bu hastalık türlerinin miktarı da sağlık düzeyinin ölçülmesi için diğer bir göstergedir. Ölüm sebepleriyle ilgili yapılan araştırmalarda en önemli ölüm nedeninin bulaşıcı hastalıklar olduğu görülmektedir. Son yıllarda gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin sağlık alanında yapmış olduğu yenilikler neticesinde bulaşıcı hastalıkların ve buna bağlı olarak ölüm oranlarının azaldığı gözlemlenmiştir.

2.1.6.4. Sağlık Sistemine İlişkin Göstergeler

Toplumların sağlık düzeyinin ölçülmesine yarayan bir diğer gösterge grubu ise ülkedeki mevcut doktor sayısı, kişi başına düşen doktor miktarı, sağlık sistemine ayrılan kaynak miktarı gibi göstergelerdir (Taban ve Kar, 2004: 290).

Tablo 2.1: Farklı gelişmişlik düzeyine göre ülkelerin sağlık göstergeleri (http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_complete.pdf)

Ülkeler	Bebek Ölüm Oranları (1000)			Çocuk Ölüm Oranları (1000)			Ortalama Yaşam Süresi (yıl)		Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki payı (%)		
	1970	2001	2007	1970	2001	2007	1970	2001	1970	2001	2004
Norveç	13	4	3	15	4	3	74,4	78,7	6,4	6,6	9,7
Amerika	20	7	6	26	8	7	71,5	76,9	4,7	5,8	15,4
İngiltere	18	6	5	23	7	6	72,0	77,9	5,1	5,9	8,1
Almanya	22	4	4	26	5	5	71,0	78,0	5,9	8,0	10,6
İtalya	30	4	4	33	6	4	72,1	78,6	6,3	6,0	8,7
Arjantin	59	16	15	71	19	18	67,1	73,9	4,2	4,7	9,6
Brezilya	95	31	31	135	36	33	59,5	67,8	3,0	3,4	8,8
Tunus	135	21	20	201	27	24	55,6	72,5	3,0	-	5,6
Türkiye	150	36	26	201	43	29	57,9	70,1	2,2	3,6	7,3
Çin	85	31	23	120	39	27	63,2	70,6	2,2	1,9	4,7
Mısır	157	35	28	235	41	33	52,1	68,3	1,8	1,8	5,9
Hindistan	127	67	56	202	93	74	50,3	63,3	0,9	0,9	5
Pakistan	117	84	79	181	109	99	49,0	60,4	1,1	0,9	2,2
Haiti	148	79	84	221	123	120	48,5	49,1	1,2	2,4	7,6
Yüksek Gelirli Ülkeler	22	5	6	28	7	7	71,5	78,1	-	-	-
Orta Gelirli Ülkeler	86	31	28	122	38	35	62,3	69,8	-	-	-
Düşük Gelirli Ülkeler	127	80	75	203	119	113	48,7	59,1	-	-	-

Tabloya bakıldığında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin 1970 yılından itibaren bebek ölüm, çocuk ölüm, ortalama yaşam süresi ve sağlık harcamalarının GSMH içindeki payını görmekteyiz. 1970 yılından itibaren ele alınan tüm göstergelerde 2007 yılına kadar olumlu gelişmeler meydana geldiği görülmektedir. Ülkelerin gelişmişliğini bu göstergeler ve kamu harcamalarının oranları belirlemektedir. Avrupa ülkeleri başta olmak üzere Türkiye’de ve yükselen piyasalar arasında yer alan Çin, Hindistan gibi ülkelerde de bebek ve çocuk ölüm oranlarının azaldığı, ortalama yaşam süresinin arttığı ve GSMH içerisindeki sağlık harcamalarının günden güne arttığı gözlenmektedir. Fakat gelişmiş ülkelerde meydana gelen gelişmelerin oranı gelişmekte olan ülkelerin oranına göre bir hayli fazladır.

2.1.7. Dünyada Sağlık Ekonomisi

2.1.7.1. ABD’de sağlık ekonomisi ve etkileri

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dünyada sağlığa en fazla harcama yapan ülkedir. ABD, Gayri Safi Milli Hâsılasının (GSMH) %16’sını sağlığa harcamaktadır. ABD’nin kişi başına sağlık harcaması OECD ülkeleri ortalamasının, %140 üzerindedir. ABD, sağlık endüstrisinin de en önemli aktörüdür. Dünyanın önde sağlık kurumları bu ülkede bulunmaktadır. Dünyanın en büyük 10 ilaç firmasının 5’i ABD kökenlidir. İlaç sanayinde en fazla AR-GE çalışması ABD de yürütülmektedir. Dolayısıyla, ABD sağlık sanayinin gelişmesine en fazla katkıyı sağlayan ülkelerin başında gelmektedir. ABD’nin sağlık sigorta sistemi Avrupa’daki ve Türkiye’deki sosyal dayanışma anlayışlı modelden farklıdır. Temeli liberal ekonomidir ve özel sağlık sigortasına dayanmaktadır. Bununla birlikte, 1965 yılından beri 65 yaş üstündekiler ve sakatlar için ‘Medicare’ ve özel sağlık sigortasına maddi gücü yetmeyenler için ‘Medicaid’ adlı iki sosyal dayanışma programı başlatılmıştır. Bu kuruluşlara kaynaklar hem federal bütçeden hem de federe devletlerin (eyaletlerin) bütçesinden aktarılmaktadır.

Sağlık sigortasına sahip olamamanın sağlık ekonomisi açısından yarattığı en önemli sorunların başında, hastaların koruyucu tedbirleri almakta gecikmeleri ve hastalık oldukça ilerledikten sonra doktora başvurmalarıdır. Bu da tedavi masraflarında artışa yol açmaktadır. ABD’nin toplam sağlık harcamalarının 2016 yılına kadar ikiye katlanarak 4.1 trilyon ABD Dolarına ulaşacağı öngörülmektedir. Sağlık harcamalarını arttıracak önemli etkenlerden biri demografik yapıdaki değişikliklerdir.

2.1.7.2. Avrupa Birliği’nde Sağlık Ekonomisi

Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkeler sağlığa sosyal bir dayanışma perspektifiyle yaklaşmakta ve vatandaşlarına sağlık hizmetlerini gelir seviyelerinden bağımsız olarak eşit şartlarda sunmaya çalışmaktadır. Buna karşılık, AB’ye üye ülkelerden artan sağlık harcamaları bütçesel endişeler yaratmaktadır. Giderek yaşlanan nüfus ve artan tedavi maliyetleri gerek günlük harcamalarda gerekse geleceğe yönelik planlamalarda kaynakların etkin kullanımı gerektirmektedir. Önde gelen AB ülkeleri özellikle ilaç ve tedavi yöntemlerine ilişkin harcamalarda kaynak israfını önlemek ve kaynakların etkin kullanımını temin etmek amacıyla çeşitli değerlendirme

yöntemlerinden yararlanmaya başlamışlardır. Önde gelen bazı AB üyesi olan ülkelerde sağlık ekonomisi şunlardır:

İngiltere

İngiltere’de sağlık hizmetleri ‘Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu’ (NHS-National Health Service) tarafından sağlanmaktadır. NSH İkinci Dünya Savaşını takiben 1948 yılında ‘tüm vatandaşlara ödeme gücüne bağlı olarak değil, ihtiyaca bağlı olarak sağlık hizmeti sağlamak’ amacıyla kurulmuştur. Tüm vatandaşlar NHS hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmektedirler. İsteyenler ayrıca özel sağlık sigortası da yaptırabilmektedirler. İngiltere’de nüfusun %10’u özel sağlık sigortasına sahiptir. Özel sağlık sigortası çoğunlukla işveren tarafından ödenmektedir. Vatandaşlar NHS için ayrıca bir ödeme yapmamakta ve NHS’nin bütçesi toplanan vergilerden sağlanmaktadır. NHS bütçesinin %75’i birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılmıştır. Bu hizmetler yerel düzeyde sağlanır ve yerel bir pratisyen hekime erişim sağlar. Pratisyen hekimin sevki halinde uzman doktor ve kapsamlı teşhis yöntemlerine erişim sağlanmaktadır. Acil durumlarda doğrudan hastanelere başvurulmaktadır.

Almanya

Almanya’da vatandaşların %98’i sağlık sigortasına sahiptir. Devlet tarafından sağlanan sağlık sigortası programına katılım zorunludur. Belirli bir gelirin üzerinde olan kişilere devlet sağlık sigortası yerine özel sağlık sigortası sahibi olma imkanı tanımaktadır. Sağlık sigortası primleri gelirle orantılı bir şekilde ödenmektedir. Sigortasız %2’lik kesim sigorta primlerini ödemedikleri için sigorta kapsamına dahil değildirler.

2004 yılında kurulan Sağlıkta Kalite ve Etkinlik Enstitüsü (IQWIG- Institute for Quality and Efficiency in Health Care) bağımsız bilimsel bir kurumdur. Bütçesi zorunlu sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. 2004’te 19 personelle çalışmaya başlayan IQWIG’in 2008 bütçesi 85 personele göre hazırlanmıştır ve 2008 bütçesi 15 milyon Euro’dur.

IQWIG, ilaçları, ameliyat prosedürlerini, teşhis yöntemlerini, klinik uygulama rehberlerini kanıta dayalı tıp ilkeleri temelinde değerlendirmekle görevlidir. Bu değerlendirmede hasta hakları da gözetilir ve ilacın sağlığa olumlu etkileri, hastalık

süresinde kısılma, hastanın ömrünün uzaması, yan etkilerin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması gibi unsurlara bakılmaktadır.

Fransa

Fransa GSMH'ına oran itibariyle ABD ve İsviçre'nin ardından dünyada sağlığa en fazla harcama yapan üçüncü ülkedir. Toplam sağlık harcaması GSMH'nın %11'dir. Fransa'da ikametgah eden herkes 2000 yılından beri Ulusal Sağlık Sigortası kapsamındadır. Sağlık sigortası 3 büyük 11 küçük fon tarafından sağlanmaktadır. Bu fonlardan en büyüğü ücretli çalışanları içindir ve Fransa'da ikametgah edenlerin %84'ünü kapsamaktadır. Bir diğeri çiftçiler ve tarım çalışanları için olup, nüfusun %7'ini kapsar. Sonuncusu ise, bağımsız çalışanlar içindir ve nüfusun %5'ini kapsamaktadır. Nüfusun %4'lük kesimi ise diğer küçük fonlar tarafından kapsamaktadır. Yasal statü itibariyle bu fonların tamamı kamu hizmeti sağlamakla mükellef özel şirket konumundadır. Pratikte ise yarı kamu kurumu niteliğinde olup, Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından incelenmektedir.

2000 yılı itibariyle sağlık sigortası harcamalarının %5.1'i işveren payı, %3.4'ü çalışan payı olarak toplanmaktadır. %34.6'sı genel sosyal katkı adı altında toplanan gelir vergilerinden, %3.3'ü otomobil, tütün ve alkollü içeceklerden toplanan özel vergilerden, %0.8'i ilaç sanayiye yönelik bir özel vergilerden karşılanırken kalan %4.9 devlet yardımlarını içermektedir.

Toplam sağlık harcamalarının %75.5'i Ulusal Sağlık Sigortası, %12.42'si özel sağlık sigortaları, %11.1'i ise cepten yapılan harcamalardan ibarettir. Fransa'da nüfusun yaklaşık üçte ikisi alınan sağlık hizmetinden memnundur. 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü Fransa'nın sağlık hizmetlerini hem hasta tatmini, hem de sonuçları bakımından dünyada en iyi olarak seçmiştir.

2.1.8. Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması (Güney Afrika - Fransa Örneği)

2.1.8.1. Güney Afrika

Modern özel sektör nüfusun yaklaşık %20'sine hizmet etmekte ve harcamaların %60'undan sorumludur. Güney Afrika'nın uluslar arası sıralamalarda kötü bir yerde yer almıştır. Bunun nedenleri ise; yetişkin nüfusun %20'sinde HIV virüsü bulunmaktadır, eyalet sağlık hizmetlerinin sınırlılıkları arasında ulusal borç, düşük ekonomik büyüme ve kötü yönetim sayılmaktadır (WHR, 2000). Düşük ilaç fiyatlarında dahi bir tedavi programı bütçeyi baskı altına almaktadır. Kamu

programlarının etkililiği ve ilaç kürlerinde bireysel uyuma ilişkin sorunlar yer almaktadır ve eğitim seviyesi çok düşüktür (WHR, 2000).

2.1.8.2. Fransa

Fransa da 1998 yılında sağlık harcamalarının %74'ü kamu sektöründe, 1980 yılındaki sağlık harcamalarının %79'dan daha düşük seviyededir. Hastane yataklarının %35'i özel ve bunların %20'si kâr amaçlı, hastane yataklarının %65'i ise kamu sektörüne aittir. Groupes Homogenes de Malades (GHM) olarak adlandırılan ABD Teşhise Dayalı Gruplar modeline göre belirlenen ileriye dönük global bütçe temeline göre ödenmektedir (Financing International Partnerships). 1996 yılında Jupp Reformları sağlık harcamalarını kontrol altına alma üzerine odaklanmıştır. Bu hem klinik hem de finansal kriterlere uygulanmıştır. Hastane verimliliğini teşvik etmek için bölgesel hastane otoriteleri kurulmuştur. Ancak, bu girdi ve bazı süreç ölçütlerinde gelişme ile sonuçlanırken, hastalık yönetimi ve sonuçlarında bir gelişme sağlanamamıştır. Örneğin Fransa'da çevre kirliliği ve sigara ile mücadele yetersizdir (FMH, 2000).

2.2. SAĞLIK SİSTEMİ

Gelişmiş ve belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan unsuruna yapılan yatırım olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden iyileştirilmesi için artan oranda kaynak tahsis etmektedirler. İktisadi kalkınmanın da temel unsuru olan insanın sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıklarının tedavi edilmesi için, kalkınmış ülkeler Gayri Safi Milli Hasılları (GSMH)'dan daha fazla pay ayırabilmektedir. Bir anlamda, sağlığa yapılan yatırımı "üretken yatırım" olarak kabul edilmektedir. Esasen, belirli bir fiziki ve insan gücü altyapısı kapasitesine ulaşmış olan bu ülkeler sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayırma imkânı bulabilmektedirler. Sağlıklı ve eğitilmiş insanların oluşturduğu toplumlarda, her alandaki üretimde yüksek verimlilik sağlanabilmektedir. Başka bir deyişle, kalkınma sonucunda eğitim ve sağlığa daha fazla kaynak ayrılabilirken, eğitim ve sağlık seviyesi yükselmiş insanlar da kalkınma için önemli girdiyi oluşturmaktadırlar. Sağlık sisteminin finansman ve hizmet sunumu boyutlarıyla şekillenmesi, ülkelerin siyasi, ekonomik ve sosyal yapılarının bir uzantısıdır.

Dünyada uygulanmakta olan sağlık sistemlerini üç ana grupta toplamak mümkündür. Bunlar Kamu Yardımı Sistemi, Hastalık Sigortası Sistemi ve Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi'dir. Bu üç sağlık sistemi, uygulamada ülkelerin şartlarına göre farklılık gösterebilmektedir. Hatta bir ülkede, bu sistemlerden ikisi veya üçü bir arada uygulanabilmektedir (Köksal, 1992:31).

2.2.1. Kamu Yardımı Sistemi

Bu sistemin temelinde, yeterli mali gücü olmayanlar (fakirler) için sağlık hizmetlerinden faydalanma karşılığında ücret alınmaz iken, belirli bir mali gücü olanlar sigortalanabilirler ya da hizmeti doğrudan satın alabilirler. Bu sistem daha ziyade ekonomileri tarıma bağlı ve kırsal nüfusun yoğunlukta olduğu ülkelerde uygulanmaktadır (DPT, 1994).

2.2.2. Hastalık (Sağlık) Sigortası Sistemi

Bu sistem genellikle sanayileşmiş kapitalist ülkelerin uyguladığı bir sistemdir. Bunun yanı sıra, dünyada çok sayıda ülke kısmen de olsa hastalık sigortası sistemini kurmaya yönelmektedir. Sağlık sigortasının esası riskin sigortalılar tarafından paylaşılmasıdır (Abel ve Smith, 1987: 93). Sigorta kapsamındaki kişiler ödeme güçlerine göre prim öderler ve hastalığın söz konusu olması durumunda da ödenen prime bakılmaksızın hizmetten ücretsiz veya kısmi ödeme ile faydalanırlar. Başka bir deyişle, bu sistemde, sağlıklı olma şansına sahip olanlar için ödeme yaparlar. Kamu ve özel kesim sağlık hizmetleri üretim faktörlerini birlikte kontrol ederler (DPT, 1994).

2.2.3. Ulusal Sağlık Hizmeti (Sosyalleştirme) Sistemi

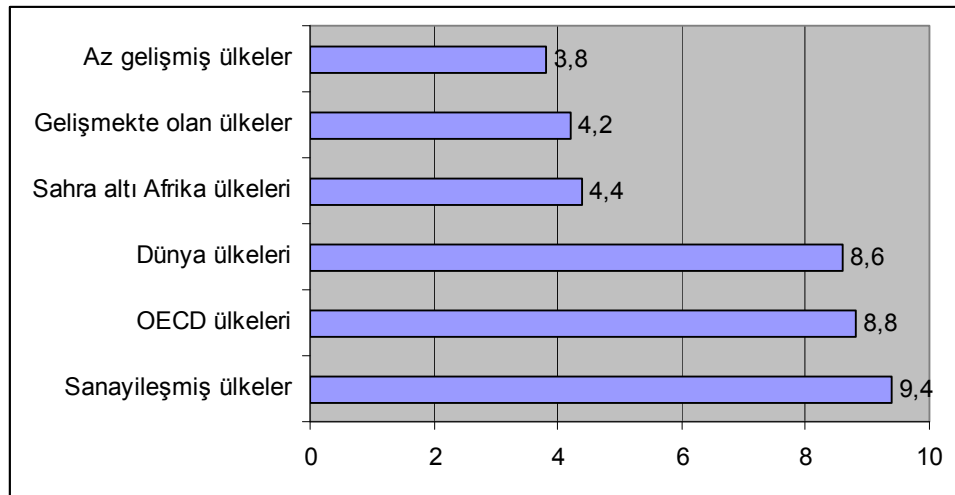
Bu sistem "Beveridge Modeli" olarak da bilinmektedir (OECD, 1987: 24). Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, vergi v.b. kaynaklardan finanse edilen genel kamu gelirlerinden oluşan bütçeden finanse edilmek suretiyle, kamu yetkilileri tarafından planlanır ve nüfusun tamamına ücretsiz olarak sunulur. Sağlık hizmetlerinin üretim faktörleri tamamen kamunun kontrolündedir. Reform hareketlerinden önce İngiltere'de ve eski Doğu Bloku ülkelerinde uygulanan sistem bu modelin tipik birer örneğidir (DPT, 1994).

2.3. SAĞLIK HARCAMALARI

Bir ülkenin ekonomisinin güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp sürdürülebilir kılınması için sağlıklı bir topluma sahip olması gereklidir. Sağlıklı bir toplumun varlığından söz edebilmek için ise toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Bu hizmetlerin sağlanması için yapılan tüm harcamalara sağlık harcaması denilmektedir. Sadece sağlığın kaybolması durumunda sağlığı yeniden elde etmek için yapılan harcamalar değil aynı zamanda aşılama, cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amacını benimseyen tüm koruma harcamaları ile beslenme, sağlık yatırımları gibi geliştirme amaçlı harcamalar da 'sağlık harcaması' olarak kabul edilmektedir.

Ülkelerin geliştirdikleri sağlık harcamaları ulusal düzeyde karşılaştırılırken dünya genelinde kabul görmüş standart tanımlamalar oluşturulmuştur. Bu standartlardan en yaygın olanları, kişi başına düşen sağlık ve ilaç harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranları ve ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içerisindeki payıdır. Bu sayede belirli dönemlerde harcamalarda meydana gelen değişiklikler ve eğilimler farklı ülkelerin değerleriyle karşılaştırılabilir (Smith, 1998: 35).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH' nin en az %5'i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşması gerek bir hedef olarak koymuştur.



Şekil 2.2. Dünya Genelinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Yüzdesi

Kaynak: Belek, 1994-1995:69 ve OECD, 2006.

Bir ülkede gerçekleştirilen sağlık harcamaları aynı zamanda o ülkedeki sağlık sistemi hakkında fikir sahibi olmamızı sağlar. Şekilde de görüldüğü gibi gelişmiş ülkeler sağlık harcamaları için GSYİH'lerinin %9,4'ünü ayırmaktadır. Dünya üzerinde gerçekleşen sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmının gelişmiş ülkeler tarafından yapıldığı söylenebilir.

Az gelişmiş ülkelerde, toplumda büyük kayıplara neden olan bulaşıcı hastalıklar genellikle zengin ülkelere nispeten daha yüksek görülme sıklığına sahiptir. Enfeksiyon hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklara karşı harcama yapmak mevcut toplum için faydalı iken aynı zamanda gelecek nesillerinde sağlık durumlarında iyileşmelere neden olacaktır. Bu yüzden az gelişmiş ülkelerde gerçekleşen sağlık harcamalarının çıktıları gelişmiş ülkelere göre daha belirgin olacaktır.

2.3.1 Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Günümüzde ülkeler kalkınma planları içerisinde kıt kaynakların etkin kullanılabilmesi için yapılan her harcamayı ekonomik olarak analiz etmekte ve yapılan harcamaların amacına ulaşp ulaşmadığı sorgulanmaktadır. Sağlık harcamalarının dünya genelinde hızlı bir şekilde yükseldiği gerçektir. Bu kapsamda dünya genelinde kamu harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan sağlık harcamalarını altında yatan nedenlerin belirlenmesi de büyük önem taşımaktadır.

Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir (Hansen ve King,1996: 127).

2.3.1.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Ülkelerin zaman içerisinde üretim tekniklerinde kat ettiği mesafeler sonucu üretimlerinde ve dolayısıyla gelirlerinde meydana gelen artışlar ülkede yaşayan bireylerin daha rahat yaşam sürmelerini sağlayacak hizmetlerin taleplerinde artışları beraberinde getirmektedir. Artan gelirle beraber sağlık harcamasının artmasının nedenlerinden biri de kamu sağlık hizmetlerinin dışında özel sağlık hizmetlerine doğru yönelimin artmasıdır. Bireyler yaşam standartlarının yükselmesiyle birlikte daha kaliteli hizmet arayışına girmektedir. Sağlık için yapılacak harcamaların çıktılarının kişinin geri kalan tüm ömründe kullanılacak olması dolayısıyla yapılan

harcamalarda herhangi bir kısıtlamaya gidilmemektedir. Kapitalist sistemde özel sektörün gücü kabul edildiğinde, yeterli geliri olan kişilerin daha iyi bir sağlık hizmetini özel sektörden ve özel sektörün de bunu verebileceği belirtilebilir (Görgün, 1993: 74).

Sonuçta kişisel gelirin artması, yaşam standartlarının yükselmesi, gerek kamu kesimi, gerekse özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır ve böylelikle sağlık harcamaları artmaktadır (Işık, 1998: 77).

2.3.1.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilinci

Eğitim ile ekonomik kalkınma ilişkilerini aydınlatan Fredeceick, Harbison ve Charles bir ülkenin sahip olduğu yönetici, bilim adamı, mühendis, doktor, öğretmen ve bunların kalifiye yardımcıları gibi, yüksek nitelikli insan gücü sayısının o ülkenin kalkınma seviyesini gösteren en önemli kriterlerden biri olduğunu belirtmişlerdir (Berber, 1999: 362).

Ülkelerin kalkınmasında eğitimin çok büyük bir önemi vardır. Ekonomik kazançlar kültürel kazançların yerine geçmiş. Kültürlü, aydın kişi, gelişmekte olan ülkelerde ihtiyaç duyulan nitelikleri sunmak için önemli bir araç olmuştur. Gelişmiş ülkeler için amaç, fiziki sermayeden daha önemlisi olan insan sermayesi ve onu geliştirmek olmuştur. Çünkü sanayi ve bilgi toplumu haline gelebilmek için en azından fiziki sermaye kadar, beşeri sermayeye de önem verilmesinin zorunlu olduğu ortaya çıkmıştır (Berber, 1999: 363). Bu bağlamda, gelişmiş ülkelerin bilgi ve yeteneği yüksek vasıflı eleman arzındaki artışa rağmen gelişmekte olan ülkelere kalifiye emek talebinden de vazgeçmemişlerdir. Diğer bir ifadeyle gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere doğru bir beyin göçü söz konusudur.

Tablo 2.2. Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülke Gruplarına Göre Eğitim Yatırımlarının Sosyal ve Kişisel Getiri Oranı (%) (Psacharopoulos, 1993-2010)

Ülke grupları	Sosyal getiri oranı			Kişisel getiri oranı		
	İlk ögr.	Orta ögr.	Yüksek ögr.	İlk ögr.	Orta ögr.	Yüksek ögr.
Gelişmekte olan ülkeler						
Alt Sahra Afrika	24	18	11	41	27	28
Asya	20	13	12	39	19	20
Latin Amerika	18	13	12	26	17	20
Gelişmiş Ülkeler	14	10	9	22	12	12

Tablo 2.2’de de görüldüğü gibi eğitim yatırımlarının sosyal ve kişisel getiri oranlarının en yüksek seviyesine ilköğretim düzeyinde ulaşıldığı görülmektedir. Özellikle sosyal getiri bakımından getiri oranının en düşük olduğu öğretim

düzeinin, yüksek öğretim olduğu anlaşılmaktadır. Bunun nedeni, yeterince gelişmemiş bir toplumda, insanların büyük bir çoğunluğunun üniversite mezunu olması topluma çok fazla fayda getirmemektedir. Çünkü böyle bir toplumda söz konusu üniversite mezunlarını eğitim düzeyleriyle uygun işlerde istihdam etmenin mümkün olmaması nedeniyle eğitimin marjinal getirisinin sosyal anlamda giderek azaldığı ifade edilebilir. Ancak, nüfusun büyük bir çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu bir toplumda, üniversite mezunlarının kendilerine uygun iş bulabildikleri ölçüde aldıkları eğitimden büyük kazanç sağladıkları görülmektedir (Hogendorn, 1992: 299-300). Tablo 2.2’de de gelişmekte olan ülkelerdeki insanların yüksek öğretim sayesinde elde ettikleri kişisel getirilerin, gelişmiş ülkelerinkinden daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

2.3.1.3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Tüketim çağının gereği olarak var olan her şey çok kısa süre içerisinde tüketilmekte ve yerini yeni oluşumlara bırakmaktadır. Geçmişte doğru olarak kabul edilen değerler ve görüşler yerini yeni gelen görüşlere bırakmaktadır. Sağlık harcamaları konusunda da daha öncede genel kabul görmüş düşünceler değişmektedir. Basit sağlık problemlerinin nedenleri araştırılırken insan sağlığının söz konusu olması sebebiyle en pahalı teşhis yöntemleri kullanılabilir. Bu harcamaların ardındaki nedenlerden biri de toplumun sağlık konusunda yaşadığı kaygılardır. Eğitim seviyesinin yükselmesi farkındalığı arttırmış ve beraberinde her şeyden haberdar olmanın olumsuz getirisi olan hayat kaygısını ortaya çıkarmıştır.

2.3.1.4. Teknolojik Gelişmeler

Teknoloji alanında kaydedilen ilerlemeler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yakında takip edilmektedir. İleri teknoloji doğal kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasına imkân tanır. Ancak sağlık hizmetleri yerine getirilirken ihtiyaç duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanın elde edilmesi yüksek maliyetlere katlanmayı gerektirir (Tokalaş, 2006: 29). Ayrıca sağlık problemlerinin çözümü için gereksinim duyulan teknolojik gelişmelerin uzun süren çalışma ve araştırmalara dayanması maliyetleri ve harcamaları arttıran bir nedendir. Her iki neden birlikte değerlendirildiğinde teknolojik gelişmelerin sağlık sektöründe büyük önem taşıdığını harcamaların büyümesine neden olduğunu söylemek mümkündür. Bunun yanında teknolojik gelişmeler sonucu elde edilen ürünlerin ve makinelerin

kullanılması, bunarlı kullanacak uzman personelin yetiştirilmesi ve bunların bakım maliyetleri de teknolojik gelişmenin neden olduğu artışlara örnek verilebilir (Işık, 1988: 149).

2.3.1.5. Şehirleşme

20. Yüzyıldan itibaren dünyada teknolojik ve ekonomik gelişmeler meydana gelmiş ve sonucunda da sosyal ve kültürel dönüşümler ortaya çıkamaya başlamıştır. Ekonomik gelişmeyle beraber artan sanayileşmenin getirdiği diğer bir olgu şehirleşmedir. Ekonomik gelişmenin gereği olarak insanların üretimde daha çok rol almaları zaman içerisinde beraber yaşama zorunluluğu da getirmiştir. Beraber yaşayan insan sayısının artması aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinde artışı gerektirmektedir. Şehirleşmenin olduğu bölgelerde sağlık kurumlarının yeterli olması gerekli uzman personelin, ilacın ve teknolojinin bulunmasına ve altyapı çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde ortaya çıkabilecek salgın bir hastalık çok büyük sayıda insanı etkileyebilir ve çok büyük kayıplara sebebiyet verebilir. Bu durum özellikle sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

2.3.1.6. Yaşam Süresinin Uzaması

İnsanların ortalama yaşam süresi, büyük ölçüde ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bunlardan vatandaşların yararlanabilme imkânlarıyla ilişkilidir. Sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinden biri de nüfus içerisindeki yaşlı oranın her geçen gün yükselmesidir (OECD, 2005:90). OECD ülkelerinde bireylerin gelirlerindeki artış yaşam kalitesi yükselmiş, teknolojik ilerlemeler ve yeni kuşak ilaçlarla insanların yaşam sürelerinde kayda değer artışlar gözlenmiştir. Geride kalan son 40 yılda tüm OECD ülkelerinde nüfus içerisindeki 65 yaş ve üzeri insan sayısı artmıştır (OECD, 2006). Bu eğilimin önümüzdeki yıllarda devam etmesi beklenmektedir. Yaşlı kimselere sunulan sağlık hizmetlerinin uzun vadeli bakım hizmetleri olduğu düşünülürse, sunulan sağlık hizmetleri de süreklilik arz edecektir.

2.4. SAĞLIK HARCAMALARININ BÜYÜME VE KALKINMA ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

2.4.1. Sağlık Harcamaları ve Eğitim İlişkisi

Beşeri sermaye kuramına göre bilgi ve becerisini geliştiren kişinin verimliliği artmaktadır. Ancak kişinin bilgi ve becerisini artması için eğitim alması gerekmektedir. Burada sağlık açısından belirleyici nokta kişinin eğitim alırken sağlık düzeyinin önem arz etmesidir. Dolayısıyla beşeri sermaye stokunun ölçülebilmesi için eğitim ve sağlığın birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (Karagül, 2003: 70). Grossman (1999) sağlık stokunu, beşeri sermayeden ayrı olarak ele almıştır. Grossman (1999)'a göre bu iki sermaye türü birbirinden farklılık arz etmektedir. Bu bağlamda beşeri sermaye, kişinin piyasadaki üretkenliğini artırılmaktadır. Ancak sağlık sermayesi kişinin mal ve para edinme zamanının miktarını belirlemektedir.

Ekonomik gelişmişlik düzeyi ile beşeri sermaye arasında yakından ilişki bulunmaktadır. Dolayısıyla beşeri sermayenin unsurları olan eğitim durumu ve sağlık düzeyi gibi belirleyiciler ile büyüme arasında yakından ilişki bulunmaktadır. Bu durum sağlık seviyesi yüksek toplumların daha kolay eğitilebilir olmasından kaynaklanmaktadır. Daha kolay eğitilebilir toplumların yüksek verim düzeyi, daha yüksek büyüme sağlamaktadır. Bu bağlamda iktisadi büyüme hızını artırmak isteyen toplumlar için beşeri sermaye stokunun artırılması bir zorunluluk olmaktadır (Karagül, 2002: 71).

Sağlık ekonomisi konusu hakkında temel katkılardan biri de Mushkin tarafından yapılmıştır. Mushkin hipotezinin temeli sağlık eğitim ilişkisi temelinde ortaya çıkmaktadır. Bireylerin sağlıklı olması durumunda eğitim kalitesinin de artması nedeniyle beşeri sermaye gücünün kalitesi de artacaktır. Kalite, beşeri sermaye verimliliği ve üretimin temel belirleyicilerinden birisidir. Mushkin'e göre sağlık harcamalarındaki artış nedeni ile bireylerin sağlığındaki iyileşme eğitim yatırımlarında görece olarak yararlanma süresini yükseltecektir (Mushkin, 1962: 129).

Gelişmiş ülkelerin sağlık alanında yapmış oldukları yatırımlar sonucu sağlık sektöründe dikkat çekici ilerlemeler meydana gelmiştir. Buna paralel olarak insanların ortalama yaşam süresi artmış, daha sağlıklı bireyler yetişmiş ve bu şekildeki gelişmeler beşeri sermayeyi canlandırmış bunun sonucunda da eğitim sektörü olumlu etkilenmiştir.

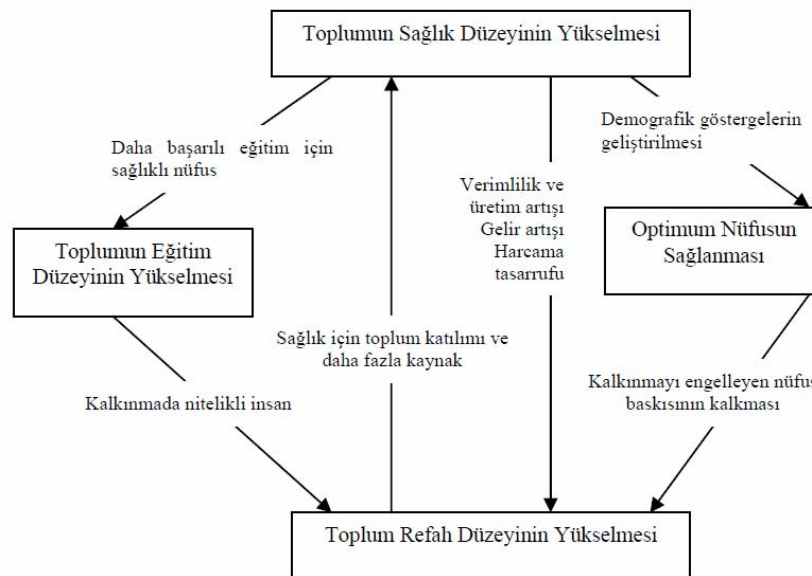
2.4.2. Sağlık Harcamaları ve Büyüme Üzerindeki İlişkisi

Eğitim beşeri sermayenin asıl unsurunu oluşturmaktadır, bunun yanı sıra toplumların sağlık düzeyleri de beşeri sermayeyi besleyen ve gelişmesine önemli katkıda bulunan diğer bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Bununla birlikte sağlık düzeyinin gelişimi de ekonomik gelişmeyi hızlandırmaktadır (Mazgit, 2002: 405).

Birçok iktisatçı ülkelerin sağlık düzeyleri ile ekonomik kalkınmaları arasında doğrudan bir ilişkinin olmadığı ifade etmeleri rağmen, toplumların sağlık düzeyinin yüksek olmasının, verimliliği dolayısıyla ülke kalkınmasını olumlu etkilediği konusunda aynı görüşe sahiptirler (Karagül, 2002: 71-72).

İnsan sağlığının ülkelerin refah ve geliri, işçi verimliliği ve iş gücü katılımı, tasarruf ve yatırım oranları, nüfusa bağlı faktörler gibi birçok beşeri sermaye faktörleri üzerinde doğrudan bir etkisi bulunmaktadır.

Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinin eğitim, demografik faktörler ve ekonomik gelişme üzerindeki etkileri Şekil 2.3’de belirtilmiştir



Şekil 2.3. Sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki

Kaynak: Mazgit, 2002: 412

2.4.3. Sağlık Harcamalarının ve Sosyo- Ekonomik Kalkınma İlişkisi

Kavramsal olarak İktisadi büyüme, reel hâsıladaki artışları ifade etmektedir. Ancak bu artışlar uzun dönemde ülkenin üretim ölçeğinin veya potansiyelinin genişlemesi veya daha üretken kullanılması sayesinde ortaya çıkmaktadır. İktisadi büyüme sorunu, genellikle bir uzun vade sorunu olarak kabul edilmektedir (Kibritçioğlu, 1996: 207).

Büyüme kısa dönemde ise, Keynesgil bir bakış açısı ile ele alındığında ekonomide tam istihdam seviyesine ulaşılmadığı bir durumda toplam talep artışları vasıtası ile reel gelirden yükselme sağlanmaktadır. Kısa dönemde reel büyümenin hız kazanmasında özellikle hükümetlerin genişletici para, maliye, döviz kuru ve dış ticaret politikalarının etkisi söz konusu olabilir (Kibritçioğlu, 1996: 208).

Son 30–40 yıl incelendiğinde gerçekleşen ekonomik gelişmenin toplumun bazı kesimlerinin ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığı görülmektedir. Birçok fakir ülkede, ekonomi gelişse de sağlık problemleri artmıştır. Diğer yandan herkes için sağlığın temin edilmesi süreci ekonomik gelişmeye bağlı değildir. Yeterli politik istek ve uygun ulusal önceliklerle yoksul ülkelerde bile sağlıkta önemli ilerlemeler gerçekleştirilebilir (WFPFA, 2009).

2.4.4. Kalkınma ve Sağlık İlişkisi

Ülkenin nihai amacı kalkınma ve kalkınmanın temel göstergelerinden biri de sağlık göstergeleridir. Son yıllarda kalkınma, sağlık ve eğitim sorunlarının çözümlenmişlik düzeyiyle ifade edilmektedir. Başka bir ifadeyle, kalkınma sağlık sorunlarının çözümüyle özdeşleşmiştir. Böylece yeterli miktarda ve kalitede sağlık hizmetinin sunulması ve de her fert için ulaşılabilir olması sağlanmış olur (Tokat, 1994: 72).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), ülkeleri gelişmişlik düzeylerine göre sıralamada sıklıkla kullanılan ve GSYİH'ya (veya GSMH'ya) göre daha güvenilir bir gösterge olan, İnsani Gelişim Endeksini (Human Development Index-HDI) her yıl hesaplamakta ve yayınlamaktadır. Bu endeks sağlık, eğitim ve gelir olmak üzere üç alana ilişkin göstergelerden oluşturulan endekslerin basit aritmetik ortalamasıdır. İnsani Gelişim Endeksinin kapsamından da anlaşılacağı üzere, toplumun sağlık düzeyi, önemli bir gelişmişlik göstergesi olarak kabul edilmektedir. Zira toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi vardır. Bireyin niteliklerinin gelişiminde eğitimi ve

sağlığı olmak üzere başlıca iki önemli boyut bulunmaktadır. Her iki boyutta da, bireysel çaba yanında toplumsal yapılanma önem taşımaktadır. Eğitim kurumlarının genel düzeyinden bağımsız olarak ortalama bireyin eğitiminin geliştirilmesi söz konusu olamayacağı gibi; sağlık kurumlarının ve sağlık koşullarının genel düzeyinden (kısaca ülkenin sağlık statüsünden) bağımsız olarak ortalama bireyin sağlığının geliştirilmesi de söz konusu olamayacaktır. Bu nedenle bilgi toplumu yolunda ilerleyebilmek, ülkenin sağlık statüsünün geliştirilmesiyle de yakından ilgilidir (Mazgit, 2009).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacını gerçekleştirmek için nasıl bir yol izlendiği ele alınmıştır.

Gaziantep ilinde sağlık sektörünün mevcut durumu ve sağlık sektörünün Gaziantep ekonomisine etkisi isimli çalışmada; Gaziantep ilinde, İl Sağlık Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Kurumu İl Müdürlüğü, sağlık kurum ve kuruluşlarının yöneticileri ve saymanları ile birebir görüşmeler gerçekleştirilerek istatistik birimlerinde çalışmalar yapılmıştır.

Ankara'ya gidilerek, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık İstatistikleri ve İstihdam Planlama Daire Başkanlığı ile görüşülmüştür ve istatistik şube müdürlüğünde çalışmalar yapılmıştır.

Çalışmada Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu internet adreslerinden ve kitap, dergi, makaleler, ulusal ve uluslararası sağlık raporları ve araştırmalardan da yararlanılmıştır.

Çalışmanın konusu doğrultusunda; Stratejik sağlık yönetimi eğitimi, sosyal güvenlik reformu semineri, ulusal hastaneler yöneticileri toplantıları, uluslararası sağlık yönetimi kongreleri, ulusal sağlık kurultayı, Sağlık Bakanlığı sağlık insan gücü ve sağlık yatırımları çalıştay, sağlık kuruluşları kamu iç kontrol sistemi ve sağlık kuruluşları yönetimi kongresi gibi birçok seminer, konferans ve kongreye yazar tarafından katılım gerçekleştirilmiştir.

Tüm bu görüşmelerden, araştırmalardan, seminer ve konferanslardan edinilen bilgi ve bulgular çalışmanın uygulamaya yönelik kısmında analiz edilerek ekonomik anlamda değerlendirilme yapılmıştır.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre yapmış oldukları kamu harcamaları içerisinde sağlık sektörüne harcamaların ne derece ve ne oranda olduğu bilimsel sürecin bir yerlerinde yer almak amacıyla ve sağlık ekonomisi konusunda bölgede, Gaziantep ilimizden ülkemizin genel bir değerlendirmesini yapmaktır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME

4.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK

4.1.1. Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları

Türkiye'nin sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Türkiye vatandaşları sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde kar güdüsüyle faaliyet gösteren özel sağlık kurumlarından da temin edebilirler.

Türkiye'de sağlık sistemi gerek hizmet arzı, gerekse hizmet talebi açısından önemli çeşitlilik göstermektedir. Yani sağlık hizmetleri özel ve kamu sektöründe değişik kurumlar tarafından sunulurken, hizmet alımında da sağlık sigortası güvencesi kapsamında olanlar ve olmayanlar diye iki kısma ayrılmaktadır.

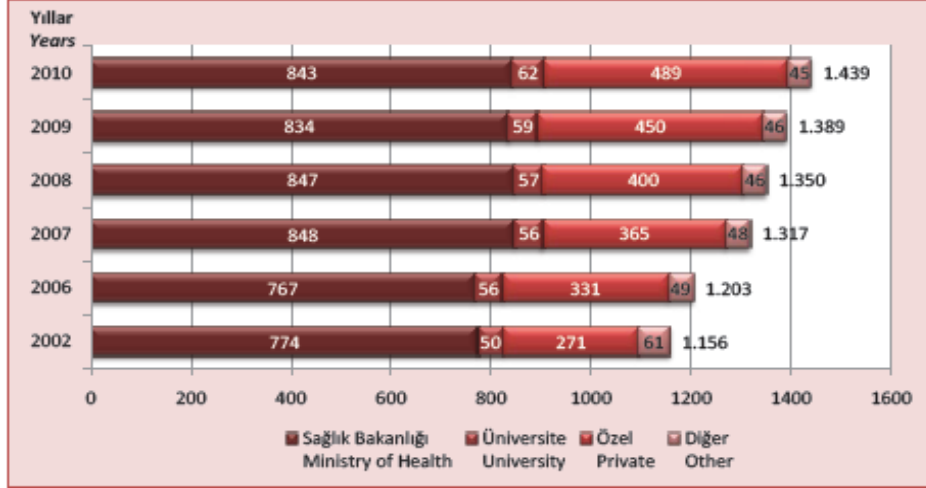
4.1.2. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu

Türkiye'de sağlık sektörünün mevcut durumu incelendiğinde oldukça karmaşık bir yapı ile karşılaşılmaktadır. Mevcut yapının merkezinde bulunan ve temel taşı olan Sağlık Bakanlığının yanı sıra, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, DPT ve diğer devlet kurumları ile özel sağlık kuruluşları da bu karmaşık yapının diğer taşlarını oluşturmaktadır (Tatar, 2003:27).

Türkiye'de sağlık hizmeti sunan birimler, birinci basamakta sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, kamu hastanesi poliklinikleri, belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis ve tedavi poliklinikleri, özel muayenehaneler ve farklı büyüklükte diğer kamu dispanserleri ile vakıf poliklinikleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile evde ve ayakta tedavi hizmetleri 6305 Sağlık Ocağı, 225 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇS-AP), 243 Verem Savaş Dispanseri (VSD) ile ülke genelinde Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

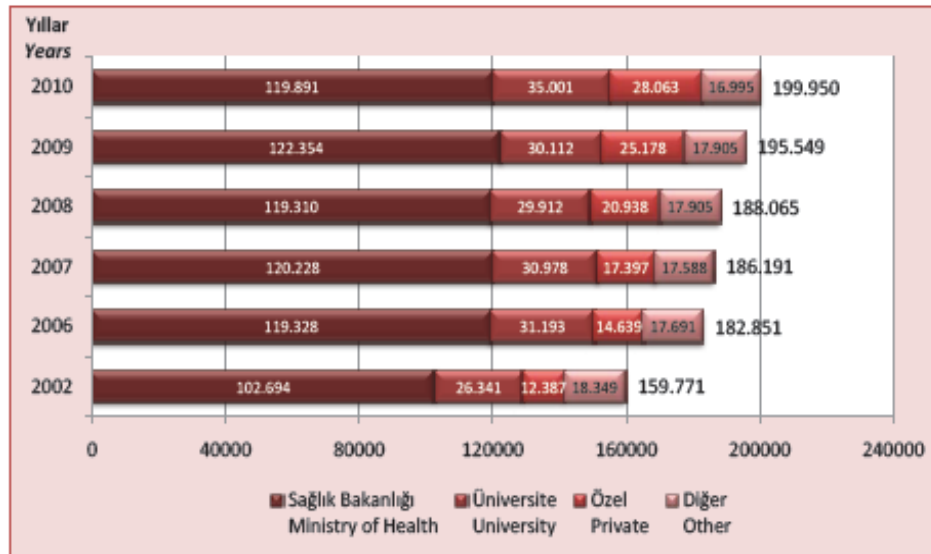
Türkiye’de yıllara ve sektörler göre hastane ve hastane yatağı sayısı tablo 4.1. ve tablo 4.2.’de sayısal olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4.1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü)



Türkiye’de 2002-2010 yılları arasındaki hastane sayısı incelendiğinde, sağlık bakanlığına, üniversiteye ve özel sektöre ait hastane sayısında artışların olduğu gözlenirken, diğer sektörler için hastane sayısında ise sürekli bir azalışın olduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü)



Türkiye’de yıllar ve sektörler baz alınarak hastane yatağı sayısı incelendiğinde özel sektörde yıllara göre sürekli bir artışın olduğu gözlenmektedir. Diğer sektörler için hastane yatağı sayısında ise azalışlar söz konusudur.

Tablo 4.3: Sektörlere Göre Hastane ve Yatak Sayısı (www.sendika.org)

Yataklı Tedavi Kurumlarında Kamu-Özel Dağılımı, 2011				
	Kuruluş	Yatak Sayısı	Kuruluş Payı %	Yatak payı %
Sağlık Bak.	842	120.535	58.5	60.1
Üniversite Hast.	62	35.001	4.3	17.4
Özel	490	28.147	34.1	14.0
Belediye Hast.	3	1.095	0.2	0.5
Milli Savunma	42	15.900	2.9	7.9
TÜRKİYE TOPLAMI	1.439	200.678	100	100

Türkiye’de 2011 yılı itibariyle hastane ve yatak sayısının Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastanesi, Özel Hastane, Belediye Hastanesi, Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastane sayıları belirtilmiştir.

2009 yılına kadar olan veriler yukarıda verilmiştir. Bu verilerle 2011 yılı verileri karşılaştırıldığı zaman Sağlık Bakanlığı’na ait hastane sayısında nicelik itibariyle çok fazla bir değişiklik olmadığı gözlemlenmektedir. Fakat Üniversite Hastanesi ve Özel Hastane sayılarında oransal olarak ciddi bir artış gözlemlenmektedir. Sağlık Bakanlığına hastanelerdeki yatak sayısı çok fazla değişmemekte fakat Özel Hastane ve Üniversite Hastanelerinde oransal olarak ciddi bir artış meydana geldiği görülmektedir.

Tablo 4.4: Türkiye’de İkinci ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler Ve Yatak Sayılarının Kurumlara Dağılımı (Sağlık İstatistikleri, 2010)

KURULUŞ ADI	HASTANE SAYISI (%)		YATAK SAYISI (%)	
Sağlık Bakanlığı	843	58.6	119.891	60,1
Üniversite	62	4,3	35.001	17,5
Özel	489	33,4	28.063	11,1
Diğer Kamu	45	3, 1	16.995	8,5
TOPLAM	1439		199.369	

Türkiye’de ikinci ve üçüncü basamakta yatakta tedavi hizmeti veren 1439 kurumun %58.6’sı Sağlık Bakanlığı’na, %33.4’ü özel sektöre, %4.3’ü üniversitelere, %3.1’i de diğer kamu kesimleridir.

Yukarıdaki veriler doğrultusunda, verilen sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının sağlık bakanlığı tarafından sağlanması, kamunun temel görevlerinden olan halk sağlığının korunması ilkesinin yerine getirilmesi olarak düşünülse de, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi tartışmalıdır.

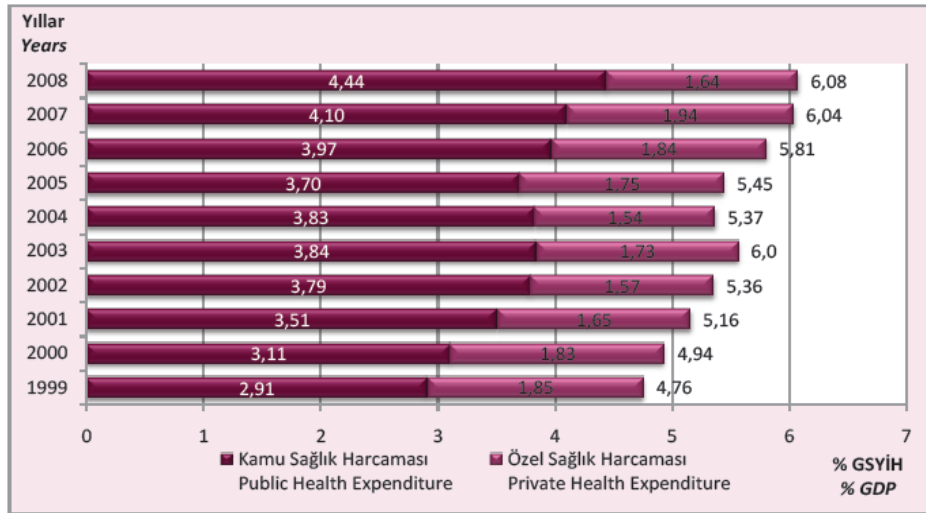
Tablo 4.5: Bazı Sağlık Personelinin Sektörlere Dağılımı, Türkiye (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010)

	Sağlık Bakanlığı <i>Ministry of Health</i>	Üniversite <i>University</i>	Özel Sektör <i>Private Sector</i>	Diğer * <i>Other *</i>	Toplam <i>Total</i>
Uzman Hekim <i>Specialist Physicians</i>	31.527	11.843	19.749	444	63.563
Pratisyen Hekim <i>General Practitioners</i>	33.229	262	4.328	999	38.818
Asistan Hekim <i>Medical Residents</i>	7.679	13.340	0	47	21.066
Toplam Hekim <i>Physicians Total</i>	72.435	25.445	24.077	1.490	123.447
Diş Hekimi <i>Dentists</i>	7.069	1.219	12.987	157	21.432
Eczacı <i>Pharmacists</i>	1.854	218	23.499	935	26.506
Sağlık Memuru <i>Health Officers</i>	65.842	7.086	21.515	-	94.443
Hemşire <i>Nurses</i>	77.472	15.852	17.209	4.239	114.772
Ebe <i>Midwives</i>	45.515	561	4.253	14	50.343

Türkiye’nin 2010 nüfusu dikkate alındığında, Sağlık Bakanlığı’nın bünyesinde bulundurduğu 72.435 toplam hekim ile hizmet verirken Türkiye genelinde her 1000 kişiye 1.67 hekim düşmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki görev alan personel sayısının ve dağılımı ile birlikte nüfus artış hızı dikkate alındığında Türkiye’nin sağlık sektörü açısından ne kadar yetersiz olduğu gerçeği açıkça görülebilmektedir.

Bir ülkenin sağlık sektörünün yeterliliği ortaya konurken bakılan diğer bir unsurda yapılan toplam sağlık harcamalarının miktarı ve bu harcamaların GSYİH içerisindeki payıdır.

Tablo 4.6: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sektör Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010)



1999-2008 yılları arasında GSYİH'dan sağlık için ayrılan pay %4,76 ile %6,08 arasında değişmektedir. Bu oranlar gelişmiş ülkelerin GSYİH'larından sağlık için ayrılan payla karşılaştırıldığında yeterli gibi görünse de, gelişmekte olan dolayısıyla GSYİH'si düşük olan bir ülkenin sadece temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta, koruyucu sağlık hizmetleri ve uzun süreli tedavi hizmetlerinin satın alımında ciddi sıkıntıları da beraberinde getirmektedir. Zaman içerisinde nüfusun ve nüfus içerisindeki yaşlı insan oranının artacağı düşünülürse, uzun süreli tedavi hizmetleri harcama kalemi hızla artacak ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı içinde daha fazla kaynak ihtiyacı doğacaktır.

Tablo 4.7: Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Türkiye, 2008 (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010)

	Milyon TL	Milyon ABD \$	Milyon SGP ABD \$
GSYİH	950.354	730.189	989.952
Cari Sağlık Harcaması	52.320	40.200	54.500
Yatırım Harcaması	5.420	4.164	5.646
Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	57.740	44.364	60.146
Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'ye oranı (%)	5.5		
Yatırım Harcamasının GSYİH'ye oranı (%)	0.6		
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ye oranı (%)	6.1		

Elimizdeki son veriler olan 2008 yılı verilerini incelediğimizde, Türkiye'nin GSYİH'si 950.354 Milyon TL olmakla birlikte, cari sağlık harcaması 52.320 Milyon

TL'dir. Cari sağlık harcaması, GSYİH'nin %5,5'ini oluşturmaktaarken, Yatırım harcaması 5.420 TL ile payın %0,6'sını oluşturmaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (Cari sağlık harcaması + yatırım harcaması) %6,1'dir.

4.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ VE YÖNETİMİ

Türkiye'de sağlık politikasının belirlenmesi, planlanması, düzenlenmesi ve yönetimi bölünmüş bir yapıya sahip olmakla birlikte bu görevler farklı paydaşlar arasında dağılmaktadır. Sağlık kurumlarının yüksek kaliteli ve etkili sağlık hizmetleri sağlaması için planlanması, koordine edilmesi, mali açıdan desteklenmesi ve geliştirilmesi konularındaki tüm sorumluluk Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, DPT ve diğer devlet kurumları arasında paylaşılmaktadır.

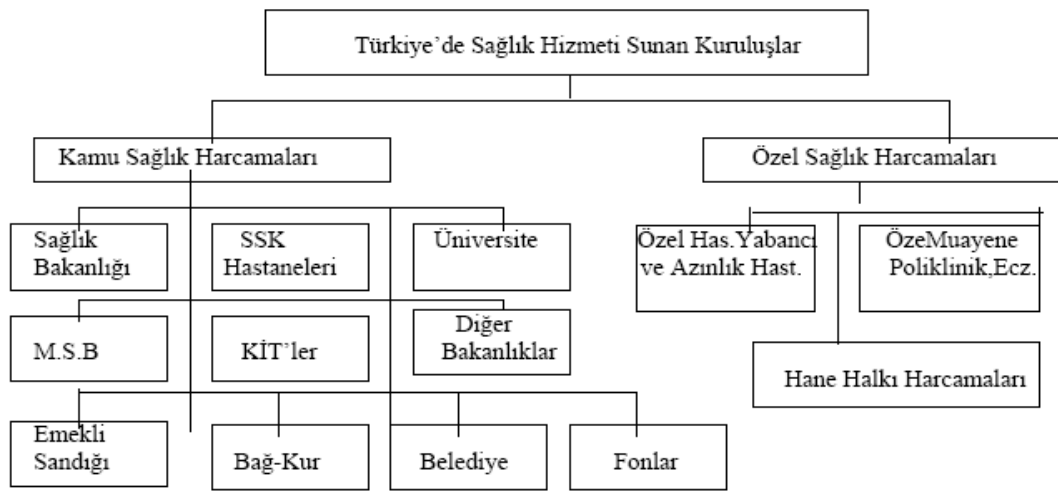
Sağlık Bakanlığı, sağlık sektöründe politikaların belirlenmesi, programlar aracılığı ile ulusal stratejilerinin uygulanması ve sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu temel devlet kurumudur (TÜBİTAK, 2003).

4.2.1. Sağlık Sisteminin Planlanması, Düzenlenmesi ve Yönetimi

Sağlık Bakanlığı, sağlık sektörü politika hedeflerinin belirlenmesinde veya sağlık hizmetlerinin sunumunun planlanmasında sorumluluklara sahip olmakla birlikte, günümüzde esas itibarıyla kendi çerçevesi altında sağlanan sağlık hizmetlerinin yönetilmesi ile ilgilenmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri kuruluşları olan üniversite hastanelerinin durumu ise farklıdır. Her biri bağımsız bir kuruluştur ve yatırımlar hariç her hangi bir merkezi planlama makamının yasal yönetimine tabi değildir. İllerde valiler ve il sağlık müdürleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumludur. İl sağlık müdürleri idari açıardan valiliğe, teknik açıdan ise Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur. DPT'nin iki ayrı planlama rolü bulunmaktadır. DPT, 5 yıllık kalkınma planlarının hazırlanması yoluyla stratejik planlamadan sorumlu olup aynı zamanda yatırım onayı ve planlanmasından da sorumludur. DPT sağlık hizmetleri alanında yapılacak her türlü yeni yatırım için onayı alınması gereken makamdır (Liu vd., 2005:14).

4.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük rol kamuya aittir Şekil 4.1, Türkiye'deki sağlık hizmetleri sunumunu açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Buna göre, kamu sektöründe sağlık harcaması yapan kuruluşlar, Sağlık Bakanlığı, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Üniversiteler, Bakanlıklar, KİT'ler. Belediyeler ve Fon'lar olarak karşımıza çıkmaktadır. Özel sektörde ise, özel hekim muayenehaneleri, özel poliklinikler ve eczaneler bir yandan; özel hastaneler diğer yandan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri, Şubat 2005 tarihine kadar ikinci büyük hizmet sunucusu iken bu tarihten itibaren tüm kurumları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir (Yurdadoğ, 2006:125)



Şekil 4.1. Türkiye'de Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar (Tokat, M., 1993:11)

4.2.2.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin temel sunucusudur. Bu hizmetler, 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunu'na dayalı olarak ülke genelinde açılmış olan sağlık ocakları ve sağlık evleri aracılığıyla sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 6305 Sağlık Ocağı bulunmaktadır.

Bakanlık ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve diğer bazı temel koruyucu sağlık hizmetleri için birçok dikey program yönetmektedir. Bu programların özellikle kentsel alanlarda yürütülmesi için 225 Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ile 243 Verem Savaş Dispanseri ve az sayıda diğer uzmanlaşmış merkez ve dispanser bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008). Sağlık Bakanlığı ayrıca toplam yatak kapasitesinin % 63,4'ünü de işletmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

4.2.2.2. Milli Savunma Bakanlığı

Milli Savunma Bakanlığı temel olarak askeri personele ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere hizmet veren 15.900 yatak kapasitesine sahip 42 hastane ile sağlık hizmet ağı işletmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2005). Bu hastanelerin kapasitelerinin %5'i sivil hastalar için kullanılabilir. Lisans ve yüksek lisans seviyesinde eğitim veren iki tane Milli Savunma Bakanlığı hastanesi bulunmaktadır.

4.2.2.3. Üniversiteler

35.001 yatak kapasitesine sahip 62 üniversitenin temel sorumluluğu üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunmak olmakla birlikte sevk sisteminin yetersizliği nedeniyle bu hastaneler birinci basamak sağlık hizmetleri için de kullanılmakta ve bu durum kaynakların verimsiz kullanımına yol açmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2009).

4.2.2.4. Sosyal Sigortalar Kurumu

SSK'da daha önce de belirtildiği üzere 2005 yılına kadar, 136 hastane toplam yatak kapasitesi içerisinde %16,1'lik pay) 209 sağlık istasyonu (kapsam olarak Sağlık Bakanlığının sağlık evlerine benzeyen) ve 179 sağlık dispanserinden (Sağlık Bakanlığı sağlık ocaklarına eşdeğer) oluşan önemli bir sağlık kurumları ağı işletmekteydi.

4.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı;

- Temelde vergi gelirleriyle finanse edilen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için kullanılan genel bütçe,
- Bağ-Kur, SGK ve Emekli Sandığı üyelerinin aylık gelirlerinden kesilen sosyal güvenlik katkıları,
- Özel sağlık kurumlarına ve Özel muayenehanelerinde hizmet veren hekimlere doğrudan yapılan cepten ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile sağlanmaktadır (Liu vd., 2005:19).

4.3.1. Devlet Bütçesi

Genel bütçe vergi gelirleri tarafından finanse edilen, kamunun vatandaşlarına sağladığı sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağıdır. Türkiye'deki sağlık

politikalarını belirleyen en büyük sağlık hizmetleri sunucusu olan Sağlık Bakanlığının gerçekleştirdiği harcamaların çok büyük kısmı genel devlet bütçesinden finanse edilmektedir.

Genel bütçe, Sağlık Bakanlığı hastaneleri bütçelerinin sadece %35'ini karşılamakta ve aradaki fark döner sermaye yoluyla finanse edilmektedir (Kartal vd., 2004). 1988 yılından itibaren lüks tüketim malları, yakıt, sigara, alkol, yeni araç satışlarından fon vergisi kesilmek suretiyle Sağlık Bakanlığı'na ilave vergi geliri sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın üçüncü önemli gelir kaynağı döner sermayeler olup sigortalılar ve bireyler bu fona ödeme yapmaktadırlar. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin özertleşmesi başlığı altında, hastanelerin döner sermaye kanunlarında değişikliğe gidilmiş bu sayede hastanelerin döner sermayeleri sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir kaynak olmuştur (Liu vd., 2005: 22).

4.3.2. Sosyal Güvenlik Katkıları

Tablo 4.8: 2008 yılı itibariyle Sosyal Güvenlik Kapsamında bulunan nüfus gruplarının Sosyal Güvenlik Kurumlarına göre dağılımı (SGK, 2008)

SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARI	SİGORTALI SAYISI	AYLIK VE GELİR ALANLAR	AİLE FERDİ	TOPLAM
SSK TOPLAM	9,574,873	5,024,696	85,004	14,684,573
A) 506 S.K.'NA TABİ				
a) ZORUNLU SİGORTALILAR	8,802,989	4,991,460	20,114,764	33,909,213
b) İSTEĞE BAĞLI SİGORTA (*)	256,097	-	-	256,097
c) TOPLULUK SİGORTASI	48,401	-	-	48,401
B) ÇIRAK SAYISI	249,292	-	-	249,292
C) TARIM SİGORTALISI	218,094	33,236	872,370	1,123,700
T.C. EMEKLİ SANDIĞI	2,464,206	3,073,593	5,263,145	10,800,944
A) Memur	2,464,206	1,756,760	5,263,145	9,484,111
B) MADALYA AYL. VAT. HİZ.	-	50,659	-	50,659
TER. AYL. ALANLAR				
C) 2022 S.K.'NA GÖRE AYL. AL.	-	1,266,174	-	1,266,174
BAĞ-KUR TOPLAMI	3,260,719	1,965,247	9,377,960	14,603,926
a) 1479 S.K.'NA TABİ OLANLAR	2,119,252	1,616,860	6,834,129	10,570,241
b) 2926 S.K.'NA TABİ (Tarım Sigortalısı)	1,141,467	348,387	2,543,831	4,033,685
506 S.K. GEÇ.20 MD.KAPSAMI	105,707	81,042	136,469	323,218
TOPLAM	15,405,505	10,144,578	14,862,578	40,412,661

Tablo 4.8’de Türkiye’ de yaşayan ve bir tür sosyal güvenlik kapsamı altında bulunan kişi sayısı verilmiştir. Devlet, sosyal güvenlik şemsiyesi altında yaşayan bu vatandaşlarının ücretlerinden yapmış olduğu sosyal güvenlik kesintileri ile sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak yaratmaktadır. Bu kesintiler sadece çalışan sigortalıdan ve işverenden yapılmakta olup bakmakla yükümlü olduğu kişilerden herhangi bir kesinti yapılmamaktadır. Dolayısıyla sosyal güvenlik kapsamında olan insanların çokluğu yüksek miktarda katkı anlamına gelmemektedir.

4.3.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)

SGK özel sektör çalışanlarına, kamu sektörü çalışanı olan işçilere ve tarım sektöründeki çalışanları ile bütün bu üç grubun bakmakla yükümlü olduğu kişilere emeklilik ve sağlık bakanlığı aracılığıyla sağlık hizmetleri sağlamaktadır. SGK, sağlık hizmetleri ve emeklilik hizmetlerini adı altında mensuplarına iki ayrı hizmet sunmaktadır. 2008 yılı itibariyle işçiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler dâhil tahminen 40,4 milyon SGK’lı bulunmaktadır, ancak SGK kapsamında bulunan bireylerin tümünün sağlık harcamaları karşılanmamakta, sadece sağlık karnesine sahip olan SGK’lıların sağlık harcamaları karşılanmaktadır. SGK sağlık hizmetleri esas itibarıyla çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primler ile finanse edilmektedir. Toplam SGK primi, çalışana ödenen maaşın %14’ü oranında hem işveren ve hem de çalışan tarafından ödenmektedir. Buna ilave olarak, SGK sağlık sistemi içerisinde ayakta hasta ilaçları için çalışanlardan %20, emeklilerden %10 oranında katkı payı alınmaktadır. Kronik hastalıkları bulunan sigortalılar bu katkı payından muaf tutulmaktadır (SGK, 2008).

4.3.2.2. Bağ-Kur

Yaklaşık olarak ülkenin %20,42’sini kapsayan Bağ-Kur kendi adına serbest olarak çalışan esnaf ve sanatkârı kapsamaktadır. Bağ-Kur sadece bu grup için hizmet veren bir emeklilik fonu olmak amacıyla kurulmuşken 1988 yılından sonra pilot illerden başlamak suretiyle sağlık sigortasını da kapsamına almıştır. Sağlık sigorta programı şu anda tüm ülkeyi kapsamına karşın katılım oranları son derece düşüktür. Bağ-Kur’un 14,6 milyon üyesinden 9,3 milyonu sağlık karnesine sahiptir ve aktif olarak sağlık sigortasından yararlanmaktadır (Bağ-Kur, 2008).

Üyelerin sağlık sigorta katkıları, %20'lik emeklilik ve diğer faydalar oranından farklı olarak sigortalı bireylerin tahmini gelirinin %12'si olarak hesaplanmaktadır.

Tahmini gelir seviyesi, Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen ve ücret ve fiyat enflasyonunu kapsayan bir endeks uygulanmak yoluyla hesaplanmaktadır. Bağ-Kur sağlık hizmetlerini doğrudan sunmamakta ancak kamu ve özel sektörde bulunan diğer hizmet sunucuları ile sözleşmeler yapmaktadır. Geri ödeme düzeyleri sunucu tipine göre değişmektedir. İlaç alımlarında aktif üyelerden %20 emekli üyelerden ise %10 düzeyinde bir katkı payı alınmaktadır (Liu, vd., 2005:22).

4.3.2.3. Emekli Sandığı

Emekli Sandığı, emeklilik fonu, sağlık sigortasını bir arada sunan bir sosyal güvenlik kuruluşudur. Kurum, Maliye Bakanlığı'nın yönetimine denetimine tabi olarak hizmet vermektedir. Emekli Sandığı, aktif çalışanların maaşlarından kesilen %16'lık çalışan katkısı ve işveren durumundaki devletin %20'lik katkısı ile finanse edilmektedir. Kurumun kaynaklarına zaman zaman devlet tarafından yapılan ilave sübvansiyonlar verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Emekli Sandığı yatan ve ayakta tedavi edilen hastaların sağlık hizmetlerinin tamamını karşılamakla birlikte geri kalan hizmetler için %20'lik bir ilaç ve protez katkı payının ödenmesi gerekmektedir. Hastanede yatış, bireyin devlet memurluğu içindeki derece kademesine dayanmaktadır. Bağ-Kur'da olduğu gibi, Emekli Sandığı da sağlık kurumları işletmemekte ancak kamu ve özel sağlık kurumları ile sözleşmeler hizmet satın almaktadır.

4.3.3. Özel Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanında özel finansman önemli bir yer tutmaktadır. Bu alanda yapılan harcamalar özel sigorta ve cepten ödemeler şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

4.3.3.1. Özel Sigorta

Türkiye'de özel sağlık sigortası uygulamasına 1990'lı yıllardan itibaren izin verilmiştir. Türkiye özel sağlık sigorta şirketleri için cazip bir pazar olmakla beraber mevcut durumda nüfusun sadece yaklaşık %1'i özel sağlık sigortası kapsamındadır.

Şu anda Türkiye'de 36 özel sigorta firması faaliyet göstermekte olup bu firmaların gerçekleştirdiği faaliyetler sonucunda, 1991'de 25.000 ve 2003 yılı sonu

itibariyle de 703.545'e özel sigorta kapsamına dahil olmuştur. Bu rakam 2009 yılı sonu itibariyle 759.517'dir. Özel sigorta kurumları buna ilave olarak, dış, ayakta check-up ve göz hizmetleri gibi hizmetlerle kamunun sağladığı sağlık sigortasına ilave sigorta sağlamaktadırlar. (TSRSB, 2010)

4.3.3.2. Cepten Ödemeler ve Katkı Payı

İnsanların kendi gelirlerinden gerçekleştirdiği sağlık harcamaları cepten ödemeler olarak adlandırılmaktadır. Kişiler satın aldıkları sağlık hizmetlerinin tamamını ya da bir kısmını kendileri karşılamak durumunda kalabilmektedir. Cepten yapılan ödemeler, kurumlara yapılan doğrudan ödemeler özel hekim ve gönüllü sağlık sigortalarına ödenen primler, ilaç ve hizmetlere yapılan katkı payları şeklinde olabilir. Sağlık hizmetlerine ilişkin özel harcamalar düzenli olarak kayıt altına alınmadığı için Türkiye'de cepten ödemelerin düzeyi ile ilgili güvenilir tahminlerde bulunmak zordur. Ulusal Sağlık Hesapları çalışma sonuçları sağlığa yapılan cepten ödemelerin toplam sağlık harcaması içindeki payının 2000 yılında %27,6, 2005 yılında %28,4 olduğunu göstermektedir (www.rshm.gov.tr).

Yukarıda tanımlandığı üzere, Türkiye'de mevcut bütün sağlık sigortası programları bir çeşit katılım payı veya maliyet paylaşımı sistemi içermektedir. Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı bütün kamu sağlık kurumlarının ücret seviyelerini belirlerken Türk Tabipleri Birliği özel kurumların minimum ücret seviyelerini belirlemektedir. Bütün kamu sağlık sigorta fonlarında hastalar ilaçlar için %20'lik bir katkı payı ödemektedirler. Bu oran emekli üyeler için %10 seviyesindedir. Ayrıca, Yeşil Kart sahipleri için %20 oranında katkı payı öngören kanun 27 Nisan 2005 tarihinde kanunlaşmıştır. Özel sigorta poliçeleri farklılık göstermekle birlikte genel olarak ayakta hasta bakımı, doğum hizmetleri ve ilaçlar için %20'lik bir katkı payı almaktadırlar (Liu, vd., 2005:24).

4.4 TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI

Türkiye'nin sağlık harcamalarını yıllara göre incelediğimizde bir artış trendi görürüz. 1999-2007 yılları arası gözlenen sağlık harcamalarındaki artışla birlikte GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları payı da artış göstermiştir. Sağlık harcamalarına yönelik olarak yapılan projeksiyon çalışmalarına göre, 2007 yılında gerçekleşen sağlık harcamaları 50.9 milyon TL'dir (TÜİK, 2007). Kişi başına kamu

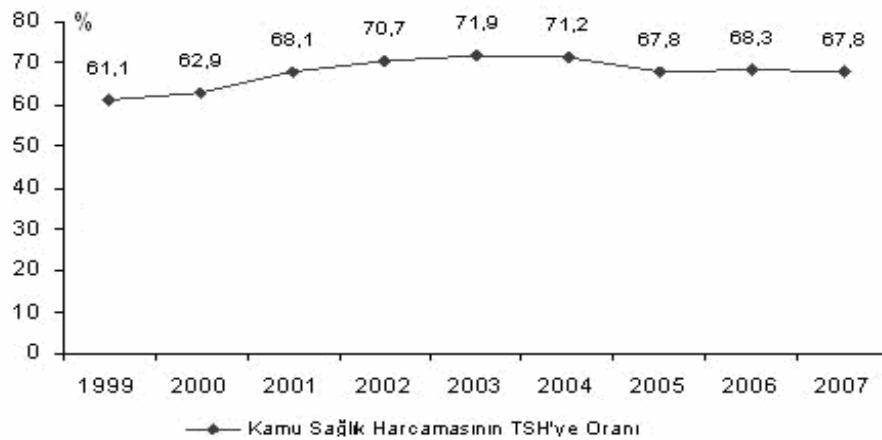
ve özel sağlık harcaması ise, satın alma gücü paritesine göre 2007 yılında 813 ABD \$ olmuştur.

Tablo 4.9: Türkiye Sağlık Harcamaları 1999-2008 (TÜİK, 2008)

YILLAR	TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI (Milyon TL)
1999	4.985
2000	8.248
2001	12.396
2002	18.774
2003	24.279
2004	30.021
2005	35.359
2006	44.069
2007	50.904
2008	57.740

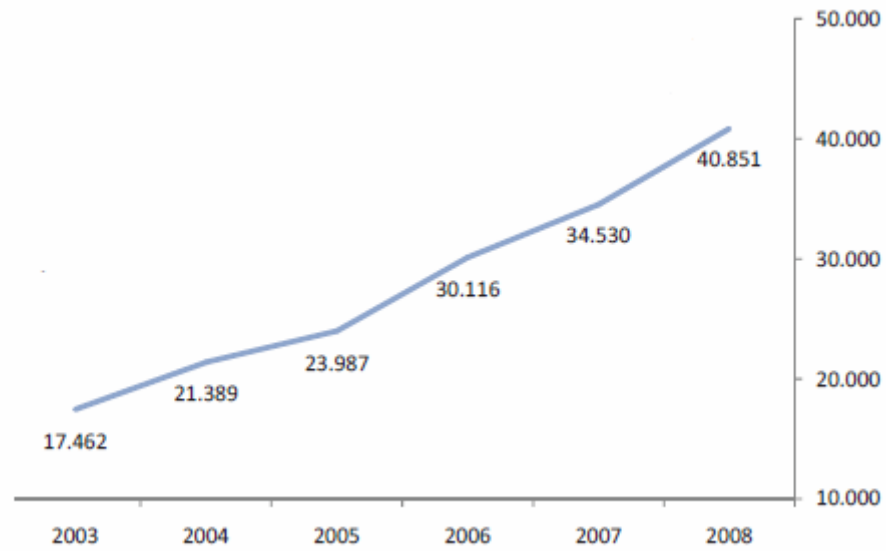
4.4.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları

Türkiye’de, daha önce açıklandığı üzere sağlık harcaması yapan kamu kurumları Sağlık Bakanlığı, SGK, Bağ-kur, Emekli Sandığı, Bakanlıklar, KİT’ler, Üniversiteler, Belediyeler ve çeşitli fon kuruluşlarıdır. Türkiye’de kamu sektörünün yapmış olduğu sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer tutar. Aşağıda Şekil 4.2’de kamu kesiminin gerçekleştirmiş olduğu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı görülmektedir.



Şekil 4.2. Kamu Sağlık Harcamalarının TSH'ye Oranı (TÜİK, 2007)

1999 yılında TSH'ye oranı % 61.1 olan kamu sağlık harcamaları, %6.7 oranında artış göstererek 2007 yılında % 67.8'e yükselmiştir.



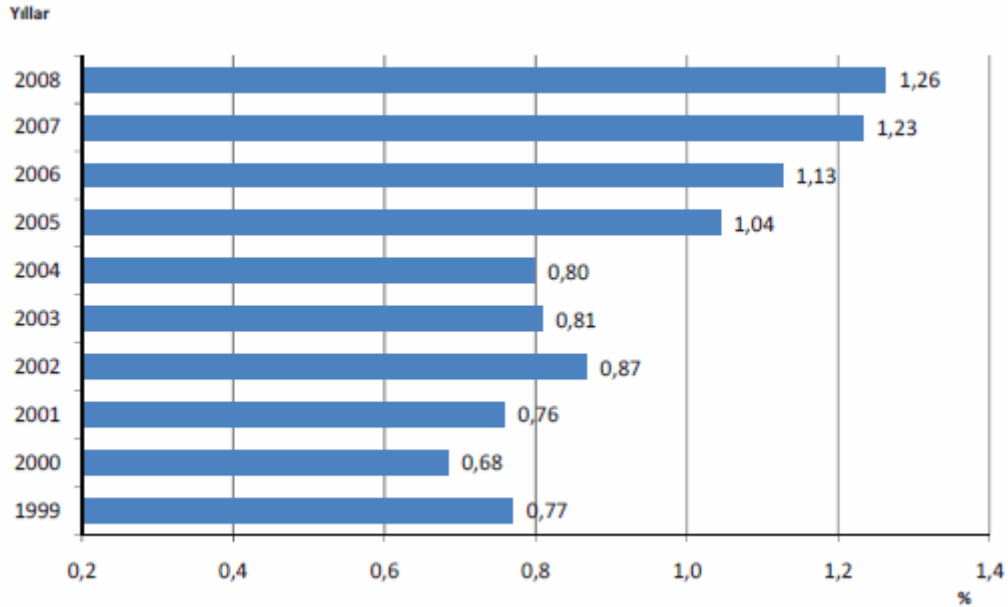
Şekil 4.3. Yıllara Göre Kamu Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2008)

Kamu sağlık harcamalarında yıllar itibariyle sürekli bir artış söz konusudur. 2003 yılında 17.462 milyon TL olan kamu sağlık harcamaları 23.389 milyon TL artarak 2008 yılında 40.851 milyon TL'ye ulaşmıştır.

4.4.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları

Türkiye'nin sağlık politikalarını yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetleri yanında ikinci basamak sağlık hizmetlerini de sunan en önemli kuruluştur. Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi ve topluma dayalı sağlık hizmetlerini sunma zorunluluğu bulunan kuruluşlardır (Yurdadoğ, 2006:146).

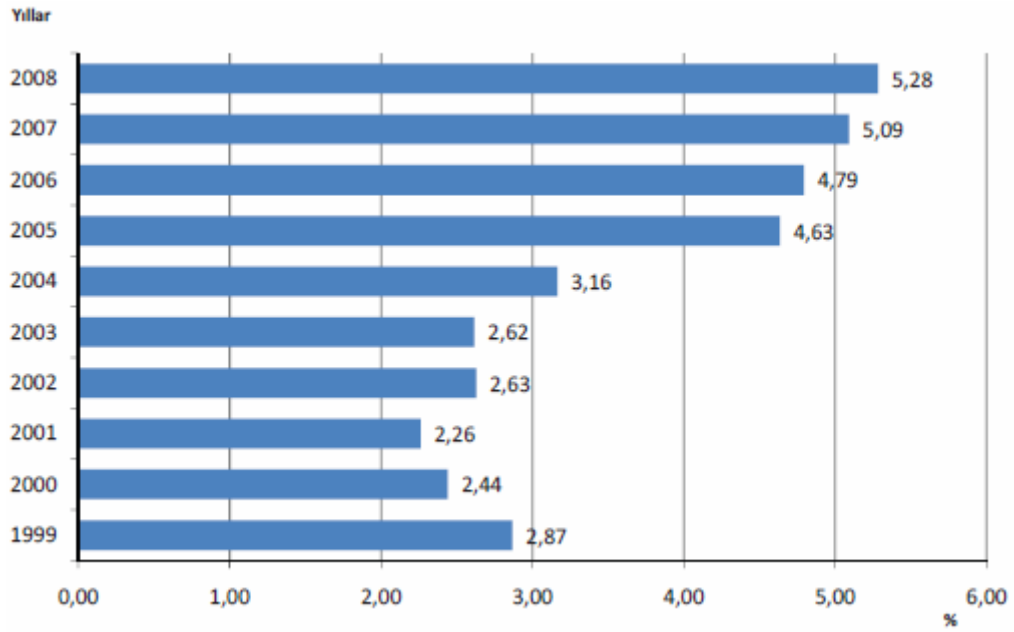
Devlet memurları, emekliler ve sağlık güvencesi altında olmayan tüm halka hizmet veren Sağlık Bakanlığı'nın harcamaları genel bütçe ödemeleri, döner sermaye gelirleri ve fon gelirlerinden karşılanmaktadır. Sağlık Bakanlığı harcamalarının temel kaynağını genel bütçe gelirleri oluşturmaktadır.



Şekil 4.4. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH İçindeki Oranı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2008)

Şekil 4.4.'te Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH içindeki yüzdesinin gelişimi dikkate alındığında 2005 yılından sonra Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH'dan aldığı pay sürekli artış göstermiştir.

Sağlık Bakanlığının finansman kaynaklarının çok önemli bölümünü oluşturan Konsolide Bütçeden tahsis edilen kaynak, şekil 4.4'te görüldüğü gibi geçmiş yıllarda oransal olarak azalmalar göstermiştir. 2004 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının başlamasıyla birlikte oransal olarak az da olsa artmaya başlamış ve 2004 yılında % 3.16, 2005 yılında ise % 4.63 düzeylerine ulaşmıştır. Son yıllarda değişmeye başlayan bu durum Türkiye'de sağlık sektörüne verilen önemin de bir göstergesi olarak kabul edilebilir.



Şekil 4.5. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Harcama Bütçesinin Konsolide Harcama Bütçesine Oranı, (%) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2008)

4.4.1.2. Sosyal Güvenlik Fonları Sağlık Harcamaları

Türkiye’de SSK, Bağ-kur ve Emekli Sandığı sosyal güvenlik fonları kapsamında değerlendirilmektedir. SGK özel sektörde çalışanları ve kamu sektöründeki işçileri, Bağ-Kur esnaf-sanatkâr ve kendi namına çalışan kişileri, Emekli Sandığı ise emekli devlet memurlarını ile aktif olarak çalışan devlet memurlarını kapsamaktadır. Ayrıca bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler de dolaylı olarak kapsam içinde yer almaktadır. Türkiye’de sağlık sisteminin kapsayıcılığı incelendiğinde 2007 yılı itibariyle nüfusun %87’lik kısmının sağlık hizmetleri bakımından sosyal güvenlik kapsamında olduğu söylenebilir (SGK, 2008).

Sağlıkta dönüşüm programı dâhilinde, “Herkes Sosyal Güvenlik” başlığı altında planlanan faaliyetler doğrultusunda; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, uzun vadeli sigorta programları ile kısa vadeli sigorta programlarının birbirinden ayrılması ve genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması konusunda çalışmalar başlatılmıştır. Ayrıca, genel sağlık sigortasının oluşturulması, sosyal güvenlik kuruluşlarının kurumsal kapasitelerinin güçlendirilmesi ile sağlık ve sosyal güvenlik bilgi sisteminin oluşturulması Sağlıkta Dönüşüm Projesi içerisinde de yer almaktadır (DPT, 2006).

4.4.1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları

Sosyal Sigortalar Kurumu Sosyal Sigortalar Kanununa göre bir hizmet akdine bağlı olarak çalışan sigortalılara, emeklilere, dul ve yetimler ile sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerine sağlık hizmetleri sağlamakla yükümlüdür. 19 Şubat 2005 tarihine kadar kendi bünyesindeki sağlık tesislerinde sigortalılarına sağlık hizmeti sunan SSK, Sağlık Bakanlığı-SSK Ortak Kullanım Protokolünün imzalanmasından sonra bu hizmetleri satın alma yoluna gitmiştir. İmzalanan bu protokolden sonra SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devir işlemleri tamamlanmış, SSK sağlık hizmetleri karşılığı ödemeler yaparak Sağlık Bakanlığından hizmet satın almaya başlamıştır (SGK, 2007).

Tablo 4.10.'da görüldüğü gibi SGK tarafından gerçekleştirilen toplam sağlık harcaması, 2001 yılında 2.257 milyar TL dolayında iken, hızla artarak %59.2 yıllık artışla 2002 yılında 3.594 milyar TL, % 38,6 yıllık artışla 2003 yılında da 4.981 milyar TL dolayına ve % 33,2 yıllık artışla 2004 yılında ise 6.635 milyar TL'ye yükselmiş 2005 yılı sonu itibariyle 7.457.105 milyar TL olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4.10: SGK Sağlık Harcamaları (Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni, 2005)

YILLAR	KURUMUN SAĞLIK TESİSLERİ ÖDEMELERİ (MİLYAR TL)	DIŞARIDAN SATIN ALINAN HİZMET (MİLYAR TL)	TOPLAM(**) (MİLYAR TL)
1995	34,746,8	10,007,7	44,754,5
1996	66,029,5	21,907,7	87,937,2
1997	146,513,7	52,716,6	199,230,3
1998	295,013,3	111,167,2	406,180,5
1999	525,626,2	223,073,3	748,699,5
2000	872,956,2	407,232,6	1,280,188,8
2001	1,527,662,8	730,294,8	2,257,957,6
2002	2,532,071,1	1,062,279,0	3,594,350,1
2003	3,485,630,5	1,495,563,2	4,981,193,7
2004	4,024,229,1	2,611,461,9	6,635,691,0
(**) İlaç giderleri dahildir.			
YILLAR	DİĞER SAĞLIK ÖDEMELERİ	SAĞLIK BAKANLIĞI İLE DİĞER SAĞLIK TESİSLERİ ÖDEMELERİ(***)	TOPLAM
2005(*)	1,355,206,0	6,101,899,0	7,457,105,0

4.4.1.4. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları

1972 yılında 1479 Sayılı yasaya göre bağımsız çalışanlara sigorta hizmetleri vermek üzere kurulan BAĞ-KUR, 1985 yılından itibaren pilot bölgelerde sağlık hizmetleri de vermeye başlamış ve bu hizmetleri kademeli olarak geliştirerek 1988 yılı sonunda tüm mensuplarına yaygınlaştırmıştır. Bağ-Kur da SGK gibi sağlık hizmetlerini satın alma yoluyla sağlayıp, sigortalılardan topladığı sağlık primleriyle bu hizmetleri finanse etmeye çalışmaktadır (Bağ-Kur, 2007).

Tablo 4.11: Bağ-Kur Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni, 2007)

Yıllar	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bağımsız alışanlar (4/b)	1,229	2,195	3,183	3,719	3,626	3,816	3,052
Tedavi	330	693	966	1,269	1,363	1,667	1,385
Devlet Hastanesi	250	562	798	1,028	1,125	1,269	997
Üniversite Hastanesi	31	61	82	127	96	107	69
Özel Hastane	48	70	87	113	142	291	318
Diğer Tedavi (KİT Hastaneleri, Sağlık Ocağı vb.)							
İlaç	780	1,322	1,997	2,188	1,841	1,841	1,407
Diğer	118	181	220	262	422	308	260
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, şahıs vb.)	112	168	194	234	396	275	227
Optik	7	13	26	28	26	33	34

Bağ-Kur sağlık harcamalarında zaman içerisinde radikal artışlar gözlenirse de 2004 yılı sonrasında eşdeğer ilaç uygulamasına geçilmesiyle önemli tasarruflar sağlanmış, hızlı yükselişin önüne geçilmiştir.

Bağ-Kur sağlık prim gelirleriyle, sağlık harcamaları dengesi de Tablo 3.11.'de görülmektedir. 2000 yılında 730 milyon 291 bin TL olan sağlık harcamasına karşılık elde edilen prim gelirleri 697 milyon 348 bin TL dolayında olmuştur. İlerleyen yıllarda da, giderek azalan bir seyir takip etmekle birlikte yine prim gelirlerinin fazla olduğu gözlenirken, 1995 yılından itibaren denge hızla açık vermeye başlamış ve toplanan sağlık sigortası primleri sağlık giderlerini karşılamamaya başlamıştır. 2004 yılında gerçekleşen prim gelirleri, sağlık harcamalarının %48'ini karşılamakta iken, bu oran 2006'da %75'ini, 2007 yılında, %51'ini karşılayabilmektedir.

Tablo 4.12: Bağ-Kur Sağlık Prim Gelirleri (Bin TL) (SGK, 2008)

Yıllar	Prim Gelirleri	Değişim Oranı (%)	Emekli Aylığı Ödemeleri	Sağlık Ödemeleri	Toplam Ödeme	Prim Gelirlerinin Emekli Aylıklarını ve Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı
2000	697,348	73%	846,100	730,291	1,576,391	44%
2001	1,224,521	76%	1,299,300	1,228,760	2,528,060	48%
2002	2,035,260	66%	1,993,200	2,195,263	4,188,463	49%
2003	2,913,326	43%	3,725,300	3,182,901	6,908,201	42%
2004	4,016,675	38%	4,679,000	3,718,929	8,397,929	48%
2005	3,643,394	-9%	5,526,100	3,625,838	9,151,938	40%
2006	8,102,200	122%	7,003,855	3,816,300	10,820,155	75%
2007	5,742,829	-29%	8,101,755	3,052,172	11,153,927	51%
2008	9,523,271	66%	9,099,326	----	----	----

4.4.1.5. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları

657 Sayılı Devlet Personel Kanununa göre çalışan devlet memurlarının emeklileri, dul ve yetimleri ile bunların bağımlılarına sağlık kuruluşlarından satın alma yöntemi ile sağlık hizmeti sağlayan Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SGK gibi bir finans kurumu özelliğindedir. Emekli Sandığının finansman kaynağının aktif memurlardan alınan primler olmasına rağmen, bu kurum sağlık primi adı altında bir prim almamaktadır. Yani emeklilik primi altında tek bir kalemden alınan primler çalışanlara emeklilik dönemlerinde maaş imkanı sağlarken, aynı zamanda bu primler sağlık hizmetlerinin finansmanı için de kullanılmaktadır. Günümüzde Emekli Sandığı bütçesine, sanki devlet bütçesiyle birleşikmiş gibi bir yapı kazandırılmış ve kurumun bütçesindeki açıklar otomatik olarak genel bütçeden karşılanmaktadır. Tablo 4.13.'de 1995-2007 yılları arasında gerçekleşen Emekli Sandığı harcamaları birlikte sunulmuştur.

Tablo 4.13: 1995-2007 Yılları Arasında Gerçekleşen Emekli Sandığı Harcamaları (SGK, 2007).

Yıllar	Tutar		Dosya Sayısı	Dosya Başına Sağlık Ödemesi (\$)	Kişi Sayısı	Kişi Başına Sağlık Ödemesi (\$)
	Milyon TL	Dolar				
1995	17.858.065	367.830.597	828.553	444	1.545.788	238
1996	34.625.900	436.296.489	920.572	474	1.865.977	234
1997	84.040.546	551.562.557	952.360	579	1.965.032	281
1998	187.040.519	598.108.592	1.036.501	577	1.998.865	299
1999	360.267.000	667.040.056	1.121.643	595	2.088.080	319
2000	623.072.600	927.515.724	1.186.139	782	2.203.003	421
2001	1.089.395.190	756.751.989	1.266.626	597	2.322.302	326
2002	1.840.221.231	1.123.330.375	1.359.875	826	2.406.354	467
2003	2.498.189.724	1.789.745.725	1.446.420	1.237	2.508.741	713
2004	2.795.695.601	1.969.633.346	1.464.480	1.345	2.552.141	772
2005	2.917.045.576	2.176.899.683	1.481.243	1.470	2.557.141	851
2006	2.744.374.342	1.960.267.387	1.530.026	1.281	2.722.120	720
2007	1.525.087.225	1.159.762.148	1.528.205	759	2.711.336	428

Tablo 4.13'te görüldüğü üzere Emekli Sandığı sağlık harcamaları zaman içerisinde sürekli artış göstermiştir. 1995-2007 yılları arasında dosya sayısındaki artışlara bağlı olarak sağlık harcamalarında devamlı olarak artışlar yaşanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasını takiben alınan tasarruf önlemleriyle, 2002 yılı sonrası Emekli Sandığı sağlık harcamalarında hızlı artış önlenmiştir. 2002 yılında cari fiyatlarla 1.840 trilyon TL düzeyinde olan Emekli Sandığı sağlık harcamaları % 69 yıllık artış göstererek 2003 yılında 2.498 trilyon TL % 36 yıllık artış göstererek 2004 yılında 2.795 trilyon TL ve azalan bir oranda % 12 yıllık artış göstererek 2005 yılında da 2.917 trilyon TL düzeyinde gerçekleşmiştir. 2006'da 2.744 trilyon TL'ye çıkan sağlık harcamaları, 2007 yılının ilk 6 ayında dosya sayısı, 1.528.205'i bulmasına rağmen, dosya başına sağlık ödemesi 759 \$'a, kişi başına sağlık ödemesi ise 428 \$'a düşmüştür.

4.4.1.6. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Fonları Dışında Kalan Birimlerin Sağlık Harcamaları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kuruluşları yanında bakanlıklar, üniversiteler, KİT’ler, belediyeler ve fonlar da önemli role sahiptir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumunda önemli rol üstlenen üniversiteler katma bütçeli idareler olmaları itibarı ile hem katma bütçeden pay almakta hem de ürettikleri hizmetler karşılığında elde ettikleri gelirleri döner sermayelerinde değerlendirilmektedir.

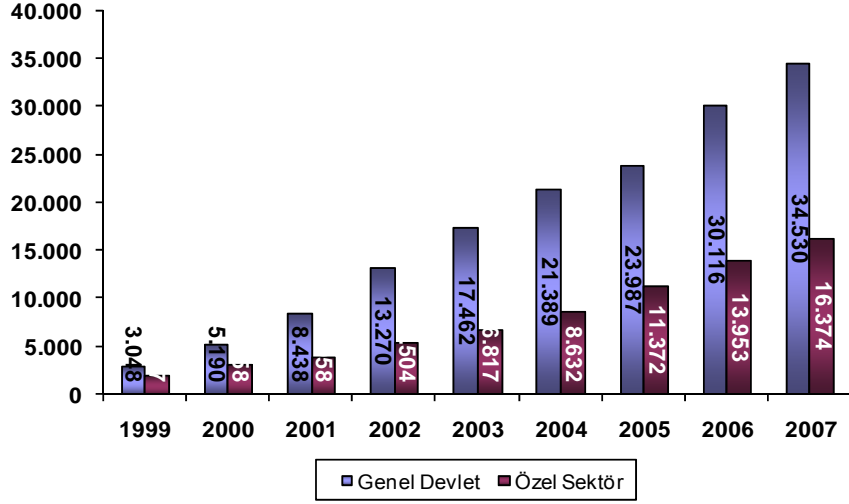
Üniversite hastanelerinin hizmet sunumu yanında en önemli özelliği uygulama ve araştırma merkezleri olarak tıp eğitimi de vermeleridir. Üniversite hastanelerinin Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) aracılığıyla yapılan genel bütçe ödenekleri ve üniversite döner sermayeleri olmak üzere iki ana finansman kaynağı bulunmaktadır. Genel bütçe ödenekleri yatırım amaçlı kullanıldıkları gibi cari harcamalar için de kullanılabilir. Devlet hastanelerinden farklı olarak döner sermaye gelirleri rasyonel fiyatlandırma politikalarıyla oldukça güçlendirilmiştir. Üniversite hastaneleri, yatırım harcamalarında DPT'nin, döner sermaye kaynaklı harcamalarda ise Maliye Bakanlığı'nın gözetim ve denetimi altındadır (Yurdadoğ, 2006:144).

4.4.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları

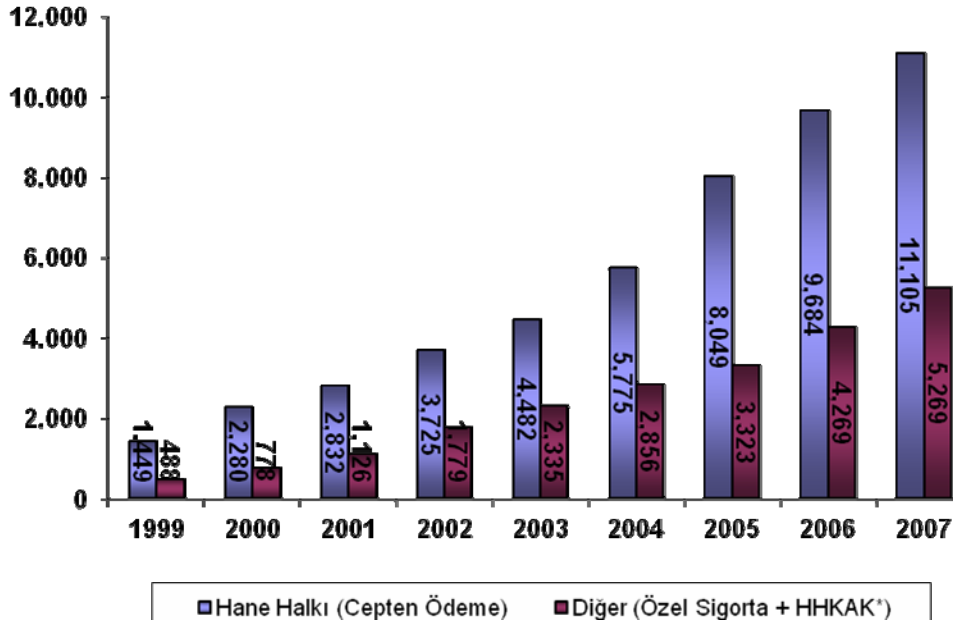
Özel sektör harcamaları, özel hastane harcamaları, hekim harcamaları, diş hekimi harcamaları, özel ilaç harcamaları ve kamuya yapılan cepten ödemelerden oluşmaktadır (Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının küçümsenmeyecek kadar önemli bir oranı özel sektör tarafından karşılanmaktadır. (Mutlu ve Işık, 2002:298).

Özel sektör özellikle ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri bakımında önemli bir paya sahiptir. Son yıllarda sosyal güvenlik fonlarınca kapsanan sigortalıların özel sektöre ait sağlık hizmet birimlerinden yararlandırılması uygulaması özel sağlık hizmetlerinin gelişmesini olumlu etkilemiştir. Yataklı tedavi kurumlarında verilen çeşitli hizmetler yıllar itibarıyla karşılaştırılıp incelendiğinde hem özel sektörde, hem de ülke genelinde sağlık hizmeti sunumunda bir artış gözlenmektedir. Ancak özel sektör hizmet sunumundaki artış, ülke genelindeki artıştan oldukça yüksektir. Bu aynı zamanda, özel sağlık kuruluşlarının, gün geçtikçe pastadan daha çok pay alması anlamına gelmektedir. Elde edilebilecek bir başka sonuç, ülke genelindeki sağlık

hizmetlerindeki artışın yıllara göre dengeli dağılımına karşın, özel sektördeki genişlemede son birkaç yılın rolü daha belirgindir (www.saglik.gov.tr).



Şekil 4.6. Kamu Sektörü Harcamaları (SGK, 2007)



*Hane halkına Hizmet Eden Kar Amaçsız Kurumlar

Şekil 4.7. Özel Sektör Harcamaları (SGK, 2007)

Şekil 4.6. ve 4.7.'de görüldüğü üzere Türkiye'deki toplam sağlık harcaması çok büyük oranda örgütlü kurumlarca finanse edilmektedir. Cepten yapılan ödemeler 1999 yılında toplam sağlık harcamasının %47'sini oluştururken, özel sektör

ödemelerinin %74'ünü oluşturmaktadır. Cepten yapılan ödemeler ve diğer özel sektör ödemeleri 2007 yılına kadar her yıl artmıştır ve Özel sektör harcamaları 2007 yılında 16.374.000.000 \$'a ulaşmıştır. Hane halkı ödemeleri bu tutarın %67'sini, diğer ödemeler ise %33'ünü oluşturmaktadır. Bunlar arasında özel sigorta kurumları ve şirketler (sağlık sigortası dışında) sağlık finansmanında küçük de olsa rol oynamışlardır.

4.5. SAĞLIK SEKTÖRÜ VE İLAÇ SANAYİNİN İLİŞKİLENDİRİLMESİ

İlaç endüstrisinin dünya genelinde tarihsel gelişim sürecine göz atmak gerekirse II. Dünya Savaşı öncesi imalat ağırlıklı olan dönemde işletmeler faaliyetlerinin araştırmadan çok üretim alanında odaklanmıştır. Birçok hastalığın keşfi ve tedavi yöntemleri konusundaki bilgilerin yetersizliği yanı sıra temel araştırma faaliyetlerinin azlığı ve sağlık bakım hizmetlerinde kullanılan araç-gereçlerin işlev ve kapasitelerindeki yetersizlikler bu dönemin öne çıkan sorunlarını kapsamaktadır. 1906 yılında ABD'de imzalanan Gıda ve İlaç anlaşması ve 1932'de Gıda ve İlaç İdaresi'nin (FDA) kurulması, Fransa ve Almanya'daki laboratuvarlarda difteri ve tetanoz antitoksinlerinin hazırlanması ve sülfonamidlerin keşfi, üretim ağırlıklı endüstri döneminin başlıca kilometre taşlarını oluşturmaktadır.

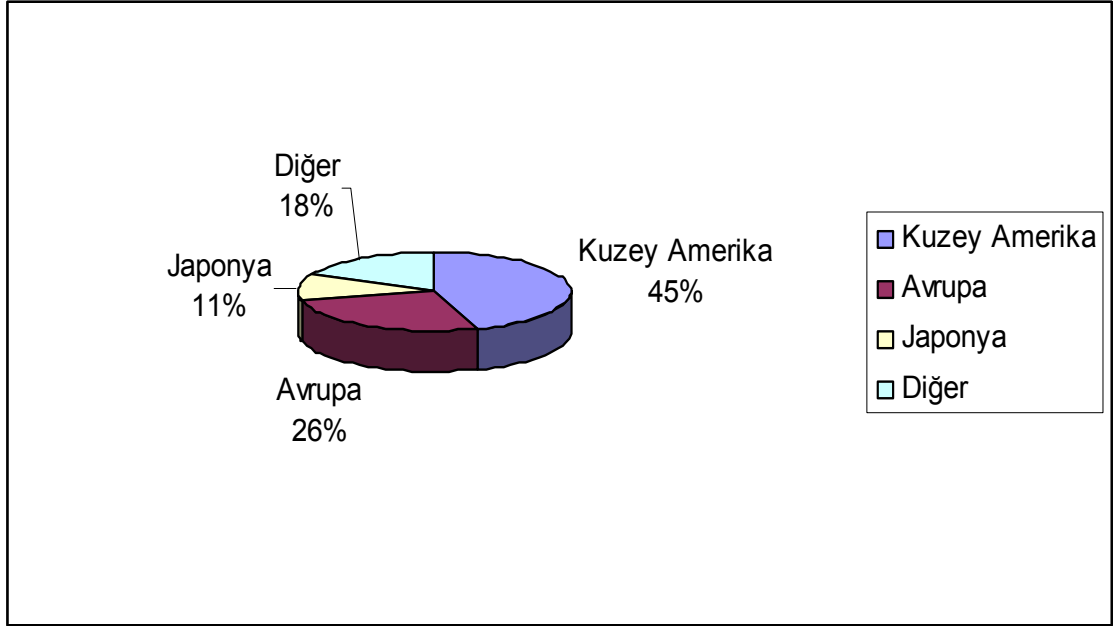
II. Dünya Savaşı döneminde geliştirilen farmasotik ürünler içerisinde belki de önemlisi olan penisilinin ortaya çıkmasında ilk adım oluşturulmuştur. Yeni ilaç keşiflerindeki liderlik Avrupa ülkelerinden ABD'ye kaymış ve bu kıtadaki ilaç araştırma geliştirme (AR-GE) çalışmaları hızlanmaya başlamıştır (Remington, 2001). Ancak başlangıçtaki araştırma çalışmaları çoğunlukla ürünlerin kalitesi, saflığı ve miktar tayinleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Aynı süreç kapsamında küçük ölçekli şirketler gerek araştırma kapasitelerini geliştirmek gerekse bilgi paylaşımlarını arttırabilmek için birleşme yolunu seçmeye başlamışlardır. II. Dünya Savaşı dünya genelinde ilaç endüstrisinin dinamiklerini değiştiren faktördür ve ilaç endüstrisinin gerçek anlamda küreselleşmesi yine bu döneme denk gelmektedir.

1950 ve 1970 arasındaki dönemde teknolojik gelişmelere bağlı olarak ilaç şirketleri AR-GE faaliyetlerine daha fazla yatırım yapmışlardır. Bu dönemde sağlık bakım cihazlarının işlevlerinin genişlemesi ve artan klinik deneyler sonucunda bilimsel literatürde önemli ilkler yaşanmış, klinik araştırmaların her aşamasında daha yüksek standartlar kullanılmaya başlanmış ve istatistik artan bir önem kazanmıştır.

1980 ve 1990 yılları arasında dünyada farklılaşan yaşam tarz ve kültürleri, bireylerin daha fazla sağlıklı ve uzun yaşama arzusu onları daha bilinçli tercihlere yöneltmiştir. Bilgisayar teknolojilerinin sağlık teknolojileri ile bütünleşmesi, hassas ölçüm ve testlerin yapılması araştırmalarda büyük ölçüde etkinlik ve verimlilik sağlamıştır. İşletmeler ürettikleri ürünlerle sadece hastalara odaklanmakla yetinmeyip, bütün toplumları etkisi altında bırakan hijyenik faktörler, sağlıklı yaşam, spor, dengeli beslenme gibi sağlık yaşam trendlerini göz önünde bulundurarak yeni stratejilere yönelip ve buna bağlı olarak da reçetesiz ilaç alanında büyük bir ticari potansiyelin varlığı ortaya çıkmıştır.

1990 ve sonrası dönemde işletmeler arasındaki şiddetli rekabet şirket evliliklerinin zorunlu hale getirmiştir. İlaçların hammaddeden ürün haline gelmesi, satışı ve kullanımına kadar bütün periyotlarla bağlantılı olarak yüksek kontrol standartları ağırlığını hissettirmektedir. Kişi başına düşen ilaç tüketiminin özellikle tezgâh üstü ürünlerde arttığı bu dönemde birçok yeni iş kolu, sağlık bakım cihazları üretimindeki çeşitlilikler, spor ve dinlenme tesisleri sayısında patlama, diyet ürünleri, sağlık yayınlarının artışı, alternatif tıp teknikleri ortaya çıkmıştır. Bütün bu trend ve gelişmeler ise işletmeleri AR-GE ve pazarlama anlayışlarını bir arada düşünmeye yöneltmiştir. Ayrıca bilgisayar yazılım ve programları, iletişim teknolojileri ve artan internet kullanımı ile en basit ürünlerden biyoteknolojik ürünlere kadar uzanan yeni sağlık teknoloji uygulamaları gerek işletmeler gerekse bireyleri derinden etkilemiştir. Yüzyılın son yarısında yaşanan önemli teknolojik değişimler bu süre zarfında özellikle değerli ilaçların geliştirilmesine olanak sağlamıştır. Günümüzde ilaç sektörü, ileri teknoloji kullanılan sektörler arasında en iyi gelişen sektör konumundadır (Spilker,1994).

Bugün dünya ilaç üretiminin %80'nini gelişmiş ülkeler oluşturmaktadır. Gelişmekte olan çok az ülkede etkin madde üretimi yapılmakta ve ilaç üretimi küçük ölçekli firmalarca üretilen patent süresi dolmuş ürünleri kapsamaktadır. AR-GE çalışmalarını ise başlıca ABD, Japonya, Fransa, Almanya, İngiltere, İsviçre, İtalya ve İsveç olmak üzere 8 ülke gerçekleştirmektedir. Avrupa ilaç sektörü, gerek sosyal gelişmeler gerekse sağlık politikalarının iyileştirilmesi sonucunda ekonomik bakımından kilit konumunu korumaktadır (Remington, 2001).



Şekil 4.8. Gelişmiş Ülkeler ve İlaç Pazarı (IMS, 2005)

2004 yılında dünya üretici fiyatlarıyla toplam ilaç satışları 550 milyar dolardır. ABD ve Kanada toplam pazarın %45'ini (248 milyar dolar) oluşturmuştur. Avrupa dünya pazarının %26'sını (144 milyar dolar), Japonya ise %11'ini (58 milyar dolar) oluşturmuştur. Kuzey Amerika Avrupa ve Japonya toplam ilaç tüketiminin %82'sini gerçekleştirmiştir

Dünya ilaç pazarı 2005 yılında bir önceki yıla göre %7 oranında artarak 602 milyar dolara ulaşmıştır. İlaç üretiminde Avrupa en büyük ilaç üretim merkezi olup dünya üretiminde %47 paya sahiptir. Bunu %30'luk payla ABD, %11'lik payla Japonya izlemektedir. İleri teknoloji gerektiren ilaç sanayinde AR-GE harcamalarının çok yüksek olması ve pazardaki yoğun rekabet karşısında özellikle son yıllarda çok sayıda şirket birleşmesi ve şirket satın alma anlaşmaları meydana gelmektedir. Yapılan uluslar arası araştırmalara göre toplam 500 anlaşma yapılmış olup bunların 289'u Avrupa, 157'si ABD ve 30'u Japonya'ya aittir.

Dünya piyasalarına yeni bir ilacın araştırma ve geliştirme çalışmalarının yapılarak tüketiciye sunulabilmesi için yapılan harcamaların maliyeti yaklaşık 320 - 500 milyon dolardır. Yeni ilaçların bulunmasında Avrupa İlaç Endüstrisinin çok büyük payı mevcuttur. Piyasaya sunulan ilaçların %65'i Avrupa İlaç Endüstrisi tarafından keşfedilmiş ve geliştirilmiştir. Fakat son yıllarda bu rakam %40'a düşmüştür.

Tablo 4.14: Dünya İlaç İhracatı (Değer: 1000\$)

Ülkeler	2003	2004	2005
ABD	8.180.298	10.448.979	11.339.642
İsviçre	6.976.843	8.680.362	9.435.460
Almanya	7.093.518	9.162.775	9.039.281
Belçika	4.155.664	4.384.128	5.365.554
Fransa	2.897.624	3.121.573	3.585.627
Hollanda	2.236.846	3.294.014	3.540.651
Çin	2.516.465	2.830.385	3.280.467
İrlanda	2.080.815	2.310.606	3.174.247
İngiltere	2.621.921	2.848.033	3.041.744
İtalya	1.943.108	1.977.420	2.328.845
Danimarka	1.452.354	1.772.147	1.948.037
Avusturya	1.44.740	1.323.852	1.404.200
İspanya	1.030.131	1.196.889	1.312.868
Japonya	1.029.820	1.139.814	1.175.339
Singapur	631.310	754.730	1.104.757
Türkiye	49.042	55.029	53.120
Toplam	50.428.827	60.109.344	66.225.219

(ITC-International Trade Center)

Tablo 4.14 ve 4.15’de görüldüğü gibi dünya ilaç üretiminde olduğu gibi ihracat ve ithalatından da önde gelen ülkeler AB ülkeleri, ABD ve Japonya’dır. Dünya ilaç ihracatında ilk beş sırada yer alan ülkeler: ABD, Almanya, İsviçre, Belçika, Hollanda ve Fransa’dır. İthalatta önde gelen ülkeler ise: Almanya, ABD, Fransa, İsviçre ve İtalya olmuştur. Bu ülkeler genellikle birbirleriyle ithalat yapmakta, gelişmekte olan ülkelere yaptıkları ithalat düşük miktarda olmaktadır. AB ülkelerinin kendi aralarında yapmış oldukları ithalat toplam dünya ithalatının %83’ünü oluşturmaktadır. Avrupa ülkeleri ayrıca ithal ettiğinden 4 kat fazla ihracat yapmaktadır.

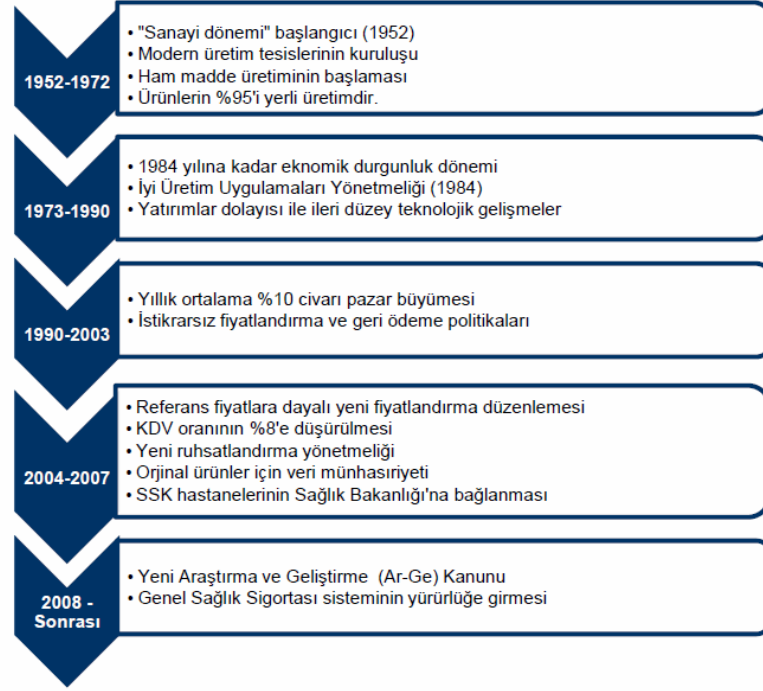
Tablo 4.15: Dünya İlaç İthalatı (Değer: 1000\$)

Ülkeler	2003	2004	2005
ABD	7.925.824	8.557.292	9.324.832
Almanya	6.512.976	8.877.883	9.015.465
Fransa	4.110.530	4.797.960	4.915.750
İtalya	3.379.700	4.464.181	4.681.005
Belçika	2.905.450	3.138.378	3.787.918
İsviçre	3.430.770	3.650.283	3.522.891
İngiltere	2.270.601	2.834.609	3.183.817
Hollanda	1.927.866	2.530.373	2.873.637
Japonya	2.219.381	2.343.108	2.512.867
İspanya	1.633.635	1.497.243	1.737.909
Kanada	1.258.783	1.343.592	1.573.711
Brezilya	834.542	963.054	1.053.961
Avusturya	1.019.151	991.990	1.022.636
Singapur	431.231	405.685	965.414
Meksika	759.541	797.326	911.544
Türkiye	626.876	777.134	826.734
Toplam	51.700.851	59.561.432	64.715.061

(ITC-International Trade Center)

4.5.1. Türkiye’de İlaç Sektörünün Mevcut Durumu

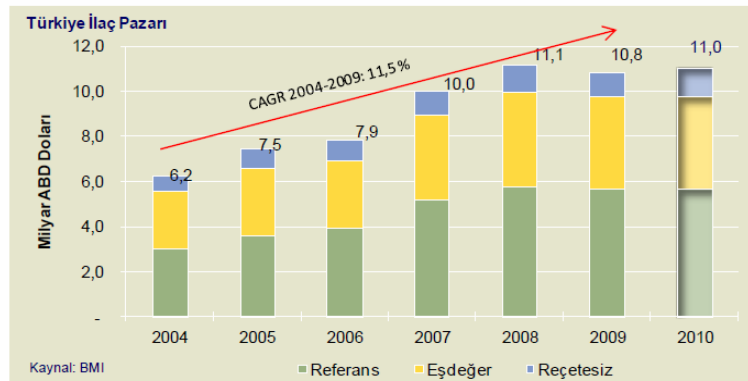
1950’li yıllara kadar, Türkiye’de ilaç üretimi sadece ilaç laboratuvarlarında gerçekleştirilmiştir. Türkiye ilaç sektörünün “sanayi döneminin” başladığı 1952 yılında üretimin başlamasının ardından, yerli ve uluslararası şirketlerin sahibi olduğu tesislerin sayısı giderek artmıştır. İyi Üretim Uygulamaları'nın gıda maddeleri, ilaçlar ve tıbbi cihazlar için kalite kontrol talimatlarının hayata geçirildiği 1984 yılından itibaren, Türkiye ilaç pazarı sürekli olarak büyümüş ve modern teknoloji düzeylerine ulaşmıştır.



Şekil 4.9. Türkiye sağlık ve ilaç sektörünün gelişim tarihi (EIU, 2010)

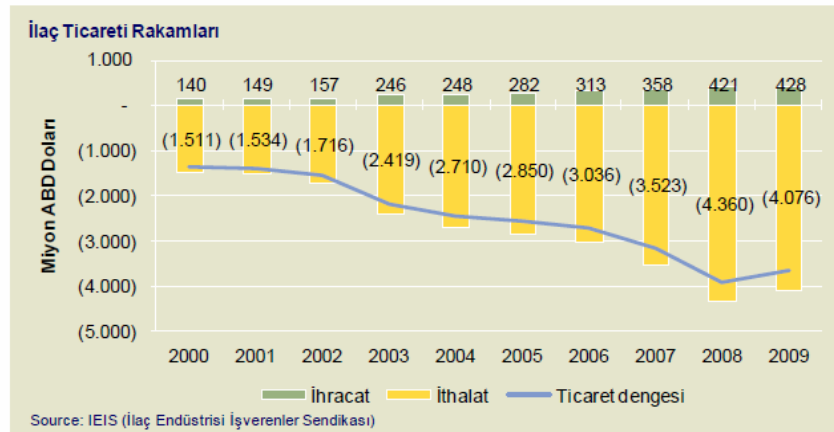
Türkiye Avrupa'nın en hızlı büyüyen ilaç pazarlarından biridir. Diğer Avrupa ülkelerine oranla kişi başına düşen harcama miktarı düşük olmasına rağmen, dünyadaki en büyük 16. ilaç üreticisi ve Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve İspanya'nın ardından Avrupa'daki 6. en büyük ilaç pazarıdır. (EIU, 2010).

2010 yılında, 150 ABD doları ile Avrupa'daki en düşük kişi başı harcama tutarlarından birine sahip olan Türkiye'de, ilaç pazarının fabrika çıkış değeri 10,84 milyar ABD doları düzeyindedir. 16 Kişi başına harcama miktarının düşük olması, bir ölçüde fiyat düzeylerindeki farklılıklardan, kısmen de özellikle pahalı ilaçlardaki düşük satış hacimlerinden kaynaklanmaktadır. (BMI, Üçüncü Çeyrek)



Şekil 4.10. Türkiye ilaç pazarının büyüklüğü (Deloitte, 2010)

2009 yılının ikinci yarısında yürürlüğe giren mevzuat değişikliğinin sonucu olan olumsuz fiyatlandırma düzenlemeleri nedeniyle ilaç pazarının değerinin 2009 yılında % 3 oranında düştüğü hesaplanmaktadır. 2009 ile 2015 yılları arasında % 13,2 olarak gerçekleşmesi beklenen yıllık bileşik büyüme oranıyla, toplam ilaç harcamalarının 2015 yılının sonunda 22,8 milyar ABD dolarına ulaşması beklenmekte, ancak gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, kişi başına düşen harcamanın yine düşük kalacağı tahmin edilmektedir. Türkiye ilaç sektöründe net ithalatçı konumundadır. 2009 yılında, ithalat %1,7 oranında azalarak 4,07 milyar ABD dolarına gerilerken, ihracat %7 oranında artarak 428 milyon ABD dolarına ulaşmıştır. 2007 yılında % 9,7 olan ülkenin ilaç ihracat hacminin ilaç ithalatına oranı, 2009 yılında yaklaşık %10,5 olarak gerçekleşmiştir (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası). Türkiye çeşitli ilaçların üretilmesine olanak sağlayan teknik altyapıya sahip olmasına rağmen, çeşitli tedavi gruplarına ait ilaçların, yeni ve yüksek teknoloji ürünü preparatların, aşıların, kan faktörlerinin, kanser ilaçlarının, hormonların ve ilaç etken maddelerin ithalatına bağımlıdır. Toplam ilaç ithalatının yaklaşık % 25'i ham ve yarı işlenmiş ürünlerden ve geriye kalan kısım ise bitmiş ürün ithalatından oluşmaktadır (EIU: 2010). İhracat bakımından ise, Türkiye 50'den fazla ülkeye yarı işlenmiş ve bitmiş ürünler pazarlamaktadır (BMI, Üçüncü Çeyrek). Türkiye'nin en çok ihracat yaptığı ülkeler Almanya, ABD ve İsviçre'dir.



Şekil 4.11. İlaç pazarındaki ithalat ve ihracat eğilimleri (Deloitte, 2010)

Sektörün ham madde üretimine yatırım yapması ve Ar-Ge çalışmaları için büyük ilaç şirketlerinden yeterli finansal destek alması durumunda, olumsuz seyreden ticaret dengesi düzelecektir. Bunlara ek olarak, eşdeğer ilaç için ruhsatlandırma sürecinin hızlandırılması ve eşdeğer ilaçların geri ödeme listesine hızla dahil edilmesi gibi özel hükümet politikaları, yurt içinde sektörün gelişmesine

ve daha temel formüller için ithalata bağımlılığın azaltılmasına yardımcı olabilir. AB normlarına uygun olarak yurt içi sektör standartlarının iyileştirilmesi, Türkiye'deki yabancı yatırım düzeyinin artması ve Avrupa ile Orta Doğu ülkelerine yakın olunması da ihracatın artmasını sağlayacaktır. Altyapılarının daha iyi olması, teknik personelin daha kolay bulunabilmesi, çeşitli telekomünikasyon ve taşımacılık olanaklarının olması ve nüfusun ve sağlık kuruluşlarının bu bölgede yoğunlaşması sebebiyle, ilaç sektörü büyük ölçüde Marmara Bölgesi'nde (özellikle İstanbul, Kocaeli ve Tekirdağ civarında) toplanmıştır. İlaç sektöründe yaklaşık 25.000 kişi çalışmaktadır (İEİS, 2010).

4.6. GAZİANTEP'TE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HARCAMALARI

4.6.1. Gaziantep İline Ait Genel Bilgiler

Güneydoğu Anadolu Bölgesinin en büyük, Türkiye'nin ise 6. büyük kenti olan Gaziantep ili nüfusu, ekonomik potansiyeli ve Büyükşehir statüsü ile metropol görünümünde olan bir şehirdir. Gaziantep ilinin yüzölçümü 6.222 km²'dir. 435 köyü olan Gaziantep ilinin Şehitkamil, Şahinbey, Nizip, İslahiye, Araban, Oğuzeli, Yavuzeli, Nurdağı ve Karkamış olmak üzere 9 tane ilçesi vardır. Gaziantep ilinin nüfusu ise 1.621.271'dir. Nüfusun Gaziantep ilinin ilçelerine dağılımı ise aşağıdaki tablodaki gibidir:

Tablo 4.16: Gaziantep nüfusunun İlçelere Dağılımı (Gaziantep Sağlık Müdürlüğü, 2010)

İL-İLÇELER	KIRSAL NÜFUS		KENTSEL NÜFUS		TOPLAM	KIR/KENT NÜFUS ORANI
	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE		
ŞAHİNBEY	13.303	1,86	701.336	98,14	714.639	1,90
ŞEHİTKÂMİL	29.314	4,99	558.412	95,01	587.726	5,25
NİZİP	34.014	26,14	96.112	73,86	130.126	35,39
İSLÂHİYE	19.698	29,92	46.141	70,08	65.839	42,69
OĞUZELİ	11.297	42,59	15.230	57,41	26.527	74,18
YAVUZELİ	17.000	82,89	3.509	17,11	20.509	484,47
NURDAĞI	14.301	41,31	20.317	58,69	34.618	70,39
ARABAN	19.662	62,39	11.852	37,61	31.514	165,90
KARKAMIŞ	7.098	72,63	2.675	27,37	9.773	265,35
TOPLAM	165.687	10,22	1.455.584	89,78	1.621.271	11,38

Gaziantep ili kadın ve erkek nüfusunun yaş grupları arasındaki dağılımı da tablo 4.17'deki gibidir.

Tablo 4.17: Kadın, Erkek Nüfusunun Yaş Grupları Arasındaki Dağılımı (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

Yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus - 2010				
Gaziantep	Yaş grubu	Toplam	Erkek	Kadın
	0-4	210.842	107.703	103.139
	05.Eyl	193.947	99.284	94.663
	Eki.14	191.484	98.100	93.384
	15-19	161.901	83.299	78.602
	20-24	140.140	66.553	73.587
	25-29	149.240	75.420	73.820
	30-34	139.830	71.038	68.792
	35-39	116.723	59.419	57.304
	40-44	84.771	44.226	40.545
	45-49	86.058	43.820	42.238
	50-54	58.228	29.110	29.118
	55-59	51.167	25.463	25.704
	60-64	39.797	19.195	20.602
	65-69	28.033	13.253	14.780
	70-74	20.914	8.925	11.989
	75-79	14.434	6.132	8.302
	80-84	8.690	3.294	5.396
	85-89	3.235	904	2.331
	90+	1.329	246	1.083
Toplam	1.700.763	855.384	845.379	

Not: İl, ilçe, belediye, köy ve mahallelere göre nüfuslar belirlenirken: Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü tarafından, ilgili mevzuat ve idari kayıtlar uyarınca Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT)'nda yerleşim yerlerine yönelik olarak yapılan; idari bağlılık, tüzel kişilik ve isim değişiklikleri dikkate alınmıştır.

Gaziantep'te yaşayan erkek nüfusun %12.38'ini 0-4 yaş grubu oluştururken, bu yaş grubunun %12.1'ini ise kadın nüfusu oluşturmaktadır. 0-54 yaşa kadar genelde erkek nüfusu kadın nüfusundan fazla iken, 54-85+ yaş aralığında erkek nüfusu kadın nüfusuna göre azalışa geçmektedir.

2010 Türkiye nüfusunun %2.1'ine sahip olan Gaziantep ilinin demografik verileri Tablo 4.18.'de yıllara göre ifade edilmiştir.

Tablo 4.18: Gaziantep İlinin Demografik Verileri (Gaziantep Sağlık Müdürlüğü, 2010)

DEĞİŞİMLER (Binde)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Kaba Doğum Hızı	29.05	29.22	30.20	30.80	29.43	28.27	24.94
Doğurganlık Hızı	50.73	72.44	88.16	87.80	87.98	109.57	96.67
Kaba Ölüm Hızı	3.08	3.17	3.45	3.46	3.51	3.62	3.09
Bebek Ölüm Hızı	19.74	23.15	20.11	18.19	18.36	16.26	13.17
Beş yaş altı Ölüm Hızı	22.40	24.00	20.94	18.43	18.28	14.87	12.48
45 Yaş Üzeri Ölüm Oranı	64.45	63.41	64.77	67.77	68.70	70.41	76.85
Ana Ölüm Hızı	20.32	21.00	24.28	23.57	22.09	26.00	12.35
Doğal Nüfus Artış Hızı	25.97	26.04	26.75	27.33	25.91	24.65	21.85
Erken Neonatal Ölüm Hızı	11.62	14.65	10.83	9.96	13.06	10.41	9.73
Geç Neonatal Ölüm Hızı	1.91	3.61	3.66	2.93	1.76	2.45	1.53
Neonatal Ölüm Hızı	13.53	18.27	14.50	12.91	14.84	12.88	11.27
Postneonatal Ölüm Hızı	6.22	4.87	5.61	5.29	3.53	3.38	1.92
Ölü Doğum Hızı	8.38	6.20	4.23	5.31	5.17	8.98	8.65
Düşük Oranı	1.91	2.54	3.39	3.62	6.65	27.1	32.75

Doğal nüfus artış hızı, 2004–2007 yılları arasında artış gösterirken, 2007 yılından sonra düşmüş ve 2009 yılında ise %o 24.65 olmuştur. Tabloda dikkatimizi çeken bir nokta da doğurganlık hızının yıllara göre artış göstermesine karşın ana ölüm hızında da artışların olması sağlığa elverişsiz ortamlarda doğumların gerçekleştiğinin göstergesidir.

4.7. GAZİANTEP İLİNDE MEVCUT SAĞLIK KURUMLARI

Gaziantep ilinde, kamu hizmet birimleri ve özel sektör hizmet birimleri adı altında hizmet veren toplam 840 tane sağlık kuruluşu vardır. Bu hizmet kurumlarının dağılımı ve sayıları ise aşağıdaki gibidir.

Kamu Hizmet Birimleri:

- 10 Adet Sağlık Bakanlığı Hastanesi
- 1 Adet Üniversite Hastanesi
- 99 Adet sağlık Ocağı (Aile Sağlığı Merkezi)
- 4 Adet Verem Savaş Dispanseri
- 5 Adet AÇS-AP Merkezi
- 93 Köy Sağlık Evi

- 1 Adet Halk Sağlığı Laboratuvarı
- 20 Adet Acil Yardım ve Kurtarma İstasyonu
- 1 Adet Sıtma Savaş Dispanseri
- 1 Adet Kalıtsal Kan Hastalıkları Tanı Merkezi
- 1 Adet Adölesan Merkezi
- 1 Adet Depo ve Tamirhane Müdürlüğü
- 2 Adet Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
- 5 Adet Diyaliz Merkezi olmak üzere Gaziantep'te toplam 244 tane Kamu Hizmet Birimi bulunmaktadır.

Özel Sektör Hizmet Birimleri:

- 8 Adet Özel Hastane
- 7 Adet Hemodiyaliz Merkezi
- 11 Adet Tıp Merkezi
- 7 Adet Özel Poliklinik
- 14 Adet Dal Merkezi
- 94 Adet Muayenehane
- 394 Adet Eczane
- 8 Adet Fizik Tedavi Merkezi
- 4 Adet Bakteriyoloji Laboratuvarı
- 4 adet Röntgen Laboratuvarı
- 29 adet Sağlık Kabini
- 10 Adet Ecza Deposu
- 3 Adet Belediye Sağlık Ocağı
- 4 Adet Güzellik Merkezi olmak üzere toplam 596 Özel Sektör Hizmet Birimi bulunmaktadır.

Gaziantep ilinde sağlık sektörünün mevcut durumu incelendiğinde hizmet veren hastanelerin ve hastane yatak sayılarının büyük önemi vardır. Hastane sayısı ve hastane yatak sayısı yıllara ve sektörlere göre tablo 4.19'da sayısal olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4.19: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane ve Hastane Yatak sayısı (TÜİK, 2010)

YIL	Toplam		Kamu Sektörü		Özel Sektör	
	Hastane Sayısı	Yatak sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane sayısı	Yatak Sayısı
2004	12	2.370	8	2.030	4	340
2005	12	2.425	8	2.049	4	376
2006	13	2.753	8	2.357	5	396
2007	18	3.092	11	2.607	7	485
2008	19	3.919	11	3355	8	564
2009	19	3.488	11	2890	8	598
2010	21	3.663	11	2892	10	771

Tablo 4.20: Gaziantep ili, resmi sağlık kuruluşlarının ayakta ve yatarak tedavi gören hasta sayıları (TÜİK, 2010).

	2008		2009		2010	
	Poliklinik	Servise Yatan	Poliklinik	Servise Yatan	Poliklinik	Servise Yatan
TIP FAKÜLTESİ	371709	42512	421437	42159	458685	43918
G.ANTEP DEVLET	1501712	37733	1213639	33598	1211069	37951
NİZİP DEVLET	408792	10470	452763	9694	397216	9986
İSLAHİYE DEVLET	290195	3572	255811	2548	286008	2496
ÇOCUK HAST.	449318	36355	491434	38439	516088	48273
75.YIL DOĞUM	171955	26315	195956	26550	189563	25588
25 ARALIK DEVLET	651303	17260	638126	18213	689136	21432
Ş.KAMİL DEVLET	292986	5567	593673	15895	749271	18750
OĞUZELİ	90199	0	99598	0	83540	5956
ARABAN	121069	0	110481	0	95405	0
NURDAĞI	154403	0	187179	0	178095	377
TOPLAM	4503641	179784	4660097	187096	4854076	214727

Tablo 4.21: Gaziantep ili, özel sağlık kuruluşlarının ayakta ve yatarak tedavi gören hasta sayıları (TÜİK, 2010).

	2008		2009		2010	
	Poliklinik	Servise Yatan	Poliklinik	Servise Yatan	Poliklinik	Servise Yatan
AMERİKAN	236410	19128	226582	13568	177436	2762
TAMMED	265330	18387	229230	11640	126478	5555
KONUKOĞLU	106388	18125	208441	17458	217018	16593
HAYAT	164888	10169	145019	11188	91614	9627
YILMAZER	65367	6399	64287	5933	35985	4095
HATEM	158643	13522	185259	10850	203813	3056
PRİMER	258574	14737	284358	14329	278780	13077
PARK-MEDİCAL	152756	14590	258077	31252	265571	24208
DÜZTEPE YAŞAM					249373	6293
GÖZNURU					36757	561
TOPLAM	1408356	115057	1601253	116218	1682825	85827

Tablo 4.22: Gaziantep ilinde bulunan hastanelerin gelir-gider cetveli.

KURUMUN ADI	GELİR			GİDER		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
ŞAHİNBEY ARŞ. VE UYG. HAST.	101,941,245	128,540,825.53	132,838,787	106,663,008.02	120,406,057.52	138,100,008
İL SAĞLIK MÜD.	39,375,148	52,374,460	48,052,209	30,599,985	33,447,766	33,955,211
NİZİP DEV. HAST.	15,584,541	16,620,265	16,634,503	13,446,399	13,101,485	17,697,827
İSLAHİYE DEV. HAST.	8,231,877	7,597,876	9,684,571	7,012,411	7,402,861	8,271,000
OĞUZELİ İLÇE HAST.	2,918,085	3,299,054	3,393,012	2,160,337	2,989,840	2,958,419
NURDAĞI İLÇE HAST.	3,143,525	3,886,480	4,046,879	1,946,671	3,474,599	3,480,118
ARABAN İLÇE HAST.	2,202,886	2,507,972	2,725,526	1,208,640	2,435,521	2,408,802
AV.CENGİZ GÖKÇEK DEV. HAST.	71,272,629	67,411,260	75,644,890	58,695,417	62,288,383	74,959,734
GAZİANTEP ÇOCUK HAST.	22,186,385	31,431,495	35,981,324	22,094,511	26,948,679	38,061,467
ŞEHİTKAMİL DEV.HAST.	12,464,863	27,645,234	8,866,560	12,672,219	24,285,590	6,098,932
ŞAHİNBEY AĞIZ VE DİŞ SAĞ. MERKEZİ		4,676,789	38,893,628		3,094,126	35,569,873
25 ARALIK DEVLET HASTANESİ	38,655,804	46,778,397	47,213,246	34,085,363	42,842,453	45,383,148
75. YIL KADIN DOĞUM HASTANESİ	12,667,950	15,058,650	15,736,895	11,001,832	14,062,281	15,795,458
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ	9,566,571	9,658,320	11,055,989	4,846,409	8,701,025	9,407,807
Özel hast.top.	170.390.560	193.203.718	202.453.550			

(Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü ve hastaneler Döner Sermaye Saymanlık verilerinden yararlanılarak düzenlenmiştir)

Tablo 4.22 incelendiğinde, 2008–2010 yılları arasında Gaziantep ilinde bulunan sağlık kuruluşlarının gelirlerinin genel itibariyle yıllara göre artış gösterdiği görülmektedir. Bu sağlık kuruluşları arasında Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi gelirler açısından ilk sırada yer almaktadır. Bunun en büyük nedenlerinden biri olarak Gaziantep ilinin komşu olduğu diğer illerin merkezi konumunda olması ve bu illerden, hatta Suriye, Irak, İran gibi ülkelerden de tedavi amaçlı olarak Gaziantep’e gelmeleri gösterilebilir. Bununla birlikte yapılan yatırımlar ve iyileştirmeler de hastanelerin gelirlerinin artışında önemli rol oynamaktadır.

Tablo 4.23: Gaziantep ilinde bulunan sağlık kuruluşlarının genel durumları

2010 YILI GAZİANTEP–TÜRKİYE SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ	TÜRKİYE	GAZİANTEP		
		SAĞLIK BAKANLIĞI	SAĞLIK BAKANLIĞI HARİCİ	İL GENELİ
Hastane Fiili Yatak Sayısı	187.788	2.100	1.563	3.663
Yatak Başına Düşen Nüfus	386	772	1037	442
Sağlık Ocağı Sayısı	6.203	104	0	104
Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus	11.698	15.589	0	15.589
Sağlık Evi Sayısı	6.275	89	0	89
Sağlık Evi Başına Düşen Nüfus	11.564	18.216	0	18.216
Uzman Hekim Sayısı	46.563	506	584	1090
Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus	1.558	3204	2776	1487
Pratisyen Hekim Sayısı	51.200	632	367	999
Pratisyen Hekime Düşen Nüfus	1.417	2565	4418	1623
Dış Hekimi Sayısı	18.073	106	123	229
Dış Hekimine Düşen Nüfus	4015	15295	13181	7080
Ebe Sayısı	41.273	854	173	1027
Ebeye Düşen Nüfus	1.758	1898	9372	1579
Hemşire Sayısı	82.246	1344	751	2095
1 Hemşireye Düşen Nüfus	882	1206	2159	774
Sağlık Memuru Sayısı	50.432	1100	556	1656
Sağlık Memuruna Düşen Nüfus	1.439	1474	2916	979
Eczacı Sayısı	23.632	27	430	457
Eczacıya Düşen Nüfus	3070	60047	3770	3548

Gaziantep İli Nüfusu:1.621.271 (2010 Yılı ETF Kayıtları) Türkiye Nüfusu: 72.561.312 (TUIK)

Tablo 4.23’de Hastane fiili yatak sayısı, yatak başına düşen nüfus, sağlık ocağı sayısı, sağlık ocağı başına düşen nüfus, sağlık evi sayısı, sağlık evi başına düşen nüfus, uzman hekim sayısı, uzman hekim başına düşen nüfus, pratisyen hekim sayısı, pratisyen hekime düşen nüfus, dış hekimi sayısı, dış hekimi sayısı, dış hekimine düşen nüfus, ebe sayısı, ebeye düşen nüfus, hemşire sayısı, 1 hemşireye düşen nüfus, sağlık memuru sayısı, sağlık memuruna düşen nüfus, eczacı sayısı, eczacıya düşen nüfus bakımından Gaziantep ili ile Türkiye ortalaması karşılaştırması yapılmıştır.

4.7.1. Şahinbey İlçesi Sağlık Bilgileri

Gaziantep ili nüfusunun % 44’lük bir payına sahip olan Şahinbey ilçesinin nüfusu 714.639’dur. Şahinbey ilçesi, 35 adet Sağlık Ocağı, 14 Adet Köy Sağlık Evi, 1 adet Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, 1 adet Verem Savaş Dispanseri Merkezi, Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi, Halk Sağlığı Laboratuvarı ve Kalıtsal Kan Hastalıkları Tanı Merkezi (Talasemi), Şahinbey Ağız Diş sağlığı Merkezi olmak üzere 55 tane kamu kuruluşuna sahiptir. Bağlı olduğu Sağlık Grup Başkanlığı ise Şahinbey Sağlık grup başkanlığı’dır.

Tablo 4.24.’de 1.Basamağa ait kuruluşların 2002-2010 yılları arasında sağlık hizmeti verileri karşılaştırılmaktadır.

Tablo 4.24: Şahinbey İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

	2002	2010
Sağlık ocağı	19	35
Doktoru olmayan sağlık ocağı	6	0
Kapalı sağlık ocağı	2	0
Ebesi olan sağlık evi	2	13
112 acil sağlık hizmetleri istasyonu	3	7
112 ambulans	3	7
Mobil sağlık aracı	0	2
Laboratuar hizmeti	Yok	Var

Tablo 4.24 incelendiğinde Şahinbey ilçesinde sağlık alanında önemli gelişmelerin yaşanmış olduğu gözlenmektedir. 2002’de doktoru olmayan sağlık

ocağı sayısı 6 iken 2010 yılında doktorsuz sağlık ocağı bulunmamaktadır. Acil hizmet veren istasyonların sayısında da artış gözlenmiş ve 2010'da Şahinbey ilçesinde laboratuvar hizmeti de verilmeye başlanmıştır.

4.7.1.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler

2003-2010 yılları arasında sağlık alanında önemli gelişmelerin yaşandığı Şahinbey ilçesinde sağlık hizmetleri alanında da birçok yenilik gözlenmiştir. Şahinbey İlçesinde,

- 2003 yılında 60.yıl Sağlık Ocağı hizmete açılmıştır. Talasami Merkezi, Halk sağlığı Laboratuvarı bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır. Ayrıca Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Acil polikliniği yeni binasında hizmete açılmıştır.
- 2004 yılında Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi bünyesinde Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi açılmış, 1 adet Sağlık Ocağı kurulmuş (Kavaklık Rotary), İl Özel idaresi tarafından sağlanan 1 adet Mobil Sağlık Aracı hizmet vermeye başlamıştır. 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu 1 adet arttırılarak Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ambulans hizmete sunulmuştur.
- 2005 yılında Ayla Alevli Sağlık Ocağı hizmete açılmış, Halk Sağlığı Laboratuvarı bünyesinde 1.Basamak sağlık kuruluşlarına yönelik Merkez Laboratuvarı hizmete başlamıştır. Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesinde Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve hastaneye bağlı Çağlayan Semt Polikliniği faaliyete geçmiştir.
- 2006 yılında Emniyet Sağlık Ocağı, Ocaklar Sağlık Ocağı, Kürşat Tüzmen sağlık Ocağı, Alleben Rotary Sağlık Ocağı hizmete açılmıştır. Sağlık Meslek Lisesi olarak kullanılan bina Çocuk Hastanesine ek bina olarak tahsis edilerek Çocuk Hastanesinin kapasitesi arttırılmıştır. Avukat Cengiz Gökçek Hastanesi ek bina inşaatı tamamlanarak uzman poliklinik oda sayıları arttırılmış ve diyaliz birimi yeni yerinde hizmete geçmiştir.
- 2007 yılında Cemile Abdullah Kiraz Sağlık Ocağı, 25 Aralık Sağlık Ocağı, Şehitler Sağlık Ocağı, Öğümsöğüt Köyü Öğretmen Sandık Sağlık Evi hizmete açılmıştır. 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine Bağlı Semt Polikliniği hizmete girmiştir. Avukat Cengiz Gökçek Devlet

Hastanesinde Türkiye'nin en büyük 18 yataklı Yanık Ünitesi, Anjio hizmeti ile Kardiyolojik Cerrahi işlemleri faaliyete girmiştir.

- 2008 yılında Narlıtepe Sağlık Ocağı, Sağlıkçılar Sağlık Ocağı, Bağlarbaşı Sağlık Ocağı, Beşyüzevler Sağlık Ocağı, Halide Alevli Sağlık Ocağı İl Özel İdaresi tarafından yaptırılarak hizmete açılmıştır. Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesinde Yanık Yara ve Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi ayrıca hastaneye bağlı olarak hizmet veren Ağız ve Diş Sağlığı Birimi Şahinbey Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olarak ayrı başhekimlik şeklinde hizmete geçmiştir. Gaziantep Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine bağlı Semt Polikliniği hizmete girmiştir.
- 2009 yılında Onur Sağlık Ocağı Şahinbey Belediyesince Mimar Sinan Mahallesinde yapılan sosyal tesisin Sağlık Ocağı olarak düzenlenen kısmı hizmete açılmıştır. Ulucanlar Sağlık Ocağı Şahinbey Belediyesince Ünalı mahallesinde yapılan sosyal tesisin Sağlık Ocağı olarak düzenlenen kısmı hizmete açılmıştır. Serinevler Sağlık Ocağı Şahinbey İlçesinde TOKİ tarafından Serinevler Kentsel Dönüşüm alanında yapılan Sağlık Ocağı hizmete açılmıştır. Cumhuriyet Sağlık Ocağı Şahinbey İlçesi Gümüştekin Mahallesinde İl Özel İdaresince yapılan yeni binasında hizmete açılmıştır. Şahinbey 1 Nolu ve 4 Nolu ASH İstasyonu yeni binasında faaliyete başlamıştır.
- 2010 Yılında Mehmet Ali ÖZKARA Sağlık Ocağı Yeditepe Mahallesinde Hayırsever Mehmet Ali ÖZKARA tarafından yaptırılmak üzere hizmete açılmıştır (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yıllığı).

4.7.1.2. Sağlık Alanında Planlanan ve Devam Eden Yatırımlar

Şahinbey ilçesinde sağlık alanında yaşanan önemli gelişmelerin yanı sıra ilçede devam eden yatırımlarda söz konusudur. Gerçekleştirilmesi planlanan ve devam eden yatırımlar aşağıdaki gibidir:

- Eğitim Tipi Sağlık Ocağının Karataş Bölgesinde yapılması Sağlık Bakanlığına teklif edilmiştir.
- Düztepe semtinde 112 ASH İstasyonu yapımı planlanmıştır.
- Şahinbey Belediyesince bu bölgede yapılacak sosyal tesisin bir bölümü sağlık ocağı olarak hizmete açılacaktır.

- Konak mahallesi sağlık ocağı: Şahinbey belediyesince bu bölgede yapılacak sosyal tesisin bir bölümü sağlık ocağı olarak hizmete açılacaktır.
- Kızıllıhisar Köyü Sağlık Ocağı: İhale aşamasındadır.
- Ali Burnukara sağlık ocağı: Öğretmenevleri mahallesinde açılma aşamasındadır., Mehmet Ali Özkara ve Adnan İnanıcı gibi hayırseverler tarafından sağlık ocağı ve semt polikliniği yapılmaktadır.
- Av. Cengiz Gökçek Hastanesi Semt Polikliniği: Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesine bağlı Ocaklar Mahallesinde hayırsever Adnan İnanıcı (Adnan A.Ş.) Semt Polikliniği yapılmaktadır.
- Şahinbey (Mülk) Sağlık Ocağı: Yeni binası yapımı ihale aşamasındadır (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yıllığı).

4.7.2. Şehitkâmil İlçesi Sağlık Bilgileri

Gaziantep ili nüfusunun % 3'üne sahip olan Şehitkamil ilçesi 587.726 kişilik bir nüfusa sahiptir. İlçede 31 adet Sağlık Ocağı, 23 adet Köy Sağlık Evi, 2 adet Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, 1 adet Verem Savaş Dispanseri, 25 Aralık Devlet Hastanesi, Şehitkâmil Devlet Hastanesi, Gaziantep Çocuk Hastanesi, 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Gaziantep ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olmak üzere toplam 62 kamu kurumu bulunmaktadır. Bağlı olduğu sağlık grup başkanlığı ise Şehitkamil Sağlık Grup Başkanlığı'dır.

Tablo 4.25: Şehitkamil İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

	2002	2010
Sağlık Ocağı	16	31
Doktoru olmayan sağlık ocağı	5	0
Kapalı sağlık ocağı	3	0
Ebesi olan sağlık evi	2	23
112 acil sağlık hizmetleri istasyonu	3	9
112 ambulans	3	20
Hasta nakil aracı	0	2
Mobil sağlık aracı	0	1
Laboratuar hizmeti	Yok	Var

Tablo 4.25'deki veriler göz önüne alındığında Şahinbey İlçesinde olduğu gibi Şehitkamil ilçesinde de laboratuvar hizmeti faaliyete girmiştir. 2002 yılında ebesi olan sağlık evi sayısı 2 iken 2010'da 11 katına çıkarak 22 adet ebesi olan sağlık evi hizmete açılmıştır. Şehitkâmil ilçesinde 2010 yılında doktorsuz sağlık ocağı kalmamıştır.

4.7.2.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler

Şehitkâmil ilçesinde 2003–2010 yılları arasında sağlık alanında önemli ölçüde gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmeler ve yenilikler:

- 2003 yılında Hacı Salime – Hilmi Kırşan Sağlık Ocağı hizmete açılmıştır. 70. Yıl AÇS-AP Merkezi Özel idare tarafından kullanım hakkı verilerek yeni binasında hizmet vermeye başlamıştır. Abdülkadir Konukoğlu AÇS-AP Merkezi açılmıştır. Donatım İl Müdürlüğü yeni binasında hizmete başlamıştır. 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi yeni binasına taşınarak hizmete geçmiştir.
- 2004 yılında Adölesan Merkezi Abdülkadir Konukoğlu Sağlık Kompleksi içerisinde faaliyete geçmiştir. 1 adet Mobil Sağlık Aracı hizmet vermeye başlamıştır. 112 acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu 1 adet arttırılarak Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ambulans ile hizmet vermeye başlamıştır.
- 2005 yılında Dülükbaba Sağlık Ocağı, Organize Sanayi Sağlık Ocağı hizmete açılmıştır. 25 Aralık devlet Hastanesi, SSK'dan devir alınarak hizmet vermeye başlamıştır. Çocuk Hastanesi Karşıyaka Semt Polikliniği açılmıştır. Yeni doğan bebeklerin transport işlemlerini gerçekleştirebilmek için 1 adet Küvöz içeren ambulans hizmete sunulmuştur.
- 2006 yılında Dr. Beşir Öke Sağlık Ocağı, Çağlayan Sağlık Ocağı, Şehriban Özbiçer Sağlık Ocağı hizmete açılmıştır. Şehitkâmil Sağlık Ocağı yeni binasında faaliyete geçmiştir. Şehitkâmil Sağlık Ocağının son 2 katında 112 ASH Komuta Kontrol Merkezi ve İl Ambulans Servisi otomasyon programları ile beraber faaliyete girmiştir. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 25

Aralık Devlet Hastanesi yanında yaptırılan yeni binasında hizmete girmiştir. Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesine bağlı faaliyet gösteren Çağlayan Semt Polikliniği Şehitkâmil Belediyesi tarafından tahsis edilen alanda yaptırılan Karşıyaka Semt Polikliniğine taşınarak hizmetine yeni yerinde devam etmeye başlamıştır.

- 2007 yılında Girne Sağlık Ocağı, Kayaönü Sağlık Ocağı, Karaoğlan Sağlık Ocağı, Şirinevler Sağlık Ocağı, Zeytinli Sağlık Ocağı hizmete açılmıştır. 25 Aralık Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Servisi hizmete girmiştir. Şehitkâmil Sağlık Grup Başkanlığı yeni hizmet binasında hizmetlerini sürdürmeye başlamıştır.
- 2008 yılında 29 Ekim Sağlık Ocağı, Tekirsin Köyü Sağlık Ocağı, Ticaret Odası 112 ASH İstasyonu hizmete açılmıştır. Şehitkâmil Devlet Hastanesi hizmete başlamıştır, Çocuk Hastanesi yeni binasında hizmete başlamıştır.
- 2009 yılında Merveşehir Sağlık Ocağı Şehitkâmil Belediyesince Merveşehir Mahallesinde yapılan tesisin Sağlık Ocağı olarak düzenlenerek hizmete açılmıştır. Seyrantepe Sağlık Ocağı Şehitkâmil ilçesinde TOKİ tarafından Seyrantepe Toplu Konut alanında yapılan sağlık ocağı hizmete açılmıştır. 2'Nolu ASH İstasyonu yeni prefabrik binasında hizmete açılmıştır. Kızıkkhamurkesen Sağlık Evi, Cerityenyapan Sağlık Evi hizmete açılmıştır (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2009 Yıllığı).
- 2010 yılında Çocuk hastanesi ve Gaziantep Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne bağlı olarak Gazikent semtinde Semt Polikliniği hizmete başlamıştır.
- 2010 yılında 25 Aralık Devlet Hastanesi'ne bağlı AMATEM merkezi 16.02.2010 tarihinde hizmete açılmıştır.
- 2010 yılında Karacaoğlan (Merveşehir) 112 prefabrik ASH istasyonu 02.06.2010 tarihinde kabulü yapıldı.

4.7.2.2. Sağlık Alanında Planlanan ve Devam Eden Yatırımlar

- TOKİ tarafından yaptırılan Beykent toplu konut alanı içerisinde sağlık ocağı yaptırılmaktadır.
- Gaziantep 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinin bulunduğu alana 112 Ambulans Helikopter Pisti yapımı ihale aşamasındadır.
- Özgürlük mahallesinde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi ile ihtiyaç duyulacak Toplum Sağlık Merkezi'nin yapılması hedeflenmektedir.
- Şehitkâmil Belediyesince Beylerbeyi mahallesinde yapılacak sosyal tesisin bir bölümü sağlık ocağı olarak değerlendirilecektir.
- Karakesek köyünde sağlık evi yapılması planlanmaktadır.
- Gaziantep Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ek binasına 50 adet diş ünitesi ihalesi yapıldı.
- Şehitkâmil Belediyesince Kocatepe mahallesinde yapılacak olan sosyal tesisin bir bölümü sağlık ocağı hizmete girme aşamasındadır.
- Nükhet Ersoy Aevli Sağlık Ocağı: Emek mahallesinde açılma aşamasındadır.
- Beykent toplu konut alanına sağlık ocağı: TOKİ tarafından yaptırılan Beykent Toplu Konut Alanı içerisinde sağlık ocağı açılma aşamasındadır.
- A Tipi 112 Komuta Kontrol Merkezi hizmete girme aşamasındadır.
- Karşıyaka Toplum Sağlığı Merkezi: yapılması hedeflenmektedir.

4.7.3. Oğuzeli İlçesi Sağlık Bilgileri

Gaziantep nüfusunun %1'ne sahip olan Oğuzeli ilçesinin nüfusu 26.527'dir. Gaziantep ilinin Oğuzeli ilçesinde bulunan kamu sağlık kuruluşları:

- 4 Adet Sağlık Ocağı
- 9 Adet Köy Sağlık Evi
- 112 Acil Sağlık Hizmetleri
- Entegre İlçe Hastanesi

Tablo 4.26.'da, Oğuzeli'nde sağlık alanında yaşanan en büyük gelişmelerden biri 2009 yılında Entegre İlçe Hastanesinin hizmete açılmış olması göze çarpan gelişmelerdendir. Bunun yanında 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunun kurulması, ebe sayısının yaklaşık 4 katına çıkarak 2009 yılında 27'yi bulması

Oğuzeli ilçesinde sağlık alanındaki gelişmeleri ifade etmektedir. Ayrıca 2002 yılında 3 olan Tabip sayısının 2010 yılında 12'dir.

Tablo 4.26: Oğuzeli İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

	2002	2010
Doktoru olmayan sağlık ocağı	3	0
Kapalı sağlık ocağı	3	0
Ebesi olan sağlık evi	1	8
112 acil sağlık hizmetleri istasyonu	Yok	Var
Entegre ilçe devlet hastanesi	Yok	Var
112 ambulans	1	1
Hasta nakil aracı	0	1
Mobil sağlık aracı	0	1
Uzman tabip	0	1
Tabip	3	12
Diş hekimi	0	3
Ebe	4	27
Hemşire	2	7
Acil Ünitesi	Yok	Var
Laboratuvar hizmeti	Yok	Var

4.7.3.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler

- 2004 yılında ilçede 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimi Merkez Sağlık Ocağına entegre olarak kurulmuş ve 24 saat hizmet vermektedir.
- 2007 yılında Entegre İlçe Hastanesi hizmete girmiştir. Yazılı Sağlık Ocağı, Tıp Projeli yeni Sağlık Ocağı binasına geçmiştir (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yılıhğı).

4.7.4. Nizip İlçesi Sağlık Bilgileri

Gaziantep iline ait Nizip ilçesinin toplam nüfusu 130.126'dır. İlçede bulunan kamu sağlık kuruluşları, Devlet Hastanesi, 16 tane Sağlık Ocağı, 9 tane Köy Sağlık Evi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi,

Verem Savaş Dispanseri, Diyaliz Merkezi'dir. Nizip ilçesinin bağlı olduğu sağlık grup başkanlığı Nizip Sağlık Grup Başkanlığıdır. Nizip ilinde sağlık hizmeti veren kuruluşların sayısal olarak ifadesi aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4.27: Nizip İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

	2002	2010
Sağlık Ocağı	12	16
Doktoru olmayan sağlık ocağı	10	0
Kapalı sağlık ocağı	7	0
Ebesi olan sağlık evi	1	9
112 acil sağlık hizmetleri istasyonu	Yok	Var
112 ambulans	1	2
Hasta nakil aracı	0	3
Mobil sağlık aracı	0	1
Uzman tabip	16	32
Tabip	3	53
Ebe	23	69
Hemşire	3	105
Acil tıbbi teknisyen	0	15
Acil ünitesi	Yok	Var
Laboratuar hizmeti	Yok	Var

4.7.4.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler

- 2003 yılında Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı hizmete açılmıştır.
- 2004 yılında ilçede 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimi kurulmuş ve 24 saat hizmet vermektedir.
- 2005 yılında Nizip Devlet Hastanesi ek bina inşaatı tamamlanarak hizmete girmiştir. Ayrıca Nizip Devlet Hastanesi Laboratuar ve Görüntüleme Hizmetleri satın alma yoluyla karşılanarak Türkiye'de bir ilk gerçekleştirilmiştir ve Nizip 4'Nolu Sağlık Ocağı hizmete açılmıştır.

- 2006 yılında Bilal Marufoğlu Sağlık Ocağı hizmete ağılmıştır. 112 Acil Sağlık Hizmetleri 2. İstasyonu kurulmuş ve ek olarak 2 adet ambulans ve 1 adet Portabl Kuvvz tahsis edilmiştir.
- 2007 yılında Tatlıcak Sağlık Ocağı, Tatlıcak Sağlık Evi binasında hizmete ağılmıştır.
- 2008 yılında Tatlıcak Sağlık Ocağı, Tıp Projeli yeni binasına taşınarak hizmetine devam etmektedir.
- 2009 yılında Kumla Sağlık Evi İl Özel İdaresince yaptırılarak hizmete ağılmıştır. Merkez 2'nolu Sağlık Ocağı bünyesinde İlçe Merkez Laboratuvarı oluşturuldu. Nizip 112 ASH İstasyonu İl Özel İdaresi tarafından Nizip Belediyesince verilen alana yapılan prefabrik bina hizmete ağılmıştır (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yıllığı).

4.7.4.2. Sağlık Alanında Planlanan Ve Devam Eden Yatırımlar

- Nizip Devlet Hastanesi Refika Tanyol ek binası ihalesi yapılmıştır
- Nizip Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin yapımı devam etmektedir
- Mimar Sinan Sağlık Ocağı yapımı planlanmaktadır (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yıllığı).

4.7.5. İslâhiye İlçesi Sağlık Bilgileri

Toplam nüfusu 65.839 olan İslâhiye ilçesinin bağlı olduğu sağlık grup başkanlığı, İslâhiye Sağlık Grup Başkanlığıdır. İlçede Devlet hastanesi, Diyaliz merkezi, 5 adet Sağlık Ocağı, 10 adet Köy Sağlık Evi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri, 1 adet AÇS-AP Merkezi ve 1 adet Verem Savaş Dispanseri olmak üzere sağlık hizmeti veren kamu sağlık kuruluşları bulunmaktadır.

Tablo 4.28: İslahiye İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

	2002	2010
Sağlık Ocağı	3	5
Doktoru olmayan sağlık ocağı	2	0
Kapalı sağlık ocağı	2	0
Ebesi olan sağlık evi	1	11
112 acil sağlık hizmetleri	Yok	Var
112 ambulans	1	2
Hasta nakil aracı	0	2
Mobil sağlık aracı	0	1
Diyaliz merkezi	Yok	Var
Uzman tabip	3	12
Diş hekimi	0	7
Tabip	6	21
Ebe	12	34
Hemşire	9	56
Acil tıbbi teknisyen	0	14
Laboratuvar hizmeti	Yok	Var

Tablo 4.28’de görüldüğü üzere 2002 yılında sadece 3 tane olan uzman tabibin 2010 yılında 13’e çıkması, ilçenin bir diyaliz merkezine sahip olması, tıbbi teknisyenlerin ilçede göreve başlaması, İslâhiye ilinde 2002 yılına göre 2010 yılında önemli sağlık gelişmelerinin yaşandığını vurgulanmaktadır.

4.7.5.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler:

- 2003 yılında Atalay Erdoğan Sağlık Ocağı hizmete açılmış ve AÇS-AP Merkezi ilçe belediyesine ait bir binadan Atalay Erdoğan Sağlık Ocağının üst katına taşınarak hizmet kalitesi artırılmış bir binada faaliyete geçirilmiştir.
- 2004 yılında Fevzi Paşa Sağlık Ocağı, Jandarma Komutanlığından Sağlık Müdürlüğüne devredilen yeni binasında hizmete geçmiş ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimi İlçe Devlet Hastanesine Entegre olarak kurulmuş ve 24

saat hizmet vermekte olup, ek olarak ilçeye 2 adet, Altınüzüm Sağlık Ocağına 1 adet ambulans tahsisi yapılmıştır.

- 2005 yılında hayırsever Fikret Öztürk tarafından yaptırılmış olan Devlet Hastanesine bağlı Diyaliz Merkezi tamamlanarak hizmete başlamıştır.
- 2009 yılında İslâhiye Devlet Hastanesine bağlı İslâhiye Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi yeni binasında faaliyete geçmiştir (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yıllığı).

4.7.5.2. Sağlık Alanında Planlanan Ve Devam Eden Yatırımlar

- 1'nolu Merkez Sağlık Ocağının yenilenmesi: projede ilçenin ihtiyacı olan 112 ASH istasyonu, ilçe sağlık grup başkanlığı ve sağlık ocağı kısımları bulunmaktadır.
- 2 nolu merkez sağlık ocağı: Pınarbaşı Mahallesinde Sağlık Ocağı proje oluşturma aşamasındadır.
- Yeşilyurt Sağlık Ocağı: yapılması planlanmaktadır.
- 100 yataklı İslâhiye Devlet Hastanesinin TOKİ tarafından yapılması ihalesi yapılmıştır.
- Fevzipaşa Sağlık Ocağı: Proje ve zemin etüdü çalışmaları başlatılmıştır (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yıllığı)

4.7.6. Nurdağı İlçesi Sağlık Bilgileri

Gaziantep iline ait Nurdağı ilçesinin toplam nüfusu 34.618'dir. Bağlı olduğu sağlık grup başkanlığı, Nurdağı Sağlık Grup Başkanlığıdır. İlçede 5 adet Köy Sağlık Evi, 3 adet Sağlık Ocağı, Entegre İlçe Hastanesi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri olmak üzere toplam 10 adet kamu kuruluşu vardır.

Tablo 4.29. Nurdağı ilçesinde 2002-2010 yılları arasındaki sağlık alanında yaşanan gelişmeleri ifade etmektedir.

Tablo 4.29: Nurdağı İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

	2002	2010
Doktoru olmayan sağlık ocağı	3	0
Kapalı sağlık ocağı	3	0
Ebesi olan sağlık evi	0	5
112 acil sağlık hizmetleri	Yok	1
Entegre ilçe devlet hastanesi	Yok	Var
112 ambulans	1	1
Hasta nakil aracı	0	1
Mobil sağlık aracı	0	1
Uzman tabip	0	1
Tabip	4	14
Diş hekimi	0	3
Ebe	4	17
Hemşire	1	17
Acil tıbbi teknisyen	0	6
Acil ünitesi	Yok	Var
Görüntüleme ünitesi	Yok	Var
Laboratuvar hizmeti	Yok	Var

4.7.6.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler

- 2003 yılında 24 saat açık sağlık merkezi ilçede hizmete başlamıştır.
- 2004 yılında 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimi kurulmuş ve 24 saat hizmet vermekte olup ek olarak ilçeye 1 adet ambulans ile 1 adet portabl küvöz tahsis edilmiştir.
- 2007 yılında sağlık merkezi olarak faaliyet gösteren kuruluşumuz Entegre İlçe Hastanesi konumuna dönüştürülmüştür.

4.7.7. Araban İlçesi Sağlık Bilgileri

3 adet Sağlık Ocağının, 7 adet Köy Sağlık Evinin, Entegre İlçe Hastanesinin, 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin olduğu Araban ilçesinin toplam nüfusu 31.514'tür. Bağlı olduğu sağlık grup başkanlığı, Araban Sağlık Grubu Başkanlığıdır.

İlçede 2009 yılında görüntüleme ünitesinin hizmete sunulmuş olmasının yanı sıra, tıbbi teknisyen sayısının da 14'e yükselmiş olması sağlık alanında önemli gelişmelerin yaşandığının göstergesidir.

Tablo 4.30: Araban İlçesinin 2002–2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

	2002	2010
Doktoru olmayan sağlık ocağı	3	0
Kapalı sağlık ocağı	3	0
Ebesi olan sağlık evi	0	6
112 acil sağlık hizmetleri	Yok	Var
Entegre ilçe devlet hastanesi	Yok	Var
112 ambulans	1	1
Hasta nakil aracı	0	2
Mobil sağlık aracı	0	1
Uzman tabip	0	1
Tabip	4	10
Diş hekimi	0	2
Ebe	4	26
Hemşire	1	10
Acil tıbbi teknisyen	0	11
Acil ünitesi	Yok	Var
Görüntüleme ünitesi	Yok	Var
Laboratuvar hizmeti	Yok	Var

4.7.7.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler:

- 2003 yılında 24 saat açık sağlık merkezi ilçede hizmete başlamıştır.
- 2004 yılında 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimi kurulmuş ve 24 saat hizmet vermekte olup ek bina olarak ilçeye 1 adet ambulans tahsis edilmiştir.
- 2007 yılında sağlık merkezi olarak faaliyet gösteren kuruluş, Entegre İlçe Hastanesi konumuna dönüştürülmüştür.

4.7.7.2. Sağlık Alanında Planlanan Ve Devam Eden Yatırımlar

- Akbudak Köyü Sağlık Ocağı için yeni bina: ihale aşamasındadır.

4.7.8. Yavuzeli İlçesi Sağlık Bilgileri

Toplam nüfusu 20.509 olan Yavuzeli ilçesinin bağlı olduğu sağlık grup başkanlığı, Yavuzeli Sağlık Grup Başkanlığıdır. İlçede bulunan kamu kuruluşları, 2 adet Sağlık Ocağı, 6 adet Köy Sağlık Evi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri'dir.

Tablo 4.31.'de Yavuzeli ilçesinde 2002–2010 yılları arasında sağlık alanındaki gelişmeler aktarılmaktadır.

Tablo 4.31: Yavuzeli İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

	2002	2010
Doktoru olmayan sağlık ocağı	2	0
Kapalı sağlık ocağı	1	0
Ebesi olan sağlık evi	0	5
112 acil sağlık hizmetleri	Yok	Var
112 ambulans	0	1
Mobil sağlık aracı	0	1
Uzman tabip	0	1
Tabip	1	4
Diş tabibi	0	1
Ebe	1	20
Hemşire	1	6
Acil tıbbi teknisyen	0	2
Acil ünitesi	Yok	Var
Laboratuvar hizmeti	Yok	Var
Görüntüleme ünitesi	Yok	Var

4.7.8.1. İlçede Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler

- 2004 yılında 112 acil Sağlık Hizmetleri Birimi Kurulmuş ve 24 saat hizmet vermekte olup ek olarak ilçeye 1 adet ambulans tahsis edilmiştir.

4.7.8.2. Sağlık Alanında Planlanan ve Devam Eden Yatırımlar

- Merkez Sağlık Ocağı: ihale aşamasındadır.
- Yavuzeli Büyük Karakuyu Sağlık Ocağı: ihale aşamasındadır
- Süleyman Obası Sağlık Evi: ihale aşamasındadır. (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yıllığı)

4.7.9. Karkamış İlçesi Sağlık Bilgileri

Gaziantep ilçeleri arasında en az nüfusa sahip olan Karkamış ilçesinin toplam nüfusu 9.773'dir. İlçede 1 adet Sağlık Ocağı, 6 adet köy sağlık evi olmak üzere 7 tane kamu sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Bağlı olduğu sağlık grubu başkanlığı, Karkamış Sağlık Grup Başkanlığıdır.

Tablo 4.32: Karkamış İlçesinin 2002-2010 Yılları Arasındaki Sağlık Hizmeti Verileri (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

	2002	2010
Doktoru olmayan sağlık ocağı	1	0
Kapalı sağlık ocağı	1	0
Ebesi olan sağlık evi	2	6
112 acil sağlık hizmetleri	Yok	Var
112 ambulans	0	1
Mobil sağlık aracı	0	1
Tabip	0	6
Diş tabibi	0	1
Ebe	2	14
Hemşire	0	4
Acil tıbbi teknisyen	0	6
Acil ünitesi	Yok	Var
Laboratuvar hizmeti	Yok	Var
Görüntüleme ünitesi	Yok	Var

4.7.9.1. Sağlık Alanında Yapılan Yenilikler

- 2003 yılında Merkez Sağlık Ocağı yeni tip projeli binasında hizmet vermeye başlamıştır.
- 2004 yılında 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimi Merkez Sağlık Ocağına entegre olarak kurulmuş ve 24 saat hizmet vermekte olup ek olarak ilçeye 1 adet ambulans tahsis edilmiştir.

4.7.9.2. Sağlık Alanında Planlanan ve Devam Eden Yatırımlar

- Karkamış Sağlık Ocağı onarımı ve hasta rampası yapımının ihalesi yapılmıştır (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yıllığı).

4.8. GAZİANTEP İLİNİN SOSYAL GÜVENCE KAPSAMI

Gaziantep ilinin sosyal güvenlik kapsamı incelendiğinde, güvenceli nüfusun, toplam nüfusa olan oranının diğer illere nazaran daha yüksek olduğu görülmektedir. Yeşil kart haricindeki sosyal güvenlik kapsamı, toplam nüfusun %81.67'sini oluştururken, sosyal güvenlik dışında kalan nüfus 50.590'dır.

Tablo 4.33: Gaziantep İlinde Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Kişi Sayısı ve Türkiye Nüfusuna Oranı (SGK, 2010)

İlin Toplam Nüfusu (TÜİK-ADNKS'ye Göre Nüfus)	1.653.670
Toplam Sosyal Güvenlik Kapsamı (Aktif+Pasif+Yeşil kart)	1.603.080
Toplam Sosyal Güvenlik Kapsamı (Yeşil kartlılar hariç)	1.350.481
Sosyal Güvenlik Kapsamının Toplam İl Nüfusuna Oranı (Yeşil kartlılar hariç)	%81.67
Sosyal Güvenlik Kapsamı Dışında Kalan Nüfus	50.590

Tablo 4.34: Gaziantep'te Sosyal Güvenlik Kapsamında Aktif Çalışan Kişi Sayısı (SGK, 2010)

Sosyal Güvenlik Kapsamında Aktif Çalışan Kişi Sayısı				Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Aktif Çalışanların Toplam İl Nüfusuna Oranı (%)
Emekli Sandığı (4/c)	Bağ-Kur (4/b)	SSK (4/a)	Toplam	
34.116	56.860	169.443	260.420	15,75

Tablo 4.34 incelendiğinde, Gaziantep ilinde sosyal güvenlik kapsamındaki aktif çalışan kişi sayısının 260.420 olduğu görülmektedir. Bu sayının toplam il nüfusuna oranı %15.75'idir. İlde sosyal güvenlik kapsamının geniş olması sevindirici bir gelişme olsa da, çalışan sayısının bu kadar az olması, çalışan sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerinin sayısının yüksek olduğunu göstermektedir. Böylece, ildeki aile planlamasının yeteri kadar iyi olmadığı ortaya çıkmaktadır. Bu durum, birey sayısı yüksek ailelerin sağlık, ekonomi, eğitim gibi alanlarda zorluk yaşamalarına neden olabilmekle birlikte aynı zamanda kuşkusuz devlet bütçesine olumsuz yönde etki etmektedir.

4.9. GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NÜN MEVCUT HİZMET VE PLANLARI

Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2002-2009 yılları arası yürürlüğe koyduğu "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" kapsamında gerçekleştirilen yatırımlar sonucu, Gaziantep il merkezi ve ilçelerine yüksek miktarda harcamalar yapılmış olup, Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nün önümüzdeki yıllarda gerçekleştirilmesi planlanan birçok hedefi bulunmaktadır.

4.9.1. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2008-2010 Bütçesi

Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2008-2010 yıllarına ait bütçeleri tablolar halinde aşağıda verilmiştir;

Tablo 4.35: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2008 Bütçesi (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2008)

Harcama Kalemi	ÖDENEK (TL)	HARCANAN	KALAN
KIRTASIYE GİDERLERİ	1.000.000,00	298.939,23	701.060,77
YAKACAK ALIM GİDERLERİ	198.000,00	6.034,40	191.965,60
AKARYAKIT YAĞ GİDERLERİ	612.000,00	502.309,18	109.690,82
YİYECEK MALZEMESİ ALIM GİD.	53.000,00	21.561,90	31.438,10
ÖZEL MALZEME GİDERLERİ	85.000,00	33.909,58	51.090,42
TEKSTİL MALZEME GİDERLERİ	200.000,00	173.711,58	26.288,42
İLAÇ ALIM GİDERLERİ	383.000,00	139.016,59	243.983,41
İNŞAAT MALZEMESİ ALIM GİD.	773.000,00	355.553,03	417.446,97
HIRDAVAT ALIM GİDERLERİ	250.000,00	117.537,89	132.462,11
TIBBİ MALZEME ALIM GİD.	1.513.000,00	1.167.090,67	345.909,43
TEMİZLİK MALZEMESİ ALIM GİD.	165.000,00	80.516,92	84.483,08
DİĞER TÜKETİM MALZ. ALIM GİD.	167.000,00	22.393,64	144.606,36
İŞÇİ ÜCRET VE GİDERLERİ	1,00	0,00	1,00
MEMUR ÜCRET VE GİDERLERİ	1,00	0,00	1,00
MÜŞAVİR FİRMA VE BİLİRKİŞİ G.	838.000,00	813.255,58	24.744,42
ELEKTRİK VE SU GİD.	824.000,00	817.955,94	6.044,06
ULAŞTIRMA VE HABERLEŞME GİD.	229.000,00	192.127,56	36.872,44
TAŞIMA VE ARDIYE GİD.	118.000,00	84.264,95	33.735,05
TEMİZLİK HİZMET ALIM GİD.	1.189.400,00	1.172.339,73	17.060,27
YEMEK HİZMET ALIM GİD.	1,00	0,00	1,00
MAK. TEÇ. TIBBİ CİHAZ ONARIM GİD.	400.000,00	344.824,23	55.175,77
BİLGİSAYAR BAKIM ONARIM GİD.	32.000,00	10.759,12	21.240,88
KİRA GİDERLERİ	52.800,00	24.905,00	27.895,00

YAPI TESİS ONARIM GİD.	4.919.631,00	639.611,18	4.280.019,82
DİĞER HİZMET GİDERLERİ	374.000,00	344.266,74	29.733,26
ÜRETİMDE KULL. MADDİ DUR. AMORT. GİD.	66.000,00	0,00	66.000,00
İNŞAAT MALİYET GİDERLERİ	368.000,00	0,00	368.000,00
TOPLAM	14.809.834,00	7.362.884,54	7.446.949,46

Tablo 4.36: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2009 Bütçesi (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2009)

Harcama Kalemi	ÖDENEK (TL)	HARCANAN	KALAN
KIRTASIYE GİDERLERİ	1.330.523,00	122.552,85	1.207.970,00
BESL. GIDA AMAÇLI MUTFAKTA KULL. TÜK. MLZ. GRUBU	8.020,00	16,52	8.003,48
TIBBİ ve LABORATUAR SARF MALZ. GRUBU	4.250.000,00	791.357,52	3.458.642,48
YAKITLAR, YAKIT KATKILARI VE KATKI YAĞLARI GRUBU	810.000,00	666.877,62	143.122,38
TEMİZLEME EKİPMANLARI GRUBU	177.000,00	13.693,77	163.306,23
GİYECEK, MEFRUŞAT ve TUHAFİYE MALZ. GRUBU	200.000,00	5.638,77	194.361,23
YİYECEK GRUBU	53.000,00	8.731,89	44.268,11
CANLI HAYVANLAR GRUBU	1,00	0,00	1,00
YEM GRUBU	1,00	0,00	1,00
BAKIM ONARIM ve ÜRETİM MALZ. GRUBU	400.000,00	62.610,99	337,389,01
YEDEK PARÇALAR GRUBU	300.000,00	255.954,65	44.045,35
NAKİL VASITALARI LASTİKLERİ GRUBU	50.000,00	23.965,00	26.034,20
DEĞİŞİM BAĞIŞ ve SATIŞ AMAÇLI YAYINLAR GRUBU	50.001,00	2.923,00	47.078,00
BASINÇLI EKİPMANLAR	20.000,00	0,00	20.000,00
DİĞER TÜKETİM AMAÇLI MALZ.	212.000,00	0,00	212.000,00
İŞÇİ ÜCRET VE GİDERLERİ	1,00	0,00	1,00
MEMUR ÜCRET ve GİDERLERİ	1,00	0,00	1,00
MÜŞAVİR FIRMA ve BİLİRKİŞİ GİD.	5.000,00	847,82	4.152,18
ELEKTRİK VE SU GİDERLERİ	913.000,00	871.368,65	41.631,35
ULAŞTIRMA-HABERLEŞME GİDERLERİ	239.000,00	224.988,65	14.011,35

TAŞIMA VE ARDIYE GİDERLERİ	138.000,00	136.413,90	1.586,00
BİLGİSAYAR BAKIM ONARIM GİDERLERİ	1.319.400,00	1.304.396,58	15.003,42
YEMEK HİZMET ALIM GİD.	1,00	0,00	1,00
VERİ HAZIRLAMA ve BİLGİ İŞLEM GİDERLERİ	883.000,00	864.632,31	18.367,69
GÜVENLİK HİZMETİ ALIM GİD.	145.000,00	141.505,79	3.494,21
ÇAMAŞIRHANE HİZMETİ ALIM GİD.	1,00	0,00	1,00
MAK. TEÇ. Ve TIBBİ CİH. ONARIM GİD.	410.000,00	237.688,72	172.311,28
BİLGİSAYAR BAKIM VE ONARIM HİZMETİ GİDERLERİ	32.000,00	74,99	31.925,01
KİRA GİDERLERİ	37.800,00	28.941,00	8.859,00
YAPI TESİS ONARIM HİZMETİ GİD.	2.819.631,00	591.568,29	2.228.062,71
İNŞAAT MALİYET GİDERLERİ	3.000,00	0,00	3.000,00
ÜRETİMDE KULL. MADDİ DURAN VARLIK AMORT.	66.000,00	0,00	66.000,00
ARAZİ VE ARSALAR GİDER HESABI	5.000,00	0,00	5.000,00
BİNALAR GİDER HESABI	1,00	0,00	1,00
GÖRÜNTÜLEME HİZMETİ ALIM GİD.	1,00	0,00	1,00
LABORATUAR HİZMETİ ALIM GİD.	1,00	0,00	1,00
DIYALİZ HİZMETİ ALIM GİD.	1,00	0,00	1,00
OTELCİLİK HİZMETİ ALIM GİD.	1,00	0,00	1,00
DİĞER HİZMET ALIM GİD.	555.000,00	545.088,27	9.911,65
TOPLAM	15.431.386,00	6.901.838,35	8.529.547,65

Tablo 4.37: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Bütçesi (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, 2010)

HARCAMA KALEMİ	ÖDENEK (TL)	HARCANAN	KALAN
KIRTASIYE MALZEMELERİ GRUBU	700,000	295,105.09	404,894.91
BESL./GIDA AMAÇLI MUTFAKTA KULL. TÜK. MLZ. GRB	5,025	832.95	4,192.05
TIBBİ ve LABARATUVAR SARF MALZ. GRUBU	2.390.000	2,114,697.05	275,302.95
YAKITLAR, YAKIT KATKILARI ve KATKI YAĞL. GRB.	900,000	849,149.07	50,850.93
TEMİZLEME EKİPMANLARI	200,000	57,782.78	142,217.22

GRUBU			
GİYECEK, MEFRUŞAT ve TUHAFİYE MALZ. GRUBU	105,151	56,886.51	48,264.49
YİYECEK GRUBU	10,001.00	3,563.60	6,437.40
İÇECEK GRUBU	1.00	0.00	1.00
CANLI HAYVANLAR GRUBU	1.00	0.00	1.00
ZİRAİ MADDELER GRUBU	1.00	0.00	1.00
YEM GRUBU	1.00	0.00	1.00
BAKIM ONARIM ve ÜRETİM MALZ. GRUBU	300,000	116,878.78	183,123.22
YEDEK PARÇALAR GRUBU	1.000.000	252,462.39	747,537.61
NAKİL VASITALARI LASTİKLERİ GRUBU	64,617	53,658.99	10,958.01
DEĞİŞİM, BAĞIŞ ve SATIŞ AMAÇLI YAYINLAR GRB.	8,103	1,524.56	6,578.44
SPOR MALZEMELERİ GRUBU	1.00	0.00	1.00
BASINÇLI EKİPMANLAR	752	0.00	752
DİĞER TÜKETİM AMAÇLI MALZEMELER	2,812	800.00	2,012
İŞÇİ ÜCRET ve GİDERLERİ	1.00	0.00	1.00
MEMUR ÜCRET ve GİDERLERİ	30,001	21,206.62	8,794.38
MÜŞAVİR FİRMA ve İLİRKİŞİ GİDERLERİ	1.00	0.00	1.00
ELEKTRİK ve SU GİDERLERİ	830,000	818,739.17	11,260.83
ULAŞTIRMA HABERLEŞME GİDERLERİ	300,000	298,914.57	1,085.43
TAŞIMA ve ARDİYE GİDERLERİ	178,087	177,215.04	871.96
BİLGİSAYAR BAKIM ONARIM GİDERLERİ	1.366.714.	1,362,585.38	4,128.62
YEMEK HİZMET ALIM GİDERLERİ	1.00	0.00	1.00
VERİ HAZIRLAMA ve BİLGİ İŞLEM HİZMETİ GİDERLERİ	861,000	859,342.47	1,657.53
GÜVENLİK HİZMETİ ALIM GİDERLERİ	138,932	137,392.82	1,539.18
ÇAMAŞIRHANE HİZMETİ ALIM GİDERLERİ	1.00	0.00	1.00
MAK. TEÇH. Ve TIBBİ CİH. ONARIM HİZMETİ GİDERLERİ	300,000	298,841.62	1,158.38

BİLGİSAYAR BAKIM ve ONARIM HİZMETİ GİDERLERİ	1.00	0.00	1.00
KİRA GİDERLERİ	43,759	41,680.77	2,078.23
YAPI TESİS ONARIM HİZMETİ GİDERLERİ	930,000	171,375.61	758,624.39
İNŞAAT MALİYET GİDERLERİ	1.00	0.00	1.00
ÜRETİMDE KULL. MADDİ DURAN VARLIK AMORTSMN	100,000	0.00	100,000
ARAZİ ve ARSALAR GİDER HESABI	1.00	0.00	1.00
BİNALAR GİDER HESABI	1.00	0.00	1.00
GÖRÜNTÜLEME HİZMETİ ALIM GİDERLERİ	1.00	0.00	1.00
LABARATUVAR HİZMETİ ALIM GİDERLERİ	1.00	0.00	1.00
DIYALİZ HİZMETİ ALIM GİDERLERİ	1.00	0.00	1.00
OTELCİLİK HİZMETLERİ GİDERLERİ	1.00	0.00	1.00
DİĞER HİZMET ALIM GİDERLERİ	479,500	474,141.56	5,358.44
TOPLAM	11.244.471	8,464,775.40	2,779,695.60

4.9.2. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Tarafından 2003-2010 Yılları Arasında Hizmete Açılan Sağlık Birimleri

- Şehit Kamil Devlet Hastanesi
- Gaziantep Çocuk Hastanesi Yeni Binası
- 3 Adet Entegre İlçe Hastanesi (Oğuzeli – Nurdağı – Araban)
- 40 Adet Yeni Sağlık Ocağı
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (Yeni Bina)
- 19 Adet 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
- Kanseri Erken Teşhis Tarama Ve Eğitim Merkezi (KETEM)
- Merkez Laboratuvarı
- 19 Adet Yeni Köy Sağlık Evi
- Adölesan (Gençlik Danışma) Merkezi

- Kalıtsal Kan Hastalıkları (Talasemi) Tanı Merkezi
- Gaziantep Av.Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Yanık, Yara Ve Hiperbarik Oksijen Tedavisi Merkezi, Anjiyo Ünitesi ve Kardiyovasküler Cerrahi Bölümü
- Gaziantep Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Binası (Yeni Bina)
- Nizip Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Binası (Yeni Bina)
- İslâhiye Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Binası (Yeni Bina)
- 6 Adet Hastanelere Bağlı Semt Polikliniklikleri
- 2 Adet Gaziantep Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
- 112 Acil Yardım Komuta ve Kontrol Merkezi
- İl Ambulans Servisi
- Donatım İl Müdürlüğü (Yeni Bina)
- 2 Adet Şahinbey ve Şehitkâmil Yeşil Kart Büroları
- 4 Adet Hastanenin Acil Servis Birimlerinin Yenilenmesi (Av.C. Gökçek Devlet Hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Nizip Devlet Hastanesi) (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yıllığı).

4.9.3. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nün Hedeflediği ve Ödenek Ayırdığı Projeler

- Aile Hekimliğinin Gaziantep'te uygulanması
- Gaziantep'te ihtiyacı duyulan branşlarda yeni hastanelerin yapılması ve bunların Sağlık Kampusu şeklinde yapılandırılması.
- Hastanelerde poliklinik oda sayılarının artırılması
- Hastanelerde koğuş sistemini kaldırarak hastaların 1 veya 2'şerli odalarda bakımlarını sağlamak amacı ile gerekli düzenlemelerin yapılması
- Nüfustaki hızlı artış ve yeni imara açılan bölgeler göz önünde bulundurularak sağlık tesislerinin artırılması.
- Halk Sağlığı Laboratuvarının akredite edilmesi.

- Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının altyapısının personel ve tıbbi malzeme yönünden güçlendirilmesi, yürütülen çevre sağlığı ve laboratuvar hizmetlerinin artırılarak devam ettirilmesi.
- Sağlık hizmeti sunumunda zorluk çekilen bölgelerde, 2003 yılı içinde başlatılan Mobil Sağlık Hizmetlerine, artan sayıda ve kalitede 2010'da da devam edilmesi.
- Gaziantep'te vakaya ulaşım süresi 6-7 dakikadır. Bu standartların muhafaza edilmesi, 112 Acil Sağlık Hizmeti birimlerinin istasyon sayısını artırarak hizmet ağının genişletilmesi.
- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin geliştirilmesi için gerekli çalışmaların yapılması.
- Hizmet İçi Eğitim programları ile sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerinin artırılması, vatandaşa sunulan sağlık hizmeti kalitesinin yükseltilmesi.
- Kamuoyunda sağlık bilincinin geliştirilmesi için halka yönelik sağlık eğitim çalışmalarının devamı hedeflenmektedir (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 Yıllığı).

SONUÇ

Sağlık sektörünün diğer sektörlerden önemli bir farkı vardır ki bu da hizmetlerin ertelenemez ve ikame edilemez olmasıdır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin kamusal bir hak oluşu İkinci Dünya Savaşı'nın ardından insan hakları bildirgesi ile resmen ilan edilmiştir.

1980'li yılların ikinci yarısında birçok ülkeyle beraber Türkiye'de var olan sağlık sistemlerindeki yapıyı sorgulamaya başlamış, bireylerin sağlıklarını koruyup geliştirerek, hizmetlerin maliyetlerini düşürmek ve sağlık sektöründe kaynakların daha etkin kullanılabilmesi için sistem arayışlarına ve reform çabalarına girmiştir. Bu çalışmalar kapsamında koruyucu sağlık hizmetleri yanında, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunan aynı zamanda sağlık politikalarını belirleyip yürüten Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması, politika belirleyen yönlendiren, denetleyen ve düzenleyici bir yapı kazandırılması, hizmet sunumu fonksiyonunun azaltması amaçlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin kapsamında ve bu hizmetlerin sunumunda kullanılan teknolojide meydana gelen değişimler ile birlikte diğer sosyal nedenler sağlık hizmetlerinin talebini ve maliyetlerini artırmış, bunun sonucunda ülkeler bireylerin sağlıklarını koruyup geliştirmek için daha yüksek miktarlarda sağlık harcaması gerçekleştirmek zorunda kalmışlardır. Türkiye'de gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının yıllar içindeki değişimi incelendiğinde Türkiye'nin sağlık harcamalarında da artış eğilimi görülmektedir. Bunun doğal bir sonucu olarak sağlık harcamalarının genel ekonomi içindeki payı artmıştır.

Türkiye'de son yıllarda sağlık sektöründe ciddi sağlık reformlarını gözlemlenmiştir. Bu reformlar, devlet bütçesi içerisinde büyük yer kaplamakla birlikte, bu reformların gerçekleştirilmesinden sonra harcanan paranın büyük bir kısmının özel sektöre yönelik olduğu tespit edilmiştir.

Gaziantep ili için yapılan incelemeler sonucu, Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nce gerçekleştirilmiş projelerle, Gaziantep ilinde ciddi sağlık atılımları meydana gelmiştir. 2003-2010 yılları arasında Gaziantep ilinde gerçekleştirilen "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" kapsamında, İlin sağlıkla ilgili sorunları büyük ölçüde

tamamlanmaya çalışılmıştır. Vatandaşlara yüksek kalite ve standartlarda hizmet edilebilmesinin önü açılmıştır. İl merkezinin yanı sıra, ilçelerde de gerek devlet hastaneleri, gerekse sağlık ocağı ve sağlık evlerine yapılan harcamalarla kentin genelinde ihtiyaç duyulan eksikliklerin büyük ölçüde tamamlanmıştır.

Son dönemde kaydedilen tüm bu önemli gelişmelere ve önlemlere karşın, hala Türkiye, sağlık düzeyi bakımından orta gelirli ülkelerin çoğunun gerisinde yer almaktadır. Bütçeden sağlık hizmetlerine son 20 yılda ortalama yüzde 3 oranında pay ayrılırken, Türkiye Cumhuriyeti tarihi boyunca sağlığa bütçeden en büyük pay yüzde 5.27 ile 1960 yılında ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın ödeneği 2009 yılında ise yüzde 17.5 artışla 12 milyar 720.3 milyon TL olurken, Sağlık Bakanlığı harcamalarının GSYİH'ye oranı ise 2008 yılında yüzde 1.46 şeklinde gerçekleşmiştir.

Türkiye'de 1000 kişiye düşen hekim sayısı 1,54; 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı 28,4, kişi başına sağlık kurumuna müracaat sayısı 6,5 düzeyindedir. Türkiye de hala sağlık harcamalarında kamunun payı gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Gelişmiş ülkelerde bu oran yaklaşık %75'ler düzeyindeyken Türkiye'de %30'lar düzeyindedir.

Tüm bu rakamlar ve istatistiklerin yanında, sağlık sektörün Türkiye de ve Gaziantep'te artırmak için;

- Özel sektöre yönelik yatırımlara devam edilmesi,
- Kamunun yatırımlarının devam etmesi,
- Sağlık alanında son teknoloji kullanılması
- Referans hastanelerinin çoğunda çağdaş teknolojik donanımın yeterli düzeyde olması,
- Türk toplumunun hastalıklarının tedavisi için tıp merkezlerine gitme alışkanlığının kazanması,
- İletişim ve bilişim teknolojisinde önemli gelişmeler sağlanması ve bundan faydalanılması,
- Sağlık hizmetleri için genel bütçeden Gaziantep'in payının artırılması,
- Hekim dışındaki kalifiye sağlık personelinin yetersizliği,
- Halkın gelir düzeyinin artırılması
- İlaç, sağlık malzemesi ve teknik donanımda büyük oranda dışa bağımlı olunmaması,
- Bu hususlar ise, sağlık sektöründe hızla iyileştirmeye gitmemiz gereken unsurlardır.

Bu durum, ülkemizin dışa yönelik imajı ve komşu ülkelere hasta alabilmemiz açısından önemlidir.

Sağlık turizmi insanların ikamet ettikleri yerden kalkıp seyahat etmesi demektir. Sağlık turisti ise öncelikle yaşadığı yerde bulamadığı sağlığını dışarıda arayan kişi demektir. Sağlık turisti aynı zamanda sağlık hizmetlerinin yanı sıra boş zaman eğlence, dinlenme, spor ve eğitim gibi faaliyetler yoluyla iş ve iş meşguliyetini ortadan kaldırmak üzere eski sağlıklarını korumak ya da mevcut sağlıklarını koruyacak hizmet ve ürün satın alırlar. Bunun içinde Gaziantep' e gelecek turiste cevap verecek konaklama tesisleri ve yiyecek içecek tesis sayısı artırılmalıdır. Eğlence ve rahat zaman geçirebilecek tesis sayısı da artırılmalıdır.

- Özellikle Gaziantep in Suriye, Irak, İran gibi ülkelere yakınlığı ve sınır olması nedeniyle bu bölgenin sağlıkta cazibe merkezi haline gelebilmesi ve sağlık turizmini canlandırmak gereklidir. Bunu yapabilmek için Gaziantep'te faaliyet gösteren sağlık kurumlarının en son teknolojiyi kullanan, personel ihtiyacını tamamen tamamlamış olması gereklidir.
- Siyasi otorite bu ülkelerle ilişkisini geliştirmeli diğer alanlardaki protokollerin yanı sıra sağlık alanında da ikili protokoller imzalayarak bürokratik işlemler azaltılmalı, düşük fiyat politikası benimsenmeli ve Sınır şehri olan Gaziantep'te sağlık Turizmini geliştirmelidir. Gaziantep in Tüm Orta doğuya sağlık hizmeti verebilecek düzeye getirilmelidir.

Tüm bunlar yapıldığı takdirde ticaret ve sanayi şehri olan Gaziantep aynı zamanda sağlık alanının da cazibe merkezi haline gelecek bölge illerin yanı sıra bölge ülkelerinde de sağlıkta ilgisini çekecektir. Gaziantep te ihracatın yanı sıra sağlık alanındaki bu devinim ve dönüşümde, Ülkemizde büyük bir sorun olan dış ödemeler bilançosu açıklarının kapatılmasında Gaziantep teki sağlık turizmi öncü olacaktır.

Son yıllarda sağlık alanında gelişmiş ülke standartlarında yapılan yatırımlarla Türkiye, Ortadoğu Bölgesi için sağlık hizmetleri konusunda çekim merkezi haline gelmiştir. Türkiye'nin aktif dış politikası sayesinde; komşularıyla ilişkilerini geliştirmiş olması ve birçok komşu ülke ile vize uygulamasını kaldırmış olması, Türkiye'yi komşu ülke halkları tarafından dikkatle izlenir hale getirdiği gibi, Türk halkının da komşu ülkelere ilgisini artırmıştır.

Artık komşu ülkelere Türkiye'ye Türkiye'den komşu ülkelere çok yönlü ilişki başlamıştır. Türkiye'ye kültürel ve turistik amaçlı geziler dışında tedavi amaçlı

sağlık turisti de gelmeye başlamıştır. Bölge ülkeler arasında gelişmekte olan bu ilginin, ülkelerin sahip olduğu sağlık sektörü potansiyellerinde işbirliği ve yatırım patlaması yapacak düzeyde olmaktadır.

Gaziantep'te Gaziantep Üniversitesi öncülüğünde sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve bölgedeki sağlık sorunlarının birinci dereceden yetkililerle müzakere edilmesi amacıyla "Ortadoğu Tıp Günleri ve İşbirliği Kongresi" planlanmaktadır.

Kongre'de genel olarak şu konular görüşülecektir;

- Sınırların ve mesafelerin önemini yitirdiği günümüzde bölgesel sağlık hizmetlerinin geleceği
- Sağlık eğitiminde bilgi paylaşımı ve işbirliğinin geliştirilmesi
- Hasta ilişkilerinde dil ve iletişim sorunları
- Sağlıkta bölgesel yetişmiş insan gücünün değerlendirilmesi
- Sağlıkta uluslararası ilişkiler
- Uluslararası sağlık finansmanı, sigorta ve hizmetin gelişimini olumsuz etkileyen faktörler
- Sağlık Hukuku ve 'malpractice' bakımından uluslararası ilişkiler
- Üniversite, Sağlık Bakanlığı ve Özel Hastaneler bakımından bölgesel sağlık hizmeti sunumu

Tüm bu konular ve bürokratik çabalar değerlendirildiğinde Gaziantep'in gelecek yıllarda Özellikle 2023 lider ülke Türkiye vizyonunu gerek sanayi ve ticarete gerekse Sağlık turizminde temsil edecek gelişmelerdir.

Sonuç olarak Ülkemizdeki ve Gaziantep'teki sağlık alanındaki gelişmelerin ekonomik büyümeye etkisi pozitif yönde olup, sağlığın ekonomik büyüme oranları ile doğrusal bir ilişki içinde olduğu sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

- Bayhan, İ., (2010) Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi, *EKON 499 Bitirme Projesi, Gaziantep Üniversitesi, İktisat Bölümü*.
- Belek, L., (1995) Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor? *Toplum ve Hekim, Kasım*, Cilt. 9, S.64, s.15,
- Berber, H., (1999). Kimya, İlköğretim Öğretmenliği Lisans Tamamlama Programı, *Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi*, Cilt 2, Ünite, 17, 18, 19, Sayfa 377-466, Eskişehir.
- Deloitte (2010), Annual Report. <http://annualreport.deloitte.co.uk/2010/>
- DPT (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*,
<http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/yildirir/hizmet.pdf>
- DPT (2001). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Nüfus, Demografik Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu, *DPT:2556-ÖİK:572*, Ankara.
- DPT (2006); Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005). *2005 Yılı Programı Destek Çalışmaları*, Ankara.
- Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2010 yıllığı,
<http://www.gaziantepsaglik.gov.tr/index.php?sayfa=SayfaOku&SayfaId=127>
- Görgün, S., (1993). Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları, *SBF Yayınları*, İstanbul.
- Hansen, P, ve King A., (1996); ‘The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach’, *Journal of Health Economics*, Vol.15.
- Hogendorn, (1992). Economic Development, *Harper Collins Publishers*, pp. 650
- Human Development Report 2007/2008, “fighting Climate Change: Human Solidarity in a Divided World”, ss. 247-250; 261-264,
- Işık, A., ve Diğerleri 1997, *Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Tarihsel Gelişimi*, Ankara.

- Işık, A., (1998). ‘Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi’, *Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*
- John, S.R. ve Aileen J. Plant, (2001). “Preventing The Cross-Border Spread of Communicable Disease”, *CMH Working Paper Series*
- Karabulut, K., (1998). “Türkiye’de Sağlık Sektörü: Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama”, *Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.*
- Karagül, M., (2002). Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu, Ankara: *Anıt Matbaa, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları*, Yayın no: 37.
- Kavuncubaşı, Ş., (2003). Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Görev Tanımlarının Geliştirilmesi. *Avrupa Birliği Üreme Sağlığı Programı Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müd. Rol: Proje Yöneticisi.*
- Kibritçiöğlü, A., (1996) Uluslararası Makro İktisat-Okumalar, 72 *TDFOB Yayıncılık*, s. 233, Ankara
- Köksal (1992). Türk Sosyal Güvenlik Sistemi içinde Genel Sağlık Sigortasının Kurulması ve Bir Model Denemesi, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 1992.
- Kremer, M., (2004). “Global Public Goods in Communicable Disease Control”, *Paper For TheInternational Task Force On Global Public Goods.*
- Kurtulmuş, S., (1998), *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul.
- Liu, Y., Çelik, Y., Şahin, B., (2005). *Sağlık ve ilaç harcamaları*, Ankara.
- Mazgit, İ., (2002) “ Bilgi toplumu ve Sağlığın Artan Önemi”, *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, 10-11 Mayıs 2002*, Hereke-Kocaeli, s. 412.
- Mazgit, İ., (2009). Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi <http://www.bilgiyonetimi.org>
- Mutlu, A ve Işık, A., (2002). “Sağlık Ekonomisi ve Politikaları”, *Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi*, Yayın No:14, İstanbul
- OECD (1987). *Financing And Delivering Health Care: A Comperative Analysis of OECD Countries*, Paris.
- OECD Health Data CD-rom (2006).
- OECD, (2005). Health at a Glance: OECD Indicators-2005 Edition.

- Özsarı, H., (2000) ‘*Sağlık ve Sigorta Dünyası Dergisi*, Sayı 472, İstanbul.
http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/65_1_saglik_sigorta.pdf
- Psacharopoulos, G., (1999). Returns to investmen in education: A global update, Latin America and the Caribbean Region, *World Bank (Washington, DC 1818 H St., NW, Washington 20433)*
- Remington, G., Kapur, S., (2001). Dopamine D₂ receptors and their role in atypical antipsychotic action: still necessary and may even be sufficient. *Official Journal of Society of Biological Psychiatry*, Volume 50, Issue 11, Pages 873-883 (1 December 2001)
- Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G., Atabek, T., (1996). Hikmet Seçim “Hemşirelik Esasları: Ünite 1 - Hemşirelik Tanımları, Temel Kavram ve Kuramlar”, *T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları* No: 496.
- Sağlık Bakanlığı (2005). <http://www.saglik.gov.tr>
- Sağlık Bakanlığı (2005). *Sağlık istatistikleri*.
http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2005/s_077.htm
- Sağlık Bakanlığı (2008). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*.
http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/DosyaGoster.aspx?BELGEANAH=44255&DIL=1&DOSYASIM=saglik_istatistikleri2008.pdf
- Sağlık Bakanlığı (2010). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*,
http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/DosyaGoster.aspx?BELGEANAH=44255&DIL=1&DOSYASIM=saglik_istatistikleri2010.pdf
- SGK (2005). *Aylık İstatistik Bülteni*,
http://www.sgk.gov.tr/finansman/kasim_2007_bulten.html
- SGK (2008). *Yıllık istatistik*
<http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/340af50040d51bd08426af279764baf0/SG2008yillik.rar?MOD=AJPERES>
- SGK (2009). İlaç Harcamaları,
<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal>
- SGK (2010). Aylık İstatistik Bülteni, Aralık, SGK yayın no:2.
- Saltık, A., (1995), ‘Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar’, *Toplum ve Hekim*, Temmuz- Ağustos, Cilt 10, Sayı 68.

- Smith, S., M. Freeland, S. Heffler, D. McKusick, and the Health Expenditures Projection Team 1998 “The Next Ten Years of Health Spending: What Does the Future Hold?” *Health Affairs*, 17(5):128–140.
- Sophia W, (2002), ‘Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transtional Countires’ *Centre For Health Economics*, University of York.
- Sözen, C., Kısa, A., Kavuncubaşı, Ş., (2003). “Can Rural Telemedicine Help to Solve the Health Care Access Problems in Turkey”; *Clinical Research And Regulatory Affairs*, Vol. 20, No. 1, pp. 117–126.
- Spilker, B., (1994). *Multinational pharmaceutical companies: Principles and practices*, Raven Press (New York), 803p.
- Taban, S., (2004); ‘Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi’, 3. *Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Osmangazi Üniversitesi İİBF, Eskişehir.
- Taban, S., ve Kar, M., (2004). *Kalkınma Ekonomisi*, Ekin Kitabevi, Bursa
- Tatar, M., Şahin, İ., Büyükkayıkçı, H., (2003). “Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri” , *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6(1), 3-21.
- The France Ministry of Health (2000). Monthly report.
- Tokalaş, S., (2006). ‘Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması’, *Yüksek lisans Tezi* İstanbul. s.14.
- Tokat, M., (1994). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı. *T.C.S.B. Sağlık Pro. Gen. Koord. Yay.*, Ankara
- Tokat, M., (2004); “*Türk Sağlık Sisteminin Ekonomik Boyutu (Sağlıkta Örgütlenme-Sağlık Harcamaları ve Finansmanı)*”, *ASOMEDYA*.
- Tokgöz, E., (1981), Sosyal Gelişmede Sağlık, Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve istihdam Komisyonu Tebliğleri, *DPT Yayınları*, Yayın No: 1783, Ankara.
- TÜBİTAK (2003). *Teknoloji Öngörü Projesi- Sağlık Ve İlaç Paneli Sonuç Raporu.*”TÜBİTAK, Vizyon 2023, TÜBİTAK, Ankara.
- TÜİK (2005). *Sağlık İstatistikleri*
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8393>
- TSRSB (2010). Türkiye Sigorta ve Reasurans Şirketleri Birliği, 2010 Yılı istatistikleri, <http://www.tsrsb.org.tr/sayfa/2010-yili-istatistikleri>

- World Federation of Public Health Assosiations, (2009), The Istanbul decleration
- WHO, (2000). ‘ Healt Systems Imporving Performance’, What is a Health Systems?
Cheapter One, *The World Health Report*, Regional Office For Europe,
Genove, Switzerland.
- WHO, (2008). Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Bildirisi Alma Ata.
<http://195.142.135.65/who/almaata.htm>.
- Williams, A., (1987). *Health and Economics*, ‘Introduction’, London UK, Mac
Millian.
- Yıldırım, S., (1994). ‘Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi’. *DPT
Uzmanlık Tezleri*, Yayın No: DPT; 2350, Ankara.
- Yurdadoğ, V., (2006). “Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu Ve
Türkiye’de Sağlık Reformu”, *Doktora Tezi*, Ankara, 2006.
- Zacher, W.M., (1999). “Global Epidemiological Surveillance: International
Cooperation to Monitor Infectious Diseases”, (Ed. Inge Kaul, Isabelle
Grunberg ve Marc A. Stern, *Global Public Goods: International Cooperation
in the 21st Century*, New York: *Oxford University Press*.

www.eiu.com

www.ieis.org.tr

www.imshealth.com

http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_complete.pdf

<http://www.rshm.gov.tr/>

<http://tedavi.saglik.gov.tr/Default.aspx>

<http://www.sendika.org>

ÖZGEÇMİŞ

Yemliha YANAR, 1968 yılında Kahramanmaraş'ın Afşin ilçesinde doğmuştur. Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulundan 1991 yılında, Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesinden de 1998 yılında mezun olmuştur. 2009 yılında Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalında yüksek lisansa başlamıştır. Şu an Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde hastane müdürü olarak çalışmaktadır. Evli ve üç çocuk babası.

VITAE

Yemliha YANAR, was born in the Afşin county of Kahramanmaraş province in 1968. Erciyes University School of Health Services in 1991, Anadolu University in 1998 and graduated from business school in. In 2009 he has began to master programme at Graduate School of Social Science, the Department of Business in Gaziantep University. Now, he is working for director in Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital. He is married and father of three children.