

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
PROGRAMI**

**SAĞLIK EKONOMİSİNDE SAĞLIK
HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE SAĞLIK
FİNANSMAN YÖNTEMLERİ: BİR UYGULAMA**

DOKTORA TEZİ

**Hazırlayan
Elçin GÜVEN**

**Danışman
Prof.Dr.Arman Teksin TEVFIK**

İstanbul 2020

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
PROGRAMI**

**SAĞLIK EKONOMİSİNDE SAĞLIK
HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE SAĞLIK
FİNANSMAN YÖNTEMLERİ: BİR UYGULAMA**

DOKTORA TEZİ

**Hazırlayan
Elçin GÜVEN**

**Danışman
Prof.Dr.Arman Teksin TEVFİK**

İstanbul 2020

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İşletme Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi Elçin GÜVEN tarafından hazırlanan
“Sağlık Ekonomisinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Finansman Yöntemleri:
Bir Uygulama” konulu çalışması jürimizce Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 10.04.2020

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Arman Teksin TEVFİK
: Haliç Üniversitesi (Danışman)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KAHVECİ
: Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç Dr.Selva STAUB
: Bandırma Onyedİ Eylül Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Mustafa Agah TEKİNDAL
: Selçuk Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Melih ATALAY
: Haliç Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. M.Burcu IRMAK YAZICIOĞLU
Vekil Müdür

Turnitin Orjinallik Raporu		Doküman Görüntüleyici										
İşleme kondu: 05-Mar-2020 09:20 +03 NUMARA: 1269679044 Kelime Sayısı: 28834 Gönderildi: 1		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Kaynağa göre Benzerlik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Benzerlik Endeksi</td> <td>%11</td> </tr> <tr> <td>Internet Sources:</td> <td>%6</td> </tr> <tr> <td>Yayınlar:</td> <td>%3</td> </tr> <tr> <td>Öğrenci Ödevleri:</td> <td>%9</td> </tr> </tbody> </table>	Kaynağa göre Benzerlik		Benzerlik Endeksi	%11	Internet Sources:	%6	Yayınlar:	%3	Öğrenci Ödevleri:	%9
Kaynağa göre Benzerlik												
Benzerlik Endeksi	%11											
Internet Sources:	%6											
Yayınlar:	%3											
Öğrenci Ödevleri:	%9											
Sağlık Ekonomisinde Sağlık Hizmetlerinin Fina... Elçin Güven tarafından												
alıntılarını çıkar bibliyografyayı dahil et küçük eşleşmeleri çıkar Change mode yazdır yenile indir		mod: raporu hızlı görüntüle (klasik)										
2% match (01-May-2017 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to Cumhuriyet University on 2017-05-01		<input checked="" type="checkbox"/>										
1% match (22-Şub-2020 tarihli internet) https://www.yumpu.com/tr/document/view/35925201/panel-veri-analizi-kosbed-kocaeli-universitesi		<input checked="" type="checkbox"/>										
1% match (23-Şub-2018 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to Gaziantep Aniversitesi on 2018-02-23		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (18-Nis-2019 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to Trakya University on 2019-04-18		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (19-Kas-2017 tarihli internet) http://www.ssbfnct.com		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (24-Şub-2017 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to Marmara University on 2017-02-24		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (24-Oca-2020 tarihli internet) http://shyk2018.mu.edu.tr		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (07-Kas-2018 tarihli internet) http://dergipark.gov.tr		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (16-Nis-2019 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to Trakya University on 2019-04-16		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (12-Ağu-2019 tarihli internet) https://www.scribd.com/document/340492099/Kepemilikan-Keluarga-Terhadap-Agresivitas-Pajak		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (03-Nis-2015 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to Beykent Üniversitesi on 2015-04-03		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (07-Kas-2019 tarihli internet) http://ijopecc.co.uk		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (19-Ağu-2015 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to TechKnowledge Turkey on 2015-08-19		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (17-Mar-2019 tarihli internet) http://ekonomianaliz.com		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (yayınlar) BAYRAKTUTAN, Yusuf and DEMİRTAS, İşıl. "Gelişmekte olan ülkelerde cari açığın belirleyicileri: panel veri analizi", TUBİTAK, 2011.		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (05-Şub-2019 tarihli internet) http://acikerisim.pau.edu.tr		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (10-Ara-2018 tarihli internet) http://www.leis.org.tr		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (20-Mar-2009 tarihli internet) http://kosbed.kou.edu.tr		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (14-Mar-2019 tarihli internet) http://sosyalguvenlikdanisma.com		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (25-Haz-2015 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to Kocaeli Üniversitesi on 2015-06-25		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (17-Kas-2016 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi on 2016-11-17		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (27-May-2016 tarihli internet) http://docplayer.biz.tr		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (11-Mar-2019 tarihli internet) http://dergipark.gov.tr		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (30-May-2019 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to Trakya University on 2019-05-30		<input checked="" type="checkbox"/>										
<1% match (11-May-2017 tarihli öğrenci ödevleri) Submitted to Erciyes Üniversitesi on 2017-05-11		<input checked="" type="checkbox"/>										

10.04/2020

TEZ ETİK BEYANI

Doktora Tezi olarak sunduğum ‘Sağlık Ekonomisinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Finansman Yöntemleri: Bir Uygulama’ başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Prof.Dr.Arman Teksin TEVFİK’in sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Elcin GÜVEN



ÖNSÖZ

Tezimde desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan, Prof.Dr.Arman TEVFIK'E, Prof.Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU'NA, Doç.Dr.Selva STAUB'A, Doç.Dr.Mustafa Agah TEKİNDAL'A, Dr.Öğr.Üyesi Mehmet KAHVECİ'YE,

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Emin KARAMAN'A, değerli Hocam, abim, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi öğretim üyesi Prof.Dr.Yüksel BAYRAKTAR'A,

Her zaman yanımda olduğunu hissettiren, ablam Dr.Çiğdem CERİT'E,

Hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen, canım annem Nurdan BAYKAL'A ve canım kardeşim Dr.Ercan GÜVEN'E sonsuz teşekkür ederim.

Elçin GÜVEN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No,

TEZ ETİK BEYANI.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
KISALTMALAR.....	vii
SEMBOLLER.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÇİZELGELER	x
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ.....	1
2.TIP TARİHİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI.....	3
2.1.Tıbbın Doğuşu.....	3
2.1.1.İlkel Topumlarda Tıp.....	4
2.1.1.1.Mısır Medeniyetinde Tıp-Tıbbi Papirüsler	4
2.1.1.2.Hint Tıbbı.....	5
2.1.1.3.Çin Tıbbı	5
2.2.Ortaçağ Tıbbı.....	6
2.3.Türklerde Tıp Tarihinin Gelişmesi.....	7
2.3.1.Ortaçağ İslam Tıbbının Kaynakları.....	8
2.3.2.Türkçe Cerrahnameler	9
2.4.Sağlıkta Bilimin Gelişimi ve Modern Tıp Eğitimi.....	13
2.5.Sağlık ve Hastalık Kavramları.....	14
2.5.1.İnsan ve Hastalık	14
2.5.2.Sağlık ve Hastalığın Toplumsal Kökenleri	15
2.5.3.Sağlık-Hastalık Kültür Etkileşimi	16
2.5.3.1.Sağlık	16
2.5.3.2.Hastalık	17
2.5.4.Dünya Ölçeğinde Sağlık.....	18
2.5.5.Sağlık Hakkının Dünyadaki Evrimi	18
2.6.Sağlığın Önemi.....	19

2.6.1.Sağlık Alanında Ulaşılmak İstenilen Temel Amaçlar	19
2.7.Türk Sağlık Sisteminde Reform Arayışları	19
3.BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI.....	22
3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	22
3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	23
3.3.Rehabilitasyon Hizmetleri	23
3.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	24
3.5.Cumhuriyet Öncesi ve Sonrası Sağlık Hizmetleri	24
3.5.1.Cumhuriyet Öncesi Sağlık Hizmetleri.....	24
3.5.2.Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri.....	25
3.6.Sağlık Hizmeti Düzeyleri	26
3.6.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	26
3.6.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	27
3.6.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	27
3.7.Sağlık Hizmeti Üreten Kurumlar	28
3.7.1.Sağlık Bakanlığı.....	28
3.7.2.Üniversite Hastaneleri.....	31
3.7.3.Özel Sağlık Kurumları.....	31
3.8.Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihsel Gelişimi	32
3.8.1.Osmanlı İmparatorluğu Dönemi Sosyal Güvenlik Sistemi	32
3.8.2.Cumhuriyet Dönemi Sosyal Güvenlik Sistemi	32
3.9.Sağlık Harcamaları	34
3.9.1.Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	34
3.9.1.1.Kişi Başına Düşen Gelirin Artması.....	34
3.9.1.2.Eğitim Seviyesinin ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi.....	35
3.9.1.3.Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	35
3.9.1.4.Toplumsal Düzende Meydana Gelen Değişimler	35
3.9.1.5.Teknolojik Gelişmeler	36
3.10.Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı Açısından Hakkaniyet	36
3.11. 2013-2017 Yılları Arası Türkiye’deki Sağlık Harcamaları Göstergeleri	37

3.12.Türkiye'deki Sağlık Personeli ile İlgili Göstergeler	42
3.13. Türkiye, Amerika, İngiltere, Fransa, Almanya, İtalya'nın 2007-2015 Yılları Arasındaki Sağlık Göstergeleri	46
4.BÖLÜM:SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİ.....	52
4.1.Sağlık Ekonomisi Kavramları.....	54
4.2. Sağlık Ekonomisinin Özellikleri.....	55
4.3.Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep	55
4.3.1.Sağlık Hizmeti Arzı	56
4.3.2.Sağlık Hizmetine Talep	58
4.3.3.Sağlık Hizmetlerinde Pazar.....	60
4.3.4. Sağlık Hizmetlerinde İlaç Harcamaları	60
4.3.5.Dünyada ve Türkiye'de İlaç Pazarı Oranları.....	62
4.4.Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemlerinin Tarihi Gelişimi	66
4.4.2.Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları	71
4.4.2.1.Kamu ve Yarı-Kamu Finansman Kaynakları.....	71
4.4.2.2.Özel Finansman Kaynakları	72
4.4.3.Sağlık Finansman Yöntemleri ve Finansman Sistemlerinin Sınıflandırılması	72
4.4.3.1.Beveridge Finansman Modeli: İngiltere Örneği.....	74
4.4.3.2.Bismarck Finansman Modeli: Almanya Örneği	75
4.4.3.3.Özel Sigorta Finansman Modeli ve Amerika Birleşik Devletleri Örneği.....	76
4.4.3.4.Karma Finansman Modeli: İtalya Örneği	76
4.4.3.5. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası.....	77
4.4. 2015-2019 Yılları Arasında Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması.....	83
5.BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	88
5.1.Yöntem ve Veri Seti	88

5.2.Panel Birim Kök Testi.....	88
5.3.Tek Yönlü Sabit Etkiler Modeli	89
5.4.Tek Yönlü Rassal Etkiler Modeli	90
5.5.Hausman Testi	92
6. BULGULAR.....	99
7.SONUÇ.....	102
8.KAYNAKLAR.....	104
9.ÖZGEÇMİŞ.....	119

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin
Dr	: Doktor
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
ESKHS	: Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim merkez
KDV	: Katma Değer Vergisi
M.Ö	: Milattan Önce
M.S	: Milattan Sonra
IMF	: International Monetary Fund
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
RIA	: Rahim İçi Araç
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome
SGK	: Sosyal Güvenlik Sistemi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
QALY	: Quality Adjusted Life Years
TL	: Türk Lirası
Y.y	: Yüzyıl

SEMBOLLER

β	: Eğim Katsayıların
e_{it}	: Hata Terimini
α_i	: Sabit Terim Birim Etkisi
i	: Kesitleri
t	: Zaman
Y_{it}	: Bağımlı değişkeni,
N	: Yatay Kesit
X_{it}	: Açııklayıcı Değişkenler Vektörünü

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 4.1. Dünya İlaç Pazarı (2018).....	62
Şekil 4.2. Türkiye İlaç Pazarı.....	63
Şekil 4.3. İthal-İmal İlaçlar.....	64

ÇİZELGELER

Sayfa No.

Çizelge 2.1. Tıp Tarihi Zaman Çizelgesi.....	11
Çizelge 3.1. 2013 Yılı Sağlık Harcamaları.....	37
Çizelge 3.2. 2014 Yılı Sağlık Harcamaları.....	38
Çizelge 3.3. 2015 Yılı Sağlık Harcamaları.....	39
Çizelge 3.4. 2016 Yılı Sağlık Harcamaları.....	40
Çizelge 3.5. 2017 Yılı Sağlık Harcamalar.....	41
Çizelge 3.6. Sağlık Personeli Sayısı, 2000-2017.....	42
Çizelge 3.7. Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı 2000-2017.....	43
Çizelge 3.8. Toplam Sağlık Kurumu Sayısı, Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı, Yataksız Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı.....	44
Çizelge 3.9. Hekim Başına Hasta Müracaat Sayısı, Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı, Hekim Sayısı, Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, 2009-2017.....	45
Çizelge 3.10. Amerika Birleşik Devleti Sağlık Göstergeleri.....	46
Çizelge 3.11. İngiltere Sağlık Göstergeleri.....	47
Çizelge 3.12. Fransa Sağlık Göstergeleri.....	48
Çizelge 3.13. Almanya Sağlık Göstergeleri.....	49
Çizelge 3.14. İtalya Sağlık Göstergeleri.....	50
Çizelge 3.15. Türkiye Sağlık Göstergeleri.....	51
Çizelge 4.1. İlaç Sanayi Üretim Analizi.....	65
Çizelge 4.2. İlaç Dış Ticaret Analizi.....	66
Çizelge 4.3. Sağlık Finansman Modelleri.....	77
Çizelge 4.4. 2015 Yılı Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması.....	83
Çizelge 4.5. 2016 Yılı Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması.....	84
Çizelge 4.6. 2017 Yılı Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması.....	85

Çizelge 4.7. 2018 Yılı Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması.....	86
Çizelge 4.8. 2019 Yılı Genel Bütçe Yönetim Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması.....	87
Çizelge 5.1. Tük ve Oecd'den Toplanmış İşlenmemiş Ham Veriler.....	93
Çizelge 5.2. Değişkenlerin Newey-West ve Bartlett Kernel Panel Verisine ADF ve PP Birim Kök Testi Sonuçları.....	99
Çizelge 5.3. GDP ile Bağımsız Değişkenler Arasında Panel Veri Analizi-Hausman Testi	100
Çizelge 5.4. GDP Diğer Bağımsız Değişkenler Arasında Rassal Etkili Panel Veri Analizi.....	100

ÖZET

SAĞLIK EKONOMİSİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİ: BİR UYGULAMA

Son yıllarda ekonominin her alanında olduğu gibi sağlık sektöründe de kaynakların verimli kullanılması önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin ekonomik yönden analizi, sağlık ekonomisinin konusunu oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisi, hem sağlık hizmetlerini hem de sağlık hizmetleri finansman faaliyetlerini tek noktada buluşturmaktadır. Sağlık ekonomisinin gelişmesinin en önemli nedenleri; kaynak ihtiyacının artması ve bunun sonucunda ortaya çıkacak sağlık finansman yöntemleri ve sağlık harcamalarıdır. Sağlık hizmeti sunan organizasyonlar tıbbi kuruluşlar oldukları kadar ekonomik ve sosyal amaçları da olan yapılardır. Sağlık sistemi ve ekonomik sistem birbirinden bağımsız değildir. Ekonomik ve sosyal şartlar, sağlık üzerinde önemli sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesinin artması için daha fazla harcama yapmak gerekmektedir. Özellikle sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarının düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için finansmanın hangi kaynaklardan ve nasıl karşılanacağı, finansman yöntemleri önemli bir konudur.

Bu çalışmada tıp tarihi, sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti düzeyleri, sağlık harcamaları, sağlık ekonomisi ve sağlık hizmetlerinin finansmanı açıklanmaktadır. Çalışmanın uygulama kısmında panel veri analizi yöntemiyle, Amerika, İngiltere, Almanya, Japonya, Türkiye'nin sağlık harcamalarının, ilaç harcamalarının, brüt ulusal harcamaların, hekim sayısının, ekonomik büyüme oranlarına etkisi ölçülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

ABSTRACT

AN APPLICATION ON FINANCING MEDICAL SERVICES AND METHODS OF MEDICAL FINANCING IN HEALTH ECONOMY

It is of utmost importance to make use of resources in health care as it is in any financial realm. Financial analysis of medical services is the subject of medical economy. Medical economy brings health care services and financial activities in healthcare together. As the demand for resources climb up, medical financial methods and medical expenses have become the main reasons for the development of medical economy. Medical organizations are not just medical institutions but also structures with financial and social goals. Medical system and financial system are dependent on one another. Financial and social terms have serious significance on medicine. It is required to spend more in order to enhance the quality and quantity of medical services. It is important to determine how and from what resources the financing will be attained if the medical institutions should be able to make up for their expenses regularly.

This study focuses on medical history, medicine, medical service, medical service levels, medical expenses, medical economy and medical financing. The application procedure in the study was based on panel data analysis and the impact of such factors as medical expenses, pharmaceutical expenses, gross national expenses, the number of physicians on financial growth rates in the US, the UK, Germany, Japan and Turkey.

Keywords: Medicine, Medical Economy, Financing Medical Services

1.GİRİŞ

İnsanoğlunun var olmasıyla beraber tıp tarihi, hastalıklar ve geleneksel tedavi yöntemleri ortaya çıkmıştır. Geleneksel tedavi yöntemleri toplumların kültürel yapıları, dini inanışları, tecrübeleriyle şekillenerek günümüz modern tıbbının temelini oluşturmuştur. Tıp tarihi, tıbbi kayıtların tutulması ile başlamıştır. Tıbbi kayıtlar, ilaçlar ve tedaviler kadar değerlidir. Yüzyıllardır birçok medeniyette sağlık hizmetlerinin finansmanı için yardımı teşvikleri, esnaf birliklerinin yardımlaşma teşkilatları, esnaf loncaları, hastalara yardım dernekleri, defin dernekleri, hastalık sandığı ve ölüm sandığı birliklerinin bulunduğu bilinmektedir. Tıp, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve ekonomi birbiriyle bağlantılıdır. Ekonominin sağlık üzerinde önemli sonuçları bulunmaktadır. Ekonomik yapının belirlenmesinde sağlıkla ilgili yapılan çalışmalar önemlidir. Uluslararası alanda sağlık sektörü hızla büyümektedir. Sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğinin artırılması, ülkelerin öncelik vermesi gereken konulardandır. Son yıllarda sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlık sektörüne etkisi büyüktür. Sağlık alanında birçok yeniliğin gündeme gelmesiyle Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu tarafından destekler sağlanmıştır. Sağlık sektöründe kaynakların etkin kullanımı ve seçilen finansman yöntemleriyle hedeflerin gerçekleştirilmesi sağlanmıştır.

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin kaynaklarının doğru kullanılması, sağlık finansmanını ve finansman yöntemlerini, sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Ülkelerin sağlık hizmetleri finansmanı ve finansman yöntemlerinin özellikleri sağlıkla ilgili çıktıları, sağlık harcamalarını etkileyen faktörler olarak önemli rol oynamaktadırlar. Ülkeler günümüzde çeşitli sağlık finansman yöntemleri ile çalışmaktadırlar. Finansman yöntemlerinde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve harcamaları, sağlık hizmeti sunanlara ödeme yöntemleri, özel veya kamuya ait çalışmalar içinde değerlendirilmektedir. Bu yüzden, ülkelere ait kamu veya özel sektör sağlık harcamalarındaki oranlarda, cepten yapılan ödemelerdeki oranlarda, sağlık personeli ve sağlık kuruluşu oranlarında, yapılacak yatırım oranlarında farklılıklar meydana gelmektedir. Sağlık finansmanının amacı, kişilerin hizmetlere kolay ulaşmasını sağlayarak sürdürülebilir kaynak oluşturmaktır. Ayrıca

finansmanda adaleti gözetmek ve kişilerin sorunsuz sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlamak temel amaçlardır.

Bu çalışmada amaç, sağlık-tıp ilişkisini, sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve finansman yöntemlerini incelemek ve finansmanın sonucu olan harcamaların ekonomik büyümeye etkisini ölçmektir. Tezin ilk bölümünde tıp tarihi ve sağlık sektörünün yapısı ele alınacaktır. Tıbbın doğuşu, ortaçağ tıbbı, Türkiye’de tıp tarihi, modern tıp eğitimi, hastalık ve insan, sağlık hakkı ve sağlığın önemi gibi kavramlar ele alınacaktır. İkinci bölümde Cumhuriyet öncesi ve sonrası sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti düzeyleri, sağlık hizmetlerinde devletin önemi, sağlık hizmeti üreten kurumlar ve sağlık harcamaları kapsamlı olarak incelenecektir. Üçüncü bölümde sağlık ekonomisi ve özellikleri, sağlık hizmetleri finansman yöntemleri, sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları açıklanacaktır. İlk üç bölümde ayrıntılı literatür araştırmasına yer verilecek ve güncel sağlık göstergeleriyle desteklenecektir. Tezin son bölümünde panel veri analizi yapılacaktır. Kullanılacak veriler; Türkiye, İngiltere, Amerika, Almanya, Kanada, Japonya’nın ekonomik büyüme, sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, brüt ulusal harcamalar, 1000 kişiye düşen doktor sayısı ile ilgili temel göstergeler seçilmiştir. Seçilen beş ülke ile ilgili göstergelerle sağlık harcamalarının, ilaç harcamalarının, brüt ulusal harcamaların ve 1000 kişiye düşen doktor sayısının ekonomik büyümeye etkisi analiz edilecektir.

2.TIP TARİHİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI

İnsanlığın başlangıcı ile tıp tarihi, eş zamanlı başlamıştır. Birçok antik uygarlıkta hastalıkların sebebinin doğüstü güçlerden kaynaklandığına inanılmıştır. Antik medeniyetler, fırtına, deprem, yıldırım, su baskını gibi doğüstü olayların fiziksel ve ruhsal hastalıklara sebep olduğunu kabul etmişlerdir. Doğüstü güçlerin kızgınlık belirtileri olarak gördükleri hastalıkları engellemek için kötü ruh, cin, şeytan şeklinde tanımladıkları güçlerin kızgınlıklarını azaltmaya yönelik önlemler almışlardır. Hastalıkların tedavisi toplumdan topluma farklılık göstermiştir ve bitkiler ilaç olarak kullanılmıştır. Antik dönemde tedavi yöntemleri dinsel temalara dayandırılmıştır. Çoğunlukla din adamları ve büyücüler 'hekimlik' yapmışlardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 127:2012).

2.1.Tıbbın Doğuşu

Mısır ve Mezopotamya'da M.Ö(Milattan Önce) 1000, Hindistan'da M.Ö 750, Yunanistan'da M.Ö 6.yy(yüzyıl), Çin'de M.Ö 100'de hastalıklarla ilgili resimler ve yazılı kanıtlar bulunmaktadır. İskeletler ve diğer arkeolojik kalıntılardan insanların hastalıklarıyla ilgili bilgiler edinilmiştir. 50 ile 100 kişilik gruplar halinde yaşayan tarım öncesi toplumlarda hayvanlardan geçen hastalıklar, tüm hastalıkların kaynağını oluşturmuştur. Dağınık gruplar halinde yaşayan, düşük popülasyonları olan avcı-toplayıcı toplumlarda bakteriyel enfeksiyonların etkisi azalmıştır. Böylece çiçek hastalığı ve kızamık gibi bulaşıcı hastalıklar oluşmamıştır. Avcı-toplayıcı toplumlarda hastalıklar, hayvanlarla temastan ve et yiyerek oluşmuştur. Zoonotik hastalıklar olarak bilinen bu hastalıklara, tavşan nezlesi ve tetanoz gibi hastalıklar örnek verilebilir. Diğer hastalıklara bit ve bağırsaklardaki solucanlar, tifüs, sarı humma gibi hastalıklar eklenebilir. Buzulların 10.000 yıl önce erimesiyle denizler yükselmiş, avcı-toplayıcı grupların göçebe hayatı sona ermiş ve yerleşik yaşama geçmişlerdir. Yerleşik yaşamda tarımın başlamasıyla birlikte çiftçilerin kan dolaşımına giren parazitler, sıtma hastalığı, böcek ve solucanlarla bulaşan hastalıklar,

sağlığı olumsuz etkilemiştir (Porter, 1996:16-18-21). Binlerce yıllık arkeolojik kazılar, kırıkların ve yaraların başarılı şekilde tedavi edildiğini göstermektedir. Çeşitli bitkiler, hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır (Porter, 1996:52). İnsan hem biyolojik, hem psikolojik hem de sosyal yanlarıyla birlikte, bütün olarak ele alınır. Her üç özellik hem kendi içinde, hem de birbiriyle değişim ve etkileşim halindedir. Hekimler insanı gerek sağlık gerekse hastalık durumunda ele aldığı için hekimin 'hasta/insan' karşısındaki tutumu hastaları tanımaya yöneliktir (Koptagel, 1991:390).

Din adamları gibi tedavi metotlarına yatkın kişiler yüzyıllarca hastalıkları tedavi etmiştir. Çoğu zaman veraset yoluyla hekimlik devam ettirilmiştir. Açıklanamayan tıbbi problemler, güneş tutulması, ay tutulması, yıldızların durumu gibi tabiat olaylarına bağlanmıştır. Bu inanışlar sonucunda hastalığa neden olduğu düşünülen kötü ruhların çeşitli yöntemlerle uzaklaştırılması gibi tedavi yollarını ortaya çıkarmıştır. Yazının icat edilmesiyle tüm tıbbi bilgiler kayıt altına alınmış ve sosyal yaşamın merkezi olan tapınaklarda korunmuştur. Rahipler dışında çok az kişinin yazıyı bilmesi ve tabletlerin tapınakların dışına çıkarılmasının yasak olması sonucunda tıp sadece din adamlarının mesleği olmuştur (Bayat, 2010:31).

2.1.1.İlkel Toplumlarda Tıp

Enfeksiyon bulguları 250 milyon yıllıktır. Mumyalanmış cesetler incelendiğinde elli milyon yıldır travma, omurga tüberkülozu, böbrek-safra taşı, kemik tümörü, raşitizm gibi birçok hastalık bilinmektedir. İskeletlerde diş çürükleri, kırıklar, apseler görülmüştür. Tarih öncesi dönemlerde, çobanlık yapan kişilerde, hayvanlarda olan parazitlerin büyük çoğunluğu insanlara geçmiştir. Bulaşıcı hastalıkların yayılması nüfusun artmasıyla hızlanmış, bunun sonucunda çocuk ölümleri çoğalmıştır (Andrews, 2011:505-506).

2.1.1.1.Mısır Medeniyetinde Tıp-Tıbbi Papirüsler

Tıp, hastalıkları tedavi etmek için kullanılan, teorik ve pratik bilgiye sahip olan kişilerce uygulanan bilimdir. Mısır ve Babil, kökenini Yunanistan'ın oluşturduğu tıbbi metinlere ve geleneklere sahiptir. Babil tıbbi ile ilgili kil tabletlerde epilepsi, bronşit gibi hastalıkların semptomları bulunmuştur. Semptomların tanımında, hastalıkların teşhisi, uyuşturucular, sarıgılar, bandajlama, burun kanaması gibi tıp metinleri de vardır (Aslan, Erdem, 2017:9-10). Mısır tıbbına damga vurmuş papirüsler bulunmaktadır. M.Ö 2000'de yazılan Ramesseum Papirisü, Ramesseum

Tapınağı'nın yakınında bulunmuştur. Papirüsün içeriğinde, yeni doğan bebeklerin hastalık belirtileri ve eklem hastalıkları bulunmaktadır (Bayat, 2010:58). Edwin Smith Cerrahi Papirüsü; M.Ö 17.yy'da yazılmıştır. İçerdiği konular, kafa, boğaz, kırıklar ve yaralar, göğüs hastalıkları, omuzlarla ilgilidir. Baş, boyun, göğüs, ve omurga travmalar gibi travmatik yaralanmaların tedavileri sistemli şekilde sınıflandırılmıştır. Beynin zarla kaplı iki yarım küreden oluştuğu, üzerinin girintili olduğu ve parçalanmış, hasar görmüş derinin dikilmesiyle ilgili bilgiler içermektedir (Saraç, 2018:110). Ebers Papirüsü; M.Ö 1500'lerde yazılan bu papirüste, 875 reçete, 250 civarında hastalık içermektedir. Teşhise bazı durumlarda değinilmiş, reçetelerde hastalıkların sadece adına değinilmiştir. Papirüste tümörler, mide, kulak hastalıklarıyla ilgili bilgiler bulunmaktadır (Bayat, 2010:63). Mısır tıbbında, hastalıkların olumlu ilerleme kaydetmeleriyle ilgili bilgiler bulunmaktadır (Pioreschi, 2003:150). M.Ö 1500'de yazılan Hearts Papirüsü kırıklarla ilgili tedavi yöntemlerini içermektedir. Günümüzde alçı tedavisine benzeyen, bal ve un karışımına bulanmış sargı bezleriyle kırıkların tedavi edilmesiyle ilgili bilgi içermektedir. Yunan ve İslam tıbbında da bu yöntem uygulanmıştır (Bayat, 2010:63).

2.1.1.2.Hint Tıbbı

Hint tıbbının temellerini Charaka ve Susruta adlı iki hekim oluşturmaktadır. Charaka ve Susruta'nın yazdıkları kitaplar yüzyıllarca kullanılmıştır. 'Charaka Samhita' sekiz kitapta toplanmıştır ve öğretmen, öğrenci arasındaki diyaloglardan oluşturulmuştur. 'Susruta Samhita' adlı eser insan anatomisi hakkında bilgiler içermektedir. Plastik cerrahi, Hint tıbbında önemli ve gelişmiş bir dal olduğu bilinmektedir. Plastik cerrahide, burun düzeltme ameliyatlarının yaygın şekilde yapıldığı bilinmektedir. Burun düzeltme ameliyatlarının yaygın olmasının nedeni; zina suçu işleyenlere burun kesme cezası uygulanmış olmasıdır (Aydın, 2006:47).

2.1.1.3.Çin Tıbbı

Anatomi, eski Çin'de varsayımlar üzerine şekillendirilmiştir. Bazı yerlerde 'anatomi' grafik modeller aracılığıyla gösterilmiştir. 18.yy'a kadar anatomi ile ilgili hiçbir çalışma yapılmamıştır. Bu durum 19.yy sonlarına kadar devam etmiştir. Hipokrat gibi birçok hekim fizyolojik işlevlerle ilgili Humor Teorisi üzerinde odaklanmıştır. Humor Teorisi, çin tıbbında 5 maddeden meydana gelmektedir. Bu teoriyi tamamlayan unsurlar; toprak, su, ateş, odun ve metalden oluşmaktadır. Çin

kültürü için beş rakamının mistik değeri olmuştur ve sınıflandırmalarda kullanılmıştır. Örneğin; beş element, beş nitelik, beş tat, beş tedavi, beş ilaç biçimi, beş mevsim, beş duygu, beş renk, beş katı organ gibi. Vücudu muayene etmek, soru sormak, Çin teşhis yöntemlerinden bazılarıdır. Çinli'lerin 200 çeşit nabız tespit ettikleri bilinmektedir. İlaçlarla birlikte, diyet, egzersizler tedavi yöntemi olarak uygulanmıştır (Aydın, 2006:48). Çin tıbbında önemli yeri olan akupunktur, kronik ağrı tedavisinde de 1960-1970'li yıllarda kullanılmıştır. Amerika Sağlık Enstitüsü, 1977 yılında akupunkturla ilgili kanıtlanmış bilimsel verilerin olduğunu açıklamıştır. 20 milyon Amerika'lı, 2000-2010 yılları arasında, akupunktur tedavisini kullanmıştır (Ekmekçi, 2018:138).

2.2.Ortaçağ Tıbbı

Yakındoğu, Uzakdoğu ve Avrupa, ortaçağ boyunca İslamiyet ve Hıristiyanlığın inanç esaslarının temsil ettiği medeniyetlere ev sahipliği yapmıştır. Ortaçağın karanlık, dönemlerinde düşünce yerine inanç, kilise ülke yerine, din bilimin yerine, skolastik felsefe bilgi yerine kullanılmıştır. Endülüs ve Sicilya yoluyla Müslümanların eserlerinin 11 ve 12.yy' da Latinceye tercüme edilmesiyle Ortaçağın karanlık Avrupası aydınlanmaya başlamıştır. Latinceye tercüme edilen eserler sayesinde 14 ve 15.yy'da Avrupa tarihinin dönüm noktalarından biri olan Rönesans'ın doğuşuna zemin oluşturulmuştur. Sonuç olarak Avrupa ortaçağ tıbbı iki dönemde incelenebilir: Bilimsel gelişmelerin yasaklandığı karanlık dönem ve bilimsel eserlerin tercüme edildiği uyanış dönemi. Karanlık Dönem; Avrupa'da Hıristiyanlığın kabul edilmesi ve kilisenin hakimiyetinin hüküm sürdüğü, ortaçağın başlangıcından itibaren, 1000 yıl devam etmiştir. Bilim, Hıristiyanlığın mücadele ettiği putperestlikle bir tutulmuş, kilisenin temsil ettiği Hıristiyan düşüncesi bilime düşman olmuştur. Yıkım dönemi olarak kabul edilen karanlık dönemde tüm bilimsel eserlere sahip İskenderiye Kütüphanesi'nin yakılmasıyla (390) tüm bilimlere büyük darbe vurulmuştur. Kilise zamanla bilimi tamamen reddetmiştir ve böylece inananlardan tek bir şey istemiştir; İncil ve onun yorumcusu kilise. Kısacası, karanlık dönemde sadece teoloji, astroloji egemen olmuştur. Antik dönem eserlerinin manastırlarda korunup, çoğaltılması, kaybolmaktan korunması bu dönemin tek olumlu yanıdır. Rönesans'ın başlangıcına kadar bu dönem devam etmiştir. (Bayat, 2010:153). Uyanış Dönemi; Ortaçağ tıbbında aydınlanmanın ilk adımı 9.yy'da Napoli'nin Salerno Kasabası'nda kurulan Salerno Okulu'nda atılmıştır. Bu okulu

İmparator Carolus Magnusa birlikte Arap, Yahudi, Yunan ve Latin kökenli dört kişinin kurduğu bilinmektedir. Instituto Universitario di Salerno'da tıp eğitimi veren Civitas Hippocratica adıyla bilinen tıp okulu da bulunmaktadır. Civitas Hippocratica, Hipokrat prensiplerini benimsemiştir ve en parlak dönemini 1096-1270 yılları arasında yaşamıştır. Salerno Tıp Okulu'nu konsültasyonda ve deneysel testlerde başarılı olmuştur. Paris ve Oxford tıp okulları bu dönemde açılmıştır (Bayat, 2010:157).

Yapılan araştırmalar bitkilerin deneme-yanılma yoluyla tıbbi kullanımlarının keşfedildiğini göstermektedir. Bitkisel ilaçların kullanımı geleneksel tıbbın ortaya çıkmasıyla başlamıştır. 5000-10.000 yıl öncesine cerrahi operasyonların yapıldığının kanıtları bulunmaktadır. Bu kanıtların en önemlileri büyük delikleri olan kafataslarıdır. Bu yöntemle trepanasyon adı verilmiştir. Beynin dura maddesinin çıkarılarak kafanın delinmesi ile gerçekleştirilmiştir. Uzak doğu, Afrika, Yunanistan, Kuzey Amerika ve Güney Amerika gibi ülkelerde bu yöntem uygulanmıştır. Trepanasyon, insanların içinden kötü ruhları çıkarmak için yapılan ayinlerin bir parçası olmuştur. Bu presodür, zihinsel bozuklukların tedavisinde, migren, nöbet atakları, beyin kanaması gibi hastalıklarda kullanılmıştır. Bu hastalıklara yapılan müdahalelerin kanıtları kan ve parçalanmış kemik parçalarını kafatasından çıkarmak için ameliyat şekli olarak trepanasyonun kullanıldığını göstermektedir. Trepanasyon, cerrahinin doğuşu olarak bilinmektedir. Tıbbın kurucusu olarak kabul edilen Hipokrat, geleneksel tıptan modern tıba geçişi hızlandırmıştır. Hipokrat, hastalık semptomlarının vücudun hastalığa verdiği reaksiyonun sonucu olduğunu görmüştür. Sağlığı bir bütün olarak değerlendiren Hipokrat, insan vücudunun dört maddeden oluştuğunu savunmuştur. Bunlar; sarı safra, kan, balgam, siyah safradır. Vücudun, temizleme, kan alma, sızma ve çukurlaştırma yöntemleriyle tekrar dengeye geleceği gibi teoriler öne sürmüştür (Thompson, 2018:1-2).

2.3.Türklerde Tıp Tarihinin Gelişmesi

Antik Dönem'de (M.Ö.10.000-5.500) bilim insanları evrimleşen klanların hayatta kalma şekillerini, çevresel, sosyolojik etkileri göz önüne alarak, tedavi yöntemleri geliştirdiklerini savunmaktadırlar. Buna göre; dinsel öğelerin önem kazandığı, rahiplerin/şamanların hüküm sürdüğü toplumlardaki tedavi yöntemleri,

avcı-toplayıcı toplumlarda cerrahi yöntemler, tarım ve hayvancılık yapan toplumlarda bitkisel ilaçlarla tedaviler yapılmıştır (Yalçın ve ark, 2016:35).

Antik Helenistik Dönem'de (M.Ö 600-M.S 100) Eski Yunan'da sosyal düzensizlikler yaşanmıştır. Düzensizlik döneminde, dönemin filozoflarına göre ileri görüşlü olan sofistler iktisadi konulara önem vermişlerdir (Ülgen, 2010:17). Antik Helenistik Dönemde tıp uygulamaları ve yöntemleri Kos ekolü ve Knidos ekolü olarak incelenmiştir. Hipokrat, Kos ekolünün en önemli ismidir. Kos ekolünde hastalığın seyri gözlenir ve tedavi yöntemi gözlemlere göre belirlenir. Anatominin öneminin çok az olduğu kaynaklardan anlaşılmıştır. Knidos ekolünde, hastalık belirtilerini gözlemleyerek hastalık tanısı konulmuştur. En önemli temsilcileri Hipokrat, Heroides ve Europhan'dır. Hipokrat, tıp eğitimini Knidos, Yunanistan ve Mısır' da almıştır. Larissa (Yenişehir)'da ölmüştür (Yalçın, Ünal, vd, 2016:39). Türkiye'de bilimlerin tarihine önem verilmesi, bütün bilimler için farklı çizgide gelişme göstermektedir. Tıp tarihinin önemi ve tıp tarihine duyulan ilgi, tıbbın kendisine duyulan ilgiden oldukça geride belli belirsiz kalmıştır. 1827'de tıp fakültesinin kuruluşu ve özellikle 1838'de Dr.Bernard'ın Türkiye'ye gelişi, Türkiye tıp tarihinde dönüm noktası olmuştur (Hatemi, 1990:11-12).

2.3.1.Ortaçağ İslam Tıbbının Kaynakları

Ortaçağ İslam tıbbı zamanın en ileri kültür ve ilim bölgelerinin topraklarında hüküm sürmüştür. Arapça bu dönemde ilim haline gelmiştir (Bakır, 2016:36). İbn-i Sina Avrupa'da Avicenna adıyla tanınmıştır ve 5.yy'da Türkistan'da yaşamış alim ve filozoftur. İslam tıbbının en tanınmış hekimidir (Üçyiğit, 2019:43). İslamiyet'in kültür merkezleri Ortadoğu bölgesindeki Bergama, İskenderiye ve Antakya gibi şehirlerde kurulmuştur. Arami-Helenizm kültürü Şam ve Yukarı Mezopotamya bölgelerinde hüküm sürmüştür. Helenizm'in en önemli merkezi Harran'dı. Irak'ta Cünd-i Şapur tıp okulu ve hastanesi açılmıştır. Kültür değişiminin sonucu olarak 4 ve 5.yy'da oluşan çeşitli Hıristiyan mezhepleri Şam ve Mısır'da ortaya çıkmıştır. Arapçaya yapılan tercümelerde ilk sırayı tıp kitapları almıştır. Tıp alanında Yunanca, Sanskritçe, Farsça tercümeler yapılmıştır. Tıpta Yunancadan tercüme edilen eserler ilk sırayı almıştır. Bunların başında Hipokrat ve Galinos tıbbı gelmektedir. Özellikle Türk ve Çin tıbbında, El-Biruni'nin Kitab El Saydanası ile Reşidüddin'in Tensuknamesi'nde bahsedilmiştir (Şeşen, 1993:11-12). Tıp ilmini tüm hükümdarlar teşvik etmişlerdir ve çeşitli yerlerde hastaneler açılmıştır. Tıptaki gelişmelere destek

olan ve teşvik eden hükümdarlar bulunmaktadır. Hükümdarlar, çok sayıda hastane yaptırmışlar ve bu hastaneleri tıp merkezine dönüştürmüşlerdir. Hastanelerdeki bölümler, hastalıkların çeşidine göre ayrılmıştır (Şimşek, 2009:388). 13.yy'da bu tıp merkezlerine Anadolu'da birçok yenileri eklenmiştir. Bu tıp merkezlerinin başında Nureddin Dimaşk'ta kurulan El Bimaristan El Kebir gelmektedir. Burada aynı zamanda tıp eğitimi verilmekteydi. İlk klinik tıp bu hastanede doğmuştur. Bu dönemdeki tıbbi uygulamalar deney metoduna dayanmaktaydı. Ortaçağ'da Mühezzebüddin El-Dahvar tarafından Dimaşk'ta ilk tıp eğitimi veren medrese açılmıştır. Bağdadî'nin iskeletler üzerinde araştırma yaptığı bilinmekte; fakat anatomi ile ilgili çalışmalarla ilgili bilgi bulunmamaktadır. İbn El-Nefis El-Kanun ilk kez küçük kan dolaşımından bahsetmiştir (Şeşen, 1993:13). Bu devirde tercüme edilen tıp kitapları şunlardır:

- Tuhfe-i Mübarizi: Hekim Bereket'in Türkçe'ye çevirdiği Tuhfe-i Mübarizi, Anadolu'da tercüme edilen ilk kitaptır. İbn Sina'nın otlarla ilgili verdiği bilgilere Hekim Bereket yeni bilgiler eklemiştir (Erdağı, 2001:49).
- Tercümetü Kamil El-Sinaa: Ortaçağ İslam dünyasının en büyük tabiplerinden biri El-Mecusi'dir. Batı dünyasında Haly Abbas adıyla bilinirdi. Dönemin en önemli tıp kitabı Kamil El- Sina'a veya Kitab El-Meliki iki kısımdan oluşmaktadır. İki kısımda toplam yirmi makaleden oluşmaktadır. Kamil El-Sina, İbn-i Sina El-Kanun'u yazıncaya kadar en çok kullanılan tıp kitabıdır. El-Kanun'un anatomi ile ilgili bölümü Fransızca 'ya tercüme edilmiş ve 1903 yılında Lyon'da yayımlanmıştır (Şeşen, 1993:15).
- Tercüme-i Müfredat-ı İbn el Baytar: Tercüme-i Müfredât-ı İbn-i Baytar adlı eserin aslı Arapça'dır. Türkçe'ye tercüme edilerek Umur Bey'e takdim edilmiştir. Eserde çeşitli hastalıkları tedavi etmek için kullanılan bitki adı vardır. Bunun yanında eserde hayvanlar, taşlar ve çeşitli gıdalar da vardır (Küçüker ve Yıldız, 2018:110).

2.3.2.Türkçe Cerrahnameler

15.yy'da Osmanlı Tıbbî'nda uygulanan yöntemler küçük cerrahiden ibarettir. Küçük cerrahi yöntemlerle göğüs ve karın boşluklarına girilememiştir. Kol ve bacak amputasyonları en son çare olarak başvurulmuş uygulamalardan olmuştur. Kanamalar, yaralanmalar ve daha birçok hastalık yüzyıllardan beridir kullanılan key/dağlama/koterizasyon metodu ile tedavi edilmiştir. Cerrahi girişimler; dış

çekmek, sünnet, kan almak, küçük yaralanmalar, apselere yapılan tedavi ve müdahalelerden oluşmaktadır. Bu tedavi ve müdahalelerde kullanılan cerrahi aletler demirden yapılmıştır (Yıldırım, 2014:18). Dr. Zoeros Paşa 1860-1863 yılları arasında tıp tarihi derslerini vermiştir. Türkiye’de 1930’dan önce İngiliz Doktor Charles Edwards ilk tıp tarihi derslerini vermiştir. Tıp tarihi ile ilgili ilk çalışma, Dr. Mehmet Emin Fehmi’nin 1870’de yazdığı 88 sayfalık Hakayık-ı Tababet’tir. Bu eserde, bilimsel tıbbın yararına inanmayanlar ile geleneksel tıbbı destekleyenler eleştirilmiştir. Hakayık-ı Tababet, bilimsel tıbbın Hipokratla değil Mısır’da gelişmeye başladığını savunmaktadır. Dr. Rıza Tahsin’in tıp tarihi ile ilgili yayınladığı Mirat-ı Mekteb-i Tıbbiye adlı eser, tıbbın tarihi ile ilgili en önemli eserdir (Günergün, 2013:268-269).

Çizelge 2.1. Tıp Tarihi Zaman Çizelgesi

M.Ö 2600	Mısırlı Imhotep 200 hastalığın tanı ve tedavisini tanımladı.
M.Ö 460	Hipokrat'ın tıp alanında bilimsel çalışmaları başlamış.
M.Ö 300	Diocles bilinen ilk anatomi kitabı yazdı.
M.Ö 280	Herophilus sinir sistemini inceledi.
M.S 130	Galen'in doğuşu. gladyatörlerin ve Roma imparatorlarının hekimliğini yaptı.
M.S 60	Dioscorides, Pedanius De Materia Medica yazdı.
910	Pers hekim Rhazes çiçek hastalığını tanımladı.
1010	Avicenna, Şifa Kitabı ve Tıp Kanyonu'nu yazdı.
1249	Roger Bacon, gözlükleri icat etti.
1489	Leonardo da Vinci cesetleri parçaladı.
1543	Vesalius Portland insan anatomisi üzerinde bulgularını yayınladı.
1590	Zacharias Janssen mikroskobu icat etti.
1628	William Harvey, kan damarları, arterler ve kalp üzerine gelecekteki araştırmaların temelini oluşturan Hayvanlarda Kalbin ve Kanın Hareketinin Anatomik Bir İncelemesini yayınladı.
1656	Sir Christopher Wren köpeklerde kan nakli deneylerini yaptı
1670	Kan hücrelerini Anton van Leeuwenhoek keşfetti.
1683	Bakterileri Anton van Leeuwenhoek gözlemledi.
1701	Giacomo Pylarini ilk çiçek hastalığı aşılmasını yaptı.
1747	James Lind, narenciye meyvesinin kabarcığı önlediğini belirten Scurvy tedavisini yayınladı.
1763	Claudius Aymand ilk başarılı apendektomiyi gerçekleştirdi
1796	Edward Jenner çiçek hastalığında ilk aşılama işlemi gerçekleştirdi.
1800	Sir Humphry Davy azot oksit anesteziyi keşfetti.
1816	Rene Laennec stetoskop icat etti.
1818	James Blundell ilk başarılı insan kanının nakli gerçekleştirdi.
1842	Crawford W. Long genel anesteziyi kullandı.
1844	Dr.Horace Wells, azot oksit kullandı.
1846	William Morton, diş hekimi, azot oksidin anestezi etkilerini yayınlayan ilk kişidir
1849	Elizabeth Blackwell New York'taki Cenevre Medical College'den dereceyle mezun olan ilk kadındır.
1847	Ignaz Semmelweis, puerperal ateşin bulaşmasının önlemine keşfetti.
1853	Şırıngayı Alexander Wood ve Charles Gabriel Pravaz geliştirdi.
1857	Mikropları Louis Pasteur, hastalık maddesi olarak tanımladı.
1867	Joseph Lister, antiseptik cerrahi yöntemlerin kullanımını geliştirdi.
1870	Robert Koch ve Louis Pasteur, hastalığın mikrop teorisini kurdu.
1879	Kolera için ilk aşı geliştirildi.

Çizelge 2.1. Tıp Tarihi Zaman Çizelgesi(Devam)

1881	Louis Pasteur tarafından şarbon için ilk aşı geliştirildi.
1882	Louis Pasteur Koch tarafından kuduz için ilk aşı geliştirildi.
1887	İlk kontakt lensler geliştirildi.
1890	Emil von Behring antitoksinler buldu ve geliştirdi.
1895	Wilhelm Conrad Roentgen, X-ışınlarını keşfetti.
1896	Tifo ateşi için ilk aşı geliştirildi.
1897	Bubonik veba için ilk aşı geliştirildi.
1899	Felix Hoffman aspirin geliştirdi.
1901	Karl Landsteiner, kanı A, B, AB ve O gruplarına göre sınıflandırdı.
1913	Paul Dudley White, elektrokardiyografin kullanımının öncülüğünü yaptı.
1921	Edward Mellanby, diyetteki D vitamini eksikliğinin raşitizme yol açtığını keşfetti.
1922	İnsülin diyabet tedavisinde kullanılmaya başlandı.
1923	Difteri için aşı geliştirildi.
1926	Boğmaca için aşı geliştirildi.
1927	Tetanoz ve tüberküloz için aşı geliştirildi.
1928	Sir Alexander Fleming penisilini keşfetti.
1935	Percy Lavon Julian, Sarı humma için aşı geliştirdi.
1937	Bernard Fantus, tifus için geliştirilen aşı geliştirdi.
1942	Ultrason - Doktor Karl Theodore Dussik tıbbi ultrasonik kağıt yayınladı.
1943	Selman A. Waksman, antibiyotik streptomisini keşfetti.
1945	Grip için aşı geliştirildi.
1950	John Hopps ilk kalp pilini icat etti.
1952	Rosalind Franklin çocuk felci aşısını keşfetti.
1953	James Watson ve Francis Crick DNA molekülünün yapısı üzerinde çalıştılar.
1954	Dr Joseph E. Murray ilk böbrek naklini gerçekleştirdi.
1955	Jonas Salk çocuk felci aşısını geliştirdi.
1963	Thomas Fogarty balon embolektomi kateteri icat etti.
1964	İlk kızamık aşısı geliştirildi.
1967	Dr. Christian Bamard ilk insan kalp naklini gerçekleştirdi.
1970	Kızamıkçık için aşı geliştirildi.
1974	Su çiçeği için aşı geliştirildi.
1975	Robert S. Ledley, CAT-Taramalarını icat etti.
1977	Zatürree için aşı geliştirildi.
1978	İlk tüp bebek doğdu. Menenjit için aşı geliştirdi.
1980	Çiçek hastalığı eradike edildi.
1981	Hepatit B için aşı geliştirildi.
1983	HIV, AIDS'e yol açan virüs, tanımlandı.

Çizelge 2.1. Tıp Tarihi Zaman Çizelgesi(Devam)

1984	Alec Jeffreys genetik bir parmak izi yöntemi geliştirdi
1985	Willem J. Kolff yapay böbrek dializ makinesini icat etti.
1992	Hepatit A için aşı geliştirildi.
1996	İlk klon Koyun Dolly doğdu.
2006	Kanser tedavisi için aşı geliştirilmeye başlandı

Kaynak: www.heartviews.com.tr, Erişim Tarihi:2017

2.4.Sağlıkta Bilimin Gelişimi ve Modern Tıp Eğitimi

Sağlık, kişilerde hastalığın olmayışı ve bireylerin psikolojisinin iyi olması hali, olarak tanımlanmaktadır. Endüstrileşmiş ülkelerde 1946-1974 yılları arasındaki 30 yıllık süreçte atıkların imhası, bağışıklama gibi halk sağlığı için önlemler alınmıştır. Yetersiz yaşam koşullarının engellenmesi için devletin desteğiyle bulaşıcı hastalıkların birçoğu önlenmiştir. Kanada başta olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde alkol, sigara, hareketsizlik gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranışların azalması için sağlıklı yaşam şekillerinin geliştirilmesi ile ilgili, ilginin arttığı görülmektedir (Şimşek, 2013:343). Sağlık bilimleri alanındaki gelişmeler dört ana başlık altında toplanabilir (Aksakoğlu, 2006:8):

- Belirtisel Yaklaşım: ‘Hasta’ yönelimli bir anlayıştır. Ağrı olgusu başlıdır ve ağrının belirtilerinin en aza indirmek amaçlanmıştır.
- Anatomo-Patolojik Yaklaşım: Bu yaklaşımda hastalık olgusu ön plandadır. Sıtma, verem, çiçek gibi çok yaygın hastalıkların tanımlanmasında kaynaktır.
- Psikosomatik Yaklaşım: Hekimlik ve tamamlayıcı tıp psikosomatik yaklaşımın ürünüdür. İnsan ile ilgilenmez, başvuran ‘Hasta’ ya teşhis konmasıyla ilgilenmektedir. Ortaçağda tıpta gerileyen çalışmalarla belirtisel yaklaşıma geri dönmüştür. Bu yaklaşım ‘Hastalık yok, Hasta var’ sloganı ile bu dönemde ortaya çıkmıştır.
- Tümelci Yaklaşım: İnsanın fizyolojik-biyolojik-toplumsal boyutunun ele alındığı; koruyucu hizmetlerin bütün olarak oluşturulan çağdaş ve evrensel sağlık anlayışıdır (Aksakoğlu, 2006:8).

Modern çağda, tıp fakültelerinin ders programları incelendiğinde anatomi, biyokimya, patoloji, bağışıklama, çocuk hastalıkları, iş yeri hekimliği, radyoloji vb

gibi birçok farklı bilim dalından dersler bulunmaktadır. Tıp fakültelerinin kullandıkları yaklaşımlar 3 ana gruba ayrılır (Güler, 1987:9):

- Temel Bilimler (Anatomi, Fizyoloji vb)
- Klinik Bilimler (Çocuk Hastalıkları, Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları)
- Toplum Hekimliği

Temel bilimler, klinik bilimlerin alt yapısını oluşturur. Bireylerin tıbbi bakımına büyük oranda klinik tıp önem vermektedir. Hastaların, hastalıklarına çözüm üreten hekimler bu hizmeti vermektedir. Toplum hekimliğinde 'hasta' yerine toplum esas alınır. Toplumların sağlık sorunları, toplum bireylerini kapsayacak şekilde çözüm yolları üretir (Güler, 1987:9).

2.5.Sağlık ve Hastalık Kavramları

Bütüncül yaklaşımla sosyal, zihinsel, bedensel sağlık ve hastalık olguları açıklanmaktadır. Bu yaklaşım, biyomedikal modeli içine almaktadır. Dış etkilerin fizyolojik faaliyetleri tahrip etmesi olarak değerlendirilmektedir. Sosyal yapıda hastalık ve sağlık ortaya çıkmaktadır. Tüm sağlık sistemleri, modern tıbbin tarihsel ve kültürel özellikleriyle meydana gelmektedir. Bu yüzden hastalık ve sağlık anlayışları toplumdan ayrı ele alınamayacak, toplumsal bir olgudur. Sağlık ile ilgili koşullar, sağlık bilimini tanımlayan kültürel ve sosyal içeriğe bağlıdır. Hastalık/sağlık olgusu toplumsal kültürel, biyolojiktir ve çok boyutludur. Sadece ilaç kullanma, ameliyat etme tedavinin küçük bölümünü kapsamaktadır. Çünkü hastalık ve sağlık tıbbi terim olduğu kadar antropolojik, psikolojik, sosyolojik kavramlardandır. Sağlık, hak ve yükümlülükler baz alınarak incelendiğinde toplumsal müdahale alanı oluşturmaktadır. Çünkü topluma, sağlıklı yaşam ortamı hazırlama görevini üstlenmiştir. Toplumsal konuların en önemlilerinden biri sağlık alanıdır. Devletin toplumun sağlığı ile doğrudan ilgilenmesi ve gerekli hizmetleri sunması gerekmektedir. Bunlar; politik değişimle toplumun sağlığına kavuşabileceği ve hekimlerin din adamlarının yerini almasıdır (İlker ve ark., 1998:25).

2.5.1.İnsan ve Hastalık

Gözlem ve deney yöntemlerinin kimya ile birlikte kullanılmaya başlanmasıyla, tıbbın çıkmazdan kurtulmasına olanak sağlanmıştır. İsviçreli hekim Theophrast Von Hohenheim (1490-1541) eski gelenek ve otoritelere ilk yüz çeviren kişidir. Andreas

Vesalius (1515-1564) modern anatominin kurucusudur. Vesalius, anatomi ile ilgili kendi gözlemlerini ve gözlemlerden elde ettiği sonuçları ortaya koymuştur. Yaptığı çalışmalar arasında kemikler, damarlar, iç organlar ve beyin ile ilgili çalışmalar bulunmuştur. Kendisinden önceki çalışmaları dikkate almamıştır. Ayrıca, kafatası şeklinin insanların sınıflandırılmasında önemli olduğunu ilk kez belirtmiştir. 16.yy bitmeden Andreas Vesalius önderliğinde anatomi gözleme dayalı bilim haline gelmiştir. Cambridge Üniversitesi'nde tıp eğitimi alan Harvey, iki yıl yurtdışında araştırma yaptıktan sonra İngiltere'ye dönmüş ve hekim olarak çalışmıştır. 1628'de Harvey ilk kitabında Latince olarak yayınladığı çalışmalarını ortaya koymuştur. Harvey, yaptığı çalışmalarda kalpten yarım saatlik zamanda geçen kanın tüm vücuttaki kan miktarına eşit olduğunu, bu sebeple kanın arterlerden damarlara geçmesi ve kalbe tekrar dönmesinden bahsetmiştir. 1651'de Harvey'in ikinci kitabı embriyoloji alanındadır. Bu kitap Aristoteles'ten beri embriyolojide en büyük ilerlemeyi ortaya koymuştur. Yine bu dönemde mikroskobun icadıyla kan dolaşımı hipotezi ispatlanmıştır. Bolognalı Malpighi 1661'de mikroskop kullanarak kurbağaları incelemiş, kurbağa akciğerinde atardamarlarla toplar damarların kılcal damarlarla bağlı olduklarını saptamıştır (Topdemir ve Unat, 2014:47).

2.5.2.Sağlık ve Hastalığın Toplumsal Kökenleri

Hastalık, hasta bireylerin sorunu olmamış toplumsal konu haline gelmiştir. Böylece, tıbbın hakimiyeti başlamış ve sağlık devletin denetim alanına girmiştir. Sosyal kurum olan sağlık, toplumun sağlıklı ilgili beklentilerini karşılamak için inançları, değerleri, normlarını içermektedir. Sosyal, bedensel, ruhsal açıdan kişilerin iyilik hali içinde olmalarını sağlamak, sağlık kurumlarının görevidir. Sosyal kurumlar birbiri ile etkileşim halindedir ve sağlık kuruluşları da diğer kurumlardan etkilenmektedir. Sağlık kuruluşlarının fonksiyonları şunlardır: (Aytaç ve Kurtdaş, 2015:232-233).

- Bireyleri bilinçlendirmek
- İnsanların hastalıklarını tedavi etmek
- Sağlıklı yaşam sunmak
- Temel sağlık hizmeti sunmak

Sağlık hizmeti örgütlenmesi, en modern toplumlardan en ilkel toplumlara kadar her seviyede toplumsal yapılarda yer almıştır. Hastalık ve sağlık geçmişte iyileştirici gücü olduğuna inanılan büyücünün ve din adamlarının tekelinde olmuştur.

Günümüzde profesyonel alanda varlığına devam etmektedir. Sağlığı etkileyen toplumsal faktörler: din, dil, nüfus, aile, sosyal sınıf, kültür-ekonomidir. Sosyal sınıf, kültürel yapı, medeni durum, işsizlik, etnik köken, meslek, cinsiyet, coğrafi bölge, sağlıkla ve hastalıkla içiçe olan sosyal değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyo-ekonomik ve eğitim durumu, kişilerin sağlığını doğrudan etkilemektedir. Olumsuz yaşam koşulları, sağlık hizmetlerinin yetersiz olması sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kamu sağlığı alanında geçtiğimiz yüzyılda gerçekleştirilen yenilikler ve iyileşmelerle sunulan hizmetlerin nüfus içinde eşit yayılmadığını göstermiştir. Toplumların sosyo-ekonomik yapılarına bağlı olarak bazı grupların daha sağlıklı olduğu görülmektedir. Sağlık-hastalık durumları bireylerin sosyo-ekonomik durumlarıyla ilgilidir. Sağlık kurumlarının örgütsel yapıları bulunmaktadır. Bu yapının temelini değerler ve normlar oluşturmaktadır. Hastalıklara sebep olan birçok faktör vardır. Bunlar; virus, bakteri, sosyal ve fiziksel çevre, kişisel özelliklerdir. Endüstriyel toplumlarda, Sanayi Devrimi'nin yaşanmasıyla birlikte farklı hastalıklar meydana gelmiştir. 20.yy'daki hastalıklar refah hastalıkları olarak bilinirken, 19.yy'daki hastalıklar yoksulluk hastalıklarıdır. Zenginlik hastalıklarına sebep olan unsurlar, içki ve sigara, çok yemek yemedir. Bu hastalıklardan bazıları, şeker hastalığı, stres, anksiyete, depresyon, yorgunluk, kanser ve çeşitli kazalar sonucunda meydana gelen hastalıklardır. Sanayileşmiş ülkelerde bu hastalıklar artış göstermektedir (Aytaç ve Kurtdaş, 2015:234).

2.5.3.Sağlık-Hastalık Kültür Etkileşimi

Toplumda yaşanan değişimler farklı hastalık ve sağlık anlayışları ortaya çıkardığı için var olan hastalık ve sağlık anlayışlarında da değişiklikler meydana getirmiştir. Hastalık ve sağlık unsurlarının toplumla olan ilişkisini anlamak için toplumsal cinsiyet/ırk/sınıf değişkenleriyle olan ilişkisini incelemek gerekmektedir. Bu değişkenler, sağlığın ve hastalıkların temellendirilmesine ilişkin gerçekçi tablo ortaya koymaktadır (Aytaç ve Kurtdaş, 2015:234).

2.5.3.1.Sağlık

Sağlık, çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörler; fiziksel, biyolojik, ekonomik, sosyal, kültürel olmak üzere birçok unsura bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı, sosyal, fiziksel mental yönden 'iyilik hali' şeklinde tanımlanmaktadır. İyilik derecesini kişilerin algılamaları içinde yaşadıkları toplumsal-sosyal konumdan

etkilenmektedir. Kendilerini hasta olarak tanımlayabilecekken, sosyal-toplumsal çevrede üretken kişiler olarak aktif rol oynamaktadırlar. Sağlık, kişileri oluşturan sosyo-kültürel entellektüel, fiziksel, ruhsal, dinsel durumların boyutları incelenerek değerlendirilmelidir. Sağlık kavramını sübjektif ve objektif olarak incelemek gerekmektedir. Sübjektif olarak sağlık; hasta olduğu halde sağlıklı, hasta olmadığı halde hasta olarak kişilerin kendilerini değerlendirilmesidir. Kısacası sosyal, ruhsal, fiziksel olarak kişinin kendini ifade etmesidir. Objektif olarak sağlık; muayene ve yapılan test-tahliller sonucunda hastalığın olmamasıdır. Bireye sağlıklı diyebilmek için kişinin kendisini gerçekten sağlıklı algılaması gerekmektedir (Öncel, 1997:182-183).

2.5.3.2.Hastalık

Hastalık, biyolojik değişim süreci veya hücre ve dokulardaki fonksiyonel-yapısal değişiklik olarak kabul edilememektedir. Hastalık sosyal ve kültürel bir olgudur. Farklı kültürlerde hastalık, diğer kültürde hastalık olarak görülmeyebilir. Bazı ölçülere göre hastalıklar değerlendirilebilir. Örneğin; hastalık bulunan toplumda, hastalığın yaygın olup olmaması gibi. Hastalık sadece fiziksel ve ruhsal bozulma durumu olarak açıklanamaz. Bireyin ruhsal, fiziksel, sosyal durumunu azaltır veya yok eder. Hastalık, kişilerin verimliliğini, üretkenliğini, uyumunu bozmaktadır. İnsanın yaşamsal dengesini değiştirebilmektedir. Tıbbi açıdan hastalık; patolojik bozuklukları ifade etmektedir (Tortumluoğlu ve ark., 2004:3-4). Birey açısından hastalık; fiziksel olarak rahatsızlık hissetme durumudur. Bireyin hasta olarak algılanma sürecinde, bireyin kendini hasta olarak tanımlama aşamalarından bazıları; (Bolsoy ve Sevil, 2005:80-81).

- Deri renginde değişim, saç dökülmesi gibi fiziksel değişiklikler
- Düzensiz kalp atışları, idrara sık çıkma gibi normal vücut fonksiyonlarındaki değişiklikler
- Ağızdan kan gelmesi gibi olağanüstü durumlar
- Hareket kısıtlaması, felç olma gibi eklemlerin işlevlerini yerine getirememeleri durumları
- Sağırlık, körlük gibi duyu organlarındaki değişimler
- Ateş, baş ağrısı, kusma gibi aşırı fiziksel semptomlar
- Korkular, kaygı gibi psikolojik emisyonel durumlar

- İş veya evlilik yaşamında meydana gelen davranışsal bozukluklar

Bu semptomların bir veya birkaçının ortaya çıkması kişilerin hasta olarak tanımlanması için yeterli değildir. Mevcut klinik uygulamalar incelendiğinde hastalığın tıbbi modeline önem verildiği görülmektedir. Fakat hastalık her birey için farklıdır. Kişilerin vücut fonksiyonlarındaki değişikliklerin yanısıra, sahip olduğu tüm değerlere göre değişiklik göstermektedir (Bolsoy ve Sevil, 2005:80-81).

2.5.4.Dünya Ölçeğinde Sağlık

Uluslararası alanda, farklı ülkelerdeki profesyonel deneyimlerden etkilenebilen sağlık sorunlarının çözümü için işbirliğinin yapılması olarak tanımlanmaktadır. Toplumların, birbirlerine bağlı olması küreselleşmenin temelini oluşturmaktadır. Sars ve grip gibi salgınların kontrol altına alınması uluslararası işbirliği gerektirmektedir. Bir ülkede bulaşıcı hastalıkların tedavisinde başarısız olan hekimler, diğer ülkelerdeki hastaları da olumsuz etkilemektedir. Doktorların ahlaki sorumluluklarının sınırları kendi uluslarını da aşmaktadır. Dünya ölçeğinde sağlık anlayışı, uluslararası sağlıkta eşitsizlikleri engellemeyi amaçlamaktadır. Afrika, Hindistan gibi yoksul ülkelerdeki hastalıklar için yapılan geniş çaplı kampanyalar başarılı olmuştur. Fakat ülkeler arasında, sağlık düzeylerindeki fark artmaktadır. Bu artışın sebebi, dünyanın artan zenginliklerinden yeterli payı alamamalarıdır. Yoksul ülkelerde, hekimler tedavi için az kaynağa sahiptir. Sağlık hizmetlerine erişemeyen hastalarla, yüksek gelirli ve orta gelirli ülkelerdeki hekimlerde karşılaşmaktadır (Civaner, 2015:75-76).

2.5.5.Sağlık Hakkının Dünyadaki Evrimi

Sağlık hakkının konusu sosyal haklar arasındadır. Sağlık Hakkı, anayasa da düzenlenmiştir. Sosyal haklar arasında sağlık hakkının yer aldığı bilinmektedir. Sağlık hakkı, tarihsel gelişim bakımından pozitif statü haklarına bağlı olarak Türk Kamu Hukuku öğretisinde incelenmektedir. Böylece kişilerin devletten isteme hakkı doğmaktadır (Temiz, 2014:168). Sağlık temel ihtiyaçlar arasında en üst sıralara yükselmiştir. Birleşmiş Milletler Milenyum Zirvesi'nde diğer talep türlerinin önüne geçen, sağlıklı olma talebi ilk sıradadır. Bu yüzden sağlık, fikirselle ve duygusal gelişimin yanı sıra beşeri sermayenin gelişimine de katkı sağlamaktadır (Sachs, 2001:21). Şirketlerdeki sağlık hakkı, İnsan Hakları Konseyi tarafından 2011 Haziranında onaylanan İş ve İnsan Hakları İlkeleri, gelişmekte olan ülkelerde

şirketlerin insan haklarını koruyabilecekleri bir çerçeve sunmaktadır (Sekalala, 2016:17).

2.6.Sağlığın Önemi

Dünya genelindeki sağlık seviyelerini tahmin etmek için kullanılan GBD(Global Burden of Disease), ana ve çocuk sağlığı müdahalelerinin kapsamı, sağlık sistemi kaynakları ve kişi başına gelir gibi kritik bağlamsal değişkenler de dahil olmak üzere çok çeşitli sağlık sistemi müdahaleleri için mevcut verileri sentezlemektedir (Dieleman, 2017:389).

2.6.1.Sağlık Alanında Ulaşılmak İstenilen Temel Amaçlar

Sağlık harcamalarını yaparken devletin tercih ettiği üretim, sunum ve finansman yöntemi ile sağlık hizmetlerinde ulaşılmak istenen amaçlar; mikro ekonomik, etkinlik, eşitlik, etkililik, makroekonomik maliyet kontrolüdür. Eşitlik; temel sağlık hizmetlerine tüm toplumun erişiminin sağlanmasıdır. Etkinlik; sağlık alanında tüm göstergelerin iyileştirilmesi için belirlenen hedeflere ulaşılmasıdır. Mikro ekonomik etkinlik; maliyetlerin en alt seviyede tutulması, tüketici tatmininin en üst düzeye çıkarılmasıdır. Makro ekonomik maliyet kontrolü; sağlık hizmetlerine, milli gelirden ayrılan payın belirli düzeyde tutulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki etkinlik kavramı; belirlenen amaç ve hedeflere ulaşmak üzere gerçekleştirilen sağlık faaliyetleridir. Sağlık sektöründe emek-yoğun çalışma alanının olması, kullanılan tıbbi teknolojinin hızla değişmesi, sağlık hizmetlerini yüksek maliyetli hizmet alanı haline getirirken, etkinlik ölçümlerini de zorunlu hale getirmiştir (Bulğurcu ve Özdemir, 2015:524).

2.7.Türk Sağlık Sisteminde Reform Arayışları

2003 yılından sonra yapılan çalışmalarla, birçok reform uygulamaya konulmuştur. Uygulamaya konulan reformlar 2003-2013 dönemini kapsayan sağlıkta iyileştirme çalışmalarını kapsamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı; Türk Sağlık Sistemi'nin sorunlarına köklü çözümler bulmaktır (OECD, 2008: 36). Bu sorunlardan bazıları; OECD(Organisation for Economic Co-operation and Development) ve orta gelirli ülkelerle Türk Sağlık Sistemi karşılaştırıldığında geri kalmış sağlık göstergeleri, sağlık hizmetlerine erişim olanaklarında eşitsizlikler,

hizmet kalitesinin düşük olması sebebiyle hastalara tam hizmet vermeme ve sınırlı cevap verilmesi, mali sürdürülebilirliğin zayıflığı ve verimsizliğine yol açan sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumundaki aksaklıklardır. Türk Sağlık Sistemi'nde belirtilen sorunlarla ilgili uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı; hizmet verimliliği, yönetim, hizmeti sunanların ve hastaların memnuniyeti ile sağlık sistemini iyileştirmek şeklinde özetlenebilir. Sektörde tek olan Sağlık Bakanlığı'nın konumu göz önüne alınarak tüm birimlerinin yeniden yapılandırılması işlemine girilmiştir. Emekli Sandığı, Bağ-Kur, vb uygulamalar Sosyal Güvenliğin çatısı altında toplanmıştır. Bu dönemde Genel Sağlık Sigortası'nın uygulamaya konmasıyla birlikte sağlıkta tek bir ödeyici kurum oluşturulmuştur. Ayrıca kamu hastanelerinin özleştirilme çalışmaları yapılmıştır. Sağlık Uygulama Tebliği 2007 yılında kabul edilmiştir ve aşağıdaki uygulamalar zorunlu hale getirilmiştir (Yereli ve ark., 2010:9-10):

- Sağlık Bakanlığı hastanelerinden tıp fakültelerine sevk zorunluluğu (Bağ-Kur için) kaldırılmıştır.
- Kalıcı hastalıkları olan bireyler hekimlerin rapor çıkararak eczaneden yeniden ilaç alabilmelerine olanak tanınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı üniversite hastaneleri, devlet veya özel hastanelerden sosyal güvenlik kurumu ile sözleşme yapmış hastaneler ayakta ve yatan hastalara sabit fiyat ödemesi uygulaması başlamıştır.
- Yatan hastaların ilaç ve tıbbi malzemelerinin ücretsiz sağlanması için Sosyal Güvenlik Kurumu ile hastaneler sözleşme yapmıştır.
- Tüm sağlık hizmet sunucularının taleplerini bildirme zorunluluğu getirilen MEDULA(Medikal Ulak) ile sosyal güvenlik kurumu ve hastaneler sözleşme yapmıştır.

2005 yılında Yeşil Kartlı hastalar ilaçlara ve ayakta tedavi hizmetlerine ücretsiz erişim olanağına diğer sigorta kurumları ile aynı haklara sahip olmuşlardır. Uygulamalar sonucunda, Yeşil Kart sahiplerinin sağlık hizmetlerine erişim olanakları ve maddi olarak kolaylıklar arttırılmıştır. SSK'lılara ilgili yeni uygulamalarda, hastaların tüm devlet hastanelerine ve eczanelere hastalar erişim imkanı sağlanmıştır. Her Türk vatandaşı 2007 yılında, birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmışlardır. Sağlık Uygulama Tebliği kapsamında tüm sağlık sigorta sistemlerinde yer alan hizmetler yenilenmiş ve aralarında farklılık kalmamıştır. 2008

yılında Yeşil Kart kullananların Genel Sağlık Sigortasına katılması planlanmıştır fakat 2012 yılına ertelenmiştir. 15 Ocak 2010 tarihinde aktif çalışan memurların Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamına alınmıştır. Devlet tarafından ödenen hizmet tutarları da Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilmiştir. Genel sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerine erişimdeki kolaylıklar, sevk zorunluluğunun kaldırılması, nüfus artışı gibi etkenler sağlık harcamalarını arttırmıştır. İlaç harcamalarındaki aşırı artışlar, mali sürdürülebilirlik ile ilgili ilerde problem yaşanacağını göstermektedir. Hizmet üreten tüm sağlık kuruluşlarına ödeme yapılmakta ve bu ödemeler programlı şekilde yılda iki defa denetlenmektedir. Sağlık bakanlığı hatalı faturalandırmaları kabul etmeyerek ve sunulmayan hizmetlerin faturalandırılmasının önüne geçerek sağlık kurumlarının maliyetleri üzerinde denetim unsuru oluşturmaktadır. 2009 yılı başından itibaren kamu hastaneleri götürü usulde bütçelemeye geçilerek denetimlerin dışına çıkarılmıştır. Sağlık Bakanlığına yapılan ödemeler, kamu hizmet birimlerine dağıtmaya başlanmıştır. Sosyal güvenlik kurumu kurulduktan sonra, Genel Sağlık Sigortası sistemiyle ilgili yeni yönetim düzenlemeleri yapılmıştır. 2004 yılında, SGK, Maliye Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı, temsilcilerinden oluşan Geri Ödeme Komisyonu kurulmuştur. Geri Ödeme Komisyonu ilaçlar, tüm sağlık hizmetleri, SGK(Sosyal Güvenlik Kurumu)'nın geri ödediği hizmetler için fiyatların belirlenmesi ve hizmetlerde değişiklikler yapılmasından sorumludur (Yereli ve ark., 2010:9-10).

3.BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

Uzman sağlık personeli tarafından sağlık kurum ve kuruluşlarında kişilerin sağlık düzeyinin korunması için hastalıkların teşhis ve tedavisinin yapıldığı faaliyetlerdir. Sağlık hizmetlerinde; kalite, süreklilik, verimlilik, kolay ulaşılabilirlik gibi özellikler sağlık hizmetlerinin etkili sunumunda gereklidir. Kişilerin ihtiyaç duydukları yerde ve zamanda sağlık hizmetlerine ulaşması ve ihtiyaç duydukları tüm hizmetlerden yararlanmaları kolay ulaşılabilirliğin göstergesidir. Sağlık hizmetlerinde kalite standartları, sunulan hizmetin bilimsel norm ve kurallara, bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak sağlanmasıdır. Hizmette kalitede, kişisel kabul edilebilirlik mesleki yeterlilik ve uzmanlık, süreklilik gereklidir. Kişiye odaklanmış bakım, yeterli ücret politikası, adil finansman, verimlilik, etkili yönetim anlayışı ile sağlık bilinci geliştirilebilir (Öznelbant, 2010:5). Sunulan hizmetlerin niteliğine göre sağlık hizmetleri dört grupta toplanmaktadır. Bunlar (Okursoy, 2010:65);

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon Hizmetleri
- Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalıklar meydana gelmeden önce toplumu hastalıkları önlemek amacıyla sunulan hizmete koruyucu sağlık hizmeti denir. Sağlık piyasasında, koruyucu sağlık hizmetlerine olan talebin belirsizliği, piyasadaki önemini arttırmaktadır. Personel ve teknolojinin yetersizliğini çözmeye çalışmak yerine önceden tespit edilemeyen bir zamanda ortaya çıkabilecek sağlık hizmeti talebini engellemek için hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek amacıyla önlemler almak gerekmektedir. Diğer sağlık hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerini ayıran en önemli özellik, sağlıklı bireylerin bu hizmetten faydalanmasıdır. Hasta bireyleri sağlıklarına kavuşturmak

diğer sağlık hizmetlerinin görevi iken hastaların sağlıklarını tamamen kaybetmelerini engellemek koruyucu sağlık hizmetlerinin görevidir (Patterson and Chambers,1995:1614).

Toplumun tüm üyeleri, koruyucu sağlık hizmetlerinden eşit yararlanmaktadır ve korucuyu hizmetler hastalıkların görülme olasılıklarını azaltmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri geniş kapsamlıdır ve bu kapsamda yer alan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir: (Akdur ve ark., 2011:376-377).

- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, kişilerin aşılması
- Çevre kirliliğinin önlenmesi
- Sağlıklı beslenme
- Toplum temelli bağımlılıkla mücadele hizmetleri
- Sağlık ve hijyen konusunda bireylerin eğitimi
- İşyeri çalışma koşullarının iyileştirilmesi, gıda maddeleri üretiminin iyileştirilmesi
- Koruyucu sağlık hizmetleri, kamusal niteliği ağır basan, toplumun tamamına yönelik olduğu için sosyal faydasını ölçmek mümkün değildir.

3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tüm tedavi hizmetlerini kapsayan bu hizmette temel amaç; erken teşhisle, hızlı tedavi ile hastaların iyileşmelerinin sağlanmasıdır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerinden biri kişiye/hastaya doğrudan yarar sağlamasıdır. Poliklinik ve muayene için yapılan hizmetler, ayakta tedavi hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri, ilaç dağıtma hizmetleri, adli tıp ve laboratuvar hizmetleri, ambulans hizmetleri, evde sunulan sağlık hizmetleri, kan, organ ve hücre nakli hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde finansman, kişiler, devlet ve sağlık sigortalarından karşılanır (Arslantaş ve ark., 2013:15).

3.3.Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, ruh ve beden sağlığını kaybeden engeli olan bireylerin, hiç kimseye bağımlı olmaksızın yaşamaları için yapılan çalışmalardır. Rehabilitasyon hizmetlerinde amaç, hastalık veya kaza sonucunda engelli kalan kişilere sosyal, eğitsel, tıbbi, mesleki faaliyetler sayesinde işlevsel beceriler

kazandırmaktır. Bu hizmetler yataklı-yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanmaktadır.

- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Yaşam standartlarının yükseltilmesi fiziksel olan kalıcı bozuklukların ve sakatlıkların tedavisi amacıyla tıbbi rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetlerine verilebilecek örnekler; işitme, görme kayıplarının en aza indirilmesi, postür bozukluklarının düzeltilmesi gibi.
- **Sosyal Rehabilitasyon:** Engelli kişilerin, hayatta aktif olabilmeleri için iş bulma ve iş öğretme çalışmalarını kapsamaktadır (Atlı ve Yücel, 2018:52-53).

3.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Tüm sorumluluğun bireylere ait olduğu, bireylerin sağlık durumlarını en iyi seviyeye çıkarmak için verilen hizmetlerdir. Bu hizmetlerle, kişilerin fiziksel ve ruhsal durumunun, yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır. Bu hizmetler sosyal yapıyı, değiştirmeyi hedeflemektedir (Bahar ve Açıl, 2014:59-60).

3.5.Cumhuriyet Öncesi ve Sonrası Sağlık Hizmetleri

3.5.1.Cumhuriyet Öncesi Sağlık Hizmetleri

St.John ve St.Basil tarafından yaptırılan hastaneler Anadolu'da kurulmuş ilk hastanelerdir. Türklerin Anadolu'ya yerleşmesiyle, Türkiye'de sağlık hizmetleri gelişmeye başlamıştır. Selçuklularda sağlık hizmetlerinde hastane ve tıp merkezleri bir arada olmuştur ve tıp eğitimleri medreselerde verilmiştir. Kars'ta 11.yy'da Alparslan'ın yaptırdığı hastane, Anadolu'da Türkler tarafından yaptırılan ilk hastanedir. Anadolu'da Selçuklular döneminde tıp alanında gelişmeler olmuştur. Bu dönemde, idrar tahlili, nabız ve ateş kontrolü, kalp muayenesi gibi işlemler yapılmıştır. Yine bu dönemde Konya, Kayseri, Çankırı, Mardin, Aksaray, Sivas, Amasya'da açılan hastaneler bunların en meşhurlarıdır. 1399'da Bursa'da Yıldırım Beyazıt tarafından yaptırılan Bursa Yıldırım Darüşşifası Osmanlı döneminin ilk hastanedir. Yıldırım Beyazıt döneminden 2.Mahmut dönemine kadar Anadolu'daki hastanelerin en önemlileri şunlardır: Fatih Darüşşifası (1470), Edirne'de 2.Mahmud Cüzzam Hastanesi (1451), Edirne Darüşşifası (1486), Hafsa Sultan Darüşşifası (1530), Toptaşı Akıl Hastanesi (1583), Haseki Darüşşifası (1550), Süleymaniye

Darüşşifası (1555), Cüzzam Hastanesi (1514) Osmanlıda tıp eğitiminin ilk modern aşaması 2.Mahmut döneminde kurulmuştur. Orduya sağlık personeli yetiştirmek, sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için 1827’de Tıp ve Cerrahane-i Amire kurulmuştur (Atasever, 2013:28-29).

15-19. yy arasında Hekimbaşılık kurumu Osmanlı İmparatorluğu’nda sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü kuruluştur. Hekimbaşılık sağlık personelinin, işten çıkarılması, atanması gibi özlük işleri, yeni hastanelerin açılması, tüm ülkede alınacak koruyucu önlemler, salgın hastalıklarla mücadele ve hekimlerin sınavları gibi işlerden sorumluydu. Bugünkü Sağlık Bakanlığı’nın yetkilerini Hekimbaşılık kurumu yürütmekteydi (Çavmak ve Çavmak, 2017:49). 19.yy’da Osmanlı İmparatorluğu’nda diğer alanlarda olduğu gibi tıp alanında yenilikler yapılmasıyla hekimbaşılığın yetkilerine sınırlama getirilmiştir. Hekimbaşılığın görevi sadece saray halkının sağlığı ile sınırlı kaldı. Sivil Sağlık Hizmetleri Genel Yönetimi Tüzüğü 1871 yılında çıkarılmıştır. Çıkarılan bu tüzük ile ilçelerde memleket tabiplikleri, illerde sıhhiye müfettişliği kurulmuştur. Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü 1912 yılında İçişleri Bakanlığı’na bağlanmıştır. 19.yy’da askeri-sivil birçok hastane açılmıştır. 14 Mart 1827’de kurulan Askeri Tıp Okulu Osmanlı’da ilk modern tıp eğitiminin verildiği yerdir. 1867’de ilk sivil tıp fakültesi açıldıktan sonra 1909’da Askeri Tıp Okulu ve Sivil Tıp Okulu Haydarpaşa’da birleştirilmiştir ve Tıp Fakültesi adını almıştır. 1827-1867 yılları arasında bu okulda 300 hekim mezun olmuştur. 1847 yılında askeri veterinerlik okulu açılmıştır. Hemşirelik ile ilgili eğitimler 1.Dünya Savaşı ve Balkan Savaşı sırasında hemşirelik kurslarının açılmasıyla başlamıştır. 1909’da ilk ebe okulu, diş hekimliği ve eczacılık okulları açılmıştır. İlk açılan hastaneler arasında; Zeytinburnu Askeri Hastanesi (1794), Haydarpaşa Askeri Hastanesi (1845), Vakıf Gureba Hastanesi (1845), Zeynep Kamil Hastanesi (1862) vardır. 19.yy’da koruyucu sağlık hizmetleri arasında, 1885’te çiçek hastalığına karşı herkese aşı zorunluluğunun getirilmesi, 1888’de aşı üretimi için Telkikhane’nin kurulması, 1893’te Bakteriyolojihane’nin açılması olarak gösterilebilir (Öztürk, 1999:37-38).

3.5.2.Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri

1920’de sağlık alanındaki ilk kanuni düzenleme yapılmıştır. 1947 yılında Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuştur. Deri içine uygulanan BCG(Bacillus Calmette Guerin) aşısı üretilmiş ve aşı istasyonu açılmıştır. 1948 yılında Türkiye’de ilk olarak boğmaca aşısı üretilmeye başlanmıştır. 1982 Anayasası’nda, vatandaşların

sağlık hakkından faydalanmalarının, devletin sorumluluğunda olduğu belirtilmiştir. 1992’de 1.Ulusal Sağlık Kongresi yapılmıştır. 1992-1993 yıllarında 1.ve 2. Ulusal Sağlık Kongreleri yapılmıştır ve yapılan kongrelerde sağlık reformlarının çalışmalarına yer verilmiştir. 1992 yılında, yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 1993 yılından yaşam şekilleri, çevre sağlığı, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı gibi konuları kapsayan ‘Ulusal Sağlık Politikası’ hazırlanmıştır. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, hükümet tarafından 2003 yılında uygulamaya konulmuştur. 2003-2013 tarihleri arasında Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmıştır. Bu programda, düşük gelirli-yoksul kişilere yönelik, yeşil kart sahiplerinin ilaç giderleri ve ayakta tedavi kapsamındaki sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş, ilaçtaki KDV(Katma Değer Vergisi) oranı düşürülmüştür. Köyler de ‘112 Acil Sağlık Hizmeti’ vermeye başlanmıştır. Acil sağlık hizmetlerinde istasyon sayıları artırılmış, hava-deniz taşıma araçları eklenmiştir. Tüm ülkede aile hekimliği uygulaması başlatılmış ve yaygınlaştırılmıştır (Kasapoğlu, 2016:143-145).

3.6.Sağlık Hizmeti Düzeyleri

Sağlık hizmetlerinde sevk zinciri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği sistemdir. Sevk zincirinde bireyler sağlık sisteminin etkin oluşturulmasıyla birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmektedirler. Bunun sonucunda ekonomide sağlığa ait kaynakların verimliliği artmaktadır. Sevk zincirinin etkin olmadığı durumlarda hastalar ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara başvurmaktadır. Fakat yararlandıkları hizmetlere, ödemeleri gerekenden çok fazla ücret vermektedirler. Basamak sistemiyle sınıflandırılan sağlık hizmetleri maliyetleri düşürmektedir. Sunulan hizmetlerde etkinliği artırma hedefine ulaşabilmek için tüm toplumu, sağlık hizmetlerinin her basamağı konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir (Abay ve Çölgeçen, 2018:2166).

3.6.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Kişilerin hastalandıkları anda ilk başvurdukları sağlık kurumu ‘birinci basamak sağlık hizmeti’ olarak adlandırılır. Her ülkede farklı sağlık kuruluşları tarafından sunulan birinci basamak sağlık hizmeti sağlık sistemlerinin en önemli parçasıdır (Boerma, 2003:51). 112 Acil Sağlık Hizmetleri, toplum sağlığı merkezleri, aile

sağlığı merkezleri, ülkemizde birinci basamak kurumlara örnektir. Sıtma ve veremle mücadele merkezleri, ana-çocuk sağlığı ve toplumla ilgili hastalıkların kontrolü, adli tıp hizmetleri, sağlık eğitimi, acil sağlık hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, toplum sağlığı merkezi adı altında yer almakta ve hizmetlerin sunumu gerçekleştirilmektedir. Aile hekimliği merkezinde hastalara koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada sunulduğu merkezdir. Aile hekimi, kendisine kayıtlı hastalara yönelik tedavi edici sağlık hizmetlerini hasta hakları çatısı altında sunmaktadır. 112 Acil Sağlık Hizmeti, hastanelere bağlı servislerde görev yapan sağlık personeli ile ambulanslardan oluşan, kişilere acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda hizmet veren, hastane öncesi ve hastaneler arası hasta naklini yapan birimlerdir. Sağlık Bakanlığı, ülkemizde, kanuni bir kurumdur ve sağlık hizmetleri üst sağlık kuruluşları tarafından yürütülmektedir (Akman, 2014:70-71).

3.6.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak hizmetlerin, hastalıkları tedavide yeterli olmadığı zamanlarda, yataklı kurumlarda hastalıkların teşhis ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kurumlarıdır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastaneler, ikinci basamak tedavi kuruluşu olarak adlandırılır. İkinci basamak hizmet veren hastanelerde, birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda uzmanlık gerektiren, tanısı konamayan hastalıklar için gerekli hizmetler verilmektedir. Bu hizmetler, alternatif tedavi yöntemlerini, ilaçla tedavi, çeşitli operasyon yöntemlerini kapsamaktadır. Operasyon ve tedaviler yüksek teknolojik alt yapı ve teknik bilgi gerektiren hizmetlerdir (Musgrove et al., 2002:141). Hastanelerdeki kalabalıkları azaltmak için birinci ve ikinci basamak hizmetler arasındaki ilişkinin etkili hale getirilmesi gerekmektedir. Hasta yoğunluğundaki azalmanın sağlık hizmetlerindeki kaliteyi arttıracığı beklenmektedir. Sağlık basamakları arasında hastalar için geçiş yapmak mümkündür. Sağlık basamaklarına sırasıyla geçilmesi tavsiye edilse de ikinci basamak sağlık hizmeti alan hastanın devam eden tedavi döneminde sağlık durumunun takibi birinci basamakta gerçekleştirilebilir (Flemming et al., 1995: 96).

3.6.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında tüm hizmetler, sunuluş biçimlerine göre, sınıflandırma biçimleri farklılıklar içermektedir. Hizmetlerin sınıflandırılması, Türkiye, Amerika, Almanya, Fransa, İsveç, İspanya, Finlandiya, Belçika gibi birçok

ülkede kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasındaki amaç, hastaların hangi tür müdahaleye ihtiyaç duyduğunu tespit ederek ekonomide kaynak israfını engellemektir (Macinko et al., 2003:4). Üniversite hastaneleri, üniversitelere bağlı dış hekimliği fakülteleri, eğitim hastaneleri ve araştırma hastaneleri aracılığıyla verilen hizmetlerdir. Sağlık hizmeti olarak sınıflandırılmayan sağlık kurumları; tanı-tetkik ve görüntüleme merkezleri, diyaliz merkezleri, kurumlarca yetkilendirilen işyeri hekimleri, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlı özel tedavi merkezleridir (Karaca, 2015:21-22-23-24).

3.7.Sağlık Hizmeti Üreten Kurumlar

Sağlık hizmetleri, sağlık bakımı, sağlığı geliştirme ve yönetiminin temelini oluşturmaktadır. Amerika ve birçok Avrupa ülkesi başta olmak üzere çoğu sanayileşmiş ekonomide önemlidir. Sağlık hizmetlerinin 1980'lere kadarki büyüme eğilimi bozulmamıştır (Kuhn, Prettnner, 2016:100).

3.7.1.Sağlık Bakanlığı

Türkiye'de, Sağlık Bakanlığı, 15.05.1920 tarihinde 'Ankara'da 3 sayılı kanunla kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın, en önemli görevleri, bireylerin fiziksel, ruhsal olarak yaşamlarını devam ettirmelerini sağlamaktır. Sağlık Bakanlığı'na ait görevler aşağıdaki gibidir (Orhaner, 2014:57).

- Hastalıkların teşhis ve tedavi hizmetlerinin sağlanması
- Halk sağlığını tehdit eden risklerle çalışmaların yapılması
- Hastalıklara karşı koruyucu önlemler geliştirilmesi
- Sağlıkla ilgili teorik ve uygulama araştırmalarının ve verilen eğitimlerinin geliştirilmesi
- Yurtdışı kaynaklı hastalıkların ülkeye girmesinin önlenmesi
- Tedavilerde kullanılan tıbbi ilaçların, tıbbi cihazların, ilaçların ana ve yardımcı maddelerin ulusal-uluslararası kontrolünün yapılması, piyasaya sürülmesi, fiyatlarının belirlenmesi
- Yeni açılacak sağlık kuruluşlarının politikalarının kamu-özel hukuk tüzel kişilerince belirlenmesi
- Sağlık hizmetlerinin kaynaklarında tasarruf yapmak, verimli, eşit, kaliteli hizmet sunumu sağlamak

Yukarıdaki görevleri gerçekleştirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı aşağıda belirtilen uygulamaları yapmaktadır (Orhaner, 2014:57):

- İlaç fiyatlarının tespiti için teklif hazırlanır
- Sağlık hizmetlerini acil durumlarda planlar
- Sağlıkla ilgili her türlü önlemi alır
- Değerlendirme, denetleme yapar
- Sağlık kuruluşları arasında ulusal ve uluslararası işbirliği yapar
- Hedefleri belirler, planlama yapar
- Sağlık hizmetlerine erişilebilirliği sağlayarak bölgeler arasındaki farklılıkları en aza indirir.
- Sağlık kuruluşlarının tüm uygulamalarına yön verir.

Sağlık Bakanlığı hizmet birimleri ve görevleri şunlardır: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Hasta hakları ve sağlık çalışanlarının güvenliği için hukuksal düzenlemeler yapmak, sağlık hizmetlerinin ücret tarifelerini belirlemek, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının denetlenmesi, denetimler sonucunda ruhsat vermek, sağlık kuruluşlarının hukuksal uygunluğunu denetlemek, Sağlık Bakanlığının gerekli yaptırımları uygulayarak düzenleme ve politikalara uygunluğunu denetlemek, organ ve doku nakli, diyaliz kan ürünleri, yanık, yoğun bakım hizmetleri, sağlık kuruluşları arasındaki iletişimi sağlamak, evde verilen sağlık hizmetlerini denetlemek, tüm sağlık hizmetlerini planlayarak, kalite standartlarını belirlemek, sağlık hizmeti sunan birimleri görevlendirmekte ve sınıflandırmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012:21). Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü; sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapmaktadır. Toplumun sağlık alanında farkındalığını artırmak, sorumluluk almalarını ve karar vermelerini kolaylaştırmak, sağlıkla ilgili tüm alanlarda araştırmaların yapılması, bireylerin sağlığını etkileyen tüm faktörlerin ve sağlık hizmet belirleyicilerinin kalitesini yükseltmek gibi çalışmalar yapmaktadır (Orhaner, 2014:62). Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; acil müdahale gerektiren hastaya, hastane öncesi verilen sağlık hizmetinin başarıyla sonuçlanabilmesi için tüm basamaklarda olduğu gibi özellikle hastaneye ulaştırıldıktan sonra en üst seviyede acil tedavi hizmetinin sunulması gerekmektedir. Tüm bu aşamalar hastane evresi acil sağlık hizmeti basamağını oluşturmaktadır (Ateş, 2013:88). Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; bilgi işlem ve bilişim sistemleri, iletişim teknolojileri sağlık hizmetlerinin her alanında

kullanılmaktadır. Gerçek kişiler, kamu ve özel hukuk kişileriyle birlikte sağlık alanındaki teknoloji ve bilişim alanlarında faaliyet göstererek, kurum ve bireylerin projelerini tasarlamakta ve yetkilendirmektedir (Göktaş, 2017:127). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü; Sağlıkla ilgili yayınları yayınlamak ve ar-ge çalışmalarının yapılması, sağlıkla ilgili istatistiklerin yayınlanması ve diğer kurumlarla paylaşılmasıdır. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü; Bakanlık'a devredilen kuruluşların kamulaştırma işlemlerini yapmak, tıbbi cihazların ve ürünleri araştırmak, üretmek veya ithal etmektedir (Orhaner, 2014:64-66).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar ve görevleri bunlardır: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan kurumun amacı; bakanlığın hedef ve politikaları çerçevesinde sağlık hizmetlerini gelişmesi için çalışmalar yapmaktadır. Sıtma-Verem-Kanser Savaş Daire Başkanlıkları, Aile ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Genel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, bağlı birimlerdir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu; Bakanlığın belirlediği amaçlar doğrultusunda; sağlık ocaklarının, dış hastanelerinin ve genel sağlık kuruluşlarının açılması, yönetilmesi, denetlenmesi gibi işleri gerçekleştirmektedir (Cockerham and Cockerham, 2010:3). Türkiye Kamu Hastaneleri Birlikleri; bu kurum iki bölümden oluşmaktadır. Bunlar, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliğidir. Kuruluşun görevlerinden bazıları; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kurmak ve kurumların kaynaklarının etkinliğini, verimliliğini, yönetilmesini sağlamaktır (Aktel ve ark., 2013:48-49). Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihazlar Kurumu; kontrolü yapılan kimyasal maddeler, vücut dışında kullanılan tıbbi cihazlar (ışıtme cihazları vb.), ilaç üretiminde kullanılan kimyasal maddeler, tüm tıbbi cihazlar, kozmetik ve bitkisel ürünler, diyet gıdalar, cihaz ve politika hedeflerine uygun ilaçlarla ilgili düzenlemeler yapmaktadır. Türkiye ilaç ve tıbbi cihaz kurumunun görevleri aşağıdaki gibidir: (Tengilimoğlu ve ark., 2012:154).

- Türk farmakopesinin hazırlanması
- İlaçlar, tıbbi ürünler, cihazlarla ilgili bilimsel araştırmalar yapmak
- Cihazların, tıbbi ürünlerin, ilaçların satışı, ruhsatlandırılması, depolanması, dağıtımı, kullanımlarıyla ilgili prosedürü belirlemek, piyasa arz-talebinin takibi, tıbbi ürünlerin sunulması, ihracat-ithalat yapılması
- Özel, kamu kuruluşlarına ruhsat vermek, denetimlerini yapmak
- Tıbbi cihazlarla ilgili kurumların lisans ve ruhsatlarını denetlemek

- İlaçlarla ilgili araştırmalar ve değerlendirmeler yaparak ilaç fiyatlarını belirlemek
- İlaçlar, tıbbi cihaz ve ürünler sağlık hizmetlerinin sunumunda önemlidir ve bu ürünlerin piyasadan tedarik edilmesini sağlamaktadır.

3.7.2.Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastaneleri, başhekim tarafından yönetilmektedir ve döner sermaye işletmeleri bulunmaktadır. Tıp fakültelerinin ve üniversite hastanelerinin amaçları aşağıdaki gibidir (Uğurluoğlu, 2015:52-53):

- Sağlıkla ilgili her alanda ulusal ve uluslararası araştırmalar yapmak
- Tıp fakültesine veya araştırma hastanesine başvuran hastaların ayakta veya yatırılarak tedavilerini yapmak
- Sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla eğitim veren sağlık kurumlarıyla sağlık hizmetlerinin kaliteli ve verimli sunumunun sağlamak için işbirliği yapmaktır.

3.7.3.Özel Sağlık Kurumları

Bu kurumlar arasında özel hastaneler önemli yere sahiptir ve devletin denetiminde sağlık hizmeti üretmektedirler. Uzman hekimler veya diş hekimleri tarafından kurulan teşhisle-tedavi hizmeti veren, sağlık topluluklarına bağlı özel klinikler de bulunmaktadır (Deldal, 2016). Özel ve kamu hastanelerinde, devlet tarafından desteklenen sağlık hizmetleri piyasalaştırılmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında kamu-özel ortaklıklarına kadar tüm piyasalaştırma süreçleri yeni bir sermaye oluşturmaktadır (Güzelsarı, 2012:29). Kamu finansman kaynaklarının yetersizliğinden dolayı kaynak sıkıntısı yaşayan devletler, yeni sağlık politikaları geliştirilmeye başlamışlardır (ınaroğlu ve şahin, 2013:284). Geliştirilen yeni sağlık politikaları sonucunda kamu-özel ortaklığı meydana gelmiştir. Kamu ve özel sektör ortaklığıyla gerçekleştirilen yatırımlardan bazıları; hastaneden otoyola, cezaevinden okula, hava alanından savunmaya, enerji santrallerinden şehirlere, altyapı sistemlerine birçok alanda hizmeti kapsamaktadır (Tekin ve elik, 2012:82).

3.8.Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Sosyal yardımlar, geliri olmayan bakıma muhtaç kişilere sağlık yardımlarının karşılanması, savaş veya diğer nedenlerle göç eden sığınmacılara sağlık yardımı yapılması, gazilere şeref aylığı bağlanması, terörle mücadele eden kişilere aylık bağlanması, vatani hizmetlerde görev alanlara aylık bağlanması, korunma, bakım, rehabilitasyon hizmetlerinden bakıma muhtaç çocukların ücretsiz yararlandırılması, dereceye giren sporculara aylık bağlanması, 65 yaşını doldurmuş, kendisine bakacak kimsesi olmayanlara aylık bağlanması, sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birinden aylık almayan, mahkeme kararıyla nafaka bağlanmamış, herhangi devamlı gelire sahip olmayanlara aylık bağlanması şeklinde uygulanmaktadır (Kılıç ve Çetinkaya, 2012:96-97).

3.8.1.Osmanlı İmparatorluğu Dönemi Sosyal Güvenlik Sistemi

Osmanlı Devleti'nde sosyal güvenlik ile ilgili çalışmalar incelendiğinde sosyal yardımlar, aile içi yardımlaşma, meslek örgütlerinin yardımları ile kişilere katkı sağlanmıştır. Aile içi yardımlaşmada, iş kazası sonucu hastalanan ve çalışamayacak duruma gelen veya ölen kişilerin eş-çocuklarına, ailenin diğer fertleri bakmakla yükümlüdür. Ailenin fertleri birbirlerini ekonomik, sosyal ve diğer tüm risklere karşı korumaktadır. Bu tür yardımlaşma tarıma dayalı üretimin egemen olduğu toplum kesiminde görülmektedir. Osmanlı Devleti'nde meslek örgütlerinin yardımlaşmaları için Ahilik ve Lonca teşkilatları kurulmuştur. Osmanlı'da tarımın dışında en önemli üretim alanlarından biri el sanatlarıydı ve sosyal güvenlik önlemleri farklı özellikler göstermiştir. Diğer sosyal yardımlar, adak, kurban, fitre, zekat gibi dini yardımlar vakıflar aracılığı ile yapılan yardımlardan oluşmaktadır. Sosyal yardımlarda ihtiyaç sahipleri gözetilmiştir. 1866 yılında Osmanlı Devleti askeri, 1880'li yıllarda mülki memurlar ve bu kurumlara bağlı tekaüd sandıkları ile resmi olarak ilk sosyal güvenlik kurumları kurulmuştur. Bu sandıklar daha sonra Askeri ve Mülki Memurlar Sandığı adı altında birleştirilmiştir. Bu sandıkların finansmanı prim alınarak sağlanmıştır (Gümüş, 2010:7).

3.8.2.Cumhuriyet Dönemi Sosyal Güvenlik Sistemi

1936 yılında İş Kanunu çıkarılmıştır. Ülkemizde ilk kez 3008 sayılı İş Kanunu'nda sosyal sigortaların kurulmasına karar verilmiştir. Sosyal güvenlikle ilgili

bazı temel ilkeler bugün hala geçerlidir. İş Kanunu'nda kurulacak sigorta kollarının öncelik sırasını, sosyal sigortaların çalışanlar-çalışmayanlara kapsamını, sosyal sigortalarda zorunluluk ilkesini sosyal yardımlar adı altında düzenlemiştir. Kanun tarafından sosyal koruma sağlanacak risk faktörleri; hastalık ve ölüm, yaşlılık, analık, işten çıkma, iş kazaları ve meslek hastalıklarıdır (Güzel, 1978:177-178). 1945'den sonraki dönemde, birçok ülkede olduğu gibi İkinci Dünya Savaşı'nın bitmesiyle Türkiye'de de birçok gelişme meydana gelmiştir. 1950 yılında da "Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu", 1949 yılında "İhtiyarlık Sigortası", 1945 yılında "İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu" çıkarılmıştır. 1965 yılında bu kanunlar "Sosyal Sigortalar Kanunu" adı altında birleştirilmiştir. Böylece Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuş ve bu kurumun görevi, bir işyerinde ücretle çalışanların sosyal güvenliklerinin şeklinde belirlenmiştir. 1949 yılında, "Emekli Sandığı Kanunu" çıkarılmış ve bu konudaki görev de Emekli Sandığına verilmiştir (Ulutürk ve Dane, 2009:131). 1961 Anayasası ve sonrasında, sosyal güvenlik hakkına ve sosyal haklara 1961 Anayasası ile anayasal nitelik kazandırılmıştır. 1961 Anayasası kapsamında sosyal güvenlik sistemi yaygınlaştırılmıştır. 1971 yılında Bağ-Kur kurulmuştur ve Bağ-Kur Kanunu yasada yer almıştır. Bu kanunla bağımsız çalışanlar kendi adına sosyal güvenlik hakkına sahip olmuştur (Çımrın ve Durdu, 2015:66). Ülkemizde 2006 yılı öncesi ve sonrası olarak incelenmektedir. Bunlar: Primli sistem, sosyal yardımlar ve primsiz sistemdir. 2006-2008 dönemi öncesi primli sistemde, kanunen belirlenmiş çalışma şartlarında belirli süreler içinde işveren veya çalışanın kendisinin ödediği primlerden oluşmaktadır. Uzun vadeli sigorta kollarını (ölüm, malullük) ve kısa vadeli sigorta kollarını (meslek hastalığı, hastalık) kapsamaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı işçiler (işyerinde ücrete bağlı çalışanlar), Bağ-Kur prim ödeyen esnaf ve çiftçiler (kendi adına bağımsız çalışanlar), Emekli Sandığı, kamu görevliler (memurlar) içindir. Üç kurumun yanında ek olarak 17 sandık bulunmaktadır. Bu sandıkların devirleri devam etmektedir. Sandıkların bir kısmı Sosyal Sigortalar Kurumuna devredilmiştir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı işsizlik sigortası 1999 tarihinde yürürlüğe girmiştir (Gökbayrak, 2010:148). Primsiz sistem ise devlet tarafından sağlanan çalışmaya veya prim ödemesine bağlı olmadan muhtaç durumda olanlara veya devlet adına görevlerde bulunup başarı sağlayanlara yapılan yardımlardan oluşmaktadır (Gökbayrak, 2010:150). Sosyal güvende reformlar dört aşamalı olarak planlanmıştır. İlk aşama, tek çatı altında sosyal güvenlik kurumlarının toplanması, ikinci aşama, norm ve

standart birliğinin sosyal sigorta yükümlülüklerinin eksiksiz sağlanması, üçüncü aşama, genel sağlık sigortasının tüm nüfusu kapsayacak şekilde oluşturulması, dördüncü aşama, sosyal sigorta sisteminden primsiz ödemeler sisteminin çıkarılması ve tek elden yürütülmesidir (İzgi, 2008:94). 2006 yılında çıkarılan kanunla SSK(Sosyal Sigortalar Kurumu), Bağ-Kur, Emekli Sandığı, sosyal güvenlik kurumu adı altında toplanmıştır. Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü adı altında illerdeki kuruluşların il/bölge müdürlükleri bir araya toplanmıştır. Her ilde Sosyal Güvenlik Merkezleri kurulmuştur. Planlanan reformlarla çalışmalar büyük ölçüde tamamlanmıştır. Kişi hangi statüde çalışırsa çalışsın, illerdeki sosyal güvenlikle ilgili işlemler, sosyal güvenlik merkezlerinde veya sosyal güvenlik il müdürlüklerinde yürütülmektedir. 2008'de Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu uygulamaya konmuştur. Çalışanlara tek mevzuat ve kanun uygulanarak standartlarda birlik sağlanmıştır. Bu uygulamayla ister emekli, ister çalışan-çalışmayan ülkede yaşayan vatandaş veya yabancı uyruklular genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (Levent, 2013).

3.9.Sağlık Harcamaları

3.9.1.Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Hastalık ve sağlık kavramlarını anlaşılır kılmak için farklı hizmet modelleri geliştirilmiştir (Birn et al., 2009:134).Sağlık harcamalarının artması yaşam beklentisi, kişilerin finansal gücünü etkilemektedir. Ülkeler uzun dönemde sağlık harcamalarını planlarken yüksek gelirli ülkeleri baz almaktadırlar (Castro, 2016:663).

3.9.1.1.Kişi Başına Düşen Gelirin Artması

Sağlık harcamalarının büyük bir bölümü kamu kesimi tarafından karşılanmaktadır. Kamunun tüm hizmetlerinin gelir esnekliğinin yüksek olduğunu düşünürsek, kişisel gelirlerde de artış görülecektir. Bu durumda talep edilen kamu hizmetlerinde daha çok artış olacaktır. Sağlık harcamalarının büyük bölümünün kamu kesimi tarafından karşılandığı ülkelerde, kişisel gelirin artmasının sağlık harcamalarının talebinin artacağı sonucunu doğurmaktadır. Sonuç olarak, kişisel gelirin ve milli gelirin artması, özel veya kamu kurumları tarafından verilen sağlık hizmetlerinin talebini arttıracaktır. Sağlık hizmetleri için fonlara kolay ulaşmak için

birçok devlet, milli geliri arttırmaktadır. Böylece sağlık hizmetleri için devletlerin yapacakları harcamalar daha kolay artacaktır (Mutlu ve Işık, 2012:217-218).

3.9.1.2.Eğitim Seviyesinin ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Eğitim seviyesinin artması sağlıklı yaşama önem verilmesini beraberinde getirmektedir. Birçok alanda kişileri etkileyen sağlık hizmetlerinin, eğitim alanında da büyük önemi vardır. Bireylerin eğitim seviyeleri yükseldikçe, sağlık hizmetlerine taleplerde ve dolayısıyla yapılacak sağlık harcamalarında değişiklikler olacaktır. Kişilerin yaşam standartlarının yükselmesi ve iletişim ağlarındaki gelişmeler, sağlık kurumlarından kaliteli ve verimli hizmet beklentisi meydana getirmektedir (Kekeç ve ark., 2018:551).

3.9.1.3.Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Ülkelerin ekonomik büyümeleri ile sağlık harcamaları birbiriyle bağlantılıdır. Ekonomi ve sağlık arasındaki ilişkinin sonucu olarak sağlık harcamaları ekonomik büyümeye katkıda bulunmaktadır. Kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik büyümelerinde etkili olması sonucunda pozitif dışsallıklar ortaya çıkmaktadır (Beraldo et al., 2005:16). Ülkelerdeki sağlık harcamaları ve yaşam süreleri arasında yakın ilişki vardır. Ülkedeki yaşam süresi arttıkça sağlık harcamaları artmaktadır. Bunun asıl sebebi sağlık hizmetlerine talebin, yaşlılık döneminde artmasıdır. Yaşlı hastaların zaman zaman çok fazla sağlık hizmeti tüketmesi harcamaların artmasında etkilidir. Bu nedenle harcamalardaki kontrolsüz artış ile ilgili önlemler alınması gerekmektedir (Warnes, 1995:157-158). Gelişmemiş ülkelerdeki düşük kamu sağlık harcamaları sağlık sistemini zayıflatmaktadır. Kamuya ait sağlık kuruluşlarında hizmetlere kolay erişememenin nedenleri arasında uzun bekleme süreleri, kalitesiz bakım hizmetleri yer almaktadır (Rout and Mahapatra, 2019:146).

3.9.1.4.Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler

Yaşam sürelerinin uzaması, değer yargılarının değişmesi ile hayat standartlarının değişmesi sonucunda sağlık problemleri meydana gelmektedir. Eğitim seviyesinin artması sağlıklı yaşam farkındalığını arttırmış, bunula birlikte sağlıkla ilgili endişeler ortaya çıkmıştır. Bu duruma paralel olarak sağlık harcamalarında artış görülmektedir. Alkol ve uyuşturucu kullanımının artmasıyla birlikte sağlık harcamalarında artışlar

olmaktadır. Örneğin, İngiltere ve Amerika'da uyuşturucu ve alkol kullanımının sonucunda yapılan sağlık harcamaları büyük boyutlara ulaşmıştır (Edgman et al., 1996:166). Geçmişte pahalı olan teşhis ve tedavi yöntemleri, günümüzde olmazsa olmaz bir nitelik kazanmıştır (Demir ve Tanyıldız, 2017:103).

3.9.1.5. Teknolojik Gelişmeler

Teknolojik gelişmelerle ortaya çıkan yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ve uzman kadronun yetişmesi sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihazların bakım onarımı için yapılan harcamalar vardır. Teknolojinin gelişmesine paralel olarak yapılan bu harcamalar, sağlığa yapılan harcamaları arttırmaktadır (Kurtulmuş, 1998). Teknolojide yaşanan gelişmelerle sağlık hizmetine talebin artması, verilen hizmetin eşit, kaliteli olması gelişen teknolojilerin yüklediği ilave maliyetlerle birlikte sağlık harcamalarını arttırmaktadır (Uğurlu, 2016). Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkeler tıbbi teknoloji ile ilgili gelişmiş ülkelere bağımlıdır ve bu ülkeler pazar niteliğindedir. Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkeler tıbbi teknoloji ile ilgili düzenlemeler yeterli olmadığı için, sağlık harcamaları artmaktadır (Şemin, 1999:14).

3.10. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı Açısından Hakkaniyet

Yatay hakkaniyet ve dikey hakkaniyet olarak iki şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanı incelenmektedir. Dikey ve yatay hakkaniyet vergi literatüründen gelmektedir. Toplumda farklı ödeme gücüne sahip kişilerin sağlık hizmetlerinin finansmanı için katkıda buldukları dikey hakkaniyetle ifade edilmektedir. Yatay hakkaniyet, aynı ekonomik güce sahip kişilerin aynı katkıyı yapmasını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının doğru işleyip işlemediği ile ilgili incelemelerde dikey hakkaniyet dikkate alınmaktadır. Dikey hakkaniyete göre sağlık hizmetleri ödemeleri azaldığında azalan oranlı, sağlık hizmetleri ödemeleri arttığında, artan oranlı olarak değerlendirilmektedir. Orantılı sistem, gelir gruplarının eşit miktarda yaptıkları katkılardır. Adaletli olarak değerlendirilen sistemler, artan oranlı ve orantılı sistemlerdir. Adaletsiz olarak tanımlananlar ise azalan oranlı sistemlerdir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının artan oranlı ve adaletli olması aynı anlamı olarak kullanılmaktadır (Alcan ve Özsoy, 2017:184).

3.11. 2013-2017 Yılları Arası Türkiye'deki Sağlık Harcamaları Göstergeleri

Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık hizmetlerinin yanında sağlık harcamaları ve harcamaları etkileyen faktörler de işlenmiştir. 2013-2017 yılları arasında yapılan sağlık harcamaları adı altında hastaneler, evde hemşirelik harcamaları, ayakta bakım harcamaları, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme harcamaları, halk sağlığı programları harcamaları, genel sağlık yönetimi ve sigorta harcamaları, sınıflandırılmayan kategori harcamaları ve yatırım harcamaları oranları verilmiştir. Genel olarak yapılan harcamalar incelendiğinde, en çok harcamanın hastanelere, genel sağlık yönetimi ve sigortaya ise en az harcama yapıldığı görülmektedir.

Çizelge 3.1. 2013 Yılı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

2013	Devlet Harcamaları					Özel Sektör Harcamaları		
	Genel Toplam	Toplam Harcamalar	Merkezi Devlet Harcamaları	Yerel Devlet Harcamaları	Sosyal Güvenlik Harcamaları	Toplam	Hanehalkı	Diğer
Toplam Sağlık Harcamaları	84 390	66 228	18 425	810	46 993	18 162	14 156	4 006
Cari Sağlık Harcamaları	79 702	62 447	15 682	638	46 127	17 255	13 491	3 764
Hastane Harcamaları	41 785	34 095	8 182	67	25 847	7 689	5 637	2 053
Evde Hemşirelik Harcamaları	2	-	-	-	-	2	-	2
Ayakta Bakım Harcamaları	10 807	7 978	3 994	340	3 644	2 830	2 257	573
Perakende Satış ve Tıbbi Ürün Harcamaları	21 230	15 742	61	8	15 673	5 489	4 777	712
Halk Sağlığı Programları Harcamaları	3 167	3 167	3 066	101	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve sigorta Harcamaları	312	207	-	-	207	106	-	106
Sınıflandırılmayan Kategori Harcamaları	2 398	1 258	379	122	757	1 140	820	320
Yatırım Harcamaları	4 688	3 781	2 743	172	866	907	665	242

Kaynak: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 25.04.2019

2013 yılında devletin ve özel sektörün yaptığı harcamalarda, hastanelere en fazla harcama yapılmıştır. Devlet, genel sağlık yönetimi ve sigortaya, özel sektör ise evde hemşirelik bakımına en az harcama yapmıştır. Devletin harcamalarında evde hemşirelik bakımına, özel sektörde ise halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimine harcama yapılmamıştır.

Çizelge 3.2. 2014 Yılı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

2014	Devlet Harcamaları					Özel Sektör Harcamaları		
	Genel Toplam	Toplam Harcamalar	Merkezi Devlet Harcamaları	Yerel Devlet Harcamaları	Sosyal Güvenlik Harcamaları	Toplam	Hanehalkı	Diğer
Toplam Sağlık Harcamaları	94 750	73 382	21 282	744	51 356	21 368	16 819	4 549
Cari Sağlık Harcamaları	88 878	68 974	18 213	704	50 058	19 904	15 754	4 150
Hastane Harcamaları	46 429	37 606	9 566	54	27 986	8 823	6 422	2 401
Evde Hemşirelik Harcamaları	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta Bakım Harcamaları	11 624	8 334	4 444	351	3 539	3 290	2 682	608
Perakendesatış ve Tıbbi Ürün Harcamaları	24 136	17 627	72	12	17 542	6 509	5 676	833
Halk Sağlığı Programları Harcamaları	3 836	3 836	3 714	122	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	374	225	-	-	225	149	-	149
Sınıflandırılmayan Kategori Harcamaları	2 479	1 346	417	164	765	1 133	974	159
Yatırım Harcamaları	5 871	4 407	3 069	40	1 298	1 464	1 065	398

Kaynak: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 25.04.2019

2014 yılında devletin ve özel sektörün yaptığı harcamalarda, hastanelere en fazla harcama yapılmıştır. Devlet, genel sağlık yönetimi ve sigortaya, özel sektör ise evde hemşirelik bakımına en az harcama yapmıştır. Devletin harcamalarında evde hemşirelik bakımına, özel sektörde ise halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimine harcama yapılmamıştır.

Çizelge 3.3. 2015 Yılı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

2015	Devlet Harcamaları					Özel Sektör Harcamaları		
	Genel toplam	Toplam Harcamalar	Merkezi Devlet Harcamaları	Yerel Devlet Harcamaları	Sosyal Güvenlik Harcamaları	Toplam	Hanehalkı	Diğer
Toplam Sağlık Harcamaları	104.568	82 121	25 286	927	55 908	22 446	17 315	5 131
Cari Sağlık Harcamaları	96 786	75 622	20 265	893	54 464	21 163	16 404	4 760
Hastane Harcamaları	51 083	41 521	10 726	67	30 727	9 562	6 796	2 766
Evde hemşirelik Harcamaları	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta Bakım Harcamaları	12 341	8 857	4 790	425	3 642	3 484	2 761	723
Perakendesatış ve Tıbbi Ürün Harcamaları	25 888	19 122	70	12	19 040	6 766	5 844	923
Halk sağlığı Programları Harcamaları	4 374	4 374	4 218	156	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	416	241	-	-	241	174	-	174
Sınıflandırılmayan Kategori Harcamaları	2 683	1 507	461	233	814	1 176	1 003	173
Yatırım Harcamaları	7 782	6 499	5 021	34	1 444	1 283	912	371

Kaynak: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 25.04.2019

2015 yılında devletin ve özel sektörün yaptığı harcamalarda, hastanelere en fazla harcama yapılmıştır. Devlet, genel sağlık yönetimi ve sigortaya, özel sektör ise evde hemşirelik bakımına en az harcama yapmıştır. Devletin harcamalarında evde hemşirelik bakımına, özel sektörde ise halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimine harcama yapılmamıştır.

Çizelge 3.4. 2016 Yılı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

2016	Devlet Harcamaları					Özel Sektör Harcamaları		
	Genel Toplam	Toplam Harcamalar	Merkezi Devlet Harcamaları	Yerel Devlet Harcamaları	Sosyal Güvenlik Harcamaları	Toplam	Hanehalkı	Diğer
Toplam Sağlık Harcamaları	119.756	94.012	28.731	1.118	64.163	25.744	19.562	6.182
Cari Sağlık Harcamaları	112.540	88.279	24.290	1.064	62.925	24.261	18.531	5.730
Hastane Harcamaları	60.141	49.099	12.970	76	36.054	11.042	7.677	3.365
Evde Hemşirelik Harcamaları	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta Bakım Harcamaları	14.257	10.283	5.606	531	4.145	3.974	3.119	855
Perakendesatış ve Tıbbi Ürün Harcamaları	29.321	21.675	70	13	21.592	7.646	6.602	1.045
Halk Sağlığı Programları Harcamaları	5.355	5.355	5.181	174	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	498	272	-	-	272	227	-	227
Sınıflandırılmayan Kategori Harcamaları	2.967	1.596	463	270	863	1.371	1.133	238
Yatırım Harcamaları	7.216	5.733	4.441	54	1.238	1.483	1.031	452

Kaynak: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 25.04.2019

2016 yılında devletin ve özel sektörün yaptığı harcamalarda, hastanelere en fazla harcama yapılmıştır. Devlet, genel sağlık yönetimi ve sigortaya, özel sektör ise evde hemşirelik bakımına en az harcama yapmıştır. Devletin harcamalarında evde hemşirelik bakımına, özel sektörde ise halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimine harcama yapılmamıştır.

Çizelge 3.5. 2017 Yılı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

2017	Devlet Harcamaları					Özel Sektör Harcamaları		
	Genel Toplam	Toplam Harcamalar	Merkezi Devlet Harcamaları	Yerel Devlet Harcamaları	Sosyal Güvenlik Harcamaları	Toplam	Hanehalkı	Diğer
Toplam Sağlık Harcamaları	140.647	109 744	35 316	1 303	73 125	30 904	24 004	6 900
Cari Sağlık Harcamaları	130.981	101 786	27 694	1 216	72 876	29 195	22 770	6 425
Hastane Harcamaları	69.636	56 826	15 016	77	41 733	12 810	9 252	3 558
Evde Hemşirelik Harcamaları	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta Bakım Harcamaları	17 163	11 403	6 378	602	4 423	5 760	4 547	1 213
Perakende satış ve Tıbbi Ürün Harcamaları	33 908	25 553	64	10	25 479	8 355	7 275	1 080
Halk Sağlığı Programları Harcamaları	6 011	6 011	5 802	209	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	601	293	-	-	293	309	-	309
Sınıflandırmayan Kategori Harcamaları	3 660	1 700	434	318	948	1 960	1 696	265
Yatırım Harcamaları	9 666	7 958	7 623	86	249	1 709	1 234	475

Kaynak: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 25.04.2019

2017 yılında devletin ve özel sektörün yaptığı harcamalarda, hastanelere en fazla harcama yapılmıştır. Devlet, genel sağlık yönetimi ve sigortaya, özel sektör ise evde hemşirelik bakımına en az harcama yapmıştır. Devletin harcamalarında evde hemşirelik bakımına, özel sektörde ise halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimine harcama yapılmamıştır.

3.12. Türkiye'deki Sağlık Personeli ile İlgili Göstergeler

Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık hizmetleri, sağlık hizmet düzeyleri, sağlık hizmeti üreten kurumlar ayrıntılı olarak işlenmiştir. Bu yüzden 2002-2017 yıllarına ait sağlık personel sayıları, 2009-2017 yıllarına ait hekim başına hasta müracaat sayısı, hekim başına düşen kişi sayısı, hekim sayısı, 2000-2017 sağlık personeli başına düşen kişi sayısı, toplam sağlık kurumu sayısı, 2000-2017 yılları arasındaki yataklı sağlık kurumu sayısı, yataksız sağlık kurumu sayısı, toplam yatak sayısı açıklama kısmını güçlendirmek için bu bölüme eklenmiş ve yorumlanmıştır.

Çizelge 3.6: Sağlık Personeli Sayısı 2002-2017

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe	Eczacı	Diğer Personel
2002	91.949	16 371	72 393	50 106	41 479	22 289	83 964
2003	94.466	17 744	74 483	57 416	41 662	22 371	101 229
2004	97.110	17 893	75 753	60 959	43 229	22 608	111 646
2005	100.853	18 149	78 182	62 035	43 541	22 756	131 223
2006	104.475	18 332	82 626	67 514	44 483	23 140	150 053
2007	108.402	19 278	94 661	79 441	47 175	23 977	167 585
2008	113.151	19 959	99 910	89 540	47 673	24 778	169 763
2009	118.641	20 589	105 176	93 550	49 357	25 201	197 386
2010	123.447	21 432	114 772	99 302	50 343	26 506	198 694
2011	126.029	21 099	124 982	110 862	51 905	26 089	209 126
2012	129.772	21 404	134 906	122 663	53 466	26 571	209 736
2013	133.775	22 295	139 544	134 488	53 427	27 012	224 618
2014	135.616	22 996	142 432	149 616	52 838	27 199	229 625
2015	141 259	24 834	152 803	145 943	53 086	27 530	331 337
2016	144 827	26 674	152 952	144 609	52 456	27 864	321 952
2017	149 997	27 889	166 142	155 417	53 741	28 512	339 241

Kaynak: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.01.2019

2002 ve 2017 yılları arasında toplam hekim, diş hekimi, hemşire, sağlık memuru, ebe, eczacı ve diğer personel sayılarında artış görülmektedir.

Çizelge 3.7. Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, 2000-2017

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe	Eczacı
2000	754	4 039	924	1 238	1 545	2 930
2001	725	4 052	897	1 229	1 562	2 945
2002	722	4 056	917	1 325	1 601	2 979
2003	711	3 786	902	1 170	1 613	3 003
2004	700	3 801	898	1 116	1 573	3 008
2005	683	3 794	881	1 110	1 582	3 026
2006	667	3 804	844	1 033	1 568	3 013
2007	651	3 661	746	889	1 496	2 944
2008	632	3 583	716	799	1 500	2 886
2009	612	3 524	690	776	1 470	2 879
2010	597	3 440	642	742	1 464	2 781
2011	593	3 542	598	674	1 440	2 864
2012	583	3 533	561	617	1 414	2 846
2013	573	3 439	549	570	1 435	2 838
2014	573	3 379	545	519	1 470	2 857
2015	577	3 171	515	540	1 483	2 860
2016	551	2 992	522	522	1 522	2 864
2017	539	2 898	486	520	1 504	2 834

Kaynak: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.01.2019

2002-2017 yılları arasında hekim, diş hekimi, hemşire, sağlık memuru, ebe, eczacı ve diğer personel başına düşen kişi sayılarında azalma görülmektedir.

Çizelge 3.8. Toplam Sağlık Kurumu Sayısı, Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı, Yataksız Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı

Yıllar	Toplam Sağlık Kurumu Sayısı	Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı	Yataksız Sağlık Kurumu Sayısı	Toplam Yatak Sayısı
2000	10 747	1 183	9 564	134 950
2001	10 581	1 199	9 382	140 710
2002	9 685	1 156	8 529	164 471
2003	9 183	1 174	8 009	165 465
2004	9 038	1 217	7 821	166 707
2005	8 870	1 196	7 674	170 972
2006	9 831	1 203	8 628	174 342
2007	11 839	1 317	10 522	178 000
2008	13 818	1 350	12 468	183 183
2009	15 205	1 389	13 816	188 638
2010	26 993	1 439	25 554	200 239
2011	27 997	1 453	26 544	194 504
2012	29 960	1 483	28 477	200 072
2013	30 116	1 517	28 599	202 031
2014	30 176	1 528	28 648	206 836
2015	30 449	1 533	28 916	209 648
2016	32 980	1 510	31 470	217 771
2017	33 587	1 518	32 069	225 863

Kaynak: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.01.2019

2001-2006 yılları arasında toplam sağlık kurumu sayısında azalma vardır. 2007 yılında itibaren artma başlamıştır. 2007 yılında 11.839 sağlık kurumu varken, bu sayı 2014 yılında 30.176'ya yükselmiştir. 2000-2014 yılları arasında yataklı sağlık kurumu sayısında artış vardır.

2000 yılında yataksız sağlık kurumu sayısı 9.564 iken 2004 yılında 7.821'e düşmüştür. 2007 yılından itibaren artış görülmektedir ve 2014 yılında 28.648'e ulaşmıştır. 2000-2017 yılları arasında toplam yatak sayılarında artış vardır. 2000 yılında toplam yatak sayısı 134.950 iken, 2017'de 225.863'e ulaşmıştır.

Çizelge 3.9. Hekim Başına Hasta Müracaat Sayısı, Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı, Hekim Sayısı, Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, 2009-2017

Yıllar	Hekim Sayısı	Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı	Hekim Başına Düşen Hasta Müracaat Sayısı
2009	118.641	612	4.447
2010	123.447	597	4.367
2011	126.029	593	4.850
2012	129.772	583	4.791
2013	133.775	573	4.712
2014	135.616	573	4.648
2015	141.259	557	4.673
2016	144.827	551	4.735
2017	149.997	539	4.793

Kaynak: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.01.2019

2009-2017 yılları arasında hekim sayısında ve hekim başına düşen hasta müracaat sayısında artma, hekim başına düşen kişi sayısında azalma vardır.

3.13. Türkiye, Amerika, İngiltere, Fransa, Almanya, İtalya'nın 2007-2015 Yılları Arasındaki Sağlık Göstergeleri

2007-2015 yılları arasındaki, Türkiye, Amerika, İngiltere, Fransa, Almanya, İtalya'nın sağlık harcamaları, devletin yaptığı sağlık harcamaları, kızamık aşılama, tüberkuloz insidansı, 1000 kişiye düşen hekim sayısı oranları bu bölümde ele alınmıştır.

Çizelge 3.10. Amerika Birleşik Devleti Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları %	14,9	15,2	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,5	16,8
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları %	6,9	7,2	7,8	7,9	7,9	7,9	7,9	8,2	8,4
Kızamık Aşılama %	92	92	90	92	92	91	92	92	92
Tüberkuloz İnsidansı (100.000)	4,9	4,3	4,2	3,9	3,7	3,3	3,2	3,3	3,1
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	2,41	2,41	2,42	2,42	2,45	2,49	2,55	2,56	-

Kaynak: www.data.worldbank.org, Erişim Tarihi: 05.05.2018

Amerika Birleşik Devleti'nin sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında ve 1000 kişiye düşen hekim sayısında artış görülmektedir. Devletin yaptığı sağlık harcamaları 2007 yılında 6,9'dur ve 2015 yılına kadar 8,4'e çıkmıştır. 2010-2013 yılları arasında devletin yaptığı sağlık harcama oranında değişim olmamıştır. Kızamık aşılama oranlarında değişim % 1 oranındadır. Tüberkuloz insidansı (100.000) oranlarında düşüş vardır.

Çizelge 3.11. İngiltere Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları %	7,4	7,7	8,5	8,5	8,4	8,4	9,8	9,7	9,8
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları %	6,2	6,5	7,3	7,2	7,1	7	7,9	7,8	7,9
Kızamık Aşılama %	86	86	86	89	90	92	93	93	95
Tüberkuloz İnsidansı (100.000)	15	15	15	14	15	14	13	11	10
1000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı	-	-	-	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
1000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı	-	-	-	2,6	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8
1000 Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı	-	-	-	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8

Kaynak: www.data.worldbank.org, Erişim Tarihi: 05.05.2018

İngiltere'nin sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında, kızamık aşılama oranlarında artış görülmektedir. Tüberkuloz insidansı (100.000) oranlarında düşüş vardır. 1000 kişiye düşen hekim sayısında değişim yoktur. 1000 kişiye düşen hekim sayısı, 1000 kişiye düşen eczacı sayısında 2007 ve 2009 yılları arasındaki veriler bulunmamaktadır. 2010 yılı itibariyle 0,1 oranında artış vardır.

Çizelge 3.12. Fransa Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları %	9,9	10,10	10,8	10,7	10,7	10,8	10,9	11	11
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları %	7,8	7,9	8,4	8,3	8,3	8,4	8,5	8,5	8,7
Kızamık Aşılama %	90	89	89	89	89	90	89	91	91
Tüberkiloz İnsidansı (100.000)	10	10	9,1	8,8	8,7	8,6	8,6	8,2	8,1
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
1000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı	3,6	-	-	-	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2
1000 Kişiye Düşen Eczacı Sayısı	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Kaynak: www.data.worldbank.org, Erişim Tarihi: 05.05.2018

Fransa'nın sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında, kızamık aşılama oranlarında artış görülmektedir. Tüberkiloz insidansı (100.000) oranlarında düşüş vardır. 1000 kişiye düşen hekim sayısında, 1000 kişiye düşen eczacı sayısında değişim yoktur. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 2007 yılında 3,6'dır fakat 2011 yılından itibaren düşüş göstermiştir. 2008-2010 yıllarının verileri yoktur.

Çizelge 3.13. Almanya Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları %	9,9	10,1	11,1	11	10,7	10,8	10,9	11	11,1
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları %	7,6	7,7	9,3	9,2	8,9	8,9	9,1	9,3	9,4
Kızamık Aşılama %	97	97	97	97	97	97	97	97	97
Tüberküloz İnsidansı (100.000)	6,6	5,9	5,9	5,8	5,8	5,7	5,9	6,1	8
1000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı	-	-	-	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
1000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı	3,4	3,5	-	3,7	3,8	3,9	4	4,1	4,1
1000 Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

Kaynak: www.data.worldbank.org, Erişim Tarihi: 05.05.2018

Almanya'nın sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında, tüberküloz insidansı (100.000) oranlarında ve 1000 kişiye düşen hekim sayısında artış görülmektedir. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısında, kızamık aşılama oranlarında ve 1000 kişiye düşen eczacı sayısında değişim yoktur. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısında 2007-2009 yılları arasındaki oranlar yoktur.

Çizelge 3.14. İtalya Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları %	8,1	8,5	8,9	8,9	8,8	8,9	8,9	9	8,9
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları %	6,3	6,6	7	7	6,8	6,8	6,8	6,8	6,7
Kızamık Aşılama %	90	90	90	91	90	90	90	87	85
Tüberküloz İnsidansı (100.000)	5,3	8	7,9	8,7	6,6	6	5,8	6,5	6,7
1000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı	-	-	-	-	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	-	4,2	3,8	-	-	3,8	3,9	3,9	3,8
1000 Kişiye Düşen Eczacı Sayısı	-	-	-	-	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

Kaynak: www.data.worldbank.org, Erişim Tarihi: 05.05.2018

İtalya'nın sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında ve tüberküloz insidansı (100.000) oranlarında artış görülmektedir. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısında, 1000 kişiye düşen eczacı sayısında değişim yoktur ve 2007-2010 yılları arasındaki veriler bulunmamaktadır. 1000 kişiye düşen hekim sayısında, kızamık aşılama oranlarında azalma vardır.

Çizelge 3.15. Türkiye Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları %	5,2	5,2	5,5	5	4,6	4,4	4,4	4,3	4,1
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları %	3,6	3,8	4,4	-	3,7	3,5	3,4	3,3	3,2
Kızamık Aşılama %	96	97	97	97	98	96	98	94	97
Tüberküloz İnsidansı (100.000)	31	29	27	25	24	22	20	20	18
1000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
1000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	-
1000 Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Kaynak: www.data.worldbank.org, Erişim Tarihi: 05.05.2018

Türkiye'nin sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında ve tüberküloz insidansı (100.000) oranlarında azalma vardır. 1000 kişiye düşen eczacı sayısında değişim yoktur. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısında 2007 ve 2014 yılları arasında değişim görülmemektedir. 2015 yılında 0,1'lik artış vardır. 1000 kişiye düşen hekim sayısında 2008-2009 yıllarında ve 2010-2014'te değişim yoktur. 2007'den 2014 yılına kadar 0,2'lik artış vardır.

4.BÖLÜM:SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

J.M. Keynes' in yazdığı 'Para, Faiz ve İstihdamın Genel Teorisi' adlı eseri ekonomiyi bilim dalı haline getirmiştir. 2.Dünya Savaşı sonrasındaki dönem Keynes'in Altın Çağı'dır (Kurumlu, 2014:3-4). Sağlık ekonomisi, sağlık ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek veya sürdürmek için tasarlanmış, genellikle maliyetlere (girdilere) odaklanan etkinlikler ve sağlık hizmeti müdahalelerinin sonuçlarını incelemektedir. Sağlığı etkileyen davranışlar, üretim ve tüketimde verimlilik, etkinlik, fayda, değer, kalite, etik ve davranış sağlık ile ilgili konularla ilgilidir (Santos et al., 2017:6). Sağlık ekonomisi, ekonomi kurallarının sağlıkla ilgili konulara uygulanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunun pahalı olması gelişmiş ülkelerdeki eğitim seviyesine bağlıdır. Günümüzde dünya nüfusunun, sanayileşmeye bağlı olarak çalışma sürelerinin kısalması, yaş ortalamasının artması, alternatif tıbbın daha fazla kabul görmesi sağlığa talebi artırmaktadır (Özer ve Songur, 2012:71). Ekonomi biliminin teori, kavram ve yönetiminin sağlığın tüm alanlarındaki tüm faaliyetlere ve sağlık kurumlarına uygulanmasına sağlık ekonomisi denmektedir. Sağlık ekonomisi alanına giren temel konular; sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık politikalarının oluşturulması ve değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili her türlü kaynak kullanımı, sağlık hizmeti sunan kurumların yönetimi ve organizasyonu, sağlık hizmetinin üretimi ve sunulması, kullanılması, tüm kaynakların sağlık sektöründeki kaynak tahsisi, birey ve toplum sağlığıyla ilgili düzenlemelerin ekonomik sonuçlarının değerlendirilmesi gibi konulardır. Sağlık ekonomisiyle ilgili ilk çalışmalar, Amerikan Tıp Birliğince 1931 yılında kurulan Tıbbi Ekonomi Bürosu tarafından yapılmıştır. Sağlıkta artan maliyetlere, tıbbi teknolojiye, sağlık sektöründeki piyasa ve fiyat gibi konuları ele almıştır. Mushkin, sağlık ekonomisi konusunu ilk kez ele almıştır. Kenneth Arrow, sağlıkta belirsizlik konusunu incelemiş ve sağlık alanında piyasa ekonomisinin kurallarının geçerli olmayacağını sebeplerini anlatmıştır. 1972'de Grossman'ın sağlığı yatırım olarak ele alan çalışması

sağlık ekonomisinin temeli olarak kabul edilmiştir. 1972 yılındaki bu çalışmada, sağlığın talebini, kurduğu modelle açıklamıştır. Modelde iki unsur vardır; sağlık hizmetleri üretilmesi ve sermaye stoğudur. Her bireyde başlangıçta belirli sağlık birikimi vardır. Zamanla sermaye stoğunda azalmalar olmaktadır. Bu azalmalar, kişilerin kendi sağlıklarına yapacakları yatırımlarla giderilebilir. Sağlık stoğunun geliştirilmesi ve korunmasına yönelik harcamalar kısaca gölge fiyatı, tedavi ücreti başta olmak üzere birçok faktöre bağlıdır. Sağlıkta, yaşlandıkça ortaya çıkacak sağlık sorunlarında gölge fiyatın artacağı, bunun sebebinin sağlığın korunması olduğu düşüncesi ileri sürülmüştür. Fakat kişilerin, hayat standartları iyileştikçe, sağlığın daha fazla dikkat edeceği düşünülerek, bu fiyat düşecektir. Belirli koşullar da sağlığın korunmasının maliyeti arttıkça, ilaçla tedavi talebinin artacağı savunulmaktadır. 1980'lerden sonra, Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası'nın çalışmalarıyla sağlığın ölçülmesi için göstergeler geliştirilmiştir. Bu göstergeler kullanılarak ülkelerin sağlık durumları sayısal değerlerle ifade edilmiş ve uluslararası karşılaştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Sağlık Statüsünde sağlığın göstergeleri, sağlık hizmetlerinde kaynak kullanılması, üretilmesi, sunulması, tüketilmesi, toplumsal sağlığın korunması, toplumsal refahı etkileyen hatta belirleyen unsurların başında gelmektedir. Sağlıklı olmayı istemek kanuni haktır. Acil sağlık hizmeti gerektiren ve gerek duyulduğu zamanlarda sağlık hizmetlerinden yararlanmak bir zorunluluktur. Ekonomik olarak mal ve hizmetler sınıflandırıldığında zorunlu mal ve hizmetler arasında sağlık hizmeti yer almaktadır. Sağlık kuruluşlarında hangi sağlık hizmetlerinin üretilmesi gerektiğine karar verilirken, bireylerin sağlıkla ilgili taleplerine bakmak gerekmektedir. Hastalıkların görülme oranı ve sıklığı, fiziksel engeller, hastalıkların riskleri, ortalama yaşam süresi gibi birçok faktör dikkate alınarak tanımlanmış, toplumların genel sağlığı, 'sağlık statüsü' adı altında tanımlanmaktadır. Fiziksel, ruhsal işlevsellik, yaşam kalitesi gibi unsurlar kullanılarak, yaşam standardı ve hasta olmama halinin değerlendirilmesi, bireyin sağlık statüsü olarak adlandırılmaktadır. Kişilerin ya da toplumun sağlık statüsünün sayısal olarak ifade edilmesi, ölçülebilmesi, bu değerlendirmenin yapılabilmesi için gereklidir. Sağlık statüsü, istatistiksel yöntemlerle geliştirilen çeşitli sayısal göstergelerle ölçülebilmekte ve objektif olarak ifade edilebilmektedir. Sağlık statüsü kavramı ile ilgili Berger'in geliştirdiği modelde sağlığın anatomik, biyokimyasal, genetik, fonksiyonel, fizyolojik ve potansiyel sağlık konuları vardır. Bu modelde sağlık statüsünü etkileyen, sağlık bakım hizmetlerine yönelik faktörler, bireysel,

toplumsal, çevresel, sosyo-ekonomik unsurlar sağlık statüsünün boyutlarından çok, sağlık veya sağlık statüsü sonuçlarını etkileyen süreçler olarak incelenmektedir. Sağlık statüsü ile ilgili doğru ve yeterli verilere sahip olmak ülke ve topluma sunulacak sağlık hizmetleri için gereklidir. Edinilen bilgilerin çeşidine ve güvenilirliğine bağlı olarak sağlıkta öncelikler belirlenir. Böylece, toplumda kaynak kullanımında etkinlik ve kaynakların tahsisi sağlanabilmektedir. Sağlığın belirleyicilerinin ortaya konulabilmesi, sağlık statüsünün ölçülebilmesi, toplumu sağlık risklerine karşı korumak için şuan ve gelecekte yardımcı olacaktır. Sağlık statüsü göstergeleri üç başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; Sağlıklı yaşam beklentisi ve ortalama yaşam beklentisi, ölüm oranları, hastalığın görülme sıklığı ve oluşu, hastalık oranı, hastalık yükü (Ulutürk, 2015:52-53).

4.1.Sağlık Ekonomisi Kavramları

Ekonominin 1970'li yıllarda tekrar krize girmesiyle birlikte alınacak kararlar için devlet yaklaşımı takip edilmiştir. Küresel rekabetin zamanla daha acımasız hale gelmesi, durgunlukla birlikte enflasyon, işsizlik ve bütçe açıklarının artmasının sonucunda Keynesyen politikalar ve refah devleti anlayışı sorgulanır hale gelmiştir. Yüzyılın başında krizlerden çıkış yolu, kalkınmanın itici gücü ve ana faktörü olarak görülen devlet, 20.yy'ın sonlarına doğru yönetim krizlerinin ve ekonomik krizlerin sorumlusu olarak görülmüştür (Soyupek, 2018:299).

Sağlık ekonomisi ile ekonomik büyüme arasındaki entegrasyon eksikliği sebebiyle sağlık ekonomisine karşı önyargı vardır (Chiu et al., 2011:307). Sağlık ekonomisi; uluslararası sağlık, kalkınma, gibi politik uygulamalardan dolayı hızla gelişme göstermiştir. Böylece sağlık ekonomisinin önemli bir yeri olmuştur (Trujillo et al., 2015:747). Sağlık ekonomisinde, 1929 Dünya Ekonomik Bunalımı önemli olaylardandır. Sağlık ekonomisi, ekonomik ilkeler ve yöntemlerin uygulanabileceği önemli alanlardan biridir. Bu kapsamda sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin matematiksel araştırma yöntemleri, ekonomideki model ve teorilerde sağlığın her konuda analizi için kullanılabilen akademik terimdir. Araştırma alanları; sağlık hizmetlerinin ulusal ve uluslararası düzeydeki etkisi, sağlık hizmeti kaynaklarının etkinliği, verimliliği, finansmanı konularını incelemektedir. Sağlık ekonomisinin alt segmentleri; ulusal ve uluslararası düzeyde etkisi bulunan sağlığa kaynakların artması, tanı-tedavi olanaklarının gelişmesi, sağlık hizmetlerinde kapasitenin etkin

kullanılması, sağlık hizmetlerinin verimliliği, sağlık personeli, gelişen tıbbi teknoloji, finansman kaynakları gibi önemli unsurlar, sağlık ekonomisinin mevcut durumunu göstermektedir. Sağlık sektörü, sağlıkta üretim ve tüketimin alt sektörlerinin ayrı ayrı finansmanları ve bunların birbirlerini etkilemesi sonucunda meydana gelmiştir. Ülkelerin ekonomik büyüme oranlarında sağlık hizmetleri ve finansmanı önemli paya sahiptir (Karaman ve ark., 2015:198).

4.2. Sağlık Ekonomisinin Özellikleri

Ekonomik büyüme ve sağlık arasındaki ilişki tek yönlüdür. Ekonomik büyüme, sağlık ve sağlığı kapsayan tüm alanları, sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlarda dahil iyi yaşam koşullarını teşvik etmektedir (Frenk, 2014:62). Kişilerin bütçelerine bakmadan, sağlık hizmetine olan gereksinimleri, sağlık hizmetine ulaşmayı ifade etmektedir. Şartlar ne olursa olsun, sağlık hizmet taleplerinin karşılanması gerekmektedir. Sosyal güvenlik kurumuna bağlı olarak devlet tarafından sağlık hizmeti verilmektedir. Bunun sonucu olarak, sağlık hizmetleri devlete bağlı tüm kurumlarda kar amaçlı değil, sosyal amaçlıdır. Sağlık standartlarının ve kalitesinin belirlenmesini sağlamak verimliliği arttırmak, hizmete ulaşımı kolaylaştırmak, memnuniyeti arttırmak, yapılan tüm harcamaları denetlemek, sağlanan kaynakların etkili kullanılmasını sağlamak, sağlık ekonomisinin şartlarıdır (Boyacıoğlu, 2012:17). Sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin önemli unsurlarındandır. Tıbbi bakım, tedavi, tanı için finansman mekanizması olarak sağlık sigortası hizmet etmektedir. Dolayısıyla bireylerin sağlığı üzerinde etkiye sahiptir. Sağlığa talepten, sağlık sigortası değerinin türetilebileceğini ve ampirik olarak sağlık sigortasına erişimi büyük oranda arttırmıştır (Santerre and Hilliard, 2009:68).

4.3. Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep

Sağlık ekonomisi kavramları, ortalama yaşam süresinin uzamasıyla nüfusun artması, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, teşhis, tedavi olanaklarının artması, teknolojideki gelişmelerin artması, kaynaklara ulaşmada yaşanan sıkıntılar, maliyetlerdeki artış sebebiyle sağlık hizmeti giderlerinin artması şeklindedir. Sağlık ekonomisi, toplumun sağlık koşullarını, hastaların, hekimlerin tutum ve davranışları, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların ekonomik büyümeye etkilerini konu almaktadır. Geliştirilen tıbbi teknolojilerin ve ilaçların takip edilmesi, akademik

araştırmalar için teşviklerin artması, sağlık sektörüne daha fazla yatırım yapılması, sağlık ekonomisinin gelişmesinde önemli rol alan unsurlardır. Sağlık sektörü, arz, finansman, talep gibi ekonomik özelliklerden oluşmuştur (Tutar ve Kılınç,2007:33).

4.3.1.Sağlık Hizmeti Arzı

Sağlık durumu, gelir, çalışma koşulları, işsizlik, yoksulluk ve çevresel faktörler gibi makroekonomik göstergeler ile yakından ilişkilidir. Sağlığı, toplumsal cinsiyet eşitliğini, eğitimi ve kadınların güçlendirilmesini geliştirmeye yönelik sosyal ve insani yatırımlar, nüfusun daha iyi sağlık kararları almasına ve dolayısıyla daha uzun vadeli ekonomik büyüme yardımcı olmaktadır (World Health Organization, 2005:18). Sağlık hizmetinin arzıyla ilgili çalışmalar, hastanelerdeki etkinlik ve üretim fonksiyonları üzerinde yoğunlaşmıştır. Metodolojik olarak arz konusu değerlendirilirken, sağlık hizmetlerinin çıktılarının belirlenmesi gerekmektedir. Doğum sayısı, tedavi edilen vaka sayısı gibi homojen olaylarda ölçüler yararlı olabilmektedir. Hastane bakım hizmetleri ve diş tedavilerinde ölçek kullanmak imkânsızdır. Bunun için, hastanelerde servis ayrımı yaparak tedavileri ve vakaları belli kategorilere ayırmak gerekir. Arz konusundaki önemli konulardan biri de, fonksiyondaki girdi ikamesi ve üretim fonksiyonlarının türüdür. Genellikle sağlık hizmetlerini arz eden hekimler, hemşireler, tıbbi malzeme ve teçhizatın birbiriyle tam ikameleri mümkün değildir. İngiltere’de yapılan araştırmaya göre, sağlık kurumlarında hemşire, yemek ve diğer tıbbi teçhizat-malzemelere büyük yatırım ve harcamalar yapılırken, hekim, ilaç konusunda harcamalar azdır. Arz konusunun temeli olan maliyet fonksiyonunda şu konular ağırlık taşımaktadır: Hastanelerde farklı servislerdeki vakaların ortalama maliyetler üzerindeki etkisi, marjinal maliyetler, faktör ikamesi, ölçek yararlar ve iktisadi etkinliktir. Maliyet fonksiyonlarının bağımsız değişkenleri; vaka sayısı, hastanenin yatak sayısı ve yatak doluluk oranıdır. Yapılan araştırmalara göre vaka sayısındaki değişmelerin, vaka başına düşen maliyetlerinde ve toplam tedavi zamanlarının maliyetlerindeki değişmeleri etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Hastanelerdeki, sağlık hizmetlerinin kısa dönem marjinal maliyet hesapları yapılırken, toplam maliyetlerin; vaka sayısı, vaka karmasının, yatak sayısı ve yatak doluluk oranları sayısının fonksiyonu olduğu kabul edilmiştir. Yapılan hesaplamalara göre kişi(vaka) başına marjinal maliyet oranı, vaka başına ortalama maliyetten düşüktür. Hasta-gün başına marjinal maliyetler, kısa dönem ortalama maliyetinden daha düşüktür. Fakat bu düşüklük

vaka başına göre azdır. Sağlık hizmetlerinin arzıyla ilgili diğer önemli konulardan bazıları hastanenin optimum büyüklüğü ve büyümeden doğan ölçek yararlarıdır (Batrel, 2012:18-20). Sağlık hizmetlerinde mali ve teknik eksiklik, kamudaki sağlık hizmeti sunumunun performansını olumsuz etkilemektedir (Vivek, 2018:30).

QALY(Quality Adjusted of Life Year), yaşam sürecindeki artışla birlikte yaşam kalitesindeki farklılaşmayı ölçmektedir. Amaç, sağlık çıktılarının aynı analizde değerlendirilmesidir. Karar vericilere yardımcı olması için QALY sınırlı sağlık kaynaklarının sağlık çıktıları arasında dağıtılması amacıyla geliştirilmiştir. Amaç, tahmin kapasitesinin ve verimliliğinin artırılmasıdır (Weinstein et al., 2009:6).Tüm hastalıklara ve bireylere her türlü sağlık çıktısı için uygulanabilmektedir. QALY, farklı maliyet değer analizlerini karşılaştırılabilir hale getiren evrensel değerlendirme ölçütüdür. Çeşitli sağlık çıktılarından oluşan sağlık programlarını karşılaştırır (Berger et al., 2003). Maliyet fayda analizinin avantaj ve dezavantajları piyasada kapalı şekilde oluşmaktadır. Bu sebeple, yeterli mesleki bilgiye sahip birimler maliyet fayda analiziyle ilgili karar alması gerekmektedir (Getzen, 1997:51). Maliyet fayda analizine getirilen eleştiriler arasında 'faydaların parasal olarak ölçülmesi' bulunmaktadır. Eleştirilerin kaynağını, faydanın ölçülmesinde ortaya çıkacak sübjektif yaklaşımın sonuçlarını etkileyeceği düşüncesidir (Leister and Stausberg, 2005: 50). Arz teorisi, hizmeti sunan kişi veya kuruluşlar, bir hizmeti üretmek/sunmak için farklı fiyat düzeyleriyle farklı miktarlarda, sunulacak hizmetin miktarını göstermektedir. Hizmetin fiyatındaki artış, satılan miktarla doğru orantılı olarak artışı ifade etmektedir. Kısacası; sağlık hizmetinin fiyatı ne kadar yüksek olursa hizmeti yüksek fiyattan sunmak için daha fazla hizmet sunucusu gönüllü olacaktır. Örneğin; bir RİA(Rahim İçi Araç) uygulamasının fiyatı 200.000 TL'dir. Bu hizmeti bu fiyattan sunacak muayenehanesi olan kadın doğum uzmanı hekim sayısı 15 olduğu varsayalım. Eğer RİA uygulamasının fiyatı 500.000 TL'ye çıkarılırsa daha fazla kadın doğum uzmanı bu hizmeti sunmak isteyeceği görülecektir. Yavaş işleyen cevap mekanizması sağlık hizmetlerinin sunumunda dikkat çekmektedir. Bunun bazı nedenlerinden bazıları; Birçok ülkede az kullanılan veya kullanılmayan çok az kuruluş ve uzman sağlık personeli vardır. Çoğu ülkede sağlık hizmeti veren bu kurumlar kapasitelerinin üstünde hizmet vermektedir. Tıbbi donanımların, binaların temin edilmesi, buralarda çalışacak sağlık personelinin yetiştirilmesi zaman almaktadır. Uzman personelin çoğu başka bölgeye, ülkeye gitmektedir. Örneğin; Sri Lanka'da yurt dışına giden

doktorların sayısı mezun olan doktorlardan daha fazladır. Sağlık hizmetlerinin bir kısmı devlet tarafından verilmek zorunda olduğu için fiyatlardaki artışlara cevap yavaştır (Hayran ve Sur, 2012:66-67-68).

4.3.2.Sağlık Hizmetine Talep

Sağlıkta hizmet sağlayıcıları ve finansman sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır (Mueller and Morgan, 2017:764). Diğer malların talebi, sağlık hizmetleri talebinden farklıdır. Bu farklılığın birçok nedeni vardır. Farklılıklardan ilki talebin türev talep oluşundadır. Sağlıkta hizmet talebi, sağlık talebinin bir sonucudur. Farklılıklardan ikincisi; talep cevap verilmesinde ve yönlendirilmesinde, hizmeti sunan hekimin etkisi büyüktür. Hekim hizmeti arz eden ve de talep eden durumdadır. Bu durumda, hekim, sadece hastasının çıkarlarını düşünebilir. Hekimler tedavi(hizmet) konusunda karar verirken, meslek ahlakını, maddi çıkarlarını, meslektaşlarının fikirlerini, mevcut tıbbi imkanları gözetenek talebi yönlendirir. Örneğin; Türkiye'deki sağlık ocaklarında verilen hizmetlerde olduğu gibi, kaynak yetersizliği (teşhis, ilaç, sağlık personeli için gerekli araçlar), sağlık hizmetlerinin talebini ya da kullanımını belirleyen temel değişkenlerdir. Üçüncü özellik, sağlık hizmetinin finansman şekline ve ödenecek ücret düzeyine bağlı oluşudur. Finansman sistemleri farklı olduğundan talepte fark ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri talebiyle ilgili, kişilerin sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmadıklarını, sağlıklarıyla ilgili rasyonel kararlar veremedikleri ileri sürülmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık hizmetleri talebini etkileyen unsurlar arasında eğitim, hizmet sunumundaki imkan ve farklılıklar, fiyat esnekliği, gelir esnekliği, hizmetten faydalanmak için katlanılan maliyet farklılıkları gibi temel etkenlerin etkisi bulunmaktadır. Dördüncü özellik, sağlık hizmet talebinin hem tüketim malı, hem de yatırım malı özelliği taşımasıdır. Bireyler yaşlandıkça, geliri arttıkça sağlık hizmet talebi artmaktadır. Fakat eğitim düzeyi arttıkça sağlık talebinin azaldığı görülmektedir. Bu araştırmalar sonucunda hizmetlere konulan ücretlerin sağlık sigortalarınınca ödenmesi halinde, hastaların, hastane ve doktor hizmetleri konusunda müdahalesinin olmayacağı, ilaç ücretlerinin hekimlerin yazdığı reçetelerin maliyetlerini etkilediği ve hastaların reçetedeği ilaçları maliyetleri sebebiyle almadıkları görülmüştür. Dolayısıyla sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğinin pozitif olduğu, arza bağlı olarak gelişme gösterdiği ortaya konulmuştur. Amerika'da yapılan çalışmalara göre, sağlık sigortalarında hizmet maliyetlerinin payı arttıkça,

kişilerin hastane hizmetlerinden yararlanma ve doktorlara danışma konusunda yaptıkları sağlık harcamalarının azaldığını ortaya koymaktadır. Sağlık ücretlerinin ücretsiz olması halinde sağlık harcamaları en üst seviyededir. İngiltere ve birçok Avrupa ülkesinde sağlık hizmetleri ücretsizdir (Batırel, 2012:18-20). Sağlık hizmetlerinin yarattığı toplumsal fayda, sağlık hizmetleri ile ortaya çıkan en önemli dışsallıktır. Toplumun tamamı için salgın ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için fayda sağlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, hastalıkların önlenmesiyle oluşan dışsal fayda da ortaya çıkan toplam faydanın ve bunun sonucunda marjinal faydanın eksik tahmin edilmesi, piyasa fiyatının ve kişisel talebin oluşmasını engelleyen ana sebeptir. Böylece piyasada koruyucu sağlık hizmetlerine olan talep, kar amacı gütmeyen veya devlet kuruluşlarında elde edilecek fayda eksik fiyatlanıp, üretilecektir (Mushkin, 1958:786-787).

Sağlığa ve sağlık hizmetlerine talebin incelenmesinin iki nedeni vardır. Bunlar; Sağlık hizmetinden faydalanan hastaların davranışlarını tahmin etmek ve faydaları-maliyetleri ölçmektir. Talep teorisi, hizmeti veya malı kaç kişinin talep edeceğini araştırır. Kişilerin talebini etkileyen temel faktörler: Hizmetin veya malın fiyatı, Tamamlayıcı hizmet veya hizmetlerin fiyatı, alternatif mal veya hizmetlerin fiyatı, tercihler ve gelir düzeyidir. Sağlık hizmetlerine talep, kişilerin sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyen mal ve hizmetlere, tıbbi teknolojinin varlığına bağlıdır. Fakat sağlık hizmetlerine olan talep gerçekte tedavi-tanı-teşhise taleptir ve bunların alternatifi mal ve hizmetlerin çok az ya da bazı durumlarda hiçbir alternatifinin olmadığı unutulmamalıdır. Özellikle kişilerin tercihlerini alınacak hizmetin fiyatı önemli derecede belirlemede ve taleplerinin türünü veya miktarını değiştirmelerine sebep olmaktadır. Örneğin; geliri düşük kişiler kendilerine yazılmış reçeteden sadece düşük ücretli ilaçları satın almakta, bu da çoğu kez antibiyotikler değil, öksürük şurubu, ateş düşürücü, ağrı kesici gibi hastayı semptomik yönden rahatlatan ilaçlar olmaktadır. Örneğin; sağlık ocağına vakıf makbuzu karşılığında alınan ücretin 200 TL olduğunu varsayalım. Bu ücreti ödeyerek sağlık ocağından hizmet talebinde bulunanların sayısının 35 kişi olduğunu düşünelim. Eğer bu ücret 500 TL'ye çıkarılırsa başvuran hastaların sayısı 15'e kadar inebilecektir. Bunun sonucunda sağlık hizmetine talep azalacaktır (Hayran ve Sur, 2001:66-67-68).

4.3.3.Sağlık Hizmetlerinde Pazar

Talep ve arzın bir araya gelmesiyle 'Pazar' kavramı ortaya çıkmaktadır. Pazar, satıcının rekabet ve kar elde etmesi ile alıcının seçimi arasındaki ilişkiden meydana gelir ve bu pazar ortamı fiyat mekanizması ile şekillenmektedir. Pazarda, arz ve talebin, tam olduğu bir durumda, sağlık hizmetini kullanmayı talep edenler ve bu hizmeti sunanlar kendileri için kabul edilebilir ücret noktasında bir araya gelir. Talep ve arz dinamikleri sağlık piyasasında eksik rekabet piyasası özelliği taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin arzı sınırlı iken sağlık hizmetlerinin talebinin alıcısı çoktur. Bu sebeple sağlık piyasalarında, talep karşısında arz yetersiz kalmaktadır. Kamu kesiminin önemli görevlerinden biri sağlık hizmetlerinin etkin sunulmasıdır. Bu sebeple sağlık piyasalarında, talep karşısında arz yetersiz kalmaktadır. Kamu kesiminin önemli görevlerinden biri sağlık hizmetlerinin etkin sunulmasıdır (Yaylalı ve ark., 2012:564). Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve hizmetlerin sunumu için yapılan harcamalar kamu bütçesinde büyük paya sahiptir. Sağlık hizmetlerinin talebi ve hizmetlerin önemi artan nüfus ile birlikte evrenselleşmiş, devletin bu alandaki önemini arttırmıştır (Stiglitz, 2000:328). Sağlıkta Kalkınma Hedeflerine ulaşmak için sağlık hizmetlerinde araştırma toplulukları önemli gelişmeler kaydetmiştir (Fryatt and Bhuwanea, 2017:841). Tüketici konumunda olan hastalar kendi tercihlerine göre bağımsız olarak sağlık kurumlarından hizmet alamamaktadırlar. Hekimlere başvurarak, kendileri hakkında karar vermesini beklemeleri gerekmektedir. Yasal ve bilimsel açıdan tam yetkili olan hekimlerin bilgi ve deneyimlerine dayanarak, hastanın hangi sağlık hizmetini, hangi sürede ve miktarda olmak zorunda olduğuna karar vermektedir (Tokgöz, 2011:14-15).

4.3.4. Sağlık Hizmetlerinde İlaç Harcamaları

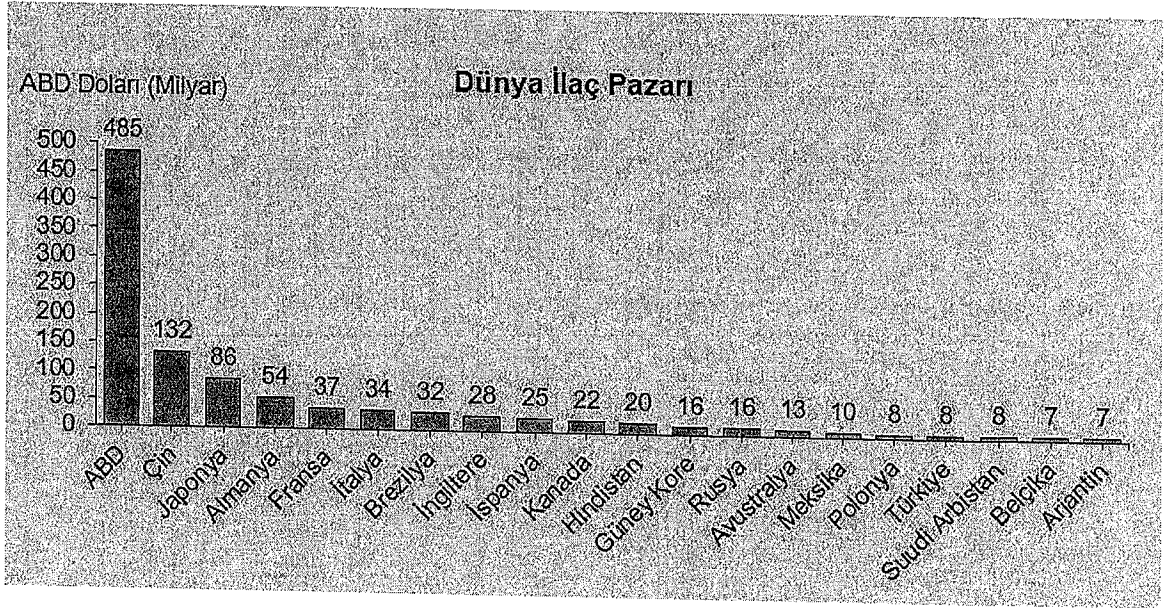
Patolojik durumları, fizyolojik sistemleri hastaların yararı için tedavi etmek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen maddeyi, Dünya Sağlık Örgütü, 'ilaç' olarak tanımlamaktadır. Rönesans dönemi bilim adamlarından Paracelsus 'Tüm maddelerin zehir olduğunu, zehirle ilacı birbirinden ayıran tek şeyin maddenin dozu olduğunu söylemiştir. İlaç, hastalıklarla mücadelede ve hastalıkların önlenmesinde kullanılan teknolojik üründür ve toplum sağlığında önemli bir yeri vardır. İlaçların kullanımında temel yaklaşım; gereken dozda gerektiği şekilde, doğru zamanda hastalığın durumuna göre doğru kullanılması gerekliliğidir (Pinar, 2012:59). İlaç

sanayi günümüzde sağlık sektöründe önemli bir rol oynamaktadır. Devletin ilaç sanayine müdahalesi hem ekonomik hem sağlık politikası ile ilgilidir. Genellikle ilaçlar, devlet tarafından finanse edilen kaynaklarla, toplum adına satın alınmaktadır. Türkiye'deki ilaç piyasasında; Sosyal Güvenlik Kurumu, hastane piyasası, serbest eczane piyasası şeklinde incelenebilir. Hastalar ilaçları, serbest eczaneler sayesinde ulaşmaktadır. Bu durum serbest eczane piyasasını oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik kurumu piyasası, sosyal güvenliğin yaptığı sözleşmelerle doğrudan ilaç firmalarından satın aldığı ürünlerden oluşmaktadır. Hastane piyasası, sosyal güvenlik kurumunun dışındaki hastanelerin ihaleyle aldıkları ilaçlardan oluşmaktadır (Top ve Tarcan, 2004:1-2).

2008 yılı Sağlık Uygulama Tebliğine göre yatarak tedavi olan hastalarda ilaçlar sağlık kurumları tarafından temin edilmesi zorunlu hale getirilmiştir. Ayakta tedavi olan hastalarında ilaç ödemelerini kapsamaktadır. Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında ilaç harcamaları yüksek oranlardadır. SGK'nın 2009 yılı verilerine bakıldığında yeşil kartlılar ve devlet memurlarının reçete-fatura tutarı ve reçete ortalama maliyetleri önceki yıllara göre artış göstermiştir. Yasal fiyatlama sistemine göre, Türkiye'de ilaç fiyatları, Avrupa Birliği ülkeleri arasında Yunanistan, İspanya, İtalya, Portekiz, Fransa'daki fiyatlar temel alınarak hesaplanmıştır (Ergüzelöglü, 2009). Avrupa'dan, ilaç tüketiminde, Türkiye geridedir. İlaç fiyatlarındaki zorunlu indirimlerindeki artışlara, referans fiyatlardaki indirimlere rağmen toplam sağlık harcamalarının içinde ilaç harcamalarının içindeki oranının yüksek olması ilaç giderlerinin kontrol edilmesinde aynı önem gösterilmemektedir (Aytekin ve Aytekin, 2010:167-168).

4.3.5.Dünyada ve Türkiye’de İlaç Pazarı Oranları

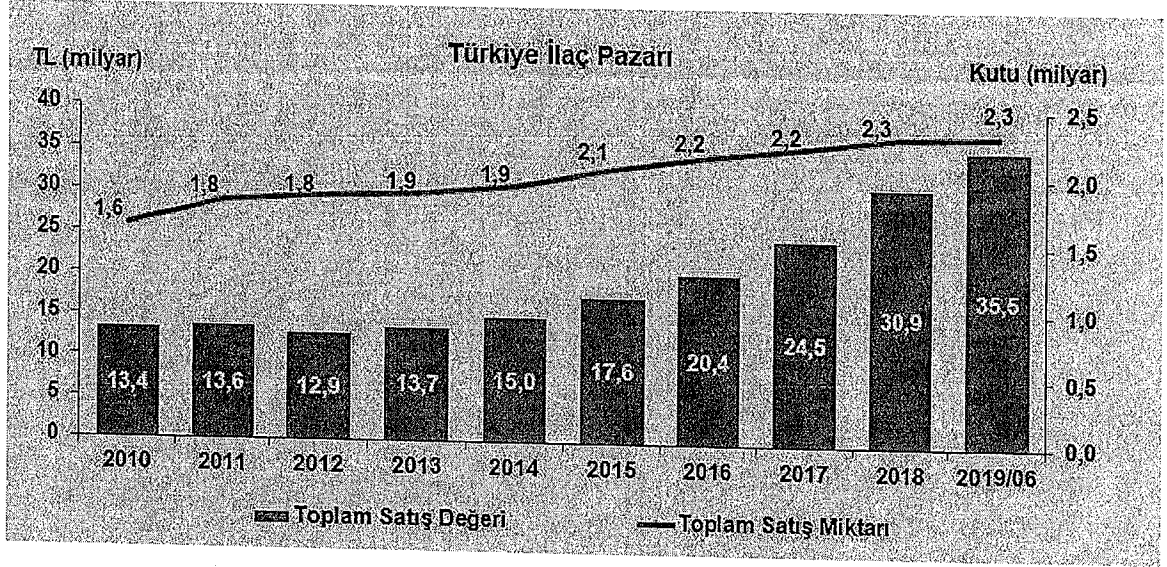
Bu bölümde, dünyada ve Türkiye’de 2018 yılı ilaç pazar oranları, 2010-2019 yılı Türkiye ilaç pazarında; toplam satış değeri ve toplam satış miktarı, 2010-2019 yılı ithal ve imal ilaç oranları, ilaç sanayi üretim analizi, 2016-2017 yılı dış ticaret analizi verileri bulunmaktadır.



Şekil 4.1. Dünya İlaç Pazarı (2018)

Kaynak: www.ieis.org.tr, Erişim Tarihi: 05.06.2019

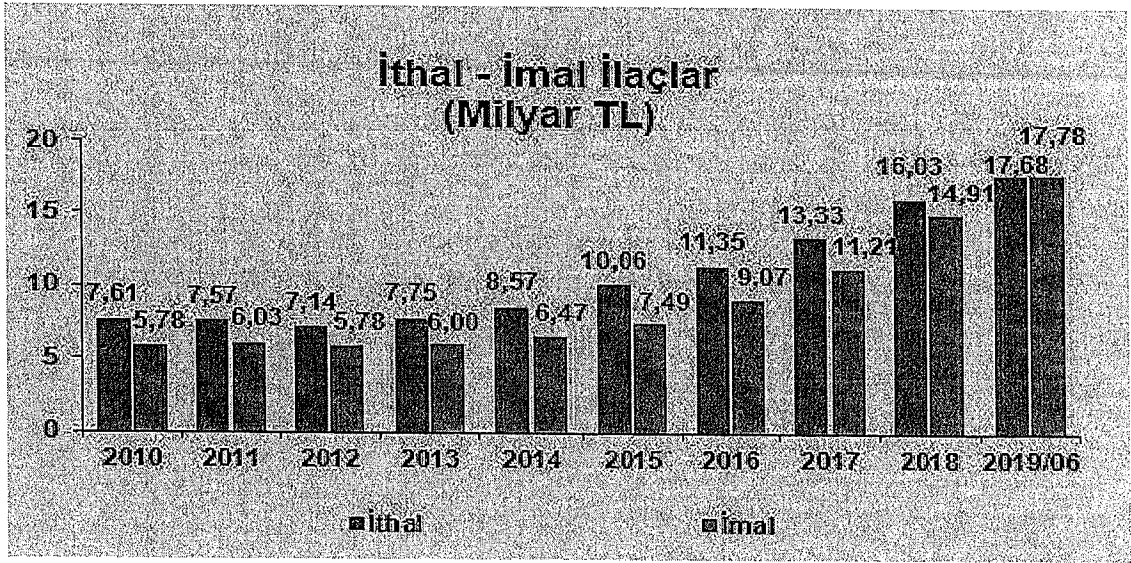
Şekil 4.1’de Türkiye ilaç pazarında dünya sıralamasında 17.sıradadır. 2018 yılında ilaç pazarı 1,2 trilyon dolara ulaşmıştır. Dünyada ilaç pazarında ilk sırada 485 milyar dolar ile Amerika, ikinci sırayı 132 milyar dolar ile Çin ve üçüncü sırayı 86 milyar dolar ile Japonya yer almaktadır.



Şekil 4.2. Türkiye İlaç Pazarı

Kaynak: www.ieis.org.tr, Erişim Tarihi: 05.06.2019

Şekil 4.2’de Türkiye ilaç pazarında, 2010 yılında 13,4 milyar TL ile toplam satış değeri vardır. 2013 yılında 13,7 milyar TL toplam satış değeri bulunmaktadır ve 2019 yılına kadar toplam satış değerinde de, satış miktarında da artış görülmektedir. Türkiye ilaç pazarı Haziran 2019 itibarıyla 35,5 milyar TL’ye kutu ölçeğinde ise 2,3 milyar hacme ulaşmıştır.



Şekil 4.3. İthal-İmal İlaçlar

Kaynak: www.ieis.org.tr, Erişim Tarihi: 05.06.2019

Şekil 4.3'te Türkiye'nin 2010 yılından itibaren ithal ilaçlara yapılan harcamalarda artış görülmektedir. Sadece 2012 yılında ithal ilaç harcamalarında %0.43'lük düşüş görülmektedir. 2018 yılına kadar ithal ilaçlara yapılan harcamalar, imal edilen ilaçlara yapılan harcamalardan fazladır.

2010 yılı itibariyle imal edilen ilaçlarda da artış görülmektedir. 2012 yılında, 2011 yılına göre %0,25'lik düşüş olmuştur. 2019 yılında imal edilen ilaçlara yapılan harcamalar, ithal edilen ilaçlara yapılan harcamaları geçmiştir.

Çizelge 4.1. İlaç Sanayi Üretim Analizi

	Değişim	Ekim 2017	Ekim 2016
Toplam Sanayi	%7,3	144	134,2
İmalat	%7,7	147,5	136,9
Kimya	%6,5	139,6	131,1
İlaç	% -6,5	181,7	194,3

Kaynak: www.ieis.org.tr, Erişim Tarihi: 05.06.2019

2017 Ekim ve 2016 Ekim arasındaki toplam sanayide değişim oranı %7,3 ve imalatta %7,7, kimyada %6,5, ilaçta %-6,5'tir. Toplam sanayide, imalatta ve kimya alanlarında olumlu büyüme oranları görülmektedir.

Çizelge 4.2. İlaç Dış Ticaret Analizi

Milyon ABD Doları	OCAK-ARALIK		
	2016	2017	DEĞİŞİM
Türkiye İhracatı Oranı	142.530	157.055	%10,2
İlaç İhracatı Oranı	865	890	%2,9
İlaç Payı Oranı	%0,63	%0,50	-
Türkiye İthalatı Oranı	198.618	233.792	%17,7
İlaç İthalatı Oranı	4.688	4.970	%6
İlaç Payı Oranı	%2,30	%2,02	-
Türkiye Dış Ticaret Hacmi Oranı	341.148	390.847	%14,6
İlaç Dış Ticaret Hacmi Oranı	5.5	5.8	%5,5
İlaç Payı Oranı	%1,61	%1,41	-
Türkiye Dış Ticaret Açığı	-56.089	-76.736	%36,8
İlaç Dış Ticaret Açığı	-3.823	-4.080	%6,7
İlaç Payı	%6,44	55,28	
Türkiye İhracat/İthalat Oranı	%71,8	%67,2	
İlaç İhracat/İthalat Oranı	%18,46	%17,91	

Kaynak: www.ieis.org.tr, Erişim Tarihi: 05.06.2019

İlaç dış ticaret analizine bakıldığında, Türkiye ihracatı %10,2, ilaç ihracatı %2,9, Türkiye ithalatı %17,7, ilaç ithalatı % 6, Türkiye dış ticaret hacmi %14,6'dır. Türkiye'nin ilaç ihracat oranları, ithalat oranlarının gerisinde kaldığı görülmektedir. Amerikan Klinik Eczacılık Koleji ve Uluslararası Farmakoekonomi ve Sonuç Araştırması Derneği araştırması burslar, araştırma programları, lisansüstü eğitim programları için destek vermektedir (Suh, Kangho, vd, 2015:280).

4.4.Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemlerinin Tarihi Gelişimi

Finansın sağlık üzerindeki en önemli etkileri, kişilerin sağlığını etkileyen davranış ve tutumlarına ek olarak, hastalık için ödenen ücret yöntemlerini belirlemektedir. Değişen algılama şekilleri kişilerin sağlık hizmetleri konusunda rasyonel seçimler yapmasına yardımcı olmaktadır. Bunun sonucunda sağlık durumu iyileşen kişilerin hem ekonomiye hem topluma katkısı artacaktır (Feinstein et al., 2006:173). Sağlık finansmanının uzun bir geçmişi vardır. Plato M.Ö.350'de sağlıkta verimlilik için uzmanlık kavramını geliştirmiştir. Sağlık finansmanının kanıtları eski zamanlardan beri vardır. Çin M.Ö. 1100'de sağlıkta kontrol ve planlama sistemi kurmuştur. M.Ö.4000'de Mısır ve Sümerler tarafından hastalıkların kayıtları tutulmaya başlanmıştır. Sağlık finansmanı zaman içinde organize bir şekil almıştır.

Bir disiplin olarak sağlık finansmanı 1881 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde başlamış ve o yıl, Joseph Wharton, Pennsylvania Üniversitesi'nde işletme yönetiminde üniversite dersleri veren Wharton Okulu'nu kurulmuştur. On üç yıl sonra, 1911'de, ABD'de bu tür 30 okul açılmıştır (Baker and Dworkin, 2018:3).

Sağlık finansman sistemleri, sağlık hizmetlerini finanse etmek için ülke düzeyinde kaynak sunmaktadır. Finansman kaynakları; devlet finansmanı, sosyal sağlık sigortası, özel sigorta gelirlerinden oluşmaktadır (Dieleman, 2018:1783). Küresel sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin gelişen parçası olarak bilgiye ve uzmanlığa dayanmaktadır (Erikson, 2015:306). Yüksek fiyatlar, nüfusun yaşlanması, tıbbi teknoloji ve uygulamalardaki değişiklikler sağlık hizmetlerinin finansmanında ve yönetimindeki değişiklikler sağlık harcamalarının belirleyicisidir. Ayrıca sağlık finansmanının halk sağlığına önemli etkileri bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi; gelişmekte olan ülkelerde daha fazla insan için daha fazla sağlık hizmetinin olmasıdır. Sağlık finansmanı ekonomik ve teknolojik değişikliklerden etkilenmektedir. Teknolojik gelişmelerin en önemli etkisi, sağlık harcamalarının artmasını sağlayarak sağlığı iyileştirmeye ve korumaya yönelik hizmetler oluşturmaktır (Yan and Savedoff, 2014:113). Sağlık finansman yöntemlerinin ekonomik değerlendirmesi; birbirinin yerine kullanılacak yöntemlerin ve uygulamaların sonucunda ortaya çıkan fayda ve maliyetlerin incelenmesidir. Ekonomik değerlendirme yöntemlerinin temel amacı, değerlendirmeye alınan uygulamaların fayda ve maliyetlerini analiz etmek, ölçümlemek ve karşılaştırmaktır. Ekonomik değerlendirme sonucunda birbirinin yerine kullanılan yöntemlerin sağlık maliyetlerinin ve elde edilen çıktılarını karşılaştırmasını yapmaktadır (Drummond et al., 2005:10). Sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinin tarihi gelişimini şu şekilde inceleyebiliriz.

a. İlk Çağ Dönemi

Eski Çağ'da, sağlık hizmetlerinin finansmanı farklı kaynaklardan sağlanmıştır. Mısır'da devlet yöneticileri, varlıklı insanlar dul, yetim, hastalara yardımı teşvik etmiştir. Yunanistan'da esnaf birliklerinin teşkilatları, esnaf loncaları, hastalara yardım dernekleri, defin derneklerinin bulunduğu bilinmektedir. Eski Roma'da ise hastalık ve ölüm sandığı birlikleri tarafından sağlık hizmetlerinin finansmanı karşılanmıştır (İstanbulluoğlu ve ark., 2010:88).

b. Orta Çağ'ın Başından Sanayi Devrimi'ne Kadar Geçen Dönem

1. Doğu dünyasında:

- Vakıf teşkilatları
- Meslek teşekkülleri

2. Batı dünyasında:

- Meslek teşekkülleri dışında sosyal yardımlar;
- Şövalye teşkilatları
- Manastırlar
- Hastane kardeşlik birlikleri.
- Meslek teşekkülleri çerçevesinde sosyal yardımlar;
- Maden işçileri dışındaki meslek gruplarında yardımlaşma
- Maden işçilerinin yardımlaşması (İstanbuluoğlu ve ark., 2010:89)

c. Sanayi Devrimi Sonrası Dönem

Sanayi devrimi sonrası döneme geçişte, ekonomik, politik, teknolojik faktörler, kamu politikaları önemli rol oynamaktadır (Fan and Savedoff, 2014:112).

15.yy'ın sonlarına doğru Sanayi Devrimi'nin ilk aşamalarında, Almanya'da kanunla belirlenmiş zorunlu hükümlerle, yoksul kişilerin ihtiyaçlarını loncalar(meslek teşekkülleri) ve belediyelerin yardımıyla karşılamıştır. Fakat yapılan yardımların miktarlarının finansman kaynakları belirlenmemiştir. Bismarck Dönemi'nde 1870'li yıllarda, Almanya'da, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri en çok tartışılan konulardan biri olmuştur. Meslek hastalıkları riskinin azaltılmasıyla ilgili 1925 yılında ilk kanun çıkarılmıştır. Almanya'nın dışında diğer Avrupa ülkelerinde sağlık alanındaki gelişmelere karşı çıkmış fakat çok geçmeden gelişmelere ayak uydurmuşlardır. Örneğin; 1908 yılında İngiltere'de Yaşlılık Aylığı Kanunu yürürlüğe konmuştur. Bu kanuna göre; 70 yaşın üzerindeki tüm kadın ve erkeklere prim ödeme olmadan yaşlılık aylığı alma hakkı tanınmıştır (İstanbuluoğlu ve ark., 2010:88-89). 1883 tarihli Bismarck'ın Sosyal Sağlık Sigortası Yasası' nca çalışanların ve işverenlerin zorunlu fonlarıyla devlet tarafından zorunlu hale getirilen sağlık sigortası 'Bismarck Modeli' olarak bilinmektedir ve genellikle Ulusal Sağlık Hizmetlerinin 'Beveridge Modeli' ile karıştırılmaktadır (Göpffarth and Hence, 2013:246).

4.4.1.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Uygun finansal yönetim yetkinliklerinin bulunmaması, halk sağlığı alanındaki ilerlemeyi engellemiştir (Hönore and Costich, 2009:312). Sağlık finansmanı sadece

ekonomik bir fonksiyon değildir (Castro, 2016:663). Sağlık hizmetlerinde politika hedefleri bulunmaktadır. Bunlar; Sağlık hizmetlerinin kullanımında eşitlik, kalite ve finansal korumadır. Dünyadaki hiçbir ülke bu üç hedefin tümüne tam olarak ulaşamamasına rağmen, her biri onlar üzerinde ilerleme kaydetmeyi hedeflemektedir; bu nedenle, üç hedefe doğru hareket etmek herkes için geçerlidir. Bu amaçların anlaşılmasında, hizmetlerin kullanımındaki eşitlik, bir sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç ile bu hizmetin fiili kullanımı arasında var olan boşluğu azaltmayı ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçların yanı sıra gerekli hizmetleri kullanma ile ilgili farkındalık olmalıdır. Kalite, sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarına ulaşma veya sağlık durumunu iyileştirme derecesini ifade eder. Genel olarak, kaliteli hizmetler hangi müdahalelerin en etkili olduğuna ve teknik olarak yetkin bir şekilde sağlandığına dair kanıtlara dayanmaktadır. Kaliteli sağlık bakımı ayrıca, sağlayıcılar ve hastalar arasında profesyonel hizmet gerektirir. Finansal koruma, sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetlerine yapılan ödemenin bir sonucu olarak, bireyleri ve haneleri “maddi zararlardan” koruyacak şekilde veya ekonomik geçim kaynakları üzerindeki olumsuz etkilerden koruyacak şekilde fonlama anlamına gelmektedir (McIntyre and Kutzin, 2016:3).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili gelişmeler hem kamusal alanda hem de özel sektörde devam etmektedir. Sağlık harcamalarının giderek artması sebebiyle harcamaları karşılamak için daha çok kamu sübvansiyonuna ihtiyaç vardır. Birçok devlet, uluslararası kreditorlerin baskıları ve bütçe açıkları nedeniyle, genel vergi gelirleriyle finanse edilen devlet bütçesine alternatifler aramaktadırlar. Hükümetin bütçesinde, sağlık harcamalarına ayrılan pay vergi gelirlerinin diğer kullanım alanlarıyla, özel sektörde kişilerin tasarrufları ve diğer tüketim harcamaları ile rekabet etmektedir. Sağlık sisteminin performansını etkileyen ödeme yöntemlerini belirleyen alternatif düzenlemeler yapılmaktadır. Kamu harcamaları için özel kaynakların mobilize edilmesi, kamu harcamalarının uygun yapılması, kamu sağlığı açısından önem taşımaktadır. Tıbbi malzemelerin kullanım ücretlerindeki artış kamusal alanda eşitlik prensibini bozarak yoksul kesimin faydalanmasını azaltmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik taleplerde düşük gelirli kişilerin gelir esnekliği, yüksek gelir gruplarına göre fazladır. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık için yapılan harcamaların çoğu kentsel alanlarda yerleşmiş yüksek gelire sahip gruplar için yapılmaktadır. Birçok kırsal alanda sağlık hizmetleri yetersizdir (Ener ve Yelkikalan, 2003:102). Birçok farklı etken, ülkelerin sağlık finansman modellerinin

belirlenmesinde önemlidir. Bu süreçte değerlendirilmesi gereken ana kriterler vardır. Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini göstermektedir. Milli gelir, kaynakları harekete geçiren en önemli güçtür. Kişilerin gelir düzeyleri hizmetlerin ödenmesinde belirleyici unsurdur. Ayrıca gelir düzeyindeki vergi tabanı, kayıtlı ekonomide çalışan işgücü sayısını, ihtiyaç sahibi kişi sayısını göstermektedir. Bu nedenle, ülkenin ekonomik durumu ile seçilecek sürdürülebilir finansman modelinin uyumlu olması gerekmektedir. Mali Kapasite, ülkelerin mali kapasitenin en önemli belirleyicisidir. Hedeflenen sağlık harcaması düzeyine ulaşabilmek için kaynakları harekete geçirme gücü, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi önemli belirleyicilerdir. Bu durumda en önemli konu, mali kapasitenin sürdürülebilir olmasıdır. Örneğin; kayıt dışı istihdamın çok olması, primlerin az oranda toplanması, finansman modelinin sürdürülebilirliğiyle ilgili sorunlara neden olur. Benzer şekilde, sağlık hizmetlerinin sağlandığı vergi yapısı, vergi toplama kapasitesi, vergilerin toplumda dağılımı, adil olup olmadığı dikkate alınmalıdır. Uygulanabilirlik, hangi model belirlenirse belirlensin sağlık hizmetlerinin finansmanında oluşturulan kaynakların harcanması ve kaynak oluşturulması önemli iki süreçtir. Seçilecek finansman yöntemi ile gerekli veriler sağlanmaktadır. Sistemin işleyişinin devam ettirmek için gerekli kapasite, işgücünün nitelikleri, bilgi birikimi, finansman yönteminin kabul edilebilir olup olması gibi konular modelin uygulanabilirliğinde önemlidir. Verimlilik, seçilen finansman modelinin maliyeti bulunmaktadır. Gelirler içinde modelin maliyeti önemli bir yere sahipse, seçilen model verimlilik açısından denetlenmelidir. Örneğin; özel sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin finansmanın maliyeti yüksektir. Bu maliyetler, elde edilen gelirlerle ilişkilendirilmelidir. Hakkaniyet, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi seçilirken dikkat edilmesi gerekli konulardan biri de, toplumun hangi kesiminin ödeme yükünü ağırlıklı olarak üstlendiğidir. Bazı finansman yöntemleri, sağlık statüsü kötü ve gelir düzeyi düşük alt gelir gruplarını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle seçilecek finansman modelinin bu gruplar üzerindeki etkisi aşağıda incelenmiştir. Talep/Kullanım ve Tüketici Davranışı, kullanılan sağlık hizmetin türü ve düzeyini, sağlık hizmetlerinin finansmanında seçilen yöntem önemli ölçüde etkileyebilir. Bazı finansman modelleri bireylerin gereksiz ya da daha çok sağlık hizmeti talep etmesine yol açarken, bazıları ise hizmet sunucularını daha fazla hizmet vermeye yönlendirmektedir. Örneğin; ister kamu kaynaklı ister özel kaynaklı olsun sağlık sigortası, sağlık hizmetleri talebini arttırmaktadır. Bu sebeple, özel sağlık

sigortası ve sosyal sigorta sistemlerinde gereksiz hizmet kullanımlarını engellemek gerekmektedir. Hizmet Sunumu ve Sunucunun Davranışı, hizmeti sunanlarca seçilen finansman yöntemleri hizmet sunucularının kararlarını doğrudan etkilemektedir. Özellikle finansman modeli içinde belirlenen, sağlık hizmeti sunucularının uyguladıkları geri ödeme yöntemleri, daha az/fazla hizmet sunumuna neden olabilir. Sağlık hizmeti sunan kurumların, sosyal güvence kapsamı altındaki bireylerin aldıkları sağlık hizmetlerinin geri ödemesi zamanında yapıldığında sağlık personelinin daha verimli sağlık hizmeti sunduğu görülmektedir (Tatar, 2011:106-107-108).

4.4.2.Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları

4.4.2.1.Kamu ve Yarı-Kamu Finansman Kaynakları

Genel Vergi Gelirleri; Sağlık finansmanında kullanılan en önemli kaynaktır. Bazı Avrupa Birliği ülkelerinin tamamen vergilerle sağlık sistemleri finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında, vergiler, büyük rol oynamaktadır (Kocataşkın, 2019:275-276). Borçlanarak Açığın Finansmanının Sağlanması; Gelir gider dengesizliğinin görüldüğü sağlık harcamalarında dengeyi sağlamak için para aktarılması şeklinde gerçekleşmektedir. Ulusal ya da uluslararası kuruluşlardan para aktararak borçlanılır. Dünya Bankası'ndan sağlanan kredilerle gerçekleştirilen projeler sağlık kuruluşlarında iyileştirme faaliyetlerinde kullanılmaktadır. Alınan para önceden tespit edilmiş faiz miktarına göre ödenmektedir (Kısa, 2015:11). Enflasyon; hükümetlerin gelirlerini para basarak enflasyonu arttırmalarının sonucudur. Bu tür finansman aracı düşük ve sabit gelir düzeyine sahip kesimlerde mali yük oluşturmaktadır (Zencir, 2018). Özel Amaçlı Vergiler; Sağlık hizmetlerinin finansmanı için lüks tüketim maddelerinden elde edilen gelirden oluşmaktadır. Örneğin; otomobil satışlarından alınan, sigara satışlarından alınan vergilerdir. Bazı hükümetler belirli hizmetlerin maliyetlerini karşılamak üzere özel amaçlı vergiler koymaktadır. Örneğin; sağlık hizmetleri finansmanında kullanılmak üzere sağlığa özel vergiler konulabilmektedir (Turan ve Yurdakul, 2009:7). Sosyal Güvenlik Sigortası; İşverenler ve çalışanlarından sağlanan zorunlu kaynaklarla havuzda toplanan paralar sağlık hizmetlerini finanse etmek ve yönetmek için kullanılır. Devletin tespit ettiği oranlardan işverenler prim ödeyerek, çalışanların maaşları üzerinden alınan paralarla karşılanmaktadır. Bu tür yapılanma Avrupa Birliği

ülkelerinde görülür (Kısa, 2015:13). Talih Oyunları; Doğrudan finansman kaynaklarından sağlanmayan gelirlerden elde edilir. Talih oyunları (milli piyango, sayısal loto) sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılır (Uğur, 2015:13).

4.4.2.2.Özel Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin tedavi maliyetlerinin pahalı olması kişilerin özel sağlık sigortası almalarının temel nedenidir. Kişilerin ödeme gücüne göre özel sağlık sigortası sağlayan kuruluşlardan poliçe satın alması yoluyla gerçekleştirilir. Sigorta primlerinin kişiler ve işveren tarafından ne kadarının sağlanacağı anlaşmalarla belirlenmektedir. Özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigortası hizmetlerinin tamamlayıcısı niteliğinde, ortalamanın üzerindeki hizmetleri almak isteyenler için araçtır (Varoğlu, 2013:21-22). Gönüllü Kuruluşlar; Bağış ve yardımlar gönüllü kişiler, kuruluşlar ve dernek, vakıf, kilise destekli faaliyetlerle bu başlık altında toplanmaktadır. Gönüllü kuruluşların çoğunluğu gelişmemiş ülkelerde görülmektedir (Güngör, 2016:22-23). Toplumsal Finansman ve Dış Kaynak Kullanımı; Toplumu oluşturan bireyler tarafından, sağlık hizmetleri için gerekli uzman personelin, binaların, teçhizatın, paylaşımı şeklinde meydana gelmektedir. Belirli sağlık hizmetlerini sunmak için yerel kaynakları kullanma prensibine dayanmaktadır (Kalkan ve ark., 2017:39). Direk Harcamalar/Kullanıcı Ücretleri; Kullanıcı ücretleri; uzmanlara yapılan poliklinik vizitlerinden, yatarak alınan bakım hizmetlerinden, ağız sağlığı hizmetlerinden, ilaçlardan, tıbbi testlerden alınmaktadır. Kullanıcı ücretlerinin; cepten ödemeler, ücret kesintileri ve ek ödemeler gibi birçok çeşidi bulunmaktadır (Özgen, 2007:203-204).

4.4.3.Sağlık Finansman Yöntemleri ve Finansman Sistemlerinin Sınıflandırılması

Her ülkenin sağlık sistemi farklıdır ve dünyada çeşitli sağlık sistemleri vardır. Bunun sonucunda sağlık sistemleri tamamen benzer ülkeler bulmak olanaksızdır. 1931 yılında Arthur Newsholme ilk ulusal sağlık sistemi üzerinde araştırma yapmıştır. (Ateş, 2012:106). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri 2'ye ayrılmaktadır. Bunlar; Dolaylı finansman yöntemi ve doğrudan finansman yöntemidir. Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmetinden faydalanan kişiler, kişilere sağlanan hizmetin ücretini kendi ceplerinden ödediği finansman yöntemidir. Hizmeti alan kişi, özel veya kamu sağlık kurumuna ücreti doğrudan vermektedir

(Yıldırım, 1994:39-40). Hastalıklar sonucu meydana gelecek teşhis, tedavi, rehabilitasyon hizmetlerinin mali yükünü hastalar kendileri karşılamaktadır ve böylece tüketiciler arasındaki risk paylaşımı ortadan kalkmaktadır. Yapılacak harcamaların düşük veya yüksek olup olmayacağını, hastalık riskinin derecesi belirlemektedir (Ferranti, 1985:14).

Dolaylı finansman yöntemi, sağlık hizmeti alan hasta ile sağlık kurumu arasında üçüncü taraf denilen ödeyicilerin yer aldığı sistemdir. Dolaylı finansman yöntemine yardım sandıkları, primlerle finanse edilen sigorta kuruluşları ve vergiler örnek verilebilir (Yıldırım, 1994:39-40). Günümüzde en önemli sorunlardan biri düşük ve orta gelirli ülkelere finansman ve sağlık hizmeti sunumunun sağlanmasıdır (John and Ravichandran, 2013:110). Sağlık hizmetlerinin yanıt verebilirliği ve kalitesini arttıracak yenilikçi yöntemler için finansman mekanizmalarının geliştirilmesi gerekmektedir (John, 2008:62). Sağlık finansmanı reformlarından bazıları; orta ve uzun vadede istikrarlı gelir düzeyi, öncelikli sağlık programlarının finansal sürdürülebilirliği, sağlık için harçlık fonunda azaltma, bakım arayan finansal engellerin kaldırılması, hizmet erişiminde ve katkılarda eşitlik, kaynak tahsisinin etkinliği ve kabul edilebilir kalitede sağlık hizmetlerinin kullanılmasıdır (World Health Organization, 2005:23). Finansman modelleri sağlık sektöründe üç kaynağa bağlı olarak sınıflandırılmaktadır. Bunlar; vergiye (kamu gelirleriyle) dayalı finansman, sigorta gelirleriyle finansman, hastaların doğrudan ödemeleriyle finansman yöntemleridir. Bu sınıflama diğer bir yaklaşımla karma, kamu, özel finansman yöntemleri adı altında uygulanabilmektedir (Özgülbaş, 2009:7). Aynı zamanda, sağlık finansmanı dışındaki birçok faktör (sağlık belirleyicileri ve sağlık dışı sektörlerdeki yatırımlar gibi) sağlık harcamalarının sonuçlarını etkilemektedir (Kumar et al., 2011:672). Vergiye Dayalı Finansmanda, vergilendirmeye dayalı sistemler; doğrudan vergileri, dolaylı vergileri, belirlenmiş vergileri veya diğer devlet gelir kaynaklarından sağlanmaktadır (Robson, 2006:765). Sağlık hizmetleri finansmanı, kamu gelirleriyle finansman olarak adlandırılır. Devletin harç, vergi, resim vb kaynaklardan sağlanan fonlar ve bütçeden ayrılan paylarla finanse edilir. Sigorta Temelli Finansman Modeli'nde, sigorta temelli finansman Alman Modeli veya Bismarck Modeli olarak adlandırılır. Sigorta kapsamında olan kişiler bu modelde gelirleriyle paralel olarak sağlık sigortası primi öderler. Bu model, ülkemizde dahil olmak üzere Güney Amerika'da, Kıta Avrupası'nda kısmen ABD'de uygulanmaktadır (Özgülbaş, 2009). Kişilerin

Doğrudan Ödemelerine Dayalı Finansman Modeli'nde, ister yüksek ister düşük gelir grubundaki kişilerin sağlık talepleri; organ nakli, ameliyat, bazı ilaçları gibi maliyet ve ileri teknoloji gerektiren işlemlerin doğrudan finansman ile satın alınması zordur. Yüksek fonlarla bu tür sağlık ihtiyaçları finanse edileceğinden, özel veya devletin kurumlarının finansmanında aracılık görevi üstleneceği yeni bir finansman yöntemine ihtiyaç ortaya çıkmıştır (Getzen, 2008:7).

Sağlık finansman modellerinin geliştirilemediği ABD gibi gelişmiş ülkelerde ilaç giderlerinin finansmanında tüketici katılım paylarını içeren ortak ödeme biçimi uygulanmaktadır. Kişilerin doğrudan ödemelerine göre finansman modeli sağlık sistemi maliyetlerinin ortaya koyduğu mali ve ekonomik sorunları azaltmak amacıyla başvurulan modeldir (Özgülbaş, 2009:9).

4.4.3.1. Beveridge Finansman Modeli: İngiltere Örneği

Beveridge Modeli ilk kez 1948'de Sir William Beveridge tarafından geliştirilmiştir. Birleşik Krallık'ta kurulmuş ve Kuzey Avrupa ve dünyanın birçok alanına yayılmıştır. Hükümet, piyasadaki rekabeti elimine eden ve genellikle fiyatları düşük tutan tek güç olarak hareket etmektedir. Gelir vergileri yoluyla sağlık hizmetlerini finanse etmek, sağlık hizmetinin hizmet noktasında ücretsiz olmasına izin verir (Schmid et al., 2010: 465). Hastalar, randevu veya ameliyattan sonra, vergilerden yapılan katkılar nedeniyle, cepten herhangi bir ücret ödemek zorunda değildir. Bu sistem kapsamında, sağlık personelinin büyük bir kısmı devlet çalışanlarından oluşmaktadır. Bu nedenle, evrensel kapsam devlet tarafından garanti edilir ve vatandaş olan herkes aynı erişime sahiptir. Fakat herkesin sağlık hizmetlerine erişim garantisi olduğundan, sistemin aşırı kullanımı maliyetlerin artmasına neden olabilir (Chung, 2017). İngiltere'de Beveridge sisteminde sosyal devlet politikasını temel alan 3 unsur bulunmaktadır. Bunlar (Özmen, 2015:126):

Tam istihdamın sağlanması

İngiliz vatandaşlarının sosyal güvenlik sistemine dahil edilmesi

Ulusal sağlık hizmeti sisteminin kurulması

Geçmişte, Beveridge Modeli, Sovyet finansman sistemini örnek almıştır. Prim toplanmaması ve yalnızca vergilerle finanse amaçlanmıştır (Özmen, 2015:126).

İngiltere'de, sosyal güvenlik sisteminin sağlık hizmetleri 'Ulusal Sağlık Servisi' tarafından sağlanmaktadır. Ulusal Sağlık Servisi primler ve vergiler yoluyla

finansman sağlamaktadır. İngiliz sistemi, devlet katkısının büyük önem taşıdığı, yoksul kişilere ödeme yapılan, primli bir yapı oluşturmaktadır (Campbell, 2000:101). İngiliz Hükümeti, 1986'da emeklilik programı hazırlamıştır. Emeklilik programında kamu emeklilik kesiminden özel emeklilik kesimine geçiş sağlanmıştır (Glennester, 2000:134). Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, emeklilik sisteminin en önemli özelliği kamu harcamalarında, sosyal güvenlik giderlerinin, düşük olmasıdır. Sosyal güvenlik giderlerinin düşük olmasının nedeni demografik gelişmelerdir. Çünkü, koşulların günden güne zorlaştırılması, çalışanları, özel düzenlemelere yönlendirmiştir. Diğer Avrupa ülkelerinden, İngiliz sistemini ayıran en önemli fark, mesleki emeklilik sisteminin fona bağlanmış olmasıdır (Hayek, 2000:156).

4.4.3.2.Bismarck Finansman Modeli: Almanya Örneği

19. yüzyılda Otto Von Bismarck'ın kurduğu sosyal sigorta sistemi en eski ulusal sağlık sigortası sistemidir. Bismarck Modeli, ilk, belirli ücretin altındaki işçileri kapsamıştır. Daha sonra diğer çalışanlar sisteme dahil edilmiştir. Model, özel sigorta ilkesini benimsemiştir. Tüm çalışanların sisteme girmesi zorunlu hale getirilmiştir (Bauernschuster et al., 2017). Almanya, 1884 yılında sağlık sigortası yasasının yürürlüğe girmesiyle birlikte Yasal Sağlık Sigortası uygulamasını başlatmıştır. Yasal Sağlık Sigortası'nı, iş görmezlik, kaza ve yaşlılık sigortaları izlemiştir. Yasal Sağlık Sigortası'nın kapsamı, ölüm parası doktor tedavisi, hastalığa bağlı iş görememe durumundan oluşmaktadır (Öcek, 2007: 84). Reformlar zaman ilerledikçe özellikle maliyetleri azaltmak için düzenlenmiş ve bu yönde kanunlar çıkarılmıştır. 1990'da, Yasal Sağlık Sigortası'nın daraltılması, cepten ödeme yapma zorunluluğu, Yasal Sağlık Sigortası'na özel sağlık sigorta mantığının yerleştirilmesi şeklinde maliyetleri azaltan politikalar oluşturmuştur (Busse et al., 2017:883). Cipten ödemeleri artırıcı kanunlar 1996-1997 yıllarında çıkarılmış ve böylece rehabilite edici ve koruyucu sağlık hizmetleri sınırlandırılmıştır. Almanya, bütçenin önemli bir kısmını sağlık harcamalarına ayırmaktadır. 1990'lardaki veriler incelendiğinde çok düşük sağlık harcaması yapan Slovakya ve Kore, 2000-2009 yılları arasındaki sağlık harcamalarında yüksek oranlara sahiptir. Almanya, Fransa gibi gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları yüksek oranlardadır. 1990'ların son yıllarında maliyet kontrol önlemleri alınmıştır. 1996 yılından itibaren sağlık finansmanında hastaneye yapılan ödemeler sabit bütçe üzerinden gerçekleştirilmektedir. 2009 yılında, Yasal Sağlık Sigortaları, Almanya'da, sigorta şirketleri, sağlık finansmanında söz sahibi

olmuşlardır. Sağlıkta cari harcamalar, hastalık fonları ve hastaların cepten yaptıkları ödemelerle karşılanırken, sağlığa yapılan yatırımlar eyaletlerce karşılanmaktadır (Atabey ve Meriç, 2016:121).

4.4.3.3.Özel Sigorta Finansman Modeli ve Amerika Birleşik Devletleri Örneği

ABD'nin sağlık sistemi modelinde, farklı sağlık sistemlerinden parçalar bulunmaktadır. Yaşlı bakımı ile ulusal sağlık sigortası modeline, çocuklara ve gazilere sağlık hizmetinin verilmesi ile model Beveridge Modeli' ne, çalışanlara sunulan sağlık hizmetlerinin sunumu ile Bismarck Modeline benzemektedir. ABD modelinin temelini özel sigortalar oluşturmaktadır. Bu modelin temeli her hekimin hastasını, her hastanın doktorunu seçme hakkının olmasıdır. Doktorların birçoğu muayenehanelerinde çalışmaktadır. Yatırılan ücretler ya doğrudan hekime ya da sigorta tarafından karşılanmaktadır. ABD sağlık uygulamalarında bütünlükten söz edilemez. Her eyalette uygulamalar farklıdır. 1960'ta gelir seviyesi düşük kişilerin, sağlık problemlerinin karşılanmasına yönelik, kamunun desteğiyle, Medicaid kurulmuştur. Medicare ise yaşlılara yardım için kurulan kamu kuruluşudur. Çocuklar ve gaziler içinde birçok uygulama geliştirilmiştir. Sağlık harcamalarında en yüksek ülke ABD olmasına rağmen dünyanın en sağlıklı toplumu değildir. Tıbbi teknolojinin gelişmiş olmasına rağmen Dünya Sağlık Örgütü verilerinde ABD'de bebek ölümlerinde, doğumda yaşam süresinde, yüksek standartlarda değildir. OECD tarafından 2013'te hazırlanmış Commonwealth Fund raporuna göre gelişmiş sağlık performans sıralamasında son sırada yer almıştır (Erol ve Özdemir, 2014:13).

4.4.3.4.Karma Finansman Modeli: İtalya Örneği

Otto Von Bismarck İşçi Sigortası Modeli'nin, William Beveridge ise Halk Sigortası modelinin kurucusudur. Halk sigortası modeli ile İşçi sigortası modelinin birlikte uygulanmasıyla oluşturulmuştur. Hem işçi hem halk sigortası modelinin birlikte uygulanmasıyla Karma Model meydana gelmiştir. Bu modelde; sosyo-ekonomik politika yapıcılar, sosyal güvenlik yönetimi içine alan sistem, sosyal risk faktörlerini vurgulayan düzenlemeler ve yüksek fayda seviyeleri, kadınların işgücüne az katılımları gibi unsurlar bulunmaktadır (Lameire et al., 1999:4). İtalya'da 'Kavramsal Tanımlanmış Katkı Programı ve Sosyal Sigorta Sistemi' uygulanmaktadır. Bu sistem, tüm çalışanları kapsamaktadır. Özel fona tabi olmayan ve sözleşmeli işçiler gönüllü sigortaya bağlıdır. Bağımsız çalışanlar ve kamu işçileri

özel sigorta sistemine dahildir. Özel mesleki çalışması bulunanlar, özel fona dahil olmayanlar, sözleşmeli işçiler için gönüllü sigorta bulunmaktadır. Özel sigorta sistemleri bağımsız çalışanlar ve kamu işçileri için uygulanmaktadır. Genel sistem (tıbbi yardımlar) ve sosyal sigorta sistemi, analık ve hastalık kollarında uygulanmaktadır. Genel sistemden (tıbbi yardım) İtalya'da yaşayan herkes, bağımsız çalışanlar yararlanırken, hastalık ve analık yardımından; sözleşmeli işçiler ve çalışanlar faydalanmaktadır. İş kazası sigortası, sosyal sigorta sisteminde uygulanmaktadır. Bu sigortaya, zanaatkarlar, gemi adamları, tehlikeli işlerde çalışanlar, öğrenciler, öğretmenler, ev işlerinde çalışanlar dahildir. Sosyal yardım ve sosyal sigorta sistemine aile yardımları da dahildir. Sosyal yardıma; Avrupa Birliği, İtalya veya diğer ülkelerdeki yardıma muhtaç kişiler girmektedir. Sosyal sigorta sistemine; çiftçiler ve çiftçi emeklileri, işçiler, sözleşmeli çalışanlar dahildir (SGK, 2019:143).

Çizelge 4.3. Sağlık Finansman Modelleri

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti Örn: Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası Örn: Almanya	Birleşik Amerika
Karar Verme Mekanizması	Devlet tarafından Karar Verme ve Yönetim	Sigorta Fonu ve Hekim Birlikleri Tarafından Karar Verme	Özel Girişimcilik İlkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve İşverenlerin Katkıları	Özel Finansman
Sağlık Hizmetleri Sunucuları	Kamu	Kamu-Özel	Özel

Kaynak: Tatar M., (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, s.110

4.4.3.5. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası

Türkiye'de birbirleriyle bağlantıları zayıf finansal kaynaklarca sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanmıştır. 2012 yılında, Genel Sağlık Sigortası'nın uygulamaya konulmasıyla kaynakların denetimi kolaylaşmıştır. Genel Sağlık Sigortası'nda finansman ve hizmet üretimi birbirinden ayrıdır. Sağlık hizmetlerinin

finansman kaynakları; özel sağlık sigortası kuruluşlarının kaynakları, cepten yapılan ödemeler, SGK'nın kaynakları, merkezi bütçeden gelen kaynaklar olarak toplam 4 kaynaktan oluşmaktadır. Hizmetlerin finansmanındaki kurumların Sosyal Güvenliğe bağlanmasıyla eski sisteme göre daha sade olmuştur. Finansman gelirleri, merkezi bütçeden sağlanan destekler, çalışanların prim ödemeleri, çalışmayanlardan alınan ek ödemelerden oluşmaktadır (Bülbül, 2016:122). Türk sağlık sistemi finansman yapısı incelendiğinde, sağlık finansmanı sadece ekonomik kalkınmanın bir fonksiyonu olmadığını zamanında hatırlatıyor. Sağlık ve Maliye bakanlıkları ile uzun vadeli, sürdürülebilir sağlık finansmanı kaynaklarının ekimi arasında daha iyi ilişkilendirme ihtiyacı beslenir. Küresel sağlıkta düşük geliri ve orta geliri ülkelerde yerleşik, yeni kaynaklardan fonları yönlendirmek için yenilikçi finansman çok önemlidir. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan ortaya çıkan yükü ele almak için yenilikçi finansman kaynaklarından yeni fonlar aranmalıdır (Atun et al., 2012:2045). Sağlık hizmetlerini, vatandaşlar, kamu kuruluşlarından ve özel sağlık kurumlarından sağlayabilmektedirler. Hizmet talebi ve hizmet arzı, sağlık hizmetlerinde, farklılık göstermektedir. Hizmet talebi, sağlık sigortaları ile arzı kamu veya özeldeki sağlık kuruluşları üzerinden uygulanmaktadır (Yurdadoğ, 2007:592). Genel Sağlık Sigortası, artan sağlık masrafları işverenler ve bireyler için sorunlu olmaya devam edecektir (Bigalke, 2009:68). Sigortasız olanlar ve sigortaları yüksek geri ödemeleri düzenleyenler, piyasayı geri kalanımız için disipline etmektedir (Fuchs, 1986:1339). Sağlık sigortaları, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların yükünü azaltmaya yardımcı olmaktadır ve etkin düzenleme ve gözetim yoluyla kamu, özel sektörde kalite güvencesine katkıda bulunmaktadır (Kumar et al., 2011:668). Genel sağlık sigortası uygulamasına 2012 yılında geçilmiş ve finansman yapısında değişiklikler yapılmıştır (Erol ve Özdemir, 2014:13). Yeni sistemde, herkesin sağlık hizmetlerinden faydalanması amaçlanmaktadır. Eski sigorta sisteminde, sadece zorunlu sigorta kapsamında olan sağlık hizmetlerinden yararlanılırken, yeni sistemde, prim ödeyen herkes sigorta kapsamındadır (İlhan ve ark., 2006:34). Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sayılanlar (Pekten, 2006:120-121-122):

1) Kamu kurumlarında çalışanlar

2) Bir veya birden çok işverence çalıştırılanlar

- Kamu kurumuna atananlar ve emeklilik hakkı olan kişilerden hizmet akdi ile çalışmayanlar
- Memur olarak çalışırken sendikaların yönetim kurullarına seçilenler

- Cumhurbaşkanı, başbakan, belediye başkanları, TBMM üyeleri
- Polis Akademisi ile yüksekokul ve fakültelerde okuyan öğrenciler
- Askerlik eğitimi alanlar, astsubay meslek yüksekokulları ve askeri öğrenciler

3) Mahalle ve köy muhtarları, bağımsız çalışanlardan;

- Meslek odalarına kayıtlı olanlar (Gelir vergisinden muaf olan)
- Çiftçiler
- Basit veya gerçek usulde gelir vergisi ödeyenler
- Komandit şirketlerin komandite ortakları, yönetim kurulu ortakları, diğer şirketlerin ortakları

4) İsteğe bağlı olarak sigorta primlerini ödeyenler

5) Tüm çalışan kesimin dışındakiler ve sigortalı olarak sayılmayanlardan;

- Sığınmacılar
- Yeşil kart sahipleri
- Geliri olmayan, 65 yaşını doldurmuş kimsesiz vatandaşların 65 yaş aylığı alması
- Tazminat hakkından yararlananların aldığı aylık
- İstiklal Madalyası alanların aldığı aylık
- Terörle mücadele kanunu ile aylık alanlar
- Harp malullüğü aylığı alanlar
- Bakım, korunma hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler
- İşsizlik ödeneği alanlar
- Köy korucuları
- Başka ülkelerdeki sağlık sigortasından faydalanmayanlar
- Oturma izni alan yabancı uyrukluların, başka ülkelerde sigortası olmayanlar genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

Özel sağlık sigortalarında, sigortalıların, tercih ettikleri hastaneyi veya doktoru seçme hakkına sahiptir. Özel sigortalıların masrafları, seçtikleri poliçe dahilinde karşılanmaktadır. Özel sigortalarda ayakta ve yatarak tedavi yöntemleri olmak üzere iki çeşit tedavi bulunmaktadır. Genellikle ikisi de tercih edilmektedir. Sağlık sigortası sektöründe büyümeyi etkileyen 2 etken bulunmaktadır. Bunlar; Sağlık hizmetlerinin maliyetlerindeki artış ve sağlık hizmetlerine sınırlı erişimdir. Sağlık sigorta maliyetlerindeki artış, sağlık hizmetlerindeki artışın sonucudur. Örneğin; özel hastaneler yaptıkları yatırımların karşılığını almak için hizmet fiyatlarını

arttırmaktadır. Bunun sonucunda, prim ücretlerinde artışlar görülmektedir. Sağlık hizmetlerine sınırlı erişim sonucunda gelecekte oluşacak sağlık maliyetleriyle ilgili riskleri sigorta şirketleriyle önceden paylaşmaktadır (Yased-Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, 2012:80).

Türk Sağlık Sistemi, 'Sağlıkta Dönüşüm' programıyla tekrar düzenlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm programıyla Genel Sağlık Sigortası uygulamaya konulmuştur. Bu yeni uygulamalar sonucunda yoksul kesim için mali iyileşmeler, sağlık hizmetlerine ulaşımında kolaylıklar sağlanmıştır. Sağlık harcamaları bakımından, Türkiye, gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında, ortalamanın üzerindedir. Sağlık göstergelerinde, OECD, üyesi ülkelerle kıyaslandığında, geride kalmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015:106-109).

Sağlık sisteminin finansman yapısının güçlü ve sürdürülebilir olması için sağlık hizmetlerinin etkin şekilde sunulması gerekmektedir. Finansman yapısının sağlık sistemlerinde güçlü olması, toplumun tüm kesimlerini içine alan, hizmetlerin finanse edilme sürecinin varlığına bağlıdır. Hizmetlerin finansmanı ve sunumu itibariyle sağlık sistemlerinde dikey ve yatay hakkaniyet olması için birçok fonksiyon gereklidir. Fonksiyonların gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekli kaynağın sağlanması için finansman sisteminin güçlü olması gerekmektedir. Gerek kısa gerekse uzun dönemde sağlık hizmetlerinin sunumu, tüm toplum açısından önemlidir. Hastalık riskinin ne zaman, nasıl, hangi seviyede ortaya çıkacağı belli değildir. Bu yüzden kısa dönemde yeterli mali kaynağın olması gerekmektedir. Orta ve uzun dönemlerde, demografik hareketlilikler temelinde aktüeryal dengeler göz önüne alınarak sistem oluşturulmalıdır. Bu yüzden, genel sağlık sigortasının uygulamaya konulmasıyla, farklı kaynakların yerini kontrol edilebilir finansman kaynaklarından oluşan sistem almıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2008 tarihi itibariyle yürürlüğe girmiştir. Sunulan hizmetlerin finansmanı aşamasında, sağlık sisteminin her seviyesinde değişiklikler olmuştur. Sağlık sigortasına dahil edilen nüfus, genel sağlık sigortası ile geniş kapsamda tanımlanmıştır. Hizmetlerin sunumu ve finansmanı ayrılmıştır. Sağlık finansmanını sağlayan kurumlar Genel Sağlık Sigortası adı altında toplanmıştır. Genel sağlık sigortasında finansman 4 kaynaktan oluşmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu diğer sistemlere göre daha verimli olmuştur. Yeni yapıdaki finansman kaynakları; merkezi yönetimden sağlanan kaynaklar, özel sağlık sigortalarınınca sağlanan kaynaklar, Sosyal Güvenlik Kurumu'nca sağlanan kaynaklar, cepten yapılan ödemelerdir.

Sosyal güvenlik kurumunca sağlanan kaynaklarda, yeni sistemde birlik sağlanmış ve farklılıklar ortadan kaldırılmıştır. Böylece Bağ-Kur, devlet memurlarının, yeşil kartlıların, emekli sandığının primleri SGK karşılanmaya başlamıştır. İşverenler, serbest meslek erbapları, serbest çalışan esnaf ve primlerini kendileri ödeyen çalışmayan kişilerce sigorta primleri sisteme ödenmektedir. Ödenen primler, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun gelirlerini oluşturmaktadır. Önceki sistemde Yeşil Kart sahiplerinin ve Emekli Sandığı'na tabi olan memurlar ve emeklilerin sağlık primleri Maliye Bakanlığı tarafından ödenmekteydi. Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı olan, anlaşmalı özel hastanelerden, tıp fakültelerinden, devlet hastanelerinden, aile sağlığı merkezlerinden, polikliniklerden verilen sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Alınan hizmetlere göre Sosyal Güvenlik Kurumu ödeme yapmaktadır. Yeni sistemle birlikte, önceki sigorta sistemine dahil kişiler, her hizmetten faydalanabilmektedir. Böylece önceki sistemin adaletsiz yapısı ortadan kaldırılmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nda toplanan primler ve bunun sonucunda sektördeki tek sigorta kuruluşu olması sebebiyle hizmet sunucuları ile etkin pazarlık yapabilmektedir (Çelikay, Gümüş, 2010:204-205). Devlet bütçesince sağlanan kaynaklarda, Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı aracılığıyla sağlık hizmetleri finansmanının karşılanmasının yerine dolaylı finansman yöntemi ile Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan harcamalar finanse edilmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı temel sağlık hizmetlerini vermektedir. Bunlar; salgın hastalıklarla mücadele, serum, aşı vb. ürünlerin temin edilmesi, aile planlaması hizmetlerinin sağlanması gibi. Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı'ndan aldığı ödenekleri hastanelere vererek, hizmetlerin sunumunu gerçekleştirmektedir. Yeşil Kart ve Emekli Sandığı'nın prim ödemelerini Maliye Bakanlığı yapmaktadır. Bu şekilde bütçeyi Maliye Bakanlığı yönetmektedir. Yeni sistemde mali yönlendirme Sosyal Güvenlik Kurumu'na geçmiştir. Tıp fakültelerindeki personelin maaşlarını ve memuriyetleri devam eden çalışanların primlerini Maliye Bakanlığı tarafından yapılmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010:207). Kişilerin cepten yaptıkları ödemeler ve özel sağlık sigortalarının sağlanan kaynaklar, sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık sisteminin temel yapı taşıdır ve sağlık sigortası hedeflerine ulaşılmasında etkili bir rol oynamaktadır. Kamu sağlık harcamalarına yapılacak yatırımlar birçok düşük ve orta gelirli ülkelerde yetersizdir. Bu ülkeler de sağlık harcamaları, cepten sağlık harcamalarına dayanmaktadır. Kişiler, sağlık sigortası ve cepten ödeme ile sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. Genel Sağlık Sigortası'na dahil olmayanlar, özel sağlık sigortası primlerini ödeyerek veya

ceplerinden yapacakları harcamalarla sigorta kurumlarının finansmanını karşılayabilmektedirler. Cepten ödemede de, özel sağlık sigortasında da, sisteme devletin müdahalesi yoktur. Genel Sağlık Sigortası kapsamında olan kişiler, isteklerine göre özel sağlık sigortasından prim ödemelerini yaparak faydalanabilmektedirler (Özgen, 2007:205-206).

4.4. 2015-2019 Yılları Arasında Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması

2015'ten 2019'a kadar olan sağlık hizmetleri harcamaları, tıbbi ürünlerle ilgili harcamalar, ayakta yürütülen tedavi hizmetleri harcamaları, hastane işleri ve halk sağlığı harcamaları, ar-ge harcamaları ve sınıflandırmaya girmeyen sağlık harcamaları ile ilgili oranlar aşağıdaki çizelgelerde verilmiştir

Çizelge 4.4. 2015 Yılı Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması (Bin TL)

2015	Sağlık Hizmetleri Harcamaları	Tıbbi Ürünler, Cihazlara İlişkin Harcamalar	Ayakta Yürütülen Tedavi Harcamalar	Hastane İşleri Harcamalar 1	Halk Sağlığı Harcamalar 1	Sağlık Hizmetlerine İlişkin Ar-Ge Harcamaları	Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Harcamaları
Ocak Mart	19.543.360	26.811	1.223.045	3.148.161	1.000.107	3.028	14.142.208
Nisan-Haziran	19.970.462	30.559	1.306.895	3.295.535	1.088.576	3.921	14.244.976
Temmuz Eylül	19.940.660	41.073	1.351.159	4.134.533	1.080.708	13.993	13.319.194
Ekim Aralık	24.367.383	44.196	1.482.673	4.890.943	1.607.843	7.034	16.334.694

Kaynak: www.muhasabat.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.29.2018

2015 yılında tıbbi ürün ve cihaz hizmetlerinden, ilaçlarla ilgili hizmetlere 70.501 TL, diğer tıbbi ürünler 838 TL, terapik ürün hizmetlerine 71.300 TL harcama yapılmıştır. Ayakta tedavi hizmetlerinden, genel polikliniklere 5.211.996 TL, ihtisaslaşmış polikliniklere 1.105 TL, dişçilik hizmetlerine 659 TL, yardımcı sağlık hizmetlerine 150.012 TL harcama yapılmıştır. Hastane işleri ve hizmetlerinin harcamalarından genel hastane hizmetlerine 15.441.588 TL, İhtisas Hastaneleri Tarafından Verilen Hizmetler 16.669 TL, Tıp Merkezi Hizmetlerine 4.964 TL, Hastane Bakım Hizmetlerine 5.815 TL, Sınıflandırmaya Girmeyen Hastane İşleri ve Hizmetleri 136 TL harcama yapılmıştır. Halk sağlığı hizmetlerine 4.777.234 TL, sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetlerine 27.976 TL, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetlerine 58.041.072 TL harcama yapılmıştır. 2015 yılındaki toplam sağlık harcamaları 83.821.865 TL'dir.

Çizelge 4.5. 2016 Yılı Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması (Bin TL)

2016	Sağlık Hizmetleri Harcamaları	Tıbbi Ürünler, Cihazlara İlişkin Harcamalar	Ayakta Yürütülen Tedavi Harcamaları	Hastane İşleri Harcamaları	Halk Sağlığı Harcamaları	Sağlık Hizmetlerine İlişkin Ar-Ge Harcamaları	Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Harcamaları
Ocak-Mart	24.349.436	33.598	1.427.064	3.909.919	1.266.731	1.971	17.710.153
Nisan-Haziran	25.409.188	34.858	1.570.348	3.927.085	1.409.348	2.468	18.465.081
Temmuz-Eylül	19.787.419	33.910	1.547.679	4.172.875	1.481.772	2.232	12.548.951
Ekim-Aralık	26.513.997	50.974	1.823.705	5.011.441	1.601.625	4.948	18.021.304

Kaynak: www.muhasabat.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.29.2018

2016 yılında tıbbi ürün ve cihaz hizmetlerinden, ilaçlarla ilgili hizmetlere 81.468 TL, diğer tıbbi ürünler 521 TL, terapik ürün hizmetlerine 71.351 TL harcama yapılmıştır. Ayakta tedavi hizmetlerinden, genel polikliniklere 6.197.699 TL, ihtisaslaşmış polikliniklere 118 TL, dişçilik hizmetlerine 8.248 TL, yardımcı sağlık hizmetlerine 162.731 TL harcama yapılmıştır. Hastane işleri ve hizmetlerinin harcamalarından genel hastane hizmetlerine 16.996.570 TL, İhtisas Hastanelerine 18.015 TL, Tıp Merkezi Hizmetlerine 5.637 TL, Hastane Bakım Hizmetlerine 45 TL, Sınıflandırmaya Girmeyen diğer Hastane Hizmetleri 1.053 TL harcama yapılmıştır. Halk sağlığı hizmetlerine 5.759.476 TL, sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma ve geliştirme hizmetlerine 11.619 TL, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetlerine 66.745.489 TL harcama yapılmıştır. 2016 yılındaki toplam sağlık harcamaları 96.060.040 TL'dir.

Çizelge 4.6. 2017 Yılı Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması (Bin TL)

2017	Sağlık Hizmetleri Harcamaları	Tıbbi Ürünler, Cihazlara İlişkin Harcamalar	Ayakta Yürütülen Tedavi Harcamaları	Hastane İşleri Harcamaları	Halk Sağlığı Harcamaları	Sağlık Hizmetlerine İlişkin Ar-Ge Harcamaları	Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Harcamaları
Ocak Mart	27.030.886	33.413	1.615.150	4.289.619	1.668.806	2.342	19.421.556
Nisan Haziran	27.820.671	36.157	1.729.340	4.467.081	2.209.242	2.843	19.376.008
Temmuz Eylül	27.637.453	38.174	1.771.425	4.841.959	2.397.851	2.808	18.585.236
Ekim Aralık	32.892.626	56.876	1.962.721	5.388.952	3.231.860	11.229	22.240.988

Kaynak: www.muhasabat.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.29.2018

2017 yılında tıbbi ürün ve cihaz hizmetlerinden, ilaçlarla ilgili hizmetlere 84.935 TL, diğer tıbbi ürünler 538 TL, terapik ürün hizmetlerine 79.147 TL harcama yapılmıştır. Ayakta tedavi hizmetlerinden, genel polikliniklere 6.838.191 TL, ihtisaslaşmış polikliniklere 665 TL, dişçilik hizmetlerine 9.328 TL, yardımcı sağlık hizmetlerine 230.452 TL harcama yapılmıştır. Hastane işleri ve hizmetlerinin harcamalarından genel hastane hizmetlerine 18.965.140 TL, İhtisas Hastanelerine 18.340 TL, Tıp Merkezi Hizmetlerine 2.797 TL, Hastane Bakım ve Nekahat Merkezlerinde Verilen Hizmetlerine 1.147 TL, Sınıflandırmaya Girmeyen diğer Hastane Hizmetlerine 187 TL harcama yapılmıştır. Halk sağlığı hizmetlerine 9.507.759 TL, sağlıkla ilgili araştırma ve geliştirme hizmetlerine 19.222 TL, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetlerine 79.623.788 TL harcama yapılmıştır. 2017 yılındaki toplam sağlık harcamaları 115.381.636 TL'dir.

Çizelge 4.7. 2018 Yılı Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması (Bin TL)

2018	Sağlık Hizmetleri Harcamaları	Tıbbi Ürünler, Cihazlara İlişkin Harcamalar	Ayakta Yürütülen Tedavi Harcamaları	Hastane İşleri Harcamaları	Halk Sağlığı Harcamaları	Sağlık Hizmetlerine İlişkin Ar-Ge Harcamaları	Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Harcamaları
Ocak Mart	32.903.859	43.805	1.948.151	5.067.810	2.118.865	3.178	23.722.050
Nisan Haziran	32.753.358	46.221	2.079.415	5.046.723	2.557.191	4.367	23.019.441
Temmuz Eylül	32.422.093	50.265	2.107.380	5.560.807	2.914.629	2.464	21.786.548
Ekim Aralık	38.705.256	48.801	2.355.726	6.234.602	2.902.639	4.007	27.159.481

Kaynak: www.muhasabat.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.29.2019

2018 yılında tıbbi ürün ve cihaz hizmetlerinden, ilaçlarla ilgili hizmetlere 189.092 Bin TL, diğer tıbbi ürünler 109.121 Bin TL, terapik ürün hizmetlerine 364 Bin TL harcama yapılmıştır. Ayakta tedavi hizmetlerinden, genel polikliniklere 8.490.672 TL, ihtisaslaşmış polikliniklere 8.234.205 TL, dişçilik hizmetlerine Bin 5.845 TL, yardımcı sağlık hizmetlerine 23.580 Bin TL harcama yapılmıştır. Hastane işleri ve hizmetlerinin harcamalarından genel hastane hizmetlerine 21.909.942 Bin TL, İhtisas Hastanelerine 21.879.662 TL, Tıp Merkezi Hizmetlerine Bin 27.323 Bin TL, Hastane Bakım ve Nekahat Merkezlerinde Verilen Hizmetlerine 2.858 Bin TL, Sınıflandırmaya Girmeyen diğer Hastane Hizmetlerine 99 Bin TL harcama yapılmıştır. Sağlıkla ilgili araştırma ve geliştirme hizmetlerine 10.493.324 TL, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetlerine 95.687.520 TL harcama yapılmıştır. 2018 yılındaki toplam sağlık harcamaları 136.784.566 TL'dir.

Çizelge 4.8. 2019 Yılı Genel Yönetim Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması (Bin TL)

2019	Sağlık Hizmetleri Harcamaları	Tıbbi Ürünler, Cihazlara İlişkin Harcamalar	Ayakta Yürütülen Tedavi Harcamaları	Hastane İşleri Harcamaları	Halk Sağlığı Harcamaları	Sağlık Hizmetlerine İlişkin Ar-Ge Harcamaları	Sınıflandırmaya Girmeyen Sağlık Harcamaları
Ocak Mart	29.622.356	45.043	2.415.289	6.983.442	2.923.600	1.803	17.253.152
Nisan Haziran	29.741.366	38.983	2.592.256	6.692.122	2.645.984	1.817	17.770.204
Temmuz Eylül	30.806.298	45.551	2.575.613	7.400.077	3.064.612	2.064	17.718.381

Kaynak: www.muhasibat.gov.tr, Erişim Tarihi: 10.10.2019

2019 yılında tıbbi ürün ve cihaz hizmetlerinden, ilaçlarla ilgili hizmetlere 129.577 Bin TL, diğer tıbbi ürünler 338 Bin TL, terapik ürün hizmetlerine 53.503 Bin TL harcama yapılmıştır. Ayakta tedavi hizmetlerinden, genel polikliniklere 7.583.158 TL, ihtisaslaşmış polikliniklere 6.946 TL, dişçilik hizmetlerine 35.761 Bin TL, yardımcı sağlık hizmetlerine 252.940 Bin TL harcama yapılmıştır. Hastane işleri ve hizmetlerinin harcamalarından genel hastane hizmetlerine 21.053.963 Bin TL, İhtisas Hastanelerine 19.369 TL, Tıp Merkezi Hizmetlerine Bin 2.136 Bin TL, Hastane Bakım ve Nekahat Merkezlerinde Verilen Hizmetlerine 70 Bin TL, Sınıflandırmaya Girmeyen diğer Hastane Hizmetlerine 103 Bin TL harcama yapılmıştır. Sağlıkla ilgili araştırma ve geliştirme hizmetlerine 5.711 TL, sınıflandırmaya girmeyen sağlık hizmetlerine 52.741.737 TL harcama yapılmıştır. 2019 yılı eylül ayına kadar toplam sağlık harcamaları 90.170.020 TL'dir.

5.BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın uygulama bölümünde; panel veri analizi yapılmıştır. Kullanılan ülkeler; Türkiye, İngiltere, Amerika, Almanya, Kanada, Japonya'dır. Ükelere ait değişkenler; ekonomik büyüme, sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, brüt ulusal harcamalar ve 1000 kişiye düşen doktor sayıdır. Amaç; sağlık harcamalarının, ilaç harcamalarının, brüt ulusal harcamaların, 1000 kişiye düşen doktor sayısının, ekonomik büyümeye etkisini ölçmektir.

5.1.Yöntem ve Veri Seti

Zaman serilerine ait kesit verileri veya kesitlere ait zaman serilerine panel veriler denir (Greene, 2003: 283-84). Hane halkı, ülke, ve firma gibi birçok değişkenden oluşmaktadır. Panel veriler ayrıca zaman boyutu ile yatay kesit gözlemlerinin ifade edilmesi olarak da adlandırılmaktadır (Baltagi, 2001:1). Veri setlerinin yatay kesit ve zaman serisi birleşimini kapsamaktadır. Panel regresyon modellerinde veri setleri kullanılmaktadır. Panel regresyon modellerine; dinamik panel analizi, tesadüfi etkiler modeli, genelleştirilmiş EKK, tek yönlü ve çift yönlü sabit etkiler, gibi modeller örnek verilebilir. Bu tezde, tek yönlü sabit etkiler ve tesadüfi etkiler modeli kullanılmıştır.

5.2.Panel Birim Kök Testi

Bu tezde, Im, Peseran ve Shin'm (2003) önerdiği, panel birim kök testi yapılmıştır. Amaç; değişkenlerin durağanlığını ölçmektir. Panel birim kök testinde, Im, Peseran ve Shin, paneldeki her birim için Dickey Fuller (ADF) hesaplamaktadır. Bu hesaplama için, ADF test istatistiğini kullanmaktadır. Bu işlemin sonucunda ADF'lerin test istatistiğine bakılmaktadır (Saraçoğlu ve Doğan, 2005:3). N yatay kesit ve T zaman serisi ve N yatay kesit, panel birim kök testinin uygulanması için kullanılır.

yit birinci dereceden otoregresif süreçte, $\Delta y_{it} = \alpha_i + \beta_i y_{i,t-1} + e_{it}$, $i = 1, \dots, N$, $t = 1, \dots, T$, olarak tanımlanmaktadır (Im, Pesaran ve Shin, 2003:55). Söz konusu sınamada, $H_0 : \beta_i = 0$, bütün i 'ler için $H_1 : \beta_i < 0$, $i = 1, 2, \dots, N$, $\beta_i = 0$, $i = N_1 + 1, N_1 + 2, \dots, N$. Panel birim kökün varlığını, H_0 hipotezinin kabul edilmesini ifade ederken, panel birim kökün olmadığını alternatif hipotezin kabulünü ifade etmektedir. Im, Pesaran ve Shin (2003:56), t-bar istatistiği "birim kök yoktur" hipotezini test etmektedir.

5.3. Tek Yönlü Sabit Etkiler Modeli

Panel veri modelindeki değişkenler, yatay kesit veriler ve zaman serisinden farklı olarak, panel veri modelinde değişkenler, hem kesiti hem zamanı açıklayacak şekilde iki alt indis olan, i kesitleri ve t zamanı gösterir. Sabit etkiler modeli ($Y_{it} = \alpha_i + X'_{it} \beta + e_{it}$)'dir.: Aşağıdaki model, temel varsayımları yerine getiren, kukla değişkenli en küçük kareler tahmincisi (LSDV) ve sabit etkiler modelleri grup içi tahmin edicisi ile tahmin edilmektedir (Greene, 2003: 289).

$$Y_{it} = \alpha_i + X'_{it} \beta + e_{it} \quad (5.1)$$

$$i = 1, \dots, N$$

$$t = 1, \dots, T$$

$$E(e_{it}) = 0, Cov(e_{it}, e_{jt}) = 0, Var(e_{it}) = \sigma_e^2 \text{ ve } E(X_{it}, e_{it}) = 0$$

Modeldeki değişkenler; Y_{it} bağımlı değişkeni, e_{it} , hata terimini, β , eğim katsayılarını, X_{it} açıklayıcı değişkenler vektörünü; ve α_i ile gösterilen sabit terim birim etkisidir. Bu tezde, sabit terimin, her bir birim için değişebildiğini ancak zaman içinde sabit olduğunu ve sabit terimin birimler arasında sabit olduğunu fakat zaman içerisinde değiştiği varsayılarak birimlerin ve zamanın etkisi analiz edilmiştir. ($Y_{it} = \alpha_i + X'_{it} \beta + e_{it}$) modelini katsayılarının grup içi tahmin edicisi ile belirlenmesinde her bireyin gözlemlerinden bireye ait gözlemlerin ortalama değerlerinin çıkarılması şarttır. Bu işlemde sonunda, dönüştürülmüş veriler kullanılır. En küçük kareler (EKK) yöntemiyle tahmin yapılır (Kennedy, 2006: 333). Model, sabit terimin zamanda sabit fakat her bir birim için değişebildiğini varsayan grup etkisine göre ve birimler arasında sabit terimin, sabit fakat zaman etkisine göre analiz yapılmıştır. Sabit terimler arasındaki farklılıkları göstermek gerekmektedir. Bunun için her bir birim için bir kukla değişken içeren EKK tahmin edicisi kullanılmaktadır. LSDV olarak ifade edilen bu yöntem, çok sayıda kukla değişkenin kullanılmasına neden

olmaktadır. Bundan dolayı, serbestlik derecesinin düşmektedir ve de çoklu doğrusal bağıntı sorununa yol açmaktadır (Kennedy, 2006:332). Kukla değişken, her bir birim için kullanıldığında (1) numaralı denklemle gösterilen sabit etkiler modeli aşağıdaki gibidir (Pazarlıoğlu ve Gürler, 2007:38).

$$Y_{it} = \alpha_1 D_1 + \dots + \alpha_N D_N + X'_{it} \beta + e_{it} \quad (5.2)$$

Birimler veya zamanlar veya birimler arasındaki farklılıkların, her iki modelde de sabit terimlerden doğan farklılıklardan meydana geldiği düşünülmektedir (Greene, 2003: 287). Bu sebeple, zamanlar veya birimler arasındaki, değişken olan katsayıların değişmediği düşünülmektedir. Ayrıca bu tezde, sabit terim zaman içerisinde sabit kabul edilmiş fakat her bir birim için değişebildiği varsayılmasının sebebi, grup etkisini araştırmak içindir. Sabit terim zaman içinde değişken olduğu varsayılmış, birimler için sabit olduğu, zaman etkisini araştırabilmek için yapılmıştır. Grup anlamlılık testi, sabit etkiler modelinde, birimler arasında farklılığın varlığını olduğunu veya olmadığını tespit etmek için yapılmaktadır. Birimler arasında, sabit terimin aynı ve boş hipotezi altında, aşağıdaki F istatistiği elde edilmektedir (Greene, 2003: 289).

$$F_{(N-1, NT-N-K)} = \frac{(R_{LSDV}^2 - R_{Pooled}^2)/(N-1)}{(1 - R_{LSDV}^2)/(NT - N - K)} \quad (5.3)$$

(3) numaralı F istatistiğinde, R_{LSDV}^2 : LSDV modeline ait determinasyon katsayısını, R_{Pooled}^2 : panel verilerin EKK ile tahmininden elde edilen determinasyon katsayısını; T, her birime ait gözlem değerini; N, birim (grup) sayısını ve K, açıklayıcı değişken sayısını göstermektedir. Boş hipotez, eğer F istatistiğinin tablo değerinden büyükse reddedilir. Bunun sonucunda, birimler arasında farklılık kabul edilir. Zaman içinde farklılığın var olup olmadığını görmek için aynı test istatistiği yapılır. Bunun için LSDV modelinde sabit terimin zamanla değişen modeli kullanılır. Sabit terimin zamana göre değişmediği şeklinde boş hipotez ifade edilmektedir.

5.4. Tek Yönlü Rassal Etkiler Modeli

Rassal etkiler modeli, kullanılacak diğer modeldir. Sabit terimler, birimlere rassal dağılırsa ve açıklayıcı değişkenlerle ilgili değilse model buna uygun hale getirilmelidir (Greene, 2003: 293). Zamana ve kesitlere bağlı oluşan değişiklikler, rassal etkili modellerde, hata terimine ait bileşen olarak yer almaktadır. Bunun

sebebi, sabit etkili modellerde olan, serbestlik derecesinde meydana gelen kaybın, rassal etkili modellerde ortadan kalkmaktadır (Baltagi, 2001: 15). Bu tezde, tek yönlü rassal etkiler modeli kullanılmıştır. t zamanı ve i kesitleri göstermek için kullanılır. Kesitler arasında meydana gelen farklılığın, modeldeki hata terimlerinin bileşenlerinden olduğunu gösteren aşağıdaki (4) numaralı model tahmin edilmiştir.

$$Y_{it} = \alpha + X'_{it}\beta + (\mu_i + v_{it})$$

$$i = 1, \dots, N \quad t = 1, \dots, T$$

$$E(u_i) = (v_{it}) = 0, Cov(u_i, v_{jt}) = \sigma_{u,v}, Var(u_i) = \sigma_u^2 \text{ ve } E(X_{it}, u_i) = 0 \quad (5.4)$$

Modelde, β değişken kat-sayılarını, X_{it} açıklayıcı değişkenler vektörünü; ve α , sabit terimi ve α , sabit terimi göstermektedir. Burada sifıra eşit olacak şekilde, hata terimlerinin varyanslarının, özdeş ve bağımsız dağıldığı kabul edilmektedir. μ_i , birimlerde meydana gelen tesadüfi farkları kapsayan, gözlenemeyen hata terimidir. v_{it} ise hataları içeren terimdir. μ_i , kesit etkisini ifade eden bireysel hata terimleri kendi aralarında ve v_{it} , panel hata terimi ile ilişkili değildir. Modelde, iki hata teriminin birleşiminden oluşmuş (5) numaralı model aşağıdaki gibi elde edilir. Normal dağılım varsayımları ile oluşmuştur.

$$Y_{it} = \alpha_i + X'_{it}\beta + e_{it} \quad (5.5)$$

$$e_{it} = \mu_i + v_{it}, \quad (5.6)$$

Bu modelde hata terimleri varyansı (6) sıfır kovaryans, sabit varyans özellikleri göstermemektedir. Hata terimleri iki bileşenden oluşmaktadır. Dolayısıyla bu modele, Genelleştirilmiş En küçük Kareler yöntemi ve uygun Genelleştirilmiş En küçük Kareler yöntemi gibi yöntemler uygulanabilmektedir. Bunun nedeni, EKK tahmin edicisinin hata terimleri istenen yapıya sahip olmadığı içindir. Bu modellerden Genelleştirilmiş En küçük Kareler yönteminin uygulanması için hata terimleri varyans bileşenlerinin bilinmesi gereklidir. Bu çalışmada varyans bileşenlerinin tespiti için Swamy ve Arora (1972) yöntemi ile Wallace ve Hussain (1969) yöntemi kullanılmıştır. Swamy and Arora (1972), grup içi ve gruplar arası regresyon modellerinden yola çıkarak varyans bileşenlerinin elde edilmesini önermiştir (Baltagi, 2001:17). Bu tezde birim etkisi Swamy ve Arora'nın (1972) ile tespit edilmiştir. Zaman etkisi ise Wallace ve Hussain'in (1969) yöntemi ile tahmin edilmiştir.

5.5.Hausman Testi

Sabit etkiler modeli, panel veri analizinde kullanılan, istatistiksel olarak istenen özelliklere sahip olan bir modeldir. Fakat sabit etkiler modeline göre tesadüfi etkiler modeli iyi sonuçlar verdiyse, tesadüfi etkiler modeli kullanılmalıdır. Bu yüzden modeller arasından etkin olan modeli tespit etmek gerekebilir. Etkinliği tespit etmek için, tesadüfi etkiler modeli ve sabit etkiler modeli arasında seçim yapmak gerekir. Bu seçimi yapmak için Hausman testi kullanılır Hausman testi, k serbestlik dereceli ki-kare dağılımına uymalıdır (Baltagi, 2001: 20). Hausman testinde, sabit etkiler modelinden elde edilen katsayılar ile tesadüfi etkiler modelinden elde edilen katsayıların aynı olduğunu gösteren boş hipotezin reddi, sabit etkiler modelinin reddedilememesi ise tesadüfi etkiler modelinin daha etkin sonuçlar verdiğini göstermektedir.

Çizelge 5.1. Tük ve Oecd Toplanmış İşlenmemiş Ham Veriler

1970	Turkey	3.233509			77.25191	0.39
1971	Turkey	5.566695			81.40206	0.46
1972	Turkey	7.425788			84.08855	0.46
1973	Turkey	3.262335			84.53297	0.49
1974	Turkey	5.594474			89.45139	0.53
1975	Turkey	7.174113	2.156		88.67515	0.54
1976	Turkey	10.46118	1.695		87.81584	0.56
1977	Turkey	3.40667	1.988		90.04071	0.58
1978	Turkey	1.502933	2.226		85.20766	0.59
1979	Turkey	-0.62411	2.293		81.72492	0.6
1980	Turkey	-2.44735	2.361		90.86912	0.61
1981	Turkey	4.856649	2.574	10.71	86.94342	0.62
1982	Turkey	3.563228	2.146	12.9	86.32031	0.66
1983	Turkey	4.971081	2.194	11.9	87.95035	0.67
1984	Turkey	6.712016	2.114	10.94	87.58927	0.7
1985	Turkey	4.241336	1.49	13.89	82.23049	0.73
1986	Turkey	7.012031	1.835	12.4	80.39754	0.73
1987	Turkey	9.485539	1.896	13.33	101.7672	0.74
1988	Turkey	2.320737	2.074		96.24955	0.79
1989	Turkey	0.290244	2.275		98.42291	0.85
1990	Turkey	9.266147	2.451	22.02	104.0907	0.9
1991	Turkey	0.720279	2.786		105.7326	0.95
1992	Turkey	5.035635	2.747		105.8207	0.98
1993	Turkey	7.651265	2.695		108.6029	1.030
1994	Turkey	-4.66815	2.624		102.9356	1.090
1995	Turkey	7.878267	2.448		106.5709	1.100
1996	Turkey	7.379664	2.834		103.3955	1.100
1997	Turkey	7.577664	3.06		105.4073	1.120
1998	Turkey	2.308146	3.509		99.13753	1.150
1999	Turkey	-3.38928	4.465		100.2462	1.200
2000	Turkey	6.640147	4.622		103.1029	1.300
2001	Turkey	-5.96233	4.924		96.2429	1.380
2002	Turkey	6.430189	5.101		98.53911	1.390
2003	Turkey	5.608342	5.059		101.1152	1.410
2004	Turkey	9.644246	4.959		102.6188	1.440
2005	Turkey	9.009901	4.942		103.4016	1.470
2006	Turkey	7.109756	5.188		104.8502	1.510
2007	Turkey	5.030441	5.281		104.8491	1.550
2008	Turkey	0.845219	5.259		104.2538	1.590
2009	Turkey	-4.70445	5.534		100.7851	1.650
2010	Turkey	8.487358	5.054		105.0016	1.690
2011	Turkey	11.1135	4.688		108.1381	1.700
2012	Turkey	4.78992	4.478		104.9106	1.730
2013	Turkey	8.491316	4.404		105.8058	1.760
2014	Turkey	5.166672	4.347		103.8854	1.760
2015	Turkey	6.085899	4.139		102.608	1.810
2016	Turkey	3.183819	4.314		102.8855	1.830

Çizelge 5.1. Tüik ve Oecd Toplanmış İşlenmemiş Ham Veriler (Devam)

2017	Turkey	7.441233	4.227		104.5135	1.870
1970	United Kingdom	6.596287	3.971	15.82	107.709	0.94
1971	United Kingdom	3.484368	4.017	15.99	107.7019	1.010
1972	United Kingdom	4.301946	4.088	15.6	108.2917	1.050
1973	United Kingdom	6.508721	4.019	15.01	111.4928	1.080
1974	United Kingdom	-2.46341	4.647	14.96	115.9627	1.100
1975	United Kingdom	-1.47906	4.933	12.71	114.1913	1.140
1976	United Kingdom	2.910059	4.949	13.11	114.8218	1.160
1977	United Kingdom	2.443094	4.846	13.65	111.3928	1.190
1978	United Kingdom	4.201849	4.798	13.85	109.7112	1.220
1979	United Kingdom	3.741454	4.74	13.63	109.5827	1.290
1980	United Kingdom	-2.02777	5.063	13.53	107.0262	1.320
1981	United Kingdom	-0.77099	5.285	13.38	105.7699	1.350
1982	United Kingdom	2.01056	5.123	14.49	106.4538	1.340
1983	United Kingdom	4.221918	5.321	14.29	107.2554	1.400
1984	United Kingdom	2.276236	5.237	15.16	108.1478	1.410
1985	United Kingdom	4.195325	5.14	15.01	106.896	1.430
1986	United Kingdom	3.124279	5.125	15.07	108.5806	1.440
1987	United Kingdom	5.306559	5.178	14.47	108.1305	1.500
1988	United Kingdom	5.747627	5.089	14.66	110.4385	1.530
1989	United Kingdom	2.569404	5.037	14.78	110.0289	1.550
1990	United Kingdom	0.731801	5.09	14.48	107.825	1.620
1991	United Kingdom	-1.08654	5.486	14.7	106.0102	1.630
1992	United Kingdom	0.373976	5.935	15.09	106.8087	1.640
1993	United Kingdom	2.526925	6.003	15.52	106.5231	1.680
1994	United Kingdom	3.880039	6.078	15.95	107.1098	1.700
1995	United Kingdom	2.469734	5.6	16.13	99.72616	1.750
1996	United Kingdom	2.538654	5.589	16.55	99.83112	1.800
1997	United Kingdom	4.038248	5.469	16.93	99.59536	1.850
1998	United Kingdom	3.137808	5.614		100.795	1.900
1999	United Kingdom	3.216725	5.854		101.5531	1.910
2000	United Kingdom	3.664129	5.972		101.8434	1.980
2001	United Kingdom	2.544131	6.329		102.3047	2.030
2002	United Kingdom	2.457878	6.587		102.7954	2.100
2003	United Kingdom	3.325909	6.851		102.4023	2.190
2004	United Kingdom	2.364455	7.051		102.6259	2.320
2005	United Kingdom	3.096089	7.187		102.5688	2.400
2006	United Kingdom	2.456	7.327		102.4093	2.450
2007	United Kingdom	2.356708	7.432		102.4765	2.480
2008	United Kingdom	-0.47254	7.681		102.8651	2.570
2009	United Kingdom	-4.18776	8.527		102.1871	2.640
2010	United Kingdom	1.694547	8.474		102.6058	2.650
2011	United Kingdom	1.452624	8.422		101.5395	2.690
2012	United Kingdom	1.48133	8.339		101.9798	2.700
2013	United Kingdom	2.052389	9.772	12.01	102.018	2.710
2014	United Kingdom	3.054251	9.724	12.07	102.0049	2.750
2015	United Kingdom	2.34594	9.793	11.79	101.7138	2.770

Çizelge 5.1. Tük ve Oecd Toplanmış İşlenmemiş Ham Veriler(Devam)

2016	United Kingdom	1.935791	9.762	11.42	101.6235	2.780
2017	United Kingdom	1.787151	9.645		101.163	2.810
1970	United States	0.186046	6.232		99.63292	
1971	United States	3.295477	6.366		99.9465	
1972	United States	5.263263	6.499		100.2626	
1973	United States	5.643125	6.517		99.71155	
1974	United States	-0.51715	6.836		100.0525	
1975	United States	-0.19768	7.171		99.05379	
1976	United States	5.38609	7.419		100.087	
1977	United States	4.608597	7.668		101.1072	
1978	United States	5.561685	7.64		101.0764	
1979	United States	3.175691	7.772		100.8565	
1980	United States	-0.2446	8.226		100.4561	
1981	United States	2.59447	8.515		100.3897	
1982	United States	-1.91089	9.209		100.5971	
1983	United States	4.632457	9.33		101.4195	
1984	United States	7.259087	9.284		102.5422	
1985	United States	4.238738	9.498		102.6232	
1986	United States	3.511614	9.667		102.8728	
1987	United States	3.461748	9.903	9.36	102.9725	
1988	United States	4.203972	10.29	9.25	102.0826	
1989	United States	3.680524	10.645	9.23	101.5332	
1990	United States	1.91937	11.273	9.31	101.3019	
1991	United States	-0.07408	11.948	9.17	100.4635	
1992	United States	3.555396	12.215	8.79	100.5312	
1993	United States	2.745857	12.469	8.54	100.9474	2.12
1994	United States	4.037643	12.392	8.54	101.2654	2.14
1995	United States	2.718976	12.502	8.86	101.1712	2.19
1996	United States	3.795881	12.464	9.32	101.1898	2.22
1997	United States	4.487026	12.369	9.88	101.1844	2.28
1998	United States	4.449911	12.392	10.39	101.7901	2.25
1999	United States	4.6852	12.39	11.29	102.6565	2.24
2000	United States	4.092176	12.502	11.87	103.6539	2.29
2001	United States	0.975982	13.169	12.24	103.471	2.35
2002	United States	1.786128	13.954	12.48	103.8849	2.35
2003	United States	2.806776	14.455	12.79	104.3756	2.38
2004	United States	3.785743	14.537	12.94	105.0442	2.39
2005	United States	3.345216	14.541	12.92	105.5078	2.43
2006	United States	2.666626	14.658	13.19	105.5641	2.42
2007	United States	1.77857	14.898	13.14	104.9631	2.43
2008	United States	-0.29162	15.294	12.93	104.9126	2.44
2009	United States	-2.77553	16.343	12.86	102.7425	2.44
2010	United States	2.531921	16.413	12.39	103.4259	2.43
2011	United States	1.601455	16.367	12.27	103.7376	2.46
2012	United States	2.224031	16.366	11.84	103.5014	2.5
2013	United States	1.677332	16.331	11.77	102.9476	2.56
2014	United States	2.569194	16.505	12.34	102.9236	2.57

Cizelge 5.1. Tüik ve Oecd Toplanmış İşlenmemiş Ham Veriler(Devam)

2015	United States	2.861587	16.816	12.61	102.892	2.58
2016	United States	1.485279	17.073	12.29	102.7987	2.58
2017	United States	2.273339	17.15			2.61
1970	Germany		5.713	17	104.5573	
1971	Germany	3.1327	6.185	16.23	104.9511	
1972	Germany	4.300341	6.509	15.85	104.7269	
1973	Germany	4.777487	6.828	15.29	103.6347	
1974	Germany	0.890069	7.353	14.88	102.0057	
1975	Germany	-0.86674	8.017	14.33	103.5727	
1976	Germany	4.949258	8.038	14.23	104.0747	
1977	Germany	3.347218	7.971	13.85	103.9664	
1978	Germany	3.008493	8.046	13.96	103.7981	
1979	Germany	4.150363	7.899	13.88	105.9321	
1980	Germany	1.408829	8.098	13.89	106.9515	
1981	Germany	0.529241	8.397	13.98	105.4795	
1982	Germany	-0.39484	8.228	13.99	103.631	
1983	Germany	1.57241	8.22	14.21	104.2693	
1984	Germany	2.822948	8.336	14.27	103.629	
1985	Germany	2.327935	8.481	14.3	102.3491	
1986	Germany	2.287339	8.376	14.36	100.776	
1987	Germany	1.402152	8.48	14.59	100.8249	
1988	Germany	3.707236	8.66	14.63	100.8114	
1989	Germany	3.896552	8.063	14.82	100.907	
1990	Germany	5.255006	8.031	14.71	100.3065	
1991	Germany	5.108262	..		100.5149	2.76
1992	Germany	1.923807	9.025	15.37	100.5226	2.83
1993	Germany	-0.95617	8.993	13.78	99.93549	2.92
1994	Germany	2.457372	9.227	13.4	99.80293	2.99
1995	Germany	1.737641	9.5	13.19	99.53183	3.05
1996	Germany	0.817898	9.785	13.47	99.17952	3.1
1997	Germany	1.849201	9.664	13.46	98.81709	3.12
1998	Germany	1.979618	9.687	13.97	98.67612	3.16
1999	Germany	1.987135	9.768	14	99.28698	3.2
2000	Germany	2.962045	9.828	14.1	99.73092	3.25
2001	Germany	1.695471	9.864	14.71	98.23644	3.29
2002	Germany	0	10.11	14.93	95.62493	3.32
2003	Germany	-0.70991	10.332	14.85	96.33617	3.35
2004	Germany	1.16997	10.076	14.05	94.95926	3.37
2005	Germany	0.706714	10.225	15.15	94.94028	3.4
2006	Germany	3.70016	10.113	15	94.70147	3.4
2007	Germany	3.260535	9.969	15.34	93.35071	3.49
2008	Germany	1.082315	10.155	15.37	94.02515	3.54
2009	Germany	-5.61886	11.137	15.24	95.06064	3.62
2010	Germany	4.079933	11.004	15.01	94.80233	3.71
2011	Germany	3.66	10.715	14.29	95.11139	3.88
2012	Germany	0.491993	10.767	14.15	93.90967	3.95
2013	Germany	0.489584	10.915	14.01	94.04067	4.04

Çizelge 5.1. Tük ve Oecd Toplanmış İşlenmemiş Ham Veriler(Devam)

2014	Germany	1.92969	10.957	14.38	93.07706	4.11
2015	Germany	1.743205	11.079	14.38	92.00611	4.14
2016	Germany	1.943625	11.139	14.26	92.02878	4.19
2017	Germany	2.222825	11.272		92.42603	4.25
1970	Canada	3.255614	6.353	11.96	98.3942	1.43
1971	Canada	4.117658	6.611	11.53	99.41508	1.5
1972	Canada	5.445856	6.528	10.96	99.52322	1.55
1973	Canada	6.964203	6.207	10.94	98.8155	1.6
1974	Canada	3.690988	6.091	10.03	99.6932	1.63
1975	Canada	1.822973	6.538	9.32	101.8624	1.69
1976	Canada	5.199302	6.574	8.96	100.7194	1.71
1977	Canada	3.458231	6.553	8.9	100.8228	1.75
1978	Canada	3.953591	6.526	8.88	99.98884	1.77
1979	Canada	3.804923	6.414	9.08	99.82474	1.78
1980	Canada	2.162617	6.588	8.93	98.34956	1.8
1981	Canada	3.50312	6.789	9.36	99.32938	1.83
1982	Canada	-3.20202	7.522	9.07	96.38832	1.89
1983	Canada	2.598573	7.694	9.14	96.99541	1.92
1984	Canada	5.92535	7.58	9.5	96.62874	1.95
1985	Canada	4.734083	7.588	10.06	97.63289	2.01
1986	Canada	2.161816	7.83	10.76	99.18067	2.04
1987	Canada	4.096465	7.771	11.06	98.61416	2.09
1988	Canada	4.429401	7.769	11.38	99.04533	2.1
1989	Canada	2.323974	7.976	11.69	99.80105	2.12
1990	Canada	0.154346	8.394	11.91	99.73882	2.11
1991	Canada	-2.12569	9.081	12.13	100.6484	2.12
1992	Canada	0.882976	9.332	12.75	100.5415	2.13
1993	Canada	2.655236	9.216	13.38	100.025	2.15
1994	Canada	4.493475	8.862	13.61	98.79076	2.13
1995	Canada	2.677708	8.559	14.36	96.88373	2.11
1996	Canada	1.611048	8.363	14.58	96.12741	2.09
1997	Canada	4.279812	8.345	15.26	97.96892	2.07
1998	Canada	3.881759	8.577	15.7	98.00927	2.09
1999	Canada	5.163211	8.358	16.2	96.2971	2.09
2000	Canada	5.18269	8.276	16.6	94.28936	2.1
2001	Canada	1.770819	8.655	16.92	94.34312	2.1
2002	Canada	3.010016	8.888	17.44	95.60251	2.11
2003	Canada	1.802273	9.043	17.84	96.11682	2.1
2004	Canada	3.085961	9.097	17.99	95.58526	2.13
2005	Canada	3.201382	9.064	18.06	96.08547	2.16
2006	Canada	2.623413	9.207	18.25	97.33482	2.18
2007	Canada	2.062748	9.298	18.05	97.94793	2.22
2008	Canada	1.000361	9.465	17.83	98.29768	2.26
2009	Canada	-2.94959	10.574	17.82	101.5312	2.34
2010	Canada	3.083514	10.556	18.48	101.9993	2.38
2011	Canada	3.141219	10.23	18.3	101.2576	2.46
2012	Canada	1.745472	10.24	17.93	102.0267	2.51

Çizelge 5.1. Tük ve Oecd Toplanmış İşlenmemiş Ham Veriler(Devam)

2013	Canada	2.475002	10.133	17.63	101.6524	2.57
2014	Canada	2.855739	9.97	17.51	101.0102	2.61
2015	Canada	1.000882	10.377	17.52	102.4188	2.66
2016	Canada	1.414103	10.535	17.64	102.4731	2.68
2017	Canada	3.047351	10.411		102.283	2.72
1970	Japan	0.399051	4.362		98.89171	1.08
1971	Japan	4.698992	4.474		97.34185	1.1
1972	Japan	8.413547	4.58		97.77353	1.11
1973	Japan	8.0326	4.459		100.2722	1.1
1974	Japan	-1.22524	4.895		101.2324	1.1
1975	Japan	3.091576	5.413		100.2783	1.13
1976	Japan	3.974984	5.413		99.37265	1.14
1977	Japan	4.390338	5.549		98.46482	1.15
1978	Japan	5.271942	5.736		98.30595	1.18
1979	Japan	5.484042	5.857		100.9601	1.23
1980	Japan	2.817591	6.247	21.18	100.9736	1.27
1981	Japan	4.209336	6.33		99.38671	1.32
1982	Japan	3.312457	6.479		99.45184	1.35
1983	Japan	3.523045	6.549		98.46545	
1984	Japan	4.501995	6.368	19.46	97.55407	1.44
1985	Japan	5.233381	6.481	17.97	96.8097	
1986	Japan	3.326526	6.414	18.89	96.32642	1.51
1987	Japan	4.730666	6.388	20.27	97.23155	
1988	Japan	6.78502	6.105	20.63	98.03641	1.58
1989	Japan	4.858038	5.896	22.32	98.64863	
1990	Japan	4.892713	5.757	21.42	99.22318	1.65
1991	Japan	3.417497	5.774	22.87	98.5018	
1992	Japan	0.84807	6.025	22.01	97.94567	1.7
1993	Japan	-0.51792	6.332	22.25	97.85815	
1994	Japan	0.993066	6.584	21.06	98.09715	1.77
1995	Japan	2.74214	6.282	21.04	98.73591	
1996	Japan	3.099999	6.124	21.04	99.56636	1.84
1997	Japan	1.076045	6.4	19.5	98.94303	
1998	Japan	-1.12841	6.615	17.94	98.18304	1.89
1999	Japan	-0.25195	6.976	18.15	98.44542	
2000	Japan	2.779633	7.151	18.41	98.57068	1.93
2001	Japan	0.406336	7.359	18.86	99.33991	
2002	Japan	0.117993	7.473	18.64	98.64919	1.98
2003	Japan	1.52822	7.611	19.53	98.30454	
2004	Japan	2.204688	7.657	19.46	97.97831	2.03
2005	Japan	1.66267	7.781	19.79	98.49061	
2006	Japan	1.420007	7.808	19.97	98.58598	2.08
2007	Japan	1.654184	7.89	19.9	98.10727	
2008	Japan	-1.09354	8.2	20.98	99.55096	2.15
2009	Japan	-5.41641	9.058	20.47	99.44905	
2010	Japan	4.191739	9.157	18.91	98.53949	2.21
2011	Japan	-0.11542	10.617	18.89	100.543	

Çizelge 5.1. Tük ve Oecd Toplanmış İşlenmemiş Ham Veriler(Devam)

2012	Japan	1.49509	10.791	18.85	101.5466	2.29
2013	Japan	2.000268	10.792	18.8	102.3167	
2014	Japan	0.374719	10.832	19.73	102.4652	2.36
2015	Japan	1.353823	10.872		100.4185	
2016	Japan	0.938194	10.84		99.02828	2.43
2017	Japan	1.712581	10.745			

Veri Seti

GDP?	GDP-GROWTH(Y)	_Turkey
HE?	Health Expenditure(X1)	_UnitedKingdom
PS?	Pharmaceutical spending(X2)	_UnitedStates
GNE?	Gross National Expenditure(X3)	_Germany
DT?	DoctorsTotal, Per 1 000 inhabitants	_Canada
		_Japan

Veriler yukarıdaki gibi kısaltılmıştır.

1970 ve 2017 yıllarının verileridir. 1970'den başlayıp 2017'ye kadar uzunlamasına toplanmıştır. Veriler OECD ve TÜİK adreslerinden alınmıştır.

6. BULGULAR

Çizelge 5.2. Değişkenlerin Newey-West ve Bartlett kernel panel verisine ADF ve PP Birim Kök Testi Sonuçları

		χ^2	p
GDP-GROWTH(Y)	ADF	111.420	0.0001
	PP	117.364	0.0001
Health Expenditure(X1)	ADF	41.6706	0.0265
	PP	123.740	0.0001
Pharmaceutical spending(X2)	ADF	351.968	0.0001
	PP	303.948	0.0001
Gross National Expenditure(X3)	ADF	341.881	0.0001
	PP	269.027	0.0001
DoctorsTotal, Per 1 000 inhabitants	ADF	392.539	0.0001
	PP	283.730	0.0001

ADF: Augmented Dickey-Fuller birim kök testi

PP: Phillips Perron birim kök testi

Panel veri analizi için gerekli önkoşullardan birim kök testi sonucunda hem ADF hemde PP testleri sonucunda ($p < 0,05$) panel verinin durağan olduğu sonucuna varılmıştır.

Çizelge 5.3. GDP ile Bağımsız Değişkenler Arasında Panel Veri Analizi-Hausman Testi

Test Summary	χ^2	s.d	p
Hausman Test	0,0001	10	0,999

Birey etkilerini görmek amacıyla, panel veride, rassal ve sabit etki modelleri kullanılarak parametreler tahmin edilecektir. İlk aşamada sabit etki mi, rassal etki mi, hangisinin geçerli olduğuna tespit etmek gerekir. Bu sebeple, Hausman testi kullanılacaktır. Hausman testinde model kurulur. Yokluk hipotezi “rassal etki modeli”, alternatif hipotez ise “sabit etki modeli” kullanılmalıdır şeklinde kurulmaktadır. Verilen çıktıdan Prob. (Anlamlılık düzeyi) değeri ile Tablo değeri (α) karşılaştırılır. Örneğimizde; Prob. = 0.999 > 0.050 olduğu için H_0 hipotezi kabul edilebilir. Yani rassal etki vardır denilebilir. Bu durumda modeli rassal etki ile tahmin etmek gereklidir. Rassal etki tahmin sonuçları aşağıdadır.

Çizelge 5.4. GDP Diğer Bağımsız Değişkenler Arasında Rassal Etkili Panel Veri Analizi

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	14.24638	3.254914	4.376885	0.0000
HE?	-0.038273	0.067631	-0.565905	0.5723
PS?	-0.067514	0.050691	-1.331894	0.1849
GNE?	-0.079555	0.030802	-2.582751	0.0108
DT?	-1.113243	0.308360	-3.610207	0.0004
Random Effects (Cross)				
_TURKEY--C	0.000001			
_UNITEDKINGDOM--C	0.000001			
_UNITEDSTATES--C	0.000001			
_GERMANY--C	0.000001			
_CANADA--C	0.000001			
_JAPAN--C	0.000001			
Effects Specification				
			S.D.	Rho
Cross-section random			0.000000	0.0000
Idiosyncratic random			1.946812	1.0000
Weighted Statistics				
R-squared	0.590523	Mean dependent var		2.578729
Adjusted R-squared	0.568645	S.D. dependent var		2.247841
S.E. of regression	2.049551	Sum squared resid		621.6978
F-statistic	8.708530	Durbin-Watson stat		1.452319
Prob(F-statistic)	0.000002			
Unweighted Statistics				
R-squared	0.190523	Mean dependent var		2.578729
Sum squared resid	621.6978	Durbin-Watson stat		1.452319

Dönemsel olmayan rassal etkili panel veri analizine baktığımızda GDP bağımlı değişkeni için Health Expenditure(X1), Pharmaceutical spending(X2), Gross National Expenditure(X3), DoctorsTotal, Per 1000 inhabitants (X4), değişkenleri arasında anlamlı şekilde ($p < 0,05$) etki göstermektedir. Bu durumda dönemsel olmayan açıklama oranı %59,05 olarak belirlenmiştir. Turkey, UnitedKingdom, UnitedStates, Germany, Canada ve Japan ülkeleri için bu model aşağıda verilen denklemlerle tahmin edilebilir olarak belirlenmiştir. Yıllık göstergelerden bağımsız uzun dönemde Health Expenditure(X1), Pharmaceutical spending(X2), Gross National Expenditure(X3), DoctorsTotal, Per 1000 inhabitants (X4), değişkenleri değişkenleri GDP değişkenini %59,05 oranında tahmin etmektedir.

Ülke bazlı tahmin denklemleri aşağıdaki gibi kullanılabilir:

$$\text{GDP_TURKEY} = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * \text{HE_TURKEY} - 0.0675144122502 * \text{PS_TURKEY} - 0.0795549400194 * \text{GNE_TURKEY} - 1.11324316483 * \text{DT_TURKEY}$$

$$\text{GDP_UNITEDKINGDOM} = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * \text{HE_UNITEDKINGDOM} - 0.0675144122502 * \text{PS_UNITEDKINGDOM} - 0.0795549400194 * \text{GNE_UNITEDKINGDOM} - 1.11324316483 * \text{DT_UNITEDKINGDOM}$$

$$\text{GDP_UNITEDSTATES} = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * \text{HE_UNITEDSTATES} - 0.0675144122502 * \text{PS_UNITEDSTATES} - 0.0795549400194 * \text{GNE_UNITEDSTATES} - 1.11324316483 * \text{DT_UNITEDSTATES}$$

$$\text{GDP_GERMANY} = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * \text{HE_GERMANY} - 0.0675144122502 * \text{PS_GERMANY} - 0.0795549400194 * \text{GNE_GERMANY} - 1.11324316483 * \text{DT_GERMANY}$$

$$\text{GDP_CANADA} = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * \text{HE_CANADA} - 0.0675144122502 * \text{PS_CANADA} - 0.0795549400194 * \text{GNE_CANADA} - 1.11324316483 * \text{DT_CANADA}$$

$$\text{GDP_JAPAN} = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * \text{HE_JAPAN} - 0.0675144122502 * \text{PS_JAPAN} - 0.0795549400194 * \text{GNE_JAPAN} - 1.11324316483 * \text{DT_JAPAN}$$

7.SONUÇ

Tıp, sağlık ve ekonomiye yüzyıllardır, birçok ülkede, önem verilmiştir. İnsanlar çeşitli tıbbi yöntemlerle, sağlık kurumlarında tedavi olmuşlardır. Ekonominin bir alt dalı olan sağlık ekonomisi, ekonomi ve sağlığın bir araya gelmesiyle, hem teorik hem uygulamalı bir bilim olarak doğmuştur. Ekonomi ve sağlığa ait değerler bugüne kadar birçok araştırmanın konusu olmuştur. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine verilen önemin ekonomi ve sağlık çerçevesinde değerlendirildiği görülmektedir.

Sağlık ekonomisi, sağlık piyasasındaki arz ve talep verilerini, sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetlerinin finansmanını, sağlık politikalarını, sağlığın hukuki boyutunu, sağlık harcamalarını ekonomik analizler kapsamında değerlendirmektedir. Sağlık sektörü Türkiye’de merkezîyetçi yapıya sahiptir. Yapılan birçok reform çalışmaları sonucunda bu yapının değişmesi mümkün olmamıştır. Cumhuriyet’in kuruluşundan itibaren sağlık hizmetlerini geliştirmeyi amaç edinen Sağlık Bakanlığı, birçok reform çalışması gerçekleştirmiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı; sağlığın geliştirilmesi, sağlık bilgi sistemleri, sağlık araştırmaları, sağlık yatırımları, acil sağlık hizmetleri, gibi genel müdürlükler aracılığıyla çalışmalarını gerçekleştirmektedir. Türkiye’de, sağlığın geliştirilmesi, tedavi edici, koruyucu, rehabilitasyon hizmetleriyle verilen sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirliği, verimliliği sağlamaktadır. Hastalıkların teşhis ve tedavisi için farklı sağlık hizmetleri ve kurumlarıyla hizmet verilmektedir. Hizmet kapsamı bakımından; birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Çalışmada, 2013-2017 yılları arasındaki sağlık harcamaları oranlarında 2013 yılından itibaren artışlar vardır. 2002-2017 yılları arasındaki sağlık personel sayısında da artışlar bulunmaktadır.

Her ülkenin farklı sağlık finansman sistemleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları, kamu, yarı kamu ve özel finansman kaynaklarından karşılanmaktadır. Günümüzde kullanılan finansman modelleri Beveridge Modeli, Bismarck Modeli, Doğrudan Finansman Yöntemi ve Karma Finansman yöntemidir. Beveridge Modeli’ nin finansmanı gelir vergileriyle sağlanmaktadır. Kişiler cepten ücret ödememektedirler. İngiltere’de uygulanmaktadır. Bismarck Modeli’ nin temelini özel sigortalar oluşturmaktadır. Almanya’da uygulanmaktadır. Amerika’nın sağlık modeli olan, Doğrudan

Finansman Yöntemi, farklı sağlık sistemlerinin bir araya gelmesiyle oluşmuştur. İtalya'da kullanılan, Karma Finansman Modeli, Bismarck ve Beveridge modellerinin bir araya getirilmesiyle oluşturulmuş sağlık modelidir. Türkiye'de genel sağlık sigortası uygulamasına 2012 yılında geçilmiştir. Herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması amaçlanmıştır. Yeni sistemde prim ödeyen tüm vatandaşlar sigorta kapsamındadır.

Çalışmanın uygulama bölümünde; panel veri analizi yapılmıştır. Kullanılan ülkeler; Türkiye, İngiltere, Amerika, Almanya, Kanada, Japonya'dır. Ükelere ait değişkenler; ekonomik büyüme, sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, brüt ulusal harcamalar ve 1000 kişiye düşen doktor sayıdır. Amaç; sağlık harcamalarının, ilaç harcamalarının, brüt ulusal harcamaların, 1000 kişiye düşen doktor sayısının, ekonomik büyümeye etkisini ölçmektir. Uygulamanın sonucunda seçilen ülkelerdeki bağımsız değişkenler, ekonomik büyümeyi %59,5 oranında etkilemektedir.

8.KAYNAKLAR

Kitaplar

Aksakoğlu G., (2006) Sağlıkta Araştırma ve özümleme. DEÜ Rektörlük Basımevi, İzmir

Ateş M., (2012) Sağlık İşletmeciliği. 2.Basım. Beta Basım-Yayım

Ateş M., (2013) Sağlık Hizmetleri Yönetimi. Beta Basım Yayım

Aydın E., (2006) Dünya ve Tıp Tarihi. Güneş Tıp Kitabevleri

Baker J., Baker R, Dworkin N., (2018) Basic Tools For Nonfinancial Managers, Health Care Finance. Fifth Edition, by Jones & Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company

Baltagi B., (2001) Econometric Analysis of Panel Data. 2nd Ed., UK: John Wiley & Sons Ltd.

Bayat A., (2010) Tıp Tarihi, Merkez efendi Geleneksel Tıp Derneği. Zeytinburnu Belediyesi Kültür Yayınları

Berger B., Hedblom P., (2003) Health Care Cost, Quality, and Outcomes. ISPOR Book of Terms, USA

Birn A, Pillay Y. ve Holtz TH., (2009) Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World. Third edition, Oxford University Press, New York.

Boerma, W., (2003) Profiles of General Practice in Europe An International Study of Variation in the Tasks of General Practitioners. Utrecht Netherlands: NIVEL

Bouamrane C., Çev: şimşek H., (2009) Ortaçağ İşlam Dünyasında Bilim ve Gelişmesi. İstem Yayınları, 7(14)

Cleverley W., (2018) Healthcare Payment Systems, Essentials Of Health Care Finance. Eighth Edition, by Jones & Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company

Civaner M., (2015) Dünya Ölçeğinde Sağlık, Tıp Etiği El Kitabı. 3. Baskı, Dünya Tabipler Birliği

Drummond M.F. Sculpher M.J. Torrance G.W. O'Brien B.J. and Stoddart G.L.,(2005) Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Third Edition, New York: Oxford University Press.

Edgmand M., Moomaw R., Olson K., (1996) Economics and and Contemporary Issues. The Dryden Press, Orlando USA

Getzen, F., (1997) Health Economics: Fundamentals and Flow Of Funds. Temple Universities Pres, New York

Güler Ç., (1987) Epidemiyoloji ve Sağlık İstatistiği. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara

Glennerster, H. (2000) British Social Policy Since 1945. Washington: Blackwell Publishers.

Greenee, William. H. (2003) Econometric Analysis 5th Ed., New York: Prentice Hall.

Hatemi H., (1990) Türkiye’de Tıp Tarihi Biliminin Gelişmesi. Tıp Tarihi Araştırmaları İşaret Basım Yayın

Hayran O., Sur H., (2001) Sağlık Hizmetleri El Kitabı. 1.Baskı, Yüce Yayın

Hayek, F. (2000) The Meaning Of The Welfare State. C. Pierson Ve F. G. Castles (Edited by.). The Welfare State:Cambridge: Blackwell Publishing, 3 Edition

Karaca Ş., (2015) Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama. 1.Baskı, Beta Yayınları

Kavuncubaşı Ş., Yıldırım S., (2012) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, 3.baskı, Ankara

Kennedy P., (2006) Ekonometri Klavuzu, (çev. Muzaffer Sarımeşeli ve Şenay Açıkgöz), 5. Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi Y.

Koptagel G., (1991) Tıpsal Psikoloji-Tıpta Davranış Bilimleri. Güneş Kitabevi Yayını, 3.Baskı, 1991

Kurtulmuş, S., (1998) Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. 1. Baskı, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul

Kurumlu Erdoğan D., (2014) Makro-Mikro İktisada Giriş. Pegem Akademi, 4.Basım, Ankara

McIntyre D., Kutzin J., (2016) Health Financing Country Diagnostic: a Foundation for National Strategy Development. Health Financing Guidance No 1, Health System Governance Financing, Worl Health Organization

Mutlu A., Işık K., (2012), Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Yayınevi

Orhaner E., (2008) Türkiye’de Sağlık Sigortası. Siyasal kitabevi

Özgülbaş N., (2009) Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim. Anadolu Üniversitesi Yayını, 1.Baskı, Eskişehir

Piyal B., (2011) Halk Sağlığı. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları, 1.Baskı, Yayın No:92

Porter R., (1996) The Cambridge Illustrated History Of Medicine. Published by the Press Syndicate of the University of Cambridge

Sachs, J.D., (2001) Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. World Health Organization, Switzerland. Second Edition

Stiglitz, J.E., (2000) Economics of the Public Sector. W.W. Norton&Company, Third Edition, New York, London

Şeşen R., (1993) Ortaçağ İslam Tıbbının Kaynakları ve XV.yy'da Türkçe'ye Tercüme Edilen Tıp Kitapları. Tıp Tarihi Araştırmaları, İstanbul

Tengilimoğlu D., Işık O., Akbolat M., (2012) Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 5. Basım, Nobel Kitabevi

Topdemir H., Unat Y., (2014) Bilim Tarihi. Pegem Akademi, 7.Baskı

Ülgen G., (2010) İktisat Bilimine Giriş. Der Yayınları, 4.Basım, İstanbul

Yıldırım K., Bakırtaş İ., Yılmaz R., (2008) Makro İktisada Giriş. Ekin Basım Yayın Dağıtım, 4.Baskı, Bursa

Yıldırım N., (2014) 14.yy'dan Cumhuriyet'e, Hastalıklar-Hastaneler-Kurumlar. Sağlık Tarihi Yazıları 1, Türkçe Cerrahnameler 15.yy, Tarih Vakfı Yurt Yayınları

Sürelî Yayınlar

Abay A., Çölgeçen Y., (2018) Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 9(16):2147-2185

Alcan S., Özsoy O., (2017) Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı Açısından Hakkaniyet. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 72(1):183 – 219

Akaza, Hideyuki, Kawahara, Norie, Masui, Tohru, Takeyama, Kunihiko, Nogimori, Masafumi, Roh, Jae Kyung, (2013) Union for International Cancer Control International Session: Healthcare Economics: The significance of the UN summit non-communicable diseases political declaration in Asia. Cancer Science. 104(6):773-778

Akman M., (2014) Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 18(2): 70-78.(Elektronik Dergi).
<http://www.turkailehekderg.org/makaleler>

Aktel M., Altan Y., Kerman U., Erdal E., (2013) Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığının Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz. Sosyal Bilimler Dergisi, 15(2):33-62

Andrews J., (2011) History of Medicine: Health, Medicine and Disease in the Eighteenth Century. US National Library of Medicine, National Institutes of Health, 34(4):503-515. (Electronics Dergi).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article>

Arslantaş D., Özbabalık D., Naçar M., Aslan D., Çetinkaya F., Erol K., Saymer D., Demirtaş N., (2013) Temel Sağlık Hizmetleri. Anadolu Üniversitesi Yayını, No: 2903 (Elektronik Dergi).
<https://docplayer.biz.tr/2004580-Temel-saglik-hizmetleri.html>

Atabey E., Meriç M., (2016) Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi. Vol:24(29):113-131

Aslan S., Erdem R., (2017) Hastanelerin Tarihsel Gelişimi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(27):7-21

Atlı Y., Yücel N., (2018) Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(2):45-64

Atasever M., (2013) Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi. T.C. Sağlık Bakanlığı, (Elektronik Kitap).
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphan>

Atun R., Knaul F., Akachi Y., Frenk J., (2012) Innovative Financing for Health: What is Truly Innovative?. Health Policy, 380(9858):2044-9 (Elektronik Dergi) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Aytaç Ö., Kurdaş M., (2015) Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 25(1):231-250

Aytekin S., Aytekin G., (2010) Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi, 1(2):163-184. (Elektronik Dergi). <https://dergipark.org.tr/tr/pub>

Bahar Z., Açıl D., (2014) Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(1):59-67. (Elektronik Dergi). <http://www.deuhyoedergi.org/index.php>

Bakır A., (2016) Ortaçağ İslam Dünyasının Olgunluk Çağında Tıp Kültürü ve Çalışmaları. Tarih İncelemeleri Dergisi, 31(1):35-76

Batrel F., (1991) Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşımlar, İ.Ü İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, Sayı:34:16-25, İstanbul

Bauernschuster S., Driva A., Hornung E., (2017) Bismarck’s Health Insurance and Its Impact on Mortality. (Electronics Journal).

<https://voxeu.org/article/bismarck-s-health>

Behera D. K., Dash U., (2017) Impact of GDP and Tax Revenue on Health Care Financing: An Empirical Investigation From Indian States. *Theoretical and Applied Economics*. 2(611):249-266 (Electronics Journal).

<https://www.researchgate.net/publication>

Beraldo, Monolio, Turati , (2005) Healthy, Educated and Wealthy: Is the Welfare State Really Harmful for Growth?, (*Electronics Journal*).

<http://www.siepweb.it/siep/images/joom>

Bigalke J., (2009) Managing Uncertainty to Succeed in the New Health Economy,. *Healthcare Financial Management*, 63(2):68-70 (Electronics Article)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Bolsoy N., Sevil Ü., (2006) Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3):78-87

Boyacıoğlu E., (2012) Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi, *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 4(2):13-23. (*Elektronik Dergi*)

http://www.sobiad.org/eJOURNALS/dergi_EBD

Bulğurcu B., Özdemir P., (2015) Geçiş Ekonomilerinde Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bir İnceleme. *Ege Akademik Bakış*,15(4):523-537

Busse R., Blümel M., Knieps F., Bärnighausen T., (2017) Statutory Health Insurance in Germany: a Health System Shaped by 135 Years of Solidarity, Self-Governance, and Competition. (*Electronics Journals*)

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280)

Bülbül D., (2016) Sağlık Harcamalarının Kamu Tarafından Finansmanında Ortaya Çıkan Sorunlara Alternatif Bir Çözüm Önerisi. *Vergi Sorunları Dergisi*, sayı:332 (*Elektronik Dergi*).

<http://www.vergisorunlari.com.tr/makale/saglik-harcamalarinin-kamu>

Casbas T., (2018) Challenges and Opportunities in Financing the 2017-2010 Strategic Health Strategy for Care Research. *Enferm Clin*. 2018;28(6):347-350

Castro J., (2016) Financing For Health: Where There's a Will. *The Lancet Global Health*, 4(10):663, (*Electronics Journals*).

<https://www.thelancet.com/journals/langlo>

Chiu M, Yamada T, (2011) Chen C, Health and Income Variation-A Panel Data Study on the Developed and Less Developed Economies. *International Economic Journal* 25(2):305-318 (*Electronics Journals*).

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080>

Cockerham W., and Cockerham G., (2010) International Journal of Society Researches Health and Globalization Polity Press, USA, (Electronics Journals). <https://onlinelibrary.wiley.com>

Çağlayaner H., (2008) Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2008;12(1):55 (Elektronik Dergi) <http://www.turkailehekderg.org/makaleler>

Çakır Y., (2011) Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması ve Bu Uygulamanın Sosyal Devlet İlkesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı Bakımından İncelenmesi. Sayıştay Dergisi, Sayı: 80

Çavmak Ş., Çavmak D., (2017) Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Yönetimi Dergisi,1(1):48-57

Coulter, A., (1995) Shifting the Balance from Secondary to Primary Care. BMJ Clinical Research, Vol. 311(7018):1447-48.

Çelik Y., 2011 Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1):62-81

Çelikay F., Gümüş E., (2011) Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(3):55-92

Çımrın F., Durdu Z., (2015) Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Dönüşümü ve Bireysel Emeklilik Sistemi. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 4(8):60-75

Çınaroğlu S., Şahin B., (2013) Özel ve Kamu Hastanelerinin Algılanan Kurumsal İtibar ve İmaj Açısından Karşılaştırılması. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 9(18):283-298

Çınaroğlu S., Şahin B., (2012) Kurumsal İtibar ve İmajın Hastanelerin Performansı ile İlişkisi. H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 30(2):27-56

Daştan İ., Çetinkaya V., (2015) OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi, 5(1):104-134

Demir Ö., Tanyıldız İ., (2017) Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi. İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 1(1):89-119

Dieleman J., (2017) Evolution and Patterns of Global Health Financing 1995–2014: Development Assistance for Health, and Government, Prepaid Private, and Out-of-Pocket Health Spending in 184 Countries. The Lancet Journals, 389(10083):1981-2004 (Electronics Journals) <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article>

Dieleman J., (2018) Trends in Future Health Financing and Coverage: Future Health Spending and Universal Health Coverage in 188 Countries. The Lancet Journals, 391(10132):1783-1798, (Electronics Journals) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Ekmekçi E., (2018) 3.000 Yıl Öncesinden Günümüze Geleneksel Çin Tıbbı; Tarihi, Bugünü ve Geleceği. Türkiye Klinikleri, 1(3):132-40 (Elektronik Dergi). <https://www.turkiyeklinikleri.com/article>

Ener M., Yelkikalan N., (2003) Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı : Türkiye Deneyimi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 6(2):99-113

Erdağı B., (2001) Anadolu'da Yazılmış İlk Türkçe Tıp Kitabı. Türkbilgi Türkoloji Araştırmaları, Sayı 2:46-54

Erikson S., (2015) Secrets from Whom? Following the Money in Global Health Finance, Current Anthropology. The University of Chicago Press Journals, 56(12):306-316

Erol H., Özdemir A., (2014) Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 4(1):9-34

Fan V., Savedoff W., (2014) The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence. Social Science & Medicine 105:112-121 (Electronics Journals). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24524906>

Feinstein, L., Sabates R., Anderson T. M., Sorhaindo A. ve Hammoud C., (2006) What Are The Effects Of Education On Health?. Measuring The Effects of Education on Health and Civic Engagement: Provedings of the Copenhagen Symposium, OECD, ss. 173-354. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223>

Ferranti D., (1985) Paying For Health Services in Developing Countries: An Overview. World Bank Staff Working Paper, No:721, The World Bank, Washington-USA, 1(1), <http://documents.worldbank.org/curated/en>

Flemming, S.T., (1995) Primary Care, Avoidable Hospitalization, and Outcomes of Care: a Literture Review and Methodological Approach. Medical Care Resarch and Review, 52(1):88-108. (Electronics Journals). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Fryatt R., Bhuwanee K., (2017) Financing Health Systems to Achieve the Health Sustainable Development Goals. The Lancet Global Health, 5(9):841-842 (Electronics Journals) <https://www.thelancet.com/journals>

Frenk J., (2014) Health and the Economy. Harvard International Review, 4(35):62-64 <https://miami.pure.elsevier.com/en>

Fuchs V., (1986) The Health Economy. Cambridge, Mass.: Harvard University Press

Getzen, F., (2008) A Perspective on Long-Term Health Care Cost. Health Watch, 59:16-39, (Electronics Journals).
www.soa.org.tr

Gezergün A., Şahin B., Tengilimoğlu D., Demir C., Bayer E., (2006) Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6(1):129-144

Gökbayrak Ş., (2010) Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü. Çalışma ve Toplum, Ekonomi ve Hukuk Dergisi, 25(2):141-162, (Elektronik Dergi).
<http://www.calismatoplum.org>

Göpffarth D., Henke K., (2013) The German Central Health Fund—Recent Developments in Health Care Financing in Germany. Health Policy 109 (3):246–252

Göktaş B., Önder Ö., Duran M., Şakar S., Yılmaz M., Güler S., Çmar İ., Çamlıdağ T., Şenkal Y., Özdemir G., (2017) Türkiye’de Sağlık Bilgi Sistemleri Üzerine Bir Araştırma, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 6(1):125-138

Gümüş E., (2010) Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar Ve Öneriler. Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı, s.4-20 (Elektronik Dergi).
<https://www.setav.org/kategori/>

Günergün F., (2013) Türkiye’de Tıp Tarihi: Geçmiş Yıllardaki Çalışmalar ile Son Araştırmaların İncelenmesi. Tarih Okulu Dergisi, Sayı 14, ss. 267-280

Güngör F., (2016) Gönüllü Yönetiminin Önemli Bir Aşaması Olarak Performans Değerlendirme. Strategic Public Management Journal (SPMJ), 2(4):21-48

Güzel A., (1986) 3008 Sayılı İş Yasasının Önemi ve Başlıca Hükümleri. Sosyal Siyaset ve Konferansları Dergisi, Sayı:35-36

Güzelsarı S., (2012) Restructuring of Health Care System and Public-Private Partnerships. Amme İdaresi Dergisi, 45(3):29-57

Honore P., Costich J., (2009) Public Health Financial Management Competencies. J Public Health Management Practice, 15(4):311–318, (Electronics Journals) <https://journals.lww.com>

İlhan M., Tüzün H., Aycan S., Aksakal N., Özkan S., (2006) Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni, Hacettepe Üniversitesi, 25(3):33-41

İzgi B., (2008) Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Son Gelişmeler. Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi, 1(16):85-107, (Elektronik Dergi). <http://www.calismatoplum.org/sayi16.htm>

Im, K., M. Pesaran H., and Shin Y., (2003) Testing for Unit Roots in Heterogeneous Panels. Journal of Econometrics, 115(1):53-74. (Electronics Journals). <https://www.sciencedirect.com/science>

İstanbuluoğlu H., Güleç M., Oğur R., (2010) Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, 85(2):86-99 (Elektronik Dergi). http://www.dirim.com/Dirim_2010-2

John D., (2008) Utilisation, Expenditure and Financing of Obstetric Services. Institute of Public Health, Journal Of Health Studies, 1(1) (Electronics Journals). <https://scholar.google.com.tr/scholar>

John S., Ravichandran D., (2013) Role Of Community Based Health Financing In Delivering. Healthcare Services, BVIMSR' s Journal of Management Research, 5(2):109-120

Karaman E., Güven E., Staub S., (2015) Türkiye'de Sağlık Ekonomisinin ve Sağlık Bakanlığı Finansmanının Gelişimi. Sağlık Dergisi, Sayı:277 (Elektronik Dergi). <http://www.saglikdergisi.com.tr>

Kalkan M., Sökmen A., Bıyık Y., (2015) Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı: Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Uygulaması. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17(2):35-56

Kasapoğlu A., (2016) Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü, Sosyoloji Araştırmaları Dergisi. Journal of Sociological Research, 19(2):131-174

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

Kılıç M., Öztürk H., (2006) Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(1):55-79

Kılıç R., Çetinkaya Ş., (2012) Türkiye'de Yoksullukla Mücadelede Sosyal Yardım Stratejileri ve Bir Model Önerisi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı 34, s.93-114

Kısa A., (2015) Sağlık Ekonomisine Giriş, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Master Programları Ders Notları Başkent Üniversitesi, Uluslararası Ahmet Yesevi Türk-Kazak, Gazi Üniversitesi, (Elektronik Dergi).

<https://www.researchgate.net/publication>

Kuhn M., Prettnner K., (2016) Growth and Welfare Effects of Health Care in Knowledge-Based: Economies, *Journal of Health Economics* 46:100-119 (Electronics Journal).

<https://www.sciencedirect.com/science/article>

Küçükler P., Yıldız Y., (2018) Tercüme-i Müfredat-ı İbn-i Baytar'daki (150b-295a) Bitki Adları Üzerine Bir İnceleme (II). *Uluslararası Türk Lehçe Araştırmaları Dergisi (Türklad)*, 2(1):109-137

Kocataşkın E., (2019) Türkiye'de Sağlık Finansman Sisteminde Genel Vergilerin Yeri ve Önemi. *Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(17):270-279

Kol E., (2015) Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1):135-164

Kumar S., Chen L., Choudhury M., Ganju S., Mahajan V., Sinha A., (2011) Financing Health Care For All: Challenges and Opportunities. *The Lancet Journal*, 377(9766):668-79, (Electronics Journal).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Kumar S., Chen L., Choudhury M., Ganju S., Mahajan V., Sinha A., Sen A., (2011) India: Towards Universal Health Coverage 6 Financing Health Care For All: Challenges and Opportunities, *The Lancet Conference*, (Electronics Journal).

<https://www.thelancet.com/series/india-towards-universal-health>

Lameire N., Joffe P., Wiedemann M., (1999) Healthcare Systems an International Review: an Overview, *European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association, Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6):3-9

Leister, J. E and Stausbers, J., (2005) Comparison of Cost Accounting Methods from Different DRG Systems and Their Effect on Health Care Quality. *Health Policy*, 74(1):46-55

Macinko, J., Starfield B., Shi L., (2003) The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes Within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, *Health Services Research*, 38(3):831-865

Murray CJL, Lim SS, Dieleman JL, (2017) Expanding GBD Collaboration- Call for Experts in Health Financing and Health Systems. *The Lancet Journal*, 389(10064):18-19 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Mueller M., Morgan D., (2017) New Insights into Health Financing: First Results of the International Data Collection Under the System of Health Accounts., *Health Policy* 121(7):764-769

Musgrove, P., Zeramdini, R. ve Carrin, G., (2002) Basic Patterns in National Health Expenditure. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2):134-146 (Electronics Journal).

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/268708>

Mushkin, S. J. (1962) Health as an Investment. Journal of Political Economy, The University of Chicago Press Journals, 70(5):129

Orhaner E., (2006) Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:1, s.1-22

Öcek Z., (2007) Almanya Sağlık Sistemi, Toplum ve Hekim, 22(1-2):83-95 (Elektronik Dergi).

<http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit>

Öncel S., (1997) Kültürel Yapı İle Sağlık-Hastalık İlişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 13(1-3):177-184

Özer Ö., Songur C., (2012) Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(7):69-81

Özgen H., (2007) Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10(2):201-228

Özmen Z., (2017) Avrupa’da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(2):600-620

Özalbant Z., (2010) Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama. Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, 22(2):483-500

Öztürk M., (1999) Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 6(1):37-41

Patterson, C., Chambers, W., (1995) Preventive Health Care. The Lancet, 345(24):1611-1615

Pazarhoğlu, M. Vedat. ve Özlem K. Gürler (2007) Telekomünikasyon Yatırımları ve Ekonomik Büyüme: Panel Veri Yaklaşımı. Finans Politik&Ekonomik Yorumlar, 44 (508):35-43. (Elektronik Dergi).<https://www.academia.edu/38093974>

Philipson T., Linthicum M., Thornton J., (2014) Tutorial on Health Economics and Outcomes Research in Nutrition. Journal of Parenteral & Enteral Nutrition. 38 Supplement 2:5S-16S (Electronics Journal).<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Pekten A., (2006) Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler. Sayıştay Dergisi, Sayı: 61, s.119-138(Elektronik Dergi). www.sayistay.gov.tr

Pınar N., (2012) Ülkemizde İlaç Harcamaları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012:19(1):59-65

Prioreschi P., (2003) Egyptian and Greek Medicine(1). T Klin J Med Ethics, Law and History, 11:134-139

Robson M., (2006) HealthCare Financing In Turkey. Public Health Reports- International Observer, Volume:121

Rout S., Mahapatra S., (2018) Has the Public Health System Provided Adequate Financial Risk Protection for Child Birth Conditions – Evidences From an Eastern Indian State. International Journal of Health Policy and Management, 8(3):145–149 (Electronics Journal).<http://ijhpm.com> **Int J Health Policy Manag**

Santos J., Palumbo F., Molsen D.-E. et al. (9 more authors) (2017) This Is a Repository Copy of ISPOR Code of Ethics (4th Edition), ISPOR Code of Ethics 2017 (4th Edition). Value in Health. pp. 1227-1242. ISSN 1524-4733

Saraç C., (2018) Eski Mısır'da Bilim ve Teknik. Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi, 1(5):

Saraçoğlu, Bedriye ve Nükhet Doğan (2005) Avrupa Birliği Ülkeleri ve Avrupa Birliğine Aday Ülkelerin Yakınsama Analizi. VII. Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu, İstanbul, 26-27 Mayıs 2005

Santerre R., Hilliard J., (2009) The Health Economy And Health. Insurance Research In The JRI 12(1):67-79

Schmid, A., Cacace, M., Götze, R. ve Rothgang, H. (2010) Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and The Emergence of Hybrid” Health Care Systems. Journal of Health Politics, Policy and Law, 35(4):455-486.

Sekalala S. R., (2016) Normative Considerations Underlying the Financing of the Framework Convention on Global Health. 9(1):22-40

Soyupek Y., (2018) Eğitim, Sağlık, Ekonomi ve Bireysel Özgürlüklerin Yönetişime Etkisi. Yönetim ve Ekonomi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. 25(1)291-308

Şimşek Z., (2013) Sağlık Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlık Geliştirme Stratejileri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3):343-358

Semin S., (1999), Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji, Türk Tabipler Birliği, (Elektronik Dergi). http://www.ttb.org.tr/yayin_goster

Şenel Tekin P., Çelik Y., (2012) Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi ile Analiz Edilmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3):81-98

Tatar M., (2011) Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 1(1):103-133,

Temiz Ö., (2014) Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 69(1):165-188

Thompson T., (2018) A Brief History of Medicine and Future Healthcare Improvement. University of Wyoming (Electronics Journals).<https://pdfs.semanticscholar.org/01d8/>

Top M., Bayram Ş., (2004) Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1):86-87

Top M., Tarcan M., (2004) Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi. Liberal Düşünce Dergisi, 9(35):177-200

Tortumluoğlu G., Okanlı A., Özer N., (2004) Hemşirelik Bakımında Kültürel Yaklaşım ve Önemi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1(1) (Elektronik Dergi). <https://www.j-humansciences.com/>

Trujillo, Antonio J., Glassman, Amanda, Fleisher, Lisa K., Nair Divya, Duran, Denizhan, (2015) Applying Behavioural Economics to Health Systems of Low- and Middle-Income Countries: What are Policymakers' and Practitioners' Views?. Health Policy & Planning. 30(6):747-758

Turan D., Yurdakul A., (2009) Zararlı Alışkanlığı Önlemeye Yönelik Bir Araç Olarak Günah Vergileri ve Etkinliği. Ekonomi Bilimleri Dergisi, 1(2):1-13 (Elektronik Dergi). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ebd/issue/4854/66765>

Tutar F., Kılınç N., (2007) Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, 9(1):31-54

Ulutürk S., (2015) Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlık Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği. Finans Politik, Ekonomik Yorumlar, 52(603):47-63

Uğur A., (2015) Kamusal Finansman Açısından Devlet Piyango Kurumlarının Analizi: Özelleştirme Sürecinde Milli Piyango İdaresi'nin Değerlendirilmesi. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 11(2):1-24

Uğurluoğlu E., Özgen H., (2008) Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi ,11(2):133-160

Uğurluoğlu Ö., (2015) Üniversite Hastanelerinde Uygulanan Organizasyon Yapılarının Değerlendirilmesi. İşletme Bilimi Dergisi, 3(1):52-63

Üçyiğit E., (2019) Ortaçağ İslam Medeniyetinin Avrupa Medeniyeti Üzerine Tesirleri. Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 4(1-2):31-44

Varoğlu Ö., (2013) Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Genel Görünümü ve Türkiye'deki Gelişim Süreci. Sosyal Güvence Dergisi, 0(3):20-40

Warnes, M. A., (1995) Socio-economic Change and The Health Of Elderly People, Future Aspects For The Developing World. Health and Development Routledge, London and Newyork.

Weinstein M.C, Torrance G, McGuire A., (2009) QALYS: The Basics. Value in Health, 12(1):5-9. (Electronics Journal).
[https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(10\)60](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(10)60)

Vivek N. D., (2018) How to Spend for Universal Healthcare. Governance Now. (Electronics Journal)
<https://www.governancenow.com/views/columns/how-to-spend-for-univers>

Yalçın M., Ünal M., Pirdal H., Selçuk Y., (2016) Anadolu tıp tarihi - Bölüm I. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 20 (1):33-44

Yaylalı M., Kaynak S., Karaca Z., (2012) Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış, 12(4):563-573

Yereli A., Kobal İ., Köktaş A., (2010) Türkiye’de Sağlık Piyasasının Düzenlenmesi ve Denetlenmesi Gereği. Finans Politik & Ekonomik Yorumlar, 47(549):5 (Elektronik Dergi).
<http://www.ekonomikyorumlar.com.tr/>

Yurdadoğ V., (2007) Türkiyede Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1):591-610

Tezler

Er Ü., (2011) Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman:Prof.Dr.Gürhan FİŞEK)

Okursoy, A. (2010) Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi. ADÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Aydın (Danışman:Yrd.Doç.Dr.Muhsin ÖZDEMİR)

Yıldırım S., (1994) Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı, Uzmanlık Tezi, Yayın No: DPT : 2350

İnternet Kaynakları

Chung M., 2017, Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems

<https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview> (Erişim Tarihi:04.05.2019)

<http://data.worldbank.org/> World Health Organization (Erişim Tarihi: 05.05.2018)

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (Erişim Tarihi: 04.05.2018)

www.heartviews.org (Erişim Tarihi: 06.03.2018)

Levent R., 2013, Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi.

<https://www.isvesosyalguvenlik.com/dunyada-ve-turkiyede-sosyal-guvenligin-gelisimi/> (Erişim Tarihi: 09.12.2018)

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015, <http://www.saglik.gov.tr/TR> Erişim Tarihi: (05.03.2019)

Sağlık Bakanlığı, 2012, Bakanlık Merkez Teşkilatı Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara, Mart
<https://docplayer.biz.tr/285761-Bakanlik-merkez-teskilati> (Erişim Tarihi: 01.02.2018)

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/basin_odasi/yayinlar/avrupa_birliginde_sgk (Erişim Tarihi:09.09.2019)

<https://muhasibat.hmb.gov.tr/genel-yonetim-butce-istatistikleri> (Erişim Tarihi: 05.29.2018)

Uğurlu M., 2016, Sağlık Teknoloji Değerlendirmesinin Artan nemi, www.medimagazin.com.tr/authors/murat-ugurlu, (Erişim Tarihi:09.04.2019)

Uz H., Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları, www.merih.net
<http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/32/dunya-ilac-pazari> (Erişim Tarihi: 05.06.2019)

Yased, 2012, Türkiye Sağlık Sektri Raporu, Deloitte,
<https://www.yased.org.tr/tr/yayinlar-ve-raporlar/yased-faaliyet-raporlari>,
<http://www.saglikplatformu.com/arastirmalar/show1> Erişim Tarihi: (04.10.2019)

Zencir M.,2018, Kriz ve Sağlık-2: Sağlık Harcamaları
<https://siyasihaber4.org/kriz-ve-saglik-2-saglik-harcamalari>
(Erişim Tarihi:03.04.2018)

9.ÖZGEÇMİŞ

Kırklareli’de doğan Elçin GÜVEN ilk, orta, lise eğitimini Kırklareli’de tamamlamıştır. 2007 yılında Balıkesir Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Maliye bölümüne başlayan Elçin GÜVEN, 2012 yılında mezun olmuştur. 2012’de Haliç Üniversitesi işletme bölümünde başlayıp 2014’te mezun olmuştur.