

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
İKT-YL-2016-031**

**SAĞLIK EKONOMİSİ VE ETKİLERİ
AYDIN ÖRNEĞİ**

**HAZIRLAYAN
Mustafa ALP**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Osman PEKER**

AYDIN-2016

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı 1330100113 numaralı Mustafa ALP isimli öğrenci tarafından tarafından hazırlanan “Sağlık Ekonomisi ve Etkileri Aydın Örneği” başlıklı tez, 24/05/2016 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

| Ünvanı, Adı Soyadı | Kurumu | İmzası |
|------------------------------------|--------|--------|
| Başkan : Doç. Dr. Abdulvahap ÖZCAN | PAÜ | |
| Üye : Doç. Dr. Osman PEKER | ADÜ | |
| Üye : Doç. Dr. Mehmet MERCAN | ADÜ | |

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim KurulununSayılı kararıyla tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Recep TEKELİ
Enstitü Müdürü

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Bu tezde görsel, işitsel ve yazılı biçimde sunulan tüm bilgi ve sonuçların akademik ve etik kurallara uyularak tarafımdan elde edildiğini, tez içinde yer alan ancak bu çalışmaya özgü olmayan tüm sonuç ve bilgileri tezde kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim. 24.05.2016

.../.../2016

Mustafa ALP

ÖZET

SAĞLIK EKONOMİSİ VE ETKİLERİ: AYDIN ÖRNEĞİ

Mustafa ALP

Yüksek Lisans Tezi, İktisat Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Osman PEKER

2016, 89 sayfa

Bu çalışmada, sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisi genel hatlarıyla incelenmiş olup; Aydın İli özelinde sağlık harcamalarının fert başı gelire olan etkisi ekonometrik olarak test edilmiştir. Eş-bütünleşme yönteminin kullanıldığı çalışmada, TR32 (Aydın, Denizli, Muğla) illerinde yapılan sağlık harcamalarıyla, TR32 illerinin ekonomik büyümeleri arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Ampirik bulgulara göre, sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilemiştir. Sağlık harcamalarındaki bir birimlik artış ekonomik büyümeyi 0.15 birim artırmıştır. Bu sonuç teorik beklentimizle aynı olup; literatürde yapılmış çalışmaların sonucuyla uyumludur.

Bu yüksek lisans tezi genel olarak üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışmanın konusuna yönelik tanımlara ve kavramsal çerçeveye yer verilmiştir. İkinci bölümde ilk olarak sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisinin dünyadaki eğilimi ve Türkiye’de sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisinin gelişimi verilmiş, Aydın İli özelinde sağlık hizmetleri, sağlık harcamaları ve sağlık ekonomisi incelenmiştir. Üçüncü bölümde ise sağlık ekonomisinin ampirik literatürü incelenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasına göre Aydın İli TR32 ismiyle adlandırılan (Aydın, Denizli, Muğla) grubunda yer almaktadır. TR32 (Aydın, Denizli, Muğla) illerinde yapılan sağlık harcamalarının, TR32 bölgesi içinde yer alan bu üç ilin ekonomik büyümesine katkısı yine çalışmanın üçüncü bölümünde ekonometrik olarak analiz edilmiş ve elde edilen bulgular teorik çerçeve kapsamında yorumlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Sağlık Hizmetleri, Sağlık Ekonomisi, Eş-bütünleşme Yöntemi, TR32 Bölgesi

ABSTRACT

HEALTH ECONOMICS AND EFFECTS: THE CASE OF AYDIN

Mustafa ALP

Master's Thesis, Department of Economics

Supervisor: Assoc. Dr. Osman Peker

This study deals with health services and health economics in general terms and it provides an econometrics test on health expenses per capita in Aydın Province. This study analyzes the relation between the economic growth in TR32 provinces (Aydın, Denizli and Muğla) and health expenses in these provinces. According to empirical findings health expenses influenced economic growth positively. A small increase in health expenses increased economic growth about 0.15 percent. This result conforms to our expectations and it is also compatible with the results of other studies in the literature.

This postgraduate thesis consists of three main chapters. The first chapter includes the definitions and theoretical framework related to the topic of this study. The second chapter first of all deals with the trends on the world regarding health services and health economics, and the development of health services and health economics in Turkey and then discusses the health services, health expenditures and health economics especially in the province of Aydın. The third chapter addresses the empirical literature on health economics. Aydın Province is within the group called TR32 (Aydın, Denizli and Muğla) according to the classification of Statistical Regional Units of the Turkish Statistics Institute. The contribution of health expenditures in the group TR32 (Aydın, Denizli and Muğla) into the contribution to economic growth was econometrically analyzed and discussed in theoretical framework in the third chapter.

KEYWORDS: Health Services, Health Economics, Co-integration Method, TR32 Region

ÖNSÖZ

Sağlık hizmeti, tıpkı eğitim hizmeti gibi, birey ve toplum için taşıdığı önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken hizmet türlerinden biridir. Gelişmek ve kalkınmak isteyen her devlet sağlıklı bireylere ve sağlıklı bir topluma sahip olmak ister ve bu doğrultuda politikalar üretir. Bu amaç günümüz devletlerinin en önemli sosyal ve ekonomik hedeflerin başında gelmektedir. Günümüz toplumlarında sağlık sorunlarının artan nüfusla birlikte değişen refah düzeyleri ve sosyal değişimlere bağlı olarak hem artmakta hem de çeşitlilik göstermektedir. Bu durumda sağlık hizmeti üretimi ve tüketimi için ayrılan harcama miktarları da sürekli değişmektedir. Lisansüstü çalışmalarımın ilk aşaması olan yüksek lisans sürecini tamamlamak üzere, tez konusu olarak Sağlık Ekonomisi ve Etkileri: Aydın Örneği isimli çalışmam ile Sağlık Ekonomisini, bunun etkilerini ve Üniversitemizin de bulunduğu Aydın İli düzeyinde ampirik çalışma yaparak incelemeye çalıştım. Temennim odur ki yapmış olduğumuz bu çalışma özellikle genç akademisyenlere ve konuya ilgisi olan herkese faydalı olur.

Yüksek Lisans tezimin oluşma aşamasından önce ders aşamasında, sonrasında bu tezin hazırlanması aşamasında üzerimde büyük emekleri olan, hocam olmasından öte bir ağabey olarak gördüğüm, akademik ve bilimsel birikimini bir an olsun esirgemedi benimle paylaşan, ufkumu açan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Osman PEKER'e sonsuz teşekkürlerimi arz ederim.

Yüksek Lisans öğrenimimde ders aşamasında derslerde sürekli beraber olduğumuz ve bende çok emeği olduğuna inandığım Aydın İktisat Fakültesi'nde görev yapan Arş. Gör. Cemaleddin GEREDE'ye, ayrıca bilgilerinden istifade etme konusunda bir an olsun benden desteğini eksik etmeyen İktisat Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mehmet MERCAN hocama ve bana huzurlu bir çalışma ortamı oluşturan değerli Anne ve Babama çok teşekkür ederim.

Mustafa ALP

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI..... | iii |
| BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM SAYFASI | v |
| ÖZET..... | vii |
| ABSTRACT | ix |
| ÖNSÖZ | xi |
| KISALTMALAR DİZİNİ | xvii |
| TABLolar DİZİNİ | xix |
| GRAFİKLER DİZİNİ | xxi |
| GİRİŞ | 1 |
| 1. SAĞLIK EKONOMİSİ, ETKİLERİ, KAVRAMSAL ve KURAMSAL ÇERÇEVE..... | 2 |
| 1.1. Sağlık ve Sağlık Ekonomisinin Kavramsal Çerçevesi | 2 |
| 1.1.1. Ekonomi Kavramı | 2 |
| 1.1.2. Sağlık Kavramı..... | 2 |
| 1.1.3. Sağlık Ekonomisi Kavramı | 3 |
| 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Boyutları | 4 |
| 1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri..... | 6 |
| 1.2.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri | 6 |
| 1.2.1.2. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri | 6 |
| 1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri | 7 |
| 1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri (Tıbbi ve Sosyal) | 8 |
| 1.3. Sağlıkta Demografik Göstergeler | 9 |
| 1.3.1. Bebek Ölüm Hızı..... | 10 |
| 1.3.2. Anne Ölüm Oranı | 11 |
| 1.3.3. Doğurganlık Oranı (Kaba Doğum Hızı)..... | 13 |

| | |
|--|----|
| 1.3.4. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi..... | 14 |
| 1.4. Sağığın Arz Talep İlişkişisi..... | 15 |
| 1.4.1. Sağığlık Hizmetleri Talebini Belirleyen Faktörler | 16 |
| 1.4.1.1. Eğıitim Düzeyi ve Sağığlık Hizmetleri Talebi | 16 |
| 1.4.1.2. Fiyatlar ve Sağığlık Hizmetleri Talebi | 17 |
| 1.4.1.3. Gelir Düzeyi ve Sağığlık Hizmetleri Talebi | 18 |
| 1.4.1.4. Zevkler, Tercihler ve Sağığlık Hizmetleri Talebi..... | 18 |
| 1.4.2. Sağığlık Hizmetlerinin Arz Analizi..... | 18 |
| 1.4.2.1. Sağığlık Hizmetleri Arzını Belirleyen Faktörler | 18 |
| 1.4.2.2. Sağığlık Hizmet Arzında Hastaneler | 19 |
| 1.4.2.3. Sağığlık Hizmetleri Arzında Sağığlık Personeli..... | 20 |
| 1.4.3. Yatırım Kaynağına Göre Sağığlık Hizmetleri | 22 |
| 1.5. Sağığlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri | 24 |
| 1.5.1. Doğrudan Yapılan Finansman..... | 24 |
| 1.5.2. Dolaylı Yoldan Finansman ve Yöntemleri..... | 25 |
| 1.5.2.1. Özel Sağığlık Sigortaları | 25 |
| 1.5.2.2. Zorunlu Kamu Sigortası | 26 |
| 1.5.2.3. Kamu Kesimi Tarafından Yapılan Finansman | 26 |
| 1.5.3. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağığlık Hizmetleri Finansmanı..... | 26 |
| 1.5.4. Türkiye’de Sağığlık Hizmetlerinin Finansmanı | 27 |
| 1.6. Sağığlık Ekonomisinin Teorik Çerçevesi | 28 |
| 1.7. Gelişmişlik Seviyesine Göre Sağığlık Harcamaları | 29 |
| 1.7.1. Düşük Gelir Grubu Ülkeler | 30 |
| 1.7.2. Orta Gelir Grubu Ülkeler..... | 31 |
| 1.7.3. Yüksek Gelir Grubu Ülkeler | 32 |
| 2. DÜNYA VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK EKONOMİSİ VE AYDIN İLİ ÖRNEĞİ | 34 |

| | |
|---|----|
| 2.1. Sağlık Hizmetleri ve Ekonomisinin Dünyadaki Eğilimi | 34 |
| 2.1.1. ABD’de Sağlık Ekonomisi..... | 34 |
| 2.1.2. OECD ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Sağlık Ekonomisi..... | 35 |
| 2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Ekonomisi..... | 37 |
| 2.2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi | 37 |
| 2.2.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem | 37 |
| 2.2.1.2. 1920–1946 Yılları Arası Dönem | 39 |
| 2.2.1.3. Demokrat Parti Dönemi (1946-1960)..... | 39 |
| 2.2.1.4. 1960–2000 Yılları Arası Dönem | 41 |
| 2.2.1.5. 2000 Yılından Sonraki Dönem..... | 42 |
| 2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu | 45 |
| 2.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri..... | 45 |
| 2.3.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri..... | 48 |
| 2.3.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri..... | 48 |
| 2.4. Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Ekonomisi..... | 49 |
| 2.4.1. Sağlık Turizminin Tarihteki Seyri..... | 50 |
| 2.4.2. Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Mevzuatı | 51 |
| 2.4.3. Aydın İlinde Sağlık Turizmi | 52 |
| 2.4.4. Sağlık Turizmi Ekonomisi | 52 |
| 2.5. Aydın İlinde Sağlık Ekonomisi ve Aydın İlindeki Sağlık Hizmetlerinin Türkiye Geneliyle Karşılaştırılması..... | 53 |
| 2.5.1. Aydın İlinin Tarihçesi | 53 |
| 2.5.2. Aydın İlinde Sağlık Kurumları ve Yatırımları | 54 |
| 2.5.3. Bazı Göstergelerle Aydın İlinde Sağlık Hizmetleri | 58 |
| 2.5.4. Sağlık Göstergeleri ve Ekonomik Açıdan Karşılaştırma | 59 |
| 3. AMPİRİK ANALİZ | 64 |
| 3.1. Sağlık Ekonomisi ve Etkileri: Ampirik Literatür | 64 |

| | |
|--|----|
| 3.2. Veri ve Yöntem Tanımlaması | 70 |
| 3.3. Uygulama | 72 |
| 3.3.1. Ön Testler ve Analiz..... | 72 |
| 3.3.2. Eş-bütünleşme Analizi (Uzun Dönem Analizi)..... | 74 |
| 3.3.3. Hata Düzeltme Modeli (Kısa Dönem Analizi) | 75 |
| TARTIŞMA ve SONUÇ | 77 |
| KAYNAKLAR..... | 81 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 89 |

KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|---------------|---|
| AB | : Avrupa Birliği |
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| ADF | : Augmented Dickey Fuller (Birim Kök Testi) |
| DPT | : Devlet Planlama Teşkilatı |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| DTÖ | : Dünya Ticaret Örgütü |
| SB | : Sağlık Bakanlığı |
| SDP | : Sağlıkta Dönüşüm Programı |
| SGK | : Sosyal Güvenlik Kurumu |
| GSMH | : Gayri Safi Milli Hasıla |
| GSS | : Genel Sağlık Sigortası |
| GSYİH | : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla |
| IMF | : Uluslararası Para Fonu |
| KİT | : Kamu İktisadi Teşebbüsü |
| OECD | : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü |
| PP | : Phillips Perron Testi (Birim Kök Testi) |
| TBMM | : Türkiye Büyük Millet Meclisi |
| TCMB | : Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası |
| TÜFE | : Tüketici Fiyatları Endeksi |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| UNİCEF | : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu |
| USH | : Ulusal Sağlık Harcamaları |
| WB | : Dünya Bankası |
| WHO | : Dünya Sağlık Örgütü |

TABLolar DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1.1. Türkiye’de 2014 yılı itibariyle tedavi edici sağlık hizmeti sunan hastaneler | 8 |
| Tablo 1.2. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan uluslararası göstergeler, (2013)..... | 10 |
| Tablo 1.3. Bebek ölüm hızı, Türkiye, 2000 – 2023 (%)..... | 11 |
| Tablo 1.4. Kaba doğum hızı, Türkiye, 2000 – 2023 (%)..... | 13 |
| Tablo 1.5. Doğuşta beklenen yaşam süresi, Türkiye, 2000 – 2023..... | 14 |
| Tablo 1.6. Yıllara ve kurum türlerine göre toplam hekime müracaat sayısı, tüm sektörler, Türkiye..... | 16 |
| Tablo 1.7. Yıllara ve sektörler e göre hastanelere müracaat sayısı, | 16 |
| Tablo 1.8. Türkiye’de yıllara göre hastane yatak sayıları, tüm sektörler, (1967–2014)..... | 19 |
| Tablo 1.9. Türkiye’de yıllara göre 1000 kişiye düşen yatak sayısı, (1967 – 2014). | 20 |
| Tablo 1.10. Türkiye’de yıllara göre sağlık personeli sayısı, (1928–2014)..... | 21 |
| Tablo 1.11. Kamu ve özel sağlık harcamaları, (2002-2013), (milyon TL) | 23 |
| Tablo 1.12. Kamu ve özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, (2002-2013), (%) | 23 |
| Tablo 1.13. Özel tıp merkezi ve özel poliklinik sayısı, 2014..... | 24 |
| Tablo 1.14. Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman oranı, %, (2003 – 2013) | 27 |
| Tablo 1.15. Sağlıkla ilgili uluslararası ekonomik göstergeler, (2013) | 30 |
| Tablo 1.16. Gelişmiş ülke gruplarında kişi başına düşen sağlık harcamaları (\$) ... | 32 |
| Tablo 2.1. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, (2003-2013), (%) | 44 |
| Tablo 2.2. Bazı sağlık göstergeleri, (2002, 2013) | 45 |
| Tablo 2.3. Yıllara göre birinci basamak kuruluş sayıları, Sağlık Bakanlığı..... | 47 |

| | |
|--|----|
| Tablo 2.4. Halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetlerine yapılan harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)..... | 47 |
| Tablo 2.5. Yıllara göre Aydın il nüfusu (2007–2014)..... | 53 |
| Tablo 2.6. Aydın İli detaylı sağlık kurumları | 56 |
| Tablo 2.7. Aydın ilinde bebek ve ana ölüm hızları (2002-2015)..... | 60 |
| Tablo 2.8. Türkiye’de bazı göstergeler (2002 – 2015)..... | 61 |
| Tablo 2.9. Türkiye’de toplam yatak sayısı ve bin kişiye düşen yatak sayısı, 1967-2014 | 61 |
| Tablo 2.10. Türkiye’de sağlık personeli başına düşen kişi sayısı, 1928-2014 | 62 |
| Tablo 3.1. ADF ve PP birim kök testi sonuçları..... | 73 |
| Tablo 3.2. Uzun dönem analizi..... | 74 |
| Tablo 3.3. Kısa dönem analizi | 75 |

GRAFİKLER DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Grafik 1.1. Anne ölüm oranı uluslararası karşılaştırması, (100.000 canlı doğumda), 2013 | 12 |
| Grafik 1.2. Doğumda beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırma, 2013.. | 15 |
| Grafik 1.3. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırması, 2013 | 22 |
| Grafik 2.1. Aydın İlinde yatırım ve donanım harcamaları 1993–2015 (Milyon TL, fiyat farkı) | 57 |
| Grafik 2.2. OECD, TR ve Aydın İlinde sağlık tesislerine müracaat sayıları | 62 |

GİRİŞ

Bu çalışmada, sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisi genel hatlarıyla incelenmiş olup; Aydın İli özelinde sağlık harcamalarının fert başı gelire olan etkisi ekonometrik olarak test edilmiştir. Eş-bütünleşme yönteminin kullanıldığı çalışmada, TR32 (Aydın, Denizli, Muğla) illerinde yapılan sağlık harcamalarıyla, TR32 illerinin ekonomik büyüme arasındaki ilişki analiz edilmiştir.

En temel tanımıyla sağlık; bireyin sadece hasta veya sakat olmama hali değil, bedenen ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik içinde bulunması halidir. Sağlık ekonomisi ise; ekonomi bilimine ilişkin kuralların, kullanılan yöntemlerin, farklı analiz tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması ve uyarlanmasıdır. Ülkelerin sağlık sistemleri geliştikçe ve ekonomik sistemleri kurumsallaştıkça, ekonomik uygulamaların sağlık sistemlerine uygulanması da kaçınılmaz hale gelmiştir. Bunun bir sonucu olarak başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere üst gelir grubu olan bir çok ülkede sağlık ekonomisi, ekonominin bir dalı haline gelmiştir. Bazı ülkelerde sağlık ekonomisi üzerine üniversitelerde bölümler kurulmuş, bu alan daha kurumsal hale gelmeye başlamıştır. Ekonomi literatüründe sağlık ekonomisi, eğitim ekonomisi ve çevre ekonomisinin ciddi yer alacağı öngörülmektedir (Saltık, 1995: 38-44).

Çalışmanın genel çerçevesine bakıldığında şu soruların cevabı aranacaktır. Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu yeterli seviyede midir? Aydın özelinde sağlık hizmetleri sunumu genel hatlarıyla ve demografik göstergeleriyle Türkiye geneli ölçeğinde hangi aşamadadır? Türkiye’de ve Aydın İlinde sağlık göstergeleri ne yönde seyir etmektedir? TR32 Bölgesinde yer alan illerde sağlık harcamaları arttıkça ekonomik büyüme artmakta mıdır?

Bu çalışmada, yukarıda açıklanan kapsamda, yukarıda sorulan soruların cevabını arama ve literatürde yer alabilme amacıyla bu çalışma üç bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde sağlık hizmetleri, sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin sosyo ekonomik boyutu ve sağlıkla ilgili temel demografik göstergeler gibi kavramsal ve kuramsal çerçeveye yer verilmiştir. İkinci bölümde sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisinin Dünya’da ve Türkiye’de tarihsel gelişimi incelenmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık turizmine ayrıca değinilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık ekonomisi ile ilgili ampirik literatüre yer verilmiş, hipotezleri test etmede kullanılacak veriler ile yöntem tanımlaması yapılmıştır. Son bölüm ise, genel bir değerlendirme ve önerilerle tamamlanmıştır.

1. SAĞLIK EKONOMİSİ, ETKİLERİ, KAVRAMSAL ve KURAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde ekonomi, sağlık ve sağlık ekonomisi kavramları belli başlı yönleriyle tanımlanmıştır.

1.1. Sağlık ve Sağlık Ekonomisinin Kavramsal Çerçevesi

1.1.1. Ekonomi Kavramı

Ekonomi bilimi temel olarak kıtlık bilimi olup, sınırsız insan ihtiyaçlarının sınırlı olan kaynaklarla nasıl karşılanacağı konusuyla ilgilenir. Sınırlı kaynakların nasıl kullanılacağı ekonomik sistemlere göre farklılık göstererek; ne kadar üretilecek, nasıl üretilecek, niçin üretilecek ve kimin için üretilecek soruları kapsamında belirlenir. Bütün ekonomik sistemlerin temel hedefi toplumsal refahı maksimum düzeye çıkarmaktır. Kapitalist sistemler ve türevleri bunun piyasa güçleriyle olacağını belirtirken; sosyal sistemler toplumcu politikalarla gerçekleşeceğini varsayar. Geline durum itibariyle ülkelerin refah ve kalkınma çabalarında salt bir sistemin uygulandığını söylemek zordur. Bunun yerine daha çok karma sistemlerin birlikte olduğu bir yapı söz konusudur.

İktisat bilimini daha geniş olarak tanımlanacak olursa; genelde ekonomik bir bedel kullanarak veya her zaman kullanmadan, birey veya toplumların tercih ve hedeflerine nasıl ulaşacakları, kıt olan üretim kaynaklarının alternatif kullanım yerleri arasında nasıl paylaşılacağını, çeşitli mallarının üretimini ve onların tüketiciler arasında nasıl dağıtılacağını, kaynak tahsisi ile ilgili bileşenlerin geliştirilmesini inceleyen ve bunların fayda maliyet analizini yapan bir bilim dalı olarak tanımlanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2013: 3).

1.1.2. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı farklı tanımlamalarla ifade edilebilir. Dünya’da sağlık açısından en yetkili organ olan Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) 1960 yılında yaptığı tanımlamaya göre sağlık; bireyin sadece hasta veya sakat olmama hali değil, beden ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik içinde bulunması halidir. Dünya ülkelerinin tamamı tarafından kabuledilen ve Dünya Sağlık Örgütünün tanımlamasından da anlaşıldığı üzere, bir bireyin sağlıklı olması hem fiziki hem de

ruhsal açıdan iyi olması koşuluna bağlanmıştır.

Farklı etmenler nedeniyle organ ve sistemlerin görev yapamaz duruma gelmesine hastalık denir. Sağlık tanımında ifade edilen sakat ifadesi ise kişinin her hangi bir duyu veya hareket organını kaybetmesi veya görev yapamaması durumları için kullanılmaktadır.

1.1.3. Sağlık Ekonomisi Kavramı

Sağlık ve hastalık tanımlarını yaptıktan sonra, sağlıklı olma halinin devamı veya var ise hastalıkların tedavi edilerek bireylerin sağlıklı hale gelmesi adına yapılan bazı ekonomik faaliyetler temel olarak sağlık ekonomisi alanının temelini oluşturmaktadır. Sağlık ihtiyaçları genel olarak sınırlı olan bazı kaynaklarla karşılanır, dolayısıyla sağlık ekonomisinin kavramsal çerçevesini tanımlamada bu bilgiler önemli bir yol göstericidir.

Literatür araştırması yapıldığında genel olarak sağlık ekonomisi; ekonomi biliminde uygulanan bazı kuralların, analiz yöntemleri ve kullanılan bazı diğer yöntemlerin sağlık sektörüne uyarlanması ile sağlık hizmetlerinin ekonomik analizini ortaya koyan, ekonominin özel bir alanda uygulandığı bir alt ekonomi dalıdır (Şenatlar, 2003:25). Dolayısıyla ekonomi biliminin kuralları ve işleyişi ile insanların temel ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin sunulması şüphesiz ki etkin bir sağlık ekonomisi ile hayata geçirilecektir. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT, 2001: 95)'nin tanımlamasına göre; sağlık hizmetlerine ilişkin olarak verilen bir takım hizmetin ve uygulanan tedavi sonuçlarının ve bu tedavilerle ilgili maliyetlerin her yönüyle değerlendirilmesi sağlık ekonomisi olarak tanımlanır.

Chen ve Feldman (Chen ve Feldman, 2000: 211)'a göre sağlık ekonomisi, sağlık alanında çalışmalar, sağlık kaynakları, belirli bir sağlık bakım sistemi içinde kaynakların tahsisi, talep ve arz yönetimi şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık Ekonomisi, 1950'li yıllardan sonra Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) tıp fakültelerinde ayrıca bir ders olarak verilmeye başlanmıştır. Çevre, eğitim, enerji ve savunma ekonomisinde olduğu gibi sağlık ekonomisi alanı da Avrupa'ya geçmiştir (Dağlı, 2006:16-17).

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Boyutları

Sağlık hizmetleri; insan hayatının devam etmesi için vazgeçilemez ve kaçınılmaz olan sağlığın tam olarak mevcut olmadığı anlarda devrede olması gereken, insanlara ve dolayısıyla topluma sunulan, amacı sağlığın tesisi olan hizmetlerin tamamıdır. Sağlık sektörü genel olarak sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten kurum ve kuruluşların tamamının oluşturduğu bir yapıdır (Çalışkan, 2008: 29-50). Sağlık sektörü tarafından sağlık sunma amacıyla yapılan tüm faaliyetlere ise sağlık hizmetleri denilmektedir. Etkili bir sağlık hizmetinin olabilmesi toplumun ihtiyaçlarını karşılmasına ve ekonomik açıdan sürdürülebilir olmasına bağlıdır. Nüfus artışıyla birlikte artan sağlık hizmetlerinin en tartışılan yanı finansmanın karşılanabilir olup olmamasıyla ilgilidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde kalkınmış toplumlarda bile, sunulan sağlık hizmetleri ülke bütçeleri açısından sorun teşkil etmektedir. Kısıtlayıcı önlemlerle sorun çözülmeye çalışılsa da sağlık hizmeti alanların maliyetlere katılma payı giderek artmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sunulması kapsamında sağlık ekonomisinin yönetilmesi oldukça uzmanlık gerektiren bir alan haline gelmiştir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlü ve kurumsal bir yapıya kavuşmasında çok önemli bir dönüm noktası olan kanun, 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusundaki kanundur. “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası” olarak adlandırılan sözkonusu yasada sağlık hizmetleri şöyle tanımlanmaktadır; insan sağlığına zarar veren etkenlerin yok edilmesi, toplumun bu etkenlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhen kabiliyeti azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.

Sağlık hizmetleri diğer bir tanımla; birey ve toplumun sağlığını korumak, hastalık durumunda tedavilerini gerçekleştirmek, yapılan tedavisonrasında bireylerin tam olarak sağlıklı duruma gelmesini sağlamakla birlikte diğer kişilere ve sağlık kurumlarına bağlı ve bağımlı kalmadan hayatını sürdürmesini sağlamak, sonuç olarak ise toplumun sağlık seviyesini daha üst seviyelere getirmek için yapılan planlı çalışmaların tamamıdır.

Dünya’da sağlık organizasyonları konusunda öncü kurum olan Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmetlerini şöyle tanımlar: Sağlık kurum ve kuruluşlarında, çeşitli görevleri yapan sağlık personelinin yararlanarak, birey ve toplumun ihtiyacına ve isteklerine göre değişen sağlık taleplerini gerçekleştirmek ve sonuç olarak kişiler ve toplumun sağlık gereksinimini, her türlü koruyucu ve tedavi edici faaliyetlerle sağlamak üzere ülke genelinde örgütlenen sistemdir. Dünya Sağlık Örgütü’nün sınıflandırmasına göre sağlık hizmetlerinin bazı girdi ve çıktıları söz konusudur. Dünya Sağlık Örgütü’ne sağlık hizmetlerinin temel girdileri; insan kaynakları, teknoloji, sermaye, alet ve ekipmanlardır. Sağlık hizmetinin çıktıları ise, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi, yaşam süresinin uzatılması ve bu sağlık ile ilgili diğer gelişmelerdir (WHO, 2000: 19).

Sağlık ve sağlık hizmetleri özel ve hayati öneme sahip olduğundan, diğer mal ve hizmetlerden farklı olan bazı özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri sunarken belirli bir kesime hitap edilmez ve tüm insanlığa sunulur. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin toplumsal bir özellik taşıdığı gerçeği göz ardı edilemez olup sağlık hizmetleri sunumu genelde kâr amaçlı değil sosyal amaçlıdır. Sonuç olarak maliyet, fayda ve kârlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları sağlık sektöründe farklı değerlendirilebilir (Özsarı, 2000: 21-22).

Sağlık hizmetleri sunumunda bazı dezavantajlı yönler vardır. Bunlardan en önemlisi sağlıktaki belirsizlik ve öngörülemezliktir. Örneğin sağlıktaki öngörülemez olan kazalarda sunulacak hizmetin ne zaman gerekli olacağı ve tedavilerin ne kadar süreceğiyle birlikte kesin olarak olumlu sonuç alınıp alınmayacağı her zaman öngörülemezdir (Boyacıoğlu vd., 2012:15). Bu gibi öngörülemez durumların kaçınılmaz sonucu olarak sağlık hizmetinin sunumunda söz konusu olacak maliyetlerin belirsiz ve öngörülemez olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında diğer bir handikap ise ikame edilemez olmasıdır. Birçok mal ve hizmet ikame edebilirken sağlık hizmetleri ortaya çıkan sağlık problemlerine göre sunulduğundan ikame edilemez. Mal ve hizmet piyasalarından farklı olarak sağlık hizmetlerinde, sağlığın kaybeden kişi iyileşmek için uygulanacak tedavide çok tercih sahibi olamayabilir, bu durum da sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden ayrılmasını net olarak gösteren bir göstergedir.

Belirli bir refah seviyesine ulaşmış veya gelişmiş ülkeler günümüzde, sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini ve kalitesini artırmak için her yıl bir önceki yıla göre sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak tahsis etmektedir. Ekonomik

kalkınmanın temel unsurlarından biri olan insan sağlığını koruyup sağlık seviyesini yükseltme kuralı göz önüne alındığında, gelişmiş veya gelişmekte olan toplumların hastalıkların tedavi edilmesi adına Gayri Safi Yurtiçi Hâsıllarından her geçen yıl daha fazla pay ayırması olağan bir beklentidir (Tokgöz, 1981: 499).

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kalkınmış toplumun en önemli özelliklerinden birisi koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır. Bu hizmet hem iktisadi açıdan çok önemlidir, hem de bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürmeleri açısından önemlidir. İktisadi açıdan önemlidir, çünkü koruyucu sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetlerinden daha az maliyetlidir. Bununla birlikte, insan yaşamı üzerinde tedavi sürecinin oluşturacağı psikolojik çöküntü ve zaman kaybı önemli ölçüde ortadan kalmış olur. Örneğin, çevre bilincinin oluşturulmasıyla yapılacak iyileştirmelerin sağlayacağı pozitif dışsallıklarla sağlığı önemli ölçüde olumlu yönde etkileyecektir. Temiz çevre koşullarının bulunduğu ortamlarda yaşayan insanlar her bakımdan daha mutlu ve daha huzurludur.

Aslında koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici sağlık hizmetleri bir bütünüün iki parçasıdır. İktisattaki tamamlayıcı malların özelliğine haizdir. Birinin eksik olması durumunda diğerinin başarı şansı azalır. Dolayısıyla modern kalkınmış toplumlar her iki sağlık hizmetini uyumlu bir şekilde bir arada sunarlar. Bu yapılabildiği ölçüde sağlık harcamalarının ulus devletlerinin bütçeleri açısından bir tehdit teşkil etmeyecektir.

1.2.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri doğrudan bireylere uygulanan ve kişileri hastalıklardan veya sağlığın bozulması durumundan korumaya yönelik alınan sağlık tedbirleridir. Bunlar genel olarak; bağışıklama, sağlık eğitimi ve kişisel hijyen, ilaçla koruma, iyi ve dengeli beslenme, erken tanı, aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı, ruh sağlığı ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele uygulamaları şeklinde örneklendirilebilir.

1.2.1.2. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; bireyin kendi iradesi dışında çevresinde oluşan ve sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal

etkenleri uzaklaştırmak veya yok etmek, bu etkenlerin insane üzerindeki etkisini en aza indirmek veya tamamen uzaklaştırmak için yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin dışında cereyan ettiğinde koruyucu hizmetlerden çok daha fazla dışsallık içerir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şunlardır; atıkların zararsız hale getirilmesi ve evre kirliliğinin önlenmesi, zararlı canlılarla mücadele ve vektör kontrolü, su güvenliği ve sanitasyonu, hava kirliliğinin önlenmesi ve denetimi, konut ve işyeri sağlığı, gürültü ile mücadele, gıda kontrolü ve besin güvenliği gibi çalışmalar çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sayılabilmektedir (nal, 2011: 93).

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulandığı fakat başarılı olamadığı veya koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmayıp kişilerin sağlığının bozulması veya hasta olması sonucu uygulanacak olan yöntemlerdir. Bu yöntemlerin başında hastalığın tanısının konulması, sağlık sorununun tedavi edilmesi, hastalıkların giderilmesi veya azaltılması ve ölümlerin nlenmeye çalışılması amacıyla yürütülen tıbbi malzeme ve teknoloji kullanılarak yürütülen sağlık hizmetleri sayılabılır. Bu hizmetler genellikle sağlık kuruluşlarında ilgili alanlarda ihtisasa sahip hekim ve diğer sağlık personelleri tarafından yapılmaktadır. Maalesef halk arasında koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici sağlık hizmetleri bilinmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalığın boyutuna ve önemli oluşuna göre çeşitli aşamalarda hizmete sunulabilmektedir. Halk arasında sıklıkla bilinen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konan birinci, ikinci ve nc basamak sağlık kuruluşlarında hastalığın tedavisinin mümkün olacağı kuruluşlarda bu hizmetler verilmektedir. Ayrıca poliklinik ve yataklı tedavi hizmetleri de verilmektedir.

Tablo 1.1. Türkiye’de 2014 yılı itibariyle tedavi edici sağlık hizmeti sunan hastaneler

| Dallar | Hastane | Yatak |
|--|--------------|----------------|
| Genel Hastane | 1.394 | 184.522 |
| Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi | 41 | 7.106 |
| Göz Hastalıkları Hastanesi | 27 | 617 |
| Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi | 16 | 1.949 |
| Göğüs Hastalıkları Hastanesi | 15 | 3.986 |
| Psikiyatri Hastanesi | 11 | 4.259 |
| Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi | 6 | 860 |
| Çocuk Hastalıkları Hastanesi | 5 | 1.780 |
| Kemik Hastalıkları Hastanesi | 3 | 483 |
| Onkoloji Hastanesi | 2 | 830 |
| Meslek Hastalıkları Hastanesi | 2 | 156 |
| Cerrahi Hastanesi | 1 | 110 |
| Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi | 1 | 29 |
| Lepra Hastanesi | 1 | 50 |
| Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merk. | 1 | 54 |
| Zührevi Hastalıklar Hastanesi | 1 | 31 |
| Lösemili Çocuklar Hastanesi | 1 | 14 |
| Toplam | 1.528 | 206.836 |

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2014 verileri alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri (Tıbbi ve Sosyal)

Rehabilitasyon; bedensel ya da ruhsal açıdan sağlıklı olmayanların, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlayabilmek amacıyla yapılan tüm çalışmalar olarak ifade edilmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri, uygulandığı sebebiyle sonuçları uzun ve zaman zaman zor olan sağlık hizmet türlerinden biridir. Çoğu kez hastaların başkalarına bağımlılıklarını tamamen ortadan kaldırmak mümkün olmayabilir. Rehabilitasyon hizmetleri temel olarak tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

Tıbbi rehabilitasyonda bir hastalığın tedavisinden sonra görevlerini tam olarak yerine getiremeyen uzuvların veya bir takım sağlıklı olmama durumunun, insanın günlük ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde veya kendisini en yüksek seviyede rahat hissedeceği seviyeye getirmek için teknoloji kullanılarak yapılan tedavi yöntemidir. Bunun için hasta tedavi sürecinin sonrasında rehabilitasyon sürecine sabırla ve sürekli tekrar edecek şekilde uyarak bu tedaviyi sürekli olarak uygular, hastalık durumunu minimize etmeye amacını güder. Tıbbi rehabilitasyonda bazı yardımcı cihazlar olarak; protez, işitme cihazları, gözlük, koltuk değneği veya tekerlekli sandalye kullanılabilir (Gök, 2012: 11).

Diğer bir rehabilitasyon yöntemi ise sosyal rehabilitasyondur. Sosyal rehabilitasyonda amaç; kişinin bir hastalığının tedavisinden sonra eski haline dönme sürecinde yapılan sosyal desteğin sağlanmasıdır (Tokat, 2001:20-25). Yoğun tedavi sürecinden geçen kişiler gerek fiziksel gerekse ruhsal olarak eski düzeyinde olamayabilir ve kendini toplumdaki soyutlanmış hissedebilir. Sosyal rehabilitasyon yönteminin birinci amacı kişiyi olabildiği en üst düzeyde eski seviyelerine getirmektir. Bu kapsamda eski işinde çalışmayacak olan kişilere yeni meslek öğrenme ve beceriler kazandırma çalışmaları da düşünülür, kişiye bu olanaklar sağlanır. Günümüz yaşam şartları, rehabilitasyon hizmetlerinin şeklini ve kapsamını da değiştirmiştir. Konuşma ve dil terapisi, çocuk gelişimi, meslek danışmanı, diyetisyen, psikolog gibi sosyal rehabilitasyon hizmeti sunan uzmanlık alanları oluşmuş durumdadır. Tedavi süreci sonrasında yapılan rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerinin günümüz şartlarına göre gelişmesi bilimin diğer dallarının da sağlık hizmetleriyle bir işbirliğine gitmesine olanak sağlamaktadır.

1.3. Sağlıkta Demografik Göstergeler

Toplumların sağlık düzeyinin ölçülmesinde en belirgin göstergeler; bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, doğurganlık oranı, doğuştan beklenen yaşam süresi olmak üzere dört ana başlıkta toplanabilir. Tablo 1.2 de de görüldüğü üzere Türkiye’de ortalama yaşam süresi önceki on yıllara göre oldukça uzamış Avrupa Birliği ülkeleri düzeyine gelmiştir. Bebek ölüm hızında önceki yıllara göre bir iyileşme olmakla birlikte Avrupa Birliği ülkelerinin hala yaklaşık iki katına eşittir.

Tablo 1.2. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan uluslararası göstergeler

| | Türkiye | Avrupa Bölgesi (2013) | Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler | Dünya |
|---|---------|--------------------------|---------------------------------|-------|
| Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl) | 77,1 | 76,0 | 74,0 | 70,0 |
| Bebek Ölüm Hızı (binde) | 11,2 | 10,0 | 16,0 | 35,0 |
| Anne Ölüm Oranı (yüz binde) | 15,9 | 17,0 | 57,0 | 210,0 |
| Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%) | 16,8 | 26,6 | 32,2 | 17,9 |
| Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi (%) | 74,7 | 63,0 | - | - |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri

1.3.1. Bebek Ölüm Hızı

Toplumların sağlık düzeylerinin ölçülmesinde kullanılan en önemli sağlık göstergelerden biri bebek ölümleridir. Bebek ölümleri, doğum anında ve doğumu takip eden bir yıl içerisinde gerçekleşen ölümler olarak tanımlanmaktadır. Bebek ölüm oranı göstergesi, bir ülkede yapılan sağlık harcamalarının etkinlik ve verimliliği ile bir ülkenin genel sağlık düzeyi hakkında çok önemli bilgiler vermektedir (Karabulut, 1999:139-152). Bebek ölüm hızı bir ülkenin sağlık sistemi hakkında bilgi verdiği gibi aynı zamanda o ülkenin sosyal ve ekonomik gelişmişlik seviyesi açısından da çok önemli bilgiler vermektedir. Bebek ölüm hızı

ölümü, başarıyla doğumu gerçekleştiren 1000 sağlıklı bebekten kaç tanesinin hayata tutunamayarak hayatını kaybettiği tespit edilerek ölçülür.

Bebek ölüm hızı dünya genelinde incelendiğinde, en yüksek bebek ölüm hızı binde 165 ile Afganistan'da gerçekleşmektedir. Bu ülkeyi binde 130 Angola, binde 126 ile Kongo Demokratik Cumhuriyeti, binde 124 ile Çad, binde 123 ile Sierra Leone, binde 119 Somali, binde 117 ile Gine-Bissau takip etmektedir. Bebek ölüm oranlarının çok yüksek olduğu ülkeler yüksek oranda kişi başı gelirin düşük olduğu ülkelerdir (WHO Sağlık İstatistikleri, 2010). Tablo 1.3.'te görüldüğü üzere 2000 yılında Türkiye'de binde 31.6 seviyelerinde olan bebek ölüm hızı oranı sağlık alanında yapılan bir dizi reformlar ve sunum metodları neticesinde 2015 yılında binde 11.2 seviyesine ulaşmıştır. 2023 yılında bu oranın binde 10.1 seviyelerine ulaşacağı öngörülmektedir.

Tablo 1.3. Bebek ölüm hızı, Türkiye, 2000 – 2023 (%)

| Yıl | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2023 |
|--------|------|------|------|------|------|------|
| Oran % | 31,6 | 18,4 | 12,0 | 11,2 | 10,5 | 10,1 |

Kaynak: TÜİK verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

1.3.2. Anne Ölüm Oranı

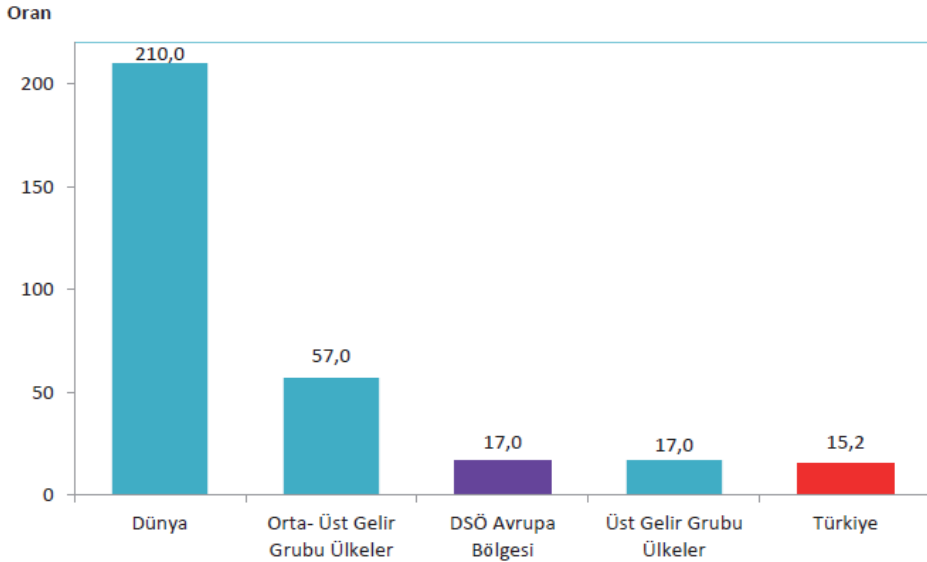
Anne ölüm hızı da tıpkı bebek ölüm hızı göstergesinde olduğu gibi bir ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin, yapılan sağlık harcamalarının etkinliği ve verimliliği ile o ülkenin gelişmişlik seviyesi hakkında çok önemli bilgiler vermektedir. Anne ölüm hızı ölçümü bir yılda; gebelik döneminde, doğum sırasında ve doğumdan sonraki dönemde doğuma bağlı nedenlerle ölen kadın sayısının, bir yıl içinde canlı doğum sayısına oranının yüz bin ile çarpılması sonucu bulunur. Anne ölüm oranlarının yüksekliği genellikle ekonomik ve sosyal olarak az gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Ana ölümleri daha çok teknoloji yetersizliği veya hastane ortamında yapılmayan tedaviler sebebiyle gerçekleşmektedir. Bu ölümlerin en önemli sebepleri; kan kaybı, enfeksiyonlar ve tıbbi cihaz ve sağlık personeli eksikliği ile yapılan tedavilerdir (Öztek, 1986: 33).

Dünya'da ana ölüm hızı yüz binde 2100 ile Sierra Leone'da en yüksek seviyededir. Sierra Leone'u yüz binde 1.800 ile Nijer ve Afganistan, yüz binde 1.500 ile Çad, yüz binde 1.400 ile Somali ve Angola, yüz binde 1.300 ile Ruanda

takip etmektedir. Kişi başı gelirin en düşük olduğu ülkelerde ana ölüm hızlarının daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. OECD ülkeleri arasında en yüksek ana ölüm hızına sahip ülke yüz binde 60 oranı ile Meksika'dır. Ana ölüm hızı kapsamında OECD ülkeleri incelendiğinde bu oranın en düşük olduğu ülke İrlanda'dır. Bu ülkeyi yüz binde 3 ile Yunanistan, İsveç, İtalya ve Danimarka, yüz binde 4 ile Almanya, Çek Cumhuriyeti ve İzlanda izlemektedir (Taşkın, 2011: 98).

Grafik 1.1.'de bazı gruplandırma içine alınan ülkelerin 2013 yılı verileri, Türkiye'nin ise 2014 yılı verileri dikkate alınarak hazırlanmıştır. Grafikte görüldüğü üzere Türkiye'nin ana ölüm hızında ilgili grup ülkeleri içerisinde iyi bir yerde olduğu söylenebilir. Fakat grafikteki verilerde Türkiye'nin 2014 yılı rakamlarının dikkate alındığı unutulmamalıdır.

Grafik 1.1. Anne ölüm oranı uluslararası karşılaştırması, (100.000 canlı doğumda), 2013



Kaynak: Sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri

Not: Türkiye verisi 2014 yılına aittir.

1.3.3. Doğurganlık Oranı (Kaba Doğum Hızı)

En önemli sağlık istatistiklerinden bir diğeri de doğurganlık oranlarıdır. Sağlık göstergesi olarak fazla kullanılan doğum oranları; kaba doğum hızı ve kadın başına doğurganlık oranındaki istatistiklerdir. Kaba doğum hızı tanımlanacak olursa; bir yıl içinde gerçekleşen canlı doğum sayısının yıl ortası nüfusa bölümünün bin ile çarpılması ile bulunan değerdir. Doğurganlık hızı ise bir yıl içindeki canlı doğum sayısının 15-49 yaş arası kadın nüfusa bölümünün bin ile çarpılmasıyla bulunur. Doğurganlık oranları göstergesi bir ülkenin sosyo-ekonomik seviyesi hakkında çok önemli bilgiler vermekle birlikte o ülkede uygulanan aile planlaması seviyesi hakkında da bir takım bilgi vermektedir. Doğurganlık oranları yüksek olan ülkelerde bebek ölüm hızı oranı diğer ülkelere göre daha fazla beklenmektedir (Akdur, 1991:78-84).

Doğurganlık oranları açısından dünya ülkeleri ile kıyaslandığında; Meksika 1960 yılında birinci sıradayken Türkiye ikinci sıradadır. Türkiye, OECD ülkeleri içerisinde 1980’li yıllardan sonra doğurganlık oranlarında en yüksek seviyelere ulaşmıştır. Zaman içerisinde Türkiye’de, doğurganlık hızı düşmüş ve OECD ortalamasına yaklaşmıştır. OECD ülkelerinde 2005 yılında doğurganlık hızı kadın başına 1.6 civarında, Türkiye’de ise kadın başına 2.2 civarındadır. 1960 ve 1980’li yıllarda OECD ortalamasının çok üstüne olan Türkiye’deki doğurganlık hızının düşmesindeki belli başlı sebepler, kadınların iş yaşamında daha fazla katılması, doğum sayılarının azalması ve aile planlaması gibi konularda sağlık bilincinin daha fazla yerleşmesi gibi sebeplerdir (Çoban, 2009: 146). Tablo 1.4’de de görüldüğü üzere verilen yıllar itibariyle doğum hızı giderek düşmüştür. Bu nüfus dönüşüm teorisiyle uyumlu bir gelişmedir. Kalkınma düzeyinin artışına paralel olarak doğurganlık hızı düşmüştür.

Tablo 1.4. Kaba doğum hızı, Türkiye, 2000 – 2023 (%)

| Yıl | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2023 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Oran % | 21,62 | 18,18 | 17,20 | 15,60 | 14,58 | 14,01 |

Kaynak: TÜİK verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

1.3.4. Doğuşta Beklenen Yaşım Süresi

Doğuşta beklenen yaşım süresi hesaplaması ile, beklenen ortalama yaşım süreleri istatistiki yöntemlerle hesaplanmaktadır. Doğumda beklenen yaşım süresi bir ülkenin sağıık hizmetlerindeki nitelik ve sağıık kaynaklarının ne kadar eşit dağıtıldığı hakkında önemli bilgiler vermektedir.

Doğumda beklenen yaşım süresi istatistiklerinde dünya ortalamasında erkekte 40 yaş ortalaması ile Afganistan en düşük seviyededir. Kadında ise 42 yaş ile Zimbabwe en düşük beklenen yaş ortalamasına sahiptir. Doğumda beklenen yaşım süresini en düşük olduğu ülkeler incelendiğinde bunların kişi başına düşen GSYH'sı en düşük olan ülkeler olduğu görülmektedir (Taşkın, 2011: 93-95). 1960'lı yıllarda Türkiye'de ortalama 48,3 olan doğumda yaşım beklentisi kişi başına gelirin artması, sağıık reformlarının yapılması gibi sebepler neticesinde 2015 yılında ortalama 77,1'e kadar yükselmiştir.

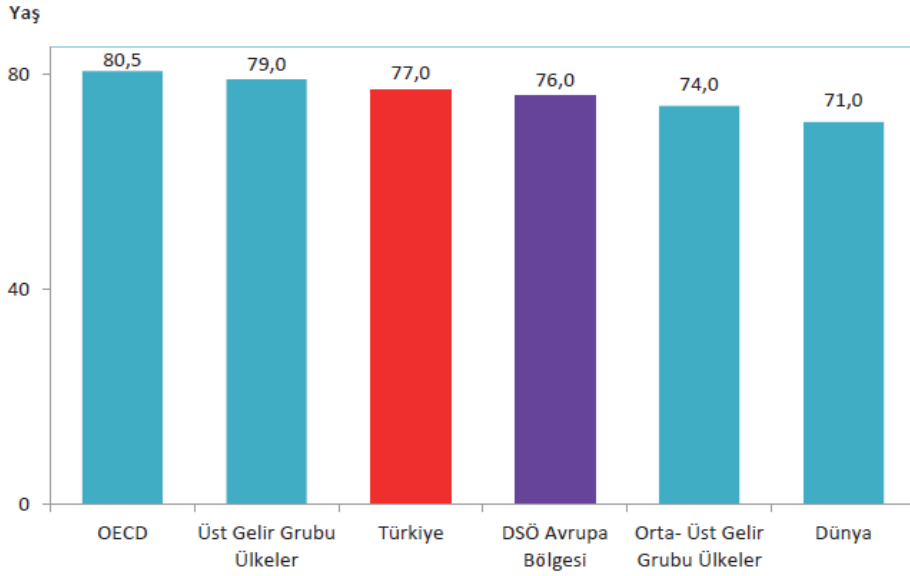
Tablo 1.5. Doğuşta beklenen yaşım süresi, Türkiye, 2000 – 2023

| Yıl | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2023 |
|-----|------|------|------|------|------|------|
| Yaş | 71,0 | 74,4 | 76,4 | 77,1 | 77,6 | 77,9 |

Kaynak: TÜİK verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

Grafik 1.2'te görüldüğü üzere doğumda beklenen yaşım süresi açısından Türkiye orta-üst gelir grubu ülkelerden fazla, üst gelir grubu ve OECD ülkeleri ortalamasının aşağısındadır. Tabloda gruplanan ülkelerin 2013 yılı, Türkiye'nin 2014 yılı verilerinin dikkate alındığı unutulmamalıdır.

Grafik 1.2. Doğumda beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırma, 2013



Kaynak: Sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri

Not: Türkiye verisi 2014 yılına aittir.

1.4. Sağlık Arz Talep İlişkisi

Günümüzde sağlık harcamaları giderek yükselmekte ve sağlık hizmetlerine olan talep giderek artmaktadır. Ülkeler ekonomilerini yönetirken kıt kaynaklarla toplumlarının sınırsız ihtiyaçlarına karşılık verme amacında olmaktadır. Bu kapsamda sağlık harcamaları vazgeçilemez bir alan olup sürekli yatırım yapmayı zorunlu kılar. Örneğin 2002-2014 döneminde sağlık hizmeti talebi hem Tablo 1.6 da hem de Tablo 1.7 'de görüldüğü üzere büyük artış kaydetmiştir. Artan bu talebi karşılayabilmek için sağlık yatırımlarının aksamaması gerekir.

Tablo 1.6. Yıllara ve kurum türlerine göre toplam hekime müracaat sayısı, tüm sektörler, Türkiye

| | 2002 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Sağlık Ocağı | 69.103.517 | 84.629.163 | - | - | - | - |
| Aile Hekimliği | - | 108.976.049 | 240.298.753 | 221.672.029 | 212.318.024 | 214.120.750 |
| Verem Savaş Dispanseri | 2.012.458 | 2.378.998 | 2.219.534 | 2.143.765 | 1.815.805 | 1.643.937 |
| Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi | 2.980.481 | 3.831.859 | 944.842 | 630.583 | 536.707 | 660.056 |
| TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler | - | - | - | 10.035.342 | 4.999.980 | 2.234.348 |
| Özel Poliklinikler | 731.132 | 2.497.352 | 882.973 | 655.432 | 582.265 | 546.514 |
| Birinci Basamak Toplamı | 74.827.588 | 202.313.421 | 244.346.102 | 235.137.151 | 220.252.781 | 219.205.605 |
| Özel Tıp Merkezleri | 9.824.802 | 33.788.328 | 29.040.707 | 32.012.211 | 31.256.100 | 28.208.781 |
| Hastaneler | 124.313.659 | 302.984.218 | 337.849.536 | 354.636.935 | 378.812.243 | 396.577.644 |
| 2. ve 3. Basamak Toplamı | 134.138.461 | 336.772.546 | 366.890.243 | 386.649.146 | 410.068.343 | 424.786.425 |
| Genel Toplam | 208.966.049 | 539.085.967 | 611.236.345 | 621.786.297 | 630.321.124 | 643.992.030 |

Kaynak: Sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri

Tablo 1.7. Yıllara ve sektörlere göre hastanelere müracaat sayısı, Türkiye

| Hastane | 2002 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Sağlık B. | 109.793.128 | 235.172.924 | 254.342.943 | 260.974.401 | 277.485.135 | 292.100.331 |
| Üniversite | 8.823.361 | 20.098.754 | 24.437.107 | 27.080.436 | 29.985.697 | 32.143.930 |
| Özel | 5.697.170 | 47.712.540 | 59.069.486 | 66.582.098 | 71.341.411 | 72.333.383 |
| Toplam | 124.314.659 | 302.984.218 | 337.849.536 | 354.636.935 | 378.812.243 | 396.577.644 |

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2014 yılı verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

1.4.1. Sağlık Hizmetleri Talebini Belirleyen Faktörler

Sağlık hizmetlerine talebi belirleyen etkenler; eğitim düzeyi, fiyatlar, gelir düzeyi ile zevkler ve tercihler olarak gösterilebilir.

1.4.1.1. Eğitim Düzeyi ve Sağlık Hizmetleri Talebi

Gerek literatür araştırmalarında gerekse her birimizin yaşam tecrübeleriyle sabittir ki eğitim seviyesiyle sağlık arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Yani

insan eğitim seviyesi arttıkça sağlıklı olma seviyesi de artmaktadır. Aynı şekilde eğitilmiş ebeveynler ile çocuklarının sağlıkları arasında doğru orantı saptamak mümkün olacaktır. Beşeri sermayenin bileşeni olan eğitim ile sağlık düzeyi gibi belirleyiciler ve büyüme arasında ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki ise sağlık seviyesi yüksek toplumların daha kolay eğitilebilir olması nedeniyle olmaktadır. Bu kapsamda iktisadi büyüme hızını artırmak isteyen toplumlar için beşeri sermaye seviyesinin artırılması bir zorunluluktur (Karagül, 2002: 71).

Mushkin (1962: 129), sağlık ve eğitim üzerine bir hipotez kurmuştur. Mushkin'e göre bireyler sağlıklı olur ise eğitim kalitesi de artacak doayısıyla beşeri sermayenin kalitesi de artacaktır. Sağlık harcamalarındaki artış nedeni ile kişilerin sağlığındaki iyileşme, eğitim yatırımlarında görece olarak yararlanma süresini yükseltecektir.

ABD'de yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, tüm medikal girdilerde yüzde 10'luk bir artış, ölüm oranını yaklaşık olarak yüzde 1.7 azaltmış, okullaşmadaki yüzde 10'luk yükselme ölüm oranını yüzde 2.9 oranına kadar düşürmüştür (Zweifel ve Breyer, 1997:98). Eğitim seviyesinin artması ve kadınların iş hayatına daha fazla katılım sağlaması ile birlikte çocuk doğurma oranları düşmekte bu durum da gerek kadınların gerekse çocukların sağlıklı olma düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir. Bu veriler değerlendirildiğinde eğitim seviyesinin artması ile sağlık seviyesi yükselmekte, sağlık hizmetlerine olan talep özel durumlar hariç olmak üzere nispeten azalmaktadır.

1.4.1.2. Fiyatlar ve Sağlık Hizmetleri Talebi

Sağlık hizmetlerine olan talep bireylerin vazgeçilemez ve yaşamsal bir ihtiyacı olduğu için fiyatlar bu talebi daha az oranda etkiler. Sağlık sunum ve hastane ücretlerinin serbest bir şekilde belirlendiği ülkelerde fiyat ve talep ilişkisinin daha güçlü olduğu görülmektedir. Bazı ülkelerde sağlıkla ilgili hizmetler kamu tarafından ücretsiz olarak sunulmakta veya zorunlu sigortalar kapsamında ücretsiz olarak sunulabilmektedir. Fiyatların artması zorunlu olan sağlık hizmetleri talebini etkilememekle birlikte zevk ve tercih nedeniyle uygulanacak olan sağlık hizmetlerinin talebinde azalışlar sağlayabilmektedir.

1.4.1.3. Gelir Düzeyi ve Sağlık Hizmetleri Talebi

Gelir düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerine talep ve sağlık harcamalarının azalacağı öngörüsü düşünülse de uygulamada bu düşünce her zaman mümkün olmamaktadır. Genel olarak gelir düzeyi arttıkça sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerine daha az ihtiyaç duyulsa da bu durum istisna da göstermektedir. Çünkü yüksek gelir grubunda olan kimseler estetik amaçlı sağlık harcamalarına da yönelebilmektedir. Genel sağlık belirleyicileri tarafından bakılırsa gelir düzeyinin artması sağlıklı olma şartını olumlu etkileyecektir denilebilir.

Sağlık hizmetlerinde gelirin talep üzerindeki etkisi sağlık harcamalarının bireyler tarafından karşılandığı, zorunlu sigorta kapsamında tutulmadığı ve sosyalize edilmediği durumlarda daha çok önem kazanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 84).

1.4.1.4. Zevkler, Tercihler ve Sağlık Hizmetleri Talebi

Mal veya hizmetlerin talep edilmesiyle ilgili olarak kişilerin zevkleri ve tercihleri çok önemli bir yere sahiptir. Kişilerin hangi mal veya hizmetleri alacağı kendi alışkanları, zevkleri, tercihleri ve kültür seviyesiyle doğrudan ilişkilidir.

Kişilerin sağlık hizmeti talepleri nüfus, eğitim, çevre yaşam biçimi ve genetik özelliklere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Cinsiyet ve yaş yapısı da sağlık hizmetleri talebi üzerinde etkili olabilmektedir. Örneğin yaşlıların yaptıkları toplam harcamalar içinde sağlık harcamaları en yüksek payı almaktadır (Mutlu ve Işık 2012: 85).

1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Arz Analizi

1.4.2.1. Sağlık Hizmetleri Arzını Belirleyen Faktörler

Arz kısaca sunmak anlamını taşır. Daha geniş bir tanımla arz; mal veya hizmetlerin belirli bir piyasada, belirli bir zamanda ve belirli bir fiyattan satışa sunulmasıdır. Sağlık hizmetleri arzı ise sağlık hizmetlerinin, oluşan sağlık hizmetleri talebine göre sunulmasıdır. Kısa dönemde ortaya çıkabilecek sağlık hizmetleri talebine veya talep artışına cevap verebilecek tıbbi personel ve ekipman, teknolojik ürün gibi girdilerin tamamı artırılmayabilir ve bu durumda sağlık hizmetleri arzına anında cevap veremeyebilir (Ayhan, 2004:21).

Sağlık ekonomisinde üretim yönünü, sağlık hizmetleri arzı oluşturmaktadır. Sağlığa ayrılacak kaynaklar; üretim maliyetleri, sağlık personeli, alternatif üretim teknikleri, ilaç ve diğer sağlık girdileri, girdiler arasındaki ikame oranı, kâr amacı gütmeyen sağlık hizmeti üreten kurumların mevcudiyeti, piyasanın yapısı, sağlık hizmetinin finansman biçimi vb. etkenler sağlık ekonomisinin arz ile ilgili temel unsurlardır (Işık, 1997:9-13).

1.4.2.2. Sağlık Hizmet Arzında Hastaneler

Sağlık hizmeti üreten birimler olarak bir çok birim sayılabilecek olup, en önemli sağlık arzı birimleri hastanelerdir. Hastaneler buldukları sağlık çalışanları, ekipmanlar ve birimlerine göre kategorilere ayrılmaktadır. Hastaneler, sağlık harcamaları içinde ilk sırada gelmekte ve buradaki sağlık harcamaları da hemen hemen her yıl artmaktadır. Endüstrileşme ve kentleşme, sağlık tesislerine olan ihtiyacı giderek artırmaktadır. Kentleşme ve sanayileşme bir yandan hızla artarken bir yanda da ciddi sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir. Sunulan sağlık faaliyetleri; kamu sağlığı ve eğitim, tıbbi tedavi, eğitim araştırma hizmetleri olarak faaliyet göstermektedir (Küçük, 2015: 29).

Tablo 1.8 ve Tablo 1.9’da sırasıyla yıllar itibariyle Türkiye’de hastane yatak sayıları ve bin kişi başına düşen yatak sayıları verilmiştir. Buna göre, sağlık hizmeti talebi karşılığında yatak sayıları artarak devam etmiştir. Bin kişi başına düşen yatak sayısı 2014 yılında 1967 yılına göre yaklaşık yüzde elli oranında artmıştır.

Tablo 1.8. Türkiye’de yıllara göre hastane yatak sayıları, tüm sektörler, (1967–2014)

| | 1967 | 1977 | 1987 | 1997 | 2007 | 2014 |
|-------------------------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|
| Sağlık Bakanlığı | 47.728 | 66.326 | 84.045 | 106.231 | 112.037 | 123.690 |
| Üniversite | 2.442 | 7.671 | 17.749 | 23.383 | 30.978 | 36.670 |
| Özel | 3.652 | 3.137 | 5.207 | 11.255 | 17.397 | 40.509 |
| Diğer | 5.351 | 5.902 | 4.134 | 4.115 | 17.588 | 5.967 |
| TOPLAM | 59.173 | 83.036 | 111.135 | 144.984 | 178.000 | 206.836 |

Kaynak: TÜİK verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

Not:Diğer grubu altında Belediyelere ait sağlık kurumlarının yatak sayıları kapsamıştır. Ayrıca, 2002 yılı ve sonrasında Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastanelerdeki yatak sayıları da bu gruba dahil edilmiştir.

Tablo 1.9. Türkiye’de yıllara göre 1000 kişiye düşen yatak sayısı, (1967 – 2014)

| | 1967 | 1977 | 1987 | 1997 | 2007 | 2014 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı | 1,81 | 1,99 | 2,12 | 2,35 | 2,52 | 2,66 |

Kaynak: TÜİK verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

1.4.2.3. Sağlık Hizmetleri Arzında Sağlık Personeli

Tıbbi tedavi denince akla ilk gelen sağlık görevlileri doktorlardır. Doktorlar sağlık sisteminin ve sağlık arzı hizmetlerinin merkezinde olmakla birlikte sağlık ekonomisi içinde, sağlık hizmetleri üretiminde bir girdi, danışman ve girişimci olarak rol almaktadır. Diğer sağlık çalışanları olarak; diş hekimi, eczacı, hemşire, hastabakıcı, sağlık teknisyeni, laborant sayılabilir. Sağlık çalışanları, fiziki imkanları da kullanarak sağlık hizmetleri talebine karşılık olarak sağlık hizmetleri arzını meydana getirirler.

Tablo 1.10’de yıllar itibariyle bütün sağlık görevlilerinin sayısında düzenli bir artış gerçekleşmiştir. Özellikle sağlık memuru sayısında 2010 yılından sonra yaklaşık olarak yüzde elli oranında bir artış gerçekleşmiştir. Bunun yanısıra Grafik 1.5 de yüz bin kişiye düşen hekim sayısında 2013 yılı itibariyle Türkiye üst gelir gurubunun hemen altında yer almaktadır. Bu gelişme özellikle hekim sayısının artışı göstermesi bakımından önemlidir.

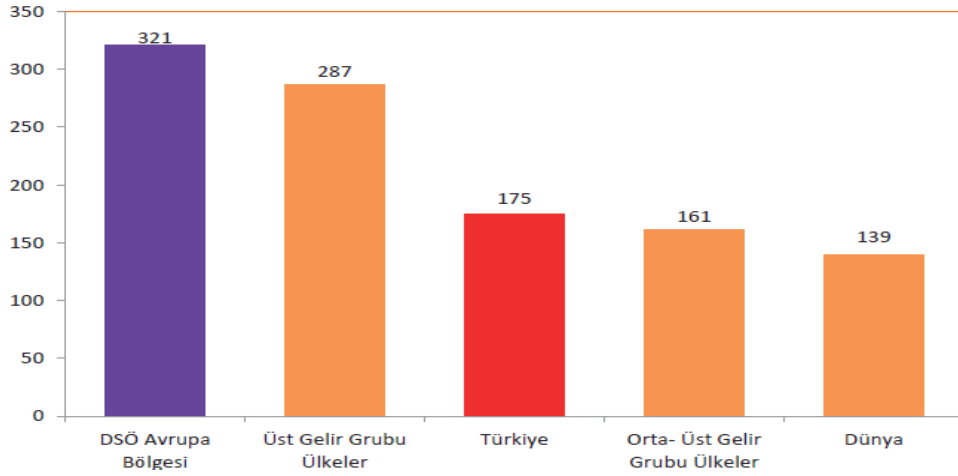
Tablo 1.10. Türkiye’de yıllara göre sağlık personeli sayısı, (1928–2014)

| | 1928 | 1951 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2014 |
|----------------------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| Hekim | 1.078 | 6.570 | 9.826 | 15.856 | 27.241 | 50.639 | 85.242 | 123.447 | 135.616 |
| Diş Hekimi | - | 953 | 1.367 | 3.245 | 7.177 | 10.514 | 15.906 | 21.432 | 22.996 |
| Hemşire | 130 | 787 | 2.420 | 8.796 | 26.880 | 44.984 | 69.550 | 114.772 | 142.432 |
| Sağlık Memuru | 1.059 | 4.023 | 5.595 | 9.954 | 11.964 | 21.547 | 51.887 | 99.302 | 149.616 |
| Ebe | 377 | 1.586 | 3.126 | 11.321 | 17.197 | 30.415 | 41.594 | 50.343 | 52.838 |
| Eczacı | 108 | 1.047 | 1.406 | 3.011 | 11.379 | 15.792 | 21.927 | 26.506 | 27.199 |
| Hizmet Alımı | - | - | - | - | - | - | - | 198.694 | 229.625 |

Kaynak: TÜİK verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

Sağlık hizmet sunumunda vazgeçilemez olan sağlık personelinin yeterli düzeyde yetiştirilmesi için, eğitim sisteminin buna göre düzenlenmesi gerekmektedir. Söz konusu eğitim sürecinin maliyetlerinin yüksek ve uzun olması nedeniyle bu süreçte yapılacak denetim, deneyim bu sürecin kalitesini artıran nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır (Mutlu ve Işık 2012:108). Grafik 1.3.’te yüz bin kişiye düşen toplam hekim sayısı uluslararası seviyede gruplanan ülke grupları arasında karşılaştırılmıştır. Diğer gruplarda 2013 yılı verileri, Türkiye’de ise 2014 yılı verileri kullanılarak oluşturulan tabloya bakıldığında Türkiye’de yüz bin kişiye düşen hekim sayısının artırılması gerektiği görülmektedir.

Grafik 1.3. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırması, 2013



Kaynak: Sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri

Not: Türkiye verisi 2014 yılına aittir. Uluslararası bölgelere ait veriler 2007-2013 yılları arası en son yıl verisidir.

1.4.3. Yatırım Kaynağına Göre Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde sağlık yatırımları genel olarak iki kesim tarafından yapılmaktadır. Bu kaynaklar kamu tarafından sunulan sağlık hizmetleri ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Tablo 1.11 de görülece üzere, verilen yıllar itibariyle kamunun sağlık yatırımları özel sektöre göre aratarak devam etmiştir. 2013 yılında bu oran yüzde sekseni bulmuştur. Özel sektörde ise tam tersine bir gelişme olmuştur. 2002 yılında yüzde 29.3 olan yatırımlar 2013 yılında yüzde 21.5'e düşmüştür. Sağlık yatırımlarının yaklaşık yüzde sekseni kamu tarafından yapılmaktadır. Özel sektörün yatırımlarında ki düşüş kamunun bu alandaki yükünü artırmaktadır. Bunun nedenleri sorgulanmalı ve özel sektör yatırımlarının artırılması yönünde yeni politikalar geliştirilmelidir. Kamu sağlık harcamalarındaki bu artış Tablo 1.12 'de gösterildiği GSYH içindeki payını da artırmıştır. 2013 yılında bu oran yüzde 4.23 olarak gerçekleşmiştir. Özel sektör yatırımlarının payı ise, dikkat çekecek şekilde azalmıştır.

Tablo 1.11. Kamu ve özel sağlık harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)

| Yıllar | Kamu Sağlık Harcaması | Özel Sağlık Harcaması | Toplam Sağlık Harcaması | Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (%) | Özel Sağlık Harcamalarının Payı (%) |
|--------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 2002 | 13.270 | 5.504 | 18.774 | 70,7 | 29,3 |
| 2003 | 17.462 | 6.817 | 24.279 | 71,9 | 28,1 |
| 2004 | 21.389 | 8.632 | 30.021 | 71,2 | 28,8 |
| 2005 | 23.987 | 11.372 | 35.359 | 67,8 | 32,2 |
| 2006 | 30.116 | 13.953 | 44.069 | 68,3 | 31,7 |
| 2007 | 34.530 | 16.374 | 50.904 | 67,8 | 32,2 |
| 2008 | 42.159 | 15.580 | 57.740 | 73,0 | 27,0 |
| 2009 | 46.890 | 11.021 | 57.911 | 81,0 | 19,0 |
| 2010 | 48.482 | 13.196 | 61.678 | 78,6 | 21,4 |
| 2011 | 54.580 | 14.028 | 68.607 | 79,6 | 20,4 |
| 2012 | 58.785 | 15.404 | 74.189 | 79,2 | 20,8 |
| 2013 | 66.228 | 18.162 | 84.390 | 78,5 | 21,5 |

Kaynak: TÜİK

Tablo 1.12. Kamu ve özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, (2002-2013), (%)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Kamu Sağlık Harcamaları | 3,79 | 3,84 | 3,83 | 3,70 | 3,97 | 4,10 | 4,44 | 4,92 | 4,41 | 4,21 | 4,15 | 4,23 |
| Özel Sağlık Harcamaları | 1,57 | 1,50 | 1,54 | 1,75 | 1,84 | 1,94 | 1,64 | 1,16 | 1,20 | 1,08 | 1,09 | 1,16 |
| Toplam Sağlık Harcamaları | 5,36 | 5,34 | 5,37 | 5,45 | 5,81 | 6,04 | 6,07 | 6,08 | 5,61 | 5,29 | 5,24 | 5,39 |

Kaynak: TÜİK

Tablo 1.13.'de Türkiye'de özel sektör tarafından finanse edilen sağlık tesislerinin belli başlı bölgelere göre sayıları verilmiştir. Özellikle İstanbul başta olmak üzere büyükşehirlerin yer aldığı yerlerde özel sektörün sağlık hizmetlerini daha fazla finanse edip sağlık yatırımı yaptıkları görülmektedir.

Tablo 1.13. Özel tıp merkezi ve özel poliklinik sayısı, 2014

| | Özel Tıp Merkezi | Özel Poliklinik |
|-------------------|------------------|-----------------|
| İstanbul | 273 | 145 |
| Batı Marmara | 15 | 8 |
| Ege | 125 | 67 |
| Doğu Marmara | 64 | 24 |
| Batı Anadolu | 104 | 55 |
| Akdeniz | 77 | 42 |
| Orta Anadolu | 12 | 8 |
| Batı Karadeniz | 31 | 8 |
| Doğu Karadeniz | 11 | 4 |
| Kuzeydoğu Anadolu | 5 | 0 |
| Ortadoğu Anadolu | 17 | 3 |
| Güneydoğu Anadolu | 97 | 4 |
| Toplam | 831 | 368 |

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2014 yılı verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

1.5.1. Doğrudan Yapılan Finansman

Sağlık hizmetinden faydalanma karşılığı olarak yapılan doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamında olmayan ve hizmet arzının az olduğu veya uzun bekleme süreleri sebebiyle hizmete ulaşımın aksadığı zamanlarda yapılmaktadır. Bu ödemeler çoğunlukla; güvence kapsamı dışındaki ilaçlar için eczaneler, diş hekimleri, özel hekim muayeneleri, özel hastaneler ve laboratuvarlar gibi özel sektör sunucularına yapılmaktadır. Bazı ülkelerde özel sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar vergilerle desteklenerek özel sektörden hizmet alımı teşvik edilmektedir (Çelik, 2013: 192). Doğrudan finansman yöntemi incelendiğinde, hastalık riskinin yol açtığı mali yükü tüketici kendisi karşılamakta olup, tüketiciler arasında risk paylaşımı yoktur. Hastalık riskinin derecesi harcamanın yüksek ya da düşük olup olmayacağını belirlemektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 289-290).

Ameliyathane ve yüksek ekonomik bedel içeren diğer sağlık ekipmanları ile donanımlı sağlık çalışanlarının ücretlerinin kişiler tarafından doğrudan karşılanamayacağından, doğrudan finansman yöntemleri daha çok gelişmiş ülkelerde görülmekte olup, üst gelir grubu insanların daha rahat uygulayabileceği bir yöntemdir. Bu sebeple, doğrudan sağlık harcamalarının sürdürülebilir olamamasından dolayı dünyada birçok ülkede dolaylı finansman yani genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası gibi yöntemler giderek yaygınlaşmaktadır (Filiz, 2010: 55). Türkiye’de cepten ödemeler şeklinde yapılan doğrudan finansman yönteminin toplam sağlık harcamaları içindeki payı zaman içerisinde azalan bir eğilim göstermiştir.

1.5.2. Dolaylı Yoldan Finansman ve Yöntemleri

Dolaylı finansmanda, hizmet sağlayıcıları ile tüketiciler arasında üçüncü bir ödeyici unsur bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talep öngörülemez olduğundan ve şiddeti belli olmadığından dolayı finansman yöntemleri çoğu zaman avantajlı bir seçenektir. Uygulamada görülen belli başlı dolaylı finansman yöntemleri şunlardır; özel sağlık sigortaları tarafından finansman, zorunlu kamu sigortası yöntemiyle yapılan finansman ve kamu kesimi tarafından yapılan finansmandır (Atasever, 2014:105).

1.5.2.1. Özel Sağlık Sigortaları

Özel sağlık sigortaları tarafından finansmana katılması şeklinde olan uygulamada; çalışanların ücretlerinden sigorta şirketlerine yaptığı sigorta primleri düşünülmelidir. Sigorta primleri ödenirken, prim oranları özel sağlık sigortası ise özel şirket tarafından, genel sağlık sigortası ise prim oranları devlet tarafından belirlenmektedir. Dünya’da birçok ülkede sağlık sigortaları devlet tarafından zorunlu tutulmaktadır. Çalışanların finansmana katılması şeklinde olan finansman yönteminde karşımıza çıkan diğer bir uygulama da kullanıcı katkılarıdır. Kullanıcı katkıları, hizmet talep edenlere seçim şansını tanıyarak, ayrıca gereksiz sağlık hizmeti taleplerini azaltarak etkin ve kaliteli hizmet sunumuna katkıda bulunacaktır (Dürrü, 2012: 33). Kullanıcı katkıları arka kapıdan özelleştirme şeklinde de tanımlanmaktadır (Yalçın ve Yıldırım, 2001:1694). Özel sağlık sigortaları özellikle kişi başına gelir düzeyi yüksek olan gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Özel sağlık sigortaları, kamu sağlık sigortasına göre sahip olduğu birçok avantaj nedeniyle tercih edilmektedir.

Özel sağlık sigortaları özellikle gelişmiş ülkelerde tercih edilmekle birlikte isteğe göre avantajlı hale gelebilmektedir. Tercih edilebilecek bazı poliçelerde emeklilik, sakatlık gibi fonksiyonları içermeyen, prim bedeli teminatta belirtilen riske bağlı olarak belirlenen sigorta sistemleri olmakla birlikte ikame edici, bütünleyici ve seçenek arttırıcı olmak üzere üçlü bir sınıflandırmaya tabidir.

1.5.2.2. Zorunlu Kamu Sigortası

Diğer bir dolaylı finansman yöntemi olan zorunlu kamu sigortası yöntemi ise, çalışanlar ve yakınları için hayat boyu ve hayatı sona erdikten sonra kanunen bakmakla yükümlü olduğu kişilere karşı kazançlarını korumak bakımından hastalık ve diğer tehditleri önlemek adına etkili bir sistem olarak öne çıkmaktadır. Bu sistemde bir havuz oluşturulur ve herkesin ödeme gücüne göre ödediği primler ile bir merkezde bu kaynak toplanır. Daha sonra kanunların ve uygulamaların belirlediği tutarda sağlık hizmetleri finansmanı yapılır. Bu sistemde sağlık harcamalarını kontrol etmek zordur ve harcamalar artabilir (Tokat, 1998: 35).

1.5.2.3. Kamu Kesimi Tarafından Yapılan Finansman

Diğer bir finansman yöntemi olan devlet tarafından yapılan finansman söz konusu olduğunda ise refah devleti kavramı düşünülmektedir. Gelişmiş veya gelişmekte olan devletlerin birçoğu bu yöntemi büyük ölçüde tercih etmektedir. Devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesi de çeşitli şekillerde olmaktadır. Devlet sosyal güvenlik kurumlarını kurmanın ve yönetmenin yanında bütçeden bir pay ayırabileceği gibi, bu kurumların açıklarını kapatmayı da üstlenebilir. Bu kurumlara sağlanan vergi kolaylıkları da bir tür finansman sağlama biçimidir. Devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesindeki en önemli kaynak genel bütçe gelirleridir (Mutlu ve Işık, 2012: 296). Bu sistemde devlet, doktor ve diğer sağlık personelinin kendisi istihdam edebilir, bu sistemde hastaneler kamuya ait olabilir, kendilerine tahsis edilen yıllık bütçe veya döner sermaye gelirleri ile maliyetlerini karşılamaya çalışırlar.

1.5.3. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerini sunma alanında öne çıkan belli başlı sorunları şunlardır; zaman zaman altyapı yeterli olmamaktadır, kaynakların önemli bir bölümü cari harcamalar ve personel giderleri olarak kullanılır, alt gelir grubunda olanlar zaman zaman sağlık hizmetlerinden tam

olarak yararlanamayabilir, ilaç harcamaları önemli yer tutmaktadır. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerin kamu mali kaynaklarının sınırlı olması, bu kaynakların dağıtımında sağlık hizmetlerine aktarılacak payı kısıtlamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinden çoğunlukla kamu kaynakları sorumlu olmakla birlikte, özel sektör sağlık hizmet sunucularının finansmanı ve yatırımları kamu kaynaklarına göre daha kısıtlıdır. Gelişmiş olan ülkelerde sigorta kurumlarının gelişmesi ve halkın bu bilinçte olmasına karşın gelişmekte olan ülkelerde bu bilinç seviyesi tam anlamıyla gelişmiş ülkeler seviyesinde değildir (Ökem, 2007:34).

1.5.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye anayasada güvence altına alınmış olan sosyal bir devlet olması sebebiyle sağlık hizmetlerinin finansmanın önemli bir kısmı, gelişmekte olan devletlerde olduğu gibi kamu kaynakları tarafından yapılmaktadır. Genel vergilerden toplanan kaynaklar, sosyal sigorta primleri ile birlikte gerektiği ölçüde şeklinde sağlık hizmetlerine aktarılmaktadır. Son yıllarda giderek özel sağlık sigortalarının tercih edilme oranı da artmaktadır (Başara vd., 2015:167). Ülkemizde sosyal sigortalar; Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Bağkur olarak üç şekilde olmakta iken, 2008 yılında yapılan yasal düzenleme ile Genel Sağlık Sigortası’na (GSS) geçilmiştir. Genel Sağlık Sigortasına göre sigortalılar, işverenler ve devlet genel sağlık sigortası primi ödemektedir. Ödeme gücü olmayan vatandaşların primini devlet ödemektedir. Burada amaç tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit olarak faydalanmasıdır. Tablo 1.14.’de görüldüğü üzere 2003 yılında sağlık harcamalarına kamu tarafından ayrılan finansman payı 2013 yılına gelindiğinde artış göstermiş ve özel sektörün sağlık harcamaları finansman payı düşmüştür.

Tablo 1.14. Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman oranı, %, (2003 – 2013)

| | 2003 | 2013 |
|--------------------|-------|-------|
| Kamu | %71,3 | %78,5 |
| Özel Sektör | %28,1 | %21,5 |

Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre Türkiye'de 2002 yılında genel sağlık harcamaları 18.774 (Milyon TL) iken bu harcamalar içerisinde Kamu Sağlık Harcamaları 13.270 (Milyon TL) olarak gerçekleşmiştir. 2014 yılında ise sağlık harcamaları 94.750 (Milyon TL) iken bu harcamalar içerisinde Kamu Sağlık Harcamaları 73.382 (Milyon TL) olarak gerçekleşmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre 1999 yılında toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı %4,8 iken, 2014 yılında toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı %5,4 olarak gerçekleşmiştir.

1.6. Sağlık Ekonomisinin Teorik Çerçevesi

Sağlık ekonomisi genel tanımıyla ekonomi biliminin bir alt dalıdır ve ekonomi biliminin temel yöntemlerinin sağlık sektörüne uygulanmasıdır. Sağlık ekonomisinin oluşmasında en önemli etken, hemen hemen her ülkede sağlık hizmetlerine oluşan taleplerin artması ve ikame edilemez olduğundan, bu hizmetlere olan talebin karşılanması amacıyla ortaya çıkmıştır (Dürrü, 2012:7).

İnsanların geçmişe kıyasla yükselen yaşam standartları ve sağlık alanındaki iyileşmeler, beklentilerle birlikte tedavi amacıyla piyasaya sürülen ilaçların maliyetleri ile güncelleme ve yenilenme çabalarını hızlandırmaktadır. Bu sebeple, sağlık ekonomisi bilimi özellikle gelişmiş ülkelerde karar alma yetkililerini destekleyen önemli bir bilim olarak kullanılmaktadır (Yanar, 2011: 9). Sağlık hizmetleri sunumunda, sağlık hizmet sunucuları ve sağlık personelinin hedefi hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı olma seviyesini artırmak iken, ekonomistlerin amacı ise mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılması ve toplumsal faydanın maksimize edilmesidir (Williams, 1987:9).

Sağlık ekonomisinin gelişiminin incelenmesi ve bununla ilgili bilgiler son dönemde özellikle Klarman, Rosenthal ve Culyer araştırmacıların dikkatlerini bu konu üzerine yoğunlaştırmalarıyla daha da belirginleştirmiştir. Bu araştırmacıların sağlık ekonomisinin tarihçesi ile ilgili bazı çalışmalar yaparak günümüze bilgi aktarmışlardır. Klarman sağlık ekonomisinin gelişimini ortaya koyarken 1950'ler den sonra yaşanan hızlı gelişmelerin sağlık ve sağlıkla ilgili alanlarda etkili olduğunu belirtmiştir. Bu gelişmeler sonucunda sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılmış, ortalama yaşam beklentisi yükselmiş ve ölüm oranlarında bir düşme sağlanmıştır, bu koşulların ortaya çıkması sağlık ekonomisi biliminin gelişimini hızlandıran etkenler olmuştur (Mutlu ve Işık, 2012: 25). Sağlık ekonomisinin

gelişmesini sağlayan diğer bir neden de ikinci dünya savaşından sonra Amerika Birleşik Devletlerinde tıp fakültelerinde bağımsız bir ders olarak okutulmasıdır. Sosyal ve refah devleti olma yolunda ilerleyen devletler sosyal politikalarını arttırması sonucunda da sağlık ekonomisi alanı daha hızlı gelişme yoluna gitmiştir.

Sağlık ekonomisinin tarihi seyri içerisinde birkaç önemli gelişme şunlardır. 17. yy'da yaşayan Petty'e göre bir bireyin değeri o bireyin ulusal üretime yaptığı katkı ile belirlenebilir. Yaşamı koruyan harcamaların ne olduğu ve ve nasıl hesaplandığına ilişkin ilk çalışmaları da Petty yapmıştır. Diğer bir bilim adamı olan ve 19. yy da yaşayan Ghadwick'e göre; toplum sağlığının iyileştirilmesi yönünde alınacak önlemler ülke için iyi bir yatırım unsuru olarak ele alınmaktadır. Ayrıca Van Dine, ABD'nin bir eyaletinde sıtma salgınından sonra meydana gelen hastalıkların tarım üretimine olan etkisini araştırmıştır. Sinton ise 1935-1936 yılında yaptığı çalışmalarla Hindistan'da meydana gelen sıtma salgınının iktisadi çıktı kayıplarına olan etkisini ölçmüştür. Russel ve Menon' da 1942 yılında beş Hindistan köyü üzerinde sıtmanın etkilerini ölçerek, bu salgının emek arzı ve kazançlar üzerindeki etkilerini ölçmüştür (Mutlu ve Işık, 2005:35).

1.7. Gelişmişlik Seviyesine Göre Sağlık Harcamaları

Ülkeler gelişmiş düzeyine göre ele alındığında, toplam harcamaları üzerinden yapmış oldukları harcamaların detaylarına inildiğinde sağlık harcamaları oranları da değişmektedir. Gelişmişlik düzeyine göre sağlık harcamalar oranı değerlendirildiğinde ülkeleri; düşük gelirli, orta gelirli ve yüksek gelirli ülkeler olarak gruplara ayırmak daha doğru olacaktır. Tablo 1.15.'da görüldüğü üzere bazı göstergelerle Türkiye, OECD ülkelerinin ortalaması, Avrupa Bölgesi, orta-üst gelir grubu ülkeler ve dünya ülkeleri ortalamasına vurgu yapılmıştır. Türkiye'nin birçok göstergeyle dünya ortalaması ile orta-üst gelir grubu ülkelerinin üzerinde olduğu fakat OECD ortalaması ve Avrupa Bölgesi seviyelerine ulaşması için bir takım yapısal sağlık reformlarına ihtiyaç olduğu, bunun sonucu olarak ta bu göstergelerde daha üst seviyelere çıkacağı öngörülmektedir.

Tablo 1.15. Sağlıkla ilgili uluslararası ekonomik göstergeler, (2013)

| Gösterge | Türkiye | OECD Ortalaması (2012) | DSÖ Bölgeleri (2011 veya en yakın yıl) | | |
|--|---------|------------------------|--|------------------------------|--------|
| | | | Avrupa Bölgesi | Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler | Dünya |
| Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı (%) | 4,2 | 6,7 | - | - | - |
| Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı (%) | 5,4 | 9,3 | 9,0 | 5,8 | 9,1 |
| Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (ABD \$) | 458 | - | 1.782 | 226 | 613 |
| Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (ABD \$) | 584 | - | 2.370 | 408 | 1.007 |
| Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (SGP ABD \$) | 793 | 2.548 | 2.168 | 330 | 619 |
| Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP ABD \$) | 1.010 | 3.484 | 2.886 | 586 | 1.053 |
| Kişi Başı GSYH (USD) | 10.824 | 37.804 | 29.439 | 6.962 | 10.358 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistikleri

Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı'nın (SETA) tanımlamasına göre başına düşen gelir 1.045 dolar ve altında olan ülkeler düşük gelirli, 1.046–12.736 dolar arasındaki geliri olan ülkeler orta gelir grubu olarak adlandırılmaktadır. Orta gelir grubundaki gelir bandı geniş olduğundan bu grup, 1.046–4.125 dolar arasındaki gelir düzeyi alt orta gelirli, 4.126–12.736 dolar arası gelir düzeyi üst orta gelirli olarak ikiye ayrılmaktadır. 12.736 dolar üzerinde gelire sahip olanlar ise yüksek gelirli ülke grubunu oluşturmaktadır.

1.7.1. Düşük Gelir Grubu Ülkeler

Düşük gelirli ülkeler incelendiğinde, bir çoğunda orta ve yüksek gelirli ülkelerin sistemindeki bir çok temel yapı taşı bileşeninden yoksun olduğu görülmektedir. Düşük gelir grubu ülkelerde kaynaklar gerektiği ölçüde dağıtılamadığından sağlık hizmetleri de bu olumsuz durumdan etkilenmektedir. Düşük gelirli ülkelerdeki sağlık koşulları her yönüyle ele alındığında orta ve yüksek gelir grubu ülkelerin sorunlarından çok daha basit sorunlarla karşı karşıya olduğu görülmektedir. Düşük gelir grubunda olan ülkelerde nüfusun önemli bir bölümü kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Sağlık sisteminin iyi gelişmemesi nedeniyle bu ülkelerin önemli bir bölümü bulaşıcı hastalıkların tehdidinde olmakta, ayrıca çevre ve sosyo ekonomik yetersizlik nedeniyle yetersiz gelişim sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Düşük gelir grubu ülkelerde sağlık harcamalarının büyük bir oranı kamu kesimi tarafından yapılmakta olup, şehir merkezleri ve kırsal bölgelere ulaştırılan sağlık hizmet seviyeleri arasında büyük

oranda farklar bulunmaktadır. Düşük gelir grubunda olan az gelişmiş ülkelerde sağlık personeli sayısının az olması veya niteliğinin düşük olması, bu kapasitenin daha çok klasik bulaşıcı hastalıklardan koruma yolunda harcanmasına neden olmaktadır. Bu durumların tamamı sağlık hizmetleri seviyesi ve sağlık yatırımlarının etkinliğini maalesef azaltmaktadır (Müsiad, 2011:68).

Bu ülkelerde şehir merkezlerine yapılan sağlık harcamalarının düzeyi kırsal bölgeler için de uygulanır ise, aynı şekilde nitelikli personel yetiştirilip ülkenin şehir merkezi ve kırsal olan tüm bölgelerine görevlendirilir ve bir takım rasyonel sağlık yatırımları yapılır ise ülkedeki sağlık seviyesi yükselecek, bebek ve ana ölüm oranlarını düşürecek, doğumda beklenene yaşam süresinin artmasına sebep olacaktır. Dünya Bankası tarafından yapılan incelemelerde görülmektedir ki kadının eğitim seviyesi ve statüsü sağlık seviyesini belirleyen en temel göstergelerdendir. Düşük gelir grubunda olan ülkelerin çoğunda kadınları yüksek oranı okuma yazma bilmemekte ve bu ülkelerde okullaşma oranı düşük seviyelerde görülmektedir.

Düşük gelir grubunda olan ülkelerin önemli problemlerinden biri de açlık sorunudur. Nijerya'da 2 ile 6 yaş arasındaki çocukların %43'ü fiziksel gelişimini tamamlamamıştır. Fiziksel gelişimini tamamlamayan çocukların oranı Kenya'da %32, Hindistan'da %65 civarındadır. Orta gelir ve üst gelir grubunda olan ülkelerle karşılaştırma adına bu oran Meksika'da %22, Japonya'da %4, İngiltere ve ABD için ise %2'dir (Mutlu ve Işık, 2012:231).

1.7.2. Orta Gelir Grubu Ülkeler

Orta gelirli ülkelerin en belirgin özelliklerinin başında tarıma dayalı üretimi olması, kır bölgelerden kent merkezine göç olması, kent merkezlerindeki nüfusun kırsal bölgeden fazla olması ve kentlerde yaşayanların daha fazla kişi başı gelire sahip olmasıdır. Bu göç nedeniyle dengesiz kentleşme söz konusu olabilmekte ve şehir merkezlerinde sağlık sistemlerinde ciddi sorunlar çıkmaktadır. Orta gelir düzeyindeki ülkelerde iktisadi büyüme iyi oranlarda gerçekleşebilmektedir.

Bu kategoride yer alan ülkelere örnek vermek gerekirse; Türkiye, Meksika ve Güney Kore örnek verilebilir. Orta gelir grubu ülkelerin önemli bir kısmı gelişmekte olan ülke konumunda olduğundan bu ülkelerin çoğunda sigorta

primlerinin yatırılması ve sigortalı olma zorunluluğu kanunen zorunludur. Uygulamada ise herkesin sigortalı olması mümkün olmamaktadır. Bunun temel nedeni bu tarz ülkelerde işgücü potansiyelinin yüksek oranda olmasıdır. Gelişmekte olan orta gelir grubu ülkelerde sigara gibi zararlı maddeler gelişmiş olan ülkelere göre daha çok tüketilmektedir. Bu ülke idareleri sigara gibikötü alışkanlıkların azaltılması adına bu ürünlere vergi artırımını yapabilmektedir. Yapılan bu vergilendirmeler ve diğer sınırlamalar tüketimi azaltabileceği gibi bu hastalıkların tedavi edilebilmesi adına gerekli fonların sağlanmasına da katkıda bulunmaktadır.

1.7.3. Yüksek Gelir Grubu Ülkeler

Bu grup içinde yer alan ülkelerde sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların büyük bir kısmı vergi mükelleflerinin ödediği vergilere dayanmaktadır. Yüksek gelir grubu ülkelerin en önemli sağlık hizmet sunma sorunlarından biri ülke içinde farklı bölgelerde bir takım sorunlara rastlanmasıdır. Bu sorunların en önemlisi ise sağlık hizmetlerinden bazı azınlık grupları ve bazı yoksul bölgelerin çeşitli nedenlerle yeterince yararlanamayışıdır. Tablo 1.16.'da gelişmiş bazı ülkelerin 1960-1990 yılları arasında kişi başına düşen sağlık harcamalarına değinilmiştir. Tabloda yer alan beş ülkede kişi başına düşen sağlık harcamalarının giderek arttığı görülmekle birlikte ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcamalarının artış eğiliminde olduğu görülmektedir.

Tablo 1.16. Gelişmiş ülke gruplarında kişi başına düşen sağlık harcamaları (\$)

| Ülkeler | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 |
|------------------|------|------|------|------|
| Kanada | 117 | 282 | 819 | 1515 |
| Almanya | 84 | 189 | 704 | 1073 |
| Japonya | 26 | 128 | 521 | 1282 |
| İngiltere | 77 | 149 | 455 | 751 |
| ABD | 148 | 365 | 1089 | 2050 |

Kaynak: Mutlu ve Işık 2012: 250

Yüksek gelirli ülkelerin çoğunda ileri ölçüde gelişmiş tedavi yöntemleri, yüksek donanımlı tıbbi cihazları, tanı koymakta yardımcı olacak teknolojik aletleri ve rehabilitasyon yöntem ve ekipmanları vardır. Bir çok hastalıkların tanı ve tedavisi, düşük ve orta gelir grubu ülkelere oranla daha iyi seviyelerdedir. Sağlık hizmetlerinin vatandaşlara sunulması ve bu hizmetlerin finansmanı düşük ve orta gelir grubu ülkelere göre daha iyi yapılmakta, özel sağlık sigortası daha yaygın şekilde tercih edilmektedir.

2. DÜNYA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK EKONOMİSİ VE AYDIN İLİ ÖRNEĞİ

2.1. Sağlık Hizmetleri ve Ekonomisinin Dünyadaki Eğilimi

2.1.1. ABD'de Sağlık Ekonomisi

Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık ekonomisinin temelini oluşturabilecek çalışmalar daha geçmiş yıllarda başlamış olmakla birlikte, modern anlamda kayda değer ilk çalışmalar 1960'lı yılların başında başlamıştır. Sağlık ekonomisi alanının kurumsallaşması modern ekonomi tekniklerinin sağlık alanına uygulanmasıyla başlamıştır. Bu alanın gelişmeye başlamasıyla birlikte iktisatçıların bir kısmı diğer alanlarındaki bilgi ve birikimlerini sağlık hizmetlerinin sunulması ve finansmanı alanına aktarmaya başlamış, böylelikle sağlık ekonomisi üzerine uygulama önerileri sunmaya başlamışlardır. Sağlık ekonomisi üzerine çalışma yapan iktisatçıların önemli bir kısmı modern mikro ekonomi ve ekonometri üzerine eğitim almışlardır. Sağlık ekonomisine en büyük katkıyı hastanelerin maliyet fonksiyonunu ortaya koyan Feldstein yapmıştır (Mutlu ve Işık, 2012: 38). ABD'de sağlık ekonomisinin gündemde olduğu 1960'lı yıllardan itibaren bu alanda çalışan iktisatçılar tarafından yapılan önemli araştırmalar; sağlık hizmetlerine erişebilirlik, fiyat ve gelir değişikliklerine karşı talebin esnekliği, mikro ekonomik teori kapsamında hastane ve doktorların davranışlarının incelenmesi ve sağlık hizmetleri ile finansmanın maliyeti içeriğinde yapılan çalışmalardır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve dolayısıyla sağlık ekonomisine en fazla harcama ve yatırım yapan ülke Amerika Birleşik Devletleri'dir. Bu ülkede Gayri Safi Milli Hâsılanın (GSMH) %16'sı sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. ABD'de kişi başına sağlık harcamaları OECD ülkelerinin 2 katından daha fazladır (Yanar, 2011: 14). Bununla birlikte sağlık sektörü detaylı olarak incelendiğinde sağlık endüstrisinin dünya üzerinde en aktif olduğu devletin Amerika Birleşik Devletleri olduğu görülmektedir. Birçok ülkenin sağlık çalışanları ABD'de bulunan sağlık kuruluşlarının yaptığı eğitim ve araştırmalardan faydalanmaktadır. Dünyada faaliyet gösteren büyük ilaç firmasının önemli bir kısmı ABD kökenlidir. İlaç sektörü ve sağlık hizmetleri sektöründe en fazla AR-GE çalışmaları da burada yürütülmektedir. Bu durum göstermektedir ki, ABD sağlık ekonomisinin

gelişmesine en fazla katkıyı sağlayan ülkelerin başında gelmektedir (Yanar, 2011: 14).

ABD’de sağlık ekonomisi üzerine çalışmalar yapan Wilensky’e göre sağlık ekonomisi ABD’de gelecek dönemlerde şu alanlarda yoğunlaşacaktır: sigorta hizmetlerinin yerine getirilmesi, ödeme sistemlerinde yapılacak reform, sigortasızların sağlık hizmetlerine erişebilirliği, kar amaçlı sağlık kurumlarına karşı kar amaçlı olmayan sağlık kurumları, nüfusun yaş bileşimi, sağlık personeli arzında meydana gelen değişim, ekonomik değerlendirme teknikleri ve bu tekniklerin yeni tekniklerle desteklenmesi (Mutlu ve Işık, 2012: 39).

2.1.2. OECD ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Sağlık Ekonomisi

Çalışmanın bu bölümünde belli başlı OECD ülkelerinin sağlık ekonomilerindeki gelişmelerden bahsedilecektir. Avrupa Birliği üyesi ülkelerin önemli bir kısmının OECD üyesi olduğu göz önüne alınarak ve aynı zamanda Avrupa Komisyonu’nun da OECD organizasyonuna katılım gösterdiği düşünülerek, AB üyesi önemli ülke olan İngiltere ele alınacaktır. Aynı zamanda AB üyesi olup daha kuzeyde bulunan İskandinav Ülkeleri genel olarak ele alınacaktır. AB üyesi olup daha güneyde yer alan ve ülkemizin de komşusu olan Yunanistan’ın sağlık ekonomisine değinilecektir. OECD üyesi olup dünya coğrafyasında daha doğuda yer alan ve gelişimiyle göz dolduran Japonya’nın da sağlık ekonomisi ile ilgili bilgilere değinilecektir.

OECD tarafından paylaşılan verilere göre Avrupa Bölgesinde dünya nüfusunun % 13’ü yaşamakta ve dünya genelinde sağlık harcamalarının yaklaşık % 34’ü bu bölgede yapılmaktadır (Global Health Expenditure Database, 2009). Dünya Sağlık Örgütü, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH’ sinin en az % 5’i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, 1992:15). Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ne kadar artarsa GSYH’den sağlık harcamalarına o kadar fazla pay ayırmaktadır.

Avrupa Birliği üyesi önemli bir ülke olan İngiltere’de sağlık ekonomisinin ilk gündeme gelmesi, sağlık ekonomisi alanında çalışmalarıyla tanınan Feldstein’in İngiltere ziyaretinde başlamıştır. İngiltere’de sağlık ekonomisi

alanında çalışmalar 1962 yılından sonra oluşmaya başlamıştır. Smith'in 1987 yılındaki kullandığı bir ifadede 1960'lı yıllarda İngiltere'nin sağlık ekonomisi alanında bebeklik dönemi yaşadığını belirtmiştir. 1962 yılında İngiltere' de sağlık ekonomisi ofisi kurulmuş bu alandaki politik tartışmalar da belirginleşmeye başlamıştır. Bu politik çalışmalarda yaşanan kıtlık ve verimsizliklerin politik sistemin daimi bir hastalığı olduğu tespit edilmiş, bu kapsamda reformlar ve sağlık harcamaları ile sağlık personelinin daha efektif kullanılması planlanmıştır (Mutlu ve Işık, 2012: 35). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık sigortası sistemleri 1970'li yıllarda İngiltere'de tartışılmaya başlanmıştır. Bu zamana kadar İngiltere'de sosyal devlet anlayışı hakimdi ve sağlık hizmetleri vergilerle merkezi hükümet tarafından finanse ediliyordu. Bu yıllarda klasik sosyal devlet sistemine ciddi bir muhalefet oluşmaya başladı. 1984 yılında İngiltere'de Sağlık Ekonomisi İnceleme Grubu kurulmuş ve bünyesinde 154 sağlık ekonomisti istihdam edilmiştir. Aberdeen ve York Üniversitesi sağlık ekonomisi alanında eğitimler vermekte York Üniversitesinde Sağlık Ekonomisi Araştırma Merkezi bulunmaktadır. Sağlık ekonomisi araştırmaları için yıllık ayrılan bütçe ise yıllık yaklaşık 20 milyon sterlindir. İngiltere'de koruyucu sağlık hizmetleri açısından birinci basamak sağlık hizmetleri gelişmiş olup nüfusun yaklaşık olarak %99'u bir pratisyen hekime kayıtlıdır. Acil durumlar hariç, pratisyen hekime başvurmadan doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine gidenler cepten ödeme yapmak zorundadırlar. İngiltere'de 1991 yılında yapılan reformlarla birlikte hastaneler devletin mülkiyetinden kısmen çıkıp özerk hale gelmiş ve bu hastaneler sözleşme temelinde çalışmaktadır. Son yıllarda İngiltere'de özel hastaneler ciddi oranda artmıştır (Mutlu ve Işık, 2012: 37).

Sağlık ekonomisi alanı İskandinav Ülkelerinde ise ilk olarak 1979 yılında İsveç'te Jönsson ve Stahl tarafından gündeme getirilmiştir. Bu dönemlerde diğer İskandinav Ülkeleri olan Danimarka, Finlandiya, İzlanda ve Norveç'te sağlık ekonomisi alanında çalışmalar daha azdır. Sağlık hizmetleri araştırma grubu 1976 yılında Oslo'da kurulmuş, birkaç yıl sonra kamu sağlığını araştırma laboratuvarı ve 1980 yılında Odense Üniversitesi bünyesinde sağlık ekonomisi bölümleri kurulmuştur. Finlandiya' da ise sağlık ekonomisi alanında önemli bir çalışma yapılmamış bu alanda ABD ve İngiliz araştırmacıların etkisine kalmıştır. İskandinav ülkeleri genel olarak son dönemlerde sağlık statülerini ölçmeye yönelik yaklaşımlarını geliştirmiş olmakla birlikte bu yaklaşımların başlıcaları Rosser İndeksi ve Kajandi yaklaşımıdır (Mutlu ve Işık, 2012: 38).

OECD üyesi olan diğer bir ülke Japonya’da ise 1970 yılında yaşanan birinci petrol krizinin olumsuz etkileri sonucu hükümet deklarasyonu yayımlayarak bedava sağlık hizmetleri maliyet programlarını yaş gruplarına göre uygulamıştır. 1980’li yıllarda Japonya’nın temel sorunlarından biri yaşlı nüfus olmaya başlamıştır. Sağlık hizmetleri maliyetlerinin 65 yaş ve üzerindeki için olan maliyetleri daha genç nüfusa oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. 1983 yılında sigorta kanunu çıkarılarak yaş gruplarına göre dağılım yapılmıştır. Bu yasayla birlikte belli yaş gruplarından aldıkları hizmetlere göre küçük bir bedel alınmaya başlanmıştır. 1985 yılında tıp yasaları da maliyetlerin düşürülmesi yönünde revize edilmiştir.

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Ekonomisi

2.2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetleri tarihi seyir içerisinde belli başlı farklılıklar göstermekle birlikte çalışmamızda; Cumhuriyet Öncesi Dönem, 1920–1946 Yılları Arası Dönem, Demokrat Parti Dönemi (1946-1960), 1960–2000 Yılları Arası Dönem ve 2000 Yılından Günümüze olacak şekilde sunulacaktır. Sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi incelendiğinde, sağlık hizmetleri politikalarında ve devlet örgütlenmesinde, cumhuriyet döneminden sonra batıdaki sağlık sistemlerinden etkilenildiği görülmektedir.

2.2.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Anadolu Selçuklu Devletinde, o zamanın şartlarına göre gelişmiş olan bir sağlık sistemi vardı. Bu dönemde sağlık hizmetleri daha çok vakıflar aracılığı ile yürütülmüş, Osmanlı Devletinin ilk yıllarında bu uygulamaya bağlı kalınmıştır. Osmanlı Devletinde 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra batıdaki sağlık alanındaki gelişmelerden etkilenilmiş ve istifade edilmiştir. 1071 yılı Anadolu öncesi sağlık hizmetleri incelendiğinde kaynakların kısıtlı olduğu görülmekle birlikte, sağlık alanında dikkate alınabilecek olan Yusuf Has Hacıp tarafından 1069 yılına yazılan *Kutadgu Bilig* adlı eserde, otakçı ve efsuncu denilen iki tip hekimden söz edilmektedir (Dirican ve Bilgel, 1993: 533). Anadolu’da tarih boyunca Darü’l-Sıhha, Darü’l-Afiye, Darü’l-Raha, Darü’l-Tıp, Maristan, Bimarhane, Taphane, Nekahathane, Şifaiyyeisimli sağlık kuruluşları kurulmuştur.

Anadolu'da tarih boyunca çeşitli adlarla sağlık ve tıp eğitim kurumları kurulmuştur. Belli başlı sağlık kurumları; Darü'l-Sıhha, Darü'l-Afiye, Darü'l-Raha, Darü'l-Tıp, Maristan, Bimarhane, Taphane, Nekahathane, Şifaiyye gibi kurumlardır. Bunlar arasında en yaygın olanı Darü's-Şifa'dır. Selçuklular döneminde Anadolu'da (Kayseri, Sivas, Konya, Çankırı, Tokat, Amasya, Mardin, Malatya) birçok yerde Darü's Şifa yapılmıştır. Osmanlı Devleti'nin yükselme döneminde yapılan hastanelerden bazıları şunlardır: 1451 yılında kurulan Edirne Cüzzamhanesi, 1470 yılında kurulan Fatih Darü's-Şifası, 1488 yılında kurulan Edirne II. Bayezid Darü's-Şifası, 1514 yılında kurulan Karacaahmet Cüzzamhanesi, 1539 yılında kurulan Manisa Hafsa Sultan Bimarhanesi, 1550 yılında kurulan Haseki Darü's-Şifası, 1566 yılında kurulan ve tıp öğretimi de yapılan Süleymaniye Darü's-Şifası, 1583 yılında kurulan Topbaşı (Atik Valide) Bimarhanesi, 1617 yılında kurulan Sultanahmet Darü's-Şifası (Dirican ve Bilgel, 1993: 535)

Osmanlı Devleti'nin duraklama döneminde, sağlık hizmetleri de duraklama göstermiş, yaklaşık 200 yıl hastane yapılmamıştır. 18. yüzyılın sonlarından itibaren özellikle İstanbul'da askeri hastaneler yapılmıştır. Bunlar; İstanbul Deniz Hastanesi (1805), Haydarpaşa Askeri Hastanesi (1835), Gümüşsuyu Askeri Hastanesi (1846), Gülhane Hastanesi ve Askeri Tatbikat Okulu (1898), Zeytinburnu Askeri Hastanesi (1794) ve Haydarpaşa Askeri Tıbbiye Hastanesi (1904)'dir. Osmanlı Devletinde siviller için hastane yapımı Tanzimat döneminden sonra ağırlık kazanmıştır. Bu hastaneler önce Guraba (garipler) hastaneleri olarak sonra da Sultan II. Abdülhamid Han döneminde Hamidiye Hastaneleri olarak anılmıştır. Daha sonra İstanbul ve İzmir gibi şehirlerde yabancılara ve azınlıklara hizmet sunan hastaneler de yapılmaya başlanmıştır. Bu hastanelerin en önemlileri; Vakıf Gurabaveya Bezm-i Alem Guraba-i Müslimin Hastanesi (1845), Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi (1899) ve Cerrahpaşa Hastanesi (1910) İstanbul'da kurulan sivil hastanelerin en önemli olanlarıdır (Dirican ve Bilgel, 1993: 536).

1896 yılında tıp okulu bünyesinde bir Mülki Sağlık İşleri Meclisi kurulmuş ve bu kuruluş 1906 yılında Genel Sağlık Tıp İşleri Meclisi adını almıştır. Bu meclis, 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umimiye adını alarak günümüzdeki genel müdürlüğe eş bir statüye kavuşturulmuştur. 1912 yılında Dâhiliye Nezaretine bağlı bir Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki yapısı oluşturulmuştur (Akdur, 1999: 11).

2.2.1.2. 1920–1946 Yılları Arası Dönem

Sıhhiye ve Muavenatı İctimaiye Vekâleti 1920 yılında kabul edilen yasa ile kurulmuş, böylece sağlık hizmetleri bakanlıkça yürütülen asli bir devlet görevi haline gelmiştir. Bu bakanlık kurulduğunda savaş sonrası dönem olduğu için elinde kayda değer bir kayıt yoktu ve ilk kurulduğu yılları daha çok örgütlenme, istatistik, yurtlar ve göçmenler üzerine odaklanmıştır (SSYB, 1973:29). Bu dönemde geliştirilen politikaların başlıca hedefleri şunlardır; devletin sağlık örgütünü geliştirmek, doktor sayısını artırmak, numune hastaneleri açmak, sağlık memuru yetiştirmek, ebe yetiştirmek, verem sanatoryumu açmak, sıtma mücadelesi yapmak, doğum ve çocuk bakımevi açmak, trahom ile mücadele, frengi ve öteki sosyal hastalıklarla mücadele, sağlık-sosyal örgütlenmeyi köylere kadar götürmek, sağlık-sosyal yasalarını yapmak, merkez hıfzıssıhha müessesesini kurmak ve hıfzıssıhha mektebini açmaktır.

Sağlık alanında yasal çerçeve anlamında sayılabilecek ilk örneklerden diğeri ise 1928 yılında çıkarılan 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmesi ve yasal çerçeve oluşturulması olarak gösterilebilir. 1930 yılında ise sağlık hizmetleri açısından çok önemli olan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmış ve böylece sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları bu kanunla belirlenmiştir. 3017 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu 1936 yılında çıkarılmıştır. Ayrıca sağlık hizmeti sunacak olan personel yetiştirme amacıyla bu dönemde, hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirme amacıyla yatılıtip yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Dr. Refik Saydam döneminde sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklar ile mücadeleye yönelik programlar başlatılmıştır. Dr. Refik Saydam dönemindeki önemli gelişmelerden bir diğeri, tıp eğitimini teşvik edici hizmetlerdir. 1923 yılında 554 olan hekim sayısı, 1940'lı yıllara gelindiğinde 2387'ye ulaşmıştır. Bu dönemde hekim başına düşen hasta sayısında olumlu gelişme kaydedilmiştir (Hayran ve Sur, 1998:224).

2.2.1.3. Demokrat Parti Dönemi (1946-1960)

Bu dönem Demokrat Parti Dönemi veya Dr. Behçet Uz dönemi olarak ifade edilebilir. Bu dönemde sağlık sisteminde merkezi yapıyı güçlendirmek ve sosyal devlet uygulaması kapsamında politikalar doğrultusunda yasal

düzenlemeler yapılmış ve uygulamalara geçilmiştir. 1946 yılında Sağlık Bakanlığı'na Dr. Behçet Uz atanmış 1946–1950 yılları arasında görevini sürdürmüştür. Bu dönemde bazı köylere birinci derece koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri veren ve sağlık hizmetleri götürülmesini öngören bir politikaya geçilmiş, tüm hekimler kamu için çalışmaya zorunlu tutulmuş ve hizmetleri karşılığında hekimlere yüksek ücretler sağlanmıştır. Yine bu dönemde Hıfzısıhha Okulu ve Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü kurulmuş, devlet temel sağlık sorunlarıyla mücadele etmek adına çaba sarf etmiş ve önemli ölçüde başarı olmuştur.

Bu dönemdeki önemli gelişmelerden biri de yaşanan II. Dünya Savaşıdır. Türkiye savaşa girmese de savaşın sonuçlarından etkilenmiş ve özellikle salgın hastalıkların artması ile birlikte ülkedeki genel sağlık durumu olumsuz yönde seyretmiştir. Daha önceki dönemde bulaşıcı hastalıklara ilişkin özel örgüt kurulması uygulaması devam etmiş ve 1949 yılında kentlerde Verem Savaş Dernekleri kurulmuştur (Hayran ve Sur,1998:225). İlk dönemde uygulamaya konulan ve tedavi edici sağlık hizmetlerin yerel yönetimlere bırakılması uygulamasından bu dönemde vazgeçilmiş ve yerel yönetimlerin sorumluluğunda olan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Böylelikle Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ağırlığı artmış ve 1960 sonrası dönemde ortaya çıkan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi adınının temelleri bu dönemde atılmıştır.

Bu dönemde; bölgesel numune hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuştur. Ayrıca bu dönemde sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır. Bu dönemde ortaya çıkan cüzzam, sıtma, sifiliz ve suçiçeği ile mücadele etmek için olağandışı sıtma kontrolü yasası çıkarılmıştır (Akdağ, 2012: 39). Ayrıca özel sağlık kuruluşlarının kurulmasına olumlu bakılmış ve teşvik edilmiştir. Sağlık sektöründe ekonomik model olarak; esas gücün kamuda olduğu karma ekonomi anlayışı benimsenmiştir. Bu dönemde sağlık sunucularına kamu yatırımı devam ederken diğer yandan da özel sağlık sunucularının gelişmesi ve yaygınlaşması için özen gösterilmiştir (Yavuz, 2011: 28).

Bu dönemde çıkarılan yasaların çoğu yürürlükte ve sağlık sistemimizin temelini büyük ölçüde bu yasalar oluşturmaktadır; Örneğin; Türk Tabipleri Birliği Yasası, Eczacılar ve Eczaneler Yasası, Hemşirelik Yasası, Türk Eczacılar Birliği Yasası sağlık alanında yapılan yasalardan bazılarıdır. Verem Savaş Müdürlüğü

1960 yılında, ana ve çocuğa doğum öncesi ve sonrası sağlık hizmeti sunmak amacıyla Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri 1952 yılında kurulmuştur. Demokrat Parti döneminde uluslararası kuruluşlar ve özellikle Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir. Ana ve çocuk sağlığı, tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi için büyük ölçüde destek alınmıştır (Fişek, 1991).

2.2.1.4. 1960–2000 Yılları Arası Dönem

Bu dönemde Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) hazırladığı beşer yıllık planları ile sosyal ve ekonomik yapıya yön vermeye çalışmıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963 yılında yapılmıştır. Bu dönemde 224 sayılı sosyalleştirme kanunu çıkarılmış, bu kanun ile köylere, ilçe ve şehir merkezlerine sağlık evleri, sağlık ocakları ve sağlık merkezleri kurulması planlanmıştır. Bu uygulamanın başarılı olması için 15 yıllık bir süre planlanmış, başarılı olmak için tüm ülkede hekimlere özel muayenehane serbistisinin kaldırılması, tam zamanlı devlette çalışmaları ve maaşlarının artırılması hedeflenmiştir.

1982 Anayasası ile sağlık hizmetlerinde yeni düzenlemeler yapılmıştır. 1982 Anayasasında devletin sağlık ile ilgili görevlerini özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği hükmü yer almış, bu madde ile devletin sağlık alanındaki sorumluluğu düzenleyici ve denetleyici bir role dönüşmüştür. Bu dönemde sağlık alanında devlet payının azaltılması uygulamasına gidilmiş diğer yandan da 1981 yılı sonunda alınan Bakanlar Kurulu Karar ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş ve 1983 yılında Sağlık Bakanlığı'nabağlı kurumlarda döner sermayenin kapsamı genişletilmiştir. 1987 yılında 3359 sayılı sağlık hizmetleri temel kanunu çıkarılmış, bu kanun kapsamında kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, piyasaya açılması ve devletin bu alanlardan çekilmeye başlamasını amaçlanmıştır (Soyer, 2003: 305-307).

1993 yılında hükümet tarafından sağlık reformu yasa tasarısı taslağı hazırlanmış ve sağlık hizmetlerinin muhataplarının görüşüne sunulmuştur. Bu taslak Türk Tabipler Birliği başta olmak üzere birçok kesimin ağır eleştirilerine maruz kalmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri Projesi 1997 yılında yürürlüğe girmiştir. Burada Dünya Bankası ve T.C. Hükümeti arasında gerçekleştirilen anlaşma ile Türkiye'de aile hekimliğinin uygulanmasında altyapı çalışmaları ve pilot bölge denemelerine ilişkin bir uygulama gündeme gelmiştir. Hükümet bu projeye şehir

merkezlerinde aile hekimliği uygulamasını getirmeyi planlamakta, 224 sayılı yasayı kırsal yörelerde aynen korumayı planlamaktadır.

2.2.1.5. 2000 Yılından Sonraki Dönem

2001 ekonomik krizden sonra güçlü ekonomiye geçiş programıyla birlikte alınan çok sayıda önlem ve güçlü siyasal iktidarın yönetime gelmesiyle birlikte birçok alanda olduğu sağlık alalında da reform niteliğinde çok önemli gelişmeler gerçekleşmiştir. Sosyal, güvenlik ve sağlık sistemlerinde yaşanan önemli reform sürecinde, oluşan siyasal istikrar verasyonel politikaların son derece önemli bir payı olduğu söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılının aralık ayında kamuoyuna duyurduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), geçmişteki reform ve proje çalışmalarını değerlendirerek gelecekte geçirilmesi düşünölen sağlık sistemini tasarlayacak ve bu sisteme geçişi kolaylaştıracak gerekli değişiklikleri yapmayı planlamıştır. SDP; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulmasını hedeflemektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında belirlenen hedefler şöyle sıralanabilir: Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel olarak yeniden yapılandırılması, genel sağlık sigortası kapsamına tüm vatandaşların dahil edilmesi, sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk yapıya kavuşturulması, aile hekimliğine geçilmesi, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, sağlık alanındaki özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesi, yetki devrinin sağlanması, sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesidir (Akdağ, 2008:20). Sağlıkta dönüşüm programının uygulamaya alınmasının en önemli sebepleri, kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaştığı ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu yönündeki tespitlerdir. Bu kapsamda liberal politikalara uygun olarak, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, devletin sağlık hizmetlerini bizzat sunma yerine, hizmet satın alma ve hastanelerin özerkleştirilmesi gibi yapının ortaya konması, bu projenin temel amaçlarındandır (Elbek ve Adaş, 2009: 35).

24 Kasım 2004 tarihinde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir. 2005 yılında Aile Hekimliği Uygulaması ilk olarak Düzce'de uygulanmaya başlanmış daha sonra 2006 yılında Edirne, Denizli,

Adıyaman ve Gümüşhane ilerinde uygulanmıştır. 2010 yılının sonunda bütün illerde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. 19 Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe giren Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile Cumhurbaşkanlığı, Yüksek Mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, Üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflar hariç olmak üzere diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimlerinin, bu birimlere ait her türlü görev, hak ve yükümlülükleri, taşınırlar, taşınmazlar ve taşıtları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu şekilde sağlık hizmetlerinin sunumu tek çatı altında toplanmıştır. Bu hizmetlerin yönetilmesi açısından çok önemli bir gelişme olarak görülmektedir (Atasever, 2014:68).

1960 yılından beri ülkemizde sürekli düşünülen fakat bir türlü uygulamaya alınamayan ve kanunlaşamayan Genel Sağlık Sigortası bu dönemde uygulama alanı bulmuştur. Bu reform üç aşamadan oluşmakta ve en önemli aşaması; Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK kaldırılarak bu üç kurumun sunduğu hizmetleri tek başına sunacak bir yapı oluşturmaktır. Diğer aşama olarak toplumun daha geniş kesimlerinin daha kapsamlı şekilde sağlık güvencesi altına alınmasıdır. Reformun üçüncü aşaması ise Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanunu'nun çıkarılmasıdır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalarve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiş ve tüm sağlık güvencesinde olanlar genel sağlık sigortası altında sağlık güvencesine kavuşmuştur. Bu uygulama ile yeşil kart sahibi vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınmasına ilişkin çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Soyer, 2003: 314). Sağlıkta Dönüşüm Projesi adı altında yürütülen projeler Türkiye'de liberalleşme çabalarının sağlık sektörüne yansımaları olarak kabul edilmektedir. 1980 sonrası iktidara gelen bütün hükümetlerin yapmaya çalıştıkları; devletin sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesini sağlamak, özel sektörü boşalan bu alana kanalize etmek için teşvikler vermek, hizmet finansmanında ise primli sisteme dayalı genel sağlık sigortası'nı hayata geçirmeye çalışmak olmuştur. 2000 sonrası sağlıkta yapılan bütün bu iyileştirmeler sonrasında TÜİK'in verilerine göre, sağlık hizmetlerinde memnuniyet oranı 2003 yılına göre, iki kat artarak yüzde 74.7 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 2.1. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, (2003-2013), (%)

| Yıllar | 2003 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|
| Oran % | 39,5 | 63,4 | 65,1 | 73,1 | 75,9 | 74,8 | 74,7 |

Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

Bu dönemde meydana gelen diğer bir önemli düzenleme ise Genel Sağlık Sigortasına tabi olanların sadece kurumun anlaşmalı olduğu eczanelerden ilaç temin edebilmeleri uygulamasının son verilerek, tüm eczanelerden ilaç alabilmelerine imkânıdır. Diğer bir kolaylık ta Sağlık Bakanlığı hastanesinde uygulanmış ve ambulans hizmetleri ücretsiz yapılmaya başlamıştır. 112 Acil Servis hatları hava, kara ve denizde başta olmak üzere tüm alanlarda yurtiçi ve yurtdışı ücretsiz hizmet vermeye başlamıştır. Genel Sağlık Sigortasına dahil tüm hastalar üniversite hastaneleri ve askeri hastaneler dahil olmak üzere tüm kamu hastanelerinden hizmet alma hakkına kavuşmuştur. Bu hastanelerden hizmet alması hiçbir dönemde mümkün olmayan yeşil kartlılar da sevk ile gelmeleri durumunda bu hastanelerden hizmet almaya başlamıştır.

Tablo 2.2’de görüldüğü üzere Türkiye’de 2002-2013 yılları arasında gerek sağlığın temel demografik göstergeleri açısından önemli yol alınmış, gerekse diğer göstergeler açısından önemli ve olumlu gelişmeler yaşanmıştır. Hekim başına düşen ebe-hemşire sayısındaki düşüş dikkat çekmektedir. Bu göstergeler ulusal olarak olumlu yönde değerlendirilse de uluslararası düzeyde daha iyi seviyelere gelmesi adına bir takım reformlara devam edilmelidir.

Tablo 2.2. Bazı sağlık göstergeleri, (2002, 2013)

| Gösterge | 2002 | 2013 |
|--|-------|------|
| Doğumda Beklenen Yaşam Süresi | 72,5 | 76,9 |
| Bebek lm Hızı (bin canlı doğumda) | 31,5 | 7,8 |
| Beş Yaş Altı lm Hızı (bin canlı doğumda) | 40,0 | 10,3 |
| Anne lm Oranı (yüz bin canlı doğumda) | 64,0 | 15,9 |
| Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%) | 19,8 | 16,8 |
| Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı (%) | 0,81 | 0,22 |
| Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi (%) | 39,5* | 74,7 |
| 10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı | 24,8 | 26,4 |
| 100 Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı | 138 | 174 |
| 100 Bin Kişiye Düşen Ebe - Hemşire Sayısı | 171 | 252 |
| Hekim Başına Düşen Ebe - Hemşire Sayısı | 2,44 | 1,44 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, OECD Health Data

Not: Hesaplama yöntemi farklılığı sebebiyle bebek ölüm hızı TÜİK verilerinden farklı olabilmektedir.

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Türkiye’de sağlık hizmetleri yüksek oranda Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı dışında, niversiteler (Uygulama ve Araştırma Hastaneleri), Milli Savunma Bakanlığı (Asker Hastaneleri), Belediyeler (Büyükşehir Belediye Hastaneleri) ve zel Hastaneler ile sağlık hizmetleri arz edilmektedir. Sağlık hizmetleri genel olarak 3 basamak şeklinde sunulmaktadır.

2.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Kişilerin sağlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları ilk anda genellikle başvurdukları ve karşılaştıkları sağlık kuruluşları birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluşlardır. Bu sağlık kuruluşlarının geneli yataksızdır ve ayakta veya evde tedavi yaygın şekilde kullanılan tedavi şeklidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar bireylere ve ailelere birbtn olarak ulaşmayı amaç edinen, bireylerin sağlık sorunlarını zmeye yönelik; koruyucu, tedavi edici ve rehabiliteedici hizmetler veren sağlık kuruluşları olmakla birlikte ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetlerini sunarlar. Bu sınıfta yer alan sağlık hizmetleri

köylerde ve genelde kırsal alanda sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin önemli görevleri üstlenmektedir. Aile sağlığı merkezleri veya sağlık ocakları şeklinde olan birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, yalnızca ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine geçiş için kullanılan sağlık kuruluşları değil, ayakta tedavi hizmetlerinin ve birinci basamak hizmetler içinde yer alan ilaç tedavilerinin uygulandığı sağlık kuruluşlarıdır.

Birçok dünya ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmet sunucuları, sağlık hizmeti sunan tüm sağlık kurumları arasında oldukça yüksek yer kaplamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların; uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hizmetler, tanı koyma, farklı hekim dalları ile koordinasyonu sağlama eksiklikleri düşünüldüğünde, bu sağlık hizmet sunucularının işleyişinde daha köklü, bilimsel ve sonuca ulaşmada daha fazla netice alıcı yeniliklerin yapılması kaçınılmazdır. Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olması ve tercih edilmesi durumunda, başvuruların doğrudan 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri sunan kurumları meşgul etme düzeyi azalacak, kaynak israfının önüne geçilecektir. Aynı zamanda bazı vakaların da gerçekten 2. veya 3. basamak sağlık hizmetleri sunan kurumlara sevki başarıyla sağlanacaktır. Bu amaçla 09.12.2004 tarihli 25665 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun yürürlüğe girmiş ve Düzce’de Aile Hekimliği sistemi pilot uygulamasına başlanmıştır.

Tablo 2.3.’de Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların 2002-2014 yılları arasındaki değişimi sunulmuştur. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlık ocakları kapatılmış ve aile sağlığı merkezi ile toplum sağlığı merkezlerine dönüşmüştür. Aile sağlığı merkezi, kanser erken teşhis merkezi ve 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarındaki artışlar koruyucu sağlık hizmetlerinin seviyesinin artırıldığı yönünde bir takım bilgiler vermektedir.

Tablo 2.3. Yıllara göre birinci basamak kuruluş sayıları, sağlık bakanlığı

| Tür | 2002 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Sağlık Ocağı | 5.055 | - | - | - | - | - |
| Aile Hekimliği Birimi | - | 20.185 | 20.216 | 20.811 | 21.175 | 21.384 |
| Aile Sağlığı Merkezi | - | 6.367 | 6.520 | 6.660 | 6.756 | 6.829 |
| Toplum Sağlığı Merk. | - | 961 | 957 | 957 | 971 | 970 |
| Sağlık Evi | 2.899 | 3.292 | 4.344 | 5.691 | 5.594 | 5.572 |
| AÇSAP Merkezi | 298 | 192 | 183 | 189 | 183 | 182 |
| Verem Savaş Dispanseri | 277 | 198 | 194 | 179 | 177 | 179 |
| KETEM | 84 | 122 | 124 | 124 | 134 | 132 |
| 112 Acil Yardım İst. | 481 | 1.375 | 1.710 | 1.863 | 2.072 | 2.186 |
| Halk Sağlığı Laboratuvarı | - | - | - | - | 83 | 83 |

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 2.4'te Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir aşaması olan halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetlerine 2002-2013 yılları arasında yapılan harcamalar yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere her geçen yıl koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar arttığı gibi toplam sağlık harcamaları arasında koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan oran da yıldan yıla artmıştır.

Tablo 2.4. Halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetlerine yapılan harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

| | 2002 | 2007 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TL | 2.464 | 4.184 | 5.416 | 6.001 | 6.757 | 7.444 |
| Sağlık Harcamaları İçindeki payı (%) | 4,7 | 5,2 | 7,0 | 7,5 | 8,5 | 8,8 |
| GSYH İçindeki Payı | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,5 |

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

2.3.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesislerinde hastalar genelde poliklinik ve yatarak tedavi görmektedir. Sağlık sistemi içerisinde ikinci basamak hizmet sunan sağlık kuruluşları; Sağlık Bakanlığı (Devlet Hastaneleri), Üniversiteler (Uygulama ve Araştırma Hastaneleri), Askeri Hastaneler ve Özel Hastaneler gibi yataklı hastanelerdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlar cumhuriyetin ilk yıllarında merkezi yönetimin yetkisindeyken, 2. basamak sağlık hizmet sunumu ise belediyeler ve il özel idarelerinin yetkisindeydi. 1930 yıllarından itibaren ikinci basamak sağlık hizmetleri sunan hastanelerin yapımı yerel yönetimlerce yapılmaya başlanmış fakat daha sonra oluşan politika değişikliği sonucu 1940'lı yılların sonundan itibaren yetki Sağlık Bakanlığına geçmiştir.

Uzun yıllardır sağlık reformunun tartışıldığı ülkemizde nihayet bir takım sağlık reformları 2002 yılından sonra gerçekleşmiştir. 1980–2007 yılları arasında sağlık hizmet sunucuları içerisinde ağırlık olarak kamu sektörü aktiftir. 2007 yılında sağlık hizmet sunucularının yaklaşık %75'i kamu eliyle yürütülmekteydi. Son yıllarda sağlıkta teşvik edici uygulamalar neticesinde üniversitelerin ve özel sağlık kuruluşlarının payı artmış ve toplamda %25 düzeyinin üstüne çıkmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının temel hedefi yetkinin devri ve sağlık alanındaki özel yatırımların teşvikidir. Bu kapsamda özellikle 2003 yılı ve sonrasında özel hastanelerin ve üniversite hastanelerinin sayısında önemli bir artış gözlemlenmektedir. Bu reform sürecinde kamu sağlık tesislerinde yatak sayısında önemli artışlar meydana gelmesine rağmen, üniversiteler ve özel hastaneler toplam yatak sayısı içerisindeki payını ciddi oranda artırmıştır. Bu süreçte özel sektörün sağlık hizmet sunumuna katılımını teşvik eden uygulamalar sayesinde özel sektörün yatırımları artarak devam etmiştir (Çoban, 2009: 153).

2.3.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar, ileri teknoloji donanımına sahip ve yüksek eğitim seviyesine sahip personelin (Profesör, Doçent) yoğun olarak bulunduğu, belli bir hastalığın tedavisi veya belli bir yaş grubuna ilişkin hastalıkların tedavisi ile ilgilenen merkezlerdir. Bu sağlık tesisleri; kadın doğum hastaneleri, çocuk hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri, onkoloji merkezleri, göz hastaneleri gibi belli özel dallara ilişkin hizmet sunan sağlık

kuruluşlarıdır. Araştırma ve uygulama yetkileri ile hastalıkların tespiti ve tedavi yöntemleri alanında önemli faaliyetleri bulunan ve teknolojik değişimleri yakından takip eden Üniversite Hastaneleri (Uygulama ve Araştırma Hastanesi) de kendi bünyesinde özel dal merkezleri kurabilmektedir (Çoban, 2009: 154).

Ülkemizde 2002 yılından önce Genel Sağlık Sigortası henüz söz konusu değil iken sosyal güvence durumuna göre hastaları kabul eden sağlık kuruluşları uygulaması mevcuttu. Örneğin Milli Savunma Bakanlığına bağlı Asker Hastanelerine yalnızca askerler ve yakınları muayene olabilir, sağlık hizmeti alabilirdi. Aynı şekilde üniversite hastanelerine sevk olmadan gelmek söz konusu değildi. SSK mensupları ilk etapta kendi kurumlarına bağlı olan SSK hastanelerinden sağlık hizmetleri alabilmekteydi. Sosyal güvencesi yeşil kart olan vatandaşlar ise üniversite hastanelerinden kesinlikle hizmet alamazdı. 2002 yılından sonra hayata geçen Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 1960'lı yıllardan itibaren hayata geçirilmeye çalışılan fakat gerçekleştirilemeyen Genel Sağlık Sigortası uygulamaları bu dönemde hayata geçirilmiş ve birçok kolaylık sağlanmıştır. Bu kapsamda sevk zinciri daha sistemli hale getirilmiş, aile hekimliği uygulaması ile birlikte 1. 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları daha koordineli bir hale gelmiştir. Genel Sağlık Sigortası (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) mensubu tüm vatandaşlar tüm hastanelerden hizmet alma hakkında kavuşmuştur. Yeşil kart mensubu vatandaşlar, 2. basamak sağlık kuruluşlarından sevk ile gelmesi durumunda üniversite hastanelerinden hizmet almaya başlamıştır. Aynı şekilde Asker Hastaneleri sivillere de açılmıştır. Ülke genelinde acil sağlık hizmetleri ve 112 hizmetleri ücretsiz ve çok yaygın hale getirilmiştir. Aynı şekilde istenilen eczaneden ilaç alma kolaylığı ve Genel Sağlık Sigortası ile özel hastanelerden sağlık hizmetleri alma kolaylığı da sağlanmıştır.

2.4. Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Ekonomisi

Sağlık tuzimi, insanların ikamet ettikleri yerden başka yerlere tıbbi tedavi amacıyla seyahat etmesidir. Dünya Ticaret Örgütü tarafından 2012 yılında yayınlanan raporda sağlık turizmi için yapılan seyahatlerden 100 milyar dolarlık bir ekonomik pazarın oluştuğundan bahsedilmektedir. Sağlık turizmi sebebiyle hareketlilik içinde olan turistleri beş çeşit olarak sıralanabilir; yalnızca turist, tatil ve tedavi amaçlı turist, tatilde tedavi edilen turist, tatil yapan hastalar ve yalnızca hastalar (Güvenek:185-186). Sağlık turizminden faydalanların tercihlerini en çok ödeme kolaylıkları, ihtiyaca cevap vermesi, hizmet kalitesi, erişme kolaylıkları,

turizmin aynı anda olması ve mahremiyet olarak sıralanabilir (Özer ve Songur, 2012: 71).

Literatürde üç şekilde sağlık turizmi tanımlanmaktadır. Bunlar; Termal ve SPA&Wellness Turizmi, İleri Yaş ve Engelli Turizmi, Medikal Turizmdir. Bu turizm türlerinin tamamı ülkemizde uygulanabileceği gibi özellikle termal su kaynaklarımızın zenginliği açısından termal ve spa turizmi ülkemizde diğer sağlık turizmi türlerine göre daha az yatırımla yapılabilecek önemli bir sağlık turizmi alanıdır. Termal kaynak açısından oldukça zengin olan ve kaynak potansiyeli oldukça yüksek olan ülkemiz, bu kapsamda Dünya’da en zengin yedi ülke arasında, Avrupa’da ise birinci sırada yer almaktadır (Kaya vd., 2013:5).

2.4.1. Sağlık Turizminin Tarihteki Seyri

Sümerlerin (M.Ö. 4000) sıcak kaynakların etrafında dünyanın en eski sağlık tesislerini kurdukları belirtilmektedir. Aynı şekilde M.Ö. 2000’li yıllarda yer alan Tunç Devrinde günümüzde İsviçre’nin St. Moritz olarak bilinen şehrin civarlarında o dönemde yaşayan insanların zengin mineral yataklarında banyo yaptıkları ve mineral bakımından zengin suları içtiklerine dair bulgular vardır. Roma döneminde ise sıcak su kaynaklarına ılıca adı vermişler ve buraları banyo şeklinde tedavi amaçlı kullanılmıştır. İlk başta buralardan soylular yararlanmakla birlikte, savaş dönemlerinde yaralanan askerlerin tedavileri de buralar kullanılmıştır (Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, 2015).

1326 yılında Fransa’da bugün olan adıyla Sular Kasabası olan bir köy zengin sıcak su kaynakları keşfedilmiş ve Avrupa’nın önemli sağlık merkezlerinden olmuştur. Kökünü Romanların “Salus Per Aquam” yani sıcak sudan gelen sağlı deyişinden alan “SPA” kelimesi ilk kez bu köy için kullanılmaya başlanmıştır. 16. yüzyılda Avrupa’nın zenginleri Roma banyolarını ve sıcak sularını tekrar kullanıma alarak St. Mortiz, Ville d’Eaux, Baden Baden, Aachen ve İngiltere’deki Bath gibi turistik kasabalar sağlık merkezleri olarak bugünkü anlamda sağlık turizmi potansiyeline dahil olmuştur. Bu tesislerin kurulmasında yine İslam Alimi olan bir çok tıp doktorundan yardım alınmış ve esinlenilmiştir (Tontuş, 2015:14)

Dünya’da sağlık turizmi 100 milyar dolar seviyelerindeki bir ekonomik hareketliliğe ulaştığından iştah kabartan bir konuma gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin

çeşitlenmesi, dünya nüfusunun artması, rehabilitasyon imkânları ile artan cerrahi işlemler, insanların kaliteli ve düşük maliyetli hizmet beklentisi sağlık turizmi seyahatlerini artırmaktadır. Gelişmiş ülkeler akreditasyon ve kalite kriterlerini artırarak hizmet verebilme yarışı içerisinde. Bu kapsamda Türkiye’de sağlık turizmi hizmetlerini sunmaya aday ülkelerden biridir.

2.4.2. Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Mevzuatı

Türkiye’de yaklaşık 1500 termal su kaynağı bulunmakta fakat bu büyük potansiyel olmasına rağmen bunun yalnızca %5’lik bir kısmı kullanılmaktadır. Kaplıcalar yaygın olarak; Ege, Marmara, Orta Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerimizdedir (Özbek, 2011: 34).

Türkiye’de, ileri yaş ve engelli turizmi kapsamında olumlu gelişmeler söz konusudur. 2011 yılında Alanya Engelsiz Turizm Kenti protokolüne imza atmış, 2012 yılında ise İstanbul erişebilirlik anlamında pilot şehir olmuş ve bu kapsamda engelli bireylerin yaşamını kolaylaştıracak düzenlemelerin yapılmasına başlanmıştır (Birdir vd., 2014: 146). Resmi Gazete’de 21.06.2005 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe giren Turizm Tesislerinin Belgelendirilmesine ve Niteliklerine İlişkin Yönetmelik ile konaklama işletmelerinin engellilere yönelik bazı kolaylaştırıcı uygulamaların hayata geçirmesi zorunlu hale getirilmiştir.

Medikal turizm ise son 10-15 yılda ortaya çıkan bir kavramdır. Medikal turizmde turist öncelikle tedavi olma isteği içerisinde. Medikal turizm sıralamasında Türkiye; Hindistan, Tayland, Singapur, ABD, Malezya, Almanya, Meksika, Güney Afrika, Brezilya, Kosta Rica, Polonya, Suudi Arabistan, İsviçre, Arjantin, Birleşik Arap Emirlikleri’nden sonra 16. sırada yer almaktadır. Türkiye’ye son yıllarda özellikle tüp bebek tedavisi, göz ve diş sağlığı, estetik cerrahi ve termal spa alanlarında gelen sağlık turizmcisi sayısı artmaktadır (Birdal, 2011: 20-25). Ülkemizde sağlık turizminin teşvik edilmesi ve geliştirilmesi için bir takım yasal mevzuat bulunmakla birlikte Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK) sağlık turizmi alanında koordinasyon görevi üstlenmektedir.

2.4.3. Aydın İlinde Sağlık Turizmi

Aydın İli Ege Bölgesi arasında sıcak yer altı kaynak suları açısından ön sıralarda yer almaktadır. Yürütülen bazı çalışmalar neticesinde Denizli–Sarayköy ve Aydın Ortaklar arasında kalan bölgede, büyük menderes grabeni çöküntüsü içerisinde ülkemizin yüksek sıcaklık içeren jeotermal enerjisinin önemli bir kısmı bulunduğu tespit edilmiştir. Aydın İlinde termal turizmin geliştirilmesi anlamında Kültür ve Turizm Bakanlığı ile beraber bir takım çalışmalar yapılmakla birlikte 2007 yılında Buharkent Termal Turizm Gelişim Bölgesi ve Aydın Merkez Ilıcabaşı ve İmamköy kısımlarını içine alan bölge Tralleis Termal Turizm Gelişim Bölgesi olarak ilan edilmiştir. Aydın İlinde; Bozdoğan, Buharkent, Germencik, Kuşadası, Söke ve Kuyucak ilçeleri başta olmak üzere bir takım sağlık turizmi tesisleri bulunmakla birlikte, henüz yatırım aşamasına geçirilememiş ciddi sağlık turizmi potansiyeli olan kaynaklar vardır (Aydın Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği).

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı verilerine göre 2012 yılında medikal turizmde hastaların başvurdukları üniversite hastaneleri sıralamasında, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi tüm üniversiteler arasında 10. sırada yer almaktadır.

2.4.4. Sağlık Turizmi Ekonomisi

ABD’de sağlık turizmi harcamalarının 5,5 milyar dolar, Avrupa’da 3,5 milyar euro civarında olduğu, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Romanya ve Çek Cumhuriyeti gibi ülkelerin sağlık turizmi hacmi 1 milyar doları aşmaktadır. Bu rakamların giderek artması insanların sağlığına verdiği önemin ne kadar önemli ve vazgeçilemez olduğunu göstermektedir (Tontuş, 2015: 60-64).

Tahminlere göre dünyada 500 milyonun üzerinde insan sağlık turizmi kapsamında hareketlilik içerisine girmektedir. 2014 yılında sağlık turizmi hareketliliğinde 100 milyar dolardan fazla harcama yapıldığı tahmin edilmektedir. Ülkeler arası fiyat farklılıkları sağlık turizmini etkilemekte ve geliştirmektedir.

Sağlık turizminden gelecek olan hizmet ihracatı geliri ülkelerin kalkınmasına yardımcı olduğu gibi istihdamı ve yerel ürünlerin satılmasını sağlayıp ekonomiye genel olarak katkı yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Sağlık

Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen ve 15.08.2015 tarihinde yayınlanan Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesi'ne göre; Sağlık Bakanlığı ve Kamu Üniversite Hastanelerinin sağlık turizmi kapsamında uygulayacağı fiyat tarifeleri belirlenmiş, diğer sağlık hizmetlerinin sunumunda uygulanacak ücret detayları belirlenmiştir (Barca vd., 2012: 27-29).

2.5. Aydın İlinde Sağlık Ekonomisi ve Aydın İlindeki Sağlık Hizmetlerinin Türkiye Geneliyle Karşılaştırılması

2.5.1. Aydın İlinin Tarihçesi

Aydın çeşitli uygarlıklara ev sahipliği yapmış olmakla birlikte bu kentler belli başlı olarak, Antik Çağda Afrodiasias, Milet, Didyma, Nysa, Priene, Magnesia gibi önde gelen kentlerdir. Bugünkü Aydın, Tralles Kenti ile birlikte MÖ 2500 yılında Hititler zamanında gelişmiş, 8. yüzyılda Lydia zamanında da en parlak çağını yaşamıştır. Selçuklu'larla birlikte Türk uygarlığının kültür varlığı ve eserleriyle donatılmıştır. Aydınoğulları zamanında şehrin adı Aydın Güzelhisarı olmuş, daha sonra Aydın adını almıştır. 1811'de İzmir, Saruhan (Manisa), Menteşe (Muğla), Antalya, Isparta sancaklarını kapsayan eyaletin merkezi oldu. Kurtuluş Savaşından sonra 1923 yılında Aydın müstakil vilayet olmuştur.

Aydın ili; merkez ilçe olan Efeler'in yanında, Bozdoğan, Buharkent, Çine, Didim, Germencik, İncirliova, Karacasu, Karpuzlu, Koçarlı, Köşk, Kuşadası, Kuyucak, Nazilli, Söke, Sultanhisar, Yenipazar olmak üzere 17 ilçeye sahiptir. Buharkent ve İncirliova 1987 yılında çıkarılan kanun ile, Karpuzlu, Köşk ve Yenihisar ilçeleri ise 1990 yılında çıkarılan kanun ile kuruldu. Yenihisar ilçesi 1997 yılında Didim olarak değiştirildi. 2012 yılında çıkarılan kanun ile merkez ilçe kaldırılarak aynı sınırlara sahip Efeler ilçesi ve aynı kanun ile Aydın il sınırları içerisinde olan büyükşehir belediyesi kuruldu (Aydın Valiliği).

Tablo 2.5. Yıllara göre aydın il nüfusu (2007–2014)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Nüfus | 946.971 | 965.500 | 979.155 | 989.862 | 999.163 | 1.006.541 | 1.020.957 | 1.041.979 | 1.053.506 |

Kaynak: TÜİK verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

2.5.2. Aydın İlinde Sağlık Kurumları ve Yatırımları

Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısına göre Aydın İlinde sağlık ile ilgili görevli kamu kuruluşları üç adettir. Bunlar Aydın İl Sağlık Müdürlüğü, Aydın Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğü'dür.

İl Sağlık Müdürlüğü; 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları, Özel Hastaneler ve dolaylı yoldan işbirliği içinde bulunabilme şekliyle Üniversite Hastanesiyle ilgilenmektedir. Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ise; tüm kamu hastaneleri, E1 grubu (entegre ilçe hastanesi) ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile ilgilenmektedir. Halk Sağlığı Müdürlüğü ise; Aile Hekimlikleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, E2 ve E3 grubu entegre hastaneler ile ilgilenmektedir.

Aydın ilinde; Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri ile buralara bağlı sağlık kurum ve kuruluşlar ıaşağıda sıralanmıştır.

Kamu Sağlık Hizmet Birimleri:

- 16 Adet Sağlık Bakanlığı Hastanesi
- 3 Adet Üniversite Hastanesi (Tıp – Veteriner – Diş Hekimliği)
- 118 Adet Aile Sağlığı Merkezi
- 3 Adet Verem Savaş Dispanseri
- 2 Adet AÇS/AP Merkezi (Ana ve Çocuk Sağlığı / Aile Planlaması Merkezi)
- 1 Adet Entegre Sağlık Merkezi
- 125 Köy Sağlık Evi (68 Adet Aktif)
- 1 Adet Halk Sağlığı Laboratuvarı
- 27 Adet Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
- 1 Adet Sıtma Savaş Dispanseri

- 2 Adet Kalıtsal Kan Hastalıkları Tanı Merkezi
- 3 Adet KETEM (Kanser Erken Teşhis Merkezi)
- 3 Adet Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
- 17 Adet Toplum Sağlığı Merkezi
- 3 Adet Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
- 8 Adet Diyaliz Merkezi (Kamu, Üniversite) olmak üzere Aydın'da toplam 333 tane Kamu Sağlık Hizmet Birimi bulunmaktadır.

Özel Sektör Sağlık Hizmet Birimleri:

- 6 Adet Özel Hastane
- 6 Adet Hemodiyaliz Merkezi
- 1 Adet Tıp Merkezi
- 4 Adet Özel Poliklinik
- 3 Adet Dal Merkezi
- 74 Adet Muayenehane
- 409 Adet Eczane
- 3 Adet Fizik Tedavi Merkezi
- 4 Adet Bakteriyoloji Laboratuvarı
- 1 Adet Röntgen Laboratuvarı
- 5 Adet Ecza Deposu olmak üzere toplam 516 Özel Sektör Hizmet Birimi bulunmaktadır.

Tablo 2.6. Aydın İli detaylı sağlık kurumları

| Sağlık Bakanlığı | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|-----------|------|
| Sağlık Müdürlüğü | Halk Sağlığı Müdürlüğü | | | Kamu Hastaneleri Birliği | | | |
| Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu | I.Basamak Sağlık Kuruluşu | E2 Entegre İlçe Hastanesi | E3 Entegre İlçe Hastanesi | Devlet Hast. | E1 Entegre İlçe | Dal Hast. | ADSM |
| 27 | 145 | 4 | 1 | 8 | 2 | 1 | 3 |

| Üniversite | | | Özel |
|-------------------------|-------------|-------------------------|---------|
| Tıp Fakültesi Hastanesi | Dal Ünitesi | Diş Hekimliği Fakültesi | Hastane |
| Kamu | Kamu | Kamu | |
| 1 | | 1 | 6 |

Kaynak: Aydın İl Sağlık Müdürlüğü

Yukarıda yer alan tabloda belirtilen 1. basamak sağlık kuruluşları 145 adettir. Bunlar; 117 Aile Sağlığı Merkezi, 17 Toplum Sağlığı Merkezi, 3 Kanser Erken Tanı Merkezi, 2 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, 3 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve 3 Adet Verem Savaş Dispanseridir.

Yine tabloda yer alan 4 adet E2 Entegre Hastane; Buharkent İlçe Hastanesi, Yenipazar İlçe Hastanesi, Kuyucak İlçe Hastanesi ve Köşk İlçe Hastanesi'dir. E3 Entegre İlçe Hastanesi ise Karpuzlu İlçe Hastanesi'dir.

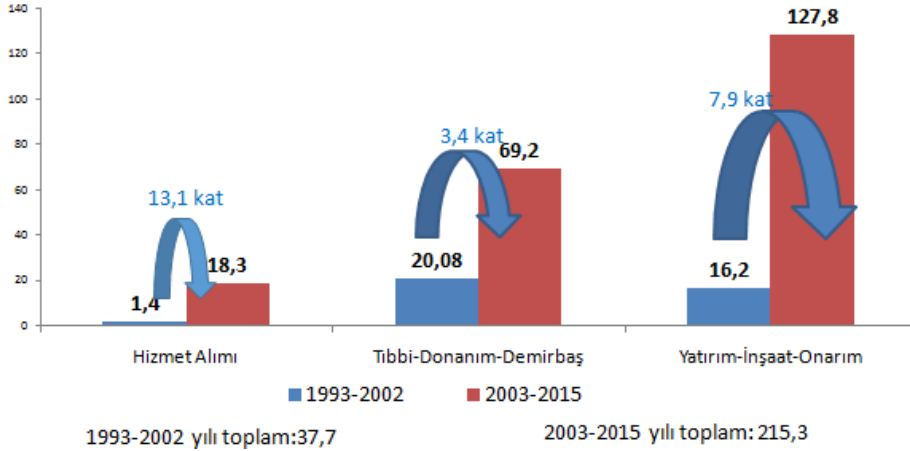
17 Adet Toplum Sağlığı Merkezi ise; Efeler, Bozdoğan, Buharkent, Çine, Didim, Germencik, İncirliova, Karacasu, Karpuzlu, Koçarlı, Köşk, Kuşadası, Kuyucak, Nazilli, Söke, Sultanhisar ve Yenipazar Toplum Sağlığı Merkezi'dir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM); Söke, Nazilli ve Efeler, Kanser Erken Tanı Merkezi (KETEM); Söke, Nazilli ve Efeler, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP); Nazilli ve Efeler, Verem Savaş Dispanseri (VSD); Söke, Nazilli ve Efeler Verem Savaş Dispanseri'dir.

Aydın ilinde proje aşamasında olan sağlık yatırımları olarak Efeler İlçesinde; Aydın Şehir Hastanesi, İl Sağlık Müdürlüğü ve diğer idari birimler hizmet binası, Aydın 150 Yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olarak

planlanmaktadır. Didim İlçesinde proje aşamasında olan sağlık tesisi yatırımı ise Didim 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu olarak planlanmaktadır. Kuşadası ilçesinde Kuşadası Devlet Hastanesi'nin 150 yataklı hasta servisi kısmının 2016 yılı içerisinde tamamlanması planlanmaktadır. Aynı zamanda Kuşadası Aile Sağlığı Merkezi yapılması planlanan proje olarak görülmektedir. Söke İlçesinde proje aşamasında olan sağlık tesisi yatırımı olarak Söke Devlet Hastanesi Ek Bina ve Söke 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu proje aşamasında olan yatırımlar olarak görülmektedir. Sultanhisar İlçesinde proje aşamasında olan sağlık tesisi yatırımları incelendiğinde Sultanhisar Devlet Hastanesi projesi görülmektedir.

Grafik 2.1. Aydın ilinde yatırım ve donanım harcamaları 1993–2015 (Milyon TL, fiyat farkı)



Kaynak: Aydın il sağlık müdürlüğünden alınan veriler doğrultusunda yazar tarafından oluşturulmuştur.

Yukarıda yer alan grafikte 1993–2015 yılları arasında Aydın İlinde sağlık hizmetleri sunumunda yer alan; hizmet alımı, tıbbi donanım demirbaş ve yatırım inşaat–onarım harcamaları yer almaktadır. Aydın İl Sağlık Müdürlüğünden edinilen bilgilere göre Aydın İli için Sağlık Bakanlığı'nın ayırdığı kaynak oranı incelendiğinde 2000 yılından itibaren her yıl düzenli olarak ayrılan kaynağın yaklaşık iki katına çıktığı görülmektedir. Ayrıca sağlıkta dönüşüm programı kapsamında üretilen yeni sağlık politikaları sonucunda sağlık yatırımları ve demirbaş–cihaz alımları ciddi oranda artmıştır. Aynı zamanda sağlık hizmet

sunucularının en temel taşı olan hekim ve sağlık personeli eğitimi ve istihdamı artırılarak hizmet birimlerinde göreve başlamıştır.

Ayrıca çalışmanın 3. bölümünde TR32 Grubu İllerin (Aydın, Denizli ve Muğla) üçer aylık periyotlar ile 2015 yılından geriye doğru 40 dönemi incelenmiş, sağlık yatırımı ve harcamalarındaki artış bu verilerle de tespit edilmiştir. Sağlık harcamaları ile TR32 Grubu İllerin ekonomik büyümesi arasındaki ilişki detaylı olarak çalışmanın üçüncü bölümünde yer almaktadır.

2.5.3. Bazı Göstergelerle Aydın İlinde Sağlık Hizmetleri

Aydın İlinde sağlık hizmetleri hakkında bilgi verecek belli başlı göstergeler bu başlık altında anlatılacaktır.

Aydın İlinde Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel sağlık birimlerinde görev yapan uzman hekim sayılarının 2002 yılından 2015 yılına kadar olan değişimi incelendiğinde 2002 yılında çeşitli branşlarda uzmanlaşmış toplam 472 uzman hekim var iken, 2015 yılı sonu itibariyle çeşitli branşlarda uzmanlaşmış olan toplam 1000 uzman hekim bulunmaktadır. Aydın İlinde uzman hekim sayısının 2 kat arttığı ciddi bir tespit olarak göze çarpmaktadır. Aydın İlinde tüm kurumlarda çalışan 1 uzman hekime düşen hasta sayısı 1053 olarak görülmektedir (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü).

Aydın İlinde Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel sağlık birimlerinde görev yapan pratisyen hekim sayılarının 2002 yılından 2015 yılına kadar olan değişimi incelendiğinde 2002 yılında toplam 499 pratisyen hekim var iken, 2015 yılı sonu itibariyle toplam 635 pratisyen hekim bulunmaktadır. Aydın İlinde pratisyen hekim sayısının, uzman hekim sayısından daha az oranda artış göstermesi önemli bir gelişme olarak göze çarpmaktadır. Lakin belirli alanlarda uzmanlaşmış olan hekimler ile sunulan sağlık hizmetleri daha nitelikli olmakta, tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini daha da hızlandırmaktadır. Aydın İlinde tüm kurumlarda çalışan 1 pratisyen hekime düşen hasta sayısı 1685 olarak görülmektedir (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü).

Aydın İlinde Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve özel sağlık birimlerinde görev yapan diş hekimi sayılarının 2002 yılından 2015 yılına kadar olan değişimi incelendiğinde, 2002 yılında toplam 294 diş hekimi var iken, 2015 yılı sonu itibariyle toplam 335 diş hekimi bulunduğu görülmektedir. Aydın İlinde özel

sektörde bulunan diş hekimi (muayenehanelerin) 2015 yılında ciddi azalışa gittiği dikkat çekmektedir, bu durum da sağlık bakanlığı başta olmak üzere, üniversite ile birlikte oluşturdukları kamu gücü ile vatandaşa kaliteli ağız ve diş sağlığı hizmetlerini kamu eliyle sunduğu gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Aydın İlinde tüm kurumlarda çalışan 1 diş hekimine düşen hasta sayısı 4480 olarak görülmektedir (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü).

Aydın İlinde Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve özel sağlık birimlerinde görev yapan Ebe-Hemşire sayılarının 2002 yılından 2015 yılına kadar olan değişimi incelendiğinde 2002 yılında toplam 1758 Ebe-Hemşire var iken, 2015 yılı sonu itibariyle toplam 3220 Ebe-Hemşire bulunmaktadır. Aydın İlinde Ebe-Hemşire sayısının yaklaşık 2 kat arttığı göze çarpmaktadır. Aydın tüm kurumlarda çalışan 1 Ebe-Hemşire'ye düşen hasta sayısı 327 olarak görülmektedir.

Aydın İlinde Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık tesislerinde hizmet alımı kapsamında 2002 yılında 589 yardımcı personel görev yaparken 2015 yılında bu sayının 2284'e ulaştığı görülmektedir. Bu tarz yardımcı hizmetlerde çalışan hizmet alımı kapsamındaki personel çok yüksek ölçüde o ilde yaşayan vatandaşlardan istihdam edildiğinden, bu kapsamda Aydın İlinde bulunan sağlık tesislerinin il içindeki istihdama da ciddi bir katkıda bulunduğu ortaya çıkmaktadır.

Aydın İlinde 2002-2015 yılları arasında Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleşen poliklinik sayıları tüm basamaklar göz önüne alınarak incelendiğinde; 2002 yılında tüm kurumlar tüm basamaklarda 3.383.303 poliklinik hizmeti verir iken 2015 yılında tüm kurumlar ve tüm basamaklarda 10.221.610 poliklinik hizmeti verilmiştir.

2.5.4. Sağlık Göstergeleri ve Ekonomik Açıdan Karşılaştırma

Bu bölümde Türkiye'de ve Aydın İlinde tespit edilen sağlık istatistikleri; sağlık göstergeleri ve ekonomik göstergeler açısından ele alınacaktır. Belli başlı sağlık göstergeleri dikkate alındığında en önemlileri şüphesiz ki bebek ölüm hızı, ana ölüm hızı, kaba doğum hızı, toplam doğurganlık hızı, doğumda beklenen yaşam süresi gibi temel göstergeler düşünülmektedir. Aşağıda belli başlı tablolar, teorik ve ekonomik bilgilere değinilmiştir.

Tablo 2.7. Aydın ilinde bebek ve ana ölüm hızları (2002-2015)

| | 2002 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Ölen Anne Sayısı | 7 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Anne Ölüm Oranı* | 61.8 | 0 | 7.6 | 0 | 7,4 | 0 |
| Türkiye Anne Ölüm Oranı* | 64,0 | 15,5 | 15,4 | 15,9 | 15,2 | |

| | | | | | | |
|---------------------------|------|--------|--------|--------|-----------|-----------|
| Ölen Bebek Sayısı | 237 | 111/80 | 112/73 | 112/80 | 122 / 83 | 118/82 |
| Bebek Ölüm Hızı** | 20.9 | 6.5 | 5.7 | 6.2 | 9,0 / 6,1 | 8,7 / 6,1 |
| Türkiye Bebek Ölüm Hızı** | 31,5 | 7,7 | 7,4 | 7,8 | 7,6 | |

- Yüzbinde *, Binde ** şeklinde gösterilmiştir. Hastanede yapılan doğum oranı %99,3'tür.../... şeklinde ikinci yazılan sayılar ve hızlar 28 haftadan büyük bebekleri ifade etmektedir. Hesaplama yöntemi farklılıkları sebebiyle TÜİK verileriyle farklılık gösterebilir.

Kaynak: Aydın İl Sağlık Müdürlüğü

Yukarıda verilen tabloda Aydın İlinde Bebek ve Ana Ölüm Hızı istatistikleri 2002–2014 yılları arasında gösterilmiştir. 2002 yılında Türkiye’de Ana ölüm hızı yüz binde 64 iken bu oran Aydın İlinde yüz binde 61.8 olarak gerçekleşmiştir. 2014 yılında ise Türkiye’de Ana ölüm hızı yüz binde 15.2’ye düşerken Aydın İlinde bu oran yüz binde 7.4’e düşmüştür. Bu verilere göre Türkiye’de 2002 yılından günümüze ana ölüm oranlarında çok ciddi ve olumlu gelişmeler kaydedildiği söylenebilir. Aydın İli 2002 yılında Türkiye ortalamasının çok az altındayken, 2014 yılında ise Türkiye ortalamasının yarısı kadar ana ölüm hızına sahiptir.

Yukarıda verilen tabloda diğer bir sağlık göstergesi olan bebek ölüm hızı verileri değerlendirildiğinde; 2002 yılında Türkiye bebek ölüm hızı ortalamasının binde 31.5 olduğu görülmektedir. 2002 yılında bebek ölüm hızı Aydın İlinde binde 20.9 olarak gerçekleşmiştir. 2014 yılında Türkiye’de bebek ölüm hızı ortalaması binde 7.6 olarak gerçekleşmiş iken Aydın İlinde bu oran binde 6.1 olarak gerçekleşmiştir. Bu tabloda bulunan veriler ile ülkemizde bebek ölüm hızının 2002-2014 yılları arasında binde 31.5 ten binde 7.6 ya düşmesi önemli bir gelişme olarak görülmektedir. Aydın İli 2002–2014 yılları arasında bebek ölüm oranları arasında Türkiye ortalamasının altında yer almaktadır.

Tablo 2.8. Türkiye’de bazı göstergeler (2002 – 2015)

| Türkiye Ortalaması | 2002 | 2015 |
|--|-------------|-------------|
| Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) | 72,5 | 77,1 |
| Kaba Doğum Hızı (Binde) | 18,63 | 15,60 |
| Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına) | 2,17 | 1,96 |

Kaynak: TÜİK verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

Aydın İlinde 2015 yılı verilerine göre doğumda beklenen yaşam süresi 78.7 yıl olarak beklenmekte, kaba doğum hızı binde 13.1 olarak, kadın başına toplam doğurganlık hızı ise 1.8 olarak görülmektedir (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü, 2015). Bu göstegeler Türkiye ortalaması ile karşılaştırıldığında; Aydın İli doğumda beklenen yaşam süresi bakımından Türkiye ortalamasının üstünde, doğurganlık göstergeleri açısından Türkiye ortalamasının altındadır.

Tablo 2.9. Türkiye’de toplam yatak sayısı ve bin kişiye düşen yatak sayısı, 1967-2014

| | Toplam Yatak | 1000 Kişi Başına Düşen |
|-------------|---------------------|-------------------------------|
| 1967 | 59.173 | 1,81 |
| 1990 | 120.738 | 2,19 |
| 2002 | 164.471 | 2,48 |
| 2014 | 206.836 | 2,66 |

Kaynak: TÜİK verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

Yukarıda yer alan tabloda nüfus artışına rağmen bin kişi başına düşen yatak sayısının artması önemli bir gösterge olarak görülmektedir. Aydın İlinde 2015 verilerine göre bin kişiye düşen yatak sayısı 2.69 olarak görülmektedir.

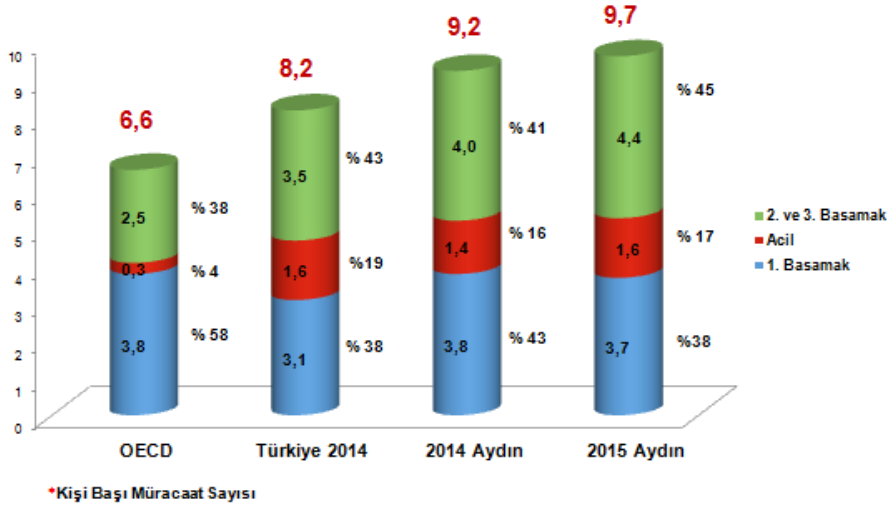
Tablo 2.10. Türkiye’de sağlık personeli başına düşen kişi sayısı, 1928-2014

| | Hekim | Hemşire |
|------|--------|---------|
| 1928 | 12.841 | 106.485 |
| 1980 | 1.631 | 1.653 |
| 2002 | 722 | 917 |
| 2014 | 573 | 545 |

Kaynak: TÜİK verilerine göre yazar tarafından oluşturulmuştur.

Yukarıda yer alan tablodaki verilere göre yıldan yıla nüfusun ciddi oranda artmasına rağmen sağlık personeli başına düşen kişi sayısının düşmesi önemli bir gelişme olarak izlenmektedir. Aydın İlinde hekim başına düşen kişi sayısı (asistan hekimler dahil edilerek) 556, hemşire başına düşen kişi sayısı 526 olarak görülmektedir.

Grafik 2.2. OECD, TR ve aydın illerinde sağlık tesislerine müracaat sayıları



Kaynak: Aydın İl Sağlık Müdürlüğünden alınan veriler doğrultusunda yazar tarafından oluşturulmuştur.

Yukarıda yer alan grafik incelendiğinde; OECD ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla tercih edildiği, acil servis tercih etme oranlarının Türkiye ortalamasından daha düşük olduğu, 2. ve 3. basamak sağlık

hizmetleri tercih oranlarının Türkiye ortalamasından daha düşük olduğu gör÷lmektedir.

Yukarıda yer alan grafikte Aydın İli Türkiye ortalaması ile kıyaslandığında; 1. basamak sağlık hizmetlerinin tercih oranında daha iyi yerde olduğu, acil servise müracaat sayıları olarak Türkiye ortalamasının altında yer aldığı ve bunun olumlu olduğu, 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine müracaat sayısında Türkiye ortalamasının altında yer aldığı gör÷lmektedir. Normal sevk zinciri sistemi göz önüne alındığında; Türkiye OECD ortalmasının biraz gerisinde fakat olumlu ilerleyişte, Aydın İlinin ise Türkiye ortalamasının altında olarak olumlu yolda olduğu gözlemlenmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasına göre Aydın İli TR32 ismiyle adlandırılan (Aydın, Denizli, Muğla) grubunda yer almaktadır. Bu grupta yer alan üç il, 2014 verilerine göre toplam harcamalarının %2.2 oranının sağlık giderlerine harcamaktadır.

3. AMPİRİK ANALİZ

3.1. Sağlık Ekonomisi ve Etkileri: Ampirik Literatür

İlgili literatür incelendiğinde, sağlık ekonomisinin makro ve mikro ekonomik değişkenler üzerindeki etkilerini ölçmeye yönelik yapılan ampirik ve ekonometrik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu göze çarpmaktadır. Bunun en önemli sebebi ise, bu alanda az sayıda çalışma yapılmış olması ve giderek daha fazla gündeme gelen bir alan olması sebebiyle araştırmacıların ilgisini çekmiş olmasındır. Sağlık ekonomisinin etkilerini inceleyen ampirik literatürün seçilmiş bir özeti şöyledir:

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012) yapmış olduğu çalışmada; sağlık ekonomisiyle GSYİH arasındaki ilişki 2006:01-2012:03 dönemi için araştırılmıştır. Analiz edilen dönem itibariyle 2008 Dünya Ekonomik Krizinin olası etkileri göz önüne alınarak, seride tek yapısal kırılmaya izin veren eş bütünleşme testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar, tek yapısal kırılma durumunda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Diğer yandan Amiri ve Ventelou (2012) çalışmasında, 20 tane OECD ülkesi tek tek ele alınmış, 9 ülkede ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik olduğu, 10 ülkede ise çift yönlü nedensellik ilişkisinin varlığı tespit edilmiştir.

Sülkü ve Caner (2011), çalışmasında kişi başına reel GSYİH ile kişi başına reel sağlık harcamalarının pozitif bir ilişkiye sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Diğer bir çalışmada; Çetin ve Ecevit (2010) sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisi bir panel veri analizi ile test etmiştir. Çalışma, 15 OECD ülkesine ilişkin 1990-2006 dönemi yıllık verileriyle gerçekleştirmiştir. Analizde, açıklayıcı değişkenlerin yanı sıra, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı kullanılmıştır. Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Havuzlanmış Regresyon Modeli çerçevesinde panel OLS metodu ile tahmin edilmiştir. Ampirik sonuçlara göre, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Odunmi vd. (2012), sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir ilişkinin varlığını belirlemiştir. Öte yandan Hayaloğlu ve Bal (2015) yapmış oldukları çalışmada; sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi

2000-2013 yıllarını kapsayan dönemde 54 üst orta gelirli ülke için araştırmıştır. Bu doğrultuda toplam sağlık harcamalarının yanında kamu ve özel sektör sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi panel veri analiz yöntemi kullanılarak test edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; gerek toplam sağlık harcamalarındaki gerekse kamu ve özel sektör sağlık harcamalarındaki artış, üst orta gelirli ülkelerde ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilememiştir. Diğer bir çalışmada Kar ve Ağır (2003), ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru bir nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna varmışlardır.

Bozkurt'un (2015) yapmış olduğu çalışmada; bilgi-iletişim, eğitim ve sağlık sektörleri ile ekonomik büyüme arasındaki kısa ve uzun dönemli ilişki tek tek değil bir arada ele alınarak incelenmiştir. Söz konusu ilişki 1998:1–2014:3 dönemine ait 1988 bazlı reel üçer aylık veriler kullanılarak zaman serisi analiziyle test edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre bilgi değişkeninin katsayısı istatistiksel olarak anlamlıyken diğer değişkenlerin katsayıları anlamlı değildir. Bilgi, eğitim ve sağlık sektöründeki cari dönem gelişmeler aynı dönemdeki GSYİH'yi pozitif olarak etkilemektedir. GSYİH'nin en duyarlı olduğu sektör bilgi ve iletişim sektörüdür. Bu sektördeki %1'lik bir üretim artışı GSYİH'da yaklaşık %0.55 bir artışa neden olmaktadır. Yapılan diğer bir çalışmada Şahbudak ve Şahin (2015), sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki analiz etmiştir. BRIC (Brezilya, Rusya, Hindistan ve Çin) ülkelerinde sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki panel veri analizi yöntemiyle ele alınan çalışmada GSYİH bağımlı değişken; sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, doğumda yaşam beklentisi, çocuk ölüm oranları bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Çalışmada sonuç olarak sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, doğumda yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ekonomik büyüme ve çocuk ölüm oranları arasında ise negatif yönde bir ilişkiye rastlanılmıştır.

Rahman (2011), Bangladeş örneğinde sağlık harcamaları ile GDP arasında tek yönlü bir nedensellik ilişkisi belirlemiştir. Diğer bir çalışmada Çalışkan vd. (2013), Türkiye'de 1967-2010 yılları arasında sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin belirlenmesini amaçlamışlardır. Çalışmanın bulguları; sağlık personeli başına düşen hasta sayısından ve sağlık kurumlarına ait yatak sayısından reel GSYH'ye doğru tek yönlü bir ilişki olduğunu, hastane sayısından reel GSYH'ye ise %10 anlamlılık seviyesinde benzer bir ilişki olduğunu göstermektedir. Doğumda yaşam beklentisinden reel GSYH'ye

doğru ise bir nedensellik ilişkisi belirlenememiştir. Ekonometrik analizde temsili sağlık değişkenlerinin hepsinin birlikte reel GSYH'nin Granger nedeni olduğu da görülmüştür. Ancak buradaki nedensellik ilişkisinin temsili sağlık değişkenlerinden reel GSYH'ye doğru ve tek yönlü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Akar'ın (2014) yapmış olduğu çalışmada; Türkiye'de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nispi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki eşbütünleşme analizi ve vektör hata düzeltme modeli ile araştırılmıştır. Veri seti Ocak 2004-Mart 2013 periyodunu kapsamaktadır. Çalışmanın ampirik bulgularına göre, uzun dönemde sağlık harcamaları, bu harcamaların nispi fiyatı ve ekonomik büyüme değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktayken, kısa dönemde anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Öte yandan Tülümce ve Zeren'in (2013) yapmış oldukları çalışmada; beşeri sermaye olarak sağlığın yakınsamasının analizi ele alınmıştır. 1980-2008 yılları için 18 OECD ülkesinde sağlığın yakınsaması panel birim kök testi ile analiz edilmiştir. Bulgular, bebek ölüm oranı ve doğum anında yaşam beklentisinin durağan olduğunu, sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının ise durağan olmadığını ortaya koymaktadır.

Dağdemir'in (2005) yapmış olduğu çalışmada; sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki karşılıklı ilişkinin varlığı, gelişmekte olan ülkelerin 1960-2005 dönemine ait sağlık ve ekonomik büyüme göstergelerine dayanılarak sorgulanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerin doğuşta yaşam beklentileri 1960-2005 döneminde 45 yıldan 66 yıla artmıştır. Araştırma sonuçları, gelişmekte olan ülkelerde 1960-1990 döneminde yüksek oranlarda artan doğuşta yaşam beklentisinin, 1990-2005 döneminde bu artış hızını kaybettiğini göstermiştir. Aynı dönemde gelişmiş ülkelerin doğuşta yaşam beklentisi istikrarlı artışını sürdürmektedir. Dünya sağlık düzeyinde gözlenen bu gelişme, 1960-1990 döneminde azalan küresel sağlık eşsitsizliklerinin 1990-2005 döneminde artmasına neden olmaktadır. Çalışmada, gelişmekte olan ülkelerin sağlık alanında elde ettikleri büyük kazanımları, sadece ekonomik büyüme performansları ile açıklamanın yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir çalışmada Inuwa ve Haruna (2012), Nijerya'da, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında güçlü bir çift yönlü bir ilişki olduğunu belirlemiştir.

Genç'in (2015) yapmış olduğu çalışmada; Türkiye için sağlık ve verimlilik arasındaki ilişkileri 1980-2013 dönemi için yıllık veriler kullanılarak nedensellik testi kullanılarak belirlemiştir. Nedensellik sınamasında verimlilik

göstergeleri olarak; Toplam Faktör Verimliliği (TFV) ve işgücü verimliliği sağlık göstergeleri olarak; doğuşta yaşam beklentisi, sağlık personeli başına düşen kişi sayısı ve kamu ve özel yataklı sağlık kurumları yatak sayıları kullanılmıştır. Nedensellik sınavasından elde edilen bulgular, sağlık göstergelerinden verimlilik göstergelerine doğru tek yönlü nedensellik ilişkisini ortaya koymuştur. Bu ampirik bulguların önemi sağlığın verimliliği artırmada hükümetler tarafından bir politika aracı olarak kullanılabilmesidir. Sonuçta sağlık verimlilik artışları vasıtasıyla ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceği görüşüne ulaşılmıştır. Ay vd.'nin (2013) yapmış oldukları çalışmada; Türkiye'de sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini incelemiştir. Çalışmada sağlık göstergesi olarak yataklı ve yataksız sağlık kurumu sayısı ile sağlık memuru başına düşen kişi sayısı kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, Türkiye'de sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasında bir değişken hariç pozitif ilişki vardır.

Selim vd.'nin (2014) yapmış oldukları çalışmada; ekonomik büyüme ile beşeri sermayenin sağlık harcaması bileşeni arasındaki ilişkisini araştırmıştır. Bu amaç doğrultusunda 27 AB üyesi ülke ve Türkiye'ye ait 2001-2011 yılları arasında kişi başı sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasındaki kısa ve uzun dönemli ilişkiler panel eşbütünleşme ve hata düzeltme modelleri kapsamında incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre kişi başı sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasında kısa ve uzun dönemde pozitif bir ilişki bulunmuştur. Diğer bir çalışmada Yaylalı vd. (2012) amaç, sağlık hizmetlerinin talebinde etkili olan faktörleri belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda anket verileri kullanılarak sağlık hizmetleri talebini içeren bir logit modeli SPSS ve LIMDEP paket programları ile tahmin edilmiştir. Analiz sonucunda tüketicilerin sağlık hizmeti talep etme olasılıklarının gelir, yaş ve ailedeki birey sayısı ile doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ekonomik faktörler, sağlık personelinin tutum ve davranış ile hastanelerin fiziksel ortamı gibi grup değişkenlerinin ortalaması 0.05 anlamlılık düzeyinde genel ortalamadan istatistikî açıdan anlamlı derecede farklı olduğu tespit edilmiştir.

Ak (2012), ekonomik Büyüme ile Sağlık Harcamaları arasında kısa vadede ilişki yok iken uzun vadede ilişkinin olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yumuşak ve Yıldırım'ın (2009) yapmış oldukları çalışmada; kalkınmanın kaynaklarından maddi olmayan sermaye ile iktisadi büyüme ilişkisi incelenmiştir. Beşeri sermayenin birçok unsuru olmakla birlikte çalışmada sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki araştırılmıştır. Türkiye verilerinin kullanıldığı ampirik analizde 1980-2005 yılları arasında sağlık harcamaları, doğuşta yaşam

beklentisi ve GSMH serileri incelenmiştir. Analizden elde edilen sonuçlarda; Türkiye’de sağlık harcamalarından hâsılaya doğru bir nedensellik ilişkisi mevcuttur. Ancak bu ilişki küçük ve negatiftir. Diğer taraftan doğuşta yaşam beklentisinden hâsılaya doğru bir nedenselliğin varlığı tespit edilmiştir.

Mercan ve Kızılkaya (2015); uzun ve kısa dönemde sağlık harcamaları, yaşam beklentisi ve yatak sayısı değişkenlerinin reel milli gelir üzerindeki etkisi pozitif ve istatistikî açıdan anlamlı bulmuş, değişkenlerin reel milli geliri olumlu etkilediğini tespit etmişlerdir. Başka bir çalışmada ise Karagöz ve Tetik (2009), çok değişkenli zaman serileri analizi ve eş-bütünleşmeye ARDL yaklaşımı kullanılarak 1975-2005 döneminde Türkiye’de kamu sağlık harcamaları üzerinde etkili olan faktörler araştırılmıştır. Modelin tahmininden önce değişkenlerin zaman serisi özellikleri araştırılmıştır. Ampirik bulgular uzun dönemde önceki yılın sağlık harcamaları, 65 yaş üzeri nüfusun oranı ve önceki yılın personel ve altyapı harcamaları anlamlı, modeldeki diğer faktörlerin etkisinin anlamsız olduğunu göstermektedir. Kısa dönemde hiçbir değişkenin anlamlı bir etkiye sahip olmaması sağlık yatırımlarının uzun dönemli yatırımlar olduğuna işaret etmektedir.

Boussalem vd. (2014), Cezayir örneği uzun dönemde ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Çukur ve Bekmez’in (2011) yapmış oldukları çalışmada ise; Türkiye’de gelir ve gelir eşitsizliğinin sağlık çıktıları üzerindeki etkisini söz konusu hipotezler çerçevesinde araştırmıştır. Çalışmada 1975-2001 yılları arasındaki döneme ait bölgesel veriler havuzlanmış EKK ve panel veri analizi yöntemlerinden sabit etkili hesaplama ve birinci derece farklar hesaplaması yöntemleriyle incelenmiştir. Sabit etkili hesaplama ve birinci derece farklar hesaplamalarının sonuçları mutlak gelir hipotezini destekler nitelikte olup, artan gelir düzeyi bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızını azaltmaktadır. Yalnızca bebek ölümleri üzerine yapılan havuzlanmış EKK sonuçları gelir eşitsizliği hipotezini destekler yöndedir.

Aydemir ve Baylan’ın (2015) yapmış olduğu çalışmada sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Türkiye’de sağlık harcamaları ve GSYH arasındaki ilişki 1998-2012 dönemleri için incelenmiş, sonuçlara göre Türkiye’de sağlık harcamalarından hâsılaya doğru bir nedensellik ilişkisinin varlığı tespit edilmiştir.

Özuysal (2011) yapmış olduğu çalışmada; sağlık harcamalarının, demografik ve makroekonomik değişkenler karşısında uzun dönemli ilişkileri incelenmiştir. Demografik değişkenler olarak 65+ yaş nüfus oranı, kişi başına düşen doktor sayısı ve doğum hızı seçilirken makroekonomik değişkenler olarak GSYH, sağlık fiyat endeksi ve kamu karşılama oranı seçilmiştir. Değişkenler 1988-2008 yılları arasını kapsamaktadır. Öncelikle değişkenlere ADF Birim Kök Analizi uygulanmıştır. Demografik değişkenler için sabit terim içeren ADF Birim Kök Testi, makroekonomik değişkenler için sabit ve trend içeren ADF test istatistiği sonuçları değerlendirilmiş ve değişkenler birinci dereceden durağan bulunmuştur. Birinci dereceden durağan olan serilere Johansen Eş-bütünleşme testi uygulanmıştır. Demografik değişkenler için bir gecikmeli sabit terim içeren trend içermeyen model kullanılırken, makroekonomik değişkenler için bir gecikmeli lineer trendli model seçilmiştir. Sonuç olarak hem demografik hem de makroekonomik seriler için toplam, kamu ve özel ayarındaki sağlık harcamalarının eş-bütünleşik olduğu görülmüştür. Yani seriler uzun dönem ilişkisi içermektedir. Bu nedenle tüm modellere VEC modeli uygulanmış, buna göre varyans ayrıştırma ve etki-tepki grafikleri yorumlanmıştır.

Taban (2006) yapmış olduğu çalışmada, Türkiye’de seçilmiş sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme nedensellik açısından incelenmiştir. Sağlık göstergeleri olarak doğumda yaşam beklentisi, sağlık kurumlarının yatak sayıları, sağlık kurum sayıları, sağlık personeli başına düşen kişi sayıları kullanılan çalışmada nedensellik testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre reel GSYH arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi görülmemiş, buna karşın diğer sağlık göstergeleri ile reel GSYH arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Diğer bir çalışmada Yardımcıoğlu (2012), 25 OECD ülkesi verisi kullanılarak 1975- 2008 dönemi için yaşam beklenti düzeyi ile ekonomik büyüme arasındaki uzun dönemli ilişkiyi araştırılmıştır. Çalışmada Pedroni eş bütünleşme testi, Pedroni FMOLS testi ve Canning; Pedroni panel nedensellik analizi kullanılmıştır. Pedroni eşbütünleşme testi her iki değişkenin uzun dönemde eşbütünleşme ilişkisine sahip olduğunu göstermiştir. Pedroni FMOLS test sonuçlarına göre panel genelinde sağlığın esnekliği % 0.18 olarak, ekonomik büyüme değişkeninin esnekliği ise % 0.17 olarak hesaplanmıştır. Yapılan nedensellik araştırmalarından Lamda-Pearson istatistiğine göre panelin geneli için panel nedensellik sonuçları sağlık ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemde çift yönlü nedensellik ilişkisini göstermiştir. Bu bağlamda uzun dönemde araştırma kapsamındaki OECD

ülkelerinde sağlık ve ekonomik büyüme değişkenleri arasında karşılıklı olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilebilir şeklinde yorumlanmıştır.

3.2. Veri ve Yöntem Tanımlaması

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırmasına göre Aydın İli, TR32 ismiyle adlandırılan ve Aydın, Denizli, Muğla illerini kapsayan grupta yer almaktadır. Bu çalışmada; TR32 (Aydın, Denizli, Muğla) illerinde yapılan sağlık harcamalarının bu illerin reel gayri safi yurtiçi hasıllarındaki değişimi ifade eden TR32 bölgesinin ekonomik büyümesi üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla, Engle ve Granger (1987) tarafından geliştirilen eş-bütünleşme (cointegration) yöntemi yardımıyla, 2006:Q1-2015:Q4 dönemi verileri kullanılarak analiz edilmiştir. Bu yöntemde iki veya daha fazla iktisadi değişkene ait seriler durağan olmasalar bile, bunların doğrusal bir birleşiminin durağan olabileceği ifade edilmiştir. Uzun dönem ilişkisi olarak tanımlanabilen bu durağan doğrusal birleşim, eş-bütünleşme denklemi olarak tanımlanmıştır.

Eş-bütünleşme ve hata düzeltme modelleriyle yapılan bu analiz dört aşamalı bir süreçten oluşmaktadır. İlk aşama olarak değişkenlerin bütünleşme sırası belirlenir, daha sonra bütünleşme dereceleri aynı olan değişkenlerin, en küçük kareler yöntemi yardımıyla, eş-bütünleşme regresyonları tahmin edilir. Daha sonraki aşama da ise, eş-bütünleşme regresyonlarının kalıntıları test edilir, son olarak ise hata düzeltme modeli kurulur. Bu sıralama çerçevesine göre, çalışmamızda Engle-Granger (1987) yöntemi takip edilerek, değişkenler arasında eş-bütünleşmenin olup olmadığı standart CRDW (Cointegration Regression Durbin-Watson) ve Dickey-Fuller (DF) testleriyle analiz edilmiştir. Buna göre, sağlık harcamaları ile TR32 bölgesinin ekonomik büyümesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla analizde kullanılacak toplam iki değişkenin, birim kök testiyle bütünleşik $I(1)$ değişkenler olduğu varsayımı altında, uzun dönem denge ilişkisinin çalışmamıza uyarlanmış biçimi şu şekilde ifade edilmiştir:

$$growth_t = \beta_0 + \beta_1 shreel_t + e_t \quad (1)$$

burada, $growth_t$; TÜİK'in İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırmasına göre Aydın İli TR32 ismiyle adlandırılan (Aydın, Denizli, Muğla) grubunda yer alan illerin reel gayri safi yurtiçi hâsıllarındaki değişimi temsil eden ekonomik

büyüme değişkenini, $shreel_t$; TR32 bölgesi Kamu Yatırım Programı Kapsamında Yürütülen Sağlık Yatırımlarının Başlangıç Ödeneklerini (Cari Fiyatlarla), e_t ise uzun dönem ilişkisinden tahmin edilen kalıntıları temsil etmektedir. Sağlık harcamaları değişkeni nominal bir değişken olduğu için, Tüketici Fiyat Endeksi (2003=100) serisi ile reel hale getirilerek analize dahil edilmiştir. TR32 bölgesi gayri safi yurtiçi hâsıla değişkeni TÜİK bölgesel istatistiklerinden, TR32 bölgesi sağlık harcamaları ise Kalkınma Bakanlığı'ndan temin edilmiştir. Bütün test ve tahminler için Econometrik Views (*Eviews, version9*) bilgisayar paket programından yararlanılmıştır.

Değişkenlerin eş-bütünleşik olduklarına karar vermek için e_t serisine DF testi uygulanır. e_t serisi durağan çıkarsa, söz konusu değişkenlerin eş-bütünleşik olduğuna karar verilir. Aksi durumda eş-bütünleşik olmadığı sonucuna varılır. e_t serisinin otoregresyon denklemi,

$$\Delta e_t = a_1 e_{t-1} + \varepsilon_t \quad (2)$$

biçiminde yazılmaktadır. Burada $a_1=0$ boş hipotezi reddedilemiyorsa, e_t serisinin birim köke sahip olduğuna ve dolayısıyla değişkenlerin eş-bütünleşik olmadıklarına karar verilir. Eğer $a_1=0$ boş hipotezi reddediliyorsa, e_t serisinin durağan olduğu ve böylece değişkenlerin eş-bütünleşik oldukları sonucuna varılır.

Eş-bütünleşik olduğu anlaşılan serilerin kısa dönem dinamikleri hata düzeltme modeliyle araştırılır. Bu modelde, hata terimi, p_t ' nin kısa dönemdeki davranış biçiminin uzun dönemdeki davranış biçimiyle ilişkili olduğu ve uzun dönemdeki denge düzeyinden olan sapmaların ne kadar sürede ortadan kalkacağını belirtir. Buna göre çalışmamıza uyarlanmış model şu şekilde ifade edilmiştir:

$$\Delta growth_t = \alpha_0 + \alpha_1 \Delta shreel_t + \alpha_4 e_{t-1} + \varepsilon_t \quad (3)$$

Burada Δ değişkenlerin ilk farkını; e_{t-1} Denklem (1)'deki regresyonun kalıntı değerinin bir dönem gecikmeli değeri olup, uzun dönem denge değerinden olan sapmayı; ε_t hata terimini ve α_4 ise uzun dönem dengesine doğru olan uyarlama hızını gösterir. Eğer bu katsayı istatistikî olarak anlamlı ise, $shreel_t$ 'de bir dönemde ortaya çıkan dengesizliğin ne kadarının sonraki dönemde ortadan kalktığını belirtir.

3.3. Uygulama

3.3.1. Ön Testler ve Analiz

Çalışmamızda Engle-Granger eş-bütünleşme yöntemi uygulanmadan önce, analizde kullanılan değişkenler ile ilgili bir takım işlem ve ön testler yapılmıştır. İlk olarak büyüme dışındaki sağlık harcaması değişkeni TÜFE serisi ile reel hale getirilmiştir. İkinci aşama olarak, mevsimsel etkilere sahip olduğu anlaşılan ekonomik büyüme değişkeni Hareketli Ortalamalar Yöntemi (Moving Average Methods) yardımıyla mevsimsel etkilerden arındırılmıştır. Son aşama olarak ise, değişkenlerin bütünleşme derecesini belirlemek için birim kök testi uygulanmıştır. Bunun için Dickey Fuller (1979) birim kök testi kullanılmıştır. Dickey Fuller testini gösterebilmenin en kolay yolu AR(1) sürecini yazmaktır:

$$Y_t = \rho Y_{t-1} + u_t \quad (4)$$

burada; ρ bir katsayıyı, u_t ; beyaz gürültülü hata terimini temsil etmektedir. Y_t 'nin durağan olup olmaması ρ 'nun alacağı değerlere göre belirlenmektedir. $\rho=1$ olduğunda, Y_t durağan olmayan bir sürece sahip olmakta ve birim kök içermektedir. $-1 < \rho < 1$ 'in geçerli olduğu durumda ise, zaman serisi durağan olmaktadır. Öyleyse, bir zaman serisinin birim köke sahip olup olmadığına yönelik Dickey-Fuller testi; boş hipoteze karşı ($H_0: \rho=1$); alternatif hipotezin ($H_1: \rho < 1$) sınanmasından oluşan bir süreci ifade etmektedir. Buna göre; boş hipotezin kabul edildiği, alternatif hipotezin reddedildiği bir seri, birim kök içermektedir. Yani böyle bir seri rassal yürüme (random walk) özelliği göstermektedir. Bu özelliğe sahip olan bir zaman serisini durağan hale getirmek için ilk farkı alınır:

$$\Delta Y = (\rho-1)Y_{t-1} + u_t \quad (5)$$

Bu eşitlikte; $\phi = (\rho-1)$. Dickey-Fuller testi bu defa boş hipoteze karşı alternatif hipotezi sınamak için şu varsayımları yapmaktadır: $H_0: \phi=0$, $H_1: \phi < 0$. Buna göre; farkı alınan serinin durağan hale geleceği varsayılırsa; birim kökün olduğu boş hipotezin reddedileceği alternatifinin ise kabul edileceği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Buraya kadar anlatılanlar birim kök testinin temel işleyişiyle ilgiliydi. Zaman serileri daha yüksek sıradan gecikmeli değerlere sahip olmaları halinde beyaz gürültülü hata terimi varsayımı geçerli olmayacak; bu süreçten sonra

Augmented Dickey-Fuller (ADF) testi söz konusu olacaktır. Bunun için Y serisi, AR(p) için yeniden yazılırsa:

$$\Delta Y = \phi Y_{t-1} + \gamma_1 \Delta Y_{t-1} + \gamma_2 \Delta Y_{t-2} + \dots + \gamma_p \Delta Y_{t-p} + ut \quad (6)$$

burada; $H_0: \phi=0$, $H_1: \phi<0$ olmaktadır. Buna göre, değişkenlerin hesaplanan “ADF ve PP Birim Kök Testi” sonuçları Tablo 3’de sunulmuştur. Değişkenler; önce düzey değerleriyle sonra birinci farkları alındıktan sonraki düzeyleriyle test edilmiştir. Değişkenlerin optimum gecikme sayısı Akaike Bilgi Kriteri’ne (Akaike Information Criterion: AIC) göre maksimum 6. dönemden başlanarak belirlenmiştir. Uygulanan ADF ve PP Birim Kök Testi sonuçlarına göre; bütün değişkenler düzeyde $I(1)$ olarak bulunmuştur. Bu durumda bütün değişkenlerin birinci farkı alınmış ve durağan hale geldikleri görülmüştür. Buna göre, bütün değişkenler $I(1)$ değişkenleri olduğuna göre, Engle-Granger eş-bütünleşme yöntemine başlamanın gerekli ve zorunlu koşulu sağlanmıştır.

Tablo 3.1. ADF ve PP birim kök testi sonuçları

| ADF Birim Kök Test Sonuçları | | | | |
|--|------------------------|-----------|-----------------|---------------------------------|
| Değişkenler | Düzye Değerleri | 1. | Farkları | McKinnon Kritik Değerler |
| <i>growth_t</i> | -2.28[4] | -4.69[1] | | -3.632 |
| <i>shreel_t</i> | -1.36[5] | -7.09[3] | | -3.639 |
| PP Birim Kök Test Sonuçları | | | | |
| Değişkenler | Düzye Değerleri | 2. | Farkları | McKinnon Kritik Değerler |
| <i>growth_t</i> | -2.53[1] | -4.66[3] | | -3.610 |
| <i>shreel_t</i> | -2.37[1] | -4.41[2] | | -3.615 |
| Not: %1 anlamlılık düzeyi seçilmiştir. Test biçimi olarak düzey değerinde ve birinci farklarında tüm değişkenler için sabit terimli model kullanılmıştır. Köşeli parantez içindeki değerler, değişkenlerin AIC’ye göre belirlenmiş optimum gecikme uzunluğunu belirtir. | | | | |

3.3.2. Eş-bütünleşme Analizi (Uzun Dönem Analizi)

Tablo 3.1.'deki bilgiler ışığında, bütün değişkenler $I(1)$ olduğu için, Türkiye'de TR32 bölgesi ekonomik büyümesi ve reel sağlık harcamaları arasındaki uzun dönem denge ilişkisi Denklem (1) yardımıyla tahmin edilerek; kalıntılara ADF testi uygulanmış ve sonuçları Tablo 3.2.'de sunulmuştur. Söz konusu değişkenler arasında eş-bütünleşmenin olabilmesi için Tablo 3.2.'deki hata terimi, ADF test istatistiğinin Engle-Granger tablo değerinden büyük olması gerekir. Buna göre, %5 anlamlılık düzeyinde ve 100 gözlem için bulunan Engle-Granger tablo değeri (-3.17), ADF test istatistiğinin tahmin edilen mutlak değerinin (-3.18) altında kaldığından eş-bütünleşme hata terimleri serisi durağan çıkmıştır.

Bu bulgu, Denklem (1)'de yer alan değişkenlerin eş-bütünleşik olduklarına ilişkin bir kanıttır. Bunun yanısıra, söz konusu değişkenlerin eş-bütünleşik oldukları CRDW testi ile de desteklenmektedir. Çünkü her birinde 100 gözlem olan 10.000 benzetimle $d=0$ ön savını sınamak için hesaplanan %1 anlamlılık düzeyindeki tablo değeri (0.511) modelimizdeki CRDW değerinden (0.587) küçük çıkmıştır. Sonuç olarak, her iki teste göre, söz konusu değişkenler uzun dönemde birlikte hareket etmektedir.

Tablo 3.2. Uzun dönem analizi

| Eş-Bütünleşme Denklemi | | | |
|--|----------------|----------------------|----------------------|
| $growth_t = f(shreel_t)$ | | | |
| Değişkenler | Katsayı | Standart Hata | t-istatistiği |
| $shreel_t$ | 0.1576 | 0.0416 | 3.7881 |
| Sabit terim | -5.8750 | 2.6654 | -2.2041 |
| $R^2: 0,27$ | | | |
| $\bar{R}^2: 0,25$ | | | |
| CRDW: 0,587 | | | |
| F-İstatistik: 14.349 | | | |
| ADF[5]:-3.1893 | | | |

Uzun dönem analiz sonuçlarının sunulduğu Tablo 3.2.'den de izlenebileceği gibi, Türkiye'de TR32 bölgesi ekonomik büyümesi ve reel sağlık harcamaları arasındaki katsayı istatistikî olarak anlamlı, teorik beklentilerimizle

uyumlu olarak pozitif ve yorumlanabilecek düzeydedir. Bu sonuç sağlık harcamalarının TR32 bölgesinin ekonomik büyümesini arttırdığı yönündeki genel kanıyı desteklememektedir. Bu sonuç, üzerinde durulması gereken önemli bir bulgudur. Uzun dönemde sağlık harcamalarındaki bir birimlik artış, ekonomik büyümeyi 0.15 birim arttırmıştır. Bu bulgu sağlık harcamalarının ilgili il grubunu temsil eden bölgelerin ekonomik büyümesi üzerindeki etkisinin, genel kaniya paralel olarak, pozitif olduğunu göstermektedir.

3.3.3. Hata Düzeltme Modeli (Kısa Dönem Analizi)

Türkiye’de Türkiye’de TR32 bölgesi ekonomik büyümesi ve reel sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin hata düzeltme modeli Denklem (3) yardımıyla tahmin edilmiştir. Hata düzeltme modelinde, uzun dönemde birlikte hareket eden değişkenlerin kısa dönem sapmaları ve bu sapmaların ne kadar süre sonra dengeye geleceği araştırılmıştır. Tablo 3.3.'te hata düzeltme modeline ait analiz sonuçları ve uyum katsayısı verilmiştir.

Tablo 3.3. Kısa dönem analizi

| Kısa Dönem Analizi (Hata Düzeltme Modeli) | | | |
|--|----------------|----------------------|----------------------|
| $\Delta growth_t = f(\Delta shreel_t)$ | | | |
| Değişkenler | Katsayı | Standart Hata | t-istatistiği |
| <i>ECT(-1)</i> | -0.2956 | 0.1195 | -2.4722 |
| $\Delta shreel_t$ | 0.1523 | 0.0548 | 2.7789 |
| <i>Sabit terim</i> | 0.0608 | 0.5211 | 0.1166 |
| $R^2: 0,26$ | | | |
| $\bar{R}^2: 0.20$ | | | |
| <i>DW: 1.487</i> | | | |
| <i>F-İstatistik: 5.8871</i> | | | |

Tabloya göre elde edilen hata düzeltme teriminin katsayısı negatif işaretlidir. Katsayının negatif işaretli olması, kısa dönem sapmalarının uzun dönem denge düzeyine yakınsayacağını ifade eder. Hata düzeltme teriminin katsayısı istatistikî olarak anlamlı olduğu için, bu yorum geçerlidir.

Tablo 3.3'ten de görüleceği üzere; sağlık harcamaları değişkeni kısa dönemde de uzun dönem ilişkisinde olduğu gibi, TR 32 bölgesi ekonomik büyümesi değişkeni ile doğrusal ve anlamlı bir ilişki içindedir. Kısa dönemde sağlık harcamalarındaki bir birimlik artış, ekonomik büyümeyi 0.15 birim artırmıştır. Bu bulgu sağlık harcamalarının ilgili il grubunu temsil eden bölgelerin ekonomik büyümesi üzerindeki etkisinin, genel kaniya paralel olarak, pozitif olduğunu göstermektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada, sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisi genel hatlarıyla incelenmiş olup; Aydın ili özelinde sağlık harcamalarının fert başı gelire olan etkisi ekonometrik olarak test edilmiştir. Eş-bütünleşme yönteminin kullanıldığı çalışmada, TR32 (Aydın, Denizli, Muğla) illerinde yapılan sağlık harcamalarıyla, TR32 illerinin ekonomik büyümeleri arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Ulaşılan teorik ve ampirik sonuçlar özetle şöyledir: Sağlık ekonomisi ekonomi biliminde bulunan ve uygulanan kuralların, kullanılan yöntemler ve farklı analiz tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması ve uyarlanmasıdır. Sağlık ekonomisinin gelişmesini sağlayan en önemli etkenlerden biri ikinci dünya savaşından sonra Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp fakültelerinde bağımsız bir ders olarak okutulmasıdır. Aynı şekilde sağlık hizmetlerinin modern anlamda sunulabilmesi adına bir takım yapısal reformların ülkemizde son 15 yılda yapıldığı gerçeği göz ardı edilemez bir gerçektir. Bu reformların Türkiye'de sağlık ekonomisi alanının kurumsallaşmasını desteklemiştir.

Dünya genelinde kabul edilen ve sağlığın demografik göstergelerinden kabul edilen bebek ölüm hızı 2013 yılında dünya genelinde binde 33.6 seviyesinde iken, orta-üst gelir grubu ülkelerde binde 15.6 seviyesinde, üst gelir grubu ülkelerde binde 5.3 seviyesindedir. Türkiye'de 2014 verilerine göre bebek ölüm hızı binde 7.6 olarak görülmekte, Aydın İlinde bu oran binde 6.1 olarak gerçekleşmiştir. Diğer bir demografik gösterge olan ana ölüm hızı ise 2013 yılında dünya genelinde ortalama yüz binde 210, orta-üst gelir grubu ülkelerde yüz binde 57, üst gelir grubu ülkelerde yüz binde 17, Türkiye'de 2014 verilerine göre yüz binde 15,2 seviyesinde, Aydın İlinde bu oran yüz binde 7.4 seviyesindedir. Diğer bir demografik gösterge olan doğumda beklenen yaşam süresi 2013 yılında OECD ortalaması olarak 80.5 yaş, üst gelir grubu ülkeler 79.0 yaş, orta-üst gelir grubu ülkeler 74.0 yaş, dünya ortalaması 71.0 yaş iken 2014 yılı Türkiye ortalaması 77.0 yaş olarak görülmekte, Aydın İlinde 78.7 yaş olarak görülmektedir. 2013 yılında yüz bin kişiye düşen hekim sayısı; üst gelir grubu ülkelerde 287, orta-üst gelir grubu ülkelerde 161, dünya ortalaması olarak 139 iken Türkiye'de 2014 verilerine göre yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 175'tir. 2013 yılında yüz bin kişiye düşen hemşire-ebe sayısı üst gelir grubu ülkelerde 882, dünya ortalaması 286, orta üst gelir grubu ülkelerde 263 ve Türkiye'de 251'dir.

Sağlık hizmetlerine arz ve talebi etkileyen bir takım faktörler olduğu gibi en dikkat çekici olarak şu göstergeler göze çarpmaktadır. 2002 yılında sağlık tesislerine 124.314.659 müracaat var iken bu sayı 2014 yılında ise 396.577.644 seviyesine ulaşmıştır. Sağlık hizmet arzı olarak en dikkat çekici unsur olarak sağlık personeli söz konusudur. Türkiye’de 2002 yılında toplam sağlık personeli sayısı 378.551 iken, 2014 yılı sonunda bu sayı 760.332 seviyesindedir.

Sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı diğer bir önemli göstergedir. Sağlık Hizmetlerine en fazla harcama ve yatırım yapan ülke Amerika Birleşik Devletleri’dir. ABD, GSMH’sinin %16’sını sağlığa harcamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH’nin en az % 5’i olmalıdır (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, 1992: 15). Türkiye’de sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı 1999 yılında %4.8 iken 2014 yılında ise %5.4 dur. Türkiye’de cepten ödemeler şeklinde yapılan doğrudan finansman 1999-2001 yılları arasında toplam sağlık harcamaları içerisinde %28-29 arasında iken 2014 yılında %17.8 oranındadır. Türkiye’de tüm sağlık harcamaları değerlendirildiğinde 2002 yılında %70.7 kamu - %29.3 özel sektör, 2013 yılında ise %78.5 kamu %21.5 özel sektör şeklinde sağlık harcamaları gerçekleşmiştir. Türkiye’de 1999 yılında kişi başı sağlık harcaması 186 dolar iken, 2014 yılında kişi başı sağlık harcaması 563 dolara çıkmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimine bakıldığında Anadolu tarihi öncesi geleneksel ve inanca dayalı yöntemler kullanıldığı, İslamiyet ile tanıştıktan sonra daha çok İslam ve Arap kaynaklı dönemin en ileri tıbbi hizmetlerini sundukları görülmektedir. Karanlık Avrupa, Arap ve İslam eserlerini kendi diline çevirip bir takım bilimsel çalışmalar yaptıktan sonra Rönesans’a ulaşmış ve bilimsel alanda olduğu gibi tıbbi alanda da üstünlüğü kurmaya başlamıştır. Osmanlı Devleti’de 19. yüzyıla kadar kendi tıbbi sistemiyle hareket etmiş 19. yüzyıldan sonra ise batıdan etkilenmiştir. 1920-2000 yılları arasında dönemde; bir takım kalkınma planları, çeşitli politikalar, sağlık hizmet sunucularının bir kısmını merkeze bağlı tutup bazılarını yerel yönetimlere bağlı tutma şeklinde uygulamalar, koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırma gibi uygulamalar, hekimlere özel muayenehane açma serbestisinin kaldırılması gibi uygulamalar denenmiştir. Sağlıkla ilgili en temel kanunlar (tabip, hemşire, eczacı kanunları vb.) Demokrat Parti döneminde çıkarılmıştır. 1960-2000 yılları arasında DPT eliyle beş yıllık kalkınma planları uygulamaya konmuştur. Bu dönemde bir takım sağlık reformları düşünülse de uygulamaya geçilememiştir. 2000 yılından

sonra yapılan en önemli sağlık reformları; hizmetlerin tek elden yürütülmesi adına yapılan farklı kurum hastanelerinin büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı'na bağlanması, sağlıkta dönüşüm programı, genel sağlık sigortası ve aile hekimliği uygulamalarıdır. Bu uygulamalar sonrası sağlıkla ilgili göstergelerde önemli ve olumlu değişikliklerin olduğu gözlemlenmektedir. Örneğin TÜİK verilerine göre 2003 yılında hastane memnuniyet oranı %39.5 iken, 2013 yılında bu oran %74.7 seviyesindedir.

Türkiye'de bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı 2.66 iken, Aydın İlinde bin kişiye düşen yatak sayısı 2.69 olarak ortalamanın üzerinde bulunmaktadır. Türkiye'de hekim başına düşen kişi sayısı 573 iken Aydın İlinde hekim başına düşen kişi sayısı 556, Türkiye'de hemşire başına düşen kişi sayısı 545 iken, Aydın İlinde hemşire başına düşen kişi sayısı 526 olarak görülmektedir. Çalışmamızda diğer göze çarpan husus ise OECD ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla tercih edildiği, acil servis tercih etme oranlarının Türkiye ortalamasından daha düşük olduğu, 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri tercih oranlarının Türkiye ortalamasından daha düşük olduğudur.

Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi araştıran ampirik çalışmaların büyük çoğunluğunda sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında bir nedensellik ilişkisine rastlanılmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına göre Aydın İli TR32 (Aydın, Denizli, Muğla) bölgesi içinde yer almaktadır. Bu tez çalışmasının üçüncü bölümünde; TR32 Bölgesi içinde yer alan illerde yapılan sağlık harcamalarının, söz konusu illerdeki ekonomik büyümeye katkısı ekonometrik olarak incelenmiş; sağlık harcamaları değişkeni kısa dönemde de uzun dönem ilişkisinde olduğu gibi, TR32 bölgesi ekonomik büyümesi değişkeni ile doğrusal ve anlamlı bir ilişki içinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kısa dönemde sağlık harcamalarındaki bir birimlik artış, ekonomik büyümeyi 0.15 birim artırmıştır. Bu bulgu sağlık harcamalarının ekonomik büyümesi üzerindeki etkisinin, genel kaniya paralel olarak, pozitif olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak; Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu genel olarak dünya ortalamasının ve üzerinde, birçok gösterge ile OECD ülkeleriyle eşdeğer, bazı göstergeler ile OECD ülkelerinin altındadır. ABD ve üst gelir grubu ülkeler seviyesine ulaşılmaması için özellikle son yıllarda yapılan sağlık yatırımları ve reformlarına devam edilmesi gerekir. Aydın İlinde sağlık hizmetlerinin sunumu

genel hatlarıyla ve demografik göstergelerle Türkiye ortalamasının üzerinde olmakla birlikte son yıllarda Aydın İlinde uygulanan sağlık politikalarının olumlu yönde seyrettiği belirlenmiştir. Türkiye’de üst gelir grubu ülkelerin demografik ve diğer sağlık göstergelerine ulaşılması için reformlar ile fiziksel-beşeri yatırımların devam etmesinin kaçınılmaz olduğu kanısına ulaşılmıştır. Ampirik bulgulardan da görüleceği üzere sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye pozitif katkısı nedeniyle artarak devam etmesi gerekir.

KAYNAKLAR

- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1): 311-322.
- Akdağ, R. (2012). *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması Sağlık Reformu Analizi* (1. Baskı). Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Onur Matbaacılık.
- Akdağ, Y. (2012). *Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi: Denizli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı.
- Akdur, R. (1991). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Karşılaştırılması. *AÜ: ATAUM Ders Notu*, 78-84
- Akdur R. (1999). Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları. Türkiye Bilimler Akademisi, Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Bilim Bilanço 1923-1998 Ulusal Toplantısı. Ankara: (Ayrı Basım)
- Atasever, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı 2014. Yayın No: 983.
- Ay, A., Kızılkaya, O. ve Koçak, E. (2013). Sağlık Göstergeleri ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6(1): 163-172
- Aydın İl Sağlık Müdürlüğü. (2016). *Aydın İlinde Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile Mali Göstergeler*.
- Aydın Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği. (2016). *Aydın İlinde Sağlık Turizmi*.
- Ayhan, B. (2004). *Türkiye’de Sağlık ve Sağlık Harcamaları: Sakarya Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İktisat Anabilim Dalı.

- Barca, M., Akdeve, E. ve Balay, İ. (2012). *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2012*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Opus Basım.
- Başara, B. B., Güler, C. ve Yentür, G. K. (Ed.). (2015). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.
- Birdal, E. (Ed.). (2011). *Türkiye’de Medikal Turizm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, AG DESIGN.
- Birdir, K., Dalgıç, A. ve Kale, A. (2014). Antalya ve Mersin Plajlarında Yapılan Düzenlemelerin Erişebilirlik Kapsamında İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, (2): 145-158.
- Boyacıoğlu, E. ve Z., Taşkın, Ö. (2012). Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 4(2): 13-23.
- Bozkurt, C. (2015). Türkiye’de Bilgi – İletişim, Eğitim, Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Ampirik Bir Yaklaşım. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(2): 45-56
- Chen, G. J. ve Feldman, S. R. (2000). Economic Aspect of Health Care Systems: Advantage and Disadvantage Incentives in Different Systems. *Dermatologic Clinics* 18(2): 211-214.
- Çalışkan, Ş., Karabacak, M. ve Meçik, O. (2013). Türkiye’de Sağlık-Ekonomik Büyüme İlişkisi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (37):123-130.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2): 29-50.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi* (2. baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çetin, M. ve Ecevit, E. (2010). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2): 166-182.

- Çoban, H. (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı.
- Çukur, A. ve Bekmez, S. (2011). Türkiye’de Gelir, Gelir Eşitsizliği ve Sağlık İlişkisi: Panel Veri Analizi Bulguları. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1): 21-40.
- Dağdemir, Ö. (2009). Sağlık ve Ekonomik Büyüme: 1960-2005 Döneminde Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Karşılıklı İlişkinin Analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 64(2): 75-96.
- Dağlı, G. H. (2006). *Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Ekonomisi Maliye Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2000). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005* (Yayın no: 697) Ankara. DPT Yayınları.
- Dirican, R. ve Bilgel N. (1993). Halk Sağlığı. Bursa:(2. Baskı) Uludağ Üniv. Basımevi.
- Dürrü, Z. (2012). *OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı.
- Elbek, O. Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1): 33-43
- Ener, M. ve Yelkikalan, N. (2003). Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(6): 99-113.
- Filiz, Y. (2010). *Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman Anabilim Dalı.

- Genç, M. C. (2015). Türkiye’de Sağlık ve Verimlilik Arasındaki İlişki: Nedensellik Analizi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (10): 56-66.
- Gök, S. (2012). *Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Maliye Programı.
- Güvenek, B. (Ed.). (2015). *Sağlık Ekonomisi Makro ve Mikro Boyutları*. Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları: 582 Eğitim Bilim.
- Hayaloğlu, P. ve Bal, H. Ç. (2012). Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(2): 35-44
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul, Yüce Yayım.
- Kalkınma Bakanlığı. (2015). *TR32 bölgesi Kamu Yatırım Programı Kapsamında Yürütülen Sağlık Yatırımlarının Başlangıç Ödenekleri (Cari Fiyatlarla)*.
- Karagöz, K. ve Tetik, N. (2009). Kamu Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler: Ekonometrik Bir Değerlendirme. *Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi*.
- Karabulut, K. (1999). Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 13(1): 139-152.
- Karagül, M. (2002). Ekonomik Büyüme ve Sosyal Sermaye Ampirik Bir Kanıt. *İktisat İşletme Finans*, (198):82-90.
- Kaya, S., Yıldırım, E. H., Karasavuran, S. ve Özer, Ö. (2013). *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013*.Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa.
- Küçük, A. (Ed.). (2015). *OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye, Hastanelerde Beşeri ve Fiziki Kaynakların İncelenmesi*.Ankara: Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu.

- Mushkin, S. J. (1962). Health as an Investment. *Journal of Political Economy*, 70(5):129-157.
- Mutlu, A. ve Işık, A.K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Müsiad. (2011). *Sağlık Ekonomisi ve Turizmi, Çerçeve Dergisi*. (Sayı:55 ISSN - 1303-7501).
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (OECD). (2014). *World Health Statistics 2013-2014*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- Ökem, Z. G. (2007). *Micro and Macro Aspects of Health Economics in Turkey*. Doktora Tezi.
- Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı İngilizce İktisat Bilim Dalı.
- Özer, Ö. ve Songur, C. (2012). Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7): 69-81
- Özsarı, S. H. (2000): Sağlık ve Sigorta. *Sigorta Dünyası Dergisi*, (472): 20-25.
- Öztek, Z. (1986). Temel Sağlık Hizmetleri. *Hacettepe Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD Yayını*, 86(33).
- Özuysal, H. (2011). *Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı
- Sağlık Bakanlığı. (1992). *Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı* (Yayın no 1). Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayınları, S:15
- Sağlık Bakanlığı. (2012). *Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Opus Basım.

- Sağlık Bakanlığı. (2013). *Faaliyet Raporu 2013, Strateji Geliştirme Başkanlığı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). *Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesi* (Yayın no 10.08.2015 tarih ve 2015.5409.1243). Ankara.
- Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu. (SATURK) (2015). *Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi*, <http://www.satürk.gov.tr/tyst.php>
- Saltık, A. (1995). Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar Toplum ve Hekim. *Türk Tabipleri Birliği*,10 (68): 38-44.
- Selim, S., Uysal, D. ve Eryiğit, P. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3): 13-24.
- Sosyal, Ekonomik ve Toplumsal Araştırmaları Vakfı (SETA). (2015) <http://www.setav.org>
- Soyer, A. (2003). 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları, *Praksis*, Sayı: 9.
- Sülkü, S. N. ve Caner, A. (2011). Health Care Expenditures and Gross Domestic Products: The Turkish Case. *The European Journal of Health Economics*, 12(1): 9-38.
- Şahbudak, E. ve Şahin, D. (2015). Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Analizi: BRİC Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(4): 154-160.
- Şenatlar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4): 25-30.
- Taban, S. (2006). Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi. *Sosyo Ekonomi*, 2(4): 31-46.
- Tıraşoğlu, M. ve Yıldırım B. (2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Electronic Journal Vocational Colleges*, 111-117.

- Tokgöz, E. (1981). Sosyal Gelişmede Sağlık. *Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayınları*, (1783):499
- Tontuş, H. Ö. (2015). *Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi* (1. baskı). Ankara: Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Anıl Matbaa.
- Tülümce Yaraşır, S. ve Zeren, F. (2013). OECD Ülkelerinde Sağlıkın Yakınsamasının Analizi: Panel Birim Kök Testi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2): 287- 300.
- Tutar, F. ve Kılınc, N. (20) Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 9(1): 31-54
- Taşkın, Ö. (2011). *Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı.
- Tokat, M. (1998). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996*. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Genel Müdürlüğü ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Tokat, M. (2001). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Genel Müdürlüğü ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2015). *Bölgesel İstatistikler*, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge>
- Ünal, E. (2013). *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi* (1. baskı). Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Yalçın, T. ve Yıldırım, H. (2001). Sağlık Hizmetleri Finansmanı. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, 2(40):1692-1709.
- Yanar, Y. (2011). *Gaziantep İlinde Sağlık Sektörü ve Harcamaları*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı.

- Yavuz, N. (2011). *Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması*. Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.
- Yaylalı, M., Kaynak, S. ve Karaca, Z. (2012). Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 12(4): 563-573
- Yumuşak, İ. G. ve Yıldırım, D. Ç. (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme. *The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management IV Spring*: 57-70.
- World Health Organization. (2009). *Global Health Expenditure Database 2009*, <http://www.who.int/en/>
- World Health Organization. (2010). *WHO Health Statistics 2010*, <http://www.who.int/en/>
- World Bank. (2016). *Indicators*, <http://data.worldbank.org/indicator> Zweifel, P. and Breyer. F. (1997). *Health Economics*, New York Oxford University Press.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Mustafa ALP
Doğum Yeri ve Tarihi : İzmir Konak, 01.01.1989

Eğitim Durumu

Lise Eğitimi : Dr. Osman Yaşar Sağlık Meslek Lisesi
(2003-2007)
Ön Lisans Öğrenimi : Ege Üniversitesi, Tıbbi Laboratuar (2007-2009)
Lisans Öğrenimi : Anadolu Üniversitesi, İktisat Fakültesi,
İktisat (2009-2013)

Yüksek Lisans Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi, İktisat
(2013-2016)

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce (Orta), Arapça (Orta)

İş Deneyimi

Stajlar : İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi
(2005- 2006)
-İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi (2006-2007)

İş Deneyimi : Ege Üniversitesi Hastanesi (2007-2009)
: Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama
ve Araştırma Hastanesi (2009-2015)

: Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü
(2015–devam ediyor)

İletişim

e-posta Adresi : malp@adu.edu.tr

Tarih : 24.05.2016